



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00

[www.fr.ch/tc](http://www.fr.ch/tc)

605 2022 89

## **Arrêt du 21 décembre 2023**

### **1<sup>e</sup> Cour des assurances sociales**

#### **Composition**

Président : Marc Boivin  
Juges : Marc Sugnaux, Vanessa Thalmann  
Greffière-rapporteure : Isabelle Schuwey

#### **Parties**

**A.** \_\_\_\_\_, **recourant**, représenté par Me Elio Lopes, avocat  
contre  
**SUVA, autorité intimée**

#### **Objet**

Assurance-accidents – causalité ; rente d'invalidité ; rente transitoire ;  
indemnité pour atteinte à l'intégrité

Recours du 24 mai 2022 contre la décision sur opposition du 22 avril  
2022

## considérant en fait

A. A. \_\_\_\_\_, né en 1961, travaillait en tant qu'ouvrier de la construction depuis 1992.

Le 2 mai 2018, alors qu'il se trouvait dans une fouille de canalisation, il a été partiellement enseveli par l'effondrement du bord.

Les examens effectués le jour même à B. \_\_\_\_\_ ont mis en évidence des fractures de l'hémi-bassin droit avec atteinte des branches ilio- et ischio-pubiennes droites, de la partie droite du sacrum et de l'apophyse de L5 à droite. Il a été opéré le 4 juin 2018 (stabilisation de l'anneau pelvien antérieur avec une plaque de reconstruction).

Le 30 octobre 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI).

B. Par décision du 5 mars 2020, la SUVA a considéré que les troubles urologiques dont souffrait l'assuré n'étaient pas en lien de causalité certain ou probable avec l'événement dommageable du 2 mai 2018 (dossier SUVA, pièce 208).

Suite à l'opposition déposée le 27 mars 2020 par l'assuré, la SUVA a, par courrier du 5 mai 2020, retiré sa décision du 5 mars 2020 et indiqué prendre en charge l'atteinte urologique. Elle a précisé que la situation médicale serait examinée dans son intégralité par la suite (dossier SUVA, pièce 239).

C. Le 16 septembre 2021, la SUVA a informé l'assuré qu'elle considérait que la situation était stabilisée et, partant, qu'elle mettait fin au paiement des frais médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 novembre 2021.

Par décision du 20 septembre 2021, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 15% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2021, tout en lui niant le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) et à des prestations pour les troubles psychiques.

L'assuré a fait opposition à cette décision.

Le 1<sup>er</sup> décembre 2021, l'assuré a pris sa retraite de façon anticipée. Il perçoit depuis cette date une rente de vieillesse anticipée.

D. Par décision sur opposition du 22 avril 2022, la SUVA a confirmé sa décision du 20 septembre 2021. Elle a en premier lieu considéré que son courrier du 5 mai 2020 n'était pas une décision dotée de la force de chose jugée. Sur le plan médical, elle a retenu, sur la base de différents rapports médicaux, que les troubles urologiques dont souffrait l'assuré n'étaient pas en lien de causalité probable avec l'accident du 2 mai 2018, tout comme les troubles de la sphère psychique. Ainsi, estimant la situation médicale stabilisée, la SUVA a examiné le droit à la rente d'invalidité compte tenu des seules séquelles physiques de l'accident, en excluant les troubles vésicaux et urologiques. Elle est arrivée à la conclusion que l'assuré était en mesure de réaliser une activité lucrative en pleine capacité et plein rendement, tout en respectant ses limitations (position assise et/ou debout à sa guise, permettant des déplacements sur de courts trajets sur terrain régulier, sans déplacement dans les escaliers, sans déplacement en terrain irrégulier, sans port de charges supérieures à 5 kg, sans port de charges répétitif), ce qui entraînait une perte de gain de 14.79%. Enfin, elle a considéré

que les critères pour l'octroi d'une IPAI en lien avec une atteinte orthopédique du bassin n'étaient pas remplis.

E. Par acte du 24 mai 2022, A. \_\_\_\_\_, représenté par Me Elio Lopes, avocat, interjette recours contre cette dernière décision. Il prend les conclusions suivantes, sous suite de dépens :

- principalement à la poursuite de la prise en charge du traitement médical et du versement des indemnités journalières au-delà du 30 novembre 2021 ;
- subsidiairement à l'octroi d'une rente d'invalidité LAA transitoire, calculée sur une invalidité de 100%, dès le 1<sup>er</sup> décembre 2021, et ce jusqu'à la fin des mesures d'instruction de l'OAI, avant le réexamen du degré d'invalidité ; ainsi qu'à l'octroi d'une IPAI de 100% ;
- plus subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité LAA calculée sur un degré d'invalidité de 100%, ainsi que d'une IPAI de 100% ;
- plus subsidiairement encore, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire pour examiner le lien de causalité entre les troubles urologiques et érectiles et l'accident et déterminer la capacité de travail et le taux de l'IPAI ;
- par ailleurs, toujours à titre subsidiaire, au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour la mise en œuvre d'une telle expertise ;
- enfin, si toutes ses précédentes conclusions devaient être écartées, à l'octroi d'une rente d'invalidité LAA de 44% ainsi que d'une IPAI de 100%.

A l'appui de ses conclusions, il fait tout d'abord valoir que le courrier de la SUVA du 5 mai 2020, par lequel celle-ci confirmait la prise en charge de l'atteinte urologique, vaut décision sur opposition et que l'autorité ne peut revenir sur celle-ci sans motif de révision ou de reconsidération. Par ailleurs, il conteste la valeur probante des rapports médicaux retenus par la SUVA pour exclure le lien de causalité entre l'accident et les troubles urologiques et considère que son état de santé n'est pas encore stabilisé. De plus, il estime que, dans la mesure où il pourrait encore bénéficier de mesures professionnelles de la part de l'OAI, il doit être mis au bénéfice d'une rente transitoire au sens de l'art. 30 al. 1 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA ; RS 832.202). S'agissant ensuite du calcul de son revenu d'invalidité, il considère que les douleurs entraînent une diminution de rendement plus importante que celle retenue par la SUVA, en particulier compte tenu des troubles urologiques qu'il rencontre, et que l'abattement retenu doit également être revu à la hausse.

En sus, il requiert également la suspension de la procédure de recours jusqu'à droit connu sur sa demande de prestations LAI.

Par courrier du 30 juin 2022, la SUVA conclut au rejet de la requête de suspension de la procédure.

Le 23 septembre 2022, le Président de la Cour a rejeté la requête de suspension de la procédure formulée par le recourant.

F. Dans ses observations du 25 octobre 2022, la SUVA propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Elle constate tout d'abord que l'absence de causalité entre l'accident et les troubles psychiques du recourant n'est plus remise en cause par ce dernier et, partant, que la décision attaquée est entrée en force sur ce point. S'agissant du courrier du 5 mai

2020, elle relève que celui-ci annulait une précédente décision sans pour autant constituer une nouvelle décision formelle, en mentionnant expressément que la situation serait examinée ultérieurement. L'obligation de prester, reconnue par le versement d'indemnités journalières et la prise en charge des frais de traitement, n'avait ainsi pas force de chose jugée et pouvait être supprimée indépendamment de l'existence d'un motif de révocation. Sur le fond, l'autorité intimée renvoie notamment à sa décision et aux rapports médicaux présents au dossier, tout en soulignant que le versement d'une rente transitoire est notamment soumis à la condition que l'assuré soit susceptible d'être réadapté, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

En parallèle, elle produit le projet de décision établi le 22 août 2022 par l'OAI, par lequel ce dernier reconnaît au recourant le droit à une rente entière à compter du 2 mai 2019, considérant par ailleurs que les possibilités de réinsertion sur le marché primaire de l'emploi sont illusoires.

G. Par décision du 12 janvier 2023, reprenant son projet du 22 août 2022, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité au recourant.

H. Dans ses contre-observations du 16 février 2023, le recourant revient sur les raisons pour lesquelles le courrier du 5 mai 2020 a, à son sens, force de chose décidée. Il revient également sur ses critiques à l'encontre de l'appréciation médicale retenue par la SUVA pour écarter les troubles urologiques et maintient qu'une expertise doit être mise en œuvre pour examiner le lien de causalité entre l'accident. Il estime en outre que sa retraite anticipée ne fait pas obstacle à l'octroi d'une rente transitoire, dans la mesure où la rente vieillesse anticipée est subsidiaire aux rentes de l'AI et de l'assurance-accidents. Il considère dès lors que, compte tenu des chances de réinsertion illusoires retenues par l'OAI, il est en droit de bénéficier d'une rente transitoire entière de la part de la SUVA. Il conteste à côté de cela la capacité de travail retenue par le médecin d'arrondissement de la SUVA, estimant que celui-ci se base sur plusieurs informations erronées. Il reprend également ses critiques relatives au taux d'abattement retenu et au refus d'une IPAI.

Dans une détermination spontanée du 15 mars 2023, le recourant produit encore un nouveau rapport portant sur l'analyse du CT-scan réalisé le 2 mai 2018. Il s'appuie sur ce dernier pour remettre en cause le caractère probant de l'appréciation médicale des médecins de la SUVA, estimant que ces derniers se sont prononcés sur la base d'une mauvaise appréciation des faits.

Dans ses ultimes remarques du 16 mars 2023, la SUVA renvoie aux arguments développés dans ses observations.

Il sera fait état du détail des arguments des parties dans les considérants de droit du présent arrêt, dans lesquels seront notamment examinés leurs moyens de preuve.

## en droit

1.

### *Recevabilité*

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision sur opposition attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

2.

### *Conditions du droit aux prestations LAA*

En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'assureur LAA n'est tenu à prestations que lorsqu'il existe entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé une relation de causalité naturelle et adéquate.

#### 2.1. *Causalité naturelle*

L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'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 condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b, 117 V 369 consid. 3a, 117 V 359 consid. 5a).

Savoir s'il existe un rapport de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 335 consid. 1).

En particulier, le principe « *après l'accident, donc à cause de l'accident* » (« *post hoc, ergo propter hoc* ») ne saurait être considéré comme un moyen de preuve et ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurance-accidents (ATF 119 V 341 consid. 2b/bb).

Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (arrêt TF 8C\_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2 et les références).

## 2.2. *Causalité adéquate*

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; 125 V 456 consid. 5a et les références).

3.

### *Dispositions relatives au droit à la rente d'invalidité LAA*

Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents figurent notamment le droit au traitement médical (art. 10 et 54 LAA), le droit à l'indemnité journalière (art. 16 LAA), le droit à une rente d'invalidité (art. 18 et 19 LAA) et le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 et 25 LAA).

#### 3.1. *Rente ordinaire*

A teneur de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite.

L'art. 19 al. 1 LAA prévoit que le droit à une rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation d'un traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé 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.

De jurisprudence constante, cela signifie que l'assuré a un droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme. Lorsque ces conditions ne sont plus remplies, le droit à ces prestations cesse et le droit à la rente commence (arrêt TF 8C\_403/2011 du 11 octobre 2011 consid. 3.1.1 ; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées).

#### 3.2. *Rente transitoire*

L'art. 19 al. 3 LAA prévoit que le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard.

En application de cette disposition, le Conseil fédéral a édicté l'art. 30 OLAA. Selon son al. 1, lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical ; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'AI (let. a), avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle (let. b) ou avec la fixation de la rente définitive (let. c).

Il s'agit d'une rente transitoire destinée à permettre à l'assureur-accidents qui ne peut encore fixer définitivement le degré d'invalidité de l'assuré, faute de connaître le résultat des mesures de réadaptation entreprises par l'assurance-invalidité, de verser néanmoins une rente d'invalidité sans attendre ce résultat. C'est donc une prestation temporaire, fixée provisoirement, et qui doit être allouée aussi bien pendant le déroulement des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité que pendant la période qui va de la fin du traitement médical jusqu'au moment où la décision est prise quant à d'éventuelles mesures de réadaptation, cas échéant à la mise en œuvre de celles-ci (arrêt TF U 331/04 du 31 octobre 2005 consid. 2.2 et ATF 139 V 514 consid. 2.3). Cette rente, allouée à titre transitoire et jusqu'au moment où, à l'issue des mesures de réadaptation, il sera possible de fixer de façon certaine le degré d'invalidité de l'assuré, ne doit pas être confondue avec la rente allouée à titre temporaire, sur la base d'une appréciation anticipée de l'invalidité en fonction de l'accoutumance prévisible de l'assuré aux séquelles de l'accident. La différence réside dans le fait que, dans le cas de la rente temporaire, seule l'activité qui peut raisonnablement être exigée de la part d'un assuré non encore réadapté, compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est prise en considération (ATF 116 V 246 consid. 2b).

Enfin, la jurisprudence a eu l'occasion de préciser que, par décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle, au sens de l'art. 30 al. 1 let. b OLAA, il faut comprendre une décision exécutoire (ATF 129 V 283 consid. 4.4).

### 3.3. *Evaluation du taux d'invalidité*

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA ; RS 830.1]).

L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. C'est la méthode générale de comparaison des revenus (arrêts TF 8C\_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1, 8C\_162/2016 du 2 mars 2017 consid. 3.2, et les références citées).

#### 3.3.1. *Revenu sans invalidité*

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé (arrêts TF 9C\_140/2017 du 18 août 2017 consid. 5.4.1, 8C\_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.2, et les références citées).

#### 3.3.2. *Revenu d'invalide*

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne

assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ci-après: DPT) qui étaient établies par la Suva selon une pratique désormais abandonnée (voir arrêt TF 9C\_140/2017 précité consid. 5.4.1 et la référence citée).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. L'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt TF 8C\_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2 et les références citées).

Selon la jurisprudence, lorsque le revenu d'invalide est évalué sur la base des données de l'Office fédéral de la statistique, certains empêchements propres à la personne de l'invalide exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques.

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. En revanche, l'absence d'expérience et de formation ne joue pas de rôle lorsque le revenu d'invalide a été déterminé en référence au salaire statistique auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (arrêt TF 9C\_847/2018 du 2 avril 2019 consid. 6.2.3). Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation, qui est soumise à l'examen du juge de dernière instance uniquement si la juridiction cantonale a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit si elle a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci (ATF 132 V 393 consid. 3.3), notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (cf. ATF 130 III 176 consid. 1.2).

### 3.3.3. *Comparaison des revenus en cas de rente transitoire*

Selon la jurisprudence, une rente transitoire fondée sur l'art. 30 OLAA doit être fixée d'après la méthode de comparaison des revenus, l'évaluation intervenant dans ce cas avant l'exécution



éventuelle de mesures de réadaptation. Seule entre en considération, à cette date, l'activité qui peut raisonnablement être exigée de la part d'un assuré non encore réadapté, compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (ATF 116 V 246 consid. 2c). Cette rente est allouée sur la base de l'incapacité de gain existant au moment de la fin du traitement médical. Elle n'est pas versée tant que l'assuré a droit à une indemnité journalière de l'AI (ibid., consid. 2b).

4.

#### *Indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI)*

Selon l'art. 24 al. 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. 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).

L'IPAI 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 (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009 ; voir également FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2<sup>ème</sup> éd., 2007, n° 229).

Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415, U 134/03, consid. 5.2; RAMA 2000 p. 41, U 360/98, consid. 1). Ce n'est qu'en cas d'affections à la colonne vertébrale que le taux de l'atteinte à l'intégrité dépend de l'intensité des douleurs ressenties par l'assuré (cf. arrêt TF 8C\_389/2009 du 7 avril 2010 consid. 5.3). Il incombe par conséquent aux médecins de constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, n° 235 ; arrêt TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009).

Par ailleurs, aux termes de l'art. 36 al. 4 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. Cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (RAMA 1998 p. 602 consid. 3b).

5.

### *Règles relatives à l'appréciation des preuves*

5.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée.

Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références citées ; arrêt TF 8C\_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2 ; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a ; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b ; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités ; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

5.2. Pour accorder pleine valeur probante à un rapport médical, il est nécessaire que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA 1991 p. 311 ; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 et les références citées).

En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivés (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157).

5.3. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé.

Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee).

Cela étant, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 *in fine*), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

5.4. Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

La jurisprudence attire l'attention sur la relation de confiance qui s'établit inmanquablement entre le médecin traitant et son patient, ainsi que sur l'indépendance présumée d'un médecin lié à un assureur par un rapport de travail, mais n'en déduit pas pour autant une quelconque règle de préséance (arrêt TF 9C\_843/2007 du 28 juillet 2008 consid. 3).

6.

#### *Questions litigieuses et résumé des faits pertinents*

Quatre questions sont en l'espèce litigieuses.

Premièrement, la stabilisation du cas est contestée, et, partant, la décision de la SUVA de mettre un terme au versement des indemnités journalières LAA et à la prise en charge du traitement médical au-delà du 30 novembre 2021. Le recourant considère en effet que son état de santé, en lien avec les troubles urologiques, n'est pas stabilisé.

Est deuxièmement litigieuse la détermination du degré d'invalidité par la SUVA, notamment sous l'angle de la capacité médico-théorique retenue ainsi que de l'éventuel abattement par rapport au salaire statistique retenu. Le recourant estime à cet égard que les douleurs n'ont pas suffisamment été prises en compte et considère que sa capacité résiduelle est nulle, comme l'a reconnu l'OAI.

Troisièmement, se pose la question de savoir si le recourant a droit à une rente transitoire jusqu'au terme des éventuelles mesures de réadaptation entreprises par l'OAI.

Enfin, le recourant conteste le refus d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'autorité intimée ayant considéré que les critères pour l'octroi d'une telle indemnité en lien avec une atteinte orthopédique du bassin n'étaient pas remplis.

Il convient, en premier lieu, de revenir sur le dossier de la cause.

#### 6.1. Accident du 2 mai 2018

A. \_\_\_\_\_, né en 1961, travaillait en tant qu'ouvrier de la construction depuis 1992.

Le 2 mai 2018, alors qu'il se trouvait dans une fouille de canalisation, il a été partiellement enseveli par l'effondrement du bord et a notamment été blessé au niveau du bassin (dossier SUVA, pièce 2).

Les examens effectués le jour même à B. \_\_\_\_\_ ont conclu à des « *fractures de l'hémi-bassin droit avec atteinte des branches ilio- et ischio-pubiennes droites et de la partie droite du sacrum* ». Le diagnostic d'hématurie macroscopique post-traumatisme du bassin sur probable contusion rénale a également été retenu (rapport du 2 mai 2018 de la Dre C. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique auprès du service des urgences de B. \_\_\_\_\_, dossier SUVA, pièce 11).

Il a été hospitalisé du 2 au 18 mai 2018 à B. \_\_\_\_\_, puis du 18 au 24 mai à B. \_\_\_\_\_, site de D. \_\_\_\_\_.

Face à l'échec du traitement conservateur, il a été retransféré à B. \_\_\_\_\_ du 24 mai au 12 juin 2018, pour bénéficier le 4 juin 2018 d'une stabilisation de l'anneau pelvien antérieur avec une plaque de reconstruction, pratiquée par le Dr E. \_\_\_\_\_, médecin-chef à la clinique de chirurgie orthopédique de B. \_\_\_\_\_ (dossier SUVA, pièce 36). Il est ensuite retourné à D. \_\_\_\_\_ du 13 juin au 10 juillet 2018.

A ce stade, il a notamment été constaté que l'assuré présentait « *une dysurie persistante avec des urines claires au laboratoire sans troubles de la vidange vésicale. Dans ce contexte une consultation urologique est effectuée et permet de diagnostiquer une prostatite que nous traitons avec une antibiothérapie, permettant une bonne évolution clinique* » (rapport provisoire de sortie du 12 juin 2018 du Dr E. \_\_\_\_\_, dossier SUVA, pièce 32).

Dans un rapport du 21 août 2018 reçu par la SUVA le 4 septembre 2018, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant du recourant, a mentionné une « *très lente amélioration. Des cannes sont toujours indispensables. Prurit et sensations douloureuses au niveau du tiers distal du pénis d'origine précise indéterminée. Dysfonction érectile secondaire au traumatisme. Pollakiurie diurne et nocturne* » (dossier SUVA, pièce 56).

Le 21 août 2018, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en urologie opératoire, a posé les diagnostics d'« *irritation urétrale sans signe de lésion* » et de « *status après hydronéphrose droite sur congestion de l'unité réno-urétérale droite en raison d'une compression de l'uretère droit après fracture du bassin* » (dossier SUVA, pièce 96).

Le 30 octobre 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI ; dossier SUVA, pièce 81).

Dans un rapport du 14 décembre 2018, le Dr G. \_\_\_\_\_ a rappelé que son patient avait subi une « *fracture du bassin avec des problèmes neurologiques importants en L4-S1 et une hématurie due à une irritation importante de l'urètre y compris l'uretère D avec une hydronéphrose consécutive passagère* » et a affirmé qu'il y avait à son avis « *une relation claire avec les problèmes érectiles actuels* » (dossier SUVA, pièce 97).

#### 6.2. Premier séjour à la CRR et opérations des 14 novembre 2019 et 12 mars 2020

L'assuré a séjourné une première fois à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 9 avril au 5 juin 2019.

A sa sortie, le cas n'était pas stabilisé. Sur le plan orthopédique, il a été constaté que l'évolution était favorable, sans nouvelle intervention proposée. Sur le plan psychique, un état de stress post-traumatique a été diagnostiqué. Sur le plan neurologique, les examens ont mis en évidence un « *probable léger syndrome radiculaire L5 droit avec un léger déficit sensitivo-moteur, non irritatif* », atteinte qualifiée de « *mineure* ». Enfin, un trouble urologique a été constaté, à savoir une « *vessie neurogène de type périphérique avec une vessie normosensitive acontractile, normo-capacitive* », nécessitant des autosondages, ainsi que des douleurs sus-pubiennes et péniennes (dossier SUVA, pièce 138).

Un CT de l'abdomen réalisé le 11 octobre 2019, comparé aux examens antérieurs, a révélé « *une importante dilatation pyélocalicielle droite, avec probable obstruction à hauteur de l'uretère proximal* ». Pour le surplus, l'examen a mis en évidence la stabilité de « *l'ostéosynthèse de la symphyse pubienne et des sacro-iliaques des deux côtés, avec consolidation de plusieurs fractures* » (dossier SUVA, pièce 176).

Le 14 novembre 2019, le Dr G. \_\_\_\_\_ a pratiqué une « *plastie pyélo-urétérale* » en raison d'une obstruction (sténose) au niveau de l'uretère proximal droit (dossier SUVA, pièce 181).

Ce spécialiste a encore pratiqué une « *pyéloplastie droite* » le 12 mars 2020, en raison d'une « *sténose décompensée post-fracture du bassin pyélo-urétérale droite* » (dossier SUVA, pièce 212).

Dans un courrier du 30 janvier 2020, le Dr F. \_\_\_\_\_ a précisé que, en mars 2010, son patient « *s'était déjà plaint d'une dysfonction érectile qui remontait à quelques mois, voire années* » (dossier SUVA, pièce 189).

Le 25 février 2020, sur demande de la SUVA, le Dr F. \_\_\_\_\_ a énuméré les antécédents de son patient, à savoir notamment : « *02.03.2010 : dysfonction érectile depuis quelques mois, voire quelques années. (...) Mai 2016 : pollakiurie et algurie depuis quelques mois. (...) Adressé en consilium au Dr G. \_\_\_\_\_ avec dans le diagnostic différentiel une urétrite à bas bruit, voire très éventuellement une HBP* » (dossier SUVA, pièce 203).

Dans ses rapports des 4 et 7 février 2020, le Dr E. \_\_\_\_\_ a repris ses diagnostics antérieurs de status post fracture de l'anneau pelvien, d'atteinte en L5 ainsi que de vessie neurogène périphérique. Il souligne toutefois qu'il est difficile de déterminer quel diagnostic est dû à la maladie et quel diagnostic est dû à l'accident, le recourant ayant déjà souffert par le passé d'une infection urinaire. A son sens cependant, cela ne permet pas d'expliquer les troubles neurogènes et érectiles. Cela étant, il considère que le lien entre l'accident et les douleurs résiduelles au niveau du bassin, avec des irradiations jusqu'au genou, est donné (dossier SUVA, pièce 195).

### 6.3. *Décision du 5 mars 2020 et courrier du 5 mai 2020*

Par décision du 5 mars 2020, la SUVA a considéré que les troubles urologiques dont souffrait l'assuré n'étaient pas en lien de causalité certain ou probable avec l'événement dommageable du 2 mai 2018. Elle a par conséquent refusé d'allouer des prestations pour les opérations en lien avec les troubles érectiles ou la sténose urétérale droite (dossier SUVA, pièce 208).

Suite à l'opposition déposée le 27 mars 2020 par l'assuré, le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA et spécialiste en médecine interne générale, a considéré que, en l'état du dossier, le lien entre l'accident et l'atteinte urologique devait être admis (dossier SUVA, pièce 233). Il a en revanche estimé que le lien avec les troubles érectiles était « *tout au plus possible* » (dossier SUVA, pièce 235).

Sur cette base, par courrier du 5 mai 2020, la SUVA a retiré sa décision du 5 mars 2020 et indiqué prendre en charge l'atteinte urologique, y compris l'opération du 12 mars 2020. Elle a précisé que la situation médicale serait examinée dans son intégralité par la suite (dossier SUVA, pièce 239).

#### 6.4. *Second séjour à la CRR*

Un second séjour à la CRR a eu lieu du 24 juin au 15 juillet 2020.

Le rapport de sortie de la CRR, daté du 23 juillet 2020, mentionne notamment les diagnostics de « *traumatisme du bassin avec hydronéphrose droite et irritation post-traumatique de l'urètre et de l'uretère droit avec hématurie ; vessie neurogène de type périphérique avec une vessie normosensitive, acontractile, normo-capacitive ; sténose pyélo-urétérale droite probablement post-traumatique ; probable léger syndrome radiculaire L5 droit avec un léger déficit sensitivo-moteur, non irritatif ; probable conflit radiculaire extra-foraminal de la racine L5 droite sur remaniements osseux post-traumatiques ; état de stress post-traumatique* » (dossier SUVA, pièce 261).

Ce rapport fait état de « *douleurs dorso-lombaires irradiant dans les membres inférieurs, un manque de force global mais surtout du membre inférieur droit, ainsi que des troubles vésico-sphinctériens et érectiles* », avec notamment une « *pollakiurie avec nécessité d'uriner une fois par heure, la journée et la nuit* ». A cet égard, il est précisé qu'aucune incohérence n'a été relevée et que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour, mais également que des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles. En conclusion, les médecins de la CRR considèrent que « *la situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. En revanche, les limitations fonctionnelles ne vont plus changer de manière significatives* ». Les limitations fonctionnelles ont dès lors été fixées de la manière suivante : « *le patient peut effectuer une activité légère à sédentaire, avec des pauses régulières* » (dossier SUVA, pièce 261).

Dans le cadre de ce second séjour à la CRR, un contrôle ENMG a notamment été réalisé le 3 juillet 2020, afin d'examiner l'évolution de la radiculopathie L5 droite. L'examen est « *proche de la normale, (...), témoignant des stigmates d'une ancienne radiculopathie L5 et S1 droite, mais sans signe de souffrance aiguë à l'examen myographique* », permettant ainsi de conclure à une amélioration par rapport à la précédente évaluation ENMG (dossier SUVA, pièce 261).

#### 6.5. *Examens médicaux ultérieurs*

Lors d'un examen médical du 24 septembre 2020, le Dr H.\_\_\_\_\_ a considéré que le patient « *présente un impressionnant élargissement de la symptomatologie qui ne peut en aucun cas être expliquée par les atteintes structurelles en lien avec l'évènement du 2.5.2018* » Il a proposé d'attendre les rapports des nouvelles consultations prévues, tout en précisant que l'exigibilité définitive déterminée par les médecins de la CRR pouvait d'ores et déjà être confirmée (dossier SUVA, pièce 269).

Un CT du pelvis a été réalisé le 19 novembre 2020. La comparaison avec les images antérieures a permis de constater que les fractures de l'aileron sacré droit et de la branche inférieure du pubis gauche étaient consolidées mais que la fracture de la branche inférieure du pubis droit demeurait non consolidée. Cet examen a également mis en évidence des « *troubles dégénératifs du rachis lombaire avec débords ostéophytaires antérieurs et latéraux* », ainsi que la « *régression de l'importante dilatation pyélocalicienne droite avec asymétrie de taille des reins* » (dossier SUVA, pièce 284).

Le 3 décembre 2020, le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a pratiqué une infiltration de la racine L5 droite en raison d'une « *suspicion de compression L5 droite extra-foraminale* » (dossier SUVA, pièce 294).

Dans un rapport du 14 décembre 2020, le Dr G. \_\_\_\_\_ a envisagé la possibilité d'un problème neurologique de la vessie (« *vessie neurogène périphérique (atteinte de la racine L5)* » ; dossier SUVA, pièce 288).

Le 11 février 2021, le Dr I. \_\_\_\_\_ a constaté l'absence d'amélioration suite à l'infiltration pratiquée le 3 décembre 2020 et a mentionné des « *douleurs mécaniques au niveau du bassin* » d'une part, et des « *troubles neurogènes de type sensitif ainsi que des douleurs irradiant dans un territoire L5 et S1 du côté D* » d'autre part, au sujet desquelles il précise qu'elles « *ne sont pas expliquées par une éventuelle compression radiculaire au niveau canalaire, foraminal voire extra-foraminal* » (dossier SUVA, pièce 312).

Le 23 février 2021, les médecins du « team hanche » de la clinique de chirurgie orthopédique de B. \_\_\_\_\_ ont posé, en sus du diagnostic de status post stabilisation de l'anneau pelvien pour fracture de type C, le diagnostic de pseudarthrose des branches ilio et ischio-pubiennes droites. Ils ont estimé qu'il n'y avait pas d'indication à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et qu'il n'y avait « *aucune amélioration à attendre sur le plan chirurgical* » des douleurs chroniques post-traumatiques du patient (dossier SUVA, pièce 311).

Le 18 mars 2021, l'assuré a consulté le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en urologie. Ce nouveau spécialiste a retenu le diagnostic de vessie hyperactive et hypo-capacitive, normotone, stable et non-obstructive, et a mentionné une nycturie six à sept fois par jour, une pollakiurie avec miction toutes les heures ainsi que des douleurs dans le bas-ventre (dossier SUVA, pièce 310).

Dans son appréciation médicale du 13 avril 2021, le Dr H. \_\_\_\_\_ a considéré que sur le plan des atteintes orthopédiques en lien avec l'accident du 2 mai 2018, la situation pouvait être considérée comme stabilisée, aucune nouvelle intervention n'étant prévue. En revanche, du point de vue de l'atteinte urologique, la situation devait encore être clarifiée. Il a confirmé l'exigibilité retenue par la CRR, à savoir, sur le plan purement orthopédique, une pleine capacité dans une activité légère, sédentaire, avec des pauses régulières, en position assise-debout alternée. La capacité de travail était toutefois limitée à 80% en raison de l'atteinte urologique (pauses fréquentes). Il a par ailleurs estimé que les conditions d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'étaient pas remplies s'agissant de l'atteinte orthopédique du bassin. Il a en outre précisé que les troubles érectiles étaient préexistants à l'accident (dossier SUVA, pièce 320).

Dans un rapport du 5 juillet 2021, le Dr J. \_\_\_\_\_ a précisé que le diagnostic actuel de vessie hyperactive n'était pas en lien avec l'accident, faute de lésion neurogène (« *Aktuell präsentiert der Patient eine überaktive Blasenfunktion. In der durchgeführten urodynamischen Abklärung kann nun*

*ein Zusammenhang mit dem Unfallereignis ausgeschlossen werden. Bei einer zentralen Läsion des Motoneurons (...) wäre eine neurogenen Blasenentleerungsstörung zu verzeichnen. Bei einer Läsion des peripheren Motoneurons hingegen wäre eine schlaffe Lähmung zu erwarten, dahingehend, dass der Patient sehr hohe Restharmengen aufweisen würde. Beide Phänomene sind nicht vorhanden, es findet sich eine klassische, überaktive Blasenfunktionsstörung ohne Zusammenhang mit dem Unfall» (dossier SUVA, pièce 338).*

Le cas a alors été soumis au centre de compétence de la SUVA pour trancher la question de l'origine des troubles urologiques. Dans une appréciation neurologique et chirurgicale du 12 août 2021, les Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et L. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, parviennent à la conclusion que les troubles mictionnels n'étaient pas en lien de causalité probable avec l'accident. En substance, ils constatent l'absence d'une lésion médullaire ou sacrée susceptible d'entraver la fonction vésicale parasympathique. Ils relèvent également que les symptômes présentés (pollakiurie et nycturies au premier plan) ne correspondent pas à une vessie neurogène atone, l'absence d'incontinence par rengorgement et de résidu post-mictionnel notable rendant ce diagnostic très peu probable. Ils soulignent au contraire que ces symptômes correspondent au tableau classique d'une hyperactivité détrusorienne, laquelle n'est pas en lien de causalité probable avec l'accident. Sur le plan neurologique, ils retiennent la présence d'une atteinte radiculaire L5-S1 à droite séquellaire, sans déficit sensitivo-moteur et sans aucune implication clinique (dossier SUVA, pièce 345).

Les 20 août et 15 septembre 2021, le Dr H. \_\_\_\_\_ considère que la situation est entièrement stabilisée sur les plans orthopédique et neurologique. En l'absence de trouble neurologique persistant et à défaut de lien de causalité de l'atteinte urologique, il retient que les limitations fonctionnelles se limitent à celles en lien avec les atteintes orthopédiques, à savoir une activité exercée en position alternée assis-debout, permettant des déplacements sur de courts trajets sur terrain régulier, sans déplacement dans les escaliers ou en terrain irrégulier, sans port de charges répétitif et limité à 5 kg. Il existe une pleine capacité de travail, sans limitation de rendement, dans une telle activité. Les pauses régulières, liées aux troubles urologiques, sans lien de causalité suffisante avec l'accident, ne doivent donc pas être prises en compte. Enfin, il confirme que les conditions pour une IPAI ne sont pas remplies (dossier SUVA, pièces 346 et 355).

#### 6.6. *Décision initiale*

Sur la base de ces différents éléments, par courrier du 16 septembre 2021, la SUVA a informé l'assuré qu'elle considérait que la situation était stabilisée et, partant, qu'elle mettait fin au paiement des frais médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 novembre 2021 (dossier SUVA, pièce 362).

Par décision du 20 septembre 2021, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 15% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2021. A cet égard, elle a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir une activité pouvant être exercée dans une position assise et/ou debout, avec des déplacements sur de courts trajets en terrain régulier, sans déplacement dans les escaliers ni en terrain irrégulier, sans port de charges supérieures à 5 kg ni port répétitif de charges. Dans une telle activité, l'assuré pourrait réaliser un salaire statistique de CHF 61'845.-, en tenant compte d'une réduction de 10%, soit une perte de gain de 15% par rapport à son revenu avant l'accident. La SUVA a par ailleurs refusé le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI ; dossier SUVA, pièce 366).



L'assuré a fait opposition contre cette décision, en contestant notamment la stabilisation de l'état de santé ainsi que le refus de l'IPAI (dossier SUVA, pièce 378).

A l'appui de son opposition, il a fait valoir un rapport du 18 novembre 2021 du Dr J. \_\_\_\_\_, dans lequel ce dernier revient sur son rapport précédent en indiquant qu'un lien de causalité entre les troubles urologiques et l'accident ne pouvait pas être exclu : « *Die aktuell vorliegende Dysfunktion der Blase ist erst seit dem Unfall geschlossen manifest. Vor dem Unfall litt der Patient zeitweilig unter entzündlichen Veränderungen welche ähnliche Symptome wie Harndrang verursachte. Somit besteht bereits ein zeitlicher Zusammenhang mit der Erkrankung. Des Weiteren können nach diesen komplexen Verletzungen auch neurogene Störungen auftreten, was letztendlich mit keiner Methode bewiesen werden kann. Die aktuell vorliegende Erkrankung könnte neurogener Natur sein und somit im Zusammenhang mit dem Unfall zu werten* » (dossier SUVA, pièce 385).

Il produit également un courrier électronique du 25 janvier 2022 du Dr F. \_\_\_\_\_, dans lequel le médecin traitant déclare que la capacité de travail est limitée une à deux heures par jour, avec un rendement d'environ 50% (dossier SUVA, pièce 401).

Le 1<sup>er</sup> décembre 2021, l'assuré a pris sa retraite de façon anticipée. Il perçoit depuis cette date une rente de vieillesse anticipée.

#### 6.7. *Décision sur opposition*

Par décision sur opposition du 22 avril 2022, la SUVA a confirmé sa décision du 20 septembre 2021. En substance, elle a considéré que son courrier du 5 mai 2020 n'était pas une décision dotée de la force de chose jugée. Sur le fond, l'autorité a retenu sur la base de différents rapports médicaux que les troubles urologiques dont souffrait l'assuré n'étaient pas en lien de causalité probable avec l'accident du 2 mai 2018, tout comme les troubles de la sphère psychique. Ainsi, estimant la situation médicale stabilisée, la SUVA a examiné le droit à la rente d'invalidité compte tenu des seules séquelles physiques de l'accident, en excluant les troubles vésicaux et urologiques. Elle est arrivée à la conclusion que l'assuré était en mesure de réaliser une activité lucrative en pleine capacité et plein rendement, tout en respectant ses limitations (position assise et/ou debout à sa guise, permettant des déplacements sur de courts trajets sur terrain régulier, sans déplacement dans les escaliers, sans déplacement en terrain irrégulier, sans port de charges supérieures à 5 kg, sans port de charges répétitif), ce qui entraînait une perte de gain de 14.79%. Enfin, elle a considéré que les critères pour l'octroi d'une IPAI en lien avec une atteinte orthopédique du bassin n'étaient pas remplis.

#### 7.

##### *Détermination des troubles en lien de causalité avec l'accident du 2 mai 2018*

Pour répondre aux différentes questions litigieuses dans le cadre de la présente cause, il convient préalablement de déterminer quels troubles et limitations sont en lien de causalité avec l'accident dont a été victime le recourant.

En l'espèce, le recourant souffre de troubles orthopédiques et neurologiques, liés à la fracture du bassin subie lors de l'accident, dont le lien de causalité avec l'accident n'est, à juste titre, pas remis en cause.

Par ailleurs, le refus de la SUVA de prendre en considération les troubles psychiques, faute de lien de causalité adéquate avec l'accident, n'est quant à lui plus contesté dans le cadre de la présente procédure.

La question du lien de causalité se pose en revanche pour les troubles urologiques et érectiles.

#### 7.1. Courrier du 5 mai 2020

Dans ce cadre, il convient au préalable de déterminer la portée du courrier adressé au recourant par la SUVA le 5 mai 2020, par lequel cette dernière acceptait de « *prendre en charge l'atteinte urologique, y compris l'opération du 12.03.2020* ».

Pour le recourant en effet, ce courrier, par lequel la SUVA a annulé sa décision initiale du 5 mars 2020, vaut décision sur opposition et dispose de l'autorité de la chose décidée, de sorte que la SUVA ne peut plus, sans motif de révision ou de reconsidération, revenir sur sa position de prendre en charge l'atteinte urologique.

Pour rappel, la SUVA avait d'abord rendu, en date du 5 mars 2020, une décision dans laquelle elle indiquait ne pas allouer de prestations d'assurance pour les troubles érectiles ainsi que pour la sténose urétérale droite dont souffrait le recourant. Elle justifiait sa décision en se basant sur l'appréciation de son médecin conseil qui considérait qu'aucun lien de causalité certain, ou au moins probable, ne pouvait être établi entre ces troubles et l'accident du 2 mai 2018 (dossier SUVA, pièce 208).

Par courrier du 13 mars 2020, l'assureur-maladie du recourant a formé opposition, opposition retirée par courrier du 27 mars 2020. Par courrier du 27 mars 2020, le recourant a à son tour formé opposition à la décision du 5 mars 2020.

Par courrier du 5 mai 2020, intitulé « *retrait de notre décision* », la SUVA a indiqué qu'après un nouvel examen de la situation, elle retirait sa décision et prenait en charge l'atteinte urologique. Elle a précisé que la situation médicale serait par la suite examinée dans son intégralité (dossier SUVA, pièce 239).

Au vu du contenu de ce courrier, parfaitement limpide dans sa formulation, le recourant ne saurait aujourd'hui prétendre, sans violer les règles de la bonne foi, avoir cru à une décision d'octroi de prestations. Bien au contraire, la mention selon laquelle sa situation serait réexaminée ultérieurement peut être comprise comme une réserve à l'octroi de prestations, de sorte qu'un réexamen n'était aucunement surprenant ou inattendu.

A plus forte raison, un mandataire professionnel a parfaitement conscience du contenu et de la forme d'une décision sur opposition rendue par l'autorité intimée. Dans le doute, il lui était du reste loisible de demander des précisions à la SUVA. Il ne saurait dès lors être suivi lorsqu'il affirme aujourd'hui que le courrier du 5 mai 2020 représentait une telle décision.

Ainsi, il convient de retenir que le courrier du 5 mai 2020 retirant la décision du 5 mars 2020 ne constituait pas une décision dotée de l'autorité de chose décidée. La SUVA était au contraire en droit, comme elle l'indiquait de manière explicite dans ce courrier, de réévaluer la situation médicale globale sans motif de révision.

## 7.2. Troubles urologiques

Pour réfuter l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 2 mai 2018 et les troubles urologiques dont souffre le recourant, l'autorité intimée s'est principalement basée sur l'appréciation neurologique et chirurgicale du 12 août 2021 établie par les Drs K.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, médecins au sein de son centre de compétence, dans le but de trancher les avis divergents des deux urologues consultés par le recourant, le Dr G.\_\_\_\_\_ et le Dr J.\_\_\_\_\_.

En effet, si dans ses premiers rapports, le Dr G.\_\_\_\_\_, urologue traitant du recourant, évoquait une irritation urétrale, il a par la suite mentionné une vessie neurogène en lien avec une atteinte de la racine L5, potentiellement causée par l'accident du 2 mai 2018.

De son côté, le Dr J.\_\_\_\_\_ diagnostique une vessie hyperactive. Dans un premier temps, il a exclu un lien entre cette vessie hyperactive et l'accident du 2 mai 2018, considérant les symptômes et constatations nécessaires pour retenir un tel lien n'existant pas en l'espèce. Il est par la suite revenu sur cette dernière affirmation, apparemment sur demande du recourant, estimant qu'il n'était pas possible d'exclure une origine neurogène, et donc liée à l'accident, de la vessie hyperactive. Or, une telle affirmation se limite à attester de l'existence d'un lien de causalité au degré de la simple possibilité, et non au degré de la vraisemblance prépondérante exigée en droit de l'assurance-accidents.

Quant au Dr F.\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, il affirme que « *les problèmes urinaires dont se plaint ce patient sont pour l'essentiel certainement en relation avec l'accident du 2.5.2018* », sans autre justification (dossier SUVA, pièce 96).

Dans leur appréciation du 12 août 2021, les Drs K.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ ont examiné l'ensemble des rapports d'imagerie, de consultation et d'hospitalisation ressortant du dossier. Pour retenir que les troubles mictionnels n'étaient pas en lien de causalité probable avec l'accident, ces médecins ont écarté l'hypothèse d'une lésion de plexus sacré en constatant que le syndrome radiculaire L5 droit s'était « *amendé par la suite (...) en corrélation avec la consolidation de la fracture sacrée* », et face aux différents symptômes manifestés par le recourant (pollakiurie et nycturies). Ils ont ainsi écarté l'hypothèse d'une vessie neurogène atone, soulignant à cet égard que les symptômes-clé d'une vessie atone sont l'incontinence par rengorgement et les résidus post-mictionnels notables, tous deux absents. Au contraire, ils relèvent que les plaintes et symptômes du recourant, à savoir une pollakiurie diurne et nocturne, associée à une vidange complète de la vessie, correspondent au tableau classique d'une hyperactivité détrusorienne, laquelle n'est pas en lien de causalité probable avec l'accident.

Pour parvenir à cette conclusion, les Drs K.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ ont notamment considéré les observations effectuées lors de l'hospitalisation initiale à B.\_\_\_\_\_, site de D.\_\_\_\_\_, à savoir « *l'absence de trouble au niveau du sphincter anal, de trouble de la vidange vésicale ou d'un résidu post-mictionnel marqué* », le rapport d'ENMG effectué à la CRR le 20 avril 2019, par lequel « *l'atteinte sensitive L5 droite a été confirmée* », ainsi que le bilan urodynamique également effectué à la CRR, ayant démontré « *des sensibilités périnéale et anale normales, des réflexes crémastériens préservés (bien que faibles) et un tonus anal fort* ». Ils ont également constaté que le Dr G.\_\_\_\_\_ n'avait pas signalé de problèmes de vidange vésicale dans les suites immédiates de l'accident, seule une « *irritation urétrale* », sans altération de la miction, ayant été indiquée dans un premier temps.

Ils ont également précisé que « *sur le plan neurologique, nous retenons la présence d'une atteinte radiculaire L5-S1 droite séquellaire, actuellement sans déficit sensitivo-moteur correspondant à la dislocation verticale de l'aileron sacré droit provoquée par la fracture. Nous constatons par ailleurs l'absence d'une lésion médullaire ou sacrée susceptible d'entraver la fonction vésicale parasympathique. En prenant compte des symptômes, force est de constater qu'ils ne correspondent pas à une vessie neurogène atone, étant donné que Monsieur se plaint de pollakiurie et de nycturies au premier plan. En fait, l'absence d'incontinence par regorgement et de résidu post-mictionnel notable, symptômes-clé de la vessie atone, rend ce diagnostic très peu probable. Au contraire, la pollakiurie, diurne et nocturne, associée à une vidange complète de la vessie, correspond au tableau classique d'une hyperactivité détrusorienne qui n'est pas en lien de causalité probable avec l'accident.* » (dossier SUVA, pièce 345).

Le recourant reproche au Dr K. \_\_\_\_\_ et au Dr L. \_\_\_\_\_ de s'être basés sur une mauvaise appréciation des faits, tronquant ainsi leur appréciation médicale.

A cet égard, il se prévaut d'un rapport du 23 novembre 2022 des Dr.e.s M. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_, médecins auprès de l'Unité d'imagerie et anthropologie forensique du Centre universitaire romand de médecine légale, qui réinterprète les images du CT-scan réalisé à B. \_\_\_\_\_ le 2 mai 2018. Ce rapport apporte les modifications et/ou compléments suivants au rapport radiologique antérieur :

- « *infiltration des tissus mous en arrière des muscles de la région lombaire (muscles épineux du thorax et longissimus du thorax), prédominant à droite ;*
- *corps étranger millimétrique longiligne hyperdense au contact de la portion postérieure du muscle longissimus du thorax à droite, ouvrant un diagnostic différentiel entre un fragment osseux ou un saignement actif ;*
- *asymétrie en taille des muscles obturateurs internes et des muscles pectinés, en défaveur du côté gauche, compatible avec une infiltration hémorragique des muscles du côté droit ;*
- *zone punctiforme hyperdense au contact de la portion antérieure et interne du muscle obturateur interne droit faisant suspecter un saignement actif (diagnostic différentiel ; fragment osseux ne pouvant être exclu) ;*
- *infiltration hémorragique des tissus mous en regard de la partie droite de la vessie ;*
- *fracture du processus transverse droit de la vertèbre lombaire L5 ;*
- *fracture verticale de la partie droite du sacrum, traversant la partie inférieure de l'articulation sacro-iliaque et atteignant l'épine iliaque postéro-inférieure droite ;*
- *fracture multi-fragmentaire et déplacée de la branche ilio-pubienne droite ;*
- *fracture faiblement déplacée de la branche ischio-pubienne droite ;*
- *fracture non déplacée des branches ilio- et ischio-pubiennes gauches ».*

Ce rapport ne formule pas de conclusion médicale suite à cette « réinterprétation ». Le recourant, en revanche, considère que ce document suffit à remettre en cause le rapport du 12 août 2021 des Drs K. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_, dans la mesure où ces médecins se sont fondés sur le rapport du CT-scan du 2 mai 2018.

Pour mémoire, les conclusions de ce CT-scan étaient les suivantes : « *absence de lésion traumatique décelable des organes parenchymateux et creux abdominaux ou thoraciques ; dorso-discardrose, lombo-discardrose étagée modérée sans fracture / tassement des corps vertébraux ; pas d'atteinte traumatique au niveau du rachis cervical ; fractures de l'hémi bassin droit avec atteinte des branches ilio et ischio-pubiennes droites et de la partie droite du sacrum ; lignes de choc et de fracture passant par l'apophyse droite de L5* » (dossier SUVA, pièce 10).

On constate ainsi que, contrairement à ce que prétend le recourant, une atteinte du sacrum a bien été constatée, ainsi qu'une fracture au niveau de la vertèbre L5. Ces atteintes ont du reste été prises en considération par les Drs K. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_, qui ont souligné la présence d'une fracture sacrée ainsi que du syndrome radiculaire L5 droit. C'est donc en toute connaissance de cause et sur la base de l'ensemble de la symptomatologie neuro-urologique présentée par le recourant que ces médecins ont analysé la situation, énumérant précisément les éléments les ayant poussés à retenir, respectivement exclure, leur diagnostic et leurs conclusions.

Ainsi, les compléments apportés par le rapport du 23 novembre 2022 de la Dre M. \_\_\_\_\_ n'ont pas la portée qu'entend leur donner le recourant. En particulier, la « réinterprétation » des images du CT-scan ne suffit pas à remettre en cause l'appréciation des Drs K. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_.

En tout état de cause, les éléments apportés par le recourant ne permettent nullement d'établir l'existence d'un lien de causalité avec l'accident du 2 mai 2018 au degré de la vraisemblance prépondérante.

De surcroît, il convient de relever que le Dr J. \_\_\_\_\_ aboutissait en mai 2021 également à la conclusion que les troubles urologiques n'étaient pas en lien avec l'accident, faute de lésion neurogène (dossier SUVA, pièce 338), avant de revenir quelque peu sur ses conclusions, apparemment à la demande du recourant.

Enfin, il convient encore de souligner que le recourant avait déjà été suivi en raison de problèmes urologiques avant son accident, une prostatite ou un problème urétral ayant été suspecté par son médecin traitant (note interne, dossier SUVA, pièce 232). Ainsi, un ultrason des reins et des voies urinaires du 12 mai 2016, effectué en raison de « *dysurie* », avait conclu à une « *bifidité pyélique du rein gauche ; vessie sans anomalie ; prostate volumétriquement normal avec deux petites calcifications postérieures de la prostate transitionnelle droite ; pas de résidu post-mictionnel* » (dossier SUVA, pièce 232). Le Dr G. \_\_\_\_\_, dans un rapport du 26 septembre 2016, avait posé le diagnostic d' « *urétrite non spécifique* » (dossier SUVA, pièce 232).

Ces éléments viennent ainsi corroborer l'hypothèse d'un trouble préexistant, de même nature que la « *dysurie persistante et la découverte d'une prostatite* » mentionnées notamment par le Dr E. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 12 juin 2018 (dossier SUVA, pièce 32).

Au vu de l'ensemble de ces éléments, c'est à raison que la SUVA a retenu que l'accident du 2 mai 2018 et les troubles urologiques n'étaient pas en lien de causalité probable et a refusé de les prendre en charge.

### 7.3. Troubles érectiles

A la lecture des rapports médicaux, force est de constater qu'aucun des médecins consultés n'offre d'explications s'agissant de l'origine exacte des troubles érectiles.

Le Dr F. \_\_\_\_\_ et le Dr G. \_\_\_\_\_ sont tous les deux d'avis que les problèmes érectiles sont en lien de causalité avec l'accident. Le Dr G. \_\_\_\_\_ rappelle la fracture du bassin et les problèmes neurologiques subséquents importants ainsi que l'hématurie due à une irritation importante de l'urètre et de l'uretère (cf. rapport du 14 décembre 2018, dossier SUVA, pièce 97). Cela étant, dans un rapport ultérieur, le Dr G. \_\_\_\_\_ est moins catégorique sur l'origine des troubles érectiles, ceux-ci étant à son sens « *probablement post-traumatiques* » (rapport du 17 février 2020, dossier SUVA, pièce 200).

Quant au Dr F. \_\_\_\_\_, il déclare simplement que son patient présente « *une dysfonction érectile consécutive au traumatisme du 2 mai 2018* » (rapport du 25 septembre 2018, dossier SUVA, pièce 92).

Pour sa part, le Dr E. \_\_\_\_\_ se limite à affirmer qu'il était « *assez courant que les lésions du bassin type C puissent créer des problèmes* » neurogènes et érectiles, tout en renvoyant aux spécialistes à ce propos (rapport du 4 février 2020, dossier SUVA, pièce 202).

Enfin, le Dr H. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, recommande dans un premier temps la prise en charge des problèmes érectiles avant de considérer, après investigations, que ceux-ci ne sont pas en lien de causalité avec l'accident. A l'appui de sa position, il souligne l'existence antérieure de troubles érectiles, attestée par le médecin traitant.

On constate ainsi que seul le Dr F. \_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, est catégorique dans son affirmation selon laquelle les troubles érectiles ont été causés par l'accident du 2 mai 2018. Cela étant, il n'avance aucune explication justifiant cette causalité, semblant simplement retenir que ces troubles sont survenus après l'accident et en sont donc la conséquence. Ce faisant, il fait toutefois abstraction du fait que des troubles similaires ont déjà été subis par le recourant dans les années précédant l'accident et qu'en tout état de cause, la simple manifestation d'un trouble après un accident ne signifie pas encore que l'accident en est la cause (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb).

Pour sa part, le Dr G. \_\_\_\_\_ conclut finalement à une probable origine post-traumatique, sans détailler plus avant les raisons qui l'ont poussé à formuler une telle conclusion.

Ainsi, il convient de constater qu'aucun praticien n'explique en quoi les troubles érectiles auraient été causés par l'accident au-delà de considérations valant de manière générale et qu'*a contrario*, l'existence de troubles érectiles antérieurs constitue à l'évidence un élément important en défaveur d'un lien de causalité entre les troubles érectiles et l'accident du 2 mai 2018.

Partant, la Cour retient que les troubles érectiles ne sont que possiblement en lien de causalité avec l'accident du 2 mai 2018 et qu'il n'appartient dès lors, là encore, pas à la SUVA de les prendre en charge.

7.4. Au vu des considérants qui précèdent, la décision attaquée, en tant qu'elle refuse la prise en charge de l'atteinte urologique et érectile faute de lien de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante avec l'accident assuré, est confirmée.

La mise en œuvre des nouvelles mesures d'instruction, et notamment l'expertise pluridisciplinaire requise par le recourant, n'apparaît pas nécessaire et est dès lors rejetée.

On rappelle également que le refus de prise en charge de l'atteinte psychiatrique est également entré en force, faute d'avoir été contesté par le recourant.

8.

#### *Stabilisation de l'état de santé*

En l'espèce, le recourant ne conteste la stabilisation de son état de santé et, partant, la fin de la prise en charge du traitement médical, qu'au regard des troubles urologiques dont il souffre. Or, comme cela vient d'être dit, ceux-ci ne relèvent pas de la SUVA.

Par ailleurs, aucun élément au dossier ne permet de conclure que l'état de santé du recourant, s'agissant des atteintes qui présentent un lien de causalité suffisant avec l'accident assuré, ne soit pas stabilisé.

La SUVA était dès lors en droit de mettre un terme à la prise en charge du traitement médical et du versement des indemnités journalières afin de procéder à l'examen du droit à la rente du recourant.

9.

#### *Droit à une rente transitoire*

Se pose dès lors la question de savoir si la SUVA était en droit de passer au régime de la rente ordinaire ou si elle devait lui octroyer une rente transitoire jusqu'à droit connu sur les mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité.

Pour mémoire, le système de la rente transitoire prévu par les art. 19 al. 3 LAA et 30 al. 1 OLAA a pour objectif de régler la période transitoire entre le droit à la rente d'invalidité de l'assurance-accidents et l'achèvement des mesures d'ordre professionnel de l'assurance-invalidité, au terme desquelles l'assuré doit retrouver une pleine capacité de travail (ou se voir octroyer une rente d'invalidité de l'assurance-invalidité si les mesures d'ordre professionnel ne lui ont pas permis de recouvrer une capacité de travail).

9.1. En l'espèce, par projet de décision du 22 août 2022, confirmé par décision du 12 janvier 2023, l'OAI a octroyé au recourant une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2019.

Ce projet de décision précise ce qui suit : *« Depuis le 02.05.2018, votre capacité de travail est restreinte. La condition relative à la durée moyenne déterminante de l'incapacité de travail a été remplie après un délai d'attente d'une année, soit au 02.05.2019. A cette échéance, vous vous trouvez en incapacité de travail à hauteur de 100% et ce dans toute activité professionnelle. Il ressort, après les séjours à la CRR de 2019 et 2020 ainsi que les différents rapports des médecins d'arrondissement de la SUVA, que votre activité d'ouvrier de la construction n'est plus exigible de votre part. En revanche, vous seriez à même d'exercer une activité adaptée à plein temps avec une diminution de rendement de 10% tenant compte de vos limitations fonctionnelles, soit une activité dans différents secteurs de l'économie [...]. Il résulte de la décision de la SUVA du 21.09.2021 une perte économique de 15%. Nous sommes conscients que l'exigibilité médico-théorique de la SUVA tient compte uniquement des séquelles résultantes de l'accident du 02.05.2018. [...] Ainsi, après examen de notre part, nous constatons que les possibilités de réinsertion sur le marché primaire de l'emploi sont illusoires. Raison pour laquelle, nous retenons une incapacité de travail à hauteur de 100% dans toute activité sur le marché primaire de l'emploi. ».*

Par ailleurs, le 1<sup>er</sup> décembre 2021, l'assuré a pris sa retraite de façon anticipée. Il perçoit depuis cette date une rente de vieillesse anticipée de la Fondation FAR, dont sont déduites les rentes AI et AA (décisions de prestations du 24 novembre 2021 et du 12 décembre 2022).

9.2. Le recourant reproche à l'autorité intimée de ne pas lui avoir alloué une rente transitoire au sens des art. 19 al. 3 LAA et 30 OLAA jusqu'à droit connu sur les mesures de réadaptation de l'OAI. Il considère qu'une rente calculée sur la base d'une invalidité de 100% aurait dû lui être allouée jusque-là.

Pour sa part, l'autorité a octroyé au recourant une rente ordinaire, estimant de façon anticipée que d'éventuelles mesures de réadaptation demeureraient sans effet, ou plus précisément que l'élément subjectif nécessaire à la mise en œuvre de telles mesures manquait, le recourant ayant décidé de prendre sa retraite anticipée, devenant *de facto* inapte à une éventuelle mesure de reclassement.

La SUVA a ainsi retenu que le recourant était capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée et a tenu compte d'une telle capacité médico-théorique dès le 1<sup>er</sup> décembre 2021.

Le recourant le conteste, au motif notamment que la reprise d'une activité lucrative ne pouvait dans tous les cas pas lui être imposée avant la décision définitive relative aux mesures de réadaptation par l'Office AI.

Il se prévaut à cet égard de la jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux assurés âgés de plus de 55 ans, selon laquelle il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste (arrêt TF 9C\_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.2 et les références citées).

Cette jurisprudence relève toutefois uniquement de l'assurance-invalidité et n'est pas applicable à l'assurance-accidents.

En effet, les mesures d'ordre professionnel ne figurent pas au catalogue des prestations accordées par l'assurance-accidents mais relèvent uniquement de l'assurance-invalidité, de sorte que seules les autorités d'application de cette dernière assurance peuvent être tenues de tenir compte, en vertu de cette jurisprudence, de l'âge de leurs assurés dans le processus de réadaptation. D'autre part, cette jurisprudence se réfère à la réduction ou la suppression d'une rente d'invalidité ou l'allocation d'une rente échelonnée dans le temps, ce qui n'est pas le cas en l'espèce, étant précisé qu'on ne saurait assimiler la fin du versement d'indemnités journalières de l'assurance-accidents à la réduction ou à la suppression d'une rente d'invalidité de l'assurance-invalidité nécessitant la prise de mesures professionnelles d'accompagnement pour favoriser le retour sur le marché de l'emploi.

Quoi qu'il en soit, les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ne doivent être prises en compte que dans la mesure où elles concernent les suites de l'accident et sont de nature



à influencer le degré d'invalidité à prendre en considération pour la rente LAA. Le droit à une rente transitoire doit ainsi être nié lorsque les troubles restants ne s'expliquent plus par une telle atteinte ou en l'absence d'indices selon lesquels d'éventuelles mesures de réadaptation permettraient d'améliorer le revenu d'invalidé. Si l'atteinte à la santé encore présente n'est pas causée par l'accident, le fait que l'OAI n'ait pas encore rendu sa décision concernant la réadaptation professionnelle ne fait pas obstacle à la clôture du cas dans l'assurance-accidents. En d'autres termes, le système prévu par l'art. 19 al. 1 LAA n'entre pas en ligne de compte si les mesures professionnelles envisagées par l'OAI sont rendues nécessaires par des atteintes dont ne répond pas l'assurance-accidents, faute notamment de lien de causalité vraisemblable (cf. FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire *in* Sécurité sociale, SBVR vol. XIV 3<sup>ème</sup> édition 2016, p. 984 n. 412 et les références citées ; cf. également arrêts TF 8C\_892/2015 du 29 avril 2016 consid. 4 et les références ; U 13/99 du 1<sup>er</sup> septembre 2000, consid. 3b).

En l'espèce, l'OAI a considéré que le recourant subissait une incapacité de travail de 100% et que, compte tenu notamment de son âge et de sa situation, les possibilités de réinsertion étaient illusoire. Or, il convient de rappeler que le recourant présente d'autres atteintes à la santé que celles dont répond la SUVA, à savoir notamment les troubles urologiques, dont la causalité avec l'accident assuré vient d'être niée, mais également des atteintes psychiques, dont la SUVA n'a pas non plus à répondre. La décision de l'OAI le souligne d'ailleurs expressément, en faisant remarquer que l'exigibilité médico-théorique de la SUVA ne tient compte que des séquelles de l'accident. Partant, plutôt que de mettre en œuvre des mesures d'ordre professionnel jugées inutiles, l'OAI a préféré lui accorder immédiatement une rente entière.

D'autre part, comme l'a rappelé l'autorité intimée, le recourant a fait valoir son droit à une retraite anticipée à l'âge de 60 ans, soit dès le 1<sup>er</sup> décembre 2021, ce qu'il avait d'ores et déjà annoncé à la SUVA lors d'un entretien le 12 septembre 2018.

Au vu de ce qui précède, il est patent qu'une reconversion professionnelle n'a jamais été envisagée, ni par le recourant lui-même, ni par l'OAI.

Le recourant ne saurait, dans ces conditions, se fonder sur les dispositions relatives à la rente transitoire, dont le but est précisément de soutenir les assurés dans leur reconversion professionnelle, alors qu'il n'en a jamais eu l'intention.

Dans ces conditions, le fait que l'OAI n'avait pas encore rendu sa décision concernant la réadaptation professionnelle au moment du prononcé de la décision litigieuse ne faisait pas obstacle à la clôture du cas dans l'assurance-accidents.

Partant, c'est à bon droit que la SUVA a refusé au recourant l'allocation d'une rente transitoire au sens de l'OLAA, qui paraît avoir été plutôt prévue pour les cas communs purs AA/AI.

10.

#### *Fixation du revenu d'invalidé et calcul du degré d'invalidité*

Il reste également à examiner si le degré d'invalidité de 15% retenu par la SUVA est bien fondé.

##### *10.1. Capacité médico-théorique*

Pour mémoire, la SUVA a tenu compte d'une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans une activité « *légère à sédentaire, avec des pauses régulières, l'activité devant*

*idéalement pouvoir être effectuée à sa guise en position assise-debout* ». Elle s'est fondée à cet égard sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement du 15 septembre 2021 (dossier SUVA, pièce 355), lequel avait confirmée l'exigibilité retenue par les médecins de la CRR en été 2020 (« *le patient peut effectuer une activité légère à sédentaire, avec des pauses régulières* » ; dossier SUVA, pièce 261).

Le recourant conteste la pleine capacité de travail sans diminution de rendement retenue par l'autorité intimée. Il considère que les douleurs persistantes ressenties au niveau du bassin et du membre inférieur droit ainsi que ses difficultés urologiques entraînent une importante incapacité de travail ainsi qu'une diminution de rendement dans une activité adaptée.

Il se prévaut à cet égard de l'avis de son médecin traitant, qui affirme dans un courriel du 25 janvier 2022 qu'il serait uniquement en mesure d'exercer une activité à raison d'une à deux heures par jour, avec un rendement d'environ 50% (dossier SUVA, pièce 401). Il invoque également le rapport du 11 février 2021 du Dr I. \_\_\_\_\_, lequel mentionne effectivement la présence de douleurs mécaniques et neurogènes (dossier SUVA, pièce 312). Toutefois, ce spécialiste ne se prononce nullement sur les éventuelles conséquences de ces douleurs sur la capacité de travail résiduelle pouvant être attendue du recourant.

Or, les douleurs en question ont bien été prises en considération par les médecins de la CRR et par le médecin d'arrondissement de la SUVA. Malgré tout, ces médecins ont estimé qu'il subsistait une pleine capacité de travail, sous réserve des limitations fonctionnelles mentionnées.

La seule estimation de la capacité de travail par le médecin traitant dans son courriel du 25 janvier 2022 n'est ainsi manifestement pas suffisante pour remettre en question l'appréciation conjointe des médecins de la CRR et du médecin d'arrondissement.

Quant à la baisse de rendement provoquée par les troubles mictionnels du recourant, on rappellera une fois encore que ceux-ci ne relèvent pas de la SUVA, laquelle n'a dès lors pas à en tenir compte dans le calcul du degré d'invalidité.

Enfin, le recourant soutient que la SUVA aurait dû retenir, comme l'a fait l'OAI, que ses possibilités de réinsertion dans une activité adaptée sont illusoire et, partant, retenir un degré d'invalidité de 100%.

Là encore, le recourant perd de vue que la réinsertion professionnelle ne figure pas dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents, contrairement à celui de l'assurance-invalidité.

Partant, les difficultés de réinsertion professionnelle, compte tenu de la situation globale du recourant, ne constituent en soi pas un risque qui devrait être assumé par l'autorité intimée par le biais de la reconnaissance d'un taux d'invalidité supérieur à celui engendré par les seules séquelles de l'accident.

C'est au contraire à juste titre que la capacité médico-théorique a été fixée en tenant compte exclusivement des atteintes liées à l'accident.

Partant, en l'absence de tout élément médical probant qui viendrait mettre en doute la pleine capacité de travail dans une activité adaptée dont a tenu compte la SUVA, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre d'autres mesures d'instruction et cette capacité résiduelle doit donc être confirmée.

## 10.2. Revenus avec et sans invalidité

S'agissant ensuite des montants retenus au titre de revenus avec et sans invalidité, basés sur les statistiques usuelles et suivant la méthode préconisée par la jurisprudence, ceux-ci ne sont à juste titre pas remis en cause par le recourant, à l'exception du taux d'abattement pratiqué sur le revenu d'invalidé.

L'autorité intimée a retenu un taux d'abattement de 10% tenant compte, à son sens, des limitations du recourant dans une activité exigible (position assise et/ou debout à sa guise, permettant des déplacements sur de courts trajets sur terrain régulier, sans déplacement dans les escaliers, sans déplacement en terrain irrégulier, sans port de charges supérieures à 5 kg, sans port de charges répétitif).

Pour sa part, le recourant considère qu'il convient d'appliquer un taux d'abattement de 25% pour tenir compte de son statut d'étranger au bénéfice d'un permis C, ce qui génère selon lui une différence salariale, de son absence de formation professionnelle, de ses lacunes en français et du fait qu'il n'a jamais effectué que des travaux lourds en Suisse.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le critère de la nationalité et du statut d'étranger n'a pas de rôle prépondérant s'agissant d'une personne titulaire d'une autorisation d'établissement (permis C ; cf. arrêt TF 9C\_855/2014 du 7 août 2015 consid. 5), comme c'est le cas du recourant.

S'agissant des lacunes en français et de l'absence de formation professionnelle, on peut partir du principe que ces éléments ont été pris en compte, dans la mesure où la SUVA s'est référée au niveau de compétences 1 de l'ESS pour déterminer le revenu d'invalidé du recourant. En effet, ce niveau de compétence concerne des activités simples et répétitives, qui ne nécessitent ni formation ni expérience professionnelle.

Dans ces conditions, la réduction de 10% opérée par la SUVA pour tenir compte uniquement des limitations fonctionnelles susmentionnées n'apparaît pas inopportune, compte tenu de l'ensemble des circonstances. On rappellera à cet égard que l'étendue de l'abattement du salaire statistique dans un cas concret constitue une question relevant du pouvoir d'appréciation de l'autorité et que, lorsque le tribunal examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, il n'a pas à substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2).

Il y a donc lieu de confirmer le revenu d'invalidé et, partant, le degré d'invalidité de 15% retenu par l'autorité intimée.

11.

### *Droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI)*

Dans un dernier grief, le recourant soutient que les troubles urologiques et érectiles dont il souffre sont constitutifs d'une atteinte à l'intégrité corporelle et doivent dès lors être indemnisés. Or, comme cela a déjà été établi, ces troubles ne sont pas en lien de causalité avec l'accident du 2 mai 2018. Ils ne sauraient dès lors être pris en compte pour examiner le droit du recourant à se voir octroyer une indemnité pour atteinte à l'intégrité par la SUVA.

Pour ce motif déjà, le grief du recourant relatif à l'octroi d'une IPAI doit être rejeté. En effet, bien qu'il prétende, de manière toute générale, que l'entier des séquelles qu'il présente constitue une atteinte

à l'intégrité corporelle, il ne détaille que les motifs pour lesquels les séquelles urologiques et érectiles devraient être indemnisées.

Quoi qu'il en soit, aucun médecin n'a attesté de séquelles effectivement en lien avec l'accident assuré, qui justifieraient l'octroi d'une IPAI.

Là encore, la mise en œuvre d'une expertise ne se justifie pas.

Partant, à défaut de tout élément médical susceptible de remettre en cause l'avis de son médecin d'arrondissement, c'est à bon droit que la SUVA a refusé d'octroyer une IPAI au recourant pour les suites de l'accident du 2 mai 2018.

12.

#### *Sort du recours et frais*

12.1. Il s'ensuit le rejet intégral du recours et la confirmation de la décision attaquée.

12.2. La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice.

12.3. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

Il n'est pas non plus alloué de dépens à l'autorité intimée, chargée de tâches de droit public (cf. arrêts TF 8C\_552/2009 du 8 avril 2010 consid. 6, 9C\_312/2008 du 24 novembre 2008 consid. 8 et la référence citée).

*(dispositif en page suivante)*

**la Cour arrête :**

I. Le recours est rejeté.

Partant, la décision sur opposition rendue par la SUVA le 22 avril 2022 est confirmée.

II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

III. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 21 décembre 2023/isc

Le Président

La Greffière-rapporteure