

VS_GERICHTE S2 23 3 vom 28. Oktober 2024

VS Kantonsgericht, 2024-10-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2 23 3](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_23_3)

FR: VS_GERICHTE S2 23 3 du 28 octobre 2024

IT: VS_GERICHTE S2 23 3 del 28 ottobre 2024

Regeste

S2 23 3 ARRÊT DU 28 OCTOBRE 2024 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 contre CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA), intimée (art. 16, 18 al. 1, 19 et 24 LAA ; stabilisation de l'état de santé, troubles psychiques, rente d'invalidité de l'assurance-accidents et indemnité pour atteinte à l'intégrité)

Erwägungen

E. 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. Remis à la poste le 19 janvier 2023, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 22 décembre 2022 précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours, compte tenu des fêtes judiciaires (art. 38 al. 4, let. c et 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.

E. 2

Dans un grief d'ordre formel, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu dans la mesure où la CNA a rendu sa décision sur opposition le 22 décembre 2022 alors qu'elle lui avait fixé, le 17 novembre 2022, un délai de 30 jours pour déposer un rapport de la Dresse F _____. Or, cette dernière avait adressé le 7 décembre 2022 un courriel à la CNA et avait tenté de la joindre par téléphone avant l'échéance du délai imparti.

- 11 -

E. 2.1

Le droit d'être entendu garanti par l'article 29 alinéa 2 Constitution fédérale comprend notamment le droit pour l'intéressé de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, d'avoir accès au dossier, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 145 I 73 consid. 7.2.2.1). Une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi

contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 138 I 97 consid. 4.16.1; 137 I 195 consid. 2.3.2). La réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; 126 V 130 consid. 2b) ; même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimée, ni de l'administré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1). Enfin, la possibilité de recourir doit être propre à effacer les conséquences de la violation. Autrement dit, la partie lésée doit avoir eu le loisir de faire valoir ses arguments en cours de procédure contentieuse aussi efficacement qu'elle aurait dû pouvoir le faire avant le prononcé de la décision litigieuse (ATA/304/2013 du 14 mai 2013 consid. 4. c).

E. 2.2

En l'espèce, le recourant a transmis le 11 janvier 2023 à la CNA un rapport de la Dresse F _____ ainsi que des documents médicaux des Drs E _____ et G _____. Après avoir soumis ces rapports à son médecin d'arrondissement, l'intimée a informé le recourant, pendant le délai de recours, qu'elle maintenait sa prise de position du 22 décembre 2022. Le recourant a ainsi pu faire valoir utilement ses arguments. Partant, le grief d'ordre formel doit être écarté.

E. 3

Sur le fond, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'assurance en lien avec son accident du 26 janvier 2021.

E. 4

Dans un premier temps, il s'agit de déterminer s'il existe un lien de causalité entre les troubles psychiques du recourant et l'accident du 26 janvier 2021. Il convient également de vérifier si la situation médicale était stabilisée au 1er janvier 2022 et si la CNA était ainsi fondée à mettre un terme au versement des prestations au 17 janvier 2022.

- 12 -

E. 4.1

L'article 19 alinéa 1 LAA prévoit que le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance- invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. Cette norme règle tout d'abord le moment où un cas d'assurance doit être clôturé (ATF 134 V 109 consid. 3.2). Les prestations temporaires, telles que les indemnités journalières et le traitement médical, ne doivent être accordées par l'assureur-accidents – pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité soient terminées – qu'aussi longtemps que l'on peut attendre de la poursuite du traitement médical une amélioration notable de l'état de santé. Si ce n'est plus le cas, il y a lieu de clore le cas en suspendant les prestations temporaires et en examinant simultanément le droit à une rente d'invalidité et/ou à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1, 143 V 148 consid. 3.1.1 et 134 V 109 consid. 4.1 p. 113 s., cités p. ex. in arrêt du Tribunal fédéral 8C_176/2023 du 6 décembre 2023 consid. 3). L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou

de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident. L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical, ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit non plus pas qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Le maintien de mesures médicales destinées uniquement à atténuer des symptômes (p. ex. des douleurs) et non à guérir les dommages causés à la santé ne suffit pas à justifier l'absence de clôture du cas. Il en va de même pour des mesures d'évaluation ou de contrôle. Ainsi, un état douloureux durable ne fonde pas, à lui seul, un droit à la poursuite d'une thérapie (arrêt du Tribunal fédéral 8C_176/2023 du 6 décembre 2023 consid. 3 et les références ; GEERTSEN, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht - UVG, 2018, n° 9 ad art. 19 et les références). La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer sensiblement l'état de santé doit être établie avec une vraisemblance suffisante. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_176/2023

- 13 - du 6 décembre 2023 consid. 3 et les références citées ; GEERTSEN, op. cit., n° 10 ad art. 19 et les références).

E. 4.2

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). Le principe de la libre appréciation des preuves prévaut en procédure administrative comme en procédure judiciaire d'assurances sociales (art. 61 let. c LPGA). Il s'ensuit que les assureurs et les juges doivent apprécier les preuves librement, c'est-à-dire sans être liés par des règles de preuve formelles, ainsi que de manière aussi complète et consciencieuse que possible. Cela signifie qu'en procédure judiciaire, le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve objectivement et indépendamment de leur origine puis décider si les pièces à disposition permettent de procéder à une appréciation fiable des prétentions litigieuses. En présence de rapports médicaux contradictoires, il ne peut notamment pas trancher le litige sans apprécier toutes les pièces médicales et exposer les motifs pour lesquels il se fonde sur un avis médical plutôt que sur un autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (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 bien motivées. N'est

donc en soi déterminante pour la valeur probante d'un moyen de preuve ni la provenance d'une prise de position reçue ou demandée par le biais d'un mandat ni sa désignation en tant que rapport ou expertise (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351

- 14 - consid. 3a, cités p. ex. in : arrêt du Tribunal fédéral 8C_696/2022 du 2 juin 2023 consid. 4.3.1).

E. 4.3

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle et adéquate.

E. 4.3.1

L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement 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'événement 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 *conditio sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement 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).

E. 4.3.2

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6, 369 consid. 4 ; 115 V 133 consid.6 et 403 consid. 5).

- 15 - En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Dans les arrêts 8C_421/2021 du 27 janvier

2022 et U 101/05 du 12 avril 2006, le recourant avait chuté après que la roue avant de son vélo se fut bloquée dans les rails du tram. Le Tribunal fédéral, respectivement le Tribunal fédéral des assurances, avaient retenu un accident de gravité moyenne. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_540/2018 du 22 juillet 2019 consid. 4.2 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance- accidents obligatoire in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3ème édition, 2016, n° 121, p. 934): - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; - la durée anormalement longue du traitement médical ; - les douleurs physiques persistantes ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Il n'est pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères. En principe, il faut un cumul de trois critères sur sept, ou au moins que l'un des critères se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (SVR 2010 UV n° 25 p. 100 [8C_897/2009] consid. 4.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_196/2016 du 9 février 2017 consid. 4). Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque

- 16 - l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 115 V 133 consid. 6 c/bb et 115 V 403 consid. 5 c/bb p. 409). En cas d'accidents de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité, il faut un cumul de quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.1, in SVR 2019 UV n° 27 p. 99).

E. 4.4

En l'espèce, il convient de déterminer si les troubles psychiques dont souffre l'intéressé, soit un état de stress post-traumatique chronique, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, une personnalité dyssociale, des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés actuellement sous traitement de substitution et un syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue, sont dans une relation de causalité avec l'accident du 26 janvier 2021.

E. 4.4.1

On relève qu'aucun rapport médical établi après l'accident du 26 janvier 2021 n'a fait ressortir des indices quant à l'existence d'un trouble psychique. Ce n'est qu'après la décision du 25 octobre 2022 que la Dresse F _____ a rédigé un rapport mentionnant des atteintes à la santé psychique et un suivi depuis mai 2022. Or, il apparaît peu vraisemblable que le médecin traitant du recourant, la Dresse E _____, n'ait pas eu connaissance d'un suivi psychiatrique, respectivement qu'elle n'a pas observé chez son patient les symptômes et limitations décrits comme incapacitants pour toute activité par la Dresse F _____. La Dresse E _____ s'est pourtant prononcée à deux reprises

après le début du suivi auprès de la Dresse F _____ ; une fois après la décision du 25 avril 2022 reconnaissant au recourant une aptitude au travail à 100% et une fois après la décision du 25 octobre 2022 refusant au recourant l'octroi d'une rente d'invalidité et lui allouant une IPAI. Il est surprenant que cette médecin n'ait pas mentionné les symptômes constatés par la Dresse F _____, alors que ses rapports médicaux avaient justement pour but de contester les décisions reconnaissant à son patient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le Dr G _____ a mentionné, dans son rapport du 30 décembre 2022, un déconditionnement psychique ainsi qu'un trouble anxieux à titre de comorbidité. Il ne s'est toutefois pas prononcé sur la date du début des problèmes psychiques, ni sur leur causalité. Enfin, on relève que la Dresse F _____ n'a pas de compétences de psychiatre et a mentionné, dans son rapport, outre l'événement du 26 janvier 2021, l'accident de la voie publique de 2018 (recte : 2017) et la perte tragique d'une amie en

- 17 - 2014. Ce dernier événement avait par ailleurs conduit le recourant à commencer une consommation de substances illicites (cf. rapport du 30 décembre 2022 du Dr G _____). Cela étant, on rappellera qu'il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé et qu'on ne peut dès lors pas exclure que l'événement du 26 janvier 2021, associé éventuellement à d'autres éléments, ait provoqué chez le recourant une atteinte à la santé psychique.

E. 4.4.2

Il convient ainsi d'examiner s'il existe un lien de causalité adéquat entre les troubles psychiques et l'accident du 26 janvier 2021. Sans se prononcer sur le degré de gravité de l'accident, le recourant soutient que plusieurs critères jurisprudentiels en la matière sont remplis (cf. supra consid. 4.3.2).

E. 4.4.2.1

L'intimée a rangé l'accident du 26 janvier 2021 dans la catégorie des accidents de degré moyen à la limite de la catégorie inférieure. La Cour considère que l'événement du 26 janvier 2021 doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite de la catégorie inférieure, tout au plus dans la catégorie des accidents de gravité moyenne stricto sensu au vu de la jurisprudence mentionnée ci-dessus (cf. supra consid. 4.3.2). En effet, le recourant, à vélo, a touché la bordure du trottoir après avoir été déstabilisé par le passage d'une voiture roulant dans le même sens. Il a ensuite chuté sur le côté droit. Il n'y a pas eu de collision avec un véhicule. Le recourant s'est ensuite relevé tout seul et est rentré chez lui avant de se rendre au service des urgences de H _____ (cf. procès-verbal d'audition, pièce 42 p. 8 s ; pièce 16).

E. 4.4.2.2

En premier lieu, les circonstances dans lesquelles s'est déroulé l'accident apparaissent dénuées du caractère particulièrement dramatique ou impressionnant requis par la jurisprudence. On rappellera qu'un tel caractère est associé à tout accident de gravité moyenne, mais que cela ne suffit cependant pas encore pour admettre l'existence de ce critère (arrêts du Tribunal fédéral 8C_96/2017 du 24 janvier 2018 consid. 5.1 et 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.4.1). A titre de comparaison, ce critère a été nié dans plusieurs cas de chutes à vélo sur la chaussée consécutives à un freinage brusque sans collision avec un autre véhicule (arrêt du Tribunal fédéral 8C_105/2012 du 23 juillet 2012 consid. 5.4, arrêts du Tribunal des assurances U 127/03 du 28 décembre 2004 consid.

4.2.1 et U 282/02 du 10 février 2004 consid. 6.2.4). Le recourant ne prétend d'ailleurs pas que ce critère est rempli. Le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques n'est également pas rempli, l'intéressé n'ayant pas subi de blessures physiques propres, selon

- 18 - l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. En effet, le recourant n'a jamais dû craindre pour sa vie, ni n'a été touché à un organe important. La seule blessure physique provoquée par l'événement du 26 janvier 2021 est une atteinte à la hanche droite qui a entraîné des douleurs et une réduction de la mobilité de l'articulation. Seul un traitement conservateur avait été mis en place. Concernant le critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il convient de prendre en considération, en plus de l'aspect temporel, la nature et l'intensité du traitement, ainsi que la possibilité d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 8C_277/2019 du 22 janvier 2020 consid. 5.1 et 8C_533/2017 du 17 avril 2018 consid. 3.3 et les références). En l'occurrence, le traitement a été uniquement conservateur sous la forme de prise d'antalgiques et de séances de physiothérapie et de balnéothérapie durant plusieurs mois, ce qui ne peut être qualifié de pénible et invasif sur une longue durée (arrêts du Tribunal fédéral 8C_277/2019 du 22 janvier 2020 consid. 5.1 et 8C_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 5.2.2). Ce critère n'est ainsi pas rempli. L'assuré n'a en outre pas été victime d'une erreur de traitement et on ne peut pas non plus admettre de difficultés au cours de la guérison ou des complications importantes du simple fait que l'évolution a été défavorable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_934/2010 du

E. 4.4.2.3

Force est ainsi de constater qu'un seul critère jurisprudentiel est réalisé en l'espèce. Par conséquent, c'est à bon droit que l'intimée a nié l'existence d'un lien de causalité adéquat entre les troubles psychiques du recourant et l'événement du 26 janvier 2021.

E. 4.5

En se fondant sur l'appréciation du Dr D _____, la CNA a considéré que la situation médicale du recourant était stabilisée dès janvier 2022. A l'inverse, le recourant estime, sur la base des rapports de ses médecins traitants, que les indemnités journalières doivent être versées au-delà du 17 janvier 2022. Pour considérer que la situation médicale était stabilisée, le Dr D _____ s'est dans un premier temps basé sur les pièces au dossier. Dans son avis du 4 janvier 2022, il a expliqué que le recourant s'était fracturé le grand trochanter droit lors de l'événement du 18 décembre 2017 et qu'il avait subi une contusion de la hanche droite lors de l'accident du 26 janvier 2021. Il a considéré que la situation médicale du recourant était stabilisée en janvier 2022. Le médecin d'arrondissement a ensuite procédé à un examen clinique du recourant en septembre 2022 et a confirmé la stabilisation de son état de santé, au motif qu'il n'existait aucune mesure thérapeutique qui puisse améliorer de façon notable l'état clinique du recourant. L'appréciation du Dr D _____ du 6 septembre 2022 tient compte des pièces au dossier, des plaintes de l'assuré, des constatations objectives faites lors de l'examen clinique et de la documentation radiologique. Les conclusions sont en outre cohérentes et motivées. Il convient ainsi de lui reconnaître une pleine valeur probante. Les rapports des autres médecins ne sont pas de nature à mettre en doute l'avis du Dr D _____.

- 20 - Dans ses rapports d'avril, mai et décembre 2022, la Dresse E _____ s'est contentée d'indiquer que l'examen clinique avait mis en évidence une palpation

douloureuse du grand trochanter et une diminution globale de la mobilité de la hanche droite - ce qui avait également été constaté par le Dr D _____ lors de son examen du 5 septembre 2022 - et qu'une reprise de travail n'était pas envisageable. Elle n'a cependant posé aucun diagnostic et n'a proposé aucune mesure thérapeutique. Pour sa part, le Dr C _____ n'a pas proposé d'intervention chirurgicale malgré l'évolution défavorable au niveau de la hanche droite. Le suivi orthopédique a pris fin le 31 mai 2021. Dans son rapport du 30 décembre 2022, le Dr G _____ a considéré qu'il était très probable que la fracture visualisée à l'imagerie lors de l'accident du 26 janvier 2021 était en réalité la même que celle de 2018 (recte : 2017). Il rejoint ainsi, sur ce point, l'avis du Dr D _____. Il a préconisé une prise en charge globale de l'ordre de 9 à 12 mois en raison d'un déconditionnement physique. Cette mesure ne signifie nullement que l'état de santé du recourant n'est pas encore stabilisé. En effet, ces mesures, même si elles sont bénéfiques pour l'assuré, ne permettent pas d'améliorer sensiblement son état de santé. Contrairement à ce que prétend le recourant, la stabilisation de son état de santé a été constatée par le Dr D _____ en janvier 2022 et non seulement au mois de septembre suivant. Le fait que ce médecin ait d'abord considéré qu'il était apte à reprendre son activité habituelle puis que sa pleine capacité de travail concernait finalement une activité adaptée n'y change rien. Au vu de ces éléments, la Cour estime que la décision de l'intimée de clore le cas à partir de janvier 2022 ne prête pas le flanc à la critique.

5. L'état de santé du recourant étant stabilisé, il convient d'examiner son droit à une rente d'invalidité et/ou à une IPAI. A cet égard, la CNA lui a octroyé une IPAI de 7.5% et lui a refusé le droit à une rente d'invalidité. 5.1 Selon l'article 18 alinéa 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, pour autant que celui-ci soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'article 7 LPGA dispose qu'est réputée

- 21 - incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). L'invalidité est une notion économique et non médicale. Les critères médico-théoriques ne sont pas déterminants, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain le sont (cf. par analogie, RAMA 1991 n° U 130 p. 272 consid. 3b ; voir aussi ATF 114 V 314 consid. 3c). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin, ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

5.2 Selon l'article 24 alinéa 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA). Il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4

OLAA). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV n° 27 p. 97 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 consid. 2.3 ; FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant. L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb ; 113 V 218 consid. 2a) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité

- 22 - spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a). 5.3 En l'occurrence, le recourant a allégué que la CNA aurait dû lui octroyer une rente entière d'invalidité et une IPAI supérieure à 7.5%. 5.3.1 S'agissant du taux d'invalidité, il remet avant tout en cause sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée. 5.3.1.1 Le Dr D _____ a estimé qu'une activité à plein temps pouvait être reprise avec certaines limitations fonctionnelles (pas de port de charges lourdes, pas de marche sur terrain inégal, pas de marche prolongée sur terrain plat ; cf. appréciations des 6 septembre 2022 et 17 janvier 2023, pièces 143 et 178). Comme relevé supra (consid. 4.5), il convient d'accorder une pleine valeur probante à l'avis du médecin d'arrondissement, lequel s'est basé sur l'ensemble des pièces au dossier, y compris sur la documentation radiologique, a pris en compte les plaintes du recourant et a réalisé un examen clinique complet, notamment de la hanche et du membre inférieur droits. En l'état du dossier, il n'existe de plus aucun indice qui permettrait de remettre sérieusement en doute les conclusions du Dr D _____. La Dresse E _____ a estimé que son patient présentait une incapacité de travail totale pour un travail physique, ce qui a également été reconnu par le Dr D _____. Elle ne s'est en revanche pas prononcée sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Quant à l'incapacité de travail totale pour toute activité attestée par la Dresse F _____, celle-ci concerne uniquement les troubles psychiques, lesquels ne sont pas en lien de causalité avec l'accident du 26 janvier 2021 comme démontré ci-dessus (cf. supra consid. 4.4). Le Dr G _____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré. Le recourant a allégué que ce médecin avait indiqué qu'il ne pouvait pas rester debout sans gêne au-delà de 10 minutes et qu'il ne supportait pas la position assise pendant plus de

- 23 - 30 minutes. Il s'agit là de plaintes subjectives émanant du recourant lui-même et non pas de constatations faites par le spécialiste. Dans ces conditions, il convient de confirmer l'appréciation du Dr D _____ retenant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le recourant a ensuite fait valoir que c'était l'accident du 26 janvier 2021, lequel avait entraîné une fracture du grand trochanter droit, qui l'empêchait de reprendre une activité professionnelle et non l'accident de décembre 2018 (recte : 2017), après lequel il

avait pu reprendre une activité professionnelle et physique. Il s'est notamment fondé sur les radiographies des 19 décembre 2017 et 27 mars 2018, qui avaient mis en évidence une fracture peu déplacée du grand trochanter à droite, puis un aspect consolidé de cette fracture. L'intimée ne conteste pas que le recourant a subi un traumatisme au niveau de la hanche droite lors de l'événement du 26 janvier 2021. Elle retient par contre que son état de santé est stabilisé, qu'il peut exercer une activité adaptée à plein temps et qu'après comparaison des revenus il ne résulte aucune perte de gain. 5.3.1.2 Le recourant a également soutenu que les limitations fonctionnelles retenues par le médecin d'arrondissement ne lui permettraient pas de trouver un emploi dans le domaine de l'industrie. Contrairement à ce qu'il prétend, l'intimée ne s'est pas fondée sur une branche économique spécifique pour déterminer son revenu d'invalidité. Par ailleurs, on rappellera que l'absence de formation ou d'expérience professionnelle ne joue pas de rôle lorsque le revenu d'invalidité est déterminé en référence au salaire statistique auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives du niveau de compétence 1 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2021 du 21 décembre 2021 consid. 6.3.2). On ajoutera également que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail permettrait au recourant de retrouver un emploi (VSI 1998 p. 293, arrêt du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les références). 5.3.1.3 Les griefs du recourant relatifs au degré d'invalidité sont par conséquent mal fondés. 5.3.2 Le recourant conteste enfin la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui a été allouée dans la décision entreprise. En l'occurrence, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation du Dr D _____ du 6 septembre 2022 pour retenir une IPAI de 7.5%. Ce médecin a retenu à l'issue de l'examen clinique des douleurs persistantes au niveau de la hanche droite à la suite

- 24 - d'une fracture du grand trochanter. Il a fixé le taux de 7.5% par analogie avec l'existence d'une coxarthrose d'importance légère à moyenne selon la table 5, page 5.2, du barème d'indemnisation. Pour sa part, le recourant n'apporte aucun élément médical et se limite à contester le taux de l'atteinte à l'intégrité retenu par l'intimée en alléguant qu'il était trop faible au regard des séquelles physiques et psychiques de l'accident du 26 janvier 2021. Il convient de rappeler que l'évaluation d'une atteinte à l'intégrité des suites d'un accident nécessite l'avis d'un médecin, à qui il appartient, d'une part, de constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, d'estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant. Or, en l'espèce, le recourant ne s'appuie sur aucun document médical pour contester l'atteinte à l'intégrité retenue par le Dr D _____. On rappellera par ailleurs que les troubles psychiques du recourant ne sont pas en lien de causalité avec l'événement du 26 janvier 2021, comme vu ci-avant, et ne peuvent ainsi être pris en considération dans la détermination de l'atteinte à l'intégrité. Il s'ensuit que la décision sur opposition doit également être confirmée sur ce point. 6. En tous points mal fondé, le recours du 19 janvier 2023 doit par conséquent être rejeté et la décision sur opposition du 22 décembre précédent confirmée. 7.

7.1 En application de l'article 61 lettre fbis LPGA, en vigueur depuis le 1er janvier 2021, et compte tenu du fait que la LAA n'en prévoit pas, il n'est pas perçu de frais judiciaires dans le présent litige portant sur des prestations de l'assurance-accidents. 7.2 Vu l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA a contrario), pas plus qu'à l'intimée (art. 91 al. 3 LPJA).

Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens. Sion, le 28 octobre 2024

E. 8

novembre 2011 consid. 4.2). S'agissant du critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, il doit se rapporter aux seules lésions physiques et ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_209/2020 du 18 janvier 2021 consid. 5.2.2 et la référence). Ce critère est en principe admis en cas d'incapacité totale de travail de près de trois ans (arrêts du Tribunal fédéral 8C_547/2020 du 1er mars 2021 consid. 5.1 et les références). En revanche, la jurisprudence a jugé qu'une durée de 21 mois était insuffisante pour l'admettre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 4.2.4). De même, une durée de 3 ans et 5 mois avant qu'une capacité de travail complète ne soit retrouvée dans une activité adaptée a également été jugée comme insuffisante, dès lors que celle-ci avait été entrecoupée par des périodes de capacité de travail partielle (entre 50% et 90% ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_566/2019 du 27 novembre 2020 consid. 7.3). En l'espèce, l'assuré a été jugé apte, sur le plan somatique, à exercer à plein temps une activité adaptée à ses séquelles accidentelles à partir de septembre 2022 au plus tard,

- 19 - comme on le verra ci-après. L'existence du critère relatif au degré et à la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques doit ainsi être niée. S'agissant du critère des douleurs physiques persistantes, il faut que des douleurs importantes aient existé sans interruption notable durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (cf. art. 19 al. 1 LAA) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_400/2022 du 21 décembre 2022 consid. 4.3.3), ce qui est le cas en l'espèce. Les douleurs à la hanche droite se sont en effet aggravées au fil du temps. Le Dr D _____ a en outre retenu une IPAI de 7.5% en raison de la persistance des douleurs au niveau de cette articulation. Ce critère ne se manifeste cependant pas dans une mesure qualifiée, dès lors que la prise en charge des douleurs se limite à la prise d'antalgiques.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.