

FR_GERICHTE 605 2022 83 vom 21. November 2022

FR Kantonsgericht, 2022-11-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2022_83

FR: FR_GERICHTE 605 2022 83 du 21 novembre 2022

IT: FR_GERICHTE 605 2022 83 del 21 novembre 2022

Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

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

E. 2.1

Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA ; RS 830.1]). Il découle de cette notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée ; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294).

E. 2.2

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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 Pour la comparaison des revenus, l'on ne saurait se fonder simplement sur le travail que l'assuré a effectivement fourni après l'accident et sur le gain qu'il a ainsi réalisé. Le critère décisif est de savoir quel est le gain que l'assuré est capable de réaliser en dépit des séquelles accidentelles et en faisant les efforts exigibles (RAMA 1993 n° U 168 p. 97 consid. 3b). Selon la pratique en vigueur, l'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310). L'appréciation de la question de l'exigibilité donnée par le médecin permet de déterminer les activités qui entrent encore en considération pour l'assuré malgré les limitations dues à l'accident.

E. 2.3

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu de valide (ou : revenu sans invalidité) doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence citée).

E. 2.4

En ce qui concerne le revenu d'invalidé, on tient compte de la perte de gain effective si on peut admettre que la personne assurée utilise au mieux sa capacité résiduelle de travail et si le revenu obtenu est en adéquation avec la prestation fournie. On se fonde sur un revenu hypothétique lorsque la personne assurée ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident (Frésard-Fellay, Droit suisse de la sécurité sociale, Volume II, 2015, § 286 p. 421).

E. 2.4.1

Si l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué notamment sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : l'OFS).

E. 2.4.2

Selon la jurisprudence, lorsque le revenu d'invalidé est évalué sur la base des données de l'Office fédéral de la statistique, certains empêchements propres à la personne de l'invalidé exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques. De telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer un revenu d'invalidé qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Cette déduction doit être opérée seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. A cet effet,

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 l'administration jouit d'un large pouvoir d'appréciation et le juge ne peut s'en écarter et y substituer son appréciation sans motif pertinent (cf. arrêt TF I 724/2002 du 10 janvier 2003 ; ATF 126 V 75). D'autre part, les critères d'abattement ne sauraient être utilisés à plusieurs reprises. Ainsi, lorsqu'une baisse de rendement en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré est médicalement reconnue lors de la fixation de son revenu d'invalidé, ce dernier ne peut, sous l'angle du taux d'abattement, se voir une nouvelle fois diminuer pour cette même raison (arrêt TF 8C_490/2011 du 11 janvier 2012 consid. 4.2). Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25% (ATF

126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; arrêts TF 9C_963/2008 du 27 mai 2009 consid. 3.2 et I 724/2002 du 10 janvier 2003 consid. 4.2).

E. 3

Dispositions relatives au droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité

E. 3.1

Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance- accidents [OLAA; RS 832.202]). L'IPAI a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références citées).

E. 3.2

et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

E. 3.2.1

Dans ce cadre, la division médicale de la SUVA a établi des tables complémentaires d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Ces tables, qui ne constituent pas des règles de droit mais de simples indications ne liant pas le juge, sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 l'égalité de traitement entre les assurés (arrêt TF 8C_459/2008 du 4 février 2009; ATF 124 V 209 consid. 4a/cc, 116 V 156 consid. 3a; RAMA 1998 p. 235, U 245/96 consid. 2a).

E. 3.2.2

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt TF 8C_459/2008 du 4 février 2009; voir également FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, l'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2ème éd., 2007, n. 229). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415, U 134/03, consid. 5.2; RAMA 2000 p. 41, U 360/98, consid. 1).

E. 4

Appréciation des preuves Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou 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 ; 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c).

E. 4.1

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351). Le simple fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une présomption à l'égard de l'assuré. Ainsi, une valeur probante doit être accordée aux appréciations émises par les médecins de la SUVA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la SUVA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées). Enfin, s'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci se trouvent dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié. Ainsi, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui et à s'exprimer plutôt dans un sens qui lui serait favorable (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; RCC 1988, p. 504 consid. 2).

E. 4.2

En droit des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le tribunal, lequel apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles (art. 108 al. 1 let. c LAA). Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties 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 195 consid. 2). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344, p. 418 consid. 3).

E. 4.3

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, 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 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2 et les références citées ; cf. ATF 130 III 324 s. consid.

E. 5

Questions litigieuses Deux éléments sont ici litigieux. Tout d'abord, dans le cadre du droit à la rente, la question de la capacité de travail théorique et des limitations rencontrés par le recourant. Celui-ci soutient que son état de santé ne lui permet pas de travailler à temps plein et de réaliser le revenu retenu par l'autorité intimée. Sans détailler ses calculs, il estime qu'une rente d'invalidité entière devrait lui être accordée. Ensuite, il considère que le taux de l'IPAI devrait être fixé à 75% compte tenu de son handicap et des séquelles consécutives à son accident.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12

E. 6

Faits utiles pour résoudre les questions litigieuses

E. 6.1

Le 14 avril 2017, le recourant est tombé d'un échafaudage. Le rapport médical du 27 avril 2017 pose le diagnostic de polytraumatisme consécutif à une chute d'une hauteur de six mètres, avec fracture A4 de D12 avec une composante B2, fracture S3, fracture intra-articulaire de l'articulation radio-carpienne distale du côté gauche, fracture du calcaneum du côté droit, fracture du calcaneum du côté gauche et fracture de la 10ème côte du côté gauche, non déplacée. Suite à cet accident, il a été opéré à plusieurs reprises entre le 14 et le 24 avril 2017.

E. 6.2

Une fois sorti de l'hôpital, le recourant a séjourné à B. _____ du 8 mai 2017 au 18 août 2017. Le rapport de B. _____ du 14 septembre 2017 pose comme diagnostic principal des thérapies physiques et fonctionnelles post-polytraumatisme sur une chute d'une hauteur de six mètres. Il ajoute les diagnostics de traumatisme cranio-cérébral complet de quelques secondes, fracture tassement de D12 – AO B2, fracture du calcanéus types Sanders IV et fracture de l'os naviculaire à droite, fracture du calcanéum type Sanders III à gauche, fracture du sacrum avec fracture lamina sub-S3 et amputation racine nerveuse sub-S3, fracture-luxation radio-carpienne gauche avec fracture in situ du scaphoïde et lésion partielle du ligament scapho-lunaire, fracture non-déplacée de la côte 10 à gauche et précise une complication sous la forme d'une vessie hypotonique sur lésion S3 post-fracture du sacrum. Sur le plan neurologique, le recourant est bien orienté, pas ralenti ni fatigable mais très difficile au contact pour la collaboration. La présence de fléchissements attentionnels et de performances déficitaires à une tâche d'accès lexical est à relativiser, compte tenu de la maîtrise du français et du niveau socio-éducatif. Le rapport précise enfin que la situation n'est pas stabilisée sur le plan médical. Après ce séjour, le recourant n'a pas retrouvé un emploi. Le recourant a subi deux opérations d'ablation de matériel d'ostéosynthèse les 13 décembre 2018 et 9 avril 2019.

E. 6.3

Dans son rapport médical du 17 juin 2020, le Dr C. _____, médecin chef au Service de neurologie de l'HFR, a relevé qu'il persistait, sur le plan neurologique, de discrètes séquelles sur les racines sacrées. Il a également considéré que le recourant n'était plus en mesure de travailler dans son activité habituelle et qu'une réorientation serait compliquée, compte tenu des capacités du recourant, lequel n'avait pas été en mesure de suivre la scolarité lors de son apprentissage. L'IRM passée par le recourant en date du 7 juillet 2020 a mis en évidence de multiples altérations de signal de la substance blanche sous-corticale et périventriculaire évoquant une leucopathie d'origine indéterminée, associée à un début d'atrophie sous-corticale. Dans son appréciation médicale du 31 août 2020, la Dre D. _____, spécialiste en neurochirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a considéré l'état du recourant comme stabilisé. Elle a précisé que son taux d'activité exigible dans son ancienne activité était nul mais qu'il était en mesure d'exercer une activité adaptée à temps plein. Elle a fixé le taux de l'IPAI en procédant à une addition pondérée pour le poignet gauche de 10%, de 5% pour chacune des fractures du calcanéum ainsi que de 30% pour les fractures du rachis thoracique et du sacrum. Le total de 50% lui a ainsi paru adapté, compte tenu du fait qu'une paraplégie au niveau L2 correspondait à une IPAI de 60%.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12

E. 6.4

Le recourant a effectué un second séjour à B. _____ du 2 au 15 décembre 2020. Le rapport médical du 13 janvier 2021 reprend les diagnostics du rapport du 14 septembre 2017 et ajoute les diagnostics d'arthrose post-traumatique du médio-pied droit, arthrose post-traumatique sous-talienne et du médio-pied gauche, avec conflit entre la fibula distale et calcanéum latéral, arthrose post-traumatique radio-carpienne et pseudarthrose de la styloïde ulnaire et discarthrose L1-L2. Il arrive à la conclusion que la situation est stabilisée sur le plan médical et pose un pronostic de réinsertion favorable dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles du recourant (port de charges de plus de 10-15 kg, ports de charges répétés de 5-7,5 kg, positions debout statiques prolongées, marches

prolongées, marches en terrains irréguliers, positions accroupies et à genoux, réalisation répétée d'escaliers ou d'échelles, travail sur les toits, mouvements nécessitant de la force ou des amplitudes importantes du poignet gauche, mouvements répétés du poignet gauche, activités nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, en position statique debout ou assise ainsi que les flexions-torsions répétées du tronc). Enfin, il estime, sur le plan neurologique, qu'aucun nouveau diagnostic ne doit être posé mais propose toutefois la mise en place d'un bilan urodynamique en ambulatoire pour préciser les séquelles génito-sphinctériennes, celui-ci n'ayant pas pu être réalisé lors du séjour.

E. 6.5

Dans son courrier électronique du 20 janvier 2021, la Dre D. _____ a confirmé son accord avec les conclusions de B. _____, relevant toutefois qu'un bilan urodynamique permettrait de se prononcer sur une éventuelle atteinte des racines sacrées. Elle a également considéré que le recourant était en mesure d'exercer une activité adaptée à plein temps avec un rendement complet. Par courrier électronique du 29 janvier 2021 (dossier SUVA doc. 317), la SUVA a été informée du fait que le recourant souhaitait annuler le bilan urodynamique prévu, estimant aller mieux. Dans son appréciation médicale du 25 mai 2021, la Dre D. _____ a indiqué être en accord avec les conclusions des praticiens de B. _____ quant aux limitations du recourant ainsi qu'au taux d'activité exigible de sa part. Elle a souligné que le recourant avait lui-même refusé de procéder à un bilan urodynamique et recommandé la poursuite de la physiothérapie.

E. 7

Discussion

E. 7.1

Le recourant reproche à l'autorité intimée d'avoir considéré qu'il dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. A cet égard, il estime que les rapports médicaux présents au dossier ne sont pas suffisants et qu'une expertise pluridisciplinaire avec des volets orthopédique, urodynamique et neurologique doit être mise en œuvre. Or, force est de constater que les rapports présents au dossier sont détaillés et complets. S'il est vrai que les appréciations médicales rendues les 20 janvier et 25 mai 2021 par la Dre D. _____ sont succinctes, elles se basent sur les autres rapports médicaux et notamment sur le rapport de B. _____ du 13 janvier 2021. Celui-ci fait suite au second séjour du recourant à B. _____ et détaille les différents examens pratiqués dans ce cadre. Ce rapport, non remis en cause par le recourant, revient sur les différentes atteintes du recourant avant de détailler les limitations qu'il rencontre. En sus de conclure à une stabilisation de la situation sur le plan médical, il détaille les mesures envisageables en cas d'aggravation des symptômes et conclut à un pronostic de réinsertion favorable dans une activité adaptée et respectant les limitations du recourant. Ce rapport, dûment étayé, a dès lors pleine force probante.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 Par ailleurs, les arguments avancés par le recourant ne résistent pas à l'examen.

E. 7.2

En effet, il reproche à l'autorité intimée de ne pas avoir mis en œuvre d'examen urodynamique, pourtant recommandé par les médecins de B. _____, en laissant de côté le fait que cet examen a bel et bien été programmé par la SUVA et qu'il en a lui-même

demandé l'annulation, estimant aller mieux. Il ne saurait dès lors venir à présent reprocher à la SUVA de ne pas avoir mis en œuvre un examen qu'il a lui-même refusé. Par ailleurs, ses remarques relatives à la nécessité de pratiquer des examens neurologiques plus poussés se fondent sur le rapport médical de B. _____ du 14 septembre 2017 ainsi que sur les résultats de l'IRM du 7 juillet 2020, en oblitérant le fait que le rapport médical de B. _____ du 13 janvier 2021, portant sur un séjour ultérieur aux deux rapports précités, mentionne expressément qu'il n'est pas nécessaire de pratiquer des examens neurologiques supplémentaires. Enfin, le recourant met en avant des douleurs supplémentaires ressenties au pied gauche compte tenu de l'arthrose post-traumatique dont il souffre pour requérir des examens complémentaires. Cela faisant, il contredit ses propres déclarations antérieures lors de son refus de procéder à un examen urodynamique. Par ailleurs, il ne s'appuie sur aucun rapport ou appréciation d'un médecin, se contentant de mettre en avant sa propre appréciation, subjective, de son état de santé. Ce seul élément ne saurait dès lors suffire pour obtenir la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, d'autant que les rapports présents au dossier sont complets et détaillés. Sur le vu de ce qui précède, l'autorité intimée était en droit de retenir une pleine capacité de travail médico-théorique.

E. 7.3

S'agissant des revenus de valide et d'invalides retenus par la SUVA, ceux-ci ne sont pas remis en cause en tant que tels par le recourant. Le premier a été calculé sur la base du dernier salaire réalisé par le recourant en qualité de couvreur et le second sur la base des statistiques de l'ESS, en retenant le salaire réalisé au niveau de compétence 1, soit des activités simples et répétitives ne requérant ni formation, ni expérience professionnelle spécifique (arrêt TF 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 4.3.2). Ces revenus, déterminés selon les méthodes usuelles et sur la base des informations présentes au dossier, peuvent être confirmés. Le recourant reproche par ailleurs également à la SUVA de ne pas avoir tenu compte de l'entier des limitations qu'il subit, critiquant ainsi implicitement le taux d'abattement de 10%. A cet égard, il relève que le rapport du 31 août 2020 mentionne, au titre de limitations supplémentaires, l'incapacité à plier le poignet gauche à plus de 30°, des troubles de l'équilibre et des difficultés à marcher et à effectuer des activités du quotidien. Force est toutefois de constater que si l'autorité intimée n'a pas retenu ces éléments au titre de limitations, c'est parce qu'elle s'est basée sur des rapports médicaux plus récents. La situation du recourant a ainsi pu évoluer entre le rapport du 31 août 2020 et son séjour à B. _____ à la fin de l'année 2020, de sorte que certaines limitations ont pu disparaître. Il convient d'ailleurs de souligner que les limitations prises en compte par l'autorité intimée dans sa décision correspondent exactement à celles figurant dans le dernier rapport médical des praticiens de B. _____ ainsi que dans l'appréciation médicale du médecin d'arrondissement. Enfin, au vu de dites limitations, un taux de 10% ne paraît pas arbitraire, de sorte qu'il peut être confirmé, étant rappelé que l'administration dispose d'une plus large autonomie au moment de fixer l'abattement à opérer sur le revenu d'invalides.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12

E. 7.4

S'agissant du taux de l'IPAI, la SUVA a fixé celui-ci à 50%, suivant l'avis de son médecin d'arrondissement qui a procédé à une addition pondérée pour le poignet gauche de 10%, de 5% pour chacune des fractures du calcaneum ainsi que de 30% pour les fractures du rachis thoracique et du sacrum. Le recourant estime pour sa part que l'IPAI devrait s'élever à 75%

au motif que la gravité de son état a été sous-évaluée par le médecin d'arrondissement. Il est cependant difficile de le suivre sur ce point, dans la mesure où, comme cela a été relevé ci-avant, il ne fournit aucun rapport ou avis médical susceptible d'appuyer son propos. A cet égard, il convient de rappeler que l'IPAI est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. Le seul ressenti du recourant n'est ainsi pas de nature à remettre en doute l'appréciation du médecin d'arrondissement de la SUVA, étant encore relevé qu'il n'explique en rien pourquoi le taux de l'IPAI devrait être fixé à 75%. Ce dernier grief, relevant de la contestation de principe, est ainsi également écarté.

E. 8

Sort du recours et frais

E. 8.1

Au vu de tout ce qui précède, le recours est rejeté et la décision attaquée intégralement confirmée.

E. 8.2

Conformément au principe de gratuité applicable aux procédures concernant des litiges en matière de prestations de l'assurance-accidents (voir art. 61 let. fbis LPG), il n'est pas perçu de frais de procédure.

E. 8.3

Vu le sort du recours, le recourant n'a pas droit à des dépens. Il en va de même de la SUVA qui, en tant qu'assureur social, n'a pas droit à des dépens dès lors qu'il ne peut pas vraiment être reproché au recourant d'avoir interjeté recours à la légère (ATF 128 V 323; 126 V 143 consid. 4a). [dispositif en page suivante]

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de procédure. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du recourant doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 21 novembre 2022/mbo/mbl Le Président : La Greffière :

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