

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 7 août 2012

---

Présidence de       Mme    THALMANN  
Juges     :       Mme Pasche et M. Gutmann, assesseur  
Greffière     :       Mme    Simonin

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.**\_\_\_\_\_, à Jongny, recourant,

et

**F.**\_\_\_\_\_ **SA**, à Martigny, intimé.

---

**Art. 6 LAA, art. 4 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** D. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1961, travaille comme directeur de la société [...] à [...]. A ce titre, il est assuré obligatoirement en vertu de la loi sur l'assurance-accidents (LAA) contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles, auprès de F. \_\_\_\_\_ (ci-après F. \_\_\_\_\_).

Par acte du 30 septembre 2010, l'assuré a déclaré que le 26 août 2010, alors qu'il jouait au golf, l'évènement suivant s'était produit: " Lors du swing, la tête du club est entrée au plus profond dans le sol celui-ci étant dur. Cela a provoqué un choc inopiné qui a déchiré les biceps". Cet évènement n'a pas provoqué d'incapacité de travail. Le 31 janvier 2011, l'assuré a précisé qu'il avait immédiatement ressenti des douleurs, que le traitement n'était pas terminé et que la date de la prochaine consultation n'était pas définie.

Dans son rapport du 3 mars 2011, le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué qu'il soupçonnait une lésion partielle du biceps distal gauche post-traumatique. Il a expliqué que le patient avait présenté un hématome au niveau du biceps distal qui s'était résorbé, et que ce dernier avait toujours des douleurs au coude gauche, qu'il n'y avait pas de lésion osseuse, mais qu'une IRM du coude était nécessaire, en complément du bilan. Il a par ailleurs indiqué que l'assuré présentait une tendinopathie du biceps distale post-traumatique.

Le 22 mars 2011, une IRM du coude gauche a été réalisée au Centre hospitalier [...] (ci-après: le [...]), dont le rapport conclut à une enthésopathie partiellement fissuraire à l'insertion du tendon bicipital, sans lésion associée.

Par décision du 12 octobre 2011, F. \_\_\_\_\_ a mis fin aux prestations avec effet au 22 mars 2011, au motif que les lésions qui

persistaient au coude gauche ne pouvaient être attribuées avec vraisemblance à l'accident du 26 août 2010, selon l'avis de son médecin-conseil. Ce dernier estimait en effet que les lésions mises en évidence par l'IRM du 22 mars 2011 étaient d'origine dégénératives et non traumatiques et que la prise en charge par l'assurance-accidents devait dès lors être limitée dans le temps. Au vu des pièces médicales et de l'accident, la relation de causalité entre les troubles au coude gauche et l'accident ne pouvait être admise que jusqu'au 22 mars 2011, date à laquelle l'IRM avait permis d'exclure l'accident. F.\_\_\_\_\_ a par ailleurs indiqué qu'elle prenait en charge, à bien plaisir, la consultation médicale au CHUV du 6 avril 2011, car c'était lors de celle-ci que les résultats de l'IRM avaient été communiqués à l'assuré.

Par acte du 10 novembre 2011, l'assuré a fait opposition à cette décision, faisant valoir, en substance, que le rapport de causalité entre sa lésion au coude gauche et l'accident du 26 août 2010 était établi.

Dans son rapport médical du 5 décembre 2011, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil de F.\_\_\_\_\_ a apprécié la situation de la manière suivante:

"[...]

Un peu plus de six mois après cet événement, une IRM du coude gauche est réalisée. Cet examen conclut à une enthésopathie partiellement fissuraire à l'insertion du tendon bicipital, sans lésion associée.

La relation de causalité, entre l'évènement du 26.08.2010 et ce diagnostic, est exclue (0%).

La statu quo sine après traumatisme indirect du coude gauche qui a vraisemblablement provoqué une entorse bénigne du coude a été rétabli dans les 6 mois".

Par décision sur opposition du 12 janvier 2012, F.\_\_\_\_\_ a confirmé qu'elle refusait de prendre en charge les prestations à partir du 7 avril 2011, en raison de l'absence de lien de causalité, à tout le moins probable, avec l'évènement du 26 août 2010, et en se fondant sur le

rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ du 5 décembre 2011. F. \_\_\_\_\_ a précisé ce qui suit:

"[...] M. D. \_\_\_\_\_ a tapé le sol avec son club de golf lors d'un swing, et il s'est blessé au coude gauche. L'assuré a consulté un physiothérapeute dans un premier temps. Ce dernier a constaté un hématome, selon les renseignements téléphoniques donnés le 10 janvier 2011 à F. \_\_\_\_\_. Aucune facture n'a été adressée à F. \_\_\_\_\_ concernant ce traitement. Sur le questionnaire rempli par l'assuré en date du 31 janvier 2011, ce dernier s'est borné à mentionner que le traitement n'était pas terminé, mais qu'il n'y avait pas de consultation prévue.

Ainsi donc, les troubles consécutifs à l'accident d'août 2010 n'ont pas entraîné d'incapacité de travail. L'assuré a consulté un médecin pour la première fois le 3 mars 2011, soit environ 6 mois après la date de l'évènement".

**B.** Par acte du 11 février 2012, D. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant en substance à la prise en charge des traitements consécutifs à l'évènement du 26 août 2010 par F. \_\_\_\_\_, au motif d'un lien de causalité entre cet évènement et l'atteinte physique qu'il présentait actuellement. Il a précisé que l'évènement en question n'avait pas entraîné d'incapacité de travail car il exerçait un métier ne nécessitant ni de lever des poids ni d'effectuer des mouvements contraignants pour son bras gauche. Il a expliqué avoir consulté en premier lieu W. \_\_\_\_\_, physiothérapeute à Vevey, lequel lui avait indiqué des soins qu'il pouvait assurer personnellement, ainsi que l'arrêt de la pratique du golf. Il n'avait consulté le Dr X. \_\_\_\_\_ que le 3 mars 2011, car il ressentait toujours des douleurs à l'endroit de sa blessure, malgré l'arrêt du golf et son auto-traitement. Il a enfin précisé que ce médecin lui avait prescrit des séances de physiothérapie avec massage et un traitement anti-inflammatoire.

Dans sa réponse du 16 mars 2012, F. \_\_\_\_\_ a fait valoir que le diagnostic de tendinopathie du biceps distal posé par le Dr X. \_\_\_\_\_ était une inflammation relevant de la maladie. Si le biceps distal avait été déchiré - ce que les rapports médicaux contredisaient -, il se serait agi d'une urgence orthopédique et que si la chirurgie était conseillée, elle aurait dû avoir lieu idéalement dans les deux semaines, ce qui n'avait pas

été le cas. Se fondant sur un rapport complémentaire du Dr J. \_\_\_\_\_ du 5 mars 2012, elle a fait valoir que les troubles pour lesquels l'assuré avait consulté en mars 2011 n'étaient pas en relation de causalité avec l'évènement du 26 août 2010, ce dernier n'ayant fait que révéler un état pathologique jusque-là asymptomatique et qui devait être mis sur le compte d'une activité sportive plus intense ou d'une dégénérescence du tendon, comme l'avait démontré l'IRM du 22 mars 2011. Dans ledit rapport complémentaire, le Dr J. \_\_\_\_\_ a expliqué ce qui suit:

"Le terme de tendinopathie regroupe les pathologies tendineuses se présentant sous forme de microlésions anatomiques. Le mode d'apparition est soit progressif soit brutal. Le mode brutal se retrouve le plus souvent dans la région du coude, du genou ou du talon.

Les symptômes peuvent survenir sans cause reconnue, subitement le matin au réveil par exemple, ou après un effort ou une activité physique nouvelle ou plus intense.

D'après leur site, on peut identifier les tendinopathies d'insertion, ou également appelées enthésopathies, et les tendinopathies corporéales.

Les enthésopathies correspondent donc aux tendinopathies d'insertion du tendon sur l'os, ce qui est le cas chez cet assuré.

Selon leurs étiologies, on distingue les enthésopathies par hyper-sollicitation, observées par exemple en pratique sportive ou professionnelle, les formes métaboliques (infiltrations du tendon par des dépôts microcristallins), les formes inflammatoires (observées lors de pathologies rhumatologiques) ou secondaires à une dégénérescence du tendon.

Chez le sportif, les tendinopathies, se rencontrent avant tout dans un contexte d'hyper-sollicitations répétées et touchant de préférence les sujets de la quarantaine et de la cinquantaine, comme c'est le cas chez cet assuré.

L'enthésopathie, qui correspond à une entité spécifique, se manifeste à l'imagerie (IRM ultrasonographique) par un élargissement du tendon, la présence de calcifications d'insertions au stade chronique, des images de bursite et des arrachements osseux. On retrouve également des fissurations du tendon qui correspondent à une interruption partielle de ce dernier. Elles se situent dans le plan transversal ou dans le plan longitudinal sous forme d'une dissection des fibres.

Cet assuré, âgé de 51 ans, pratiquant le golf, présente une enthésopathie du biceps distal avec fissurations du tendon diagnostiquée à l'IRM.

Il s'agit donc d'une tendinopathie d'insertion distale découverte fortuitement sur l'IRM du coude réalisée le 22.03.2011. Le mode d'apparition subit est fréquemment rencontré dans cette pathologie. Son étiologie n'est pas traumatique mais résulte d'une hyper-sollicitation ou d'une dégénérescence de la partie distale du tendon".

Par réplique du 16 avril 2012, l'assuré a produit un rapport médical du Dr X. \_\_\_\_\_ daté du 18 novembre 2011, relatif à une consultation du 8 avril 2011. Pour ce médecin, l'IRM qui avait été pratiquée révélait un léger œdème au niveau du biceps distal gauche, sans lésion ligamentaire ou ostéocartilagineuse. Il a par ailleurs précisé ce qui suit:

" Le patient présente une tendinopathie du biceps bien compensée du point de vue fonctionnel, les douleurs sont uniquement présentes à l'effort. Je lui prescris des séances de physiothérapie avec massages et traitement anti-inflammatoire par US. Je prescris également une tonification progressive du biceps en flexion et en supination du coude. Le patient reprendra progressivement ses activités sportives et il me recontactera en cas d'évolution stagnante ou défavorable".

Le recourant faisait encore valoir que l'œdème était défini comme : "un accident musculaire chez les sportifs, observé à la suite d'un effort d'intensité supérieure à ce que le muscle peut supporter. Le claquage correspond à une déchirure plus ou moins importante de fibres musculaires suivie d'une hémorragie. Il correspond au stade 2 des déchirures. Une ecchymose apparaît rapidement en surface, témoin d'un hématome (saignement) en profondeur. Cet épanchement est plus ou moins important en fonction de l'importance du claquage, c'est-à-dire du nombre de fibres déchirées. Très souvent, un œdème survient et masque les reliefs du muscle traumatisé (gonflement local). Les muscles les plus touchés par le claquage sont le biceps brachial, les mollets, les cuisses (en particuliers les ischio-jambiers, muscles situés à l'arrière de la cuisse)" . Dès lors, selon le recourant, l'œdème était forcément dû à un évènement brutal et imprévu; dans ces conditions il ne voyait pas comment on pouvait ne pas parler d'accident. Il a encore produit une attestation d'W. \_\_\_\_\_ - lequel avait reçu le recourant au mois d'août 2010 pour une consultation de voisinage et avait constaté que celui-ci avait un hématome au bras, lui conseillant d'appliquer de la glace et de se reposer -, ainsi qu'une facture de L. \_\_\_\_\_, masseuse thérapeutique, relative à quatre séances de massages entre septembre et décembre 2011.

Par duplique du 7 mai 2012, F. \_\_\_\_\_ a fait valoir que le recourant avait rapporté la définition du claquage et non de l'œdème, ce

dernier se définissant, selon le Larousse médical comme une "rétention pathologique de liquide dans les tissus de l'organisme en particulier dans les tissus interstitiels" et qu'en l'occurrence l'œdème n'était retenu par le Dr X. \_\_\_\_\_ que comme constatation à la lecture de l'IRM et non comme diagnostic.

### **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, à moins que la LAA (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-accidents; RS 832.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal cantonal des assurances (art. 56 al. 1 et 57 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

**2.** Le litige porte le point de savoir s'il existe un lien de causalité naturelle entre l'évènement du 26 août 2010 et l'atteinte à la santé révélée par IRM en mars 2011 et si par conséquent, F. \_\_\_\_\_ doit, en tant qu'assureur-accidents obligatoire au sens de la loi sur l'assurance-accidents, prendre en charge des prestations postérieurement à cette date.

**3. a)** En vertu de l'art. 6 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20) 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<sup>ème</sup> édition, p. 857).

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). 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).

Quant à la notion de 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).

**b)** Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2.).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer pourquoi il se fonde sur un rapport médical plutôt qu'un autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni son origine ni sa désignation mais son contenu (TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de 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, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450, consid. 11.1.3; ATF 125 V 351, consid. 3a; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

S'agissant en particulier des rapports médicaux établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin 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). Un rapport médical ne saurait cependant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane d'un médecin traitant (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2). Quant aux rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee).

**c)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe ainsi pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devrait, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39, consid. 6.1 et les références).

**4.** En l'espèce, F.\_\_\_\_\_ prend appui sur les rapports médicaux du Dr J.\_\_\_\_\_ pour nier l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'évènement du 26 août 2010 et l'enthésopathie partiellement fissuraire, sans lésion associée, révélée à l'IRM effectuée le 22 mars 2011, et ainsi mettre fin à la prise en charge des prestations. Quant au recourant, il se fonde principalement sur les constatations de son médecin traitant, le Dr X.\_\_\_\_\_, pour requérir la prise en charge des prestations

postérieurement au mois de mars 2011. Il invoque aussi le fait qu'il ressentait toujours des douleurs à ce moment là malgré l'arrêt du golf, et qu'il continuait un traitement par physiothérapie et prise d'anti-inflammatoires. Enfin, il fait valoir que le léger œdème au niveau de son biceps distal gauche mis en évidence par le Dr X.\_\_\_\_\_ est forcément révélateur d'un évènement brutal et imprévu devant être qualifié d'accident.

Les rapports médicaux du Dr X.\_\_\_\_\_ et du Dr J.\_\_\_\_\_ sont contradictoires. En effet, le premier retient une tendinopathie post-traumatique, sous-entendant ainsi qu'il s'agit d'une atteinte causée par l'évènement du mois d'août 2010, alors que pour le Dr J.\_\_\_\_\_ l'enthésopathie – qui est selon les explications de ce médecin un terme synonyme de tendinopathie – révélée à l'IRM du mois de mars 2011 n'est pas d'origine traumatique, mais dégénérative ou est due à une hyper-sollicitation du tendon.

Il y a lieu de constater que le Dr X.\_\_\_\_\_ qualifie l'origine de la tendinopathie de traumatique, sans motiver, ne serait-ce que brièvement, cette affirmation. Quant au léger œdème rapporté le 18 novembre 2011, le recourant semble prendre appui sur sa présence pour en déduire que l'enthésopathie (qui est selon tout vraisemblance l'atteinte pour laquelle un traitement est nécessaire dès le mois d'avril 2011, cf. le rapport médical du Dr X.\_\_\_\_\_ du 18 novembre 2011, prescrivant de la physiothérapie, des massage et un traitement anti-inflammatoire) est forcément liée à l'évènement du mois d'août 2010. Or aucun rapport médical ne vient confirmer cette théorie; en particulier le Dr X.\_\_\_\_\_ se contente de constater la présence d'un léger œdème à la lecture de l'IRM du mois de mars 2011 sans en tirer de conclusions pertinentes pour l'issue du présent litige. Dans ces conditions, on ne peut attribuer de valeur probante aux rapports médicaux du Dr X.\_\_\_\_\_ selon lesquels l'enthésopathie est d'origine traumatique.

Le Dr J.\_\_\_\_\_, quant à lui, estime que l'évènement du mois d'août 2010 a vraisemblablement provoqué une entorse bénigne qui s'est

résorbée dans les six mois. Pour ce médecin, le lien de causalité entre cet évènement et l'enthésopathie que présente le recourant est exclu, cette atteinte n'étant pas d'origine traumatique, mais due à une hyper-sollicitation ou une dégénérescence du tendon. A l'appui de sa conclusion, il explique que les enthésopathies ou tendinopathies d'insertion sont la plupart du temps non pas d'origine traumatique, mais dues à une hyper-sollicitation ou une dégénérescence du tendon et peuvent survenir soit de manière brutale, soit de manière progressive. En particulier, il explique que chez les sportifs, une telle atteinte est le plus souvent due à des hyper-sollicitations répétées et touche, en règle générale, des personnes dès la quarantaine. Comme l'assuré pratiquait le golf et était âgé de 51 ans au moment de l'évènement, le Dr J.\_\_\_\_\_ en déduit que l'enthésopathie est due à une hyper-sollicitation, ou est d'origine dégénérative, excluant ainsi un lien de causalité entre l'évènement d'août 2010 et cette atteinte à la santé. La conclusion du Dr J.\_\_\_\_\_, dûment motivée, est convaincante. Il y a dès lors lieu de retenir qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante que l'enthésopathie révélée à l'IRM du 23 mars 2010 n'est pas d'origine traumatique, mais due à une hyper-sollicitation ou une dégénérescence de la partie distale du tendon. Dans ces conditions, on ne saurait admettre un lien de causalité naturelle entre l'évènement du mois d'août et cette affection, de sorte que c'est à juste titre que F.\_\_\_\_\_ a mis fin aux prestations avec effet au mois d'avril 2011.

**5.** Il résulte de ce qui précède que les griefs du recourant sont mal fondés, de sorte que le recours est rejeté et la décision attaquée confirmée.

Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. En outre, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (cf. 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 12 janvier 2012 par F.\_\_\_\_\_ est confirmée.
- III. Il n'est pas alloué de dépens, ni perçu de frais judiciaires.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- D.\_\_\_\_\_,
- F.\_\_\_\_\_,
- 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 :