

S2 22 92

ARRÊT DU 7 NOVEMBRE 2024

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

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ;
Garance Klay, greffière

en la cause

X _____, recourant

contre

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

(art. 6 LAA ; lien de causalité ; rechute)

Faits

A. X _____, ressortissant français né en 1987, travaillait depuis le 14 février 2014 en qualité de manœuvre en menuiserie/charpente pour A _____, à B _____ (pièce 24 du dossier CNA). Dans ce cadre, 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).

Par déclaration d'accident du 28 mars 2017, son employeur a indiqué qu'en date du 27 mars 2017, alors qu'il travaillait sur un chantier, X _____ a chuté en arrière d'un escabeau et est tombé sur la fesse droite et le poignet. Il s'en était suivi une contusion au poignet droit et au coccyx (pièce 1 du dossier CNA). Le jour de l'accident, l'employé s'est rendu aux Urgences de l'Hôpital de Saignelégier, où il a été examiné par le Dr C _____, spécialiste en médecine interne (pièce 23 du dossier CNA). Aucune radiographie n'aurait alors été réalisée ; on lui a remis une bande élastique ainsi que des anti-inflammatoires (pièce 41 du dossier CNA). Le Dr C _____ a attesté une incapacité totale de travail du 27 mars au 2 mai 2017 (pièce 14 du dossier CNA). Dans un rapport du 16 mai 2017, le Dr C _____ a diagnostiqué une entorse du poignet droit sans lésion osseuse et a posé un bon pronostic (pièce 15 du dossier CNA).

Le 22 mai 2017, le Dr C _____ a précisé que son patient était tombé d'un escabeau d'une hauteur de 2,5 m avec réception sur le poignet droit et la fesse droite. Une radiographie avait exclu tout signe direct de fracture ou autre anomalie. Le médecin avait constaté des douleurs persistantes à la compression des tendons extenseurs du poignet avec des courbatures musculaires et avait confirmé le diagnostic de foulure du poignet. Dans un second temps, on avait prescrit au patient une attelle en lieu et place de la bande (pièce 41 du dossier CNA). Pour sa part, il estimait que l'incapacité de travail avait pris fin au 2 mai 2017 et le traitement le lendemain (pièce 19 du dossier CNA).

Le 22 mai 2017, le Dr D _____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a toutefois prolongé l'incapacité de travail jusqu'au 30 juin 2017 (pièce 16 du dossier CNA).

En raison de douleurs persistantes sur le versant ulnaire du poignet, une arthro-IRM a été accomplie en date du 23 juin 2017, excluant tout signe de déchirure des ligaments intrinsèques du poignet, plus particulièrement du TFCC (ndr. Triangular Fibrocartilage Complex et tout signe de conflit ulno-carpien ; a été discuté un épaissement du tendon

extenseur ulnaire du carpe sans déchirure de son rétinaculum (pièce 43 du dossier CNA).

Le 29 juin suivant, l'assuré a consulté le Dr E _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main. Dans son rapport du 30 juin suivant, le spécialiste a relevé que l'IRM n'avait pas montré d'anomalie, hormis une irritation du tendon extenseur ulnaire du carpe. L'attelle atténuait les douleurs mais affaiblissait le poignet, induisant une diminution de la force de préhension ; la mobilité en extension-flexion était pratiquement normale et il n'y avait pas de limitation à la prosupination ni instabilité de l'extenseur ulnaire du carpe. Une douleur à l'effort située à la base du pouce était peut-être liée aux injections du produit de contraste lors de l'IRM et devait progressivement disparaître. Il a décrit un poignet traumatisé mais sans lésion visible aux radiographies. Compte tenu d'un déconditionnement, il a proposé une prise en charge physiothérapeutique. L'arrêt de travail ne devait pas être prolongé au-delà de fin juillet, étant précisé que le patient avait été licencié et devait rechercher un nouvel emploi (pièce 41 du dossier CNA).

L'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement (ci-après : MA), le Dr F _____, spécialiste en chirurgie, en date du 19 juillet 2017. Ce dernier a notamment relevé que l'assuré était droitier. Son examen clinique a confirmé la bonne évolution ; le MA a dès lors reconnu une pleine capacité de travail dès le 1^{er} août 2017 (pièce 48 du dossier CNA).

Un lien de causalité ayant été jugé probable entre la chute du 27 mars 2017 et l'entorse du poignet droit (pièce 35 du dossier CNA), le cas a été pris en charge par la CNA jusqu'au 31 juillet 2017.

B. Le 21 septembre 2021, X _____, alors domicilié à Beuson (Nendaz), a annoncé une rechute de son accident du 27 mars 2017, survenue le 17 septembre 2021 (pièce 55 du dossier CNA). Son médecin traitant, le Dr G _____, lui a prescrit des séances de physiothérapie (pièces 58 et 63 dossier CNA), mais aucun certificat d'incapacité de travail n'a été délivré.

Une échographie du poignet droit du 11 février 2022 n'a pas mis en évidence d'explication à la symptomatologie douloureuse, notamment pas de tendinite de De Quervain (pièce 67 du dossier CNA).

Dans un courrier du 15 février 2022, le Dr G _____ a mentionné que son patient présentait à nouveau des douleurs au niveau du poignet accidenté en 2017 ; il a confirmé que l'échographie avait permis d'exclure une tendinopathie (pièce 66 du dossier CNA).

Un rapport d'IRM du 18 février 2022 a posé la conclusion suivante : « probable microkyste de la face dorsale du poignet 7 x 1 x 4 mm discrètement inflammatoire. Pas de signe de ténosynovite de De Quervain. Minime tendinopathie de l'extenseur ulnaire du carpe, toutefois sans corrélation clinique. Minime ténosynovite des fléchisseurs profonds des doigts et du long fléchisseur du pouce » (pièce 68 du dossier CNA).

Dans une prise de position du 17 mai 2022, le MA, à savoir la Dresse H _____, spécialiste en médecine interne générale et médecine intensive, a relevé que les examens passés n'avaient montré aucune lésion et que l'IRM de 2022 avait indiqué uniquement une atteinte dégénérative sous forme d'un possible microkyste. Or, une telle atteinte n'était que tout au plus « possiblement » en lien de causalité avec l'évènement du 27 mars 2017 (pièce 72 du dossier CNA).

Par courrier du 17 mai 2022, la CNA a annoncé qu'à défaut de lien de causalité certain ou du moins vraisemblable ressortant des pièces médicales, elle ne pouvait pas, en l'état, prendre en charge les troubles du poignet droit (pièce 73 du dossier CNA).

Le Dr G _____ a contesté cette appréciation dans un rapport du 6 juin suivant. Il a souligné que, depuis 2017, son patient présentait de manière régulière des douleurs au niveau de son poignet droit qu'il avait réussi à gérer avec des anti-inflammatoires et sans requérir d'arrêt de travail. Néanmoins, les douleurs s'étaient accrues à la suite d'un choc anodin, ce qui avait justifié des investigations et une prise en charge médicale. Le médecin traitant était persuadé que, sans l'accident de 2017, son patient n'aurait pas présenté des douleurs fréquentes au poignet droit, étant souligné que son poignet gauche, qu'il estimait tout autant sollicité, n'avait jamais présenté le moindre problème (pièce 76 du dossier CNA). L'assuré a confirmé ce qui précède lors d'une conversation téléphonique du 6 octobre 2022 avec la CNA.

Le dernier rapport du Dr G _____ a été soumis au MA, lequel a pris position en date du 10 octobre 2022. La Dresse H _____ a répété qu'aucune lésion ostéo-ligamentaire structurelle post-traumatique n'avait été documentée et que la « réacutisation » des douleurs en début d'année 2022 pouvait être attribuée à la composante dégénérative (pièce 86 du dossier CNA).

La CNA a dès lors réitéré son point de vue par décision formelle du 14 octobre 2022 (pièce 91 du dossier CNA). Cette décision, contestée par l'assuré en date du 1^{er} novembre 2022, a été confirmée par décision sur opposition du 15 novembre 2022.

C. X _____ a interjeté recours céans en date du 9 décembre 2022 (date du timbre postal). En substance, il a fait valoir que ses douleurs avaient persisté depuis sa chute du 27 mars 2017. Il a souligné que la CNA ne lui avait pas expliqué la provenance des lésions constatées à l'IRM du 18 février 2022 (probable microkyste, minimes tendinopathie et téno-synovite). Il a ajouté que ses douleurs n'étaient apparues qu'après l'accident et s'est étonné de ce que le MA ne l'ait pas examiné. Le recourant a souligné que son métier était désormais mécanisé, qu'il n'avait que 35 ans et n'exerçait la profession de manoeuvre/menuisier que depuis 8 ans, ce qui relativisait le facteur surcharge évoqué par l'intimée.

Le 21 décembre 2022, le recourant a encore transmis un rapport du Dr G _____ du 20 décembre 2022 à l'appui de ses conclusions. Le médecin traitant tenait la causalité pour le moins vraisemblable au motif que son patient souffrait de douleurs à son poignet droit seulement depuis l'accident de 2017 et qu'il n'avait jamais eu le moindre problème au poignet gauche.

Le recourant a par ailleurs requis sa mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, demande qui a été rejetée par décision présidentielle du 30 janvier 2023, son indigence n'ayant pas été suffisamment établie (cause S2 22 87).

L'intimée a conclu au rejet du recours par mémoire-réponse du 7 mars 2023. Elle a notamment souligné la pleine valeur probante des conclusions de son MA.

Le recourant a maintenu ses conclusions par réplique du 15 avril 2023. En substance, il a exprimé qu'il ne s'était jamais bien remis de sa chute du 27 mars 2017 et avait depuis lors continué de souffrir ponctuellement de son poignet droit, renonçant à tort à consulter plus rapidement. Il a souligné que les radiographies récentes avaient bel et bien montré une tendinopathie, ce qui objectivait ses plaintes. Il a reproché à l'intimée de ne pas avoir organisé un examen médical auprès de l'un de ses médecins.

L'intimée a également confirmé son point de vue par duplique du 20 avril 2023. Elle a souligné que, selon la jurisprudence, un examen personnel par le MA n'était pas obligatoire dès lors que le dossier contenait suffisamment d'appréciations médicales établies sur un examen concret, hypothèse réalisée en l'occurrence.

L'échange d'écritures a été clos le 21 avril 2023.

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.

Posté le 9 décembre 2022, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 15 novembre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 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 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.

2.1 Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée était légitimée à refuser de prester pour la rechute annoncée en septembre 2021 en lien avec l'accident du 27 mars 2017.

2.2 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, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

2.3 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. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechute ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Dans ces deux hypothèses, il faut également un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 123 V 137 consid. 3a).

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).

2.4 L'obligation de prêter de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) 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 serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 ; arrêt du Tribunal cantonal genevois ATAS/928/2021 du 14 septembre 2021 consid. 6 et 19).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte

à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

2.5 Pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est 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 prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une 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 quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). En outre, une appréciation médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment de rapports médicaux fondés, eux, sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p.

346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré est reléguée au second plan lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

Par ailleurs, le juge doit avoir égard au fait que la relation de confiance unissant un patient à son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci ; cela ne justifie cependant pas en soi d'évincer tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1)

2.6 Dans le cas d'espèce, il convient d'examiner si la CNA était fondée à refuser la prise en charge de la rechute annoncée en septembre 2021.

La CNA s'est essentiellement fondée sur la position médicale de son MA, la Dresse H_____. Cette dernière n'a pas procédé à un examen de l'assuré, mais a statué sur la base des pièces médicales versées au dossier CNA. Comme l'a relevé l'intimée, la MA a bien rappelé la chronologie médicale depuis la chute du 27 mars 2017 et, en particulier, les constatations faites en juin 2017 par le Dr E_____. Ce dernier avait relevé que l'IRM n'avait alors pas montré d'anomalie, hormis une irritation du tendon extenseur ulnaire du carpe ; il avait alors décrit un poignet traumatisé mais sans lésion visible aux radiographies. La Dresse H_____ a également pris connaissance de toute la documentation radiologique versée au dossier de l'époque, documentation attestant de l'absence de lésion ostéo-ligamentaire structurelle post-traumatique avec uniquement un possible épaissement du tendon extenseur ulnaire du carpe, sans déchirure de son rétinaculum. De même, il est rappelé qu'en juillet 2017, le Dr F_____ avait retenu un examen du poignet rassurant et une bonne évolution. Le diagnostic de simple contusion/entorse, l'imagerie documentant une probable tendinite réactive post-contusionnelle, avec bonne évolution avait dès lors été confirmé.

S'agissant de la situation depuis l'annonce de rechute en 2021, la Dresse H_____ a constaté à juste titre que le nouveau bilan radiologique mis en œuvre par le Dr G_____, notamment l'IRM du 18 février 2022, n'avait pas mis en évidence de lésion ostéo-ligamentaire traumatique, mais au contraire avait relevé les éléments suivants : « probable microkyste de la face dorsale du poignet 7 x 1 x 4 mm discrètement inflammatoire. Pas de signe de ténosynovite de De Quervain. Minime tendinopathie de l'extenseur ulnaire du carpe, toutefois sans corrélation clinique. Minime ténosynovite des

fléchisseurs profonds des doigts et du long fléchisseur du pouce ». La Dresse H_____ a relevé, les 17 mai et 10 octobre 2022, que les troubles constatés à l'IRM étaient des atteintes dégénératives/ de surcharge chez un travailleur manuel et que leur lien de causalité avec l'évènement du 27 mars 2017 n'était que tout au plus possible. Après prise de position sur les arguments du Dr G_____, elle a confirmé ses conclusions dans son rapport du 10 octobre 2022.

Avec l'intimée, le Tribunal constate que l'appréciation de la Dresse H_____ est claire et médicalement motivée. Elle concorde avec le dossier radiologique et n'est pas mise en doute par les avis médicaux contraires versés au dossier. En particulier, le médecin traitant n'a pas apporté d'élément médical objectif permettant de retenir que les conclusions du MA seraient lacunaires ou manifestement erronées. L'appréciation de la Dresse H_____ emporte dès lors la conviction de la Cour.

Il est encore souligné que la minime tendinopathie de l'extenseur ulnaire du carpe a été jugée « sans corrélation clinique » avec les plaintes et que la minime ténosynovite concerne les doigts et non le poignet de ce patient droitier. Quant au probable microkyste, comme l'a relevé le MA, il s'agit d'un trouble dégénératif/maladif, sans corrélation vraisemblable avec la chute de 2017.

Il est finalement rappelé que le fait que les symptômes douloureux se soient manifestés uniquement après l'accident (raisonnement *post hoc, ergo propter hoc*), mis en avant par le Dr G_____, ne suffit pas à fonder 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). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement 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 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.3), condition non réalisée en l'occurrence.

C'est ainsi à juste titre que, se fondant sur les conclusions du MA, l'intimée a nié l'existence d'un lien de causalité naturel entre les plaintes au poignet droit annoncées en septembre 2021 et l'accident du 27 mars 2017.

3. A l'aune de ces éléments, le Tribunal ne saurait faire grief à l'intimée d'avoir refusé d'allouer des prestations pour la rechute annoncée en septembre 2021.

Le recours doit ainsi être rejeté et la décision entreprise confirmée.

4. Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. fbis LPGA), la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, ne prévoyant pas le prélèvement de frais.

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 7 novembre 2024