

200.2017.837.LAA
N° AVS
BEP/REN

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 16 janvier 2019

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
Ph. Berberat, greffier

A. _____

recourant

contre

Suva Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6002 Lucerne

intimée

relatif à une décision sur opposition rendue par cette dernière le 3 mai 2017



En fait:

A.

En janvier 2009, l'employeur d'alors de A._____, né en 1966, a annoncé à la Suva, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, que son collaborateur avait été victime d'un accident le 1^{er} janvier 2009 alors qu'il faisait de la luge. Le médecin généraliste consultée le 3 janvier 2009 a soupçonné une élongation du ligament intérieur du genou droit et a effectué un traitement conservateur. La Suva a pris le cas en charge. L'assuré a repris son travail (cadre supérieur dans une entreprise d'installation de cuisines) à 50% le 21 janvier et à plein temps le 26 janvier 2009 (dossier [dos.] Suva 1 et 23).

B.

Le 14 septembre 2016, le nouvel employeur (depuis le 1^{er} mars 2011) de l'assuré a annoncé à la Suva une rechute de l'accident du 1^{er} janvier 2009, survenue le 30 août 2016. Y était annexée une description des faits : "chute en luge. Il a voulu freiner avec les pieds. Son pied droit s'est pris dans un trou et il s'est retourné le genou droit". Le 7 novembre 2016, l'assuré a été opéré au genou droit. Le cas de rechute a été soumis le 21 novembre 2016 au médecin d'arrondissement de la Suva. Sur la base de sa prise de position, la Suva a averti l'assuré, par courrier du 13 décembre 2016, qu'elle ne prenait pas en charge la rechute annoncée, faute de causalité prépondérante pour le moins vraisemblable entre l'événement dommageable du 1^{er} janvier 2009 et les troubles déclarés. Après les objections formulées par téléphone de l'assuré du 28 décembre 2016, avoir recueilli les avis des médecins ayant traité celui-ci et un nouveau rapport circonstancié de son médecin d'arrondissement du 13 mars 2017, la Suva, par décision formelle du 31 mars 2017, a réitéré son refus d'allouer des prestations d'assurance, qu'elle a confirmé par décision sur opposition, rendue le 3 mai 2017 après opposition formée par l'assuré en date du 11 avril 2017.

C.

Le 19 septembre 2017, la Suva a transmis au Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en tant que recours, le courrier qui lui avait été adressé le 29 mai 2017 par l'assuré, dans lequel ce dernier manifestait son désaccord face à la décision sur opposition du 3 mai 2017. Par courrier du 4 octobre 2017, le recourant a confirmé sa volonté de recourir et complété ses arguments. Dans sa réponse du 6 décembre 2017, la Suva a conclu au rejet du recours. Par réplique du 29 décembre 2017, le recourant a maintenu son point de vue. Par prise de position du 15 février 2018, la Suva a renoncé à dupliquer.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition rendue le 3 mai 2017 par la Suva représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision de l'intimée du 31 mars 2017 de refus de prise en charge d'une rechute annoncée le 14 septembre 2016. L'objet du litige porte sur l'annulation de ladite décision sur opposition et la prise en charge par l'intimée des conséquences de l'atteinte à la santé invoquée par le recourant. Est en particulier contestée, l'appréciation du médecin d'arrondissement de la Suva, selon laquelle les troubles du ménisque subis par le recourant ne se trouvent pas en relation de causalité naturelle avec l'accident du 1^{er} janvier 2009.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes minimales prescrites, auprès d'une autorité incompétente tenue de le transmettre au TA, par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art.39 al. 2 et 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 74 ss de la loi

cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20]). Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue de prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2017 UV n° 8 c. 3.3, 2012 UV n° 2 c. 3.1).

2.2 Les prestations d'assurance sont également versées, en règle générale, en cas de rechutes et séquelles tardives (art. 11 OLAA).

On entend par rechute, la récurrence d'une atteinte tenue pour guérie, laquelle nécessite un traitement médical ou entraîne même une incapacité de travail (ou une prolongation de celle-ci). Il y a séquelle tardive lorsqu'une affection apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui peuvent conduire à un état pathologique complètement différent (ATF 118 V 293 c. 2c; SVR 2016 UV n° 15 c. 3.2 et n° 18 c. 2.1.2; TF 8C_61/2016 du

19 décembre 2016 c. 3.2). En cas de rechute ou de séquelle tardive, une obligation de prester de l'assureur-accidents n'existe que si les troubles nouvellement allégués et les atteintes à la santé subies lors de l'accident assuré se trouvent dans une relation de causalité naturelle et adéquate. Une obligation de prestation en cas de rechute ou de séquelle tardive ne découle pas du seul fait qu'un lien de causalité avait été reconnu dans le cas antérieur de base ou lors d'une rechute précédente (ATF 118 V 293 c. 2c; RAMA 1994 p. 326 c. 2 et 3b; SVR 2016 UV n° 15 c. 3.2 et n° 18 c. 2.1.2). En cas de rechutes et de séquelles tardives, il incombe à la personne assurée d'établir un lien de causalité naturelle entre le nouveau tableau clinique et l'accident assuré, et ce au degré de vraisemblance prépondérante valable en droit des assurances sociales. Plus le laps de temps séparant l'accident et l'apparition de l'atteinte à la santé alléguée est important, plus les exigences posées seront sévères pour pouvoir admettre la vraisemblance prépondérante de l'existence d'un lien de causalité naturelle. En cas d'absence de preuve, le jugement est rendu au détriment de la personne assurée (SVR 2016 UV n° 18 c. 2.2.2; TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 c. 3.2).

2.3 Tout événement est une cause au sens de la causalité naturelle, lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière ou au même moment. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme une condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 c. 3.1, 119 V 335 c. 1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1). Pour admettre un lien de causalité naturelle, il suffit que l'accident en question représente une cause partielle d'une atteinte à la santé déterminée (ATF 134 V 109 c. 9.5, 123 V 43 c. 2b; SVR 2009 UV n° 3 c. 8.3).

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 tribunal en cas de recours – examine en se conformant à la règle du degré

de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation de l'état de fait et des preuves en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage ne suffit pas à justifier le droit à des prestations (ATF 129 V 177 c. 3.1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1).

2.4 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit

des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee).

Selon la jurisprudence, les expertises réalisées sur la seule base du dossier ne peuvent être remises en doute si les pièces au dossier fournissent une image complète de l'anamnèse, de l'évolution et du status actuel et si ces données sont incontestées. Les résultats des examens doivent être exhaustifs. L'expert doit être en mesure de se faire, sur la base des documents à disposition, une image complète et exhaustive (RAMA 2006 p. 170 c. 3.4, 1988 p. 366 c. 5b).

3.

3.1 Dans la décision sur opposition contestée, la Suva a confirmé le refus de prendre en charge la rechute annoncée le 14 septembre 2016 en se fondant sur le rapport de son médecin d'arrondissement du 13 mars 2017. Elle considère que ce dernier, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, nanti de tous les éléments essentiels à l'instruction du dossier, a certifié que l'accident du 1^{er} janvier 2009 n'avait pas pu entraîner de lésions du ménisque, et que rien ne permet d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante entre cet accident et les troubles annoncés comme rechute.

3.2 Le recourant conteste en substance l'absence du lien de causalité entre l'accident assuré et la lésion du ménisque subie. Il invoque que l'accident du 1^{er} janvier 2009 a provoqué une torsion violente et grave du genou qui a été prise en charge à l'époque par la Suva. Selon lui, l'accident de 2009 aurait été mal diagnostiqué et traité de manière inadéquate du fait qu'aucun IRM ni aucune radiographie n'avait été effectuée, ni lorsqu'il avait consulté le médecin de garde après l'accident, ni par la suite. Il fait valoir qu'il avait été mis en incapacité de travail et dû porter une attelle pendant un mois, bien qu'aucun suivi particulier n'ait été mis en place. Il allègue encore que la causalité entre l'accident du 1^{er} janvier 2009 et l'atteinte au ménisque annoncée en 2016 avait été admise par deux chirurgiens orthopédistes qui l'ont traité en 2016, et que cette déchirure méniscale ne

saurait être imputée à son mode de vie, car il se dit sportif et affirme vivre sainement.

4.

Les éléments suivants ressortent du dossier médical du recourant.

4.1 Dans son rapport adressé le 27 février 2017 à la Suva, la médecin généraliste consultée le 3 janvier 2009 par le recourant a déclaré que ce dernier avait été victime d'un accident de luge le 1^{er} janvier 2009, au cours duquel sa jambe droite avait subi une torsion vers l'extérieur qui l'avait jeté hors de la luge et lui avait fait ressentir une sensation douloureuse de brûlure sur le côté intérieur du genou droit, mais sans enflure du genou. Elle a constaté que l'extension forcée de la jambe était peu douloureuse, la flexion presque entièrement possible et la rotation externe et interne très bien praticable, même si le patient craignait ces manœuvres. Elle a aussi relevé une douleur à la pression sur le ligament interne, mais sans signes clairs de rupture de ce dernier et du ménisque, diagnostiqué une suspicion d'élongation du ligament interne, et prescrit un traitement conservateur et au moins une semaine d'incapacité de travail. Lors de la deuxième consultation du 9 janvier 2009, la praticienne a indiqué une amélioration et que le port d'une attelle améliorait la marche; elle a préconisé un entraînement du quadriceps et des mouvements intensifs du pied. La troisième consultation du 17 janvier 2009 a révélé une nette amélioration, malgré la persistance de douleurs au ligament interne. La praticienne a en outre relevé que le patient avait recommencé à travailler à 50% à partir du 21 janvier, puis à plein temps depuis le 29 janvier 2009. Elle a précisé qu'elle n'avait pas effectué d'examens radiologiques à l'époque, au vu de l'amélioration rapide et de la reprise sans problème du travail du patient, bien que son activité soit physiquement lourde. Elle ajoute enfin qu'elle avait revu l'assuré le 12 mars 2009, se plaignant de douleurs lorsqu'il avait voulu reprendre la course à pieds. A cette occasion, elle avait constaté un raccourcissement musculaire marqué et lui avait conseillé d'effectuer du stretching. Elle déclare ne plus avoir revu le patient par la suite.

4.2 Le 31 août 2016, un IRM du genou droit a mis en évidence une déchirure en grande partie horizontale du ménisque latéral avec un ganglion, une déchirure horizontale du ménisque médian et un début d'arthrose fémoro-patellaire (rapport radiologique du 31 août 2016). Le 7 novembre 2016, un spécialiste en chirurgie orthopédique a opéré l'assuré, effectuant une arthroscopie du genou droit avec une méniscectomie latérale partielle et un needling du ganglion entérolatéral du ménisque (dos. Suva 11). Dans ses rapports ultérieurs des 7 décembre 2016 et 25 janvier 2017, le chirurgien orthopédiste fait état d'une évolution postopératoire normale et indique que le patient a repris son travail trois semaines après l'opération. Il précise qu'en ce qui le concerne et sans autre nouvelles du patient, le traitement est terminé; il ne se prononce pas quant à l'origine du trouble méniscal traité.

4.3 Dans son rapport du 13 mars 2017, le médecin d'arrondissement de la Suva indique comme diagnostic ayant un lien avec l'accident du 1^{er} janvier 2009 une élongation du ligament collatéral interne (LLI) du genou droit, traitée de manière conservatrice. Sans lien avec l'accident, il diagnostique des lésions dégénératives des ménisques interne et externe, avec kyste méniscal antéro-externe du genou droit, ainsi qu'un status après arthroscopie avec méniscectomie partielle externe du genou droit et needling d'un kyste méniscal externe. Dans son appréciation, il souligne tout d'abord qu'au vu du dossier médical du recourant, la généraliste ayant traité le recourant après l'accident du 1^{er} janvier 2009 n'a indiqué ni signes méniscaux, ni indices d'une lésion des ligaments croisés, et a précisé que des examens radiologiques n'avaient pas été demandés à l'époque et que des lésions méniscales n'avaient pas été documentées. Il poursuit en relevant que l'assuré avait fait valoir à nouveau des troubles de son genou droit en juillet 2016, qu'un IRM de cette articulation avait été effectué et avait mis en évidence des fissures horizontales des ménisques interne et externe, ainsi qu'un kyste méniscal antéro-externe, et que les photographies réalisées au cours de l'opération du 7 novembre 2016 confirmaient la déchirure horizontale du ménisque externe. Il déclare ensuite que les fissures méniscales horizontales telles que celles diagnostiquées chez le recourant sont consécutives à des modifications dégénératives et non pas d'origine accidentelle. A l'appui, il expose de

manière circonstanciée le processus de dégénérescence méniscale en citant des extraits idoines détaillés de quatre ouvrages de la littérature médicale spécialisée. Enfin, le médecin d'arrondissement, analysant spécifiquement le cas du recourant, remarque que ce dernier avait fait valoir des troubles méniscaux alors qu'il était âgé de 50 ans et qu'à cet âge, on pouvait supposer à juste titre que ses ménisques présentaient des modifications dégénératives. Il en veut pour preuve que tant l'IRM du 30 août 2016 que la documentation photographique intraopératoire montraient une fente horizontale classique du ménisque externe, telle qu'elle est représentée dans les illustrations de la littérature spécialisée qu'il produit. Il précise en outre que des lésions cartilagineuses étaient également mises en évidence, et que généralement, de telles atteintes sont aussi à l'origine des modifications dégénératives affectant les ménisques. Il estime que le traumatisme particulier subi par l'assuré le 1^{er} janvier 2009 n'était pas apte à entraîner des lésions méniscales, soulignant d'ailleurs que de telles atteintes méniscales n'avaient pas été documentées en 2009 et que la généraliste ayant traité l'assuré avait expressément indiqué à cette époque que les signes méniscaux étaient négatifs. Il ajoute que s'il en avait été autrement, une telle déchirure du ménisque aurait dû provoquer des troubles importants chez l'assuré, contemporains de l'événement accidentel, et qu'en outre, sans traitement approprié, des symptômes méniscaux auraient dû se manifester au moins durant les sept années suivantes. Cela étant, du fait que les constatations recueillies en 2009 ne constituaient pas des indices évocateurs d'une lésion méniscale aiguë à ce moment-là et qu'en outre, la structure des lésions méniscales constatées et opérées en 2016 ne reflétait pas une suite d'accident, le médecin d'arrondissement conclut qu'il n'y avait dès lors pas de lien de causalité entre les troubles constitutifs de la rechute qui a été déclarée, d'une part, et l'événement accidentel initial de 2009, d'autre part.

5.

5.1 Au vu de ce qui précède, il faut tout d'abord retenir que le médecin d'arrondissement de la Suva, dont la qualification pour traiter du cas du recourant, en tant que spécialiste en chirurgie orthopédique, ne saurait être

mise en doute, a rédigé son rapport en connaissance complète des avis médicaux antérieurs précités, soit celui de la généraliste ayant traité l'assuré après l'accident du 1^{er} janvier 2009 et ceux du chirurgien orthopédiste qui a traité les troubles méniscaux apparus en 2016. Par ailleurs, on ne saurait conclure au manque d'objectivité et d'impartialité du médecin d'arrondissement du seul fait de son lien de subordination avec l'assureur; en effet, ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que des doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation d'un médecin interne à l'assureur peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 c. 3b/ee, 122 V 157 c. 1c; SVR 2003 UV n° 15 c. 3.2.2 et c. 2.4 ci-dessus). En l'occurrence, il faut reconnaître que l'appréciation de l'état de santé du recourant faite par le médecin d'arrondissement procède d'une analyse médicale globale, circonstanciée, concrète et précise, ne néglige aucun des problèmes de santé rencontrés par le recourant et repose sur une prise en compte de l'ensemble du dossier médical constitué jusqu'alors. Au surplus, en ce qui concerne l'anamnèse, les diagnostics et l'évolution des atteintes décrites, elle n'est nullement contredite par les autres avis médicaux figurant au dossier, dont les constatations convergent avec les siennes. En particulier, on ne distingue pas de contradiction véritable avec les avis du chirurgien orthopédiste qui a traité le recourant en 2016 et procédé à l'opération du 7 novembre 2016. Dans ses différents rapports, cités plus haut, ce dernier n'a en effet jamais affirmé avoir médicalement constaté de relation de cause à effet entre les troubles méniscaux du recourant traités en 2016 et l'état après distorsion du genou gauche en 2009 qu'il décrit aussi dans son diagnostic.

5.2 Par ailleurs, l'argument du recourant, selon lequel les conséquences de son accident du 1^{er} janvier 2009 auraient été mal traitées par la généraliste consultée à cette époque, qui aurait omis d'entreprendre les mesures (IRM et radiographie) qui auraient permis de mettre en évidence une lésion méniscale, ne convainc pas. Comme le médecin d'arrondissement le relève à juste titre, si une telle lésion trouvait son origine dans l'accident du 1^{er} janvier 2009, elle se serait manifestée bien plus tôt que sept ans après cet événement traumatique, selon une vraisemblance prépondérante. Or mis à part la consultation de la généraliste par le recourant le 12 mars 2009 – soit un peu plus de trois

mois après l'accident – en raison de douleurs apparues au genou droit en pratiquant la course à pied, mais qui n'ont apparemment pas connu de suite ultérieurement, le fait qu'aucune séquelle antérieure à la rechute annoncée le 14 septembre 2016 ne soit documentée au dossier, ni invoquée par le recourant, et que ce dernier a pu reprendre son travail à plein temps le 29 janvier 2009, tend bien au contraire à prouver que les suites de l'accident du 1^{er} janvier 2009 ont été traitées de manière adéquate et n'ont plus eu de conséquences particulières au cours des années qui ont suivi. La nouvelle annonce du 14 septembre 2016 ne peut concerner la continuation des soins prétendument insuffisants pris en charge en 2009. Il s'agit d'une annonce de rechute ou de séquelles tardives pour laquelle l'assuré doit assumer l'absence d'établissement d'un lien de causalité d'une vraisemblance prépondérante.

5.3 En conséquence, en ce qui concerne le lien de causalité entre l'accident du 1^{er} janvier 2009 et les troubles du ménisque du genou droit survenus en 2016, l'appréciation du médecin d'arrondissement de la Suva doit être considérée comme convaincante. Elle s'avère complète et claire au sens de la jurisprudence en la matière (voir ci-dessus c. 2.5), et une force probante entière doit lui être attribuée.

Qu'une possibilité d'influence de l'accident du 1^{er} janvier 2009 sur l'évolution à long terme du genou ne puisse pas être absolument exclue ne suffit pas. A cet égard, on soulignera encore que le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas non plus à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*" pas déterminant: ATF 119 V 335 c. 2b/bb; SVR 2008 UV n° 11 c. 4.2.3). L'examen de la situation en regard des arguments du recourant n'apporte pas d'élément en mesure d'établir, avec une vraisemblance prépondérante, une relation de cause à effet entre les troubles attestés en 2016 et l'accident assuré. Dans ces conditions, au sens du droit de l'assurance-accidents, un lien de causalité naturelle entre les troubles annoncés comme rechute en date du 14 septembre 2016 et l'accident assuré survenu le 1^{er} janvier 2009 doit être nié.

En l'absence d'un rapport de causalité naturelle, l'examen du lien de causalité adéquate est superflu (ATF 119 V 335, c. 4c).

6.

Il convient toutefois encore d'examiner si l'intimée n'est pas susceptible de prendre en charge la lésion du ménisque annoncée le 14 septembre 2016, non pas en tant que rechute de l'accident du 1^{er} janvier 2009, mais au titre d'une lésion corporelle assimilée à un accident.

6.1 En effet, jusqu'au 31 décembre 2016, les assureurs-accidents étaient tenus de prendre en charge les prestations d'assurance liées aux lésions corporelles assimilées à un accident énumérées exhaustivement dans l'ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA [RS 832.202]), pour autant que celles-ci ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs (anc. art. 9 al. 2 let. a-h OLAA, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016). Les déchirures du ménisque sont à cet égard mentionnées expressément à la let. c de l'anc. art. 9 al. 2 OLAA. Le 1^{er} janvier 2017 sont entrées en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA et la modification du 9 novembre 2016 de l'OLAA. Pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date, les prestations d'assurance sont allouées selon l'ancien droit (al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015). Le cas d'espèce, annoncé le 14 septembre 2016, doit donc être examiné à la lumière de l'anc. art. 9 al. 2 let. c OLAA. Au demeurant, le nouveau droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017 n'entraînerait pas un examen différent du cas présent, dans la mesure où l'art. 6 al. 2 let. c LAA dans sa nouvelle teneur dispose que l'assurance alloue aussi ses prestations pour les déchirures du ménisque en tant que lésions corporelles, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

6.2 Pour être prise en charge par l'assureur-accidents, une lésion corporelle énumérée à l'anc. art. 9 al. 2 let. a-h OLAA doit présenter tous

les éléments caractéristiques d'un accident, à l'exception du caractère extraordinaire. Une importance particulière est conférée à la présence d'un facteur extérieur, c'est-à-dire un événement externe au corps humain, constatable objectivement, et évident, donc assimilable à un accident (ATF 129 V 466 c. 2.2). Pour pouvoir admettre l'existence d'un facteur extérieur ayant provoqué un dommage au corps humain, il faut toujours être en présence d'un événement présentant un certain potentiel accru de dommage. Tel est le cas lorsque l'activité ayant provoqué une douleur intense était exercée dans le cadre d'une situation présentant généralement un risque accru, comme, par exemple, beaucoup d'activités sportives. Le facteur extérieur présentant un potentiel accru de dommage doit aussi être admis si l'acte en cause équivaut à une mise à contribution physiologique et un contrôle psychologique hors norme du corps, en particulier de ses membres (ATF 129 V 466 c. 4.2.2; SVR 2011 UV n° 6 c. 5.2).

6.3 En l'occurrence, le recourant a fait valoir l'apparition de douleurs au genou droit par déclaration de rechute déposée par son employeur auprès de l'intimée le 14 septembre 2016. Aucune description précise des circonstances dans lesquelles ces douleurs sont apparues ne figure dans la formule de déclaration, qui se limite à mentionner une rechute de l'accident du 1^{er} janvier 2009. Or, comme déjà exposé plus haut, un lien de causalité naturelle entre ces deux événements ne peut juridiquement être reconnu. Par la suite, le recourant n'a jamais fait valoir ni exposé les circonstances dans lesquelles la lésion de son genou droit serait apparue en 2016; elles ne ressortent pas non plus du dossier médical de l'assuré. Selon un degré de vraisemblance prépondérante, tout porte dès lors à croire que le recourant a ressenti progressivement des douleurs à son genou droit dans le courant de l'année 2016, sans qu'un événement ou une cause précise puisse être défini comme en étant à l'origine. Or 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'anc. 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. Parmi les événements générant un risque de lésion accru, on compte notamment les 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 139 V 327 c. 3.3.2, 129 V 466 c. 4.2.2 et 4.2.3; SVR 2014 UV n° 29 c. 2.2.3, 2011 UV n° 6 c. 5.2).

6.4 Il s'ensuit que, faute d'un facteur extérieur établi selon une vraisemblance prépondérante, la lésion du ménisque du genou droit du recourant ne peut pas non plus être prise en charge par l'assurance-accidents au titre d'une lésion corporelle assimilée à un accident, au sens de l'anc. art. 9 al. 2 let. c OLAA.

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

7.2 Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure (art. 61 let. a LPGA).

7.3 Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause et n'est pas représenté en procédure, n'a pas droit à des dépens ou à une indemnité de partie (art. 61 let. g LPGA; art. 104 al. 1 et 108 al. 3 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant,
 - à l'intimée,
 - à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP),
 - à Concordia, Bundesplatz 15, case postale 703, 6002 Lucerne.

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).