

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juillet 2012

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE, juge unique
Greffier : M. d'Eggis

Cause pendante entre :

R. _____, à Lausanne, recourant,

et

HELSANA ACCIDENTS SA, à Lausanne, intimée.

Art. 4 LPGA; 11 OLAA

E n f a i t :

A. R._____, né le 14 février 1974, travaille en qualité d'informaticien auprès d'une fiduciaire à Genève et est à ce titre assuré auprès d'Helsana Accidents SA contre les suites des accidents professionnels et non professionnels.

Le 19 octobre 2009, par déclaration d'accident-bagatelle LAA, l'employeur de l'assuré a annoncé que ce dernier avait été victime le 7 juillet 2009 d'une chute de trottinette et qu'il s'était blessé à l'épaule droite.

Par certificat médical LAA du 6 novembre 2009, le Dr G._____ a certifié avoir effectué un premier traitement le 18 août 2009, lequel avait été suspendu le même jour, en posant le diagnostic : "Conflit sous acromial droit". La description de l'accident est la suivante : " R._____ se déplaçait en trottinette de son lieu de travail (...) à l'arrêt de bus (...) pour rentrer chez lui. Il a glissé sur le trottoir devant [...] et il est tombé sur son épaule droite". La rubrique "Blessure - Partie du corps" indique : "épaule droite".

Le 18 novembre 2010, Helsana Accidents SA a reçu une facture du 13 novembre 2010 pour des soins fournis depuis le 31 août 2010. L'assuré avait en effet consulté le 31 août 2010 le Prof. T._____, chef de service du Service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV, lequel a fait réaliser le 22 septembre 2010 une arthro-IRM de l'épaule droite.

Le 28 février 2011, le Prof. T._____ a adressé un rapport au médecin conseil d'Helsana Accidents SA posant le diagnostic : "Tendinopathie long biceps et sous-scapulaire droits" et proposant un traitement conservateur, sans incapacité de travail.

Le 9 mai 2011, Helsana Accidents SA a reçu un rapport arthro-IRM de l'épaule droite établi le 22 septembre 2010 par le Dr L._____, du

Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV, à l'intention du Prof. T._____, exposant notamment : "Sur l'ABER, on note le conflit entre la face postérieure de la glène et le trochiter devant faire évoquer un conflit postéro-supérieur dans le contexte du sport de water-polo pratiqué par le patient" et formulant la conclusion suivante : "Rupture partielle de la face profonde et postérieure du tendon du muscle sus-épineux, s'étendant par un clivage intratendineux au sein du tendon du muscle infraépineux, associée à une lésion latérale SLAP IIc et à des érosions du trochiter venant en conflit avec le rebord postérieur de la glène en position ABER, devant faire évoquer un conflit postéro-supérieur."

Le cas a été présenté au médecin-conseil de l'assureur, le Dr W._____, qui a répondu le 27 mai 2011 que, pour la chute de trottinette du 7 juillet 2009 sur l'épaule droite, "vu l'IRM et le DD de tendinopathie, la causalité naturelle pour la rechute n'est que possible", qu'à son avis, le statu quo ante ou sine avait été atteint "à la fin du premier TTT".

B. Par décision du 30 mai 2011 prononcée en procédure simplifiée (art. 51 LPGA), Helsana Accidents SA a refusé la prise en charge des frais de traitement depuis août 2010 pour le motif que la relation de causalité naturelle entre les problèmes de santé de l'assuré et l'événement accidentel assuré n'était que possible; elle a invité l'assuré à s'annoncer auprès de son assurance-maladie.

Par lettre du 18 juin 2011, R._____ a contesté la décision du 30 mai 2011 et demandé que soit rendue une décision formelle.

Par décision du 4 juillet 2011, Helsana Accidents SA a confirmé son refus de prise en charge en se fondant sur l'avis de son médecin-conseil.

Dans une lettre du 13 août 2011, R._____ a formé opposition contre ladite décision en exposant notamment :

"En août 2009, j'ai effectivement - dans le cadre d'une consultation relative à un autre sujet - demandé un avis médical. Le diagnostic probable alors évoqué n'impliquait pas de traitement impératif et immédiat. J'ai donc souhaité prendre du recul avant d'entreprendre d'autres actions à caractère éventuellement plus invasif.

En effet, bien souvent le repos et le temps, suivis d'une reprise graduelle et bien dosée de l'activité physique permettent de soulager largement voire de guérir totalement bon nombre de traumatismes articulaires bénins, quoique handicapants. C'est d'ailleurs souvent ce que recommandent les orthopédistes en pareils cas et en première intention (...).

(...)

Les douleurs et craquements n'ont pas cessé suite à la consultation d'août 2009. Ils ont continué et c'est pourquoi j'ai décidé de solliciter l'avis du Dr T. _____, une année plus tard, alors que les douleurs et craquements étaient toujours présents. Les mêmes douleurs et craquements.

Il ne s'agit donc ni d'une rechute, ni d'une conséquence tardive, ni encore d'une modification organique ou psychique, mais bien de la poursuite du même cas, le problème initial n'ayant pas été réglé. Les douleurs et craquements en question n'étaient pas pré-existants, ils sont apparus lors de la chute et n'ont pas disparu.

(...)

Clore le dossier après quelques mois sans s'inquiéter de l'état de santé du patient et surtout sans l'en aviser est certainement bien pratique pour l'assureur, mais laisse ouverte la question du traitement non terminé voire même pas commencé."

Le 13 septembre 2011, l'assureur a soumis une nouvelle fois le dossier à son médecin-conseil, le Dr W. _____, qui a répondu comme suit aux questions posées :

"1. Est-il exact que la première recommandation des orthopédistes est le repos, le temps, suivi d'une reprise graduelle de l'activité physique, ce qui peut permettre de guérir dans certains cas?

Oui. L'épaule guérit dans tous les cas si pas dégénératif.

2. Pourquoi le Dr T. _____ ne retient qu'une tendinopathie (et non pas la rupture et SLAP selon l'IRM) ?

Ce DD est radiologique et ne correspond pas forcément à une réalité clinique.

Autres arguments médicaux pour justifier notre décision ?

- pas de déchirure transfixiante tendineuse
- pas d'impotence fonctionnelle majeure initiale
- pas de TM de longue durée

- pas d'IT
- espace libre de presque 1 an sans TM ou consultations officiels."

Par décision sur opposition du 14 novembre 2011, Helsana Accidents SA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 4 juillet 2011. L'assureur a exposé notamment que l'événement du 7 juillet 2009 constituait un accident (art. 4 LPGA), mais que la facture pour la consultation du 18 août 2009 n'a pas été payée par lui car elle ne lui avait jamais été adressée, cela probablement en raison du fait que cette consultation avait initialement pour but une autre pathologie malade, de l'aveu de l'assuré qui avait profité de cette consultation pour demander un avis médical pour son épaule. De plus, la chute n'a pas causé de lésions significatives et invalidantes, puisqu'une consultation médicale a eu lieu seulement plus d'un mois après l'accident, aucun traitement médical n'étant jugé nécessaire et aucune incapacité de travail certifiée. Le Dr G._____ a posé le diagnostic initial de "conflit sous-acromial droit", qui doit être par définition mise en relation avec le vieillissement des tendons de la coiffe des rotateurs, si bien qu'il s'agit d'une lésion dégénérative. En général, lorsque les douleurs sont importantes, un traitement doit être institué pour éviter que le conflit devienne chronique et évolue vers une rupture progressive des muscles soumis au frottement (rupture de la coiffe des rotateurs). Le 28 février 2011, le Dr T._____ pose le diagnostic de "tendinopathie du longs biceps et du sous-scapulaire", soit la même pathologie inflammatoire de l'épaule (dégénérative). Du reste, même si un traitement conservateur avait été mis en place dès juillet 2009, sa prise en charge aurait été probablement limitée dans le temps, par la fixation d'un statu quo sine, compte tenu de l'origine dégénérative des troubles de l'épaule. Par surabondance, si l'on retenait les conclusions de l'IRM évoquant une rupture partielle de la face profonde et postérieure du tendon du muscle sus-épineux, cette atteinte ne peut pas être mise en relation de causalité au moins probable avec l'accident puisque les ruptures résultent dans ces cas de l'évolution progressive de la pathologie (conflit sous-acromial ou tendinopathie). Enfin, faute de traitement et d'incapacité de travail, l'épaule contusionnée par la chute pouvait être considérée comme guérie; dans la mesure où un traitement médical lui est nécessaire dès août 2010, cela répond clairement à la définition de la

rechute, où l'analyse du caractère causal reste obligatoire. L'appréciation médicale du Dr W._____ échappe à toute critique et emporte la conviction et le raisonnement de l'assuré selon lequel il n'avait pas de douleur à l'épaule avant la chute, mais que depuis la chute elles n'ont pas disparu, résulte d'un raisonnement "post hoc, ergo propter hoc" impropre à établir une relation de causalité (ATF 119 V 341 consid. 2b/bb; RAMA 1999 no 341 p. 408 consid. 3b). Enfin, lorsque à un certain moment il n'y a plus de prestation en jeu, l'assureur peut clôturer le cas initial sans en informer l'assuré; est alors déterminant si à ce moment-là il n'y a plus de nécessité de traitement ou d'incapacité de travail, comme en l'espèce.

C. Par acte du 15 décembre 2011, R._____ a recouru contre la décision sur opposition du 14 novembre 2011 en concluant à ce que Helsana Accidents SA prenne en charge les conséquences de l'accident du 7 juillet 2009. Il a expliqué en bref qu'il n'a ni consulté ni demandé un arrêt de travail après la chute et que le seuil de résistance à la douleur varie selon les personnes, si bien que le Dr W._____ ne peut pas se fonder sur ces éléments pour tirer ses conclusions. Il a exposé qu'en 1993, un entraînement de water-polo (qu'il pratiquait alors à haut niveau) avait entraîné une rupture du ligament gléno-huméral supérieur et qu'il avait dû attendre plus d'une année et demie avant le diagnostic par IRM, peu concluant, puis que le 5 août 1994 seulement, une réparation avait été effectuée après un diagnostic précis. Sur la base de son expérience personnelle, il a affirmé qu'aucun des éléments retenus le 13 septembre 2011 par le Dr W._____ n'était pertinent. Par ailleurs, il avait pensé souffrir d'une inflammation et non pas des déchirures partielles de tendon montrées après l'IRM ordonnée par le Dr T._____. En faisant référence au déclenchement par un accident d'un processus qui serait de toute façon intervenu sans cet événement, ce qui selon la jurisprudence citée par l'intimée (RAMA 1992 U 142 p. 75 consid. 4b) entraîne la rupture du lien de causalité, le recourant a souligné que la pathologie pour laquelle il avait consulté le 22 septembre 2010 (et non 2011 comme indiqué par erreur par l'intimée) n'était pas malade, mais concernait un autre cas accident, également assuré par l'intimée qui ne peut donc pas l'ignorer puisqu'elle a pris en charge la consultation quand bien même elle avait

porté sur deux sujets distincts et que les prestations relatives aux deux cas avaient été facturées séparément.

Dans sa réponse du 23 janvier 2012, Helsana Accidents SA a conclu au rejet du recours pour le motif que l'expérience personnelle du recourant en 1993 ne permettait pas d'affirmer que l'on se trouvait dans une situation identique dans le présent cas. L'intimée a rappelé que le Dr W. _____ est médecin FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie et qu'il a confirmé qu'une épaule lésée guérit dans tous les cas si elle n'est pas dégénérative, pour autant qu'il n'y ait pas de déchirure transfixiante, si bien que le lien de causalité entre la chute du 7 juillet 2009 et les conséquences d'une atteinte vraisemblablement dégénérative devait être nié.

Dans sa réplique du 21 mars 2012, R. _____ a contesté les affirmations du Dr W. _____ et s'est référé à la littérature au sujet des lésions de type SLAP.

Dans sa duplique du 4 avril 2012, Helsana Accidents SA a souligné que, selon la littérature médicale citée par le recourant, les lésions de type SLAP II sont compatibles avec une chute en avant sur la main, mais que la chute en cause n'avait jamais été décrite comme tel (chute sur l'épaule droite). L'intimée a indiqué que les lésions SLAP II peuvent être exemptes de répercussions cliniques ou être associées à la présence de troubles dégénératifs préexistants (arrêt U 101/06) et qu'une surcharge de l'articulation de l'épaule par l'exercice intensif du sport, tels que tennis, golf, nage, lancement du poids ou tir à l'arc peut causer des modifications dégénératives à mettre sur le compte d'une hypertrophie de l'épaule; un tel contexte affaiblit d'autant la relation de causalité entre un événement dommageable et une lésion de ladite articulation (arrêt U 441/99 du 29 août 2000). L'intimée a rappelé qu'une pathologie dégénérative (conflit sous-acromial droit) avait été diagnostiquée, sans traitement médical ni incapacité de travail, si bien que la chute du 7 juillet 2009 n'avait pas causé de lésions significatives et invalidantes.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, interjeté en temps utile et conforme aux prescriptions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le présent recours est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD), plus précisément un juge unique vu la valeur litigieuse (pas d'incapacité de travail - frais de traitement uniquement) (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident, professionnel ou non. Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition 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 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 se présente comme la

condition sine qua non de cette atteinte. Le seul 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"; cf. ATF 119 V 335 c. 2b/bb). 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. Le juge tranche cette question de fait en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, en les appréciant selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. 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 c. 3.1; 129 V 402 c. 4.3.1; 119 V 335 c. 1; 118 V 286 c. 1b; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 c. 3.2).

En cas d'état maladif antérieur, s'il y a lieu d'admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute manière survenu sans cet événement, le lien de causalité entre les symptômes présentés et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 c. 2.3 et les références citées). L'examen de l'existence d'un lien de causalité naturelle revient donc à se demander si l'accident a causé une aggravation durable de l'état maladif antérieur ou une nouvelle atteinte durable dans le sens d'un résultat pathologique sur la partie du corps déjà lésée. Le point de savoir si l'atteinte est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus doit être tranché en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 119 V 335 c. 1; 118 V 286 c. 1b et les références citées; TFA U 177/02 du 15 juin 2004 c. 3 et la référence citée).

Selon la jurisprudence, 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 (TF U 307/05 du 8 janvier 2007 c. 4; TFA U 222/04 du 30 novembre 2004 c. 1.3).

b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 c. 3.2; TF 8C_694/2007 du 3 juillet 2008 c. 2 et les références citées). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 c. 5b/bb; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 c. 4.2).

En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, le paiement d'indemnités journalières (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents: art. 21 LAA). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, 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 (ATF

123 V 137 c. 3a et les arrêts cités; TF 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 c. 5.3).

Les rechutes et les séquelles tardives se rattachent par définition à un événement accidentel. 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 293 consid. 2c p. 296 et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_596/2007 du 4 février 2008, consid. 3).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). Il faut relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

3. En l'espèce, le recourant est tombé de trottinette le 7 juillet 2009 et s'est blessé à l'épaule droite. Il s'agit d'un accident assuré par l'intimée, ce qui n'est pas contesté par les parties.

Le litige consiste à déterminer si la rechute annoncée en novembre 2010 par l'envoi de factures de soins, soit en particulier les frais de traitement de l'épaule droite à partir d'août 2010, est ou non à la charge de l'assurance-accidents obligatoire.

Après la survenance de la chute du 7 juillet 2009, le recourant n'a pas consulté immédiatement un médecin et a été examiné pour la première fois le 18 août 2009 par le Dr G._____. Dans son opposition du 13 août 2011, le recourant a lui-même exposé qu'il avait interrogé le médecin en août 2009 pour son épaule "dans le cadre d'une consultation relative à un autre sujet". Il a précisé dans son acte de recours qu'il avait alors consulté pour un autre cas d'accident et que la consultation avait porté sur deux sujets distincts, facturés séparément à l'intimée et pris en charge par celle-ci. Il est donc établi qu'après l'accident, le recourant n'a pas consulté de médecin, mais a saisi ultérieurement l'occasion d'une autre consultation pour soumettre au Dr G._____ son problème d'épaule.

Le Dr W._____ a exposé le 13 septembre 2011 qu'une épaule guérit dans tous les cas par le repos et l'écoulement du temps, avec une reprise graduelle de l'activité physique, sauf si la lésion est dégénérative. Dans sa réplique du 21 mars 2012, le recourant conteste certes l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée, en lui opposant son expérience personnelle, mais sans apporter aucun élément objectif susceptible de mettre en doute l'avis médical de ce médecin. Il faut donc retenir que l'avis du Dr W._____ sur ce point est fondé et que l'épaule droite du recourant souffre d'une affection dont l'origine est dégénérative puisqu'elle n'avait pas guéri toute seule plus d'une année après la blessure. C'est du reste la conclusion à laquelle le Dr W._____ était immédiatement parvenu le 27 mai 2011, en posant le diagnostic de tendinopathie et en considérant seulement possible la causalité naturelle entre l'accident du 7 juillet 2009 et la rechute du 31 août 2010. L'intimée relève à juste titre que le diagnostic initialement posé par le Dr G._____, à savoir un "conflit sous-acromial droit", est par définition en rapport avec le vieillissement des tendons de la coiffe des rotateurs, qui est une affection dégénérative. A cela s'ajoute que le Prof. T._____ a également posé le diagnostic de tendinopathie et préconisé un traitement conservateur, sans incapacité de travail.

Ainsi, aucun traitement médical n'a été prescrit et aucune incapacité de travail n'a été jugée nécessaire. Or, ce sont deux des autres arguments médicaux évoqués par le Dr W._____ pour étayer la position de l'intimée. A nouveau, le recourant n'apporte aucun élément de preuve à l'encontre de cette appréciation. Il en va du reste de même pour les deux autres arguments retenus par ce médecin (pas de déchirure tendineuse; pas d'impotence fonctionnelle majeure initiale). Ce cumul de facteurs attestés médicalement conduit à retenir qu'une relation de causalité naturelle entre l'accident et le problème d'épaule du recourant est seulement possible, et non pas probable.

En outre, le recourant évoque lui-même dans son acte de recours qu'en 1993, alors qu'il pratiquait le water-polo à haut niveau, il a souffert d'une rupture du ligament gléno-huméral supérieur, avec une

gêne considérable pour son activité sportive jusqu'au 5 août 1994, date du diagnostic précis et de la "réparation", un acte chirurgical rendant l'épaule fonctionnelle et indolore et permettant même la poursuite de la pratique du water-polo en LNA sans douleurs. Selon la jurisprudence citée par l'intimée (arrêt U 441/99 du 29 août 2000), dans le contexte d'une surcharge de l'articulation de l'épaule par l'exercice intensif d'un sport tel que le water-polo, des modifications dégénératives doivent être mises sur le compte d'une hypertrophie de l'épaule et affaiblissent d'autant la relation de causalité entre un accident et la lésion de cette articulation. Au demeurant, le Dr L. _____ note le 22 septembre 2010 que le conflit sur l'ABER doit "faire évoquer un conflit postéro-supérieur dans le contexte du sport de water-polo pratiqué par le patient".

Il faut également rappeler que la déclaration d'accident LAA et le certificat médical initial établi le 6 novembre 2009 par le Dr G. _____ parlent tous deux d'une chute sur l'épaule droite. Aucune mention n'est faite à une réception sur la main qui a été évoquée par le recourant le 21 mars 2012 seulement, dans le cadre de la présente procédure. Cette nouvelle version du déroulement de l'événement assuré ne peut donc pas être retenue.

Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles à l'épaule droite dont souffre le recourant depuis août 2010 doit être niée, ce qui conduit au rejet du recours.

4. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition confirmée.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. L'intimée obtenant gain de cause mais agissant comme autorité chargée de tâches de droit public ne peut se voir allouer des dépens à la charge du recourant ATF 128 V 124, consid. 5b; TF 8C_563/2009 du 31 mai 2010, consid. 4).

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 14 novembre 2011 par Helsana Accidents SA est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- M. R. _____;
- Helsana Accidents SA;
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :