

S2 24 39

ARRÊT DU 15 SEPTEMBRE 2025

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

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ;
Delphine Rey, greffière

en la cause

X _____, recourant, représenté par les Syndicats Chrétiens Interprofessionnels du
Valais, Sierre

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA),
intimée

(lien de causalité naturelle, valeur probante)

Faits

A. X _____, né en 1979, percevait des indemnités de l'assurance-chômage depuis le 26 août 2022. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) (pièce 1 CNA).

Le 21 septembre 2023, l'assuré a glissé sur des escaliers mouillés à son domicile (pièce 1 CNA). Le lendemain, il a consulté les urgences de A _____, où les diagnostics de douleur post-traumatique du scaphoïde sur scaphoïde remanié et de contusion lombaire basse ont été retenus. Les radiographies n'ont pas montré de fracture au niveau lombococcygien. Au niveau du poignet droit, les images ont montré des remaniements dégénératifs et l'absence de fracture récente. Un arrêt de travail de dix jours a été attesté. Une immobilisation avec plâtre a été proposée à l'assuré. En raison de son refus, il a quitté l'hôpital avec une attelle amovible (pièces 7, 8 CNA).

Le 28 septembre 2023, l'assuré a été vu au Service de chirurgie plastique, reconstructive, esthétique et de la main de A _____. Les médecins ont retenu une contusion du poignet et une douleur sur décompensation arthrosique de SNAC (scaphoid non-union advanced collapse) wrist stade IV à droite et un status après fracture du scaphoïde à droite en 1997 environ et cure de pseudarthrose traitées en Italie. L'examen clinique a montré une légère tuméfaction dorsale, une douleur à la palpation dorsale en bracelet et une douleur au niveau de la tabatière anatomique, une douleur au scaphoïde distal et sur l'éminence thénarienne, un piston positif et une articulation cubitale distale radiale stable. Les images radiologiques du poignet droit ont mis en évidence un SNAC wrist stade IV avec arthrose périscaphoïdienne et arthrose radiocarpienne, une instabilité dorsale (DISI) avec subluxation palmaire, une arthrose périlunaire et des remaniements arthrosiques importants. Aucune lésion osseuse aiguë n'a été observée sur les images. L'assuré a indiqué qu'il souhaitait être suivi par son chirurgien de la main en Italie (pièce 8 CNA).

Par courrier du 4 octobre 2023, la CNA a informé la caisse de chômage qu'elle prenait en charge les suites de l'accident du 21 septembre précédent (pièce 3 CNA).

Le 24 octobre 2023, la CNA a, compte tenu d'une opération du poignet droit à venir, examiné son obligation de prester et a informé l'assuré qu'elle cessait préventivement et provisoirement le versement de prestations d'assurance au 31 octobre 2023 (pièce 11 CNA).

Le 16 novembre 2023, l'assuré a été vu par un médecin en Italie (pièce 51 CNA).

Le Dr B _____, médecin praticien et médecin traitant de l'assuré, a prolongé l'incapacité de travail totale jusqu'au 31 décembre 2023 (pièces 14, 16, 18 CNA).

Le dossier de l'assuré a été soumis au Dr C _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie auprès de la médecine d'assurance de la CNA. Celui-ci a rappelé dans son appréciation du 18 décembre 2023 que l'assuré présentait une ancienne fracture du scaphoïde qui avait été traitée chirurgicalement et qui avait évolué vers un état dégénératif majeur. Il a indiqué que le bilan clinique avait montré un poignet légèrement tuméfié et qu'il n'y avait pas d'hématome, ni de lésion osseuse aiguë, hormis les anciennes lésions. L'assuré présentait une situation de SNAC wrist stade IV sans lésion osseuse aiguë surajoutée. La persistance des symptômes au-delà d'une période de trois mois suivant l'accident du 21 septembre 2023 ne pouvait plus lui être attribuée mais devait être recherchée dans l'élément dégénératif préexistant (pièce 23 CNA).

Par décision du 19 décembre 2023, la CNA a mis un terme au versement des prestations avec effet au 22 décembre 2023, au motif qu'il n'existait plus de lien de causalité entre les douleurs persistantes au poignet droit et l'accident du 21 septembre 2023 (pièce 27 CNA).

Dans un courriel du 17 janvier 2024, l'assuré a indiqué s'opposer à la décision du 19 décembre précédent (pièce 33 CNA).

Le 25 janvier 2024, l'assuré a déposé, par l'intermédiaire des Syndicats Chrétiens Interprofessionnels du Valais, une opposition motivée à l'encontre de la décision du 19 décembre précédent. En substance, il a contesté l'absence de lien de causalité entre ses problèmes de santé et l'accident du 21 septembre 2023. Il a produit un certificat médical du Dr B _____ attestant une incapacité de travail totale du 28 décembre 2023 au 31 janvier 2024 en raison d'un accident. Il a en outre requis une copie de son dossier (pièces 34, 35 CNA).

Par courriel du 26 janvier 2024, la CNA a transmis à l'assuré une copie du dossier et lui a octroyé un délai au 26 février suivant pour compléter son opposition (pièce 36 CNA).

Le 7 février 2024, le Dr B _____ a prolongé l'incapacité de travail totale de l'assuré jusqu'au 29 février 2024 (pièce 37 CNA).

Par courrier du 7 mars 2024, la CNA a octroyé à l'assuré un dernier délai au 8 avril 2024 pour déposer un éventuel complément à son opposition (pièce 38 CNA).

Le 19 mars 2024, le dossier a été transmis à l'assuré par courrier postal (pièce 41 CNA).

Dans son écriture du 8 avril 2024, l'assuré a rappelé que le Dr B _____ avait indiqué que son incapacité de travail était liée à l'accident du 21 septembre 2023. De plus, il a requis de la CNA qu'elle complète son dossier médical en sollicitant du Dr B _____ un rapport complémentaire ou en mettant en œuvre une expertise (pièce 42 CNA).

Par décision sur opposition du 10 avril 2024, la CNA a rejeté les griefs de l'assuré et confirmé sa décision du 19 décembre précédent. Elle s'est fondée sur l'appréciation du 18 décembre 2023 du Dr C _____, qui revêtait selon elle une pleine valeur probante, pour mettre un terme au versement des prestations d'assurance au 22 décembre 2023. Elle a relevé que le raisonnement fondé sur l'adage « *post hoc, ergo propter hoc* » ne permettait pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances sociales et ne pouvait pas être admis comme moyen de preuve selon la jurisprudence (pièce 45 CNA).

Par courrier du 16 avril 2024, le Groupe Mutuel, assureur maladie, a requis une copie du dossier. Celui-ci lui a été transmis par courriel le 18 avril suivant (pièces 46, 48 CNA).

A la demande de l'assuré, une copie de son dossier a été transmise au Dr B _____ le 26 avril 2024 (pièce 51 CNA).

B. X _____, toujours représenté par les Syndicats Chrétiens Interprofessionnels du Valais, a recouru céans le 10 mai 2024 contre la décision sur opposition du 10 avril précédent, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision, au versement de prestations d'assurance (frais médicaux et indemnités journalières) au-delà du 22 décembre 2023 et à l'examen ainsi qu'à l'allocation de toutes les autres prestations LAA une fois l'état de santé stabilisé (en particulier rente d'invalidité et indemnité pour atteinte à l'intégrité). En substance, il s'est fondé sur un certificat médical du 30 avril 2024, dans lequel le Dr B _____ a notamment indiqué que les douleurs persistantes du poignet droit, en regard du scaphoïde carpien droit, étaient bien consécutives au traumatisme du 21 septembre 2023 et étaient survenues sur un poignet déjà traumatisé auparavant et qui avait déjà fait l'objet d'une opération en 1997. Il a en outre produit un certificat de ce même médecin attestant une incapacité de travail totale jusqu'au 31 janvier 2024. A titre subsidiaire, il a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Le 27 mai 2024, la CNA a renoncé à se déterminer, indiquant que le recourant n'apportait aucun élément nouveau. Elle a conclu au rejet du recours.

L'échange d'écritures a été clos le 8 juillet 2024.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Posté le 10 mai 2024, le présent recours contre de la décision sur opposition du 10 avril précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a 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 présent litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 22 décembre 2023 pour les suites de l'accident du 21 septembre précédent.

3.

3.1 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle et adéquate. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 123 V 102, 122 V 417, 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 5d/bb). Un rapport de causalité naturelle doit être admis lorsque le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que cet évènement soit la cause unique, prépondérante ou immédiate de l'atteinte à la santé. Il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la *conditio sine qua non* de cette atteinte (ATF 148 V 356 consid. 3, 148 V 138 consid. 5.1.1 et 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, 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 pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1, 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3.1 avec les références).

En vertu de l'article 36 alinéa 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et 135 V 39 consid. 6.1 avec les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, soit à l'assureur (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.2).

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* ; ATF 142 V 235 consid. 2.3.2.2 et 119 V 335 consid. 2b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 3.2). 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.3).

3.2 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant

à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant 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. 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 p. 352 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4 et les références).

En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt I 514/06 du 25 mai 2007 publié in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêts du Tribunal fédéral 8C_650/2023 du 19 mars 2024 consid. 5.1, 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2).

Le simple fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une présomption à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité de son appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères en ce qui concerne l'impartialité de l'expert (ATF 122 V 157 consid. 1c et les

références). Quant aux rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision sur les 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 (ATF 135 V 39 consid. 6.1). 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 (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a).

4. En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur l'avis de son médecin-conseil pour mettre un terme au versement des prestations d'assurance au 22 décembre 2023, au motif que le *statu quo sine vel ante* avait été atteint.

La Cour considère que l'appréciation du 18 décembre 2023 du Dr C _____ remplit les critères posés par la jurisprudence pour la valeur probante d'un rapport médical. Ce médecin a tenu compte des rapports médicaux figurant au dossier et de l'anamnèse du recourant. Il a en outre pris en considération les plaintes de l'assuré. Les conclusions sont claires et motivées. Il a notamment indiqué que l'assuré avait présenté une ancienne fracture du scaphoïde, qui avait été traitée chirurgicalement et qui avait évolué vers un état dégénératif majeur. Il a retenu que l'accident du 21 septembre 2023 n'avait pas été responsable de lésion structurelle nouvelle pouvant aboutir à une aggravation déterminante de l'état dégénératif préexistant. Le médecin d'arrondissement a conclu que la persistance de symptômes au-delà d'une période de trois mois suivant l'événement du 21 septembre 2023 ne pouvait plus lui être attribuée mais devait être recherchée dans l'élément dégénératif préexistant.

Le recourant se fonde sur l'avis de son médecin traitant, le Dr B _____, pour mettre en doute les conclusions du Dr C _____. Contrairement à ce que prétend le

recourant, le fait que le Dr B _____ indique que les douleurs persistantes du poignet droit sont consécutives au traumatisme du 21 septembre 2023, respectivement d'origine traumatique, ne signifie pas encore qu'elles sont dues à l'accident précité. On rappellera que le raisonnement du type « *post hoc ergo propter hoc* » (après l'accident, donc à cause de l'accident) est insuffisant à établir un lien de causalité naturelle avec l'accident (cf. consid. 3.1 *supra*). Le Dr B _____ ne conteste d'ailleurs pas que l'événement de septembre 2023 est survenu sur un poignet qui avait déjà été traumatisé et qui avait fait l'objet d'une opération en 1997. Le recourant n'apporte pas d'autres éléments qui seraient de nature à mettre en doute l'appréciation du 18 décembre 2023 du Dr C _____, laquelle revêt une pleine valeur probante.

5. Mal fondé, le recours est rejeté et la décision sur opposition du 10 avril 2024 confirmant la décision du 19 décembre précédent mettant fin aux prestations au 22 décembre 2023 est confirmée. Le dossier étant suffisamment clair et probant, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre de plus amples mesures d'instruction, telle que l'expertise requise par le recourant (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1).

6. Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. f^{bis} LPGA), la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, ne prévoyant pas le prélèvement de frais. Vu l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

Prononce

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

Sion, le 15 septembre 2025