

S2 12 96

**JUGEMENT DU 18 NOVEMBRE 2013**

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

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Pierre Zufferey et Thomas Brunner, juges ; Mireille Allegro, greffière

**en la cause**

X \_\_\_\_\_, recourant, représenté par Maître A \_\_\_\_\_

**contre**

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA),**  
intimée, représentée par Maître B \_\_\_\_\_

(fin des prestations ; statu quo sine)

## Faits

**A.** X\_\_\_\_\_ (ci-après : X\_\_\_\_\_), né le xxx 1969, travaillait comme manœuvre-sableur pour le compte de C\_\_\_\_\_ Sàrl, à D\_\_\_\_\_, et était, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA).

**B.** Le 21 mai 2009, il a été victime d'un accident de la circulation routière. Alors qu'il conduisait un motorcycle, il a été surpris par une manœuvre d'évitement de la voiture qu'il était en train de dépasser et a été heurté par le flanc gauche de ce véhicule. Il a subi un TCC et a été transporté à l'hôpital de E\_\_\_\_\_ où ont été diagnostiqués une fracture du pied droit (tête du 2<sup>e</sup> métatarsien droit), trois fractures de vertèbre (processus transverses L3-L4-L5) et une fracture du bassin (sacro-iliaque gauche) (cf. rapport d'hospitalisation du RSV du 29 mai 2009). Il est resté hospitalisé jusqu'au 27 mai 2009 et une incapacité de travail totale a été attestée jusqu'au 30 août 2009. Une reprise du travail a ensuite été tentée à 50%, mais a échoué.

Le 29 octobre 2009, X\_\_\_\_\_ a été examiné par le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA. Celui-ci a constaté quelques signes irritatifs lombo-sacrés, en particulier des sacro-iliaques et surtout à droite, mais n'a pas pu confirmer les fractures de la sacro-iliaque et des apophyses transverses suspectées sur les radiographies. Il a donc proposé une prise en charge et des examens complémentaires à la Clinique romande de réadaptation (CRR) et considéré qu'une capacité de travail de 50% était théoriquement exigible dans la dernière activité.

X\_\_\_\_\_ a été vu en consultation par le Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation à la CRR, les 11 novembre et 9 décembre 2009. Celui-ci a noté que la plainte principale reposait dans la persistance de lombalgies basses, légèrement latéralisée à droite, irradiant dans la cuisse droite, de façon occasionnelle, sans phénomène déclenchant clairement identifié. Il a constaté que la scintigraphie réalisée le 30 novembre 2009 confirmait le status après fracture du 2<sup>e</sup> métatarsien à droite et montrait une hypercaptation au niveau de la sacro-iliaque gauche qui pouvait être compatible avec une lésion traumatique ; il n'y avait en revanche pas d'hypercaptation anormale au niveau des apophyses transverses lombaires. Il a proposé la poursuite de la physiothérapie active et a considéré que, du point de vue purement lésionnel, le pronostic d'une reprise du travail à 100% à la fin de l'hiver était positif, puisque les tests réalisés en physiothérapie avaient montré des capacités fonctionnelles déjà bonnes.

Le 22 janvier 2010, X\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI).

Le 29 mars 2010, il a été revu par le médecin d'arrondissement qui a estimé qu'une incapacité pouvait encore être admise dans une activité lourde, compte tenu des signes irritatifs sacro-iliaques et lombo-sacrés résiduels et de légers troubles statiques

et dégénératifs vertébraux préexistants qui avaient pu être décompensés par l'accident et le déconditionnement prolongé qui avait suivi. En revanche, dans une activité n'exigeant pas le port de charge, il a conclu que l'assuré pouvait mettre en valeur une pleine capacité de travail. Il a également ajouté qu'une amélioration pouvait encore être attendue du traitement de physiothérapie et que la situation devait pouvoir être considérée comme suffisamment stabilisée pour le bouclage du cas dans un délai de 12 à 15 mois après l'accident.

Le 5 mai 2010, un entretien a eu lieu entre la CNA, l'assuré et son employeur. Celui-ci a accepté d'offrir à l'assuré une activité de nettoyage des villas ou chalets après leur construction ou le sablage des façades, en gain intermédiaire, avec un rendement de 100%, dès le lendemain. Contacté téléphoniquement après la première journée de travail, l'employeur a indiqué que X\_\_\_\_\_ n'avait effectué que des travaux avec l'aspirateur et n'avait pas porté ou soulevé de lourdes charges, qu'il s'était plaint de violentes douleurs dorsales à la fin de la journée de travail vers 15h30 et qu'il ne reviendrait pas.

X\_\_\_\_\_ a été suivi par le Dr H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rhumatologie, dès le 30 avril 2010. Dans son rapport du 2 juillet 2010, ce praticien a indiqué qu'il avait constaté une dysfonction de l'articulation sacro-iliaque droite, une périarthrite de la hanche droite, une douleur à la palpation du ligament ilio-lombaire droit, un point articulaire postérieur dorsal et une dysfonction de la 1<sup>ère</sup> côte sur D1, pour lesquelles il avait procédé à une thérapie manuelle, avec à chaque fois une récurrence ; il avait donc effectué une radiographie du bassin, qui n'avait pas montré de signes de fracture mais une bascule vers la gauche, qu'il avait compensée par le port d'une talonnette dans le soulier. Il a relevé qu'à la suite de cela, la situation s'était améliorée et qu'à la dernière consultation du 15 juin 2010, le patient était quasiment asymptomatique. De son point de vue, la reprise à 100% d'une activité professionnelle en tant qu'ouvrier de sablage était possible.

Interpellé le 8 juillet 2010, le Dr I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement à la CNA, a estimé que le cas était suffisamment stabilisé et a relevé, sur la base des rapports de la CRR et du Dr H\_\_\_\_\_, que la reprise de l'activité habituelle était exigible.

Le 14 juillet 2010, la CNA a reçu l'avis médical rendu par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) dans le cadre de la procédure AI, à la suite de l'examen de l'assuré, le 27 mai 2010. Dans son rapport du 23 juin 2010, le Dr J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecin physique et réadaptation, avait retenu que l'assuré présentait des lombalgies chroniques persistant depuis la contusion lombaire et la fracture des apophyses transverses des vertèbres L1, L3, L4, L5 à droite, qui était maintenant consolidée, ainsi qu'un syndrome douloureux sacro-iliaque droit en présence d'une inégalité de longueur des membres inférieurs en défaveur de la gauche. Au vu de ces constatations, il avait conclu que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle de sableur depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2009 et d'une capacité de travail complète dès le 24 février 2010 dans une activité adaptée définie par les limitations fonctionnelles suivantes : position de travail libre

assis, alterné, debout, pas de porte-à-faux ni de rotation du tronc, port de charges limité à 10 kg, pas de travaux lourds, pas de déplacement sur plan incliné, échelle, escaliers et terrain inégal.

Le 16 juillet 2010, le Dr H\_\_\_\_\_ a attesté une pleine capacité de travail dès cette date sur la feuille-accident LAA.

Par courrier du 2 août 2010, la CNA a informé X\_\_\_\_\_ qu'elle mettait fin au versement de l'indemnité journalière au 16 juillet 2010.

Par décision du 27 septembre 2010, l'OAI a refusé à l'assuré tout droit à des prestations dès lors que dès mars 2010 il disposait d'une capacité de travail entière dans toute activité adaptée, ce qui représentait une perte de gain de 10%, et que dès le 16 juillet 2010 la reprise de l'activité habituelle était exigible à plein temps.

**C.** X\_\_\_\_\_ a continué à être suivi par le Dr H\_\_\_\_\_ qui a dispensé un traitement antalgique de thérapie manuelle et quelques séances de physiothérapie.

Le 2 mai 2011, le Dr I\_\_\_\_\_ a estimé que la poursuite d'un traitement médical pour les suites de l'accident du 21 mai 2009 n'était plus justifiée au regard notamment de l'avis du Dr F\_\_\_\_\_ du 29 mars 2010.

Par courrier du 4 mai 2011, la CNA a signalé à l'assuré qu'elle ne prenait plus en charge les frais de traitement, ce que l'intéressé a contesté par oral le 11 mai 2011. Le 18 mai 2011, le Dr H\_\_\_\_\_ a adressé un courrier à la CNA dans lequel il s'est également opposé à la fin de la prise en charge du traitement, au motif que le patient avait subi un traumatisme grave, qu'il persistait des douleurs résiduelles qui méritaient d'être prises en considération, que l'assuré avait retrouvé un emploi de chauffeur de camion, qui mettait grandement sous contrainte son bassin, et qu'il faisait preuve de bonne volonté.

Avant de prendre position, la CNA a demandé l'avis de son médecin d'arrondissement, le Dr I\_\_\_\_\_, lequel a répondu, le 30 mai 2011, qu'en l'absence de lésion organique post-traumatique séquellaire de l'accident du 21 mai 2009 (fracture des apophyses transverses consolidée et suspicion de fracture sacro-iliaque gauche), les lombalgies récidivantes étaient plus probablement d'origine fonctionnelle que post-traumatique. Il a en outre remarqué que la durée de prise en charge de six mois pour ce type de syndrome était largement dépassée.

Par décision du 11 juillet 2011, la CNA a confirmé qu'elle procédait à la clôture du cas au 15 mai 2011 et qu'à partir de cette date, le traitement médical n'était plus à la charge de l'assurance-accidents mais à celle de l'assurance-maladie.

**D.** X\_\_\_\_\_ a formé opposition le 12 août 2011. Il ne pouvait pas accepter l'analyse du médecin d'arrondissement - qui ne l'avait pas examiné au domicile -, selon lequel les troubles dont il souffrait étaient indépendants de l'accident et en relation avec une maladie dégénérative. Le 14 novembre 2011, il a reproché à la CNA de ne pas avoir pris en compte l'avis du Dr H\_\_\_\_\_. Selon lui, il ne faisait aucun

doute que les douleurs résiduelles éprouvées étaient la conséquence de l'accident dès lors qu'avant celui-ci il était en bonne santé et ne présentait pas ces douleurs. Il a demandé qu'une expertise médicale soit réalisée par un médecin indépendant afin de préciser les conclusions du Dr H\_\_\_\_\_.

La CNA a transmis le dossier pour avis complémentaire à sa division de médecine des assurances, à K\_\_\_\_\_. Dans son appréciation médicale du 2 août 2012, la Dresse L\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a noté que le diagnostic d'une fracture de plusieurs processus transverses restait incertain. Elle s'est dite surprise de la médiocre qualité des radiographies figurant au dossier, dont aucune ne permettait d'affirmer avec certitude s'il y avait ou il y avait eu lésions de processus transverses. Elle a dès lors demandé la mise en œuvre de nouvelles radiographies standards, lesquelles, si elles étaient de bonne qualité, permettraient aisément de distinguer les fractures vertébrales anciennes et de statuer sur l'origine traumatique.

Des radiographies de la colonne lombaire ont alors été effectuées le 24 août 2012. Il en est ressorti, une discrète scoliose de la colonne lombaire à convexité gauche avec un angle de Cobb inférieur à 5°, une héli-sacralisation de L5, un discret tassement du plateau vertébral supérieur de L5 et, du point de vue des disques, encore pas de pincements significatifs.

Le 20 septembre 2012, la Dresse L\_\_\_\_\_ et le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, ont constaté que la radiographie lombaire et sacro-lombaire de face effectuée le 24 août 2012 était de qualité médiocre et n'apportait aucune plus-value par rapport à la précédente du 14 août 2009. Ils ont pu néanmoins y observer plusieurs éléments qui leur ont permis de conclure à l'absence de fracture des cinq processus transverses de L1 à L5. En revanche, ils ont noté une probable fracture ancienne mais entièrement consolidée du processus transverse de L5 du côté droit. Ils ont remarqué, comme le radiologue, que le patient présentait une discrète scoliose ; cette atteinte était de deux types, soit idiopathique soit dégénérative, mais, dans tous les cas, toutes deux étaient d'origine non traumatiques. S'agissant de l'héli-sacralisation de L5, ils ont précisé que celle-ci se trouvait à gauche en raison de la scoliose à convexité gauche et de la bascule du bassin à gauche ; cette atteinte entraînait la bascule du bassin, laquelle ne devait être prise en considération que si elle était supérieure à 2 cm, si le patient souffrait en position debout et s'il n'y avait pas d'autre anomalie pouvant expliquer la lombalgie. Or, les spécialistes ont détecté, sur le côté droit de la vue de face du bassin et de manière encore plus visible sur la vue de profil effectuée le 24 août 2012, une articulation anormale entre les apophyses épineuses dont l'inférieure semblait légèrement hypertrophiée ; ce syndrome interépineux de contact permettait à lui seul de retenir le diagnostic de maladie de Bastrup, qui était une maladie rhumatismale dégénérative. Sur la radiographie de face lombo-sacrée, ils ont également repéré, au niveau sacro-iliaque, des signes d'ankylose osseuse et d'une maladie articulaire chronique inflammatoire du genre spondylarthrite ankylosante, qui pouvaient faire penser à la maladie de Bechterew ; cependant, d'autres examens (IRM, prélèvement sanguin) étaient nécessaires pour poser un diagnostic fiable. En conclusion, ils ont pu mettre en évidence plusieurs problèmes liés soit à une

prédisposition malade soit aux atteintes ostéo-dégénératives au niveau de la colonne lombaire, du bassin et de l'articulation reliant ces deux structures entre elles. Ils ont retenu qu'il y avait eu une fracture d'un des processus au moins, à droite, mais que cette fracture était consolidée et n'influaient plus du tout sur les lombalgies dont se plaignait l'assuré et qui résultaient encore moins de fractures anciennes ; autrement dit, la lombalgie actuelle était tout autre que post-traumatique et la statu quo sine devait être considéré comme atteint au plus tard un an après l'accident, soit en juin 2010 ; en conséquence, la décision du 11 juillet 2011 de la CNA était correcte.

Nantie de ces informations, la CNA a rendu une décision sur opposition le 24 septembre 2012, au terme de laquelle elle a confirmé que les troubles présentés par l'assuré n'avaient plus rien à voir avec l'accident du 21 août 2009 et que le traitement devait être pris en charge par la caisse-maladie, laquelle n'avait par ailleurs pas contesté cette décision.

**E.** Par écriture du 25 octobre 2012, X\_\_\_\_\_ a recouru céans contre ce prononcé. De son point de vue, il ne faisait aucun doute que les douleurs éprouvées étaient la conséquence directe de l'accident, d'autant plus qu'avant celui-ci, il était en bonne santé et ne présentait aucune douleur. Il a reproché à la CNA de ne pas avoir pris en compte l'avis du Dr H\_\_\_\_\_ et de ne pas avoir diligenté une expertise indépendante, l'impartialité des médecins appartenant au centre de compétence de la CNA étant douteuse. A titre de moyens de preuve, il a requis, en sus du dossier de la CNA, l'interrogatoire des parties, l'édition du dossier du Dr H\_\_\_\_\_ et la mise en œuvre d'une expertise médicale par un médecin indépendant.

Prenant position le 26 novembre 2012, la CNA a relevé que l'analyse de la Dresse L\_\_\_\_\_ était détaillée, objective et convaincante, qu'elle avait été rendue en connaissance de l'avis contraire du Dr H\_\_\_\_\_ et que l'on pouvait s'y référer valablement. Il a constaté que les critiques du recourant étaient d'ordre général et non étayées par un argument médical précis. Elle a dès lors conclu au rejet du recours.

Le 17 décembre 2012, le recourant a contesté la valeur probante de l'avis de la Dresse L\_\_\_\_\_. Il a remarqué que les radiographies avaient été qualifiées de médiocres et qu'elles auraient donc dû être refaites. Il a rappelé que la Dresse L\_\_\_\_\_ ne bénéficiait pas de l'indépendance professionnelle rendant son diagnostic médical suffisamment impartial et que l'intimée aurait dû, à tout le moins, requérir de nouveaux examens. Enfin, s'agissant de la maladie de Bechterew suspectée par la Dresse L\_\_\_\_\_, il a déposé un avis du Dr H\_\_\_\_\_ du 14 décembre 2012, contestant ce diagnostic en l'absence de signes caractérisant cette affection. Il a terminé en rappelant que l'autorité de recours doit mettre en œuvre une expertise judiciaire lorsque la valeur probante des données recueillies par l'administration en cours d'instruction est insuffisante sur des points décisifs.

Après une brève duplique de l'intimée et une dernière détermination du recourant, l'échange d'écriture a été clos, le 8 février 2013.

### **Considérant en droit**

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale 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.

Remis à la poste le 25 octobre 2012, le recours à l'encontre de la décision sur opposition du 24 septembre 2012, reçue par le mandataire du recourant le lendemain, a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), devant le tribunal compétent (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81bis al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la cour doit entrer en matière.

2. Le litige porte sur la prise en charge du traitement des douleurs lombaires éprouvées par le recourant au-delà du 15 mai 2011.

2.1 La décision entreprise expose correctement les dispositions légales applicables (art. 6 et 36 al. 1 LAA), de même que les principes jurisprudentiels concernant les notions de causalité naturelle et adéquate, de statu quo ante / statu quo sine, ainsi que ceux relatifs à l'appréciation des preuves. Il suffit d'y renvoyer.

2.2 Selon l'intimée, les lombalgies dont souffre le recourant ne sont plus en lien avec l'accident - dont les effets ont cessé au plus tard début juin 2010 selon la Dresse L\_\_\_\_\_ -, mais sont dues à plusieurs problèmes maladifs et dégénératifs au niveau de la colonne lombaire, du bassin et de l'articulation qui relie ces deux structures.

Le recourant, quant à lui, estime que les douleurs qu'il présente sont la conséquence directe de l'accident du 21 mai 2009 puisqu'il n'en souffrait pas avant cet événement et conteste la valeur probante de l'avis de la Dresse L\_\_\_\_\_, considérant qu'une expertise aurait dû être diligentée par un médecin indépendant.

2.2.1 La première partie de l'argumentation du recourant procède uniquement d'un raisonnement « post hoc ergo propter hoc » (après celui-ci, donc à cause de celui-ci), lequel ne permet pas d'établir l'existence d'un lien de causalité naturelle, comme le Tribunal fédéral des assurances l'a souvent rappelé (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb i.f. ; RAMA 1999 n° U 341 p. 407 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_406/2009 du 9 avril 2010 consid. 3.2.3). Il convient dès lors de la rejeter.

2.2.2 Il en va de même du grief relatif à la valeur probante de l'appréciation de la Dresse L\_\_\_\_\_, dont l'objectivité et l'impartialité seraient douteuses en raison de son appartenance au centre de compétence de l'intimée. En effet, un rapport médical ne saurait être écarté au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social. S'agissant de la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant

c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a ; 122 V 160 consid. 1c et les références). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345), comme c'est le cas en l'espèce. Enfin, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Une telle expertise ne sera ordonnée que si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt 9C\_108/2011 du 24 octobre 2011 consid. 2.2).

Or, en l'espèce, le recourant n'invoque aucun élément de nature à mettre en doute la pleine valeur probante de l'appréciation de la Dresse L\_\_\_\_\_, soutenue par le Dr M\_\_\_\_\_ de la Division de médecine des assurances de la CNA. S'il est vrai que l'experte a souligné la médiocre qualité des radiographies effectuées à l'Institut de radiologie de E\_\_\_\_\_, il n'en demeure pas moins qu'elle a pu y observer suffisamment d'éléments lui permettant de prendre position et de conclure de façon catégorique au caractère non post-traumatique des lombalgies encore éprouvées par le recourant. A l'instar du Dr J\_\_\_\_\_, le 23 juin 2010, et du Dr I\_\_\_\_\_, le 30 mai 2011, elle a constaté que la fracture d'un des processus transverses à droite subie lors de l'accident du 21 mai 2009 était consolidée et n'influait plus du tout sur les lombalgies ; or, dans un tel cas de figure, elle a relevé qu'il était de jurisprudence d'admettre que le statu quo sine était atteint au plus tard un an après l'accident, soit début juin 2010 (cf. sur cette question, arrêt 8C\_1009/2009 du 4 mai 2010 consid. 3.1.1 et jurisprudence citée).

Cet avis rejoint les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_ du 29 mars 2010, qui avait considéré que la situation serait stabilisée 12 à 15 mois après l'accident, et du Dr I\_\_\_\_\_ du 30 mai 2011, qui avait relevé que la durée de prise en charge pour ce type de syndrome était en principe de six mois. A cet égard, force est de constater que le 15 juin 2010, soit un an après l'accident, l'assuré était quasiment asymptomatique selon le Dr H\_\_\_\_\_ et que la radiographie du bassin ne montrait aucun signe de fracture, ce qui laissait suggérer qu'il y avait simplement eu contusion (cf. rapport du 2 juillet 2010). Que des douleurs au niveau sacro-iliaque et dorsal soient réapparues en octobre 2010 ne signifie pas automatiquement que celles-ci soient en lien de causalité avec l'accident. Dans son courrier du 18 mai 2011, le Dr H\_\_\_\_\_ semble procéder à un raisonnement du type « post hoc ergo propter hoc », qui, comme on l'a vu, ne revêt aucun caractère déterminant en matière de preuve. Le praticien n'a aucunement expliqué les raisons qui le conduisaient à retenir que les douleurs

lombaires étaient résiduelles à l'accident. Non motivé, cet avis ne saurait suffire à mettre en doute l'appréciation médicale claire, étayée et pertinente de la Dresse L\_\_\_\_\_. Il en va de même de l'avis du 14 décembre 2012, dans lequel le Dr H\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur l'origine des douleurs actuelles du patient mais a uniquement contesté le diagnostic de maladie de Bechterew posé par la Dresse L\_\_\_\_\_.

Quoi qu'il en soit, aucune lésion d'étiologie traumatique, qui ne serait pas consolidée, n'a pu être établie. Les radiographies ont mis en évidence plusieurs troubles dégénératifs susceptibles d'expliquer les douleurs éprouvées par le recourant, de sorte que la CNA était en droit de mettre fin à ses prestations, plus particulièrement de refuser la prise en charge du traitement médical, au 15 mai 2011, nonobstant les douleurs alléguées par le recourant. Le traitement de celles-ci sera dorénavant pris en charge par l'assureur-maladie, lequel n'a d'ailleurs pas contesté la décision de l'intimée.

**2.3** Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, sans qu'il y ait lieu de mettre en œuvre une expertise judiciaire, ni de demander l'édition des dossier du Dr H\_\_\_\_\_, ni encore de procéder à l'interrogatoire des parties, qui ont pu s'exprimer pleinement et faire valoir leurs arguments par écrit au cours de l'échange d'écritures (sur l'appréciation anticipée des preuves: arrêt 8C\_964/2012 du 16 septembre 2013 consid. 3.3).

**3.** Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens (art. 61 let. a et g LPGa).

### **Prononce**

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 18 novembre 2013