

## **VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 651 vom 24. Juli 2019**

VD Tribunal cantonal, 2019-07-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2019\\_\\_651](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2019__651)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 651 du 24 juillet 2019

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 651 del 24 luglio 2019

### **Regeste**

LÉSION DU MÉNISQUE, LÉSION DU LIGAMENT, SPORTIF, CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, LIEN DE CAUSALITÉ, EXPERTISE MÉDICALE | 36 LAA, 6 LAA, 9 al. 2 OLAA

### **Volltext**

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 24.07.2019 Arrêt / 2019 / 651

LÉSION DU MÉNISQUE, LÉSION DU LIGAMENT, SPORTIF, CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, LIEN DE CAUSALITÉ, EXPERTISE MÉDICALE | 36 LAA, 6 LAA, 9 al. 2 OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 16/17- 92/2019 ZA17.005706 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 24 juillet

2019 \_\_\_\_\_ Composition : M. Neu , président Mmes Röthenbacher et Brélaz Braillard, juges Greffière : Mme \_\_\_\_\_ Monod \*\*\*\*\* Cause pendante entre : B. \_\_\_\_\_ , à [...], recourant, et Helsana Accidents SA , à Lausanne, intimée.

\_\_\_\_\_ Art. 6 LAA ; art. 9 al. 2 aOLAA. E n f a i t : A. B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1978, a été engagé en qualité d'enseignant d'espagnol à 60 % auprès de la société Collège D. \_\_\_\_\_ SA depuis le 24 août 2015. Il est de ce fait assuré contre les accidents professionnels et non professionnels par Helsana Accidents SA (ci-après également : l'assureur ou l'intimée). En date du 25 septembre 2015, alors qu'il pratiquait le basketball à titre de loisir, il s'est blessé au genou droit et a consulté l'Hôpital C. \_\_\_\_\_ le lendemain. Les rapports médicaux établis par cet établissement le 12 octobre 2015 ont fait état des diagnostics de tendinite des ischio-jambiers du genou droit, respectivement de tendinite du ligament latéral interne (LLI). Collège D. \_\_\_\_\_ SA a annoncé le cas à Helsana Accidents SA par déclaration d'accident-bagatelle du 19 octobre 2015. Compte tenu de la persistance des douleurs, l'assuré s'est rendu à la consultation du Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, lequel a fait réaliser une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou droit le 4 décembre 2015. Celle-ci a mis en évidence une « déchirure complexe et étendue du ménisque interne avec luxation d'un fragment vers l'échancrure intercondylienne et d'autres petits fragments vers le récessus médial inférieur », un « kyste méniscal », une « perturbation du signal de la moelle osseuse pouvant indiquer un début d'algoneurodystrophie », ainsi qu'un « épanchement articulaire et kyste poplité vraisemblablement d'origine mécanique » (cf. rapport d'imagerie du 7 décembre 2015). Une déclaration de sinistre, mentionnant une rechute du cas, a été adressée à Helsana Accidents SA le 1 er mars 2016. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a procédé à une arthroscopie du genou droit de l'assuré le 16 mars 2016 et prononcé une incapacité totale de travail depuis lors jusqu'au 29 mars 2016. Son rapport subséquent à Helsana Accidents SA, daté du 5 mai 2016, relate une évolution favorable, malgré un ligament croisé antérieur

(LCA) détendu et la persistance d'une instabilité de l'articulation. Dans l'intervalle, le 11 mars 2016, l'assuré a complété un questionnaire sur le déroulement de l'événement du 25 septembre 2015 à la demande de l'assureur. Il a indiqué avoir « fait un mauvais geste avec la jambe droite » lors d'un match de basketball et ressenti une douleur qui ne l'avait toutefois pas empêché de jouer. Le lendemain, il n'avait plus pu bouger la jambe et s'était résolu à consulter. Par décision du 6 juin 2016, Helsana Accidents SA a refusé d'allouer ses prestations, estimant que les troubles présentés par l'assuré n'étaient pas en relation de causalité naturelle avec l'événement du 25 septembre 2015. Elle renonçait toutefois à réclamer le remboursement des frais acquittés à tort. B. L'assuré s'est opposé à cette décision par écriture du 15 juin 2016, exposant que l'intervention réalisée par le Dr G. \_\_\_\_\_ le 16 mars 2016 faisait suite à l'événement du 25 septembre 2015. Ce spécialiste avait été en mesure de poser un diagnostic sur la blessure qui l'avait fait souffrir sans amélioration depuis ledit événement. Un courrier subséquent de ce praticien, rédigé le 22 juin 2016, relevait que l'assuré souffrait d'une lésion assimilée à un accident, soit une déchirure du ménisque interne. Helsana Accidents SA a diligenté une expertise du cas de l'assuré, dont le mandat a été confié au Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Celui-ci a rendu son rapport le 4 octobre 2016 et retenu les diagnostics de « méniscopathie du ménisque interne et externe du genou droit et interne du genou gauche » et de « pathologie microtraumatique de surcharge des deux genoux chez un assuré basketteur de 38 ans, avec un morphotype en varus et un poids supérieur à 90 kg ». Il a conclu au caractère manifestement dégénératif des lésions observées. L'assureur a rendu sa décision sur opposition le 9 janvier 2017 et confirmé son refus de prester. Il a retenu que l'événement du 25 septembre 2015 ne réunissait pas les critères pour être qualifié d'accident au sens de la loi et que, de toute façon, les troubles présentés par l'assuré étaient, aux dires d'expert, d'origine manifestement dégénérative. C. L'assuré a derechef contesté la décision sur opposition du 9 janvier 2017 par courrier du 7 février 2017 adressé à Helsana Accidents SA, laquelle l'a transmis à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence. L'assuré a pour l'essentiel fait valoir que ses troubles découlaient exclusivement de l'événement du 25 septembre 2015, rappelant que les premières consultations médicales n'avaient pas permis de poser un diagnostic fiable, raison pour laquelle il avait sollicité le Dr G. \_\_\_\_\_. Il a par ailleurs mis en doute le bien-fondé des conclusions du Dr K. \_\_\_\_\_ et son impartialité. Il a dès lors conclu à la prise en charge des frais afférents à son cas par l'assurance-accidents. Helsana Accidents SA a produit sa réponse au recours le 13 mars 2017 et en a proposé le rejet, en réitérant et étayant les motifs invoqués dans la décision sur opposition querellée. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances

sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, le recours contre la décision sur opposition du 9 janvier 2017 a été interjeté en temps utile et dûment transmis au tribunal compétent. Il respecte par ailleurs les conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 2. Est litigieux le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents des suites de l'événement du 25 septembre 2015. Singulièrement, se pose la question de savoir si le recourant a subi une lésion corporelle assimilée à un accident. Il est précisé à ce stade que les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'événement incriminé (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification ; RO 2016 4388). 3. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). 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). b) Selon la jurisprudence, la notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur à l'atteinte et enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1 et les références ; 122 V 230 consid. 1 ; TF 8C\_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1). Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (TF 8C\_184/2012 du 21 février 2013 consid. 4). c) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'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. En effet, 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 les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'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 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3 ; TF 8C\_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3). d) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 ; 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable

à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). e) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C\_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2 et les références). 4. a) En vertu de l'art. 6 al. 2 aLAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, le Conseil fédéral pouvait inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 aOLAA, également en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, selon lequel certaines lésions corporelles 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. Ces lésions corporelles sont les suivantes : - les fractures (let. a), - les déboîtements d'articulations (let. b), - les déchirures du ménisque (let. c), - les déchirures de muscles (let. d), - les élongations de muscles (let. e), - les déchirures de tendons (let. f), - les lésions de ligaments (let. g), - les lésions du tympan (let. h). b) 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. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA – dont la liste est exhaustive (ATF 123 V 43 consid. 2b) – 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 (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; 129 V 466 ; 123 V 43 consid. 2b ; 116 V 145 consid. 2c ; 114 V 298 consid. 3c). c) A l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident mentionnées à l'art. 4 LPGA doivent être réalisées en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. En particulier, l'existence d'un facteur extérieur doit être établie. En l'absence 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 aOLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 143 V 285 ; 139 V 327 ; 129 V 466 consid. 4). L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit 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 aOLAA (ATF 129 V 466 consid. 4.2.1). L'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas non plus donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante. La notion de cause extérieure présuppose qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas lorsque l'exercice de l'activité à la suite de laquelle l'assuré a éprouvé des douleurs incite à une prise de risque accrue, à l'instar de la pratique de nombreux sports. L'existence d'un facteur extérieur comportant un risque de lésion accru doit être admise lorsque le geste quotidien en cause équivaut à une sollicitation du corps, en particulier des membres, qui est physiologiquement plus élevée que la normale et dépasse ce qui est normalement maîtrisé du point de vue psychologique (ATF 143 V 285 consid. 2.3 ; 139 V 327 consid. 3.3.1). C'est la raison pour laquelle les douleurs identifiées comme étant les symptômes de lésions corporelles au sens de celles énumérées à l'art. 9 al. 2 aOLAA ne sont pas prises en considération lorsqu'elles surviennent à la suite de gestes quotidiens accomplis sans qu'interfère un phénomène extérieur reconnaissable. A eux seuls, les efforts exercés sur le squelette, les articulations, les muscles, les tendons et les ligaments ne constituent pas une cause dommageable extérieure en tant qu'elle présuppose un risque de lésion non pas extraordinaire mais à tout le moins accru en regard d'une sollicitation normale de l'organisme (ATF 129 V 466 consid. 4.2.2). On ne saurait par ailleurs se fonder sur la seule pratique d'une activité sportive pour justifier un potentiel de danger accru (TF 8C\_147/2014 du 16 juillet 2014, consid. 3.3). Admettre le contraire signifierait que la même séquence de mouvements devrait être jugée différemment selon qu'elle aurait eu lieu au cours d'une randonnée pédestre par exemple, ou pendant un match de boxe. Néanmoins, les circonstances spécifiques de l'activité à l'origine de la douleur doivent également être prises en compte, car dans certains cas il n'est guère possible de déterminer avec précision quel mouvement effectif a réellement déclenché la lésion. Même s'il y a lieu d'admettre une situation de risque généralement plus élevé dans de nombreuses activités sportives, un facteur externe avec un potentiel de danger accru n'est présent que si l'activité en question est associée à une sollicitation physiologiquement plus élevée que la normale et dépasse ce qui est normalement maîtrisé du point de vue psychologique (TF 8C\_150/2018 du 8 novembre 2018 consid. 4 et 6). Dans un arrêt 8C\_180/2007 et 8C\_218/2007 du 12 mars 2008, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de retenir que par rapport aux mouvements de la vie quotidienne, le basketball présente 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, cela ne représente pas 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, alors que les pieds restent fixes, constitue une sollicitation du corps plus importante que la normale (arrêt cité consid. 4.3). d) On précisera enfin qu'on ne recherche pas si les lésions répertoriées à l'art. 9 al. 2 aOLAA sont d'origine uniquement accidentelle, mais, inversement, si elles sont d'origine exclusivement dégénérative. Le fait que ces lésions ont au moins été favorisées par des atteintes dégénératives ne suffit pas à exclure le droit aux prestations. C'est précisément dans de tels cas de figure, où l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire, ne peut être clairement exclue, que l'art. 9 al. 2 aOLAA impose d'assimiler les lésions tendineuses à un accident. Le but est ainsi d'éviter de mener systématiquement de longues procédures et expertises médicales en vue d'établir la question de la causalité naturelle en cas d'atteintes figurant dans la liste de cette disposition, étant admis qu'un certain nombre de cas en soi du ressort de l'assurance-maladie sont mis à la

charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 3 ; TF U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1 et 5.3). 6. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5). b) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). 6. a) En l'espèce, s'agissant des circonstances de l'événement du 25 septembre 2015, le recourant a indiqué ce qui suit aux termes du questionnaire complété le 11 mars 2016 à l'attention de l'intimée : « En jouant au basket, j'ai fait un mauvais geste avec la jambe droite ; à ce moment, j'ai noté la douleur, mais en étant chaud, j'ai continué à jouer. Le lendemain, je ne pouvais plus bouger la jambe. [...] Après 3 mois sans faire du basket, au moment de l'accident, il s'agissait de la troisième semaine de sport intensive. [...] J'ai fait un changement de direction et j'ai noté la douleur là. [...] » Le Dr G. \_\_\_\_\_ a pour sa part précisé les éléments ci-après le 22 juin 2016 : « Votre assuré susnommé a présenté une torsion de son genou droit en jouant au basket qui a entraîné une déchirure du ménisque interne qui n'a pas été diagnostiquée par le premier établissement consulté. Lorsque je l'ai vu après plusieurs semaines d'absence de traitement en raison d'une absence de diagnostic, soit au mois de décembre 2015, j'ai demandé une IRM de ce genou qui a mis en évidence une déchirure du ménisque interne. [...] » Quant à l'expert mandaté par l'intimée, le Dr K. \_\_\_\_\_, il a pris en compte le contexte suivant en lien avec l'événement du 25 septembre 2015, à teneur de son rapport d'expertise du 4 octobre 2016 : « [...] L'anamnèse actuelle remonte au 25 septembre 2015, à l'occasion d'un entraînement de basketball à son club [...], dans un mouvement de déplacement en avant et légèrement sur le

côté droit avec le ballon, sans contact avec un adversaire, [il] va présenter une douleur au genou droit. Il déclare un faux mouvement, terme que l'assuré réutilise lors de l'anamnèse. [...] » b) On peut ainsi retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant a bel et bien effectué un faux mouvement en participant à un match de basketball le 25 septembre 2015, au cours duquel serait apparue la symptomatologie douloureuse ayant justifié la prise en charge assumée par le Dr G.\_\_\_\_\_. Eu égard à la jurisprudence fédérale citée supra sous consid. 4c, on pourrait par conséquent considérer que la condition du facteur extérieur serait remplie dans le cas particulier, contrairement à ce qu'a retenu l'intimée dans la décision sur opposition entreprise. Cela étant, cette question peut demeurer indécise, dans la mesure où il s'agit de toute façon de rejeter le recours pour les motifs ci-après. 7. a) Eu égard à l'origine des troubles présentés par le recourant au genou droit, le Dr G.\_\_\_\_\_ a considéré que le diagnostic de déchirure du ménisque interne, posé à la suite de l'IRM du 4 décembre 2015, suffisait à imposer la prise en charge du cas sous l'angle de l'art. 9 al. 2 let. c aOLAA, cette disposition mentionnant les déchirures du ménisque au titre des lésions assimilées à un accident. Cela étant, le Dr K.\_\_\_\_\_ a procédé à une analyse des pièces versées au dossier du recourant et communiqué son appréciation du cas en ces termes dans son rapport d'expertise du 4 octobre 2016 : « [...] Sur le plan strictement médical, si l'on reprend l'IRM du genou droit du 4 décembre 2015 à disposition on se rend compte qu'il s'agit clairement d'une déchirure complexe, importante de toute la zone moyenne et de la corne postérieure du ménisque interne, associée à un important kyste poplité et également à un important kyste méniscal externe, bien visualisé, l'ensemble de ces éléments étant pathognomonique de lésions anciennes et chroniques. Il n'y a pas de signe pour une contusion osseuse récente ou d'un œdème typique que l'on retrouve lors d'entorse grave. Il y a également des lésions micro-kystiques difficiles d'interprétation qui ne sont pas typique d'une algoneurodystrophie, mais qui peuvent être l'expression d'une hyperhémie vasculaire inflammatoire. Si l'on reprend le protocole opératoire du Dr G.\_\_\_\_\_ du 16 mars 2016 à disposition, on constate que le Dr G.\_\_\_\_\_ parle d'une déchirure du tiers postérieur du ménisque interne, associée à une chondrite stade I à II de la rotule. Il y a également une souris articulaire, un effrangement de la zone moyenne du ménisque externe et un ligament croisé antérieur décrit comme légèrement détendu. Il est pratiqué une méniscectomie interne et externe sélective et un drainage du kyste méniscal externe. Il se pose donc la question de l'étiologie de ces lésions méniscales mises en évidence à l'IRM et lors de l'intervention chirurgicale du 16 mars 2016. Je laisserais les services administratifs décider de la notion d'accident, rappelant qu'il s'agit d'une problématique juridique et non pas médicale. Sur le plan médical il se pose la question de savoir si le mouvement somme toute relativement banal de déplacement en avant et latéralement avec un ballon de basketball, sans choc ou déséquilibre par un adversaire, avec l'apparition d'une douleur modérée n'empêchant pas la poursuite l'activité sportive, douleurs qui augmentent le lendemain, est approprié pour provoquer ces lésions dont les caractères sont clairement anciens (déchirure complexe, kyste poplité, kyste méniscal externe, signe de surcharge du plateau tibial interne), en particulier chez un homme de plus de 90 kg pratiquant du basketball de façon répétée depuis plus de 30 ans et présentant un morphotype en varus des membres inférieurs dont on sait qu'il majore clairement les contraintes du compartiment interne particulièrement lors des microtraumatismes répétés subis lors des sauts et de la course. Je rappellerais également qu'il a présenté exactement la même pathologie du côté opposé en février 2014 dans un contexte identique, soit une absence de traumatisme. Sur la base de ces éléments, je pense

que l'on peut clairement déclarer que les lésions mises en évidence sont des lésions manifestement dégénératives. [...] La mise en évidence des lésions des deux ménisques associées à un kyste poplité, un kyste méniscal externe et une surcharge du compartiment interne n'est que possible vis-à-vis de l'événement du 25 septembre 2015. [...] » b) En l'occurrence, le rapport d'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_ remplit en tous points les exigences jurisprudentielles pour se voir accorder pleine valeur probante. En particulier, l'expert a procédé à des investigations extrêmement minutieuses du cas du recourant, non seulement à l'occasion de son examen clinique, mais également en analysant les pièces de son dossier. On relève au demeurant qu'il a pris la peine de s'enquérir des rapports relatifs à des examens subis au genou gauche en 2014 dans un contexte similaire à celui présenté au genou droit, qu'il a dûment recueilli les éléments pertinents de l'anamnèse et a fait part des constats objectifs résultant de son observation et des documents d'imagerie. Exemptes de contradictions et dûment motivées, les conclusions du Dr K. \_\_\_\_\_ ont donc lieu d'être suivies. Les critiques soulevées par le recourant pour faire douter de la pertinence de ces dernières ne reposent sur aucun avis médical nouveau ou étayé qui justifierait de s'en écarter. En particulier, les griefs évoqués quant à une éventuelle partialité de l'expert sont dénués de tout fondement, les observations de ce dernier sur la capacité de travail préservée du recourant s'avérant purement factuelles et sans incidence quant au but de l'expertise sollicitée. On ajoutera au surplus que les difficultés linguistiques dont se prévaut le recourant à ce stade ne permettent pas de considérer que l'examen du Dr K. \_\_\_\_\_ aurait été entravé à cet égard, l'expert ayant fait état d'une collaboration optimale et d'une bonne compréhension du français de la part du recourant. Quant à la terminologie utilisée dans le cas particulier (terme « rechute » utilisé par l'intimée dans la décision querellée), elle demeure également sans influence sur le sort de la présente cause. c) En définitive, en l'absence de tout élément de nature à ébranler l'appréciation claire du Dr K. \_\_\_\_\_, il s'agit de considérer, à l'instar de l'intimée, que les troubles présentés par le recourant au genou droit ont une origine manifestement dégénérative, de sorte que la prise en charge du cas par l'assurance-accidents sous l'angle de l'art. 9 al. 2 aOLAA est exclue. 8. Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition querellée. a) Le présent arrêt est rendu sans frais, vu la gratuité de la procédure (art. 61 let. a LPGA et 45 LPA-VD). b) Il n'est pas alloué de dépens, dès lors que le recourant, au demeurant non représenté par un mandataire qualifié, n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 9 janvier 2017 par Helsana Accidents SA est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à : ■ B. \_\_\_\_\_, à [...], ■ Helsana Accidents SA, à Lausanne, - Office fédéral de la santé publique, à Berne. 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). La greffière :