

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)

Faits

A. X _____, né en 1980, de nationalité française, au bénéfice d'un brevet français dans la vente, effectuait un stage à temps plein auprès du A _____ à Monthey depuis le 3 août 2020. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) (pièces 1 et 42 du dossier de l'intimée, dossier duquel sont tirées toutes les pièces citées ci-après, sauf mention contraire).

Le 26 janvier 2021, l'assuré circulait au guidon de son vélo à assistance électrique lorsqu'il a été déstabilisé par le passage d'une voiture circulant dans le même sens. Le vélo a alors touché le trottoir et l'assuré a chuté au sol sur le côté droit (pièces 42, 57).

Le jour même, l'intéressé s'est rendu au Service des urgences de B _____ où le diagnostic de fracture avulsion du grand trochanter droit a été posé. L'examen clinique de la hanche droite a montré une charge possible avec une boiterie à la marche, une ecchymose au-dessus du grand trochanter, une douleur à la palpation du grand trochanter, une douleur à la flexion et à la rotation externe de la hanche avec une mobilisation non limitée et des poulx palpables. Aucun trouble neuro-vasculaire n'a été constaté. Les médecins ont précisé que l'assuré était connu pour une consommation d'héroïne sous traitement de méthadone. Un traitement conservateur a été mis en place et un arrêt de travail a été délivré jusqu'au 1^{er} février 2021 (pièce 16). L'incapacité de travail totale a ensuite été prolongée (pièce 2).

Dans un rapport du 4 mars 2021, le Dr C _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assuré marchait avec une canne et décrivait des douleurs en fin de journée. L'examen clinique avait montré que la mobilisation de la hanche droite était encore douloureuse notamment lors de la rotation interne et de l'abduction active assistée. Le leg roll test était également douloureux. L'examen radiologique avait mis en évidence un diastasis d'environ 1 cm. Le Dr C _____ a confirmé la poursuite du traitement conservateur sous forme de séances de physiothérapie et de balnéothérapie dès que possible, malgré le déplacement relativement important du grand trochanter droit. L'arrêt de travail en tant que serveur a été prolongé (pièce 8).

Lors de la consultation du 12 avril 2021, les médecins du Service d'orthopédie-traumatologie de B _____ ont indiqué que l'assuré marchait toujours avec une canne, qu'il décrivait surtout des douleurs à la charge et qu'il ne ressentait pas de

douleurs au repos. Ils ont recommandé la poursuite du traitement conservateur et prolongé l'arrêt de travail à 100% (pièce 22). Les radiographies réalisées le même jour ont montré une consolidation en cours du grand trochanter droit sans déplacement (pièce 72).

Dans un rapport du 10 juin 2021, le Dr C _____ a mentionné que l'évolution était défavorable malgré les séances de physiothérapie, que l'assuré avait fait plusieurs chutes, qu'il se plaignait de douleurs fortement invalidantes et qu'il se mobilisait toujours à l'aide de béquilles. Le bilan radiologique du 31 mai précédent n'avait pas mis en évidence de déplacement secondaire de la fracture avec cal vicieux. Le Dr C _____ a ajouté que l'assuré était toujours en incapacité de travail totale pour son activité de serveur. Il a estimé que l'assuré présentait vraisemblablement des douleurs en raison d'un retard de consolidation et/ou d'un cal vicieux. Il n'a pas recommandé d'intervention chirurgicale et a prié le médecin d'arrondissement de la CNA d'expertiser l'assuré afin de déterminer son impotence fonctionnelle, sa capacité de travail et au besoin de discuter d'une reconversion professionnelle (pièce 68).

Par courrier du 22 octobre 2021, l'assuré a été convoqué à un examen clinique par le médecin d'arrondissement de la CNA pour le 22 novembre suivant (pièce 76). Il ne s'est pas présenté à cet examen (pièce 84).

Par courrier du 24 novembre 2021, la CNA a alors suspendu l'octroi de toutes prestations d'assurance avec effet à ce jour (pièce 86).

L'assuré a été convoqué une nouvelle fois pour un examen par le médecin d'arrondissement de la CNA le 3 janvier 2022 (pièce 91). Dès lors que l'assuré n'avait pas fait de test PCR en lien avec la COVID-19 après son retour de l'étranger, l'examen clinique a été annulé et il a été décidé qu'il serait statué sur la base du dossier (pièce 95).

Dans son appréciation du 4 janvier 2022, le Dr D _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu les diagnostics d'ancienne fracture du grand trochanter droit survenue lors d'une précédente chute le 18 décembre 2017 et de contusion de la hanche droite sur ancienne fracture du trochanter droit des suites de l'événement du 26 janvier 2021. Il a expliqué que le diagnostic de fracture du grand trochanter de la hanche droite avait déjà été posé suite à une chute survenue le 18 décembre 2017. Le bilan radiologique montrait une fracture localisée au même endroit avec clairement une absence de remaniement ainsi qu'un espace clair interfragmentaire témoignant que cette fracture datait de 2017. Sur

les clichés effectués en 2021, la localisation du trait de fracture était identique avec par contre un comblement clair de l'espace interfragmentaire, même si la partie la plus extérieure était encore le siège d'un diastasis. Il a ajouté qu'on pouvait constater, sur le bilan radiologique effectué entre début janvier 2021 et mai 2021, qu'il n'existait aucun changement, migration ou modification de la fracture. Il a ainsi retenu comme diagnostic suite au traumatisme du 26 janvier 2021 uniquement une contusion simple de la hanche droite et a considéré que la situation était stabilisée (pièce 96).

Le même jour, la CNA a informé l'assuré qu'elle considérait la situation médicale comme stabilisée et qu'elle lui reconnaissait une aptitude au travail à 100% dès le 17 janvier 2022 (communication du 4 janvier 2022, pièce 98).

Dans un rapport du 8 avril 2022, la Dresse E _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a indiqué que son patient se plaignait toujours de fortes douleurs invalidantes du côté droit nécessitant l'utilisation de béquilles, qu'une reprise du travail comme serveur n'était pas possible et que l'examen clinique avait montré une douleur à la palpation du grand trochanter et une mobilisation de la hanche douloureuse dans tous les plans. Elle a joint à son rapport un compte-rendu des radiographies du bassin et de la hanche droite effectuées le 19 janvier 2022. Ces radiographies ont objectivé la fracture déplacée du grand trochanter non réincorporée et sans signes de consolidation par rapport à l'examen précédent du 30 avril 2018. Elle a prié la CNA de convoquer son patient pour une expertise médicale (pièce 117).

Le médecin d'arrondissement n'a pas jugé utile de convoquer une nouvelle fois l'assuré à un examen clinique à la suite du rapport du 8 avril 2022 de la Dresse E _____ (pièces 118 et 119).

Par décision du 25 avril 2022, la CNA a confirmé sa prise de position du 4 janvier précédent (pièce 122).

Le 10 mai 2022, l'assuré s'est opposé à cette décision, avec l'aide de la Dresse E _____. Cette médecin a indiqué que l'assuré présentait toujours de fortes douleurs au niveau de la hanche droite, que les douleurs apparaissaient après cinq minutes de marche, que celles-ci s'accroissaient au cours de la journée et qu'elles étaient également présentes la nuit. L'assuré utilisait toujours une canne pour se déplacer. L'examen clinique était inchangé avec des douleurs à la palpation du grand trochanter et à la mobilisation de la hanche. Ces douleurs empêchaient l'assuré de reprendre son activité professionnelle dans la restauration. La Dresse E _____ a réitéré sa demande d'expertise médicale (pièce 127).

A la demande du Dr D _____, une IRM de la hanche droite a été réalisée le 20 juillet 2022. Cet examen a mis en évidence une pseudarthrose d'une fracture de la grande tubérosité de l'os fémoral droit associant des remaniements dégénératifs, une absence d'œdème osseux en faveur d'une fracture récente et une atrophie modérée des muscles glutéaux de stade II selon Goutallier. En outre, un aspect iconographique pouvant être en rapport avec un conflit FA bilatéral de type « cam » avec une modification dégénérative secondaire devait être corrélé à la clinique (pièces 132 et 136).

L'assuré a été examiné par le Dr D _____ en date du 5 septembre 2022. Celui-ci a posé le diagnostic de status après fracture de la pointe du grand trochanter droit déplacée compliquée d'une consolidation partielle avec cal vicieux. Il a considéré que la fracture était clairement consécutive au traumatisme du 18 décembre 2017. Le bilan radiologique successif a montré une absence de déplacement de cette fracture entre 2017 et les dernières radiographies de 2022, ce qui attestait que l'événement de 2021 n'avait pas occasionné de lésion structurelle objectivable pouvant être considérée comme aboutissant à une aggravation déterminante. Ceci était également confirmé par l'IRM qui avait montré l'absence d'œdème et de réaction liquidienne au sein du foyer de fracture traduisant que ce dernier était bien stabilisé. De plus, sur les coupes axiales inférieures, il existait une continuité de la médullaire traduisant des éléments de consolidation, ce qui était corroboré par l'absence d'élément inflammatoire sur l'IRM. Par ailleurs, il a relevé que la fracture ne touchait qu'une partie du grand trochanter et que l'essentiel de la musculature fessière n'était pas concerné. En outre, l'IRM permettait d'exclure une compression du nerf sciatique, lequel aurait pu expliquer l'intensité et le caractère irradiant des douleurs. Le Dr D _____ a estimé qu'aucune mesure thérapeutique ne pouvait améliorer de façon notable l'état clinique de l'assuré, raison pour laquelle on pouvait considérer la situation comme stabilisée. L'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations suivantes : pas de port de charges lourdes, pas de marche sur terrain inégal et pas de marche prolongée sur terrain plat (cf. rapport du 6 septembre 2022, pièce 143).

Le même jour, le Dr D _____ a retenu un taux d'atteinte à l'intégrité de 7.5% en raison de la persistance de douleurs au niveau de la hanche droite suite à une fracture du grand trochanter. Il a fixé ce taux par analogie avec la table 5, page. 5.2, du barème d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA (0 à 10% pour une coxarthrose d'importance légère à moyenne) (pièce 144).

Le 13 septembre 2022, la CNA a informé l'assuré qu'elle annulait sa décision du 25 avril précédent (pièce 147).

Le 25 octobre 2022, la CNA a rendu une décision qui refusait à l'intéressé le droit à une rente d'invalidité et qui lui octroyait une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 11'115 fr. correspondant à 7.5% du gain annuel. Cette décision se fondait sur l'appréciation du 6 septembre 2022 du Dr D _____. Elle tenait compte d'un revenu sans invalidité de 61'737 fr. et d'un revenu avec invalidité de 66'661 fr., évalués sur la base des données statistiques tirées de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), comparaison aboutissant à l'absence de perte de gain (pièce 162).

Le 16 novembre 2022 (date du sceau postal), l'assuré a formé opposition contre cette décision. Il a allégué qu'il ne pouvait pas porter de charges lourdes, qu'il ne pouvait pas marcher sans pause très régulière, qu'il boitait et qu'il devait se déplacer avec une canne. Il a ajouté qu'il avait une douleur persistante qui devenait aiguë dès la moindre activité physique. Il a précisé que la dégradation de son état de santé était importante et durable. Il a ajouté que le déplacement du grand trochanter était irréversible. Il a fait valoir qu'au vu de ces éléments, il ne pouvait pas reprendre une activité professionnelle et que l'octroi d'une rente d'invalidité était justifié. Pour les mêmes raisons, il a contesté le taux de l'atteinte à l'intégrité retenu par la CNA. Il a finalement reproché à la CNA de ne pas avoir pris en compte la répercussion de son état de santé physique sur sa santé psychique. Il a ajouté qu'il ferait parvenir un rapport de la Dresse F _____, médecin praticien FMH, concernant l'aspect psychique et un autre rapport médical sur son état de santé physique (pièce 164).

Le 17 novembre 2022, la CNA a octroyé à l'assuré un délai de 30 jours dès réception du courrier pour déposer le rapport de la Dresse F _____ (pièce 166).

Par décision du 22 décembre 2022, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a rappelé que le Dr D _____ avait retenu que la situation médicale était stabilisée et que l'assuré pouvait exercer une activité adaptée à plein temps. Elle a également rappelé la manière dont avaient été déterminés les revenus avec et sans invalidité. Quant à l'IPAI, elle a rappelé l'appréciation émise le 6 septembre 2022 par le Dr D _____. S'agissant des troubles psychiques, elle a retenu que l'accident du 26 janvier 2021 pouvait être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite de la catégorie inférieure et qu'aucun des critères développés par la jurisprudence n'était rempli (pièce 168).

Par courrier du 11 janvier 2023, l'assuré a fait parvenir à la CNA trois rapports médicaux :

- Un rapport du 20 décembre 2022 de la Dresse E _____, qui a rapporté que son patient présentait toujours de fortes douleurs au niveau de la hanche droite, irradiant parfois dans la cuisse et le bas du dos, se péjorant au courant de la journée. Elle a indiqué que les douleurs apparaissaient dès que l'assuré se mettait en mouvement et que depuis l'automne elles étaient aussi présentes la nuit et au repos. S'accroupir et fléchir le tronc vers l'avant n'était plus possible. Les douleurs avaient un impact sur les activités de la vie quotidienne, notamment pour se doucher, se pencher, faire les courses et s'habiller. L'examen clinique avait montré une palpation très douloureuse du grand trochanter avec une diminution globale de la mobilité. La physiothérapie n'avait pas eu d'effet sur les douleurs. Avec une incapacité de travail totale pour un travail physique, une reprise de travail semblait impossible.
- Un rapport du 30 décembre 2022 du Dr G _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique, qui a diagnostiqué des douleurs chroniques dans le cadre d'une pseudarthrose du grand trochanter à droite, d'un status après fracture du grand trochanter droit en 2018, d'un déconditionnement physique et psychique, de troubles statiques et d'une kinésiophobie. A titre de comorbidité, il a noté un trouble anxieux. Bien qu'il n'ait pas pu comparer les anciennes et nouvelles radiographies, le Dr G _____ a estimé qu'il était très probable qu'il s'agissait toujours de la même fracture. Il a recommandé une prise en charge globale.
- Un rapport du 10 janvier 2023 de la Dresse F _____ qui a diagnostiqué un état de stress post-traumatique chronique (F43.0), un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), une personnalité dyssoziale (F60.2), des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés actuellement sous traitement de substitution (F11.22) et un syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.25). Elle a indiqué suivre l'assuré depuis mai 2022 dans un contexte de crises chroniques à la suite de ses accidents de la voie publique de 2021 et 2018 et de la perte d'une amie de manière tragique en 2014. L'incapacité de travail était totale pour toute activité.

L'assuré a ajouté à ces éléments qu'il avait pu reprendre une activité professionnelle et physique après son accident du 18 décembre 2018 (*recte* : 2017), qui avait entraîné une fracture du grand trochanter, ce qui n'était pas le cas avec l'accident du 26 janvier 2021, lequel avait provoqué une nouvelle fracture du trochanter avec des conséquences plus graves et irréversibles l'empêchant de reprendre une activité professionnelle et

physique. Il a en outre fait valoir que plusieurs critères jurisprudentiels en lien avec la causalité adéquate des troubles psychiques étaient remplis. Il a conclu à l'annulation de la décision du 22 décembre 2022 (pièces 169 ss).

Les nouveaux rapports médicaux ont été soumis au Dr D _____. Dans son avis du 17 janvier 2023, il a rappelé que l'IRM ne montrait aucun élément inflammatoire ni dans l'espace interfragmentaire ni dans son voisinage, ce qui traduisait une stabilité de la situation des fragments osseux. En cas de pseudarthrose instable pouvant être responsable de douleurs, des éléments seraient visibles à l'IRM. Les bilans radiologiques successifs depuis 2017, qui ne montraient pas de déplacement secondaire, attestaient également d'une stabilité de la situation. En outre, il a relevé que certaines incohérences constatées lors de l'examen par le médecin d'assurance venaient renforcer le fait que l'importance des plaintes ne trouvait pas d'explication dans les lésions structurelles objectivées. Concernant le rapport de la Dresse E _____, il a indiqué que l'impossibilité d'effectuer une activité lourde était également reconnue par le médecin d'assurance. Par ailleurs, la Dresse E _____ ne s'était pas prononcée sur la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée et n'avait apporté aucun élément nouveau d'ordre structurel. S'agissant du déconditionnement mis en évidence par le Dr G _____, il a expliqué que lors de l'examen par le médecin d'assurance, il n'avait pas été constaté d'amyotrophie conséquent au niveau de la musculature du membre inférieur droit, avec encore une force relativement satisfaisante des muscles testés, notamment au niveau des abducteurs. Pour cette raison, il était probable que d'autres facteurs, comme les diagnostics psychiatriques mentionnés par la Dresse F _____, avaient joué un rôle non négligeable dans ce problème de déconditionnement. Sur le plan orthopédique, le Dr D _____ a confirmé une pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, dont les limitations avaient été définies lors de l'examen du 6 septembre 2022 (pièce 178).

Dans un courrier du 18 janvier 2023, la CNA a informé l'assuré qu'elle maintenait sa décision du 22 décembre 2022. Elle s'est notamment fondée sur l'appréciation du Dr D _____ du 17 janvier précédent (pièce 179).

B. Le 19 janvier 2023 (date du sceau postal), X _____ a recouru céans contre la décision sur opposition du 22 décembre 2022, concluant à son annulation, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, à une IPAI supérieure à celle qui a été retenue par l'intimée et au versement des indemnités journalières au-delà du 17 janvier 2022. Il a allégué que la décision attaquée ne tenait pas compte de l'avis de la Dresse F _____ bien que celle-ci ait adressé un email à la CNA le 7 décembre 2022 et

tenté de la joindre téléphoniquement dans le délai qui lui avait été imparti pour déposer un rapport médical. Sur le fond, il a d'abord soutenu que sa capacité de gain était nulle. Pour ce faire, il s'est basé sur les rapports des Dresses E _____ et F _____, qui avaient retenu une incapacité de travail totale ainsi que sur celui du Dr G _____ qui avait indiqué qu'il ne pouvait pas rester debout sans gêne au-delà de 10 minutes, ni supporter la position assise pendant plus de 30 minutes. Il a rappelé que c'était l'accident de 2021 et non celui de 2018 (*recte* : 2017) qui avait conduit à la situation actuelle. Il a ensuite fait valoir que plusieurs critères jurisprudentiels en lien avec les troubles psychiques étaient remplis. Finalement, il a fait valoir que la CNA avait, le 13 septembre 2022, reconnu qu'il ne pouvait pas reprendre son travail habituel à partir du 17 janvier 2022 et qu'il était surprenant de voir que la CNA lui avait reconnu, dans sa décision du 25 octobre 2022, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2022.

Le 17 février 2023, la CNA a conclu au rejet du recours. En particulier, elle a fait valoir que le rapport du Dr D _____ du 6 septembre 2022 ainsi que son complément du 13 janvier 2023 avaient une pleine valeur probante. En ce qui concerne les troubles psychiques, l'intimée a analysé les différents critères, à l'exception de celui de la persistance des douleurs, et a retenu qu'aucun des critères examinés n'était rempli. S'agissant de l'IPAI, l'intimée a rappelé que les troubles psychiques ne relevaient pas de sa responsabilité.

Le recourant a répliqué le 16 mars 2023. En substance, il a fait valoir que son incapacité de travail actuelle était due à la chute de janvier 2021 et non à celle de décembre 2017. A cet égard, il a indiqué que la radiographie du 19 décembre 2017 avait montré une fracture peu déplacée du grand trochanter à droite et que celle du 27 mars 2018 avait ensuite mis en évidence un aspect consolidé de cette fracture avec une légère médialisation initiale de son pôle proximal. Il a ajouté qu'il avait pu reprendre son activité de serveur ainsi qu'une activité sportive après l'accident de 2017, alors que le Dr D _____ lui avait reconnu une incapacité de travail dans une activité lourde, seule une activité adaptée étant encore possible après l'événement de janvier 2021. Il a allégué que le Dr D _____ ne l'avait reconnu apte à exercer une activité adaptée qu'après son examen du 5 septembre 2022, ce qui laissait supposer qu'il ne l'était pas avant cette date et qu'il n'avait eu connaissance de ce fait que le 25 octobre suivant. Le recourant s'est ensuite fondé sur le rapport du 30 décembre 2020 du Dr G _____ et notamment sur le fait que celui-ci avait préconisé une prise en charge globale pour contester la stabilisation de l'état de santé. Concernant la rente d'invalidité, il a allégué

que les limitations fonctionnelles retenues par l'intimée ne lui permettaient pas d'exercer une activité dans l'industrie et que son niveau de formation ne lui permettait pas de faire une reconversion, ce qui rendait sa capacité de travail résiduelle inexploitable économiquement. S'agissant des troubles psychiques, il a rappelé que les critères jurisprudentiels étaient remplis en l'espèce.

Dans sa duplique du 27 avril 2023, l'intimée a maintenu que la fracture du grand trochanter était consécutive à l'accident de décembre 2017 et que l'événement de janvier 2021 n'avait pas entraîné d'aggravation déterminante selon l'avis du Dr D _____, lequel revêtait une pleine valeur probante. Par ailleurs, la stabilisation de l'état de santé du recourant avait été constatée par le Dr D _____ en janvier 2022 déjà. L'intimée a rappelé le devoir général de diminuer le dommage incombant à chaque assuré. Finalement, elle a fait valoir qu'il existait sur le marché du travail un éventail suffisamment large d'activités simples et légères ne nécessitant aucune formation, dont un nombre significatif d'entre elles étaient adaptées au handicap du recourant.

L'échange d'écritures a été clos le lendemain.

Considérant en droit

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

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.

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 impart.

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).

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.

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.

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 1^{er} janvier 2022 et si la CNA était ainsi fondée à mettre un terme au versement des prestations au 17 janvier 2022.

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

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

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

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

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.

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).

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).

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, 3^{ème} 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

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).

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.

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

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.

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).

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).

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

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 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 1^{er} 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,

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.

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.

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 _____.

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

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

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

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 permettaient 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'invalidé. Par ailleurs, on rappellera que l'absence de formation ou d'expérience professionnelle ne joue pas de rôle lorsque le revenu d'invalidé 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

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 f^{bis} LPGA, en vigueur depuis le 1^{er} 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