

S2 22 24

ARRÊT DU 16 NOVEMBRE 2023

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

Composition : Candido Prada, président ; Dr. Thierry Schnyder et Christophe Joris, juges ; Garance Klay, greffière

en la cause

X _____, recourant, représenté par Maître Luc Del Rizzo, avocat, 1870 Monthey 2

contre

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

(art. 36 LAA et 43 LPG A ; statu quo sine/ante, valeur probante)

Faits

A. X _____, né le xx.xxxx1, travaillait comme monteur au sein de l'entreprise A _____ Sàrl, de siège social à B _____. A ce titre, il était assuré pour le risque accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA).

En date du 2 novembre 2020, il a voulu soulever et tourner une vanne et s'est coincé le dos. Il a alors consulté un médecin au sein du C _____, à Montreux. Sur la déclaration de sinistre du 11 novembre 2020 (pièce 1 du dossier CNA), son employeur a mentionné qu'il s'est alors blessé au dos (gauche et droite), par une torsion/foulure.

Dans un rapport d'IRM du poignet gauche du 12 novembre 2020 adressé au C _____, le Dr D _____, spécialiste en radiologie, a rapporté qu'un corps étranger métallique au niveau de la face latérale externe du poignet gauche avait été responsable d'un important artéfact métallique, de sorte que les investigations avaient dû être complétées par une échographie. Celle-ci avait montré une tuméfaction des tendons court extenseur du pouce et long abducteur du pouce, avec épanchement liquidien dans leur gaine synoviale, arguments parlant en faveur d'une tendinite de De Quervain. Le reste des structures osseuses du poignet était sans anomalie suspecte. Il a encore signalé la présence d'un noyau d'ossification séparé en regard de l'apophyse styloïde radial et un aspect légèrement remanié du ligament triangulaire du carpe, mais sans déchirure. Il a décrit quelques petits kystes arthro-synoviaux sur la face dorsale du poignet, de taille millimétrique, et qui communiquaient avec l'interligne articulaire de l'articulation médio-carpienne ainsi qu'un ganglion cyst intra-osseux au niveau de la tête du 3^{ème} métatarsien. Il n'y avait pas d'anomalie notable au niveau du nerf médian (pièce 19 du dossier CNA).

Dans un rapport initial LAA non daté transmis à la CNA le 15 janvier 2021, le Dr E _____, médecin traitant, généraliste, a indiqué : « en serrant une vanne de droite à gauche par un mouvement de rotation et dans un axe vertical, son patient avait ressenti une douleur brutale dans le dos accompagnée d'une sensation de blocage dans le dos ». Une IRM lombosacrée avait montré une hernie discale L(?) - S1, saillie discale L2-L3 et une échographie du poignet avait indiqué une tendinite de De Quervain. Le Dr E _____ a posé les diagnostics de sciatique bilatérale et de ténosynovite de De Quervain. Il était d'avis que ses constatations lors de l'examen du 15 janvier 2021 concordent avec l'événement du 2 novembre 2021 et lui semblaient plausibles. Son patient demeurait en incapacité de travail totale. Il a joint le rapport d'IRM lombosacrée

du Dr D _____ du 14 janvier 2021 concluant à des discopathies dégénératives étagées modérées de L2 à S1, à une petite hernie discale L5-S1 médiane, paramédiane latérale droite, comprimant la racine S1 droite, à une petite hernie discale intraforaminale gauche au niveau L4-L5, responsable d'une sténose modérée du canal radicaire gauche, à une petite saillie discale paramédiane latérale droite en L2-L3, sans compression radicaire et à une arthrose sacro-iliaque modérée (pièces 7 et 19 du dossier CNA).

Dans un questionnaire signé le 25 janvier 2021, l'assuré a indiqué concernant l'événement de novembre 2020 : « En montant une vanne sur le poste de travail et en pivotant la vanne, j'ai perdu l'équilibre et suis tombé par terre (sur) les mains » ; il avait ressenti des douleurs sur le moment, mais avait continué à travailler jusqu'à (l'arrivée) de son responsable ; il a ajouté avoir chuté sur le dos (pièce 9 du dossier CNA).

Une IRM de la main droite et de la colonne lombaire avait encore été accomplie en date du 26 janvier 2021 par le Dr D _____ en raison d'un status post chute et traumatisme, avec douleurs au niveau de la paume de la main droite et douleurs du rachis lombaire. Au niveau de la colonne lombaire, les corps vertébraux étaient de hauteur et de densité dans les limites de la norme ; il n'y avait pas de fracture ni de tassement vertébral. Le Dr D _____ a noté des pincements discaux étagés, des modifications dégénératives modérées, étagées et une arthrose postérieure L3-L4, L4-L5 et L5-S1, sans fracture. S'agissant de la main droite, la structure et la morphologie osseuses étaient dans les limites de la norme, sans trait de fracture récent ; les rapports articulaires étaient aussi dans les limites de la norme (p. 16 du dossier CNA).

Dans un rapport initial LAA du 18 janvier 2021, le Dr F _____ du C _____, a indiqué que le 2 novembre 2020, le patient avait rapporté une chute avec lombalgie aiguë et une douleur au poignet gauche. Les constatations objectives avaient été : « a) blocage lombaire douloureux avec contractures, b) douleur externe poignet gauche ». Aucune fracture n'était visible. Le diagnostic était un lumbago aigu post-traumatique et une contusion du poignet gauche. Une incapacité de travail avait été attestée du 2 novembre 2020 au 9 novembre 2020 et le traitement avait pris fin en date du 15 novembre 2020 (pièce 10 du dossier CNA).

Par la suite, le Dr E _____ a délivré des certificats d'incapacité de travail de 100% dès le 18 janvier 2021 (pièces 12, 21, 31, 44, 52, 61 et 78 du dossier CNA).

A l'occasion d'un entretien téléphonique avec un collaborateur de la CNA en date du 22 février 2021, l'assuré a indiqué n'avoir jamais eu de douleurs à son poignet gauche

par le passé ; il n'avait jamais souffert de tendinite, ni de fracture à ce niveau. Il en allait de même des autres articulations. En ce qui concernait le dos, il n'avait pas été spécialement gêné et n'avait pas été sujet à des blocages de type lumbago. De nouveau appelé à décrire son accident du 2 novembre 2020, il a expliqué qu'en saisissant une vanne à deux mains pour la « riper » sur son établi, il avait ressenti une vive douleur au niveau du bas du dos (au-dessus du coccyx) lors de la rotation du haut du corps, avec une sensation de décharge électrique remontant jusque dans la tête ; il avait tout lâché et avait perdu l'équilibre (ndr. et avait chuté) en arrière ; il avait juste eu le temps de mettre ses deux mains en arrière afin d'amortir sa chute sur la dalle en béton recouverte d'un petit tapis en mousse. Il avait tout de suite eu mal au poignet gauche et la douleur au fond du dos avait perduré. Après une semaine d'arrêt, la situation s'étant un peu améliorée, il avait repris son travail à 100%, utilisant la ceinture dorsale d'un collègue ainsi qu'une attelle pour son poignet. En janvier, il avait dû revoir un médecin en raison des douleurs persistantes ; le Dr E _____ l'a remis en arrêt de travail dès le 18 janvier 2021, tant pour le dos que pour le poignet et avait prescrit de la physiothérapie, mais les douleurs avaient persisté (pièce 25 du dossier CNA).

Par courrier du 13 avril 2021, la CNA a accepté de prendre les suites de l'accident du 2 novembre 2020 et a annoncé notamment le versement d'une indemnité journalière dès le 5 novembre 2020 (pièce 42 du dossier CNA).

Afin d'éclaircir la question de la capacité de travail, un examen médical a été effectué par le Dr G _____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Ce dernier a pris connaissance du dossier médical de l'assuré, y compris radiologique, de l'anamnèse personnelle et a procédé à un examen clinique. Dans son rapport du 20 avril 2021, le Dr G _____ a notamment relevé qu'après une infiltration demeurée sans effet, l'assuré avait été opéré au poignet gauche en date du 14 avril 2021 par le Dr H _____ ; l'évolution post-opératoire semblait favorable, des renseignements plus précis devant être requis de l'opérateur. Au niveau rachidien, l'assuré ne concédait aucune amélioration malgré la physiothérapie. Objectivement, on était face à un assuré très athlétique qui se penchait vers l'avant sans gêne apparente pour retirer ses chaussures ; les inclinaisons latérales du rachis n'étaient pas limitées, la distance doigts-sol était de 15 cm, il n'y avait pas de contracture musculaire objectivable, l'examen neurologique ne montrait aucun déficit, tout au plus une abolition du réflexe achilléen ; le test de Lasègue était négatif bilatéralement jusqu'à 60°. Le Dr G _____ a relevé des discrédences entre son examen clinique pleinement rassurant et les importantes plaintes douloureuses rapportées par l'assuré. La capacité de travail dans la dernière

activité demeurait néanmoins nulle et des infiltrations péri-rachidiennes étaient préconisées. Rappelant qu'il n'avait été mandaté que pour se prononcer sur la capacité de travail, il n'a ainsi pas voulu donner son avis sur le lien de causalité entre l'événement du 2 novembre 2020 et les hernies discales. Si la CNA reconnaissait le lien de causalité, un séjour à la CRR était également conseillé (pièce 46 du dossier CNA).

L'assuré a été licencié par courrier du 22 avril 2021 avec effet à fin juin 2021 (pièce 51 du dossier CNA).

Le 15 mai 2021, le Dr H _____ a transmis divers rapports médicaux à la CNA. Il en ressortait que l'intervention du 14 avril 2021 avait eu pour but l'excision de l'éclat métallique sis à son poignet gauche.

Le 20 mai 2021, le Dr I _____, médecin d'arrondissement de la CNA, a exposé que c'était manifestement l'effort fourni le 2 novembre 2020 et non la chute qui avait décompensé des troubles dégénératifs lombaires préexistants. Quoiqu'il en était, cet événement ne jouait plus de rôle dans la persistance des troubles. Par ailleurs, en l'absence de toute lésion cutanée décrite lors de l'accident, l'ablation d'un corps étranger métallique au poignet gauche n'était pas à la charge de la CNA (pièce 65 du dossier CNA).

Par décision du 20 mai 2021, la CNA a avisé l'assuré qu'elle considérait qu'il avait recouvré l'état de santé qui aurait été le sien sans accident et que les troubles résiduels au niveau lombaires n'étaient plus en lien avec l'accident. En outre, les troubles ayant justifié l'intervention du 14 avril 2021 au niveau du poignet gauche étaient sans rapport avec l'accident. Partant, il allait être mis un terme aux prestations d'assurance au 31 mai 2021 (pièce 67 du dossier CNA).

Le 8 juin 2021, l'assuré, représenté par Me Luc Del Rizzo, a fait opposition à la décision du 20 mai précédent ; il s'est réservé le droit de compléter son écriture après prise de connaissance du dossier de la CNA.

Avenir Assurance-Maladie SA (Groupe Mutuel) a également fait une opposition provisoire en date du 14 juin 2021. Elle l'a néanmoins retirée le 18 juin suivant, après prise de connaissance du dossier et a admis que les frais médicaux inhérents à l'état de santé de cet assuré étaient à sa charge depuis le 1^{er} juin 2021.

La Dresse L _____, médecin d'arrondissement, a été invitée par la CNA à rendre une appréciation médicale détaillée, laquelle a été émise en date du 8 septembre 2021.

Elle a résumé les pièces médicales du dossier et rappelé la teneur des rapports d'imagerie. Au titre des diagnostics, elle a retenu un accident professionnel (chute de sa hauteur avec un mouvement de torsion, le 2 novembre 2021 (*recte* 2020), des lombalgies non déficitaires (2 novembre 2020) et une tendinite de De Quervain (12 novembre 2020). Elle a souligné qu'une tendinite de De Quervain reflétait une maladie dégénérative ou réactionnelle suite à un stress mécanique plutôt qu'une pathologie d'origine inflammatoire ; les facteurs de risque étaient la surutilisation, la grossesse et l'âge ; chez l'assuré, les facteurs étaient la surutilisation ainsi que l'âge. L'événement du 2 novembre 2020 avait tout au plus transitoirement aggravé une pathologie préexistante (tendinopathie) pour une durée maximale de 2 à 4 mois, soit au plus tard le 2 mars 2021. Pour ce qui était de la lombalgie non déficitaire, l'examen clinique du Dr G _____ n'avait mis en évidence aucune limitation ; il n'avait noté que des douleurs L1/L2/L3 à la palpation ainsi qu'un réflexe achilléen D absent et un achilléen G hypo-vif ; le reste de l'examen était dans la norme. A cet examen rassurant, s'ajoutait une IRM lombosacrée du 14 janvier 2021 ne montrant, hormis une discopathie dégénérative étagée de L2 à S1, aucune atteinte ostéo-ligamentaire post-traumatique. Dans ce contexte, l'événement du 2 novembre 2020 avait transitoirement aggravé une atteinte préexistante sous la forme de troubles dégénératifs multi-étagés lombosacrés pour une durée maximale de six mois, soit au plus tard le 2 mai 2021. Le corps étranger retiré le 14 février (*recte* avril) 2021 était vraisemblablement antérieur à l'accident et, de ce fait, sans lien avec l'accident, l'assuré n'ayant présenté aucune plaie lors de ce dernier (pièce 101 du dossier CNA).

L'assuré a complété son opposition en date du 26 octobre 2021. Il a reproché au Dr I _____ de ne pas l'avoir examiné et d'avoir rendu un avis non motivé. Il a souligné que l'avis de ce médecin n'était corroboré par aucun autre rapport médical. Au contraire, il prétendait que le Dr G _____ avait sous-entendu l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les séquelles persistantes. En tout état de cause, une expertise médicale était à son sens encore nécessaire (pièce 108 du dossier CNA).

Dans un rapport adressé le 17 décembre 2021 au Dr E _____, le Dr J _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique travaillant au sein des K _____, a posé les diagnostics de lombo-pygaglies chroniques sur troubles dégénératifs étagés, déconditionnement physique, troubles statiques et kinésiophobie et de tendinite du long extenseur du pouce gauche sur status après ablation d'un corps étranger. Il a relevé qu'un bilan radiologique du poignet avait montré une ancienne fracture et du métal au niveau de la base du pouce. Lors de son examen, le patient

présentait des douleurs polyarticulaires, tant rachidiennes que périphériques. L'intéressé avait participé à une prise en charge globale de reconditionnement physique durant trois semaines ; il en était satisfait, même s'il gardait des douleurs. Le reprise d'une activité adaptée était préconisée après une période progressive de trois mois.

Les griefs de l'assuré ont été rejetés par décision sur opposition du 3 février 2022 ; un exemplaire de cette écriture a été notifié au Groupe Mutuel (pièce 110 du dossier CNA).

B. X _____, représenté par Me Del Rizzo, a interjeté recours céans en date du 7 mars 2022. En substance, il a contesté le fait que la CNA ai nié, sur le base notamment des avis des Drs I _____ et L _____, tout lien de causalité entre les troubles persistants au-delà du 31 mai 2021 et son accident du 2 novembre 2020. Il a invoqué une violation de son droit d'être entendu au motif que l'intimé avait refusé de mettre en œuvre l'expertise médicale demandée. Il a souligné le fait que, avant son accident, il n'avait jamais souffert de tels troubles. Le recourant a conclu principalement à la réformation de la décision sur opposition entreprise, en ce sens que son état soit reconnu comme étant d'origine accidentelle et qu'il lui soit alloué les prestations dues en vertu de la LAA. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition entreprise et au renvoi de la cause l'intimée pour instruction complémentaire, en particulier sous forme d'expertise, et nouvelle décision dans le sens de l'arrêt à rendre, le tout sous suite de frais et dépens.

La CNA a conclu au rejet du recours par mémoire-réponse du 25 mars 2022. Il a notamment souligné que les avis des Drs I _____ et L _____ étaient suffisamment clairs et probants, de sorte que l'aménagement d'une expertise médicale ne se justifiait pas, sans que cela viole le droit d'être entendu du recourant (appréciation anticipée des preuves). Le fait qu'un examen personnel du recourant n'ait pas été aménagé ne suffisait en particulier pas à mettre en doute les conclusions de ces praticiens, lesquels avaient eu accès à un dossier médical complet. La CNA a souligné qu'après avoir pris connaissance de son dossier, le Groupe Mutuel avait retiré son opposition. La CNA a joint une nouvelle « Appréciation médicale » émise par la Dresse L _____ en date du 21 mars 2022 ; cette dernière y rappelait notamment que le bilan (IRM, CT-scanner, ultrasons) avait mis en évidence une tendinite de De Quervain, laquelle était causée le plus souvent par une surutilisation du pouce ; chez l'assuré, la surutilisation et l'âge étaient des facteurs de risque reconnus. Par ailleurs, aucune autre lésion ostéo-ligamentaire surajoutée n'avait été établie à l'IRM de janvier 2022, laquelle avait confirmé la tendinite de De Quervain. S'agissant de la lombalgie non déficitaire, elle s'est référée aux constatations du Dr J _____, lequel n'avait pas relevé

d'atteinte post-traumatique et avait rejoint sa propre appréciation du 8 septembre 2021 ayant conclu à une aggravation transitoire d'une atteinte préexistante sous la forme de troubles dégénératifs multi-étagés lombo-sacrés et ce, pour une durée maximale de 6 mois depuis l'accident, soit au plus tard au 2 mai 2021. Les nouvelles pièces produites par le recourant ne permettaient pas de revoir son appréciation médicale du 8 septembre 2021.

Le recourant a maintenu ses griefs et conclusions par réplique du 5 juillet 2022. Il a en particulier répété qu'il était nécessaire d'aménager une expertise médicale et a souligné que ses troubles et douleurs persistaient et ne lui permettaient toujours pas de reprendre une activité, même adaptée. Il s'est prévalu d'un courrier du 11 mai 2022, du Dr E _____, lequel a indiqué à Me Del Rizzo que l'intervention pour une tendinite De Quervain avait dû être pratiquée « uniquement parce que l'accident de 2020, au cours duquel il est tombé sur le poignet, a déclenché des douleurs qu'il ne sentait pas avant ». Il a notamment joint le rapport du 17 décembre 2021 du Dr J _____ susmentionné, ainsi qu'une expertise médicale du Dr M _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, adressée le 11 février 2022 à Swica Organisation de santé, assureur perte de gain maladie. Dans son anamnèse, le Dr M _____ avait notamment relevé qu'à l'âge de 10-12 ans, ce patient avait subi un traumatisme de son poignet gauche avec une fracture de Pouteau-Colles. Depuis quelques années, il avait par ailleurs constaté l'apparition de lombalgies épisodiques peu gênantes, qu'il avait banalisées. L'expert avait retenu les diagnostics d'anomalie et troubles dégénératifs de la jonction lombo-sacrée, tendinopathie de De Quervain du poignet gauche, status après excision d'un minuscule éclat métallique hypodermique de la styloïde radiale gauche le 8 avril 2021, et de status après fracture de Pouteau-Colles du poignet gauche à l'âge de 10-12 ans traitée conservativement à l'hôpital de Montreux.

La CNA a également maintenu ses conclusions par duplique du 26 août 2022. Elle a notamment souligné que l'avis du médecin traitant, plutôt enclin à prendre parti pour son patient en raison de leur lien de confiance, devait être considéré avec réserve. Finalement, les nouveaux rapports médicaux produits n'apportaient aucun élément nouveau.

Le 30 août 2022, un délai de détermination a été accordé à Mutuel Assurance Maladie SA, en sa qualité de tiers intéressé. Le 3 octobre 2022, cette dernière a exprimé que, compte tenu de la motivation et des conclusions de la Dresse L _____, elle n'avait pas de remarques à formuler et admettait qu'un *statu quo* à presque 7 mois post-accident ne lui semblait pas critiquable. L'échange d'écritures a dès lors été clos.

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 7 mars 2022, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 3 février 2022 a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant la Cour de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (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 qu'il convient d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents pour les suites de l'accident du 2 novembre 2020 au-delà du 31 mai 2021.

2.1. Selon l'article 6 alinéa 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles énumérées exhaustivement à l'article 6 alinéa 2 LAA, dont les déchirures du ménisque (let. c), pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

2.2. 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.

L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet 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. 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 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références). 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 ; 117 V 359 consid. 5d/bb).

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 ; 135 V 39 consid. 6.1 et 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).

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 119 V 335 consid. 2b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 5). 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).

2.3. 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).

L'autorité compétente doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1 et C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 consid. 3.2 ; SVR 2007 IV n° 31 p. 111 [I 455/06] consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_106/2011 précité consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 précité consid. 7). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

Il ne se justifie pas d'écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert

privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 4A_172/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 3.5 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-4232/2011 du 17 juillet 2012 consid. 5 et C-3456/2010 du 23 janvier 2012 consid. 8). En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). Cependant, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'article 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète et approfondie, elle ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_543/2011 du 19 janvier 2012 consid. 2.3.1). 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2, 8C_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1 et U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345). 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 145 V 97 consid. 8.5, 142 V 58 consid. 5.1, 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_108/2011 du 24 octobre 2011 consid. 2.2).

3. Dans le cas d'espèce, l'intimée a mis un terme à ses prestations au 31 mai 2021, au motif que le *statu quo sine/ante* avait été atteint à cette date, conformément à l'avis de son médecin-conseil.

3.1. Pour le Dr I _____, l'effort fourni - et non la chute - lors de l'évènement du 2 novembre 2020 avait décompensé des troubles dégénératifs lombaires persistants ; au 20 mai 2021, cet évènement ne jouait néanmoins plus de rôle dans la persistance des plaintes. Par ailleurs, l'ablation d'un corps étranger métallique au poignet gauche n'était pas à charge de la CNA, aucune lésion cutanée n'ayant été décrite lors de l'accident.

Cet avis succinct a été complété et corroboré par un second médecin d'arrondissement, en la personne de la Dresse L _____. Dans son rapport du 8 septembre 2021, cette dernière a précisé que la tendinite de De Quervain reflétait une maladie dégénérative ou réactionnelle suite à un stress mécanique et que les facteurs de risque étaient, chez l'assuré, la surutilisation ainsi que l'âge. L'évènement du 2 novembre 2020 avait tout au plus transitoirement aggravé une pathologie malade préexistante (tendinopathie) pour une durée maximale de 2 à 4 mois, soit au plus tard le 2 mars 2021. Pour ce qui était de la lombalgie non déficitaire, l'examen clinique du Dr G _____ n'avait mis en évidence aucune limitation avec uniquement des douleurs L1/L2/L3 à la palpation ainsi qu'un réflexe achilléen D absent et un achilléen G hypo-vif ; le reste de l'examen était dans la norme. A cet examen rassurant, s'ajoutait une IRM lombosacrée du 14 janvier 2021 ne montrant, hormis une discopathie dégénérative étagée de L2 à S1, aucune atteinte ostéo-ligamentaire post-traumatique. Dans ce contexte, l'évènement du 2 novembre 2020 avait transitoirement aggravé une atteinte préexistante sous la forme de troubles dégénératifs multi-étagés lombosacrés pour une durée maximale de six mois, soit au plus tard le 2 mai 2021. Finalement, le corps étranger retiré le 14 avril 2021 était vraisemblablement antérieur à l'accident et, de ce fait, dans lien avec l'accident, l'assuré n'ayant présenté aucune plaie lors de ce dernier (pièce 101 du dossier CNA). La Dresse L _____ a confirmé son appréciation dans son « Appréciation médicale » du 21 mars 2022

3.2. En l'état du dossier, l'analyse détaillée de la Dresse L _____, rendue en connaissance du dossier, apparaît comme fondée et doit être confirmée. En effet, aucun avis médical contraire d'une valeur probante prépondérante ne vient mettre ses conclusions en doute. Contrairement à ce prétend le recourant, le Dr G _____ a, dans son rapport du 20 avril 2021, expressément refusé de prendre position sur le lien de causalité entre les séquelles résiduelles et l'évènement du 2 novembre 2020 ; par

contre, force est de constater qu'il a retenu des discrédences entre un examen clinique pleinement rassurant et les importantes plaintes douloureuses rapportées par l'assuré (cf. pièce 46 du dossier CNA).

Pour le recourant, qui a souligné ne jamais avoir souffert du dos et du poignet gauche par le passé, la CNA aurait dû retenir l'avis de son médecin traitant. Ce dernier a exprimé, dans son rapport transmis le 15 janvier 2021, que ses constatations lors de l'examen du 15 janvier 2021 concordaient avec l'événement du 2 novembre 2021 et lui semblaient plausibles. Son avis, au demeurant non motivé, est cependant uniquement basé sur un raisonnement *post hoc ergo propter hoc* lequel est insuffisant pour établir un rapport de causalité naturelle avec l'accident (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 5). A l'inverse, le Dr E _____ n'a pas critiqué les appréciations des médecins d'arrondissement ni leur interprétation des imageries. Or, en droit des assurances sociales, la règle du degré de la vraisemblance prépondérante exige que le rapport de cause à effet entre l'accident et la lésion ne soit pas seulement possible mais qu'il apparaisse comme probable (ATF 142 V 435 consid. 1 précité), ce que le Dr E _____ n'a pas été en mesure de démontrer. Il est du reste rappelé que pour faire douter de la fiabilité et de la pertinence d'une appréciation d'un médecin interne à l'assureur social, il ne suffit pas de lui opposer le seul désaccord d'un médecin traitant, dépourvu de toute explication circonstanciée et convaincante. Encore faut-il qu'on puisse également attribuer un caractère probant à l'appréciation du médecin traitant et que celle-ci laisse subsister des doutes suffisants sur la question médicale litigieuse, ce qui n'est en l'occurrence pas le cas (ATF 135 V 465 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_45/2018 du 17 décembre 2018 consid. 5).

Aucun autre praticien, notamment ni le Dr J _____, ni le Dr M _____, n'ont finalement fourni des éléments permettant de mettre en doute les conclusions concordantes des médecins d'arrondissement.

La situation médicale était dès lors suffisamment claire pour que la CNA puisse rendre sa décision sur opposition sans administrer un autre moyen de preuve (expertise médicale). Dans la même mesure, la Cour de céans peut dorénavant rendre un jugement valable sur la cause sans qu'il ne faille ordonner l'administration d'un autre moyen de preuve, à l'instar d'une expertise telle que souhaitée par le recourant (appréciation anticipée des moyens de preuve ; ATF 145 I 167 consid. 4.1, 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3).

Le Tribunal soulignera encore que, s'agissant de l'opération au poignet gauche, c'est à juste titre que les médecins d'arrondissement et l'intimée ont souligné qu'aucune blessure en lien avec l'introduction d'un morceau métallique n'avait été constatée lors de l'évènement du 2 novembre 2020, ce qui corrobore l'absence de tout lien de causalité avec cette intervention. Pour le surplus, aucune fracture ou autre lésion d'origine accidentelle n'a été relevée aux IRM (cf. le rapport d'IRM du Dr D _____ du 12 novembre 2020), seuls des éléments d'ordre dégénératifs/maladifs ayant été relevés (noyau d'ossification, petits kystes, ganglion et arguments parlant en faveur d'une tendinite de De Quervain). S'agissant du dos, les IRM n'ont également pas parlé en faveur d'une lésion accidentelle, mais uniquement de troubles dégénératifs multi-étagés lombosacrés (cf. le rapport d'IRM du Dr D _____ du 26 janvier 2021). Tous ces éléments corroborent l'appréciation de la Dresse L _____ voulant que l'évènement du 2 novembre 2020 n'ait fait qu'aggraver transitoirement des pathologies préexistantes, à savoir la tendinopathie pour une durée maximale de 2 à 4 mois, et les troubles dégénératifs multi-étagés lombosacrés, pour une durée maximale de six mois, soit au plus tard le 2 mai 2021.

3.3. Au vu des éléments qui précèdent, aucune raison objective ne justifie de s'écarter de l'avis probant de la Dresse L _____, corroborant la prise de position du Dr I _____. Pour la Dresse L _____, en date du 2 mai 2021, le recourant avait retrouvé l'état de santé qui aurait été le sien sans l'accident du 2 novembre 2020. Par conséquent, en date du 31 mai 2021, l'intimée pouvait légalement considérer que les lésions somatiques résiduelles du recourant n'étaient plus en relation de causalité naturelle avec son accident du 2 novembre 2020.

Il s'ensuit que le recours du 7 mars 2022 est rejeté et la décision sur opposition du 3 février 2022 confirmée.

4. La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. fbis LPGA ; la LAA ne contenant pas de disposition spéciale prévoyant la perception de frais judiciaires).

5. Vu l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA *a contrario*), ni à l'intimée, laquelle agit comme autorité chargée de tâches de droit public (art. 91 al. 3 LPJA ; ATF 126 V 143 consid. 4).

Prononce

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

Sion, le 16 novembre 2023