

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 octobre 2009

Présidence de M. DIND
Juges : Mme Röthenbacher et M. Jomini
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

J._____, à Ollon, recourant, représenté par Me Astyanax Peca, avocat à Montreux,

et

HELSANA ASSURANCES SA, à Lausanne, intimée.

Art. 4 LPG; 6 al. 1 LAA et 9 al. 2 let. f OLAA

E n f a i t :

A. J. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1957, est assuré auprès de Helsana Assurances SA (ci-après: l'assureur) contre les accidents professionnels et non professionnels selon la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA, RS 832.20), du fait de son emploi au service de l'entreprise D. _____ SA (cadre moyen).

Par l'intermédiaire de son employeur, il a annoncé le 8 août 2005 sur une formule "Déclaration d'accident-bagatelle" avoir fait une chute à ski le 24 décembre 2004, provoquant une déchirure de l'épaule droite. Il a consulté le Dr H. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, le 4 mai 2005.

Dans un questionnaire complémentaire complété à la demande de l'assureur le 24 septembre 2005, l'assuré a indiqué que des douleurs aiguës étaient apparues conjointement à l'événement. Ces douleurs ont été ressenties immédiatement. Il décrit la pratique du ski comme étant une activité habituelle, laquelle s'est en l'occurrence déroulée dans des circonstances extérieures normales, sans qu'aucun événement particulier ne se produise. S'il n'a jamais été incapable de travailler, il s'attendait cependant à une guérison spontanée. Or, les douleurs ayant persisté, il a décidé de consulter le Dr H. _____.

Dans une note manuscrite du 10 octobre 2005, le Dr T. _____, médecin conseil de l'assureur, a relevé que la causalité entre l'événement du 24 décembre 2004 et le traitement débuté le 4 mai 2005 n'est que possible. Il s'appuie sur le fait qu'il n'y a pas eu d'impotence fonctionnelle immédiate, que la première consultation n'a eu lieu que 5 mois après l'événement et que l'IRM du 13 mai 2005, pratiquée par le Dr N. _____, a montré surtout des tendinopathies multiples et non une déchirure transfixiante. Partant, il en conclut que le cas n'est pas à la charge de l'assurance-accidents.

Dans une correspondance adressée le 14 novembre 2005 au conseil de l'assuré, le Dr H. _____ a notamment indiqué ce qui suit:

"Monsieur J. _____ m'a consulté dès le 4.5.2005 à la suite d'un accident de ski survenu le 24.12.2004. Cet accident a été particulièrement violent avec mouvement d'abduction (vers le haut) de l'épaule droite suivi de douleurs majeures avec immobilisation antalgique pendant 3 à 4 jours. A la suite de cet accident l'épaule est restée douloureuse.

L'IRM démontre très nettement une déchirure du tendon sus-épineux et du tendon sous-scapulaire. Il est possible que le tendon sus-épineux soit déchiré sans traumatisme par des altérations dégénératives survenant vers la cinquantaine. Par contre la déchirure du tendon sous-scapulaire ne peut être que traumatique. Les données de l'examen clinique et de l'IRM confirment très nettement une lésion traumatique de l'épaule et non une lésion dégénérative.

Les assurances LAA sont très restrictives pour la prise en charge des déchirures dites traumatiques de la coiffe des rotateurs. Dans le cas présent il n'y a aucun doute sur l'origine traumatique de la lésion du tendon sous-scapulaire.

Le traitement a consisté en injections de l'épaule par des dérivés cortisoniques, avec une évolution favorable. J'ai indiqué à Monsieur J. _____ que si les troubles persistaient un traitement chirurgical serait indiqué".

Par décision du 1^{er} novembre 2005, confirmée sur opposition le 31 mars 2006, l'assureur a refusé la prise en charge du cas au motif que la relation de causalité entre les troubles actuels de l'assuré et l'accident du 24 décembre 2004 n'était que possible. Il a en particulier considéré ce qui suit:

"5. Dans le cas d'espèce, il n'est pas contesté que l'assuré a subi un accident en chutant à ski le 24 décembre 2004. En préambule, il faut remarquer que le traitement médical a débuté le 4 mai 2005 et que l'assuré n'a annoncé le cas à l'assureur accidents que le 8 août 2005, soit huit mois plus tard. Ce faisant, il a effectué une déclaration tardive au sens de l'art. 46 LAA et 53 OLAA, en ne donnant pas suite à son obligation d'annoncer immédiatement l'accident et de collaborer à l'instruction de la cause.

Le fait que l'assuré ait consulté un médecin pour la première fois au mois de mai 2005 distend le lien de causalité naturelle entre l'accident et les traitements médicaux. Il faut remarquer, à l'instar du médecin conseil (cf. note du 10 octobre 2005), que l'assuré n'a pas subi d'impotence fonctionnelle immédiate ou durable et qu'aucun status médical n'a été effectué au moment de l'accident ou dans les jours qui l'ont suivi. A cet égard, les déclarations du Dr

H. _____ sur les circonstances de l'accident ne résultent pas de ses constatations objectives, mais des seules déclarations de l'assuré, plus de cinq mois après les faits. Or, un traumatisme important entraîne en général une consultation médicale à bref délai. Au surplus, l'assuré présentait un antécédent d'opération sur luxation AC, ce qui entraîne une réduction de l'espace sous-acromial et une fragilisation de l'épaule.

Au vu de ce qui précède, il n'apparaît que possible, et non pas probable au sens de la jurisprudence précitée (cf. ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références), que l'accident en question soit en relation de causalité naturelle avec les consultations médicales à compter du mois de mai 2005.

L'accident n'étant pas la condition sine qua non de l'atteinte à la santé physique, les prestations de l'assurance accidents ne sont pas dues pour ce motif.

6. C'est le lieu de relever qu'il n'y a pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'origine traumatique aux affections de l'assuré.

Le Dr N. _____ a procédé à une IRM de l'épaule droite en date du 13 mai 2005. Suivant ses conclusions, l'épaule présente une tendinopathie avec déchirure partielle, sans lésion transfixiante, au niveau du tendon du supra-épineux, une tendinopathie avec déchirure partielle du tendon du sous-scapulaire et un épanchement intra-articulaire et dans la bourse sous acromio-delhoïdienne.

Or, dans le cas particulier, le tendon du supra-épineux n'est pas rupturé de manière transfixiante et cette affection ne peut donc être assimilée à une déchirure à proprement parler. Il appert, bien au contraire, qu'il s'agit d'une tendinopathie, soit d'une affection pathologique. Le Dr H. _____ reconnaît d'ailleurs dans son rapport du 14 novembre 2005 qu'il peut s'agir d'une altération dégénérative en rapport avec l'âge de l'assuré, âgé de 47 ans au moment de l'accident.

S'agissant de la déchirure partielle du tendon du sous-scapulaire, le médecin traitant de l'assuré a allégué le 14 novembre 2006 [sic] que son origine traumatique était certaine et non dégénérative.

Il ne ressort toutefois pas de l'IRM du 13 mai 2005 que le tendon sous-scapulaire soit rupturé de manière transfixiante et qu'il s'agisse d'une déchirure à proprement parler. S'il s'était agi d'une lésion transfixiante, le Dr N. _____ l'aurait expressément mentionnée dans son rapport du 13 mai 2005.

Le médecin conseil a pris connaissance récemment du rapport du 14 novembre 2006 [sic] du médecin traitant, sans que cela ne modifie son opinion. Dans sa note du 13 mars 2006, il a expliqué que le diagnostic différentiel découlant de l'IRM restait ouvert, car il était difficile de faire la part des choses entre une déchirure interstitielle et une tendinopathie inflammatoire générale. En effet, le fait que l'image à résonance magnétique montre des structures d'échogénécités différentes des tendons ne permet pas de

départager une déchirure intra tendineuse d'une tendinopathie dégénérative.

L'éventualité d'une origine traumatique des affections de l'assuré est par ailleurs exclue par l'énoncé des circonstances qui ont suivi l'accident du 24 décembre 2004. En effet, si un traumatisme important peut entraîner une luxation partielle ou une déchirure tendineuse, cela implique en principe une impotence fonctionnelle immédiate qui ne guérit pas en quelques jours, ainsi qu'en général une consultation médicale à bref délai. Cela n'est pas le cas dans le cas d'espèce. Au demeurant, les circonstances de l'accident, telles que relatées par le médecin traitant dans ses rapports des 26 septembre et 14 novembre 2005 ne découlent pas de ses constatations objectives, précisément du fait qu'il n'a été consulté pour la première fois que cinq mois après l'accident".

B. C'est contre la décision sur opposition précitée que J._____, agissant par l'intermédiaire de Me Astyanax Peca, a recouru par acte du 3 juillet 2006. Il conclut, sous suite de frais et dépens, à son annulation, l'assureur étant condamné à lui verser "l'entier des prestations dues [...] pour les troubles qu'il a subis suite à l'accident survenu le 24 décembre 2004". Il fait en substance valoir que le chirurgien orthopédiste consulté atteste clairement l'origine traumatique de la déchirure du tendon sous-scapulaire alors que le médecin conseil émet des doutes, sans trancher la question, de sorte qu'on doit préférer la version de l'assuré à celle de l'assureur.

Dans sa réponse du 7 septembre 2006, l'assureur a conclu au rejet du recours. Il estime pour l'essentiel qu'il n'est pas possible de dire, sur la base de l'IRM du 13 mai 2005, qu'il s'agit d'une déchirure à proprement parler du tendon sous-scapulaire. Il se réfère aussi à la note du médecin conseil du 21 août 2006 (pièce 19 de son bordereau), lequel est d'avis qu'il n'y a pas de déchirure transfixiante, c'est-à-dire qui soit visible macroscopiquement, de manière probable à certaine. Il est cependant vrai que l'IRM mentionne une "tendinopathie" avec déchirure partielle du tendon du sous-scapulaire, ce qui ferait conclure à une affection malade plutôt qu'accidentelle. Pour autant, il indique aussi que l'éventualité d'une déchirure traumatique est exclue par les circonstances de l'accident (p. 11 du mémoire).

Parties ont confirmé leurs conclusions au cours du second échange d'écritures.

C. Le 22 août 2007, le Tribunal des assurances a décidé de faire procéder à une expertise sur la causalité entre les troubles constatés et l'accident du 24 décembre 2004. Celle-ci a été confiée au Dr C._____, chirurgien orthopédique FMH à [...], qui a établi son rapport le 19 juin 2008. Après avoir procédé à une anamnèse circonstanciée, effectué un examen de l'assuré sur le plan orthopédique et examiné les documents médicaux au dossier, il écrit ce qui suit sous la rubrique "Appréciation du cas et diagnostics", après avoir rappelé quelques notions élémentaires de la pathologie de l'épaule, en particulier de la coiffe des rotateurs:

"Si l'on en revient au cas de Monsieur J._____, j'aimerais insister sur un élément qui me semble fondamental dans l'IRM, et qui a été que mal décrit par le radiologue. Il s'agit de la zone irrégulière et kystique très bien visualisée sur le clichés [sic], que l'on voit à l'insertion du sus-épineux, typique et pathognomonique, des lésions dégénératives anciennes du sus-épineux, traduisant de façon certaine l'ancienneté de la lésion du sus-épineux.

Par ailleurs, il n'y a aucun signe pour une rupture complète du tendon du sus-épineux, soit une déchirure, mais uniquement des signes IRM traduisant une désorganisation des fibres du tendon, avec un œdème, localisée dans moins d'un tiers de la partie supérieure du tendon.

L'affirmation du Dr H._____ comme quoi la lésion du sous-scapulaire est toujours traumatique est inexacte. Si l'on se réfère à la littérature susmentionnée, s'il est vrai que les lésions isolées, en particulier les ruptures dégénératives isolées du sous-scapulaire sont rares, celles-ci surviennent volontiers dans le cadre de lésion accompagnant le sus-épineux, des lésions s'étendant vers l'avant de la coiffe des rotateurs, associées en générale [sic] à une lésion du long chef du biceps sont fréquentes. Les lésions isolées traumatiques du sous-scapulaire, se font lors de mécanisme d'hyper-rotation externe forcée souvent accompagnées de craquements et suivies d'une hyper-rotation externe passive, et en général amenant le lésé à consulter rapidement tant en raison de l'impotence fonctionnelle que de la douleur.

Si l'on résume les éléments suivants; homme de 50 ans ayant un long passé sportif d'utilisation de son membre supérieur droit, en particulier de volley-ball qui nécessite des mouvements de grande amplitude avec force et chocs du membre supérieur droit connu pour entraîner des lésions de l'épaule, un agent vulnérant consistant en une chute sur l'épaule de gravité légère à moyenne, une absence d'impotence fonctionnelle, une consultation chez le médecin uniquement cinq mois plus tard, une déclaration d'accident huit

mois après l'événement, une imagerie radiologique ne mettant en évidence que des lésions partielles du tendon du sus-épineux et encore plus modérément du sous-scapulaire, des signes radiologiques de micro-kystes signant l'ancienneté de lésions de l'insertion du sus-épineux, et enfin la guérison pratiquement spontanée avec indolence totale et récupération fonctionnelle complète de façon prolongée. Sur la base de ces éléments, je dirai que selon la vraisemblance prépondérante qui régit la LAA, la causalité naturelle n'est que possible entre la mise en évidence des lésions et l'événement du 24 décembre 2004.

La chute du 24 décembre 2004 n'a entraîné qu'une contusion de l'épaule droite, contusion d'une épaule présentant des lésions dégénératives asymptomatiques préexistantes, ayant évolués [sic] favorablement pratiquement sans traitement aucun si ce n'est deux infiltrations cortisoniques dont il est difficile de dire si elles ont réellement amélioré la symptomatologie".

Le Dr C. _____ a également répondu aux questions des parties et du tribunal. C'est ainsi qu'à la question 11 de l'assureur qui s'énonce comme suit: "Par rapport à l'accident du 24.12.04, est-ce que le statu quo sine ou statu quo ante a été atteint ? b) dans l'affirmative à quelle date ?", il répond que "le statu quo sine a été obtenu à six mois de l'événement date au-delà de laquelle la symptomatologie si elle perdurait sera en relation avec la tendinopathie et non plus avec les suites de l'événement".

Les parties se sont déterminées sur ce rapport d'expertise.

Le 18 juillet 2008, l'intimée a fait savoir qu'elle faisait siennes les conclusions de l'expertise, dès lors qu'elles confirment en grande partie son argumentation, en particulier en ce qui concerne l'origine dégénérative des troubles présentés. Elle a également précisé que les troubles consécutifs à l'accident ayant cessé six mois après l'événement du 24 décembre 2004, elle était fondée à refuser sa prise en charge, eu égard à l'annonce tardive du sinistre, huit mois après l'événement. Partant, elle confirme ses conclusions tendant au rejet du recours.

Le recourant s'est déterminé le 5 août 2008. Après avoir requis une modification de l'anamnèse socio-professionnelle telle qu'elle figure dans l'expertise, il souligne que, contrairement à ce que l'expert a écrit en page 4 de son rapport, ses douleurs ont diminué et définitivement passé

durant l'hiver 2006/2007 et qu'il s'est déclaré totalement guéri, sans douleur, depuis le printemps 2007. Il expose en outre que si l'expert admet que des lésions dégénératives du sous-scapulaire telles que celles dont il souffre sont indolores et ne peuvent faire l'objet d'aucun traitement, les douleurs qu'il a ressenties à son épaule droite ne peuvent en conséquence en aucun cas être dues aux lésions dégénératives du sous-scapulaire. Aux fins de recentrer le véritable objet du litige, il demande que soit soumise à l'expert une nouvelle liste de questions complémentaires, dont il joint la liste en annexe à ses déterminations.

S'appuyant sur l'analyse de son médecin conseil, l'intimée a indiqué le 25 août 2008 que l'argumentation du recourant n'apportait aucun élément nouveau. Elle ne voyait en outre pas d'inconvénients à ce que le questionnaire du recourant, ainsi que ses déterminations du 5 août 2008, soient soumis à l'expert. Elle conclut pour le surplus au rejet du recours.

L'expert C. _____ a répondu le 18 septembre 2008 à un questionnaire complémentaire du conseil du recourant:

"Question 7: Confirmez-vous qu'une lésion dégénérative du sous-scapulaire, telle que celle dont souffre J. _____ est indolore?"

Une tendinopathie modérée non rompue du sous-scapulaire peut être indolore.

Question 8: Confirmez-vous qu'une lésion dégénérative du sous-scapulaire, telle que celle dont souffre J. _____ ne peut faire l'objet d'aucun traitement spécifique?"

Une tendinopathie modérée non rompue du sous-scapulaire peut faire l'objet d'aucun traitement spécifique.

Question 9: Confirmez-vous l'existence d'une lésion dégénérative du sous-scapulaire, telle que celle dont souffre J. _____, n'entraîne en aucun cas pour lui une douleur plus importante suite à un traumatisme tel que par exemple celui subi le 24 décembre 2004 que pour une personne subissant le même type de choc mais ne souffrant d'aucune lésion dégénérative du sous-scapulaire?"

Il s'agit d'une question de causalité adéquate qui relève des services administratifs et non pas de causalité naturelle qui elle relève du médecin expert.

Question 10: Confirmez-vous que l'accident de ski tel que celui du 24 décembre 2004 peut, selon la vraisemblance prépondérante qui régit la LAA, engendrer des douleurs telles que celles ressenties par J._____ et pour lesquelles un léger traitement cortisonique lui a été administré en 2005?

Il s'agit d'une question de causalité adéquate qui relève des services administratifs et non pas de causalité naturelle qui elle relève du médecin expert.

Question 11: Confirmez-vous que le traitement subi par J._____ suite à l'accident du 24 décembre 2004 avait pour seul et unique objet de mettre un terme aux douleurs ressenties par lui suite au traumatisme subi?

La question est à poser au médecin qui a administré le traitement.

Question 12: Confirmez-vous que le traitement subi par J._____ suite à l'accident du 24 décembre 2004 correspond à ce que prescrit de manière générale un médecin à son patient victime d'un traumatisme de cette espèce et qui se plaint de douleurs identiques à celles décrites par l'assuré?

Il ne m'est pas possible de répondre à cette question, compte tenu que Monsieur J._____ n'a consulté pour la première fois un médecin que cinq mois après l'événement, et que la mise en place d'un traitement dépend d'un certain nombre d'éléments variant d'un patient à l'autre, mais également d'un médecin à l'autre selon sa spécialisation et son expérience".

Le 29 octobre 2008, l'intimée a fait savoir qu'elle n'avait aucun commentaire à faire à propos du complément d'expertise, si ce n'est qu'il conforte sa position. Elle confirme ses conclusions tendant au rejet du recours.

Le 5 novembre 2008, le recourant a prié le juge instructeur d'inviter l'expert à répondre aux questions 9, 10, 11 et 12. Le juge a instructeur a refusé de faire droit à cette requête, considérant que l'expert avait répondu dans la mesure de ses compétences aux questions posées.

Le 8 septembre 2009, l'expert C._____ a répondu comme suit à deux questions complémentaires posées par la juridiction de céans:

"Question 1: Y a-t-il une déchirure de la coiffe des rotateurs?

Non, il n'y a pas de déchirure de la coiffe des rotateurs.

Question 2: Lorsque vous parlez (p. 14-16 de votre rapport précité [rapport d'expertise du 19 juin 2008, réd.]) de «désorganisation des fibres du tendon» et de «tendinopathie non rompue», est-ce que cela implique la déchirure, ne serait-ce que partielle, du tendon?

Non il n'y a pas de déchirure ne serait-ce que partielle du tendon".

La réponse du Dr C._____ a été communiquée pour information aux parties.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). En l'espèce, interjeté le 3 juillet 2006 dans le délai de trois mois suivant la notification de la décision sujette à recours du 31 mars précédent (art. 106 LAA, abrogé par le ch. 111 de l'annexe à la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [RS 173.32] avec effet au 1^{er} janvier 2007, dérogeant à l'art. 60 al. 1 LPGA) devant le tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire, RSV

173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse vraisemblablement supérieure à 30'000 fr.

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances ne peut en principe entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a, RCC 1985 p. 53).

Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si l'intimée est tenue de verser des prestations au recourant à raison de l'événement du 24 décembre 2004.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

En vertu de l'art. 4 LPGA, 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.

La condition de l'atteinte dommageable concerne la santé physique ou mentale; l'assuré a besoin au moins d'une mesure diagnostique, le plus souvent d'un traitement médical, ou il subit une incapacité de travail (Greber/Kahil-Wolff, Introduction au droit suisse de la sécurité sociale, 4^e éd., Genève 2009, n. 425, p. 151; Ghélew/Ramelet/Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents [LAA], Lausanne 1992, p. 44).

b) Suivant l'art. 10 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir notamment au traitement ambulatoire dispensé par le médecin (let. a), aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin (let. b), ainsi qu'au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c).

L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

4. L'existence d'une atteinte à la santé étant en l'occurrence non contestée, il faut examiner tout d'abord, pour se prononcer sur la responsabilité de l'assureur-accidents, si les troubles annoncés par J. _____ au mois d'août 2005 sont en relation de causalité naturelle avec l'accident du 24 décembre 2004. Dans la négative, l'assureur-accidents n'a pas à répondre du dommage. Il n'est au demeurant pas contesté qu'il y a eu un accident (cf. décision sur opposition du 31 mars 2006, p. 7).

a) Il y a causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé 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 sur la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves en assurances sociales. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à

effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut 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; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références, RAMA 1997 n° U 275 p. 188 consid. 1b; cf. aussi Ghélew/Ramelet/Ritter, op. cit., pp. 51 s; Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, pp. 458 ss).

Le droit à des prestations de l'assureur-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé.

b) 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 consid. 3.2; ATF 129 V 402 consid. 2.2; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références citées).

Au demeurant, l'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base des appréciations médicales, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvé, à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante. En effet, la causalité adéquate entre l'atteinte à la santé et l'événement incriminé présuppose la causalité naturelle (sur ces questions, cf. Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, thèse Genève 1991, pp. 62 ss).

Pour ce qui est de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un fait doit reposer sur un tel degré de vraisemblance, la simple possibilité de sa survenance ne suffisant pas à l'établir (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 121 V 45 consid. 2a, ATF 121 V 204 consid. 6b; ATF 118 V 286 consid. 1b). D'après la jurisprudence, il appartient à l'assuré de rendre plausible que les éléments dont il se prévaut sont réunis en l'occurrence. Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir ces éléments pour établis ou,

du moins, pour vraisemblables, le juge constatera l'absence de preuves ou d'indices (ATF 116 V 136 consid. 4b).

c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports établis par les médecins des assureurs, ou à une expertise confiée par l'assureur-accidents à un médecin indépendant, aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en doute leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et 3b/ee). Selon la jurisprudence, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (cf. TF 9C_142/2008 du 16 octobre 2008, consid. 2.2).

5. L'art. 6 al. 2 LAA prévoit que le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. D'après l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202), pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a p. 140), sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire :

- a. les fractures;
- b. les déboîtements d'articulations;
- c. les déchirures du ménisque;
- d. les déchirures de muscles;
- e. les élongations de muscles;
- f. les déchirures de tendons;
- g. les lésions de ligaments;

h. les lésions du tympan.

La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b; ATF 116 V 145 consid. 6c; ATF 114 V 298 consid. 3c; RAMA 2001 n° U 435 p. 332; RAMA 1988 n° U 57 p. 372 consid. 4b; Bühler, Die unfallähnliche Körperschädigung, in SZS 1996 p. 84). Dans ce cadre, les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré. En l'absence d'un tel facteur déclenchant, ces lésions seront, en revanche, manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, de sorte qu'il appartiendra à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (ATF 123 V 43 consid. 2b; ATF 116 V 145 consid. 2c; ATF 114 V 298 consid. 3c; RAMA 2001 n° U 435 p. 332; TFA U 60/03 du 28 juin 2004, consid. 3.2; Bühler, loc. cit., p. 87).

6. a) La question se pose en premier lieu de savoir si, en l'espèce, on a affaire à une rupture même partielle du tendon. En effet, dans son rapport du 14 novembre 2005, le Dr H._____, médecin traitant, confirme sur la base de l'IRM du 13 mai précédent l'existence d'une déchirure du tendon sus-épineux et du tendon sous-scapulaire. Cette dernière ne peut, selon lui, être que traumatique. De son côté, le Dr N._____, qui a procédé à l'IRM de l'épaule droite en date du 13 mai 2005, estime que cette épaule présente une tendinopathie avec déchirure partielle, sans lésion transfixiante (c'est-à-dire traversant de part en part), au niveau du tendon du supra-épineux, une tendinopathie avec déchirure partielle du tendon du sous-scapulaire et un épanchement intra-articulaire et dans la bourse sous acromio-deltaïdienne.

En revanche, l'assureur, se fondant sur les conclusions de son médecin-conseil, a considéré que le tendon n'est pas rupturé de manière

transfixiante (cf. décision attaquée, p. 8), de sorte que cette rupture ne peut pas être assimilée à une déchirure à proprement parler. Pour sa part, l'expert C._____ retient (p. 14 de son rapport du 19 juin 2008) qu'il n'y a "aucun signe pour une rupture complète du tendon du sus-épineux, soit une déchirure, mais uniquement des signes IRM traduisant une désorganisation des fibres du tendon". C'est ainsi qu'il pose les diagnostics de "contusion simple de l'épaule droite" et de "tendinopathie non rompue du tendon du sus-épineux droit et plus modérément du sous-scapulaire droit d'origine dégénérative, actuellement asymptomatique".

Ces éléments ne permettant pas de déterminer si une rupture transfixiante constitue une déchirure au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA, ou si l'expert C._____ exclut toute déchirure même partielle lorsqu'il parle de "désorganisation des fibres du tendon" et de tendinopathie non rompue", l'expert a été invité, par écriture du 31 août 2009, à répondre à deux questions complémentaires, de manière à ce que l'existence d'une éventuelle lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA puisse être tranchée.

Dans ses réponses complémentaires du 8 septembre 2009, l'expert C._____ a clairement exclu l'existence d'une déchirure de la coiffe des rotateurs. Il a également indiqué que la "désorganisation des fibres du tendon" et la "tendinopathie non rompue" évoquées aux pages 14 à 16 de l'expertise, n'impliquent pas de déchirure ne serait-ce que partielle du tendon.

Il y a donc lieu de conclure de ce qui précède qu'une lésion corporelle assimilée à un accident (in casu, une déchirure du tendon au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA) n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante applicable en droit des assurances sociales.

b) Subsiste la question de savoir s'il existe un lien de causalité entre l'accident du 24 décembre 2004 et le traitement médical débuté le 4 mai 2005, occasionné par les lésions provoquées par la chute à ski du recourant.

A cet égard, le médecin conseil de l'assureur, relève dans sa note du 10 octobre 2005, que "la causalité entre l'événement du 24 décembre 2004 et le traitement débuté le 4 mai 2005 n'est que possible". Il se fonde en particulier sur le fait qu'il n'y a pas eu d'impotence fonctionnelle immédiate, que la première consultation n'a eu lieu que 5 mois après l'événement et que l'IRM du 13 mai 2005 a montré surtout des tendinopathies multiples et non une déchirure transfixiante. De son côté, l'expert fait la synthèse suivante (p. 14 de son rapport du 19 juin 2008):

"Si l'on résume les éléments suivants; homme de 50 ans ayant un long passé sportif d'utilisation de son membre supérieur droit, en particulier de volley-ball qui nécessite des mouvements de grande amplitude avec force et chocs du membre supérieur droit connu pour entraîner des lésions de l'épaule, un agent vulnérant consistant en une chute sur l'épaule de gravité légère à moyenne, une absence d'impotence fonctionnelle, une consultation chez le médecin uniquement cinq mois plus tard, une déclaration d'accident huit mois après l'événement, une imagerie radiologique ne mettant en évidence que des lésions partielles du tendon du sus-épineux et encore plus modérément du sous-scapulaire, des signes radiologiques de micro-kystes signant l'ancienneté de lésions de l'insertion du sous-épineux, et enfin la guérison pratiquement spontanée avec indolence totale et récupération fonctionnelle complète de façon prolongée. Sur la base de ces éléments, je dirai que selon la vraisemblance prépondérante qui régit la LAA, la causalité naturelle n'est que possible entre la mise en évidence des lésions et l'événement du 24 décembre 2004".

Dans ses déterminations du 5 novembre 2008, le conseil du recourant a demandé que l'expert réponde aux questions 9 et 10 et exposé que, "s'agissant des réponses aux questions 11 et 12, elles ne donnent bien évidemment et également pas satisfaction à J._____". L'expert avait répondu que les questions 9 et 10 relevaient de la causalité adéquate et non de la causalité naturelle. Cette requête a été rejetée, l'expert ayant répondu dans la mesure de ses compétences aux questions posées. Au surplus, pour ce qui est des questions 11 et 12, le conseil du recourant n'explique pas en quoi les conclusions de l'expert seraient erronées.

Au demeurant, les conclusions de l'expertise sont claires et dûment motivées; la situation médicale est bien exposée, de sorte que

pleine valeur probante doit être reconnue au rapport d'expertise du Dr C. _____ du 19 juin 2008. On doit donc retenir que la causalité naturelle, pour l'appréciation de laquelle les constatations médicales sont déterminantes (ATF 118 V 286 consid. 1b) et, par conséquent, adéquate, avec l'accident n'est que possible sans pouvoir être qualifiée de suffisamment probable (cf. consid. 4 supra); le droit aux prestations de l'assureur-accidents n'est dès lors pas ouvert.

7. Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA) ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 31 mars 2006 par Helsana Assurances SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Astyanax Peca, avocat (pour J. _____),
- Helsana Assurances 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 :