

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 novembre 2013

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD
Juges : Mme Thalmann et M. Perdrix, assesseur
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

X. _____, à Savigny, recourant,

et

S. _____, à Lucerne, intimée.

Art. 6 LAA, 4 LPG

E n f a i t :

A. Le 30 novembre 2011, X._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), ouvrier dans la construction, a été engagé par C._____, bureau de placement de personnel à [...]. Le 5 décembre 2011, l'employeur a rempli une déclaration de sinistre LAA, indiquant que l'assuré était tombé sur son lieu de travail le 1^{er} décembre 2011, et qu'il avait mal à ses deux genoux. L'assuré a été en incapacité de travail dès ce jour et a repris le travail le 5 décembre 2011. Les premiers soins ont été donnés à la policlinique L._____ à [...].

La SUVA [...] (ci-après: la SUVA ou l'intimée) a pris en charge les suites de cet évènement, accordant une garantie de prise en charge pour le traitement médical au tarif LAA (courrier de la SUVA à la policlinique L._____ du 7 décembre 2011), et versant à l'assuré des indemnités journalières, pour un montant de 178 fr.10 par jour, à compter du 4 décembre 2011 (courrier de la SUVA à C._____).

Le 8 décembre 2011, le Dr Q._____ de la Policlinique L._____ a attesté d'une prolongation de l'incapacité de travail jusqu'au 31 décembre 2011. Le travail pouvait être repris à 100% dès le 1^{er} janvier 2012.

Dans un certificat médical du 19 janvier 2012, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a attesté d'une prolongation de l'incapacité de travail jusqu'au 6 février 2012.

Dans un rapport médical du 2 février 2012, ce même médecin a posé le diagnostic de gonarthrose tricompartmentale de stade III, particulièrement fémoro-patellaire droite et gauche. Ce médecin a expliqué que l'assuré était connu pour des gonalgies bilatérales prédominantes à droite qui étaient plutôt supportables jusqu'alors et ne nécessitaient pas un traitement antalgique trop conséquent. La chute du

30 novembre 2011, survenue dans un contexte relativement peu clair avait engendré des douleurs aux deux genoux. Le bilan radiologique ne mettait pas en évidence des lésions nouvelles, mais des lésions anciennes aux deux genoux. En effet, l'assuré avait subi un polytraumatisme dans les années 80, avec entre autres fracture de la rotule à gauche, et fracture diaphysaire à gauche et à droite. Il présentait également une fracture au niveau du membre supérieur droit engendrant un déficit d'extension. Actuellement les douleurs étaient présentes principalement au genou droit. Elles rendaient la montée et la descente des escaliers, le passage de la position assise à la position debout ainsi que la position accroupie impossible. L'assuré se considérait clairement comme invalidé. Le bilan radiologique des genoux indiquait une atteinte tricompartmentale prédominante en interne à droite et fémoro-patellaire et un status post ostéosynthèse de la rotule par cerclage haubanage à gauche, avec tout le matériel. Il indiquait aussi la présence d'une plaque diaphysaire à gauche et enclouage centro-médulaire à droite.

Par certificat médical du 22 février 2012, le Dr H. _____ a indiqué la prolongation de l'incapacité de travail jusqu'au 15 mars 2012, à réévaluer.

Il ressort ce qui suit d'un rapport d'enquête effectué le 8 mars 2012 par la SUVA:

"Je soussigné, X. _____, entendu ce jour à [...], déclare:
(...)

Antécédents médicaux:

J'ai été opéré au niveau de mes deux genoux à la suite d'un accident de circulation en [...] en 1981 sauf erreur. Voir ce que j'avais déclaré à ce sujet à votre collègue en avril 2008. Depuis lors, je n'ai jamais eu besoin de revoir de médecin pour ces genoux, si ce n'est que j'avais passé un examen radiologique complet à [...] à la suite de mon accident du 07.09.2007. Par contre, je ne nie pas que mes genoux m'aient régulièrement fait souffrir depuis cette époque. J'ai souvent souffert de lâchage, je pense jusqu'à 50 fois par année. Ils arrivaient la plupart du temps lorsque je suis fatigué ou en portant des charges. J'ai toujours été très attentif à ces lâchages ce qui m'a permis d'éviter de grosses chutes qui auraient pu être bien plus graves que celle du 30.11.2011. Depuis cet accident, il ne m'a d'ailleurs plus du tout été possible de courir. Autrement, je considère que je suis en bonne santé habituellement. Je n'ai d'ailleurs pas de médecin traitant. Je mesure 1 m 75/77 pour 82/85 kg.

(...)

Etat de faits:

Les faits sont effectivement survenus le 1^{er} jour de ma mission à [...] pour le compte de C._____, soit le mercredi 30.11.2011. J'étais occupé à habiller de ciment un "modèle de centrale", soit une série de mur (cottage) en dégradé et en cercle sur une hauteur d'1m 50/2 mètres. Pour ce faire, j'ai dû travailler pendant plusieurs heures en position des jambes à moitié pliées. A un certain moment, dans l'après-midi vers 15 heures, j'ai voulu me relever pour me décontracter les jambes. Au moment où j'ai commencé à me redresser, j'ai senti brusquement comme une piqûre dans mes deux genoux mais plus dans le droit et c'est alors que mes deux articulations ont lâché. J'ai alors perdu l'équilibre. A ce moment-là je travaillais sur le 5 ou 6^{ème} coffrage depuis le sol, soit à environ 80 cm du sol. Me voyant tomber, j'ai agrippé le coffrage d'en face avec ma main droite. Malheureusement, sans arriver à me retenir complètement, car j'ai aussi ressenti une brutale douleur dans mon coude droit ce qui m'a fait lâcher prise et tomber sur le sol en béton avec les deux genoux pour terminer ma chute à quatre pattes.

Moyen de preuve:

J'étais seul au moment des faits. Il y avait bien du monde dans cette grande salle, mais personne directement sur le chantier où je me trouvais.

Cours de la guérison:

Je me suis donc relevé seul et sans aide pour me rendre aux toilettes où je me suis lavé la tête et les bras du ciment qui avait été projeté sur moi de par cette chute. J'avais alors vraiment de la peine à marcher à cause des douleurs dans mes deux genoux. Malgré celles-ci, je suis retourné sur mon chantier sans pouvoir toutefois continuer avec un plein rendement. Je ne travaillais qu'avec une seule main et me soutenais avec l'autre. Arrivé chez moi je n'ai remarqué ni blessure externe visible ni hématome au niveau de mon genou ou de toute autre partie de mon corps. Par contre j'ai vu que mes genoux avaient enflé mais plus à droite qu'à gauche. Comme j'avais l'habitude de souffrir de ce genre d'enflure, je ne m'en suis pas trop inquiété. C'est d'ailleurs toujours dans le même état que j'ai repris mon activité le lendemain. Avec beaucoup de peine d'ailleurs si bien que voyant cela, mon chef sur place, M. [...], m'a conseillé d'aller voir un médecin. C'est ce que j'ai fait à la fin de cette 2^{ème} journée. J'ai passé des radio et voyant le résultat de cet examen, le médecin de la polyclinique L._____ a décidé de me faire voir par un spécialiste, soit le Dr H._____. Malgré le désaccord total de mon médecin, j'ai tenu à terminer mon travail à [...] si bien que je suis encore retourné sur le chantier le lendemain.

Etat:

Le dernier rendez-vous chez le Dr H._____ remonte à la semaine passée. Il m'a fait une piqûre dans le genou droit. Je dois le revoir dans 10 jours pour faire le point et probablement me faire aussi une piqûre dans le genou gauche. Je ne vois pas vraiment d'amélioration dans mes deux genoux. Je n'arrive pas à marcher sans boîter. Je prends tous les jours du [...], [...] et [...]. Je suis un traitement de physiothérapie à raison de 2 séances par semaine.

Il est exclu que je me laisse faire poser une prothèse. J'ai déjà assez de ferraille dans les jambes. Je préfère continuer à vivre toute ma vie avec des douleurs.
(...)".

Dans un nouveau rapport médical du 20 mars 2012, le Dr H. _____ a posé le diagnostic de gonarthrose post-traumatique des genoux droit et gauche, principalement fémoro-patellaire (fracture de la rotule droite et gauche) et fémoro-tibiale interne. L'évolution restait très mitigée au niveau des genoux. L'assuré présentait toujours des douleurs à ses deux genoux, il devait toujours marcher avec une canne et ceci malgré l'infiltration réalisée au genou droit et le traitement antalgique. Il n'y avait pas de facteurs étrangers à l'accident qui entraient en compte dans le processus de guérison. Une infiltration au genou gauche allait encore être tentée mais le médecin était mitigé quant aux résultats à long terme, car l'atteinte fémoro-patellaire était sévère des deux côtés et l'atteinte femoro-patellaire interne était modérée. A court terme, un traitement chirurgical avec mise en place de prothèses des deux côtés devait être envisagé. Le médecin recommandait par ailleurs une reconversion professionnelle, indiquant les limitations fonctionnelles suivantes: éviter le port de charges lourdes, le travail en terrain irrégulier, la montée et descente d'escaliers, d'échelles et d'échafaudages, ainsi que le travail en hauteur. L'incapacité de travail totale perdurait depuis le 1^{er} décembre 2011 pour encore un mois, à réévaluer.

Dans un avis médical du 29 mars 2012, effectué sur la base du dossier de l'assuré, le Dr P. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de la SUVA, a apprécié la situation de la manière suivante:

"Cet assuré présente des gonalgies sur gonarthrose bilatérale à prédominance fémoro-patellaire sur ancienne fracture diaphysaire enclouée du fémur gauche et fracture opérée de la rotule droite (accident survenu dans son pays vers 1981).

Les séquelles post fracturaires était déjà symptomatiques avant l'évènement du 30.11.2011: comme l'admet l'assuré, qui décrit des phénomènes de lâchages fréquents depuis cet accident et comme l'indique également le Dr H. _____ dans son rapport qui fait état d'un patient connu "de longue date" pour des gonalgies bilatérales prédominantes à droite.

On soulignera que les investigations pratiquées à la suite de l'évènement du 30.11.2011 (lâchage suivi d'une chute selon les déclarations de l'assuré) n'ont pas démontré de lésion fraîche imputable à cet évènement.

Cet évènement a tout au plus pu passagèrement aggraver un état dégénératif préexistant déjà symptomatique dans le passé. Il n'a cependant occasionné aucune lésion déterminante susceptible d'entraîner une aggravation durable. A ce titre, on doit considérer qu'au plus tard à quatre mois de l'évènement déclaré, ce dernier aura entièrement et largement cessé de déployer ses effets".

Par décision du 2 avril 2012, la SUVA a mis un terme à la prise en charge des frais de traitement et au versement des indemnités journalières, à compter du 8 avril 2012, au motif que selon l'avis de son médecin-conseil, les troubles qui subsistaient à l'heure actuelle n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident du 30.11.2011, mais faisaient suite à un état dégénératif préexistant déjà symptomatique dans le passé.

Par décision sur opposition du 18 mai 2012, la SUVA a rejeté l'opposition formée par l'assuré le 2 mai 2012 et confirmé sa décision du 2 avril 2012.

B. Le 18 juin 2012, X. _____ a formé recours contre la décision sur opposition du 18 mai 2010 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme dans le sens de la reconnaissance de son droit aux indemnités journalières dès le 8 avril 2012, à la prise en charge de tous les traitements médicaux liés à ses douleurs aux genoux et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30% au moins. En substance, il a fait valoir qu'il existait un lien de causalité entre l'évènement du 30 novembre 2011 et les séquelles qu'il présentait et qu'aucune maladie antérieure n'entraîne en ligne de compte dans sa situation. Il a également sollicité la mise en œuvre par la SUVA d'un examen pluridisciplinaire dans le but "d'évaluer les séquelles d'invalidité présentées immédiatement après l'accident du 30 novembre 2011".

Dans sa réponse du 3 août 2012, la SUVA a conclu au rejet du recours en se référant au rapport médical du Dr P._____.

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).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique 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).

b) En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

La valeur litigieuse étant manifestement supérieure à 30'000 francs, puisque le versement d'indemnités journalières et d'éventuels frais médicaux sont en jeu, la cause relève de la compétence de la Cour.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge des prestations d'assurance par l'intimée à compter du 8 avril 2012. En particulier se pose la question de savoir s'il existe un lien de causalité

naturelle entre l'évènement du 30 novembre 2011 et les douleurs que présente l'assuré aux genoux, au-delà de cette date.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments cumulatifs et il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'évènement ne puisse être qualifié d'accident (JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGRIT MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in: U. Meyer (édit.), SBVR, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2^{ème} édition, p. 857).

b) Le droit à des prestations en vertu de la LAA suppose ainsi, et notamment, l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402, consid. 4.3.1 et 4.4.1).

aa) L'exigence de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'évènement 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'évènement 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 (ATF 129 V 402, consid. 4.3.1 et les références citées). Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte en question 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 médicaux, 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 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; ATF 118 V 286, consid. 1b; TF U 80/05 du 18 novembre 2005, consid. 1.2).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans la survenance de l'accident (statu quo sine; cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement post hoc, ergo propter hoc; cf. ATF 119 V 335, consid. 2b/bb; TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009, consid. 3). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_262/2008 du 11 février 2009, consid. 2.2).

La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF U 307/05 du 8 janvier 2007, consid. 4; TFA U 222/04 du 30 novembre 2004, consid. 1.3).

bb) Quant à la causalité adéquate, elle suppose que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une

telle circonstance (ATF 129 V 177, consid. 3.2; ATF 125 V 456, consid. 5.a; TF 8C_115/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3). La question de la causalité adéquate ne se pose que si la causalité naturelle est établie (ATF 119 V 335, consid. 4c).

c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; 125 V 351, consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (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 bien 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 (ATF 134 V 231, consid. 5.1; 125 V 351, consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du 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 qu'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).

4. a) En l'espèce, le Dr P._____ a estimé que l'évènement du 30 novembre 2011 avait tout au plus pu passagèrement aggraver un état dégénératif préexistant et déjà symptomatique par le passé. Cet évènement n'avait cependant pas occasionné de lésions susceptibles d'entraîner une aggravation durable. Dès lors, il fallait considérer qu'au plus tard quatre mois après l'accident, ce dernier avait entièrement cessé de déployer ses effets. L'appréciation du Dr P._____ est fondée sur des examens radiologiques complets et a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse. Par ailleurs la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires, et les conclusions du rapport sont dûment motivées et exemptes de contradictions. En effet, ce médecin a pris acte du diagnostic posé par le Dr H._____, à savoir des gonalgies sur gonarthrose bilatérale, à prédominance fémoro-patellaire sur ancienne fracture diaphysaire. Il a expliqué que ces dernières étaient déjà symptomatiques avant l'évènement du 30 novembre 2011, ce qui ressort non seulement du rapport médical du Dr H._____ du 2 février 2012 - ce médecin expliquant que le recourant était connu avant cet évènement pour souffrir de gonalgies bilatérales prédominantes à droites - mais aussi des déclarations du recourant, celui-ci ayant expliqué qu'il souffrait de ses deux genoux depuis l'opération qu'il avait subie en 1981 et qu'il présentait régulièrement des "lâchages" depuis cette époque. En outre, l'appréciation du Dr P._____ tient compte du fait que les examens radiologiques effectués par le Dr H._____ après l'évènement du 30 novembre 2011 n'ont pas mis en évidence de lésions nouvelles, mais seulement les lésions anciennes aux deux genoux.

Le Dr H._____ ne s'est pas expressément prononcé sur le lien de causalité naturelle entre les gonalgies que présente le recourant au-delà du mois d'avril 2012 et l'évènement du 30 novembre 2011.

Toutefois aucun élément ressortant de ses rapports médicaux ne permet de mettre en doute l'évaluation du Dr P._____, selon lequel cet évènement a cessé de déployer ses effets quatre mois plus tard. De plus, il apparaît que l'appréciation du Dr P._____ n'entre pas en contradiction avec les constatations médicales du Dr H._____, étant rappelé que ce dernier a expliqué que le bilan radiologique de février 2012 n'avait pas mis en évidence de lésions nouvelles mais seulement des lésions anciennes et que l'assuré présentait déjà des gonalgies bilatérales avant le 30 novembre 2011.

Il résulte de ce qui précède le rapport médical du Dr P._____ remplit les critères jurisprudentiels qui permettent de lui conférer pleine valeur probante et qu'aucune autre pièce du dossier ne permet de mettre en doute son appréciation. Il est ainsi établi, au degré de la vraisemblance prépondérante que l'évènement du 30 novembre 2011 a tout au plus passagèrement aggravé un état dégénératif préexistant et cessé de déployer ses effets quatre mois plus tard. L'existence d'un lien de causalité naturelle doit par conséquent être nié au-delà du mois d'avril 2012, comme l'a retenu à juste titre l'intimée. Par ailleurs, dans ces conditions, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre un examen pluridisciplinaire.

b) Le recourant n'a en outre pas le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, les conditions de l'art. 24 LAA n'étant manifestement pas réalisées (cf. art. 24 LAA qui exige une atteinte importante et durable à l'intégrité physique, mentale ou psychique, ainsi que l'art. 36 al. 1 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202] et l'annexe 3 OLAA).

5. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision sur opposition du 18 mai 2012 confirmée. La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA). Il n'y a en outre pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 18 mai 2012 par la SUVA est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- X. _____,
- SUVA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :