

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/194/2009

ATAS/1427/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 5 novembre 2009

En la cause

Monsieur S _____, domicilié à ANNEMASSE, FRANCE

recourant

contre

HELSANA ASSURANCES SA, sise avenue de Provence 15,
LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Maria GOMEZ et Evelyne BOUCHAARA, Ju-
ges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur S _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1986, travaille en tant que vendeur auprès de X _____ Sàrl depuis le 1^{er} septembre 2007. À ce titre, il est assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels par HELSANA ASSURANCES SA (ci-après : HELSANA ou l'assureur).
2. Le 1^{er} mars 2008 à 20 heures 30, l'assuré a subi une lésion au genou gauche lors d'un entraînement de basket.
3. Le 12 mars 2008, son employeur a annoncé ce sinistre à HELSANA comme accident-bagatelle, en mentionnant une chute.
4. Le 13 mars 2008, une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou gauche de l'assuré a révélé une fissuration cartilagineuse profonde sur la facette articulaire interne de la rotule, la présence d'un petit kyste de forme ovoïde jouxtant la capsule postérieure et le ligament croisé postérieur ainsi qu'une anomalie de signal de grade I de la corne postérieure du ménisque interne, sans déchirure méniscale significative.
5. Dans un certificat du 28 avril 2008, le Dr A _____ a attesté que l'état de santé de l'assuré nécessitait un arrêt de travail complet du 1^{er} avril au 15 mai 2008 inclus, sauf complications.
6. Le 5 mai 2008, l'employeur a envoyé une déclaration de sinistre à HELSANA en mentionnant une incapacité de travail à partir du 1^{er} avril 2008 et pour une durée probablement supérieure à un mois.
7. Le 14 mai 2008, le Dr B _____, spécialiste FMH en médecine du sport et rééducation, a attesté à son tour une totale incapacité de travail du 1^{er} avril au 31 mai 2008.
8. Dans un rapport non daté reçu par HELSANA le 4 juin 2008, le Dr A _____ a confirmé que son patient avait pu reprendre son travail à plein temps le 1^{er} juin 2008. Il a précisé que les symptômes constatés étaient dus un accident, que son patient n'avait jamais souffert auparavant d'atteintes similaires, mais n'a mentionné aucun diagnostic, pas plus qu'il n'a relaté les circonstances de l'accident.
9. Le 6 juin 2008, le Dr B _____ a établi un rapport dans lequel il a retenu le diagnostic d'entorse du genou gauche et mentionné que le traitement durerait probablement trois mois. Il a précisé n'avoir aucun rapport radiologique en sa possession.
10. Dans un avis manuscrit du 16 juin 2008, le Dr C _____, chirurgien-orthopédiste FMH et médecin conseil d'HELSANA, a relevé que l'IRM du 13 mars

2008 ne montrait aucune lésion accidentelle et que l'évènement du 1^{er} mars 2008 avait probablement rendu manifeste un problème antérieur du genou. Il a préconisé de faire préciser les circonstances de l'accident.

11. Sur son conseil, l'assureur a donc ouvert une enquête sur les circonstances de l'accident. Dans son rapport du 23 juin 2008, son inspecteur de sinistres a relaté que l'assuré avait senti un craquement et des douleurs au niveau de son genou gauche en atterrissant sur ses deux pieds après avoir sauté en voulant rattraper un rebond. Il n'avait pas chuté mais avait interrompu immédiatement son entraînement. Durant les trois mois suivants, il avait continué à ressentir de fortes douleurs qui subsistaient encore lors de la montée d'escaliers. Quelques jours après l'accident, l'assuré avait pris l'initiative de porter une petite attelle pour le genou. Constatant que son état ne s'améliorait pas, il avait finalement consulté un médecin, en date du 1^{er} avril 2008 seulement.

Le traitement se terminerai probablement à l'issue de la série de séances de physiothérapie prescrite à l'assuré à raison de deux à trois fois par semaine.

L'inspecteur de sinistres a conclu que l'évènement du 1^{er} mars ne pouvait être qualifié d'accident vu l'absence de facteur extraordinaire et qu'il n'y avait pas non plus de lésion assimilable, raison pour laquelle il a préconisé un refus de prise en charge.

12. Par décision du 3 juillet 2008, l'assurance a refusé la prise en charge du sinistre au motif que le diagnostic posé ne faisait pas partie de la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident et qu'il n'existait aucun facteur extérieur extraordinaire dès lors que l'assuré exerçait une activité habituelle pour lui. L'assureur s'est en outre référé à l'avis de son médecin conseil, lequel n'avait constaté aucune lésion d'origine accidentelle à l'examen de l'IRM du 13 mars 2008.
13. Le 22 juillet 2008, l'assuré a formé opposition en alléguant avoir été victime d'une distorsion ligamentaire au genou gauche communément appelée entorse et figurant dans la liste exhaustive des lésions assimilées à un accident.
14. Par décision du 26 novembre 2008, l'assureur a confirmé sa décision du 3 juillet 2008 en reprenant les motifs déjà invoqués dans cette dernière. L'assureur a précisé au surplus que la réception d'un saut au rebond n'était pas considérée par la jurisprudence comme un événement pouvant être qualifié d'accident, qu'au demeurant, la question de la qualification de l'évènement lui-même pouvait rester ouverte dès lors que la fissuration cartilagineuse de la rotule ne figurait pas dans la liste exhaustive des lésions assimilées à un accident et que, par ailleurs, le diagnostic d'entorse devait être exclu au vu des constatations radiologiques de son médecin-conseil. A cet égard, l'assureur a relevé que le Dr B _____ n'avait pas eu connaissance de ces documents radiologiques avant de poser le diagnostic d'entorse, au demeurant très peu précis. Enfin, il a été souligné que, lors de son audition, l'assuré n'avait

pas décrit à l'inspecteur de sinistres une distorsion ligamentaire, torsion ou lâchage de l'articulation lors de la réception douloureuse.

15. Par courrier du 24 décembre 2008 adressé à la rue David-Dufour, l'assuré a interjeté recours en concluant à ce qu'une indemnité pour perte de gain soit versée à son employeur pour la durée de son incapacité de travail et ce que les frais relatifs à son traitement lui soient remboursés. Il allègue avoir été victime d'une distorsion ligamentaire au genou gauche communément appelée entorse diagnostiquée par le Dr B_____. Il soutient que la décision litigieuse se base sur des interprétations alors que ses deux médecins ont clairement conclu à une entorse due à un accident et non à une maladie. Il reproche à l'intimée de ne pas avoir procédé à une expertise neutre, ni demandé des renseignements complémentaires auprès des différents prestataires de soins qui l'ont traité après son accident.
16. LA POSTE ayant retourné au recourant son courrier au motif que le destinataire était introuvable à l'adresse indiquée, l'assuré l'a adressé une nouvelle fois, le 21 janvier 2009, à l'adresse correcte du Tribunal de céans.
17. Invités à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 12 février 2009, a conclu au rejet du recours pour autant qu'il fût recevable.

S'agissant de la recevabilité du recours, l'intimée soutient qu'il appartient à l'assuré de supporter le risque pris en adressant son recours à une adresse incorrecte. Selon elle, seule l'adresse figurant sur l'enveloppe postée le 24 décembre 2008 est déterminante. Cependant, elle s'en est rapporté à justice concernant la question de savoir si le recourant pourrait se voir accorder une restitution de délai.

Quant au fond, elle a repris ses arguments précédents, ajoutant au surplus que l'IRM du 13 mars 2008 montre que l'appareil ligamentaire du recourant n'a pas été lésé lors de l'événement litigieux, que le Dr B_____ s'est contenté d'utiliser un terme générique sans mentionner les ligaments touchés, que son propre médecin-conseil a tiré des conclusions claires et compréhensibles des pièces du dossier et que le recourant n'a pas démontré qu'il aurait interprété de façon erronée le rapport d'IRM. Enfin, l'intimée a émis des doutes quant à l'utilité d'une éventuelle expertise supplémentaire compte tenu de l'ancienneté de l'événement.

18. Le 10 mars 2009, le recourant a requis l'audition de cinq témoins dont ses deux médecins et son physiothérapeute.
19. Le 12 mars 2009, le Tribunal de céans a procédé à une comparution personnelle des parties lors de laquelle le recourant a expliqué que la décision sur opposition ne mentionnait pas l'adresse du tribunal des assurances de son domicile, raison pour laquelle il avait dû procéder à des recherches sur Internet et avait adressé son recours à la rue David-Dufour.

Le Tribunal de céans a constaté, après vérification rapide, que l'adresse trouvée par l'assuré correspondait en réalité à celle du Secteur des assurances de l'Etat. L'intimée a admis que le recourant avait fait son possible pour que son recours arrivât à bon port et que LA POSTE aurait pu pousser ses investigations un peu plus loin et faire suivre le courrier à bon port.

Puis, le recourant a contesté la description de l'accident. Il a affirmé n'avoir jamais indiqué qu'il était retombé sur les deux pieds, mais sur un seul, le gauche. Il avait alors entendu un craquement, ressenti une douleur et chuté. Il a précisé n'avoir jamais été blessé auparavant et n'avoir aucun doute sur le fait que c'est l'accident qui est à l'origine de ses douleurs. Il a allégué avoir signé sans le relire le procès-verbal que lui avait soumis l'inspecteur de sinistres.

Pour sa part, l'intimée a déclaré a déclaré que même si l'évènement s'était déroulé différemment de ce qu'elle avait retenu, il ne s'agissait pas d'un accident car la douleur était survenue au moment de la réception sur le pied gauche, à l'issue d'un mouvement normal, et non lors de la chute qui, elle, constituait un accident. L'intimée en a tiré la conclusion que la nouvelle version donnée par l'assuré ne changeait rien à ses conclusions.

Les parties ont donné leur accord afin que seuls les Drs B_____ et A_____ soient interrogés par écrit. Sur quoi, le Tribunal de céans leur a imparti un délai pour lui soumettre les questions qu'elles souhaitaient voir poser aux deux médecins, ce qu'elles ont fait en date du 18 mars 2009, respectivement du 20 mars 2009.

20. Le 16 avril 2009, le Tribunal de céans a soumis ces questions aux Drs A_____ et B_____.
21. Dans sa réponse du 2 juin 2009, le Dr B_____ a précisé que le patient lui avait décrit l'évènement comme un traumatisme avec torsion du genou lors d'une réception, la jambe en extension du côté gauche, pendant un match de basket. L'assuré se plaignait de douleurs à la face postérieure du genou gauche aussi bien à la marche qu'en flexion/extension. Les manœuvres méniscales externes ainsi que la palpation de la portion postéro externe de l'interligne articulaire reproduisaient la symptomatologie du patient. Il avait posé le diagnostic d'entorse sur la base des éléments d'anamnèse et de l'examen clinique, sans disposer de rapport radiologique. Le patient lui avait amené l'IRM à la première consultation du 14 mai 2008, ce qui était largement suffisant car l'activité clinique d'un médecin ne nécessitait pas, dans la très grande majorité des cas, une imagerie complémentaire. L'anamnèse avec le mécanisme lésionnel ainsi que les lésions consécutives lui avaient fait poser le diagnostic d'entorse. Au vu de l'âge du patient, il était très peu probable qu'une pathologie dégénérative puisse être à l'origine de la symptomatologie. Il lui était très difficile de répondre de façon précise à la question de savoir si une entorse pouvait

être diagnostiquée avec certitude trois mois après un événement, mais une douleur persistant à la suite d'un mécanisme lésionnel, même après trois mois, pouvait être considérée comme la conséquence d'une entorse. La présence à l'IRM d'une fissuration au niveau du cartilage rotulien le confirmait puisque ce genre de lésion ne pouvait pas avoir une origine dégénérative au vu de l'âge du patient. Il lui était difficile de préciser quels ligaments, tendons et muscles étaient concernés par l'entorse car les plaintes pouvaient évoluer avec la guérison. Il s'agissait du ménisque externe portion postérieure, du cartilage rotulien et des structures capsulaires postéro-externes. Le médecin a contesté que le diagnostic d'entorse soit peu précis car il correspondait au mécanisme lésionnel et non pas à la conséquence anatomique. Il a expliqué que, par entorse, on entendait une lésion ligamentaire ou capsulaire, associée à un traumatisme possible des structures dures comme ménisque ou cartilage. L'IRM ne permettait pas d'exclure la présence de lésions intra-articulaires dès lors qu'il existait un pourcentage de zones de coupe non explorées par l'examen qui pouvaient être responsables de douleurs. De plus de nombreuses lésions cartilagineuses ou méniscales pouvaient être sous-estimées par l'IRM. La fissuration cartilagineuse profonde sur la rotule pouvait également expliquer les symptômes constatés. En revanche, il lui semblait peu probable que le kyste puisse être à l'origine des symptômes. Il s'agissait d'une découverte fortuite de l'IRM. Les notions d'entorse et de distorsion ligamentaire se recouvraient dans la très grande majorité des cas. Il lui était difficile de préciser quel ligament avait été distordu et quelle était la description de la lésion subie en cas de distorsion ligamentaire avérée puisqu'il avait vu le patient plus de deux mois après l'accident. Le ligament principalement touché dans le mécanisme de l'entorse était le ligament collatéral interne qui aurait pu avoir cicatrisé en l'espace de deux mois. Le ligament collatéral externe et le point d'angle postéro-externe étaient mal visualisés en fonction de l'IRM et ne dépendaient que de l'examen clinique pour les documenter. Or, le patient présentait des symptômes dans cette région.

22. Dans sa réponse manuscrite du 16 juin 2009, le Dr A_____ a quant à lui précisé qu'une entorse du genou était une atteinte traumatique d'un ligament nécessitant une immobilisation relative et un traitement antalgique ainsi qu'inflammatoire. Le diagnostic d'entorse était clinique et une IRM était éventuellement requise en cas de suspicion de rupture ligamentaire et de lésions associées des ménisques ou du cartilage. Une entorse était toujours secondaire à un traumatisme, survenu le plus souvent lors de l'activité sportive. Chez le recourant, l'IRM ne mettait pas en évidence de rupture ligamentaire mais une fissuration du cartilage de la face articulaire de la rotule, ce qui justifiait pleinement l'arrêt de travail. Une telle lésion ne pouvait être déclenchée que par un traumatisme.
23. Dans son écriture après enquêtes du 17 juillet 2009, l'intimée a confirmé ses conclusions précédentes en se référant à la prise de position de son médecin-consultant, le Dr C_____.

Ce dernier, dans un document établi le 13 juillet 2009, a émis l'avis que le rapport du Dr A _____ était beaucoup trop succinct, qu'il ne répondait pas aux questions posées et que c'était à tort qu'il concluait qu'une fissure cartilagineuse était forcément d'origine traumatique. Le Dr C _____ a allégué qu'un traumatisme provoque soit une impaction, soit une fracture chondrale, mais pas une fissure. Cette dernière, surtout chez un travailleur de force tel qu'un basketteur, est souvent une lésion dégénérative.

S'agissant du rapport du Dr B _____, le Dr C _____ a relevé qu'une entorse n'est pas un déboîtement d'une articulation – auquel cas on parle de luxation –, mais une traction sur les structures ligamentaires de l'articulation, aboutissant à une atteinte plus ou moins importante de ces structures. En l'absence d'une déchirure ligamentaire significative, une entorse ne laisse pas de séquelles à trois mois. Le médecin a ajouté que la sensibilité et la spécificité de l'IRM sont très faibles en cas de fissure cartilagineuse. Cet examen radiologique est reconnu comme peu fiable pour une lésion cartilagineuse s'il n'y a pas de réaction de l'os sous-chondrale. Selon le Dr C _____, si l'on considère, comme le Dr B _____, que le ménisque interne a été touché, il ne s'agit plus d'une entorse mais d'une pathologie avec un diagnostic beaucoup plus précis. Or, le Dr B _____ ne se référait à aucune lésion ligamentaire, tendineuse ou musculaire en particulier. Le Dr C _____ a exposé que, selon la littérature, l'IRM a une spécificité et une sensibilité de plus de 95% pour les lésions ligamentaires et méniscales ainsi que pour toutes les atteintes osseuses. Seuls les cartilages, en raison de leur faible épaisseur, peuvent poser problème. Il en découle que si une structure a subi une atteinte significative, on peut la voir pendant encore trois à six mois après l'accident et ce, même si la clinique est redevenue favorable. Enfin, le Dr C _____ a relevé qu'une surcharge à l'effort de l'appareil extenseur de genou a les mêmes conséquences cliniques qu'une fissuration cartilagineuse.

24. Pour sa part, le recourant n'a pas pris position sur les réponses des médecins.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ; E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents, est ap-

plicable en l'espèce, dès lors que l'événement litigieux est postérieur à son entrée en vigueur (ATF 130 V 446 consid. 1 et ATF 129 V 4 consid. 1.2).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision sur opposition du 26 novembre 2008 a été reçue le 29 novembre 2008, étant précisé que les délais sont suspendus du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 2 LPGA). Par conséquent, le recours du 24 décembre 2008 a été formé en temps utile (art. 38 al. 1, 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Etant donné que l'intimée a admis en audience de comparution personnelle que le recourant avait fait son possible pour que le recours arrivât à bon port, elle ne conclut plus, à raison, à l'irrecevabilité du recours. En effet, si l'art. 64 al. 2 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA; RS E 5 10) prévoit, lorsque le recours est adressé à une autorité incompétente, que le délai est réputé déposé à la date à laquelle il a été adressé à la première autorité, a fortiori la même conséquence juridique s'impose lorsque le recourant saisit dans le délai de recours une autorité compétente, mais à une mauvaise adresse. Par conséquent, interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.
4. La question litigieuse porte uniquement sur le point de savoir si l'événement litigieux doit être qualifié d'accident, plus spécialement si la condition de la cause extérieure extraordinaire est réalisée ou s'il existe une lésion assimilée à un accident.
5. Selon l'art. 4 LPGA, on entend par 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 notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, cas échéant, l'atteinte dommageable soit qualifiée de maladie (ATF 129 V 404 consid. 2.1 et ATF 122 V 232 consid. 1 et les références).

Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, le cas échéant, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 129 V 404 consid. 2.1 et ATF 122 V 233 consid. 1 ainsi que les références). Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (ATFA non publié U 499/00 du 12 septembre 2001, consid. 2).

Le critère du facteur extérieur extraordinaire peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel du mouvement est influencé par un phénomène extérieur («mouvement non programmé»). Dans le cas d'un tel mouvement, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise, car le facteur extérieur - l'interaction entre le corps et l'environnement - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison de l'interruption du déroulement naturel du mouvement (ATF 130 V 118 consid. 2.1 et les références). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encoule, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1 in fine et RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b). Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes (RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b et les références). En particulier, dans le cas d'une lésion survenue dans l'exercice d'un sport, le critère du facteur extraordinaire et, partant, l'existence d'un accident, doivent être niés en l'absence d'un événement particulier (ATF 130 V 118 consid. 2.2 et les arrêts cités).

Selon la jurisprudence et la doctrine, 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, 4e éd., Berne 1984, p. 136; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., 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 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3 et ATF 126 V 360 consid. 5b et les références.).

6. L'art. 9 al. 2 OLAA prévoit notamment que les fractures (let. a), les déboîtements d'articulation (let. b), les déchirures du ménisque (let. c) et les lésions de ligaments (let. g) sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGA). A défaut de l'existence d'une cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 129 V 446). Si une telle lésion survient sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégéné-

ratifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites. On précisera que dans le cadre de l'art. 9 OLAA, on ne peut admettre le retour au statu quo sine en cas de lésion assimilée - malgré l'origine en grande partie dégénérative de celle-ci -, tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas clairement établi. A défaut, en effet, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de cette lésion (ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003, consid. 2).

L'existence d'une lésion corporelle assimilée un accident doit ainsi être niée, dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA. De la même manière, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.) à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs (ATF 129 V 466 consid. 4.2.2 et 4.3).

7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 158 consid. 1b; ATFA non publié U 345/03 du 13 octobre 2004, consid. 3.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les

raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee; ATFA non publié I 592/99 du 13 mars 2000). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

8. Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a et les références; RAMA 2004 n° U 515 p. 420 consid. 1.2; VSI 2000 p. 201 consid. 2d; ATFA non publié U 96/05 du 20 mai 2006, consid. 3.1).

En l'espèce, il n'existe aucune description de l'événement du 1^{er} mars 2008 faite immédiatement après sa survenance car l'employeur a annoncé le sinistre au moyen d'une déclaration d'accident-bagatelle et l'intimée n'a d'abord pas cherché à savoir quel avait été le déroulement de cet événement. Dans son rapport du 23 juin 2008 consécutif à l'audition du recourant, l'inspecteur de l'intimée a indiqué que, pendant un entraînement de basket, l'assuré avait sauté pour rattraper un rebond et que,

lorsqu'il était retombé sur ses deux pieds, il avait ressenti un craquement ainsi qu'une vive douleur au genou gauche sans chuter. Puis, lors de l'audience de comparution personnelle devant le Tribunal de céans, le recourant a contesté la description de l'accident rapportée par l'inspecteur de sinistres. Il a expliqué qu'il n'était pas retombé sur ses deux pieds, mais sur son seul pied gauche, puis qu'il avait chuté. Dans son rapport du 2 juin 2009, le Dr B_____ a précisé que le patient lui avait relaté l'accident comme un traumatisme survenu pendant un match de basket avec torsion du genou lors d'une réception, la jambe en extension du côté gauche.

En l'espèce, on retiendra sur la base du dossier et des précisions apportées par le recourant en audience de comparution personnelle - au demeurant non contestées par l'intimée - qu'au cours du jeu et alors qu'il avait sauté pour rattraper le ballon lors d'un rebond, il est retombé sur le pied gauche et a entendu un craquement, puis a ressenti une douleur avant de chuter. Il y a lieu de relever que le Dr B_____ apporte une précision supplémentaire, à savoir qu'il y a eu entorse du genou gauche lors de la réception au sol. Le recourant a consulté ce spécialiste pour la première fois le 14 mai 2008, soit avant la description de l'accident donnée à l'inspecteur de sinistres, de sorte qu'il y a lieu de retenir qu'il s'agit là de ses premières déclarations, lesquelles concordent avec la description faite en audience (cf. ATF 121 V 47 consid. 2a et les références; VSI 2000 p. 201 consid. 2d). Par conséquent, il convient d'admettre qu'il y a eu entorse du genou lors de la réception au sol sur la jambe gauche lors d'un saut pour saisir la balle.

Contrairement à ce que soutient l'intimée dans sa décision sur opposition, la question de savoir si la réception d'un saut au rebond est considérée ou non comme un accident n'a pas encore été tranchée par le Tribunal fédéral. Or, en basketball, lorsqu'un joueur saute pour prendre le rebond du ballon, il ne saute pas s'il n'y a pas la présence d'un autre joueur pour lui disputer le ballon. En effet, en l'absence d'adversaire à proximité, il s'empare du ballon sans sauter et se déplace en dribblant. Même si le recourant n'a pas donné plus de précisions au sujet du déroulement de l'accident, soit parce que l'intimée ne les lui a pas demandées, soit parce qu'il n'a pas mémorisé tous les mouvements effectués lors de son geste, il n'est pas possible d'en déduire que la lésion s'est produite lors d'un mouvement normal de réception au sol. Au contraire, étant donné qu'un saut au rebond n'a pas lieu si le ballon n'est pas disputé par un autre joueur et que le basketball est un sport de contact, il est hautement vraisemblable que, lors dudit saut, il y a eu une entrave par contact avec un autre joueur ou évitement de celui-ci qui a entraîné une mauvaise réception au sol de la jambe gauche influencée par un phénomène extérieur. Par conséquent, l'existence d'un facteur extérieur doit être admise.

L'intimée conteste également que la condition relative au caractère extraordinaire de l'atteinte soit réalisée au motif que le recourant pratique régulièrement le basketball et que ce type de mouvement serait donc habituel pour lui.

Cet argument doit être écarté dès lors que, dans son raisonnement, l'intimée assimile cette situation avec celle d'un travailleur de force qui n'est en rien comparable dès lors que les entraînements de basket ont lieu quelques heures par semaine alors que le travailleur de force répète les mêmes mouvements plusieurs heures par jour et cinq jours par semaine. De plus, selon la jurisprudence, par rapport aux mouvements de la vie quotidienne, le basketball présente à l'évidence un potentiel de danger accru (course, accélérations, mouvements brusques en avant, en arrière et de côté, arrêts brusques). Même pour une personne qui pratique régulièrement ce sport, ces mouvements ne peuvent être assimilés à des gestes de la vie courante, comme le fait de se déplacer dans une pièce, se lever, se coucher ou s'asseoir. Une brusque rotation du haut du corps dans une phase de jeu plus ou moins critique (sous le panier), alors que les pieds restent fixes, constitue une sollicitation du corps plus importante que la normale (ATFA non publié U 71/07 du 15 juin 2007, consid. 6.2).

Au demeurant, étant donné que le déroulement naturel du mouvement a été influencé par un phénomène extérieur, il s'agit d'un «mouvement non programmé». Par conséquent, l'interaction entre le corps et l'environnement constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison de l'interruption du déroulement naturel du mouvement de sorte que l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admis (ATF 130 V 118 consid. 2.1 et les références).

En définitive, le Tribunal de céans considère que le sinistre du 1^{er} mars 2008 est un accident qui doit être pris en charge par l'intimée.

9. L'intimée conteste que l'IRM du 13 mars 2008 révèle des lésions d'origine accidentelle, notamment que la fissuration profonde de la rotule gauche soit la conséquence de l'accident du 1^{er} mars 2008.

Outre ladite fissuration, l'IRM met également en évidence une anomalie de signal de grade I de la corne postérieure du ménisque interne gauche bien que le radiologue retienne l'absence de déchirure méniscale significative. Sans entrer dans la controverse médicale sur l'origine accidentelle de la fissuration de la rotule gauche qui est unanimement admise par les médecins du recourant au vu de l'âge du recourant, cette anomalie permet de déduire que l'IRM révèle en tout cas une déchirure du ménisque interne gauche non significative; il semble dès lors spécieux de prétendre qu'elle ne révèle aucune lésion d'origine accidentelle. Au demeurant, le Tribunal rappellera que la LAA n'exclut pas la prise en charge de lésions dégénératives par l'assureur-accidents puisque celui-ci doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; ATFA U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.3). De plus, ce qui importe pour juger du droit aux prestations d'un assuré, c'est la répercussion de l'atteinte à la santé diagnostiquée sur la capacité de travail (art. 6 et 16 LPGA). Seule la réponse à cette question intéresse finalement le juriste dans une

procédure portant sur l'incapacité de travail ou l'invalidité; le débat médical relatif à la dénomination diagnostique la mieux appropriée pour décrire l'état de souffrance du patient, soit en l'occurrence entorse ou lésion méniscale se révèle dans ce contexte plutôt secondaire (ATFA non publié I 134/05 du 13 mars 2006, consid. 3.2.1.3).

En l'occurrence, il n'y a pas lieu de trancher cette question car la décision du 3 juillet 2008 et la décision sur opposition du 22 juillet 2008 ne traitent pas de ce point mais uniquement de savoir si les conditions d'un accident ou d'une lésion assimilée sont réalisées. Or, dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ainsi que les références et ATF 119 Ib 36 consid. 1b). Toutefois, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503 et ATF 122 V 36 consid. 2a ainsi que les références).

En l'occurrence, les points soulevés par l'intimée pour refuser de verser ses prestations n'ont pas été tranchés dans la décision sur opposition de sorte qu'ils ne font pas partie de l'objet du litige. De plus, une incapacité de travail entière du 1^{er} avril au 31 mai 2008 en relation avec l'accident est admise par tous les rapports médicaux de sorte que l'intimée ne peut pas refuser de verser ses prestations sans mettre en œuvre une expertise médicale. Par conséquent, les questions relatives au lien de causalité entre l'accident du 1^{er} mars 2008 et les lésions dont souffre le recourant ne sont pas en état d'être jugées de sorte qu'elles ne peuvent pas être examinées par le Tribunal de céans.

Si l'intimé conteste réellement l'absence d'un lien partiel de causalité naturelle - suffisant pour engager son obligation de prester - alors même que l'IRM met en évidence au moins une anomalie de signal de grade I au ménisque interne attestant d'une lésion vraisemblablement d'origine accidentelle, que la durée de l'incapacité de travail n'est que de deux mois et que le recourant ne nécessite pas d'opération, il lui appartiendra de mettre en œuvre une expertise externe auprès d'un spécialiste en orthopédie, puis de rendre une nouvelle décision.

10. Etant donné que le caractère accidentel de l'événement du 1^{er} mars 2008 est admis, la question de savoir si la fissuration du cartilage de la rotule gauche est une lésion corporelle assimilée à un accident, tant sur le plan juridique que sur le plan médical, peut rester non résolue.
11. Au vu de ce qui précède, le recours est admis et les décisions du 3 juillet 2008 ainsi que du 26 novembre 2008 sont annulées. Bien que le recourant obtienne gain de cause, il n'a pas droit à des dépens puisqu'il n'est pas représenté par un mandataire et ne remplit pas les conditions justifiant leur octroi à titre exceptionnel (ATF 132 consid. 4d et ATF 110 V 72 consid. 7). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule les décisions d'HELSANA des 3 juillet et 26 novembre 2008.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Yaël BENZ

Karine STECK

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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