



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4013/2019

ATAS/1234/2020

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 décembre 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à HERMANCE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Rachid HUSSEIN

recourant

contre

SUVA - CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN
CAS D'ACCIDENTS, représentée par sa division juridique, sise
Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1961, de nationalité portugaise, travaillait depuis le 5 novembre 2013 pour le compte de B_____ SA en tant qu'étancheur de toits. A ce titre, il était assuré contre les accidents – professionnels ou non – auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA).
2. Le 3 décembre 2013, alors qu'il se trouvait sur un chemin d'accès sur le chantier sur lequel il intervenait, l'assuré a marché sur le couvercle d'un regard d'eau pluviale (EP). Ce couvercle a ripé et l'assuré est tombé à cheval sur le bord dudit regard et s'est blessé aux organes génitaux (cf. déclaration de sinistre du 5 décembre 2013).
3. Les premiers soins ont été donnés le jour de l'accident par les médecins du service d'urologie des hôpitaux universitaires de Genève (HUG), lesquels ont effectué une urétrographie rétrograde et une urétroscopie avant de diagnostiquer une *straddle injury* avec probable rupture de l'urètre membraneux (cf. rapport du service d'urologie du 27 janvier 2014 et celui du même service, non daté, mais vraisemblablement établi au mois de mars 2014) et mis en place, le même jour, sous anesthésie locale, une sonde sus-pubienne (cf. compte-rendu opératoire du 4 décembre 2013).
4. Le 6 décembre 2013, les médecins du service d'urologie ont procédé au réalignement urétral par double abord transurétral et sus-pubien (cf. compte-rendu opératoire du 9 décembre 2013).
5. En raison de ses blessures, l'assuré a été hospitalisé du 3 au 9 décembre 2013.
6. Depuis lors, il est incapable de travailler.
7. Les suites de l'accident du 3 décembre 2013 ont été prises en charge par la SUVA.
8. Le 10 mars 2014, les médecins du service d'urologie ont encore procédé à une urétroplastie par résection – anastomose transpérinéale.
9. Par la suite, les médecins du service d'urologie ont effectué annuellement à un contrôle (cf. rapports des 10 décembre 2014, 10 mars 2015, 21 septembre et 19 décembre 2016, 19 janvier et 27 février 2017).
10. Le 21 mai 2014, l'assuré a saisi l'office de l'assurance-invalidité de Genève (OAI) d'une demande de prestations tendant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel.
11. Dans un rapport du 8 septembre 2014, la docteure C_____, médecin généraliste FMH, a évoqué les diagnostics de traumatisme urétral suite à l'accident du 3 décembre 2013 et de dépression réactionnelle. Depuis plusieurs mois, l'assuré ressentait des douleurs pelviennes selon la position et lors du port de charges. Objectivement, le médecin précité ne pouvait constater qu'un status cicatriciel du plancher pelvien. Elle renvoyait la SUVA vers l'urologue traitant pour le pronostic, l'activité adaptée et l'existence d'un dommage permanent.

12. Quant au docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, il a posé, dans un rapport du 1^{er} octobre 2014, le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive persistante (F43.22), existant depuis juillet 2014. Concrètement, l'assuré présentait une décompensation progressive anxio-dépressive avec une thymie dépressive, des troubles du sommeil ainsi que des difficultés à se projeter dans l'avenir avec des sentiments de dévalorisation, d'inutilité et d'impuissance. Ces troubles étaient consécutifs à l'accident du 3 décembre 2013. Le traitement était médicamenteux (antidépresseurs) et thérapeutique (thérapie cognitivo-comportementale, d'une durée probable de 6 mois à un an). La capacité de travail était nulle depuis le 3 décembre 2013 en raison des atteintes somatiques.
13. Par communication du 17 juin 2015, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle, laquelle devait se tenir aux établissements publics pour l'intégration (EPI) du 10 août au 8 novembre 2015.
14. Dans son rapport du 26 septembre 2015, le Dr D_____ a rappelé le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive prolongée. L'évolution était lente avec le maintien de la plupart des symptômes anxieux et dépressifs. Le pronostic était toutefois moyen à bon. L'impact de l'accident sur la sphère sexuelle du recourant et sur son image et estime de soi contribuait au maintien de la symptomatologie. Un traitement en sexologie avait été ajouté au traitement psychothérapeutique intégré. La symptomatologie douloureuse et les répercussions somatiques limitaient certains aspects de la réadaptation professionnelle mise en place par l'OAI, contribuant ainsi de manière très significative à l'évolution de la symptomatologie et de sa récupération.
15. Il ressort d'un courriel que l'OAI a adressé le 15 octobre 2015 à la SUVA que la mesure d'orientation aux EPI avait été interrompue, les douleurs physiques s'étant montrées plus importantes que prévu, rendant toutes les activités demandées très difficiles voire impossibles. L'assuré souffrait également moralement beaucoup des séquelles de l'accident et avait été vu en pleurs presque tous les jours. L'OAI avait donc convenu avec les EPI et le Dr D_____ que l'assuré devait, dans un premier temps, se soigner, la mesure d'orientation étant redémarrée par la suite.
16. Par communication du 15 octobre 2015, l'OAI a formellement interrompu la mesure d'orientation professionnelle avec effet au 18 octobre 2015.
17. A la demande du Dr D_____, un examen neurocomportemental et neuropsychologique de l'assuré a été effectué par Mesdames E_____ et F_____, neuropsychologues. Selon leur rapport du 10 décembre 2015, elles avaient été mandatées pour évaluer l'impact de l'état dépressif sur le fonctionnement cognitif de l'assuré qui avait été victime d'un accident professionnel, sans traumatisme crânien et sans lésion neurologique. Un ralentissement cognitif avait été mis en évidence à l'examen. En l'absence de traumatisme crânien, ledit ralentissement, qui

se manifestait tant au niveau psychométrique que comportemental, était très probablement imputable à l'état dépressif.

18. Le 4 février 2016, le docteur G_____, spécialiste FMH en orthopédie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré. Suite à cet examen, il a établi les appréciations suivantes en date du 5 février 2016 :
 - Dans une première appréciation, le médecin précité a retenu le diagnostic de traumatisme de l'urètre membraneux ayant évolué vers une sténose nécessitant une urétroplastie. S'y ajoutait un syndrome dépressif selon le psychiatre traitant. Sur le plan urinaire, l'évolution semblait se faire de manière satisfaisante malgré la pollakiurie. Il persistait toutefois des séquelles de type trouble sexuel (difficultés d'érection avec une érection par mois). Le cas était stabilisé sur le plan somatique et l'activité d'étancher n'était plus exigible. Dans une activité adaptée permettant l'alternance des positions assise et debout, la capacité de travail était estimée à 50%. Compte tenu du syndrome dépressif évoqué par le psychiatre traitant et le neuropsychologue, le Dr G_____ invitait la SUVA à transmettre le dossier à son psychiatre-conseil.
 - Dans la seconde appréciation, le médecin d'arrondissement précité a estimé l'atteinte à l'intégrité à 15% conformément à la table n° 22 de la SUVA, concernant l'atteinte à l'intégrité en cas de perte des organes sexuels et de la capacité de reproduction (troubles de l'érection répondant à un traitement médicamenteux mais mal supporté dans le cas de l'assuré).
19. Le 9 mars 2016, le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin-conseil de la SUVA, a examiné l'assuré. Après avoir résumé l'anamnèse et les plaintes de l'assuré et procédé à un examen clinique, le médecin précité a retenu les diagnostics de troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.22) et trouble anxieux sans précision (F41.9). Ces troubles étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident du 3 décembre 2013 et la capacité de travail était de 50%. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, il convenait d'attendre quatre à cinq ans post-accident avant de pouvoir se prononcer sur la présence définitive – ou non – d'une symptomatologie psychique.
20. Par courrier du 27 avril 2016, la SUVA a informé l'assuré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident. Par conséquent, il était mis un terme, avec effet immédiat, à la prise en charge des soins médicaux. Quant aux indemnités journalières, elles étaient supprimées avec effet au 5 juin 2016, veille d'un stage organisé par l'OAI. Une fois les mesures de réadaptation achevées, le droit à une rente allait être examiné.
21. Dans son rapport du 28 avril 2016, le Dr D_____ a expliqué que l'assuré présentait depuis quelques mois une évolution lente et favorable sur le plan thymique et anxieux, ce qui permettait d'envisager une reprise des mesures professionnelles en vue d'une réadaptation.

22. L'assuré a donc participé à une nouvelle mesure d'orientation professionnelle qui s'est tenue, à un taux d'activité de 50%, du 6 juin au 2 septembre 2016. Selon le rapport relatif à cette mesure, daté du 18 octobre 2016, aucune position de travail n'était durablement maintenue. La gestuelle était moyennement exploitable. Le tonus de l'assuré était faible. Il adoptait fréquemment des positions antalgiques, qui n'étaient pas compatibles avec l'exécution d'une tâche à l'établi, ce qui impactait directement la résistance et le rythme de travail. Malgré une adaptation du poste de travail, avec un établi surélevé, aucune amélioration notable de la résistance n'avait été constatée. Les capacités d'apprentissage correspondaient à une mise au courant en entreprise. L'assuré s'était montré respectueux des règles de fonctionnement et des usages au sein des EPI. Il avait toutefois éprouvé des difficultés à s'intégrer dans le groupe et à interagir avec les autres participants. Le moral était très fluctuant, avec un manque de réceptivité et de vivacité de réaction, une perte importante de l'estime de soi, une focalisation sur sa problématique et aucune projection vers un avenir professionnel. Compte tenu des constatations des EPI, les chances d'employabilité de l'assuré étaient considérablement réduites, les limitations étant les suivantes : tonus faible, alternance fréquente des positions de travail, entrecoupées de pauses toutes les 20 à 30 minutes, signes d'inconfort permanents, manque de vivacité de réaction et de compréhension.
23. En novembre 2016, la SUVA a ajouté à son dossier le rapport du Dr G_____ toujours daté du 5 février 2016 mais modifié, en ce sens qu'une limitation supplémentaire avait été ajoutée (port de charge maximal de 10 kg jusqu'à hauteur du thorax de façon ponctuelle) et que la capacité de travail avait été augmentée à 80%.
24. Invité à motiver la baisse de la capacité de travail de 20%, le Dr G_____ a expliqué, le 19 janvier 2017, que vu l'agitation constatée lors de l'examen du 4 février 2016 et compte tenu des difficultés de l'assuré à rester debout de façon prolongée, la diminution de 20% de la capacité de travail était justifiée dans une activité adaptée. Le cas échéant, une expertise urologique devait être organisée.
25. Dans un document interne du 14 février 2017, la SUVA a recensé, en Suisse romande, 201 postes qu'elle estimait compatibles avec les limitations fonctionnelles de l'assuré. Les salaires minimum, maximum et moyen de ces postes s'élevaient à CHF 45'326.-, CHF 77'153.-, respectivement CHF 58'652.-.
- L'assurance a retenu cinq descriptifs de postes de travail (DPT) qu'elle estimait adaptés à l'assuré: ouvrier magasinier, rectifieur, collaborateur de production (montage, câblage/tt), boîtier-polisseur dans l'horlogerie et employé de parking. En 2016, le revenu moyen tiré de ces cinq activités était de CHF 62'865.- par an (13e salaire compris).
26. Par décision du 20 février 2017, la SUVA a mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité de 23% dès le 1^{er} septembre 2016. En effet, il ressortait des investigations notamment médicales, que l'assuré pouvait exercer, s'agissant des

séquelles organiques, une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à condition de travailler en position assise/debout. Une telle activité, exigible à 80%, lui permettrait de réaliser un salaire annuel de CHF 50'292.-. Comparé au gain de CHF 65'345.- réalisable sans l'accident, la perte de gain était de 23%. Les troubles psychiques n'étaient, quant à eux, pas en lien de causalité adéquate avec l'accident, raison pour laquelle un droit aux prestations n'existait pas. Par ailleurs, la SUVA accordait également à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% sur le plan somatique.

27. Sous la plume de son conseil, l'assuré s'est opposé à la décision précitée, par courrier du 23 mars 2017, contestant l'absence de prise en considération des troubles psychiques, une expertise psychiatrique devant le cas échant être mise en œuvre. Concernant les atteintes somatiques, l'assuré voyait mal comment sa capacité de travail dans une activité adaptée avait pu passer de 50% à 80% alors qu'aucune modification de la situation n'était intervenue dans l'intervalle et qu'une limitation fonctionnelle supplémentaire avait été ajoutée dans le rapport du Dr G_____ modifié en novembre 2016. Les explications relatives à cette augmentation de la capacité de travail données par le Dr G_____ le 19 janvier 2017 n'étaient pas suffisante, étant en outre relevé que le médecin précité était orthopédiste alors que lui-même présentait des troubles urologiques. Par ailleurs, à la lecture du dossier, il apparaissait que les limitations fonctionnelles étaient plus importantes et qu'elles incluaient, en sus de l'alternance des positions et du port de charge maximal de 10kg ponctuellement, la nécessité de pauses régulières. L'importance des limitations ressortait également du préavis de l'OAI qui avait appliqué l'abattement maximum de 25%. Il concluait par conséquent subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise urologique. L'assuré a ensuite contesté les revenus avec et sans invalidité, les DPT retenues ne prenant notamment pas en considération toutes les limitations fonctionnelles. Enfin, il a considéré que les troubles psychiques devaient également être pris en considération dans l'appréciation de l'atteinte à l'intégrité, de sorte que le taux de l'indemnité y relative ne pouvait être inférieur à 40%.

En annexe figuraient notamment :

- Un rapport du Dr D_____ du 17 février 2017, dont il ressort que l'état de l'assuré s'était péjoré de manière significative. Ses difficultés à accepter la nouvelle réalité à laquelle il était désormais soumis, ses résistances implicites aux traitements, ses difficultés d'adaptation en milieu « laboral » ou équivalent, constatées lors du stage aux EPI en 2016, étaient le reflet de cette péjoration. Dans de telles circonstances, une activité adaptée n'était pas exigible et une demande de rente d'invalidité à 100% paraissait être le plus adéquat.
- Un rapport de la Dresse C_____ du 15 mars 2017, à teneur duquel l'assuré avait été choqué par sa chute le 3 décembre 2019, ayant entraîné une déchirure de l'urètre ayant nécessité deux interventions chirurgicales. Les douleurs avaient persisté au niveau du plancher pelvien et de tout le bassin, malgré de

nombreuses thérapies (thérapie cognitivo-comportementale, consultations en urologie et gynéco-sexologie, physiothérapie, psychothérapie avec traitement médicamenteux, hypnose et perfusion de kétamine). Les douleurs de l'assuré étaient exacerbées par la position debout, à la marche, lors du port de charges et en allant aux toilettes. Compte tenu de l'état dépressif de l'assuré, avec sentiment de dévalorisation dans le monde social, professionnel, familial et dans son couple, une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée paraissait difficile.

- Un rapport du Dr D_____ du 18 mars 2017, dans lequel ce médecin a expliqué de manière circonstanciée pour quels motifs il retenait un lien de causalité entre l'accident et les troubles psychiques.
28. Le 1^{er} septembre 2017, la SUVA a informé l'assuré de son intention d'ordonner une expertise uro-neurologique et de la confier au CHUV et plus particulièrement au docteur I_____, chef de clinique adjoint au service d'urologie.
 29. Suite au départ à l'étranger du Dr I_____, la SUVA a proposé la doctoresse J_____, cheffe de clinique de neuro-réhabilitation et neuro-urologie.
 30. Par courrier du 22 septembre 2017, l'assuré a manifesté son accord de principe avec la réalisation d'une expertise mais il a critiqué la formulation de certaines questions et a demandé à la SUVA d'interpeller la Dresse J_____ sur ses compétences médicales dans le domaine de l'urologie. Enfin, il a demandé à ce que l'expertise comporte un volet psychiatrique
 31. Le 13 novembre 2017, la SUVA a transmis à l'assuré divers documents relatifs aux qualifications de la Dresse J_____. L'assurance précitée a également refusé d'ordonner une expertise psychiatrique, la décision contestée ayant nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles dont souffre encore le recourant et l'accident assuré. Or, il s'agissait là d'une notion juridique.
 32. Entre le 15 novembre et le 12 décembre 2017, les parties ont débattu sur la formulation des questions à poser aux experts.
 33. Par courriel du 1^{er} mars 2018, la Dresse J_____ a informé la SUVA qu'elle n'était plus en mesure de réaliser l'expertise envisagée et a restitué le dossier.
 34. L'assuré a séjourné au service d'urologie des HUG du 1^{er} au 7 mars 2018 en raison d'une prostatite avec rétention urinaire aigüe. Pendant ce séjour hospitalier, il a été sondé et mis sous traitement antibiotique. Compte tenu de l'évolution clinique et biologique favorable, il a pu sortir le 7 mars 2018, avec poursuite du traitement antibiotique jusqu'au 21 mars 2018 (cf. lettre de sortie du 9 mars 2018).
 35. Le 3 avril 2018, la SUVA a proposé à l'assuré de mandater la doctoresse K_____, spécialiste FMH en urologie et neuro-urologie, Clinique de neuro-réhabilitation et paraplégiologie, Rehab Bâle, pour expertise.

-
36. Par courrier du 10 avril 2018, l'assuré a marqué son accord avec la médecin proposée et a demandé qu'une question supplémentaire soit intégrée dans le mandat d'expertise, ce que la SUVA a refusé par courrier du 18 avril 2018.
37. Par courrier du 18 avril 2018, l'assurance-accidents a formellement mandaté la Dresse K_____ pour expertise, et lui a transmis le dossier. Par courriels des 8 et 20 juin 2018, l'assurance lui a encore remis la traduction en allemand des pièces du dossier.
38. Après avoir examiné l'assuré le 13 juin 2018 et pris connaissance du dossier, la Dresse K_____ a établi son rapport d'expertise en allemand, en date du 31 juillet 2018. Celui-ci a été traduit en français en mars 2019. Il en ressort notamment que l'assuré a décrit sa fonction vésicale et plus particulièrement le déroulement de miction, sa fonction intestinale, précisant qu'il était le plus souvent constipé, et sa fonction sexuelle. Il a également décrit les douleurs qu'il ressentait et ses limitations.

Compte tenu du dossier, des déclarations de l'assuré et de son examen clinique, la Dresse K_____ a retenu les diagnostics suivants, en lien de causalité avec l'accident :

- Trouble vésical avec nycturie ; rétrécissement postopératoire cicatriciel au niveau de l'urètre bulbaire avec *via falsa* accompagnée d'un affaiblissement du jet urinaire ; écoulement résiduel au terme de la miction, dans le sens d'une légère incontinence ; léger trouble du début de la miction avec retardement mictionnel et de la symptomatologie liée au besoin d'uriner ; état consécutif à une prostatite en avril 2018, une prostatite étant toujours à évaluer dans le contexte d'une entrave à l'écoulement au niveau des voies urinaires inférieures ;
- Trouble de la fonction sexuelle avec dysfonctionnement érectile, trouble de l'orgasme en partie lié aux douleurs ;
- Douleurs périnéales (localisées dans le périnée), déjà en présence d'un effort physique léger tel qu'un rapport sexuel, en position assise, en station debout prolongée ou durant la marche, en présence de vibrations, lorsque l'assuré se penche en avant et/ou soulève des charges légères.

Les troubles de la fonction vésicale étaient à attribuer à un substrat organique. Les troubles de la fonction sexuelle étaient en grande partie induits par la douleur. Une lésion nerveuse découlant directement de l'opération pouvait être exclue. Les douleurs pouvaient s'expliquer sur le plan somatique mais leur intensité était essentiellement d'origine non organique. Le trouble de la fonction sexuelle et plus particulièrement la capacité érectile, étaient dus à des facteurs psychologiques. Par conséquent, globalement, le trouble de la fonction sexuelle était essentiellement d'origine non-organique.

Les douleurs périnéales avec irradiation dans les jambes et dans les fesses étaient compatibles avec la voie opératoire liée à l'anastomose urétrale. En effet, les voies

opératoires périnéales étaient habituellement associées à des douleurs postopératoires accrues. Compte tenu de la localisation des douleurs et du fait qu'elles se manifestaient lors de la station debout prolongée, lors de l'inclinaison vers l'avant, lors de la marche et en position assise, la profession de poseur d'isolation en bâtiment, comme toute activité physique dans le domaine du bâtiment, n'étaient plus exigibles.

Une activité alternant la position assise, debout, couchée et la marche semblait exigible. Les charges supérieures à 5kg pouvaient uniquement être soulevées sous une forme adaptée à la douleur et un changement de position était nécessaire au plus tard après 15 à 20 minutes. Seule la position couchée à plat permettait à l'assuré de ne ressentir aucun trouble.

Une activité physique, à plein temps, comme celle exercée auparavant dans le secteur du bâtiment, n'était plus exigible. Compte tenu de la formation de l'assuré, la Dresse K_____ ne voyait pas d'autre possibilité professionnelle. Les limitations du temps de travail, pour les travaux à la pièce, compte tenu des pauses et des périodes de repos nécessaires ainsi que des changements de position, toutes les 15 à 20 minutes, entraînaient une capacité de travail de 50%.

Après avoir résumé ses constatations, la Dresse K_____ a évoqué une « invalidité de 20% » (sic !) sur le plan urologique.

S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, la Dresse K_____ a relevé que l'annexe 3 concernant les atteintes à l'intégrité de la SUVA (recte annexe 3 à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) reconnaissait une atteinte de 40% au maximum en cas de perte des organes sexuels ou de la capacité de reproduction. Le syndrome douloureux organique de l'assuré ne figurait pas explicitement dans les tables de la SUVA, de sorte qu'il fallait effectuer une estimation analogue. Quant à l'atteinte à l'intégrité due aux douleurs, elle était estimée à 5 à 10%. En présence d'une incontinence urinaire, jusqu'à 30% pouvaient être accordés pour les lésions des organes internes d'origine accidentelle. Au vu de ce qui précède, elle a estimé l'atteinte à l'intégrité à 25% sur le plan purement somatique.

39. Par décision du 7 septembre 2018, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière à compter du 1^{er} décembre 2014.
40. L'expertise a été soumise à l'assuré qui s'est prononcé par écriture du 7 juin 2019. Il en ressort, d'une part que la Dresse C_____, dont le rapport du 1^{er} mai 2019 était produit en annexe, était surprise par les conclusions de l'expertise relatives à la capacité de travail de 80% et, d'autre part, qu'une expertise psychiatrique avait été réalisée par le professeur L_____ dans le cadre de l'instruction menée par l'OAI. Dans son rapport d'expertise du 19 mars 2018, l'expert psychiatre avait considéré qu'une reprise de l'activité en milieu usuel ou adapté était illusoire. Par conséquent, l'assuré était d'avis que sa capacité de travail était nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, étant précisé que le service médical de

l'assurance-invalidité avait considéré, dans un avis du 18 juillet 2018, que l'expertise psychiatrique était probante. Par conséquent, l'assuré confirmait les termes de son opposition du 23 mars 2017.

En annexe à ce complément figurait, outre le bref rapport de la Dresse C_____ du 1^{er} mai 2019 et l'avis du SMR du 18 juillet 2018, le rapport d'expertise psychiatrique établi le 19 mars 2018 par le Dr L_____, dont il ressort que l'assuré souffrait d'un trouble dépressif organique moyen (F06.3) depuis 2014. La problématique était celle d'une restauration narcissique qui s'avérait impossible chez un homme se sentant diminué dans son rôle de chef de famille. Le traumatisme urétral subi avait induit après environ un an et après deux opérations, un trouble dépressif organique (directement lié à la pathologie somatique) avec perte d'estime de soi, sentiment de dévalorisation, difficulté (et plus tard impossibilité) à imaginer un avenir, irritabilité, anhédonie et labilité émotionnelle. Ce trouble faisait suite à l'installation de douleurs quasi-continues dans la région pelvienne et d'un dysfonctionnement sexuel important. Dans de telles circonstances, la capacité de travail était nulle quelle que soit l'activité et ce depuis début 2017.

41. Par décision sur opposition du 26 septembre 2019, la SUVA a partiellement admis l'opposition de l'assuré. Après avoir rappelé que personne ne niait l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles psychiques, l'assurance a examiné le lien de causalité adéquate. Elle a tout d'abord classé l'accident dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité puis elle a examiné les critères jurisprudentiels en matière de causalité adéquate. Constatant que seuls deux critères étaient réalisés, alors que quatre étaient nécessaires, elle a nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident assurée et les troubles psychiques dont le recourant souffrait encore et a confirmé que le degré d'invalidité devait être calculé en ne tenant compte que de l'incapacité de travail due aux seules atteintes somatiques. Concernant le calcul de l'invalidité, la SUVA a constaté que la Dresse K_____ avait retenu une incapacité de travail de 50% et que les DPT prises en considération n'étaient en réalité pas compatibles avec les limitations fonctionnelles indiquées par la médecin précitée. Le revenu avec invalidité devait par conséquent se calculer sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). En retenant le salaire des hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples (niveau de compétence 1) dans le secteur privé en 2014, soit CHF 5'312.- par mois selon le tableau TA1, indexé à 2016, et adapté à l'horaire usuel, le revenu annuel s'élevait à CHF 66'803.40. Un abattement supplémentaire ne se justifiait pas. En effet, le revenu statistique retenu englobait une large palette d'activités simples ne requérant pas de compétences professionnelles particulières, et dont un certain nombre correspondaient à des activités compatibles avec les limitations fonctionnelles de l'assuré, qui était au bénéfice d'un permis C. Compte tenu d'une capacité de travail de 50%, c'était un revenu avec invalidité de CHF 33'400.- qu'il fallait retenir. Comparé au revenu sans

invalidité de CHF 65'345.- ([CHF 29.-/h x 40h/sem. x 52 sem.] + 8.33% de 13^e), la perte de gain s'élevait à 48.9%. En y ajoutant le panier mensuel de CHF 15.-, comme le requérait l'assuré, la perte de gain était de 49,03%. Que le degré d'invalidité soit de 48,9% ou de 49,03%, l'assuré avait droit à une rente de 49%. Enfin, il ressortait de l'expertise de la Dresse K_____ que l'atteinte à l'intégrité était estimée à 25%, et non à 15%.

Au vu de ce qui précède, la SUVA a modifié la décision contestée en augmentant le degré d'invalidité de 23% à 49% et l'atteinte à l'intégrité de 15% à 25%.

42. Le 28 octobre 2019, l'assuré (ci-après : le recourant), sous la plume de son conseil, a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à la réformation de la décision entreprise, en ce sens qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité, avec intérêts à 5% l'an, dès le 1^{er} septembre 2016, fondée sur un gain annuel assuré de CHF 67'122.15 ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux minimum de 40%, subsidiairement à l'annulation de la décision querellée et au renvoi du dossier à la SUVA (ci-après : l'intimée) pour qu'elle reprenne l'instruction et rende une nouvelle décision dans le sens des considérants.

A l'appui de ses conclusions, le recourant a notamment considéré que l'accident du 3 décembre 2013 devait être classé dans les accidents graves, de sorte que le lien de causalité adéquate entre celui-ci et les troubles psychiques devait être admis. Si par impossible la chambre de céans devait classer l'accident en question dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, quatre des critères jurisprudentiels en la matière étaient réalisés, soit la gravité ou la nature particulière des lésions, la durée anormalement longue du traitement médical, les douleurs physiques persistantes et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Le recourant contestait ensuite le fait que l'intimée n'ait pas pris en considération les conclusions de l'expertise psychiatrique effectuée par le Prof. L_____ le 7 juin 2019. Concernant le degré d'invalidité, le recourant contestait le gain annuel assuré, considérant que c'était un horaire de 42 heures par semaine, comme cela était prévu par la convention collective de travail qui devait être retenu, ce qui portait le gain annuel à CHF 67'122.15 et non à CHF 65'525.-. Enfin, il contestait le degré de l'atteinte à l'intégrité retenu et était d'avis que les troubles psychiques et les troubles de la fonction sexuelle devaient également être pris en considération dans l'appréciation de l'atteinte à l'intégrité. Par conséquent, l'atteinte à l'intégrité devait être établie à 40% au minimum.

43. L'intimée a produit sa réponse le 10 janvier 2020 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, persistant à considérer que l'accident en cause devait être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite inférieure de cette catégorie. Elle a ensuite répété que seuls deux critères étaient réalisés, soit la gravité des lésions physiques et les douleurs. Ceux-ci n'étaient toutefois pas suffisamment prégnants pour que le lien de causalité adéquate soit réalisé. L'intimée a également relevé qu'elle ne contestait pas le lien

de causalité naturelle, de sorte que le rapport d'expertise psychiatrique du Dr L_____ était sans pertinence. Quant au gain annuel assuré, il avait été établi en fonction du salaire que le recourant percevait auprès de son employeur, annualisé. C'était donc bien un gain annuel assuré de CHF 65'525.- qui devait servir de base de calcul pour la rente d'invalidité. S'agissant enfin de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle a considéré que le recourant alléguait qu'outre ses troubles psychiques, la perte des organes génitaux ou de la capacité de reproduction devait également être prise en considération, ce qui portait le taux de l'indemnité à 40% au minimum. Après avoir relevé que le recourant ne faisait que substituer sa propre interprétation à celle de l'expert urologue, sans se référer à aucun avis médical, l'intimée a considéré que vu les explications de l'experte urologue, le recourant ne se trouvait pas dans une situation justifiant l'application d'un taux de 40%, étant rappelé que si, par la suite, l'atteinte à l'intégrité s'aggravait de façon durable et importante, une indemnité complémentaire pouvait être accordée. Tel n'étant toutefois pas le cas pour l'heure, la décision sur opposition querellée devait être confirmée en tant qu'elle fixait le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 25%.

44. Par réplique du 18 juin 2020, le recourant a repris certains aspects de son recours, persistant à considérer que l'accident devait être classé dans la catégorie des accidents graves et que quatre des critères jurisprudentiels étaient de toute manière réalisés. Subsidiairement, il était d'avis que les deux critères retenus par l'intimée se manifestaient avec une intensité particulière. Pour le surplus, il renvoyait à son recours.
45. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente supérieure à 49 % et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40%, singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité entre les troubles psychiques du recourant et l'accident assuré.
6. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

a/aa. La condition du lien de causalité naturelle est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Selon la jurisprudence, la question du lien de causalité naturelle entre une affection de nature psychique et un accident peut rester indéterminée dans la mesure où le lien de causalité adéquate doit de toute manière être nié (arrêts du Tribunal fédéral 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4 et 8C_746/2008 du 17 août 2009 consid. 5).

a/bb. 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 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves 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 en cas de troubles non objectivables du point de vue organique et de troubles psychiques. 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; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5).

b. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); 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 (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de

tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants, étant précisé que l'examen des critères se fait en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa) :

- 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.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/aa). Dans un tel cas, la jurisprudence considère que quatre des critères précités doivent être réunis (arrêt du Tribunal fédéral 8C_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5, arrêt du Tribunal fédéral 8C_487/2009 du 7 décembre 2009, consid. 5). Dans le cas d'un accident de gravité moyenne proprement dit, la réalisation de trois des critères est suffisante (arrêt du Tribunal fédéral BGE 134 V 109 du 3 mai 2012 consid. 6.2.2, arrêt du Tribunal fédéral 8C_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5).

En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5).

c. D'après la casuistique, les chutes d'une hauteur comprise entre deux (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 410/00 du 14 février 2002 consid. 2c) et environ quatre mètres (arrêt du Tribunal fédéral 8C_316/2009 du) font partie des accidents de gravité moyenne *stricto sensu* (arrêt du Tribunal fédéral 8C_496/2014 du 21 novembre 2014 consid. 4.2.3). Par contre, les chutes qui se sont produites d'une hauteur entre cinq et huit mètres et qui ont entraîné des lésions osseuses relativement sévères ont été considérées comme faisant partie de la limite supérieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne (voir arrêt du Tribunal fédéral 8C_657/2013 du 3 juillet 2014 consid. 4.1 et les référence).

Ont ainsi été considérés comme étant à la limite supérieure des accidents de gravité moyenne : une chute de quelque huit mètres dans un conduit de cheminée avec une fracture ouverte du pied limite grave ; une chute de cinq mètres entraînant de nombreuses fractures et une commotion cérébrale (pour un rappel de la casuistique en matière de chutes, RAMA 1998 n° U 307 p. 448, consid. 3a).

En revanche, une chute d'un échafaudage de deux mètres a été considérée comme étant à la limite inférieure des accidents de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 97/04 du 30 décembre 2004), tout comme une chute dans des escaliers (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 246/00 du 28 novembre 2001, U 484/00 du 17 décembre 2001 ou encore U 340705 du 16 décembre 2005 et les exemples cités), étant précisé que dans ces derniers cas, le Tribunal fédéral s'est

à plusieurs fois demandés si l'accident ne devait pas être classé dans les accidents bénins.

Enfin, le Tribunal fédéral a qualifié de gravité moyenne *stricto sensu* une chute d'ascenseur sur deux étages (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 204/00 du 30 avril 2001), la chute d'un bloc de pierre d'un immeuble en construction sur un ouvrier lui percutant le dos, la jambe et causant un traumatisme crânien (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 338/05 du 1^{er} septembre 2006).

7. a. En l'espèce, l'intimée admet que les troubles psychiques dont souffre encore le recourant sont en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré. Par conséquent, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique n'est pas indiquée.

La seule question qui se pose est celle de savoir si la causalité adéquate est également donnée. Pour y répondre, il convient, en premier lieu, de qualifier l'accident en question.

Compte tenu du déroulement de l'événement en cause et au vu des précédents jurisprudentiels en matière de chutes, l'accident du 3 décembre 2013 constitue un accident de gravité moyenne se situant à la limite d'un accident de peu de gravité, voire même d'un accident de peu de gravité (voir consid. 6 c/cc ci-dessus). Concrètement, le recourant a chuté de sa hauteur et s'est réceptionné, à cheval, sur un regard de bouche d'égout, dont le couvercle s'était déplacé lors de son passage. On ne se retrouve ainsi pas dans le cas d'une chute d'une certaine hauteur, ce qui aurait permis de classer l'accident en question dans la catégorie des accidents de gravité moyenne *stricto sensu*.

Au moins quatre des critères jurisprudentiels doivent ainsi être remplis pour que le lien de causalité adéquate soit admis, étant toutefois précisé qu'un seul suffit s'il revêt une intensité particulière. Seules les atteintes physiques – à l'exclusion des troubles psychiques – doivent être prises en considération lors de l'appréciation des différents critères

b/aa. La survenue d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit toutefois pas en soi à conduire à l'admission de ce critère. Or, en l'espèce, objectivement considéré et au vu des précédents jurisprudentiels en la matière, l'événement du 3 décembre 2013 n'a pas eu un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant. A titre de comparaison, ce critère a également été nié dans les cas suivants : une lourde pierre s'est détachée d'un mur haut de 2 m 70 d'un immeuble en démolition et a percuté le dos de l'assuré, puis la cheville gauche, alors qu'il s'appêtait à franchir une fenêtre; le choc l'a alors projeté en avant et il s'est trouvé face contre terre, à cheval sur la base de l'encadrement de la fenêtre (arrêt du Tribunal fédéral des U 338/05 assurances du 24 février 2004) ; cas d'un travailleur qui est tombé d'un échafaudage d'une hauteur d'environ trois à quatre mètres (arrêt U 393/04 du 9 septembre 2004) ou d'un travailleur qui a chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ 4,5 mètres dans une fouille (arrêt U 144/05 du 27

décembre 2005 ; voir aussi l'arrêt U 21/06 du 30 novembre 2005 consid. 4.5) ; cas d'un maçon qui se trouvait au fond d'une fouille et portait un casque quand il a reçu, sur la région cervico-thoracique, une lourde chaîne dont le maillon s'est rompu au-dessus de lui (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 603/06 du 7 mars 2007).

b/bb. S'agissant du critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que ce critère postulait d'abord l'existence de lésions physiques graves ou, s'agissant de la nature particulière des lésions physiques, d'atteintes à des organes auxquels l'homme attache normalement une importance subjective particulière (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 13/02 du 11 mars 2003 consid. 2.2.3 et les références citées), comme par exemple les organes génitaux (dans ce sens MURER/KIND/ BINDER : Kriterien zur Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhanges bei erlebnisreaktiven (psychogenen) Störungen nach Unfällen, in RSAS 1993, p. 142). En l'espèce, le recourant a subi une rupture de l'urètre membraneux ayant nécessité la pose d'une sonde sus-pubienne le 3 décembre 2013, un réalignement urétral par double abord trasurétral et sus-pubien le 6 décembre 2013 et une urétroplastie par résection – anastomose transpérinéale le 10 mars 2014. On doit considérer que le recourant a été sévèrement touché à un organe important aux yeux d'un homme, à savoir son pénis, de sorte que le critère de la nature particulière des lésions physiques doit être admis. Cette lésion, en tant qu'elle touche l'organe reproducteur masculin, est en outre propre, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, de sorte que le critère de la nature particulière de la lésion physique doit être admis.

a/cc. Pour l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). Par ailleurs, l'aspect temporel n'est pas seul décisif; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.3, 8C_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3, et U 92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 avec les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C_361/2007 consid. 5.3 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 380/04 du 15 mars 2004 consid. 5.2.4 in RAMA 2005 n° U 549 p. 239). Or, force est de constater, en l'espèce, qu'à l'exception de la pose d'une sonde sus-pubienne le 3 décembre 2013, d'un réalignement urétral par double abord trasurétral et sus-pubien le 6 décembre 2013 et d'une urétroplastie par

résection – anastomose transpérinéale le 10 mars 2014, le traitement médical a consisté en diverses thérapies et la prise de médicaments, de sorte que le critère de la durée anormalement longue du traitement n'est pas réalisé.

a/dd. Aucun élément du dossier ne permet de retenir que les médecins ayant suivi le recourant aient violé les règles de l'art médical et que, ce faisant, il y ait eu aggravation significative des séquelles de l'accident (voir dans ce sens arrêt du Tribunal fédéral 8C_887/2011 du 5 mars 2012 consid. 4.5). Le recourant ne le prétend d'ailleurs pas.

a/ee. Les conditions de difficultés apparues au cours de la guérison et de complications importantes ne doivent pas être remplies de manière cumulative (ATF 117 V 359 consid. 7b). Dans ce contexte, il y a lieu de préciser que les critères du traitement médical et des douleurs persistantes ne permettent pas de conclure à l'existence de difficultés apparues au cours de la guérison ou à celle de complications importantes. Il faut, dans ce contexte, l'existence de motifs particuliers ayant entravé la guérison. La prise de nombreux médicaments et la réalisation de différentes thérapies ne suffisent pas pour admettre ce critère. Il en va de même du fait qu'en dépit de thérapies régulières, il n'a pas été possible de supprimer les douleurs ou d'obtenir une capacité de travail (entière) (arrêts du Tribunal fédéral 8C_252/2007 du 16 mai 2008 consid. 7.6 et 8C_57/2008 du 16 mai 2008 également consid. 9.6.1). Par ailleurs, une éventuelle intolérance aux antidouleurs ne doit pas être examinée en relation avec le critère des difficultés apparues en cours de guérison ou des complications importantes mais en lien avec le critère des douleurs persistantes (arrêt du Tribunal fédéral 8C_275/2008 du 2 décembre 2008 consid. 3.3.6). En l'espèce, aucun élément du dossier ne permet de considérer que des difficultés ou des complications importantes soient apparues au cours de la guérison. Au demeurant, le recourant ne le prétend pas.

a/ff. Quant aux douleurs physiques persistantes, elles sont suffisamment importantes et crédibles pour justifier une incapacité de travail de 50% perdurant encore à ce jour.

b. Force est donc de constater que, contrairement à la position de l'intimée, trois des critères énoncés par la jurisprudence (douleurs physiques persistantes ; incapacité de travail de longue durée, nature particulière des lésions) sont remplis en l'espèce, sans toutefois revêtir une intensité particulière (en comparaison, dans le cas d'une perte totale de la fonction d'un œil sans rémission possible, le Tribunal fédéral a jugé que le critère de la gravité de la lésion ne revêtait pas une intensité suffisante pour admettre à lui seul un lien de causalité adéquate avec des troubles psychiques [arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 5.1 et les références citées]). L'accident étant de gravité moyenne à la limite inférieure, la réalisation de trois critères est insuffisante pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 3 décembre 2013 et les troubles psychiques dont souffre encore le recourant. Cela ne signifie toutefois pas que l'existence de troubles psychiques incapacitants est niée mais uniquement que lesdits troubles ne

sont pas ou plus consécutifs à l'accident assuré et que, par conséquent, l'intimée n'a pas ou plus à intervenir pour leur prise en charge.

8. Il convient ensuite d'examiner le calcul du degré d'invalidité.

a. Selon l'art. 18 al. 1er LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité.

Par ailleurs, à teneur de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré pourrait 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.

b. Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors, adapté à l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/2007 du 21 août 2008, consid. 5.5; RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2).

c. S'agissant de la fixation du revenu d'invalide, ce n'est pas le fait que l'assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. En application de ce principe, la jurisprudence admet très largement le caractère exigible d'une activité (Ulrich MEYER, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2ème éd., p. 294ss). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé.

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75, consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa), ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT). La détermination du revenu d'invalide sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Si l'assureur n'est pas en mesure de satisfaire à ces exigences de procédure, on ne peut pas se référer aux DPT (ATF 129 V 472 consid. 4.2). Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition. Lorsque le revenu d'invalide est

déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 471/04 du 16 juin 2005 consid. 3.3).

En l'absence de descriptifs de postes de travail recueillis conformément aux exigences jurisprudentielles, il convient pour déterminer le revenu d'invalidé de se fonder sur les salaires qui ressortent des enquêtes statistiques officielles (ESS ; ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Est alors déterminante la valeur centrale de la statistique des salaires bruts standardisés. Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, 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. 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 relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

9. En l'espèce, seul le revenu sans invalidité est contesté, de sorte que seul ce point sera examiné ci-après.

Il ressort du dossier que le recourant travaillait pour le compte de B_____ SA en tant qu'étancheur de toits lorsqu'il a été victime de l'accident du 3 décembre 2013. A ce titre, il était soumis à la convention collective de travail pour le second œuvre (ci-après : la CCT), de force obligatoire pour tout le territoire suisse.

En matière de durée annuelle du travail, la CCT précitée prévoit que l'horaire de travail est de 41 heures mais que l'entreprise a la possibilité d'appliquer un horaire standard ou un horaire variable selon les modalités indiquées aux al. 1 et 2 de la même disposition (art. 23.2). En particulier, l'entreprise a la faculté de fixer la durée hebdomadaire de travail de 39 heures à 45 heures du lundi au vendredi.

Selon le contrat de travail, le nombre d'heures à effectuer s'élevait à 40 heures hebdomadaires. Cet horaire étant compris dans la fourchette admise par l'art. 23.2, il n'y a pas lieu de s'en écarter, comme l'a, à juste titre, retenu la SUVA.

Conformément à la CCT, au contrat de travail et aux fiches de salaire, le salaire horaire était de CHF 29.- auquel il convenait encore d'ajouter un supplément de 8.33 % pour le treizième salaire (soit CHF 2.42 par heure) et le « panier » de CHF 15.- par mois.

Partant, le revenu annuel sans invalidité s'élève à CHF 65'534.- ([CHF 31.42/h x 40h/sem. x 52 sem./année] + [12 mois x CHF 15.-/mois] = CHF 65.353.60 + CHF 180.-). Comparé au revenu avec invalidité de CHF 33'400.-, non contesté par le recourant, le degré d'invalidité s'élève à 49.03%, soit 49%, ce qui correspond au degré d'invalidité retenu par la SUVA. La décision sur opposition doit donc être confirmée sur ce point également.

10. Enfin, le recourant conteste également le pourcentage de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

a. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un 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'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère phrase) ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2ème phrase). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est

calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 (art. 36 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA - RS 832.202]).

b. L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a ; RAMA 1988 p. 236) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3).

Selon le barème des atteintes à l'intégrité figurant à l'annexe 3 OLAA, la perte des organes génitaux ou de la capacité de reproduction correspond à une atteinte à l'intégrité de 40%. En cas de d'atteinte très grave et douloureuse au fonctionnement de la colonne vertébrale, elle est estimée à 50% et à 80% en cas d'atteinte très grave à la fonction rénale.

c. La division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure 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 132 II 117 consid. 2.2.3 ; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3).

Dans la mesure où elle est la seule à comporter une échelle de la douleur, la table 7 concernant l'atteinte à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale, est appliquée à l'indemnisation de douleurs permanentes (arrêt du Tribunal fédéral 8C_362/2014 du 25 juin 2014 consid. 6.3). Concrètement, cette table classe les douleurs sur une échelle allant de « 0 » (« pas de douleurs notables, limitation fonctionnelle minime et rare, survenant surtout aux efforts importants ») à « +++ » (« douleurs permanentes plus ou moins intenses, également la nuit et au repos ; charge supplémentaire impossible. Ces douleurs ne diminuent que lentement, après aggravation ») en passant par les niveaux « + » (« douleurs modérées après mobilisation, rares ou nulles au repos, disparaissant complètement et rapidement [1 à 2 jours] ») et « ++ » (« douleurs minimales permanentes, même au repos, accentuées par les efforts »).

Quant à la table 9, relative aux lésions d'organes internes par accident ou maladie professionnelle (à l'exclusion des lésions pulmonaires, voir table 10) et en cas de transplantations d'organes solides, elle prévoit qu'en matière d'incontinence d'urine, l'atteinte à l'intégrité peut être estimée à 30%.

A teneur de la table 22, intitulée « Indemnité pour perte d'intégrité en cas de perte des organes sexuels ou de la capacité de reproduction », le barème en cas de perte d'un ou plusieurs segments des membres inférieurs est le suivant:

A) Perte des organes sexuels

Chez l'homme		
Perte du pénis		40%
Perte des deux testicules		40%
Perte d'un testicule		10%
Chez	la	femme
(...)		

Même en cas de perte de tous les organes sexuels (chez l'homme du pénis et du scrotum, chez la femme de l'utérus et des deux ovaires), l'indemnisation ne peut dépasser les 40%.

B) Perte de la capacité de reproduction

1. Fécondation possible uniquement de manière instrumentale
(insémination artificielle, fertilisation in vitro) 40%
2. Dysfonction érectile (DE) jusqu'à l'impuissance érectile :
 - Impuissance érectile résistante au traitement (DE) complète 40%
 - Reproduction possible seulement avec l'aide d'une prothèse du pénis 40%
 - DE réagissant seulement à l'injection intra-caverneuse de médicaments 20%
 - DE réagissant à un traitement oral 10%

d. En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage. L'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré. Il est tenu compte, dans le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi (art. 36 al. 3 OLAA).

La jurisprudence a reconnu la légalité de cette disposition réglementaire, également dans le cas où les atteintes à l'intégrité sont dues à différents accidents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_812/2010 du 2 mai 2011 consid. 6).

Selon la jurisprudence, il y a lieu d'additionner le pour cent correspondant à chacune des atteintes, même celles qui n'atteignent pas 5 % (ATF 116 V 156 consid. 3b; RAMA 1988 p. 230).

11. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4 ; ATF 115 V 133, consid. 2). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

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

b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

12. a. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la

vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

b. Le juge des assurances sociales 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, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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).

c. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

13. En l'espèce, il ressort du recours du 28 octobre 2019 que le recourant conclut à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40% au minimum, celle-ci devant également tenir compte des troubles de la fonction sexuelle ainsi que des troubles psychiques.

Dans son rapport du 31 juillet 2018, la Dresse K_____ a retenu les atteintes suivantes (expertise p. 20):

- Rétrécissement urétral relatif persistant dans la partie bulbaire (dans la zone cicatricielle) ;
- Symptomatologie douloureuse liée au besoin d'uriner, avec une fréquence mictionnelle élevée en résultant (pollakiurie) ;
- Douleurs du plancher pelvien, en particulier de la zone périnéale, lors des efforts physiques ;

- Trouble de la fonction sexuelle avec dysfonctionnement érectile, trouble de l'orgasme et de l'éjaculation, étant toutefois précisé que ces troubles étaient dus à des facteurs psychologiques.

Elle a ensuite rappelé les fourchettes et les pourcentages retenus par les tables de la SUVA entrant en considération, soit :

- Conformément à la table 19 de la SUVA concernant les troubles psychiques, il pouvait être possible de procéder à une évaluation combinée de la douleur et du trouble psychique. Il devait toutefois s'agir d'un accident d'une gravité exceptionnelle, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50 à 80% était possible selon la définition de la SUVA en présence de troubles psychiques modérés à lourds.
- Selon la table 3 de la SUVA, en cas de perte des organes sexuels ou de la capacité de reproduction, l'atteinte à l'intégrité était de 40% au maximum ;
- A teneur de la table 7 de la SUVA, en cas de faibles douleurs permanentes, exacerbées par la sollicitation, également au repos, soit des douleurs de niveau 2, l'atteinte à l'intégrité était comprise entre 5 et 10% ;
- Conformément à la table 9, en cas d'incontinence urinaire, l'atteinte à l'intégrité pouvait aller jusqu'à 30%.

Compte tenu des atteintes qu'elle avait retenues, la Dresse K_____ a considéré que le recourant présentait une atteinte à l'intégrité de 25% sur le plan purement somatique.

Comme cela ressort du consid. 7 ci-dessus, à compter du 1^{er} septembre 2016, les troubles psychiques ne sont plus en lien de causalité adéquate avec l'accident du 3 décembre 2013, de sorte qu'ils ne sauraient être pris en considération dans l'appréciation de l'atteinte à l'intégrité. Dans la mesure où la dysfonction sexuelle est d'origine psychologique, c'est également à juste titre que la SUVA n'en a pas non plus tenu compte lors de la détermination de l'atteinte à l'intégrité.

Or, ce sont là les deux seuls aspects contestés par le recourant, lequel n'a, pour le surplus, pas critiqué les conclusions de la Dresse K_____ en matière d'atteinte à l'intégrité.

Par conséquent, c'est également à juste titre que la SUVA a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25%.

14. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

Le recourant, n'obtenant pas gain de cause, ne peut prétendre une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

Par ailleurs, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont en principe pas le droit à une indemnité de dépens (ATF 126 V 149 consid. 4).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
15. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le