

S2 20 83

JUGEMENT DU 2 NOVEMBRE 2022

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Thomas Brunner et Christophe Joris, juges ;
Pierre-André Moix, greffier

en la cause

X _____, **A** _____, recourant, représenté par **B** _____ SA, 1700 Fribourg

contre

Y _____, **C** _____, intimée

(Notion d'accident, facteur extérieur)

Faits

A. X _____, né en 1966, travaille pour le compte de la société D _____, en qualité de remplaçant du gérant du magasin de E _____. A ce titre, il est assuré contre le risque d'accidents auprès de la Y _____.

Le 23 décembre 2019, l'employeur de l'intéressé a rempli une déclaration de sinistre LAA en indiquant que le 11 décembre précédent, au sein du magasin F _____, l'assuré avait eu une mauvaise réception en descendant d'une échelle et avait fait une rotation du genou gauche. L'assuré avait consulté la G _____ le 17 décembre suivant et une IRM avait été pratiquée le lendemain. Au cours de cet examen, le Dr H _____, spécialiste en radiologie, a constaté une déchirure longitudinale oblique de la corne postérieure du ménisque interne, communicante avec la surface articulaire inférieure et rejoignant le segment intermédiaire avec marginalisation articulaire de ce dernier et périméniscite au niveau du plateau tibial interne, une distension du ligament latéral interne (LLI) avec déchirure du ligament oblique postérieur qui présente un aspect sinueux, une petite lame d'épanchement articulaire et un volumineux kyste poplité déchiré avec suffusion liquidienne déclive en superficie des muscles gastrocnémiens. Le traitement a consisté en des séances de physiothérapie. Le cas a été pris en charge par la Y _____.

Dans un questionnaire rempli par l'assuré le 3 janvier 2020, la description suivante de l'événement du 11 décembre a été exposée : « Suite au déplacement d'une balance au magasin, je suis monté sur une échelle pour débrancher les prises réseaux et en descendant j'ai mis le pied gauche à terre et fait une rotation du genou ». Il a ajouté qu'il s'était mis à boîter tout de suite et qu'il avait mal. Il a également précisé qu'il allait reprendre le travail le 6 janvier suivant.

A la suite d'une recrudescence des douleurs, l'employeur de l'intéressé a annoncé une rechute à la Y _____, ayant causé une incapacité de travail à 50% depuis le 25 mai précédent (annonce du 28 mai 2020).

Les troubles de l'assuré ont nécessité une intervention chirurgicale sous la forme d'une arthroscopie-diagnostic et ménissectomie interne partielle du genou gauche, avec libération du kyste poplité, pratiquée le 3 juillet 2020 par le Dr I _____, chirurgien orthopédique. Cette opération a causé une incapacité de travail de 100% dès le 3 juillet 2020, avec reprise du travail à 50% dès le 1^{er} août suivant et à temps plein dès le 15 août 2020.

Dans une appréciation médicale du 22 septembre 2020, le Dr J _____, FMH en chirurgie orthopédique et de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la Y _____, a estimé que la déchirure longitudinale oblique de la corne postérieure du ménisque interne mise en évidence sur l'IRM du genou gauche du 18 décembre 2019 correspondait selon la littérature médicale à une atteinte de grade III, soit à une lésion dégénérative du ménisque.

A la suite de cette prise de position, la Y _____ a informé l'assuré par courrier du 22 septembre 2020 que l'événement du 11 décembre 2019 ne remplissait pas les conditions d'un accident au sens de l'article 4 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) ni celles des lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'article 6 alinéa 2 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). Dès lors, aucune prestation ne pouvait être allouée dans ce cas. Les prestations versées initialement l'avaient été à tort mais la Y _____ renonçait toutefois à en demander le remboursement.

Par téléphone du 25 septembre 2020, l'assuré a exprimé son désaccord avec ce prononcé et a requis l'envoi d'une décision formelle par courriel du même jour.

La Y _____ a ainsi rendu une décision formelle le 28 septembre suivant, dans laquelle elle a précisé que les troubles du genou gauche de l'assuré n'étaient dus ni à un accident, ni à une lésion assimilée à un accident.

Représenté par B _____ SA, l'assuré s'est opposé à ce prononcé par courriel du 4 octobre 2020. Il a complété son opposition par écriture du 2 novembre 2020, en expliquant avoir subi une lésion du ménisque, une déchirure du ligament latéral interne et une contusion du plateau tibial. Il a estimé que toutes les conditions d'un accident étaient remplies, précisant que lors de sa descente de l'échelle, il s'était pris le pied dans des câbles, ce qui avait provoqué un enchaînement de mouvements non coordonné, ce qui avait conduit aux lésions. En annexe à son écriture, il a joint un rapport du Dr I _____ du 26 octobre 2020 qui considérait comme hautement probable que les troubles de son patient soient liés à un traumatisme, ajoutant que les lésions du ligament interne ne provenaient pas d'une maladie sauf en cas d'instabilité chronique avec distorsion du ligament, ce qui n'était pas le cas de l'assuré. Il a encore indiqué que les lésions associées, soit la déchirure partielle du ligament interne et contusions osseuse au niveau du plateau tibial étaient clairement des lésions liées à un traumatisme et la lésion méniscale était avec une très grande probabilité provoquée par le même traumatisme. L'assuré a ainsi conclu à la prise en charge de son cas par la Y _____.

L'assurance a rejeté l'opposition de l'assuré le 5 novembre 2020. Elle a souligné qu'elle ne pouvait souscrire à la version des faits de l'assuré selon laquelle ce dernier se serait pris le pied dans des câbles, dès lors qu'il n'avait pas spontanément évoqué cet élément lors de sa première description de l'événement du 11 décembre 2019 et qu'en présence de deux versions différentes, il convenait de retenir la première conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral. L'assuré s'était en effet limité à préciser qu'en mettant le pied à terre, il avait fait une rotation avec le genou gauche. Ce geste n'avait rien d'extraordinaire de sorte que l'existence d'un accident au sens de l'article 4 LPGa devait être niée. En outre, la lésion méniscale de l'intéressé était due à l'usure, de sorte qu'il n'y avait pas place pour l'application des dispositions relatives aux lésions assimilées.

C. Le 2 décembre 2020, X _____ a interjeté recours devant le Tribunal fédéral contre cette décision. Il a maintenu qu'il s'était pris les pieds dans des câbles en descendant de l'échelle et a produit trois témoignages écrits de collègues de travail allant dans ce sens. Le facteur extérieur était ainsi rempli par le fait de s'encoupler dans des câbles et le lien de causalité entre l'événement et ses troubles au genou étaient confirmés par le Dr I _____. Les conditions d'un accident étaient ainsi remplies. Au surplus, les lésions dont il souffrait rentraient dans la catégorie des lésions assimilées et n'étaient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Ainsi, dans l'un ou dans l'autre cas, la Y _____ était dans l'obligation de fournir ses prestations.

Dans sa réponse du 12 janvier 2021, l'intimée a répété qu'il convenait de s'en tenir à la première description des faits faite par le recourant, laquelle ne mentionnait pas le fait qu'il se soit encouplé dans des câbles, et que dès lors, faute de facteur extraordinaire, il n'y avait pas eu d'accident au sens de la LPGa et il ne lui appartenait pas de prendre en charge les troubles du genou du recourant. S'agissant des lésions assimilées, le recourant souffrait d'une lésion dégénérative du ménisque, de sorte qu'elle était fondée à refuser ses prestations sur cette base.

Le recourant ayant déclaré par pli du 8 février 2021 ne pas avoir de remarques supplémentaires à formuler, l'échange d'écritures a été clos le 10 février 2021.

Considérant en droit

1.1 Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit

des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

1.2 Le recours déposé le 2 décembre 2020 à l'encontre de la décision sur opposition du 5 novembre précédent, a été interjeté dans le délai légal (art. 60 al. 1 LPGA) devant la Cour de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 de la loi du 6 octobre 1976 sur la procédure et la juridiction administratives – LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

2.1 Le litige porte en premier lieu sur le point de savoir si la Y _____ était fondée à refuser de prendre en charge le cas du recourant, au motif que ses troubles n'ont pas été causés par un accident.

2.2 L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). 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). La notion d'accident se décompose ainsi 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 de 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 142 V 219 consid. 4.3.1; 129 V 402 consid. 2.1 et les références).

2.2.1 Suivant la définition même de l'accident, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 142 V 219 précité et les références).

Ainsi, 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. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas, notamment, lors de 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 129 V 466 consid. 4.2 et arrêt 8C_815/2016 du 14 mars 2017 consid. 4.2).

2.2.2 Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (arrêts arrêt 8C_395/2020 du 28 septembre 2020 consid. 2.2 et 4.2 et 8C_292/2014 du 18 août 2014 consid. 5.1 et la référence). Concernant les mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de « mouvement non coordonné », à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de s'encoupler, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute. Le facteur extérieur, dans le sens d'une modification entre le corps et l'environnement extérieur, constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; arrêt 8C_586/2020 du 30 novembre 2020 consid. 3.3).

2.3 D'après la jurisprudence, il appartient à la personne assurée de rendre plausible que les éléments d'un accident, tel qu'il est défini, sont réunis (arrêt 8C_549/2018 du 22 janvier 2019 consid. 3). Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir ces éléments pour établis ou du moins pour vraisemblables (à ce sujet, voir ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 138 V 218 consid. 6 et les références), le juge constatera l'absence de preuves ou d'indices et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un accident. Les mêmes principes sont applicables en ce qui concerne la preuve d'une lésion assimilée à un accident (ATF 116 V 136 consid. 4b).

En présence de deux versions différentes sur les circonstances d'un accident, il faut, en principe, donner la préférence à celle que l'assuré a donnée en premier, alors qu'il en ignorait les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a et les références ; voir aussi ATF 143 V 168 consid. 5.2.2).

Il a déjà été jugé que, dans la mesure où l'assureur-accidents a établi les faits pertinents de façon détaillée au moyen d'un questionnaire, des compléments décisifs donnés par l'assuré seulement après avoir reçu une décision de refus motivée n'apparaissent pas convaincants s'il n'explique pas qu'ils n'ont pas été mentionnés avant l'opposition à cette dernière (arrêt U 64/02 du 26 février 2004 consid. 2.2.3). Encore faut-il que le questionnaire utilisé par l'assureur-accidents ne soit pas ambigu, comporte au besoin des commentaires explicatifs suffisants en regard de questions déterminantes, et voir si la version complémentaire fournie par l'assuré est corroborée par des constatations médicales fiables (arrêt 8C_496/2007 du 29 avril 2008 consid. 4).

2.4 La jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee) a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. L'existence d'un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, doit conduire le tribunal à demander des éclaircissements (ATF 122 V 157 consid. 1d).

En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance.

Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; arrêt 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

3. En l'espèce, le recourant a, dans le questionnaire rempli à l'attention de la Y _____ en date du 3 janvier 2020, indiqué qu'il était monté sur une échelle pour débrancher des prises réseau et qu'en descendant, il avait mis le pied gauche à terre et

fait une rotation avec le genou. A la question « S'est-il produit quelque chose de particulier (glissade, chute, etc.) ? », il a coché la case « Non ».

Lors de son opposition du 2 novembre 2020, l'intéressé a complété la description de l'événement du 11 décembre 2019 en ajoutant qu'il s'était pris le pied dans les câbles, ce qui avait provoqué un enchaînement de mouvements non coordonnés (pied à terre précipitamment, rotation genou) qui avait conduit aux lésions.

Il apparaît pour le moins étonnant que le recourant n'ait pas fait mention du fait qu'il s'était encoulé dans des câbles en descendant de son échelle. En effet, si tel a été le cas, la présence d'un obstacle lors de sa descente et le fait que cela ait causé un mouvement non coordonné est un élément central.

On notera en outre que ces précisions supplémentaires, qui auraient dû être mentionnées dans le formulaire du 3 janvier 2020, en particulier en réponse à la question portant sur « S'est-il produit quelque chose de particulier (glissade, chute, etc.) ? », n'ont été apportées qu'au stade de l'opposition, soit après que l'assuré a été informé par l'intimée que son cas n'allait pas être pris en charge en raison de l'absence de facteur extérieur et extraordinaire. Cette version des faits ne saurait dès lors être décisive à elle-seule.

En présence de deux versions différentes, la jurisprudence préconise de retenir celle qui a été faite en premier, alors que l'intéressé en ignorait les conséquences juridiques. A cet égard, les témoignages des trois collègues du recourant ne lui sont d'aucun secours, étant intervenus seulement au stade du recours et produits uniquement pour les besoins de la cause. Il convient ainsi de retenir la première description des événements faite par l'assuré dans le questionnaire du 3 janvier 2020, dans lequel il ne fait mention que de la descente d'une échelle et sans préciser s'être encoulé dans des câbles. Dès lors, compte tenu du déroulement des faits, la Y _____ a à juste titre considéré que les conditions de l'accident n'étaient pas remplies, du fait de l'absence d'un facteur extérieur de caractère extraordinaire.

4.1 Le recourant considère qu'en tout état de cause, ses troubles devraient être pris en charge dès lors qu'ils constituent une lésion assimilée à un accident.

4.2 L'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles énumérées exhaustivement à l'article 6 alinéa 2 LAA, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. La lettre c de cette disposition mentionne les déchirures du ménisque et la lettre f les lésions de ligaments.

Selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral (ATF 146 V 51), lorsqu'une lésion corporelle comprise dans la liste énumérée à l'article 6 alinéa 2 LAA est diagnostiquée, l'assureur-accidents est tenu à prestations aussi longtemps qu'il n'apporte pas la preuve libératoire que cette lésion est due de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50% de tous les facteurs en cause, à l'usure ou à une maladie (cf. consid. 8.2.2.1 et 8.3). En effet, contrairement à ce qui prévalait en matière de lésions corporelles assimilées à un accident sous l'empire de l'ancien droit (cf. art. 6 al. 2 LAA et art. 9 al. 2 OLAA [RS 832.202] dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016), l'octroi de prestations sur la base de l'article 6 alinéa 2 LAA (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017) ne suppose plus que les conditions constitutives de la notion d'accident (cf. art. 4 LPG [RS 830.1]) soient réalisées, à la seule exception du caractère « extraordinaire » de la cause extérieure. Le seul fait que l'on soit en présence d'une lésion corporelle comprise dans la liste énumérée à l'article 6 alinéa 2 LAA entraîne la présomption qu'il s'agit d'une lésion corporelle assimilée à un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Celui-ci est dès lors tenu de prêter aussi longtemps qu'il n'apporte pas la preuve, en s'appuyant sur des avis médicaux probants, que cette lésion est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie (cf. consid. 8.6).

4.3 A la suite de l'événement du 11 décembre 2019, une IRM a été pratiquée une semaine plus tard. Au cours de cet examen, le radiologue H _____ a notamment pu constater une déchirure longitudinale oblique de la corne postérieure du ménisque interne et une distension du ligament latéral interne (LLI) avec déchirure du ligament oblique postérieur. Il ne fait pas de doute que ces lésions entrent dans la liste prévue par l'article 6 alinéa 2 LAA. Il convient dès lors de définir si elles sont la conséquence de l'usure ou de la maladie ou si elles ont été causées par la rotation du genou intervenue le 11 décembre 2019.

Dans son rapport du 22 septembre 2020, le Dr J _____, médecin d'arrondissement de la Y _____ et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a considéré que la déchirure longitudinale oblique de la corne postérieure du ménisque interne mis en évidence sur l'IRM du 18 décembre 2019 était d'origine dégénérative, qui était corroboré par la littérature médicale. Il n'a par contre pas pris position sur la déchirure du ligament oblique postérieur.

Le Dr I _____, chirurgien ayant procédé à l'intervention chirurgicale du 3 juillet 2020, est quant à lui d'avis qu'une lésion du ligament interne ne peut pas être la suite d'une maladie sauf en cas d'instabilité chronique avec distorsion du ligament, ce qui n'était pas

le cas du recourant. S'agissant de la lésion du ménisque, il a également estimé qu'elle avait avec une très grande probabilité été causée par le traumatisme.

Confrontée à ces opinions contradictoires, la Y _____ ne pouvait pas simplement suivre les conclusions de son médecin-conseil, ce d'autant plus qu'elles ne sont que très brièvement motivées, le Dr J _____ se contentant de se référer à de la littérature médicale. En outre, le médecin d'arrondissement n'a pas examiné personnellement le recourant et son opinion s'oppose à celle du chirurgien qui a pratiqué l'opération, de sorte qu'il possède une complète et exhaustive connaissance du cas particulier.

Ainsi, de l'avis de la Cour de céans, l'affirmation du Dr J _____ selon laquelle la lésion en cause serait due à un processus dégénératif est insuffisamment étayée sur le plan médical. Or c'est à l'intimée qu'incombe le fardeau de la preuve libératoire que la lésion est due de manière prépondérante - soit à plus de 50 % de tous les autres facteurs en cause - à l'usure ou à la maladie. Dans cette optique, elle avait l'obligation d'instruire d'office les éléments médicaux déterminants pour la résolution du cas (art. 43 al. 1 LPGA) et ne pouvait pas se contenter de l'avis médical succinctement motivé de son médecin d'arrondissement pour refuser la prise en charge de l'atteinte à la santé de l'intimé.

4.4 Eu égard à ce qui précède, la décision sur opposition du 5 novembre 2020 est annulée et la cause renvoyée à la Y _____ pour mise en œuvre d'une expertise indépendante au sens de l'article 44 LPGA, dans la mesure où il convient encore d'examiner un certain nombre de points que les avis contradictoires des spécialistes n'ont pas permis à la Cour d'élucider (cf. dans ce sens : arrêts 8C_13/2021 du 6 septembre 2021 consid. 3.4 ; 8C_382/2020 du 3 décembre 2020 consid. 6.3 et 6.4). Si l'expert désigné n'arrive pas à la conclusion motivée et convaincante que la lésion du recourant est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, il appartiendra alors à la Y _____ de prendre en charge les suites de l'atteinte à la santé du recourant.

5.1 La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. a LPGA et 83 LPGA).

5.2 La partie recourante est réputée avoir obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA) lorsque, dans la procédure judiciaire cantonale portant sur des prestations d'assurance sociale, la décision administrative est annulée et la cause renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire puis nouvelle décision (ATF 137 V 57 consid. 2.1 et 132 V 215 consid. 6).

Selon les articles 61 lettre g LPGA et 91 alinéa 1 LPJA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal ; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige. L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a).

Aux termes de l'article 27 alinéa 1 de la loi fixant le tarif des frais et dépens devant les autorités judiciaires ou administratives (LTar ; RS/VS 173.8), les honoraires sont fixés d'après la nature et l'importance de la cause, ses difficultés, l'ampleur du travail, le temps utilement consacré par le conseil juridique, et la situation financière des parties. D'une façon générale, le juge est en mesure de se rendre compte de la nature et de l'ampleur des opérations que le procès a nécessitées (ATF 139 V 496 consid. 5.1). Il ne prend en compte que le temps utilisé par l'avocat qui s'inscrit raisonnablement dans le cadre de l'accomplissement de sa tâche (ATF 109 la 107 consid. 3b ; arrêt 5D_54/2014 du 1er juillet 2014 consid. 2.2 ; RVJ 2009 160 consid. 5a). La durée de l'activité utilement déployée par un avocat diligent est appréciée en procédant par estimation, en fonction du cours ordinaire des choses et de l'expérience de la vie (RVJ 1994 153 consid. 3c). Devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, les honoraires sont fixés entre 550 fr. et 11 000 fr. (art. 40 al. 1 LTar) selon l'importance et la complexité du litige et non pas en fonction de la liste des opérations de l'avocat de choix, d'une association ou d'une protection juridique. La LTar consacre le principe de l'évaluation globale des dépens (art. 4 al. 1 et art. 27 al. 4 LTar), laissant dans ce cadre à l'autorité ou au juge un large pouvoir d'appréciation qui doit néanmoins être exercé dans les limites fixées par la loi. Ainsi, le montant des honoraires du conseil juridique doit être évalué sur la base d'une pondération de critères que cite l'article 27 alinéa 1 LTar, parmi lesquels figure le temps utilement consacré par ledit conseil juridique à la défense de la cause ; la rémunération que prévoit la LTar est donc fixée sur la base d'un forfait et non en fonction d'un tarif horaire (RVJ 2012 p. 210 consid. 5.1).

5.3 Dans le cas d'espèce, le mandataire du recourant a produit un recours de sept pages et un courrier. Au vu des critères précités, de l'activité utile déployée par le mandataire du recourant, de la teneur des pièces de procédure déposées, de la complexité moyenne de l'affaire, de l'ampleur du dossier, la Cour fixe les honoraires de son avocat à un montant arrondi de 1400 francs, débours et TVA compris.

Prononce

1. Le recours est admis. La cause est renvoyée à la Y _____ afin qu'elle mette en œuvre une expertise au sens de l'article 44 LPGA et rende une nouvelle décision.
2. Il n'est pas perçu de frais.
3. La Y _____ versera à X _____ une indemnité de 1400 francs pour ses dépens.

Sion, le 2 novembre 2022