

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4335/2010

ATAS/60/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1^{er} février 2012

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur D_____, domicilié à Duingt, France, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Catherine de
PREUX

recourant

contre

HELSANA ACCIDENTS SA, sise avenue de Provence
15, 1001 Lausanne

intimée

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA ,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur D _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est cadre auprès de la société X _____ SA depuis le 1^{er} décembre 2007. A ce titre, il est assuré pour les suites des accidents professionnels et non professionnels auprès de HELSANA ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée).
2. Par déclaration d'accident « bagatelle », l'assuré a annoncé avoir glissé sur une plaque de verglas le 11 décembre 2008 et subi une tuméfaction du métatarse droit. Les premiers soins ont été donnés par le Dr L _____ de l'Airport Medical Center de Zurich.
3. Par déclaration d'accident « bagatelle » du 12 novembre 2009, l'assuré a annoncé une rechute de l'événement de décembre 2008. Il indiquait qu'il avait depuis lors toujours ressenti des douleurs dans le pied et le talon droits, avec une forte recrudescence de celles-ci depuis quatre jours.
4. L'assuré s'est soumis à une résonance magnétique de la cheville et du talon droits le 25 novembre 2009 à l'Hôpital de la Tour, en raison de talalgies persistantes après un traumatisme qui datait de dix mois. Dans son rapport du 26 novembre 2009, le Dr M _____, médecin spécialiste en médecine FMH, mentionnait que les douleurs étaient indiquées aussi bien dans la partie inférieure du talon que dans la partie supérieure postérieure. Le médecin a ainsi conclu à un épanchement synovial à la face postérieure de l'articulation sous-astragaliennne postérieure, associé à une perte du cartilage articulaire local postérieurement ; il a également observé un amincissement et même une petite interruption de l'aponévrose plantaire associée à une petite accumulation de liquide à la surface inférieure du calcanéum près de l'insertion, pouvant traduire également une lésion post-traumatique ou être en relation avec une surcharge permanente.
5. Dans le questionnaire « en cas de rechute » complété par l'assuré en date du 1^{er} décembre 2009, celui-ci a indiqué qu'il présentait toujours des douleurs persistantes au talon, douleurs qui n'avaient jamais cessé malgré l'assurance du médecin, ce qui motivait sa nouvelle demande.
6. Dans un rapport intermédiaire du 16 décembre 2009, le Dr N _____, spécialiste FMH en médecine interne, du Centre médical de Meyrin, a diagnostiqué une contusion avant sous-astragaliennne du pied droit, dont l'évolution était lentement favorable.
7. L'assurance a soumis le cas à son médecin-conseil, le Dr O _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son évaluation du 11 janvier 2010, le

médecin-conseil a indiqué que le cas relevait de l'assurance-maladie, car une contusion du talon ne dure pas un an. De plus, l'IRM montrait une arthrose débutante de la sous-astragaliennne et une insertionite calcanéenne. À la question de savoir s'il s'agissait, avec une probabilité prédominante, d'une rechute liée à l'événement accidentel mentionné précédemment, le médecin a répondu « possible ».

8. Par décision du 3 février 2010, l'assurance a refusé tout droit aux prestations, motif pris que les troubles présentés, à savoir une arthrose débutante de la sous-astragaliennne et insertionite calcanéenne, ne pouvaient être pris en charge en tant que rechute et conséquence tardive, dès lors qu'il n'existait pas de relation de causalité naturelle et adéquate entre les troubles actuels et les dommages à la santé provoqués à l'époque par l'accident assuré, ce au degré de la vraisemblance prépondérante.
9. L'assuré a formé opposition en date du 26 février 2010, concluant à la prise en charge de l'annonce de la rechute du 12 novembre 2009. Selon lui, la douleur et la gêne qu'il éprouvait résultaient directement de cette chute. En outre, ses douleurs n'avaient jamais cessé depuis l'accident, contrairement à ce que lui avait indiqué le médecin consulté.
10. Dans un certificat médical LAA du 3 mars 2010, le Dr N_____ a diagnostiqué une lésion aponévrose plantaire droite post-traumatique.
11. Par décision du 18 novembre 2010, l'assurance a rejeté l'opposition, au motif que l'assuré avait échoué à apporter la preuve du caractère au moins probable de la relation de causalité entre l'annonce de la rechute de novembre 2009 et l'accident de décembre 2008. L'assurance a considéré que pleine valeur probante devait être accordée au rapport du Dr O_____, médecin-conseil, du 11 janvier 2010, l'avis contraire du Dr N_____ ne pouvant emporter la conviction. Par ailleurs, plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection était long, plus les exigences quant à la preuve au regard de la vraisemblance prépondérante du rapport de causalité naturelle devaient être sévères.
12. L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours en date du 20 décembre 2010 par-devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent. Il a contesté la décision litigieuse, relevant que le Dr N_____ n'était pas son médecin traitant, mais un médecin qu'il avait rencontré à deux reprises à l'Hôpital de la Tour où il s'était rendu dans un premier temps, que par ailleurs, ce dernier n'avait pas répondu à la question de savoir si des circonstances sans rapport avec l'accident jouaient un rôle dans l'évolution du cas. Quant au médecin-conseil de l'assureur, il avait confirmé qu'il était possible, avec une probabilité prédominante, que la rechute soit liée à l'événement accidentel de décembre 2008. Le recourant soutenait ainsi que les douleurs et la gêne n'avaient

jamais cessé depuis l'accident de décembre 2008, de sorte qu'il ne s'agissait pas à proprement parler d'une rechute. L'on ne pouvait dès lors conclure à une rupture du lien de causalité entre les souffrances ressenties et l'accident dont il avait été victime le 11 décembre 2008. Par ailleurs, il alléguait que la conclusion du Dr M_____, dans son rapport du 26 novembre 2009, était incohérente et non motivée, dans la mesure où il ne tranchait pas la question de savoir si la lésion était post-traumatique ou en relation avec une surcharge permanente. Or, s'agissant de la surcharge permanente, cette conclusion paraissait aberrante dès lors que ce spécialiste ne l'avait jamais rencontré. En revanche, le Dr N_____ avait diagnostiqué une lésion aponévrose plantaire droite post-traumatique. Il considérait dès lors qu'il existait un lien étroit entre l'annonce de la rechute de novembre 2009 et l'accident de décembre 2008. Il concluait à l'annulation de la décision et à la prise en charge des suites de la rechute annoncée le 12 novembre 2009, en relation avec l'accident du 11 décembre 2008. Subsidiairement, il concluait à ce qu'une expertise soit effectuée par un orthopédiste indépendant et de renvoyer la cause à l'intimée pour nouvelle décision.

13. Dans sa réponse du 12 janvier 2011, l'intimée a conclu au rejet du recours, dès lors qu'il convenait de reconnaître une pleine valeur probante à l'appréciation de son médecin-conseil. L'intimé relevait que, suite à l'événement du 11 décembre 2008, le dossier avait été clôturé à fin décembre 2008 et qu'il s'en était suivi une période de onze mois sans consultation médicale, soit jusqu'en novembre 2009. Or, cet espace libre sans traitement distendait considérablement le lien de causalité naturelle entre l'événement de décembre 2008 et la reprise des consultations en novembre. L'allégation de douleurs continues durant toute cette période n'était au surplus corroborée par aucune pièce médicale au dossier et ne saurait être retenue pour la solution du cas, suivant la règle de la vraisemblance prépondérante applicable à l'appréciation des preuves. Par ailleurs, il ressortait des conclusions du Dr M_____, suite à la résonance magnétique pratiquée le 25 novembre 2009, que les troubles pouvaient induire tant une lésion post-traumatique qu'être en lien avec une surcharge permanente. Or, dans cette seconde hypothèse, le caractère accidentel des troubles n'était pas réalisé. Par conséquent, les troubles objectivés à compter de novembre 2009 n'étaient au mieux que dans un rapport de causalité possible avec l'accident de décembre 2008, ce qui n'était pas suffisant pour justifier le droit aux prestations LAA. Selon l'intimée, le recourant avait échoué à faire la preuve du caractère au moins probable de la relation de causalité entre l'annonce de la rechute de novembre 2009 et l'accident de décembre 2008, de sorte que cet échec devait lui être imputé, dans la mesure où il ne pouvait être mis au bénéfice des avantages découlant d'un état de fait non établi.
14. A la requête du recourant, la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice (ci-après : la Cour de céans), compétente depuis le 1^{er} janvier 2011, a entendu les parties en audience de comparution personnelle le 11 mai 2011. Le recourant a expliqué que le 12 décembre 2008, il avait glissé sur une plaque de verglas et était

tombé. Il avait été pris en charge par le Dr L_____, médecin du Centre médical de l'aéroport. La radiographie effectuée ce jour-là n'avait pas montré de fracture, le médecin lui avait prescrit des antalgiques, son pied avait été enveloppé dans une poche de gélatine et bandé. Le traitement avait duré environ quinze jours. Il ne pouvait pas poser le talon par terre et avait dû louer des cannes à la pharmacie. Le Dr L_____ lui avait indiqué que c'était quelque chose qui allait disparaître progressivement. Il a pu à nouveau marcher normalement, les douleurs ont diminué sans jamais disparaître totalement. Il ressentait une gêne et une douleur constantes à l'intérieur du talon. Pour le surplus, il a indiqué qu'il ne pratiquait pas de sport, qu'il avait une activité sédentaire, qu'il ne pratiquait ni la marche, ni la randonnée. Finalement, il a décidé de retourner à l'Hôpital de la Tour et le Dr N_____ avait fait pratiquer une IRM en date du 25 novembre 2009. L'examen IRM avait montré un impact sous le talon, au point de choc. Le médecin lui avait prescrit de la physiothérapie et des antidouleurs. Finalement, la douleur avait disparu.

Le représentant de l'intimée a déclaré qu'il n'y avait pas une continuité dans cette situation. Le laps de temps sans consultation ni traitement était trop long. Par ailleurs, le rapport d'IRM concluait à une lésion post-traumatique ou en relation avec une surcharge permanente. Dès lors, l'on se trouvait en présence du domaine du possible, ce qui n'était pas suffisant du point de vue du lien de causalité. Enfin, l'IRM avait montré des problèmes d'ordre dégénératif, étant relevé que l'assuré était âgé de 44 ans au moment de l'événement.

Le recourant a tenu à préciser que le Dr N_____ n'était pas son médecin traitant, ni son médecin de famille. En effet, il a un médecin de famille en France, car il est frontalier. Il n'avait vu le Dr N_____ qu'avant et après l'IRM. Par ailleurs, il n'avait jamais rencontré le Dr M_____. Au surplus, avant l'accident, il n'avait jamais présenté de douleurs au talon ou au pied droit ou gauche. Il considérait que la position de l'intimée est inadmissible, raison pour laquelle il a interjeté recours.

15. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10).
4. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée était fondée à refuser la prise en charge de la rechute annoncée par le recourant au motif que la relation de causalité naturelle et adéquate avec l'événement accidentel du 11 décembre 2008 n'était pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante.
5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a plus particulièrement droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.
6. a) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose donc d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

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 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291, consid. 3a, 117 V 364 consid. 5d/bb et les références).

7. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a p. 138 et les références ; 118 V 293 consid. 2c p. 296). Par ailleurs, en cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident (cf. arrêt du 17 mai 2002 [U 293/01; consid. 1] résumé dans REAS 2002 p. 307). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 no U 275 p. 191 consid. 1c; consid 1 de l'arrêt du 17 mai 2002 précité ; arrêt du 20 février 2006 U 249/05 consid. 1).
8. En ce qui concerne la preuve, 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, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il

existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références; ATF non publié 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1).

9. 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 sont 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 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié I 592/99 du 13 mars 2000, consid. b/ee). 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il

est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c).

10. En l'espèce, le recourant requiert de l'intimée la prise en charge des frais qu'il estime liés à l'événement accidentel du 11 décembre 2008. Il allègue que les complications et les vives douleurs ressenties au pied et au talon droits une année après l'accident dont il a été victime sont incontestablement des suites dudit événement. À l'appui de son recours, il se prévaut notamment du rapport du Dr N_____ qui a diagnostiqué une lésion aponévrose plantaire droite post-traumatique et de celui du médecin-conseil de l'assureur, selon lequel il était possible, avec une probabilité prédominante, que la rechute soit liée à l'événement accidentel de décembre 2008. Le recourant soutient par ailleurs que les douleurs et la gêne n'ont jamais cessé depuis l'accident de décembre 2008, mais qu'elles se sont amplifiées quelques jours avant l'annonce de sa rechute à l'intimée.

Pour sa part, l'intimée considère au contraire, sur la base du rapport de son médecin-conseil, qu'une contusion du talon ne dure pas un an et qu'il n'y a pas une continuité dans la situation du recourant, permettant de retenir que les douleurs ressenties près d'un an plus tard soient en lien de causalité avec l'événement accidentel du 11 décembre 2008. Selon l'intimée, le laps de temps sans consultation ni traitement a été trop long pour admettre un quelconque rapport entre l'accident et les récentes douleurs. Le rapport d'IRM auquel le recourant s'est soumis conclut d'ailleurs à une lésion post-traumatique ou en relation avec une surcharge permanente et montre des problèmes d'ordre dégénératif, étant relevé que le recourant était âgé de 44 ans au moment de l'événement. De l'avis de l'intimée, on se trouve donc en présence du domaine d'une rechute « possible », insuffisante du point de vue du lien de causalité, le recourant n'ayant pas été en mesure d'apporter la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante de l'existence d'un tel lien.

11. En l'occurrence, figurent au dossier les rapports des Drs N_____, M_____ et O_____. Si le premier praticien a diagnostiqué une contusion avant sous-astragalienne du pied droit post-traumatique, le médecin-conseil de l'intimée a indiqué que le cas relevait de l'assurance-maladie, car une contusion du talon ne dure pas un an. Néanmoins, à la question de savoir s'il s'agissait, avec une probabilité prédominante, d'une rechute liée à l'événement accidentel susmentionné, le médecin a répondu « possible ». Enfin, le Dr M_____ a mentionné que les douleurs pouvaient traduire une lésion post-traumatique ou être en relation avec une surcharge permanente, sans en déterminer la cause exacte.

De l'avis de la Cour, il apparaît ainsi que la question de la causalité n'a pas été investiguée à satisfaction de droit par les différents médecins appelés à se déterminer. Le Dr N_____ a effectivement conclu à une tuméfaction post-traumatique. Néanmoins, ses confrères n'ont pas clairement défini si les douleurs

ressenties par le recourant résultent ou non de l'accident du 11 décembre 2008, laissant cette question ouverte.

En ce qui concerne plus particulièrement le rapport du médecin-conseil de l'intimée, sur lequel les deux parties appuient leurs raisonnements, il n'est pas suffisamment étayé et clair pour que le lien de causalité entre la rechute et l'événement accidentel ne soit pas retenu. En effet, non seulement il est contradictoire - en ce sens que le praticien conclut qu'une contusion du talon ne dure pas un an et qu'il estime « possible » qu'il s'agisse d'une rechute -, mais aussi n'est-il pas suffisamment complet pour que la Cour de céans lui reconnaisse une valeur probante. Il s'ensuit que les rapports médicaux qui figurent au dossier n'emportent pas la conviction de la Cour, au degré de la vraisemblance prépondérante, sur le défaut d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et la rechute annoncée par le recourant le 12 décembre 2009.

12. La jurisprudence (DTA 2001 p. 169) prévoit deux solutions lorsque le juge cantonal estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de la rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).
13. Pour l'ensemble des motifs développés ci-dessus, la Cour de céans considère qu'il convient de renvoyer le dossier à l'intimée afin qu'elle effectue une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise orthopédique, confiée à un expert indépendant. A l'issue de cette mesure complémentaire, il appartiendra à l'intimée de rendre une nouvelle décision sur le droit aux prestations d'assurance.
14. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimée pour mise en œuvre d'une expertise dans le sens des considérants. Le recourant a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens que la Cour fixe en l'espèce à 1'250 fr. (art. 89H al. 3 LPA ; art. 61 let. g LPG). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H LPA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de HELSANA ASSURANCES SA du 3 février 2010 et la décision sur opposition du 18 novembre 2010.
4. Renvoie la cause à HELSANA ASSURANCES SA pour mise en œuvre d'une expertise au sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à payer au recourant la somme de 1'250 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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