

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 août 2026

Composition : M. TINGUELY, président
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Vulliamy

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à Q***, recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée.

Art. 6 al. 1, 10 al. 1, 18 al. 1, 19 LAA ; 30 OLAA

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, travaillait en qualité de chauffeur poids-lourds à 100 % depuis le 1^{er} mai 2018 auprès de l'entreprise G._____ SA et était, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Le 4 octobre 2018, la cage des filtres d'un camion aspirateur d'environ 300 kg lui est tombée dessus d'une hauteur d'environ 1m50, occasionnant une fracture du bassin et des contusions au crâne et à l'épaule droite (cf. déclaration d'accident du 9 octobre 2018).

Une totale incapacité de travail a été attestée à compter du 5 octobre 2018 et le cas a été pris en charge par la CNA qui a, par courrier du 16 octobre 2018, informé l'assuré verser des indemnités journalières de 177 fr. 10 par jour calendaire dès le 7 octobre 2018.

Le 5 octobre 2018, l'assuré a bénéficié d'une réduction ouverte et ostéosynthèse de la symphyse pubienne et des branches ilio-pubiennes gauches au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV). Dans un rapport du 23 octobre 2018, le Prof. J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-chef du Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV, a posé les diagnostics de fracture Tile B3 du bassin par compression latérale à droite et de type open book à gauche, avec fracture des branches ilio-ischio-pubiennes gauches, ouverture de la symphyse et de la sacro-iliaque gauche, fracture de l'aileron sacré droit type Denis I et d'entorse acromio-claviculaire droite type Tossi 3. Selon lui, les suites opératoires se déroulaient sans complication et les radiographies post-opératoires étaient satisfaisantes. Le 17 octobre 2018, l'assuré a pu rentrer à domicile, dès lors qu'il était autonome et que les cicatrices étaient calmes.

Dans un rapport du 22 novembre 2018, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-cadre au Service d'orthopédie et traumatologie du

CHUV, a indiqué, comme status, une luxation acromio-claviculaire droite stade 3 presque complètement réductible et sans signe majeur de conflit au niveau de l'épine avec des amplitudes articulaires récupérées jusqu'à 90° et une coiffe fonctionnelle. Au niveau du bassin, la cicatrice était calme et les amplitudes articulaires des hanches non douloureuses. Il a mentionné que, radiologiquement, on voyait de la consolidation au niveau du bassin. S'agissant du traitement et de l'évolution, de la physiothérapie était introduite pour l'épaule droite.

L'assuré a séjourné à la L. _____ (ci-après : L. _____) du 15 janvier au 13 février 2019, puis du 18 au 26 février 2019. Dans un rapport du 20 mars 2019 à la CNA, la Dre M. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et cheffe de clinique à la L. _____, a posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs du bassin et les diagnostics supplémentaires de traumatisme du bassin avec fracture de type open book avec, à gauche, fracture ilio et ischio-pubienne, ouverture de la symphyse pubienne et articulation sacro-iliaque et, à droite, fracture de l'aileron sacré et non congruence de la branche ischio-pubienne gauche, ainsi que le diagnostic d'entorse acromio-claviculaire stade 3 droite, avec probable ostéolyse de la clavicule distale suite à l'entorse. Selon ce rapport, il n'y avait pas de faiblesse musculaire, ni paresthésies, mais l'assuré rapportait une diminution de la sensibilité au niveau du sacrum, sans plainte sphinctérienne, ni périnéale. La situation n'était pas encore stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, mais une stabilisation était attendue dans un délai de quatre à six mois. A ce rapport était annexé un rapport du 8 février 2019 du Dr N. _____, médecin, selon lequel il n'y avait aucune sanction chirurgicale à recommander et qu'il fallait poursuivre la physiothérapie avec des exercices de renforcement.

Selon un compte-rendu d'entretien du 10 avril 2019 avec l'assuré à son domicile, l'évolution pour le problème de bassin était favorable, des radiographies montrant que la consolidation se passait bien. Il y avait encore quelques douleurs à l'aine, mais qui n'étaient pas trop

fortes, l'intéressé pouvant marcher normalement. Pour l'épaule droite, l'évolution était également favorable, la mobilité s'améliorant gentiment.

Selon une notice téléphonique du 11 octobre 2019, l'évolution était favorable et une reprise du travail s'était faite à 50 % depuis le 1^{er} juin 2019, puis à 70 % depuis le 1^{er} juillet 2019 et enfin à 100 % dès le 9 octobre 2019 (cf. certificats des 2 juillet et 17 octobre 2019 du Prof. J._____). L'assuré informait toutefois qu'il avait des troubles érectiles depuis son accident et qu'il allait être adressé à un urologue.

Dans un rapport du 17 octobre 2019, le Prof. J._____ a noté une évolution favorable du point de vue purement orthopédique à une année d'une fracture open-book. Il a indiqué que le problème principal restait maintenant des problèmes érectiles et qu'un examen neuro-urologique semblait nécessaire, ainsi qu'une éventuelle prescription de Cialis.

Il ressort d'une note téléphonique du 7 février 2020 que l'assuré a dû aller en urgence au Centre Médical du D*** en raison de fortes douleurs au niveau du bassin et de l'épaule, identiques à celles qu'il avait connues par le passé. Le Dr C._____, médecin praticien, qui s'était occupé des premiers soins le 4 février 2020, a attesté une incapacité de travail totale du 5 au 11 février 2020. Selon ses notes de consultation du 5 février 2020, l'assuré présentait des douleurs du bassin au niveau de la région lombopubienne à la suite du traumatisme du 4 octobre 2018, ainsi que des douleurs résiduelles de l'épaule droite avec une coiffe compétente. Une radiographie de l'épaule droite montrait une périarthrite scapulo-humérale [PSH] et une arthrose acromio-claviculaire. L'assuré a annoncé la situation à la CNA par déclaration de sinistre du 7 février 2020.

Par rapport du 19 mars 2020, faisant suite à une consultation du 31 janvier 2020, le Dr BB._____, spécialiste en urologie et chef de clinique au Service d'urologie du CHUV, a posé le diagnostic de dysfonction érectile. Il a mentionné que l'assuré présentait une dysfonction érectile nouvelle, vraisemblablement d'origine traumatique. Un traitement a été

institué au CHUV par le Dr BC._____, spécialiste en urologie, dès le 1^{er} mai 2020.

Par une brève appréciation du 14 mai 2020, la Dre BD._____, médecin praticien et médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué que la nouvelle incapacité de travail totale de l'assuré depuis le 11 février 2020 était en lien de causalité probable avec l'événement du 4 octobre 2018 et liée à une activité professionnelle plus lourde et non adaptée aux problématiques de l'intéressé.

Par courrier du 15 mai 2020, la CNA a informé l'assuré prendre en charge la nouvelle incapacité de travail depuis le 5 février 2020.

L'assuré a été examiné, à la demande de la CNA, par le Dr N._____, qui a, dans son rapport du 5 juin 2020, posé le diagnostic d'arthropathie acromio-claviculaire post-traumatique droite et indiqué que l'assuré s'était également plaint de douleurs séquellaires au niveau de la fracture du bassin, avec des difficultés à trouver une érection normale et douleurs lors du coït. Il a proposé un bilan radiologique et recommandé à l'assuré de prendre plus régulièrement des anti-inflammatoires. Si cela s'avérait insuffisant, deux ou trois infiltrations acromio-claviculaires pourraient être proposées.

Le 5 juin 2020, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) en indiquant souffrir de problèmes de santé au niveau de l'épaule droite, du bassin et de « problèmes intimes ».

Le 12 juin 2020, la Dre BD._____ a indiqué qu'un nouveau séjour à la L._____ était indiqué médicalement pour mettre en place les propositions thérapeutiques du Dr N._____, ainsi que des investigations concernant les troubles érectiles dans les suites de la fracture du bassin et une physiothérapie intensive.

Il ressort d'un questionnaire rempli par l'employeur le 2 juillet 2020 que les rapports de travail ont duré du 1^{er} mai 2018 au 30 juin 2020, date de la résiliation du contrat par l'employeur, le dernier jour de travail ayant été effectué le 4 février 2020. L'assuré travaillait 46 heures par semaine, soit 9,2 heures par jour pour un salaire mensuel brut, en novembre 2019, de 5'300 fr. en tant que chauffeur et un supplément de 1'100 fr. en tant qu'opérateur sur camion aspirateur.

Par appréciation du 10 juillet 2020, la Dre BF._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué qu'il était vraisemblable que les troubles érectiles soient en relation avec la fracture du bassin subie par l'assuré lors de l'événement du 4 octobre 2018. Elle a précisé que l'évolution était le plus souvent spontanément favorable en l'espace de un à deux ans.

L'assuré a, à nouveau, séjourné à la L.____ du 25 août au 22 septembre 2020. Dans son rapport du 9 octobre 2020, la Dre M._____ a posé les diagnostics principaux de traumatisme du bassin avec fracture de type open book bilatérale, de fracture ilio-pubienne à gauche avec ouverture de la symphyse pubienne et de l'articulation sacro-iliaque, de fracture de l'aileron sacré à droite et d'entorse acromio-claviculaire droite de stade 3 avec probable ostéolyse de la clavicule distale à la suite de l'entorse. Elle a également indiqué, comme diagnostics secondaires, une bursite sous-acromio-delhoïdienne et tendinopathie à l'insertion du supra-épineux, des troubles de l'érection, un surpoids avec BMI à 28,3 kg/m² et un tabagisme ancien. Il ressort également de son rapport ce qui suit :

« Les **limitations fonctionnelles définitives** suivantes sont retenues : port de charges > 15-20 kg, port de charges répété > à 10 kg, travail avec le membre supérieur droit au niveau ou au-dessus du plan des épaules, activités nécessitant de la force ou des mouvements répétés de l'épaule droite, positions statiques assises ou debout prolongées, postions accroupies ou à genoux.

La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles : la poursuite de la physiothérapie et de l'entraînement thérapeutique pourra permettre d'améliorer la force et l'endurance musculaire des membres supérieurs et inférieurs. La réalisation d'une infiltration sous-acromiale pourrait permettre de diminuer les douleurs de l'épaule droite.

Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de : 2 mois après l'infiltration sous-acromiale.

Aucune nouvelle intervention chirurgicale n'est proposée.

Au cours du séjour, l'assuré a été vu par notre **consultant spécialisé en chirurgie de l'épaule**. Il constate à l'examen clinique que les mobilités sont bonnes, avec une discrète limitation en rotation interne, une douleur en fin de rotation interne. La coiffe est tenue. Il y a une douleur au Cross-Arm.

A l'IRM on retrouve une discrète arthropathie acromio-claviculaire, sans œdème osseux manifeste. Les muscles de la coiffe ont une bonne trophicité sans atteinte significative au niveau tendineux. Bursite sous-acromiale.

Etant donné que l'**infiltration acromio-claviculaire réalisée le 02.09.2020 n'a pas eu d'effet significatif sur la douleur**, il ne retient pas d'indication à une exérèse du cm externe de la clavicule. Il n'y a pas non plus d'indication à une plastie coraco-claviculaire, car une telle intervention ne garantit pas la possibilité d'un retour à un travail lourd et l'assuré est peu douloureux dans les activités quotidiennes ou dans les activités en-dessous du plan des épaules. En raison de la bursite sous-acromiale, il propose la réalisation d'une infiltration sous-acromiale.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable (facteurs médicaux retenus après l'accident).

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est favorable. »

Interrogée le 23 novembre 2020, la Dre BD. _____ a attesté une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par la L. _____, à savoir « port de charges > 15-20 kg, port de charges répété > à 10 kg, travail avec le membre supérieur droit au niveau ou au-dessus du plan des épaules, activités nécessitant de la force ou des mouvements répétés de l'épaule droite, positions statiques assises ou debout prolongées, postions accroupies ou à genoux ».

Selon un rapport du 5 février 2021 du Prof. J. _____, l'évolution n'était pas très favorable chez un assuré, qui n'avait pas pu reprendre son activité professionnelle à cause de douleurs chroniques au niveau de son bassin ne permettant pas de positions debout ou assise prolongées. L'intéressé souffrait aussi encore des séquelles des lésions urologiques et était obligé de prendre régulièrement du Cialis. Selon lui, il n'y avait rien à proposer au niveau du bassin. Pour l'épaule droite, une éventuelle plastie coraco-claviculaire de type Weaver-Dunn pouvait être envisagée.

Après avoir vu l'assuré une première fois en consultation le 26 mars 2021 et préconisé la mise en œuvre d'une arthro-IRM de l'épaule droite, le Dr BG._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à qui un second avis avait été demandé, a, dans un rapport du 21 mai 2021, posé les diagnostics d'arthropathie acromio-claviculaire droite en poussée congestive secondaire à une entorse acromio-claviculaire droite le 4 octobre 2018 et de lésion partielle du tendon supra-épineux de la partie haute du tendon sous-scapulaire avec tendinopathie fissuraire du long chef du biceps, ainsi que le diagnostic secondaire de fracture du bassin le 4 octobre 2018, traitée chirurgicalement. Il a également indiqué que, sur la base de l'examen clinique, de l'imagerie, ainsi que du mécanisme lésionnel par écrasement, le résultat d'une chirurgie de résection de la clavicule distale risquait fortement d'être décevant. Il proposait donc de continuer à privilégier le traitement conservateur. Les séances de physiothérapie n'amenant plus d'amélioration, il introduisait des séances d'ergothérapie à visée uniquement antalgique et reverrait l'assuré dans les six semaines pour une nouvelle évaluation, l'objectif étant de diminuer les douleurs pour ensuite réintroduire la physiothérapie dans un but de reconditionnement à l'effort, non seulement pour l'épaule, mais également pour les muscles stabilisateurs de l'omoplate.

L'assuré a été vu à la consultation du Dr BG._____ les 1^{er} juillet, 27 août et 22 septembre 2021. Selon ce médecin, le pronostic de reprise de travail dans une activité adaptée était favorable, mais restait réservé de manière définitive pour toute activité avec effort ou mobilisation répétée de l'épaule droite au-dessus du buste, une reconversion professionnelle dans une activité sans effort (max. 2-5 kg) et sans mobilisation répétée de l'épaule droite ou mobilisation de l'épaule au-dessus du buste étant indiquée. En septembre 2021, il a mentionné que la situation était en voie de stabilisation et que l'assuré était apte à poursuivre le processus de reconversion sous supervision de l'office AI dans une activité sans effort (max. 2-5 kg) et sans mobilisation répétée de l'épaule droite ou mobilisation de l'épaule au-dessus du buste, l'assuré ne pouvant,

en lien avec les séquelles de la fracture du bassin, rester assis ou debout, ni marcher longtemps. L'évolution était marquée par des douleurs au repos qui étaient sous contrôle avec une récupération fonctionnelle complète de l'épaule droite à la suite d'une infiltration combinée intra-articulaire et sous-acromiale radioguidée effectuée le 9 septembre 2021 (cf. rapports des 2 juillet, 30 août et 27 septembre 2021 du Dr BG._____).

Le 20 octobre 2021, la Dre BD._____ a examiné l'assuré et rendu un rapport le 21 octobre 2021, dans lequel elle a posé les diagnostics d'omalgies droites dans les suites d'une entorse acromio-claviculaire droite de stade 3 avec probable ostéolyse de la clavicule distale à la suite de l'entorse ayant nécessité trois infiltrations acromio-claviculaires, de douleurs au niveau de l'hémi-bassin dans les suites du traumatisme du bassin avec fracture open-book bilatérale avec, à gauche, fracture ilio-pubienne et, à droite, fracture de l'aileron sacré, ayant nécessité le 5 octobre 2018 une réduction ouverte et ostéosynthèse de la symphyse pubienne et de la branche ilio-pubienne gauche et de troubles de l'érection. Comme diagnostics secondaires, elle a retenu une bursite sous-acromio-delhoïdienne, tendinopathie à l'insertion du supra-épineux visible à l'IRM du 7 septembre 2020, surpoids avec BMI à 28.7 kg/m² et ancien tabagisme. La Dre BD._____ a mentionné que, sur le plan médical, l'état de santé était stabilisé et qu'il n'y avait pas de traitement chirurgical ou médical qui puisse améliorer de manière notable l'état de santé de l'assuré. Elle a noté que l'assuré se plaignait de troubles sexuels depuis l'événement, qui avaient été investigués et traités sans véritable amélioration et qui étaient en lien de causalité probable avec l'événement. Elle a indiqué les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 15 kg, pas de port de charges répété supérieures à 5-10 kg, pas de travail avec le membre supérieur droit au niveau et au-dessus du plan des épaules, pas d'activité nécessitant de la force ou de mouvement répété de l'épaule, ni de mouvement en porte-à-faux du membre supérieur droit, pas de position statique assise ou debout prolongée, mais alternance des positions assise et debout de manière régulière et petits déplacements et pas de position accroupie ou à genou. Elle a attesté une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de chauffeur poids-lourds, grutier et barman, de

manière définitive. Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, elle était entière. La Dre BD. _____ a noté des discordances à son examen clinique, à savoir que lors de la dernière consultation chez le Dr BG. _____, la mobilisation de l'épaule était pratiquement symétrique. Aussi, elle ne pouvait pas retenir de séquelles correspondant à un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité au niveau de l'épaule droite, ni au niveau du bassin. S'agissant des troubles sexuels, la CNA autorisait, à sa charge, l'assuré à prendre un avis chez un urologue sexologue, à la suite duquel il pourrait être déterminé si l'intéressé présentait des séquelles durables correspondant à un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité pour cet aspect.

Dès le 3 novembre 2021, l'assuré a bénéficié de mesures professionnelles mises en œuvre par l'assurance-invalidité et touché des indemnités journalières de cette assurance. En conséquence, la CNA a, par courrier du 10 novembre 2021, informé l'assuré qu'elle suspendait le versement de ses indemnités journalières à compter du 3 novembre 2021.

Par rapport du 7 décembre 2021, le Dr BG. _____ a indiqué que l'évolution avait été, dans un premier temps, favorable à la suite d'infiltrations cortisonées combinées au niveau sous-acromial et intra-articulaire radioguidées, ainsi que de la physiothérapie. La situation étant stabilisée, l'assuré était en cours d'évaluation par l'OAI. Au mois d'octobre, l'intéressé avait cependant connu des douleurs de la ceinture scapulaire droite, avec une perte de la fonction de l'épaule droite. Depuis lors, l'évolution était défavorable et une arthro-IRM de l'épaule droite était organisée avec une infiltration intra-articulaire cortisonée en décembre 2021, l'assuré essayant de poursuivre le processus de reconversion professionnelle de l'OAI.

Le 25 janvier 2022, le Dr BK. _____ a indiqué que l'assuré présentait une évolution défavorable tant du point de vue clinique que radiologique et proposait une réparation arthroscopique de la coiffe des rotateurs avec ténodèse long chef du biceps droit. Le même jour, la Clinique de F. _____ a adressé à la CNA une demande de garantie de prise en

charge d'une intervention chirurgicale sur l'épaule droite, agendée au 8 février 2022.

L'assuré a informé la CNA, par téléphone du 2 février 2022, que les mesures de l'assurance-invalidité prenaient fin le même jour et que le versement des indemnités journalières AI était interrompu dès le 3 février 2022.

Le 3 février 2022, le cas de l'assuré a été soumis à la Dre BD. _____ qui a, le 4 février 2022, indiqué que les troubles invoqués au niveau de l'épaule droite n'étaient pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement du 4 octobre 2018. Elle a expliqué que, lors de l'IRM effectuée le 7 septembre 2020, il n'y avait aucune lésion des tendons de la coiffe des rotateurs et que la lésion constatée en avril 2021, qui était en aggravation, était de nature dégénérative. Ainsi, l'opération du 8 février 2022 n'était pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement du 4 octobre 2018, puisque cet événement n'avait pas entraîné de lésion structurelle au niveau des tendons de la coiffe des rotateurs.

Par courriers du 4 février 2022, la CNA a informé l'assuré et la Clinique de F. _____ qu'elle refusait de prendre en charge l'hospitalisation prévue le 8 février 2022, ainsi que le versement d'indemnités journalières, dès lors que, selon les pièces médicales, il n'y avait aucun lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, entre l'événement du 4 octobre 2018 et les troubles actuels à l'épaule droite, ceux-ci étant de nature dégénérative.

Faisant suite au désaccord de l'assuré à ce courrier, exprimé par courriel du 1^{er} mars 2022, ainsi qu'à un rapport du 3 mars 2022 du Dr BG. _____ et à une appréciation du 19 avril 2022 de la Dre BD. _____, la CNA a, par décision du 21 avril 2022, refusé la prise en charge de l'intervention du 8 février 2022, au motif qu'il n'y avait aucun lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, entre l'événement du 4 octobre 2018 et les troubles de l'épaule droite.

Par opposition du 3 mai 2022, complétée le 4 juillet 2022, l'assuré a présenté ses objections à la décision du 21 avril 2022 en faisant valoir qu'une lésion de la coiffe des rotateurs, et plus précisément du tendon supra-épineux, avait été constatée lors des examens médicaux pratiqués les 30 janvier 2019, 2 et 7 septembre 2020, mais que cette lésion, non traitée à l'époque, s'était aggravée et avait entraîné une déchirure du tendon supra-épineux qui trouvait sa cause naturelle dans l'accident du 4 octobre 2018.

Par décision sur opposition du 6 octobre 2022, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré en alléguant que les pièces médicales produites à l'appui de l'opposition figuraient déjà au dossier et que l'intéressé n'apportait dès lors aucun élément nouveau qui aurait été méconnu par la Dre BD._____. En outre, cette dernière avait considéré que l'IRM, effectuée le 7 septembre 2020, ne montrait aucune lésion des tendons de la coiffe des rotateurs, comme l'avait relevé le Dr N._____ lors de sa consultation du 15 septembre 2020. Ainsi, il fallait considérer que l'événement du 4 octobre 2018 n'avait pas entraîné de lésion structurelle au niveau de la coiffe des rotateurs.

Par acte du 7 novembre 2022, l'assuré, alors représenté par Me Olivier Carré, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée en concluant à son annulation, en ce sens que les prestations à court terme demeuraient dues, notamment la prise en charge de l'opération de l'épaule.

Après un échange d'écritures au cours duquel la CNA a produit une appréciation du 12 décembre 2022 de la Dre BD._____, la Cour des assurances sociales a rendu un arrêt le 17 janvier 2024 (AA 127/22 - 5/2024), dans lequel elle a rejeté le recours de l'assuré et confirmé la décision sur opposition du 6 octobre 2022, dès lors que la péjoration de l'épaule droite n'était pas en lien de causalité avec l'événement du 4 octobre 2018.

B. En parallèle, l'assuré a, par courrier de son avocat du 25 janvier 2023, demandé à la CNA la reprise du versement des indemnités journalières, dès lors que les mesures de l'assurance-invalidité avaient été suspendues pour raison médicale dès le 3 février 2022.

Par courrier du 13 février 2023, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 2 février 2022, à savoir à la fin des mesures de l'assurance-invalidité, dès lors que l'examen médical du 20 octobre 2021 de la Dre BD._____ avait révélé que la poursuite d'un traitement médical ne saurait apporter une amélioration significative de l'état de santé consécutif à l'accident concernant les seules suites de l'accident.

Par appréciation du 1^{er} mai 2023, la Dre BD._____ a constaté que l'assuré avait consulté, en janvier 2022, le Dr BP._____, spécialiste en urologie, qui avait rendu un rapport le 31 janvier 2023, dans lequel il mentionnait qu'il était probable que les nerfs impliqués dans le processus de l'érection aient été endommagés lors de l'accident de 2018 et qu'il était probable que la perte de capacité érectile ne soit pas post-traumatique, mais qu'elle soit intervenue lors du traumatisme. La Dre BD._____ a également relevé que l'assuré n'avait plus consulté depuis et retenu que c'était en raison du fait que les troubles sexuels s'étaient amendés, ce qui était habituellement le cas après un traumatisme du bassin et des troubles érectiles associés.

L'ancien employeur de l'assuré a, par courriel du 20 juin 2023, communiqué à la CNA le salaire mensuel brut qu'aurait perçu l'assuré sans l'accident, à savoir 5'300 fr. brut par mois en 2021, 5'400 fr. en 2022 et 5'525 fr. en 2023, les autres paramètres de fixation du salaire restant inchangés.

Par décision du 19 juillet 2023, la CNA a retenu un taux d'invalidité de 21 %, en prenant comme base de calcul, pour le revenu avec invalidité, les chiffres du niveau de compétence 1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2020, indexé à 2022, soit un revenu de 66'073

fr. 30. Une fois comparé à un revenu sans invalidité de 83'400 fr., à savoir un revenu mensuel de 5'400 fr. x 13 + un supplément garanti de 1'100 fr. x 12, la perte en résultant se montait à 20,78 %, arrondi à 21 %. La CNA a, en outre, refusé d'octroyer une indemnité pour atteinte à l'intégrité à l'assuré, dès lors qu'il n'y avait pas d'atteinte importante à l'intégrité physique.

Le 13 septembre 2023, l'assuré s'est opposé, par son conseil, à la décision de la CNA du 19 juillet 2023, contestant que la stabilisation soit déjà intervenue, de même que le taux d'invalidité et le refus d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, compte tenu des lésions subies au niveau du bassin, de l'épaule droite, ainsi que des troubles érectiles, qu'il estimait être en lien de causalité avec l'accident. A l'appui de son opposition, il a notamment produit un rapport du 4 février 2023 du Dr BG._____, selon lequel les séquelles de l'épaule droite étaient vraisemblablement en lien avec l'accident de 2018, ainsi qu'un rapport du 24 juillet 2023 de ce même médecin attestant une capacité de travail comprise entre 50 % et 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : une activité avec efforts (max. 2-5 kg), avec mobilisation répétée ou avec mobilisation de l'épaule au-dessus du buste, ainsi qu'une limitation des positions assis-debout prolongées et des déplacements sur de longues distances.

L'assuré a complété son opposition le 15 septembre 2023 en transmettant un rapport du 11 septembre 2023 du Dr BP._____ confirmant que, si l'intéressé n'avait aucun problème érectile avant son accident de 2018 et si ces problèmes étaient survenus dès cet événement, il était très probable que l'accident ait causé la perte de cette fonction. Il a expliqué que les fibres nerveuses liées à l'érection avaient probablement été touchées lors du traumatisme et les difficultés étaient dès lors apparues immédiatement après.

Selon une appréciation du 8 février 2024 de la Dre CB._____, spécialiste en neurochirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, l'avis des urologues du CHUV de 2019, selon lequel les troubles érectiles étaient

la conséquence de l'accident de 2018, pouvait être partagé. Cependant, une instruction complémentaire devait être mise en œuvre, notamment avec une IRM du neuropelvis-rachis, un avis d'un neurologue et un bilan neurourodynamique. Elle a indiqué que les troubles érectiles n'étaient pas susceptibles d'empêcher une reprise du travail à 100 % dans une activité adaptée.

Par décision sur opposition du 19 février 2024, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. En préambule, elle a annoncé sortir la question des troubles érectiles de la procédure, dans la mesure où celle-ci allait faire l'objet d'examens complémentaires. Elle a ensuite estimé que la situation de l'assuré était stabilisée, aucun élément pertinent permettant d'admettre qu'il subsistait un traitement médical susceptible d'améliorer de manière sensible ou notable l'état de santé de l'intéressé pour les troubles engageant sa responsabilité n'ayant été apporté. En outre, les troubles érectiles n'empêchaient pas valablement, selon la Dre CB._____, une reprise du travail en plein dans une activité adaptée. Quant aux mesures proposées par l'OAI, elles avaient bien été prises en compte, dans la mesure où c'était une rente transitoire qui avait été accordée à l'assuré, la situation pouvant ainsi être revue à l'achèvement des mesures de réadaptation mises en œuvre. L'état de santé de l'assuré devait ainsi être considéré comme stabilisé et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée retenue, le seul rapport du 4 février 2023 du Dr BG._____ ne permettant pas de remettre en cause la valeur probante du rapport de la Dre BD._____. S'agissant du plan économique, la CNA a relevé que l'assuré n'avait pas contesté le salaire d'invalidé, ni le gain de valide, qui pouvaient être confirmés, l'octroi d'une rente de 21 % échappant ainsi à la critique. Enfin, l'assuré n'avait apporté aucun élément permettant de s'éloigner de la conclusion de la Dre BD._____ quant à l'absence d'un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'évocation de ses troubles érectiles pour étayer un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité sexuelle n'entrant pas dans le cadre du litige.

Par courrier du 11 mars 2024, la CNA a demandé au Dr CC._____, spécialiste en radiologie, de convoquer l'assuré pour effectuer une IRM du neuropelvis-rachis.

C. Par acte du 21 mars 2024, B._____, toujours représenté par Me Olivier Carré, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition du 19 février 2024 en concluant à son annulation en ce sens que la poursuite des prestations à court terme au-delà du 2 février 2020 était ordonnée, ainsi qu'à l'allocation d'une rente d'invalidité de 40 % et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 %. Il a également requis le bénéfice de l'assistance judiciaire. En substance, le recourant a fait valoir que le dossier était insuffisamment instruit, dès lors qu'il n'y avait pas eu d'évaluation globale des suites du sinistre, hormis celles en lien avec l'épaule droite, ainsi que des problèmes érectiles par la Dre CB._____. Il a ensuite exposé qu'il souffrait toujours au niveau de son bassin et qu'il était très limité dans sa mobilité et au niveau fonctionnel. Aussi, une invalidité de 21 % paraissait insuffisante, son revenu d'invalidité ayant été estimé de façon trop optimiste. Il a enfin souligné que l'intimée avait suivi les recommandations de la Dre CB._____ de poursuivre les investigations, dès lors qu'il avait été adressé au Dr CC._____ par courrier du 11 mars 2024.

Aux termes d'une décision du 19 avril 2024, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 20 février 2024 sous forme de l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré, le recourant étant en outre exonéré de toute franchise mensuelle.

Par réponse du 25 avril 2024, l'intimée a conclu au rejet des conclusions du recourant. Elle a relevé, à titre liminaire, que le recourant ne semblait pas nier que les troubles érectiles n'avaient pas de portée sur la capacité de gain. En outre, les allégués de l'intéressé ne remettaient pas en cause la stabilisation de son état à fin janvier 2022, dès lors qu'il n'y avait raisonnablement plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une

sensible amélioration de son état de santé à ce moment-là. Elle a également fait valoir que la Dre BD._____ avait correctement défini les limitations fonctionnelles persistantes du recourant et attesté une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, qui n'était pas remise en cause par le rapport du 4 février 2023 du Dr BG._____. L'intimée a finalement rappelé que l'appréciation globale développée par la Dre BD._____ ne souffrait d'aucune incohérence ou contradiction, tout en étant motivée et claire. Enfin, le recourant n'avait pas démontré une atteinte à l'intégrité qui atteindrait le taux minimal indemnisable de 5 %.

Par réplique du 21 mars 2025, le recourant a indiqué qu'il restait très atteint dans sa santé, dans sa capacité de travail et de gain et très meurtri dans son corps des suites de son accident. Les traitements étant toujours en cours, la stabilisation au sens de l'assurance-accidents n'était pas encore atteinte. Si la situation devait quand même être considérée comme stabilisée, une rente d'invalidité de 40 % serait adéquate, dès lors qu'une capacité de travail de 60 % ressortait des investigations de l'OAI, dont un certain nombre de pièces étaient produites à l'appui de son écriture. Enfin, il a exposé qu'il ne fallait pas se focaliser sur les lésions de l'épaule, les séquelles résidant également sur la colonne et l'ensemble du bassin, ce qui justifiait une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 %, par analogie à ce que prévoit la table 7 de la CNA et en y intégrant la dimension des troubles érectiles.

Dupliquant le 7 avril 2025, l'intimée a relevé que le recourant n'avait allégué aucun élément nouveau. Elle a conclu à l'irrecevabilité des conclusions visant à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité en lien avec les troubles érectiles, dès lors que la décision sur opposition du 19 février 2024 avait précisément exclu les troubles érectiles de la cause.

Se déterminant le 30 mai 2025, le recourant a évoqué des problèmes de dos qui contribuaient « à noircir le tableau » et militaient pour une augmentation significative du taux d'invalidité retenu dans la décision entreprise. En outre, il souffrait aussi de l'épaule, ce qui était reconnu par un avis du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) du 1^{er} avril

2025, qui retenait des limitations fonctionnelles supplémentaires. En tous les cas, la limitation de sa capacité de travail à 60 % était établie tant par son médecin traitant que par le SMR dans une proposition du 6 janvier 2025. A titre de mesures d'instruction, le recourant a requis la production du dossier de l'OAI, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise médicale neutre, notamment pour élucider la question de la causalité au niveau de la lésion de l'épaule.

Par déterminations du 17 juin 2025, l'intimée a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours et produit une appréciation du 11 juin 2025 de la Dre BD._____.

Le 3 septembre 2025, le recourant a rappelé qu'il avait été blessé principalement au niveau du bassin, de la colonne lombaire, du rachis, d'une épaule et au niveau de la tête, de sorte que les lésions présentées au dos aujourd'hui étaient bien post-traumatiques, se référant à un rapport du 28 janvier 2025 de la Prof. CG._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, selon lequel il avait subi un traumatisme direct au niveau du tronc, qui était précisément la partie du corps qui se trouvait entre le bassin et les épaules. Il a réitéré sa demande de production du dossier de l'OAI et de mise en œuvre d'une expertise pour une évaluation complète de sa capacité de travail réelle, dès lors que les évaluations de la Dre BD._____ avaient été démenties par les tentatives concrètes de retour au travail et de stages.

Les parties se sont encore déterminées par correspondances des 18 septembre, 19 novembre et 3 décembre 2025.

En droit :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas

ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur la question de la stabilisation de l'état de santé du recourant, respectivement sur l'étendue de la rente (transitoire) d'invalidité et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident 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.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références citées). 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

c) 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence citée ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

4. a) Le catalogue des prestations de l'assurance-accidents comprend notamment le droit au traitement médical (art. 10 LAA), le droit à une indemnité journalière (art. 16 et 17 LAA), le droit à une rente d'invalidité (art. 18 ss LAA), ainsi que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 et 25 LAA). Lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé, l'assureur doit mettre fin au paiement du traitement médical et des indemnités journalières et examiner le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 19 al. 1 LAA ; ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 ; TF 8C_394/2024 du 7 janvier 2025 consid. 6.1 ; TF 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2 et les références citées).

L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de

travail réduite par l'accident. L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical, ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée (TF 8C_394/2024 du 7 janvier 2025 et la référence citée). Cette question doit être examinée de manière prospective (TF 8C_685/2019 du 9 juin 2020 consid. 4 et la référence citée).

b) aa) L'art. 19 al. 3 LAA prévoit que le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit à la rente 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.

Cette disposition est concrétisée à l'art. 30 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202). 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).

bb) 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 (ATF 139 V 514 consid. 2.3 ; TFA U 331/04 du 31 octobre 2005 consid. 2.2). Cette rente 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 (ATF 116 V 246 consid. 2b).

cc) L'octroi d'une rente provisoire suppose notamment qu'un droit à des mesures de réadaptations professionnelles de l'AI soit sérieusement envisagé. Tel est le cas lorsque, au moment où l'assureur-accidents rend sa décision sur opposition, l'AI n'a pas encore statué de manière définitive sur des mesures de réadaptation professionnelle qui sont en cours d'examen. Par ailleurs, la décision de l'AI à venir doit porter sur des mesures qui sont de nature à influencer le taux d'invalidité déterminant pour la rente de l'assurance-accidents (TF 8C_90/2024 du 5 août 2024 consid. 4.1.1 et les références citées). En édictant l'art. 19 al. 3 LAA, le législateur n'a pas voulu créer un nouveau mode d'évaluation de l'invalidité. Une rente fondée sur l'art. 30 OLAA doit donc aussi être fixée d'après la méthode de comparaison des revenus. Toutefois, l'évaluation intervient dans ce cas avant l'exécution éventuelle de mesures de réadaptation. Par conséquent, 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 139 V 514 consid. 2.3 ; 116 V 246 consid. 3a).

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de

savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) Le juge peut accorder une valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135

V 465 consid. 4.7 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les médecins de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (TF 8C_626/2021 du 29 janvier 2022 consid. 4.3.1 ; TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.2).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

6. a) En l'espèce, le caractère accidentel de l'événement du 4 octobre 2018 n'est pas contesté. Est en revanche litigieux le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a retenu que l'état de santé du recourant était stabilisé. A cet égard, le recourant soutient que ce n'est pas le cas, dès lors qu'il souffre toujours au niveau du bassin, de la colonne, de l'épaule, du dos, ainsi que de problèmes érectiles. De son côté, l'intimée s'est basée sur les appréciations de son médecin d'arrondissement, la Dre BD._____, des 21 octobre 2021, 19 avril, 12 décembre 2022 et 1^{er} mai 2023.

b) aa) Il apparaît en l'occurrence que les appréciations de la médecin d'arrondissement, en particulier celle du 21 octobre 2021, dans laquelle elle a considéré que l'état de santé du recourant était stabilisé, sont convaincantes. En effet, la Dre BD._____ a établi ses rapports après un

examen de l'intéressé et en tenant compte de l'ensemble des pièces, des plaintes du recourant et de ses propres constatations cliniques, tout en posant une anamnèse complète. Elle peut ainsi se voir conférer une pleine valeur probante. En outre, en sa qualité de médecin d'arrondissement de la CNA, la Dre BD._____ est considérée comme une spécialiste en matière de traumatologie, indépendamment de sa spécialisation médicale (cf. *supra* consid. 5c).

bb) S'agissant de la question de la stabilisation, la Dre BD._____ a, dans son rapport du 21 octobre 2021, retenu que la situation était stabilisée sur le plan médical, dès lors qu'il n'y avait pas de traitement chirurgical ou médical pouvant améliorer de manière notable l'état de santé du recourant.

On rappellera tout d'abord que le recourant a bénéficié du traitement médical utile pour traiter la fracture open-book du bassin et l'entorse acromio-claviculaire droite subies le 4 octobre 2018, avec une prise en charge au CHUV, avec notamment une opération le 5 octobre 2018 par une réduction ouverte et ostéosynthèse de la symphyse pubienne et de la branche ilio-pubienne à gauche. Les suites opératoires avaient été décrites comme sans complication et la bonne évolution avait permis un retour à domicile dès le 17 octobre 2018 (cf. rapport du 23 octobre 2018 du Prof. J._____). Dans son rapport du 22 novembre 2018, le Dr K._____ a constaté, à la suite de son contrôle orthopédique, que la cicatrice était calme au niveau du bassin et qu'une consolidation était constatée au plan radiologique, l'épaule ayant, pour sa part, été traitée conservativement. Lors de son premier séjour à la L._____ du 15 janvier au 13 février 2019, puis du 18 au 26 février 2019, il avait été constaté que la situation n'était pas encore stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, mais qu'une stabilisation pouvait être attendue dans un délai de quatre à six mois. L'évolution avait ensuite été favorable, tant pour le bassin que pour l'épaule, le recourant ayant pu reprendre le travail, à temps partiel d'abord, puis à plein temps dès le 9 octobre 2019 (cf. compte-rendu d'entretien du 10 avril 2019 et notice téléphonique du 11 octobre 2019, ainsi que les certificats et rapport des 2 juillet et 17 octobre 2019 du

Prof. J._____. En février 2020, le recourant a toutefois ressenti de fortes douleurs au niveau du bassin et de l'épaule (cf. rapport du 5 février 2020 du Dr C._____), douleurs en lien de causalité avec l'accident du 4 octobre 2018 selon une brève appréciation du 14 mai 2020 de la Dre BD._____. Lors d'un second séjour à la L._____ du 25 août au 22 septembre 2020, il a été relevé que la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, la poursuite de la physiothérapie et de l'entraînement thérapeutique pouvant permettre d'améliorer la force et l'endurance musculaire des membres supérieurs et inférieurs et la réalisation d'une infiltration sous-acromiale pouvant permettre de diminuer les douleurs de l'épaule droite. Une stabilisation médicale était toutefois attendue dans un délai de deux mois après l'infiltration sous-acromiale, qui a été effectuée le 9 septembre 2021 en combinaison avec une infiltration intra-articulaire (cf. rapport du 27 septembre 2021 du Dr BG._____). Ainsi, en octobre 2021, la Dre BD._____ pouvait considérer que la situation était stabilisée, ce qui est par ailleurs confirmé par le Dr BG._____, qui a indiqué que la situation était en voie de stabilisation en septembre 2021 et qu'elle était stabilisée en décembre 2021 (cf. rapports des 27 septembre et 7 décembre 2021). Le rapport du 14 novembre 2025 de la Fondation A._____, produit par le recourant dans le cadre de l'échange d'écriture, selon lequel son état de santé n'était pas stabilisé ne permet pas de penser le contraire, dès lors que d'éventuelles informations recueillies au cours d'un stage d'observation professionnelle ou lors d'ateliers occupationnels ne sauraient en principe supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il incombe, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de la personne assurée (TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2 et les références citées).

Il découle de ce qui précède que l'intimée pouvait retenir que la situation du recourant était stabilisée au jour de l'examen pratiqué par la Dre BD._____ le 20 octobre 2021.

cc) Le recourant conteste cette approche, arguant que les traitements sont toujours en cours. On cherche, toutefois, en vain, tant dans le dossier que dans les explications du recourant, tout élément pertinent qui

permettrait d'admettre qu'il subsiste, s'agissant d'atteintes en lien de causalité avec l'événement assuré, un traitement médical susceptible d'améliorer de manière sensible ou notable l'état de santé du recourant. En l'occurrence, aucun traitement chirurgical pouvant améliorer de manière notable l'état de santé du recourant n'est proposé, seules de la physiothérapie et de l'ergothérapie étant recommandées (cf. rapports des 8 février 2019 du Dr N._____, 9 octobre 2020 de la Dre M._____ et 21 mai 2021 du Dr BG._____). On rappellera ici qu'il ne suffit pas qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée (TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 et la référence). En outre, la prescription d'antalgiques et de séances de physiothérapie est compatible avec un état stabilisé (TF 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2 et la référence ; 8C_736/2017 du 20 août 2018 consid. 4.1 et la référence). Quant à l'évolution défavorable de l'épaule droite ayant nécessité une infiltration intra-articulaire en décembre 2021 et une intervention chirurgicale proposée par le Dr BG._____, elle n'était pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement du 4 octobre 2018 (cf. arrêt AA 127/22 - 5/2024 rendu par le Cour de céans le 17 janvier 2024).

Ainsi, le recourant n'apporte aucun élément permettant de retenir que des traitements pouvant apporter une amélioration notable à son état seraient toujours en cours ou même prévus.

c) Pour le recourant, il serait prématuré de statuer sur son droit à une rente d'invalidité, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, dès lors que les mesures mises en œuvre par l'OAI n'ont pas encore abouti à une réadaptation professionnelle.

C'est le lieu de rappeler à cet égard que l'intimée a reconnu au recourant le droit à une rente transitoire au sens des art. 19 al. 3 LAA et 30 OLAA. Les droits du recourant sont ainsi sauvegardés, étant précisé que la situation pourra, le cas échéant, être revue à l'achèvement des mesures de réadaptation mises en œuvre par l'OAI.

d) Le recourant allègue encore que, si la situation venait à être considérée comme stabilisée, la rente d'invalidité doit être fixée à 40 %, dès lors qu'une capacité de travail de 60 % ressort des investigations de l'OAI. En outre, il fait valoir des problèmes de dos post-traumatiques, ainsi que de nouvelles limitations fonctionnelles en lien avec son épaule.

aa) Selon un avis du 1^{er} avril 2025 du SMR, le Dr CN._____, médecin praticien et médecin traitant, rapportait des douleurs du bassin et des douleurs lombaires sur une hernie discale L5-S1 à droite conflictuelle avec la racine selon une IRM de la colonne lombosacrée du 11 novembre 2024. Interrogée en procédure de recours sur cette question, la Dre BD._____ a, le 11 juin 2025, indiqué que les troubles au niveau du dos, à savoir des discopathies étagées de la colonne lombaire qui prédominaient au niveau L4-L5 et L5-S1 avec une sténose canalaire centrale de grade Schizas B-C à l'étage L4-L5 et de modifications œdémateuses des plateaux vertébraux L5-S1 de type Modic 1, étaient sans lien avec l'événement du 4 octobre 2018, étant rappelé que, lors de cet événement, le recourant n'avait subi aucune atteinte vertébrale documentée, mais une fracture du bassin par compression et une entorse acromio-claviculaire droite type Tossy III. Selon la Dre BD._____, les lésions visibles à l'IRM du 11 décembre 2024, mais également sur celles des 22 mars et 5 avril 2024, étaient des atteintes purement dégénératives. Il s'agissait de découvertes parfaitement fortuites, qui ne nécessitaient aucun traitement et étaient d'ailleurs connues depuis 2012, des limitations fonctionnelles en lien avec une hernie discale ayant déjà été retenues et prises en compte dans le cadre d'une première demande de prestations de l'AI. Le rapport du 28 janvier 2025 de la Prof. CG._____ évoqué par le recourant pour justifier une atteinte au dos post-traumatique ne lui est d'aucun secours, dès lors que cette médecin s'est uniquement prononcée sur l'étiologie des troubles érectiles. Ainsi, les douleurs au dos évoquées par le recourant ne sont pas en lien de causalité avec l'accident du 4 octobre 2018 et ne sont pas du ressort de l'assurance-accidents.

bb) Le recourant invoque que l'OAI a retenu des limitations fonctionnelles supplémentaires de l'épaule, à savoir pas de marche

prolongée, pas de position assise ou debout prolongée, pas d'utilisation répétée d'échelles, pas de port de charges supérieures à 2 kg, pas de mobilisation des épaules au-dessus du buste, ni de mobilisation répétitive des épaules (cf. avis SMR du 1^{er} avril 2025). Or il faut constater que ces limitations fonctionnelles ne sont pas plus étendues que celles retenues par la Dre BD._____ dans son appréciation du 21 octobre 2021, ni que celles mentionnées par le Dr BG._____ dans ses rapports des 27 septembre 2021 et 24 juillet 2023. En conséquence, aucune limitation fonctionnelle supplémentaire ne saurait être retenue.

cc) En ce qui concerne le taux de 60 % de capacité de travail qui ressortirait des investigations de l'OAI selon le recourant, l'avis du SMR du 1^{er} avril 2025 mentionne, dans sa conclusion, que la capacité de travail dans l'activité habituelle n'était plus exigible. En revanche, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée était exigible, en se référant notamment à un rapport du 11 septembre 2023 du Dr CP._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, selon lequel la capacité de travail dans une activité adaptée était entière depuis le 9 mai 2023. On notera ici que le Dr BG._____ a, dans un rapport du 24 juillet 2023, attesté une capacité de travail comprise entre 50 % et 100 %. Seul le Dr CN._____, médecin-traitant, a attesté une capacité de travail de 60 %. Or les certificats des 9 octobre 2024 et 7 avril 2025, outre le fait qu'il est admis de jurisprudence constante que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5), ne contiennent aucun raisonnement médical et ne sauraient dès lors remettre en cause les appréciations de la Dre BD._____ dont on a vu qu'il fallait leur accorder pleine valeur probante (cf. *supra* consid. 6b/aa). Quant au rapport du 27 février 2025 du Dr CN._____, il faut constater, d'une part, que le médecin répond à des questions dont la liste n'a pas été produite par le recourant et, d'autre part, qu'il ne mentionne pas de limitations fonctionnelles plus étendues que celles retenues qui justifieraient une incapacité de travail de 60 %. Enfin, comme déjà mentionné (cf. *supra* consid. 6b/bb), les rapports de stage des 7 novembre 2024 et 14 novembre 2025 ne permettent pas de retenir une

capacité de travail réduite, dès lors que l'évaluation de la capacité de travail revient aux médecins.

dd) Il ressort également de l'avis du SMR du 1^{er} avril 2025 que la question de la dysfonction érectile a été largement explorée par les différents spécialistes qui ont exclu toute cause neurologique, la dysfonction étant liée au vieillissement physiologique des artères par athérosclérose et psychogène (cf. rapport du 23 janvier 2025 du Dr DB._____, spécialiste en urologie). Le SMR a constaté que la dysfonction érectile n'était pas incapacitante, ce qui est de nature à corroborer l'avis de la Prof. CB._____ du 8 février 2024, sollicitée par l'intimée lors de la procédure d'opposition, selon lequel les troubles érectiles du recourant n'étaient pas susceptibles d'empêcher une reprise du travail dans une activité adaptée telle que décrite par la Dre BD._____.

ee) Au vu de ce qui précède, le recourant n'a apporté aucun élément permettant de retenir une capacité de travail réduite dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

7. Le recourant réclame également une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 %, dès lors qu'il ne faut pas se focaliser uniquement sur les lésions de l'épaule, mais également sur les séquelles de la colonne et l'ensemble du bassin, tout en y intégrant la dimension des troubles érectiles.

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA, une 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. Cette

disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2).

L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement les limitations et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1).

b) On précisera d'emblée que la décision concernant une indemnité pour atteinte à l'intégrité en lien avec les troubles érectiles ne fait pas l'objet du présent litige, l'intimée ayant précisé que cette question serait tranchée dans le cadre d'une décision ultérieure.

Pour le reste, la Dre BD. _____ a retenu, dans son appréciation du 21 octobre 2021, qu'elle ne pouvait pas retenir de séquelles correspondant à un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité au niveau de l'épaule droite, ni au niveau du bassin, ce qu'elle a confirmé, dans son appréciation du 11 juin 2025. Cette conclusion n'est pas remise en cause par les pièces au dossier, le recourant n'ayant en particulier produit aucun rapport en lien avec l'évaluation du taux de l'atteinte à l'intégrité.

Ainsi, l'intimée pouvait suivre les conclusions de la Dre BD. _____ et refuser l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

8. Sous l'angle économique, le recourant ne soulève aucun grief s'agissant du calcul de la rente transitoire d'invalidité de 21 %. Vérifié d'office, le calcul prenant en compte un gain de valide de 83'400 fr., soit le salaire de 5'400 fr. x 13 + 1'110 fr. x 12 indiqué par l'employeur (cf. questionnaire du 2 juillet 2020 et courriel du 20 juin 2023), peut être confirmé, tout comme le revenu avec invalidité qui est fondé, à juste titre, sur l'ESS 2020, indexé à 2022, le recourant n'ayant pas reprise d'activité professionnelle.

9. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter

l'instruction comme le requiert le recourant par la production du dossier de l'OAI et la mise en œuvre d'une expertise, ces mesures d'instruction n'étant de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; ATF 130 II 425 c. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2).

10. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGa), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause et que l'intimée agit en sa qualité d'assureur social (art. 61 let. g LPGa ; ATF 127 V 205).

c) Le recourant ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, son conseil d'office a droit à une rémunération équitable (art. 122 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]). Celui-ci a produit une liste d'opérations en date du 11 mars 2026 qui fait état de 31,45 heures consacrées à la présente procédure. S'il convient d'en tenir compte pour fixer l'indemnité, cette liste ne peut toutefois être intégralement suivie. En effet, plusieurs opérations figurant dans la liste ne sont manifestement pas en rapport avec la présente cause et doivent être retranchées. Il s'agit notamment des opérations relatives à des contacts avec l'OAI, la Direction générale de l'emploi et du marché du travail et l'Office régional de placement, ainsi qu'avec une personne dénommée Mme E._____, dont on ignore tout. En outre, il n'y a pas lieu de prendre en compte l'opération en lien avec une opposition à l'OAI du 21 mai 2025, qui sort de l'objet du litige existant avec la CNA.

Au vu de ce qui précède, il se justifie de réduire à 20 heures le nombre d'heures nécessaires au mandat auxquelles s'applique le tarif horaire de 180 francs. Ainsi, le montant de l'indemnité de Me Carré doit être arrêtée à 3'600 fr., montant auquel il convient d'ajouter les débours par 180

fr. (3'600 fr. x 5 %) ainsi qu'une TVA à 8,1 % sur l'ensemble, soit 306 fr. 20 (8,1 % x 3'780 fr.), pour un total de 4'086 fr. 20 (art. 2, 3 al. 1 et 3^{bis} RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC, applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 19 février 2024 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil du recourant, est arrêtée à 4'086 fr. 20 (quatre mille huitante-six francs et vingt centimes), débours et TVA compris.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise provisoirement à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Olivier Carré (pour B. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :