

FR_GERICHTE 605 2021 243 vom 11. November 2022

FR Kantonsgericht, 2022-11-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2021_243

FR: FR_GERICHTE 605 2021 243 du 11 novembre 2022

IT: FR_GERICHTE 605 2021 243 del 11 novembre 2022

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, le recourant, dûment représenté, étant en outre directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

E. 2

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).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 18 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.

E. 2.1

Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

E. 2.2

Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

E. 3

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

E. 3.1

Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

E. 3.2

Pour statuer, 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 18 de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

E. 3.3

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne

contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Cela étant, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6). La jurisprudence attire l'attention sur la relation de confiance qui s'établit inmanquablement entre le médecin traitant et son patient, ainsi que sur l'indépendance présumée d'un médecin lié à un assureur par un rapport de travail, mais n'en déduit pas pour autant une quelconque règle de préséance (arrêt TF 9C_843/2007 du 28 juillet 2008 consid. 3).

E. 4

septembre 2008, que le tableau de sévère syndrome de stress post-traumatique dominant "est

Tribunal cantonal TC Page 7 de 18 concordant voire aggravé par rapport aux indications du Dr B. _____ malgré l'amélioration de la mobilité et de la force du membre inférieur gauche (surcharge psychique manifeste selon les médecins de la CRR de Sion)". Le Dr B. _____ confirme cela le 6 janvier 2009 lorsqu'il affirme que le problème de l'épaule gauche s'est amélioré et que le problème de l'assuré est "essentiellement lié à des douleurs spondylogènes et à d'importants troubles de l'adaptation". Le Dr H. _____ relève encore, le 16 janvier 2009, que l'assuré présente depuis l'accident des plaintes de plus en plus importantes sans aucun substrat organique mise à part une lésion de l'épaule gauche. Au final, il est retenu que, d'un point de vue purement somatique, l'assuré serait en mesure d'exercer une activité adaptée à plein temps ». La Cour avait notamment estimé que les plaintes concernant les atteintes physiques constatées après l'accident ne trouvaient plus d'explication objective, le tableau étant désormais négativement influencé par les troubles psychiques : « Les plaintes multiples de l'assuré ne s'expliquant pas entièrement par l'existence des troubles organiques attestés dans les suites immédiates de l'accident, de nombreux examens ont été réalisés, sans toutefois que d'autres atteintes traumatiques puissent être mises en évidence. En revanche, l'ont été des troubles psychiques qui ont, sans conteste, influencé rapidement de manière négative le processus de guérison ». L'existence d'un trouble cranio-cérébral léger avait bien été évoquée, mais là encore, la composante psychique était relevée: « En l'espèce, la présence de nausées, de céphalées, de nuqualgies et de douleurs aux niveaux lombaire et abdominal est mentionnée dans les jours qui ont suivi l'accident. Le Dr D. _____ fait état, le 16 janvier 2008, de troubles de la concentration. Progressivement, d'autres plaintes appartenant au tableau clinique typique

sont apparues. Il en est ainsi notamment de dépression (rapport du Dr D. _____ du 25 avril 2008), de troubles de l'équilibre (rapport du Dr E. _____ 24 juin 2008), d'un épisode amnésique atypique (rapport non daté de la Dresse F. _____), d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive et anxieuse (rapport du Dr G. _____ du 22 juillet 2008). Dans son rapport du 16 janvier 2009, le Dr H. _____ rappelle l'ensemble des troubles dont l'assuré s'est plaint. Or, ceux-ci correspondent dans une large mesure, aux symptômes généralement attribuables à une lésion du rachis cervical ou à un TCC. Sur le vu de ce qui précède, la Cour de céans constate, tout comme le Dr E. _____, qu'il est possible que l'assuré ait subi un TCC léger ». La présence de troubles urinaires avait également été constatée: « En ce qui concerne les troubles sexuels et l'énurésie, le Dr I. _____ indique, le 3 juillet 2008, que la prostatite diagnostiquée et traitée peut expliquer les symptômes urinaires. Elle peut aussi favoriser la dysfonction érectile qui peut aussi être secondaire au traitement médicamenteux et à l'état psychique ». Mais dans l'ensemble, la Cour de céans avait estimé que, hormis celle située à l'épaule gauche, les atteintes physiques n'engageaient pas la responsabilité de l'assurance-accidents. Concernant plus particulièrement l'atteinte au bas du dos, le médecin d'arrondissement avait considéré le statu quo sine comme largement atteint 14 mois après l'accident et son avis avait été sur ce point implicitement confirmé par la Cour de céans.

E. 4.1

Jugement du 21 décembre 2011 (605 2009 345) La Cour de céans s'est prononcée sur le cas du recourant à la fin de l'année 2011, confirmant notamment l'octroi d'une rente de 25%. Il convient de brièvement revenir sur son jugement, dont on reprendra certains passages.

E. 4.1.1

Accident survenu en 2007 Le recourant, né en 1963, chef d'équipe dans le milieu de la construction, avait été victime d'un accident sur un chantier le 23 novembre 2007 : « De la déclaration de sinistre LAA du 27 novembre 2007 il ressort les explications suivantes: "l'assuré se tenait accroupi et, en se relevant, a percuté avec la tête une palette [sic] qu'un grutier était en train de manipuler". L'assuré a été transporté à l'Hôpital intercantonal de la Broye (ci-après: HIB), à Payerne, où lui ont été diagnostiqués, un traumatisme cranio-cérébral, des contusions multiples, une lyse isthmique de L3 des deux côtés avec minime listhésis de 1 à 2 mm, ainsi qu'une discarthrose C5-C6. Les examens n'ont pas mis en évidence de lésion intracérébrale si bien qu'il a pu regagner son domicile le 26 novembre 2007. Lors de l'accident, l'assuré a également subi un traumatisme au niveau de l'épaule gauche. Le 13 mars 2008 il a été opéré d'une tendinopathie rupturée du sus-épineux gauche ». A la suite de l'accident, il aurait souffert « outre de l'épaule et du bas du dos, notamment d'une nuque bloquée et douloureuse, de vertiges, de nausées, de maux de têtes permanents, de troubles sexuels, de perte d'urine, de fourmillement dans les doigts de la main gauche et de troubles de la vision. Il affirme également avoir pris un coup au niveau de son moral ».

E. 4.1.2

Atteintes physiques C'est la perte de gain provoquée par l'atteinte située au niveau de l'épaule gauche qui avait essentiellement été prise en compte dans la fixation du taux de la rente « A titre liminaire, il n'est pas inutile de rappeler que le lien de causalité tant naturelle qu'adéquate entre les troubles ayant un caractère proprement organique, affectant essentiellement l'épaule gauche du recourant, et l'accident du 23 novembre 2007 est admis. L'octroi d'une rente d'invalidité de 25% par l'assureur- accidents en témoigne ». Les autres

atteintes physiques signalées n'étaient pas déterminantes, semblant reléguées à l'arrière-plan par les troubles psychiques: « il y a lieu d'admettre, avec l'autorité intimée, que les troubles psychiques ont pris une importance prédominante au point de reléguer les affections somatiques à l'arrière-plan. Dans ce sens, il y a lieu de rappeler que l'intervention chirurgicale de l'épaule gauche, réalisée le 13 mars 2008, puis les suites opératoires n'ont posé aucun problème particulier et l'évolution a été décrite comme tout à fait favorable par le Dr B. _____, sous réserve d'une capsulite rétractile évoluant elle aussi favorablement, à tout le moins sur le plan subjectif. Ainsi, même si l'assuré a été adressé à la CRR pour une suite de physiothérapie et observation, le Dr B. _____ ne manquait pas de relever, le 12 juin 2008, que le motif de réhabilitation à Sion n'était pas uniquement lié à une capsulite rétractile, l'essentiel des plaintes de l'assuré étant lié à un stress post-traumatique avec de sévères céphalées et à des symptômes algiques du membre inférieur. Lors de son séjour à la CRR, il a notamment été diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive et anxieuse de type post-traumatique. Les spécialistes notent que cette co-morbidité psychiatrique influence certainement le comportement douloureux. La prédominance des troubles psychiques est attestée également par le Dr C. _____, du SMR qui affirme, le

E. 4.1.3

Atteinte psychique L'atteinte psychique n'était pour sa part pas clairement définissable, se situant quelque part entre le trouble de l'adaptation et le trouble anxio-dépressif : « il est difficile de se forger une opinion sur la composante proprement psychique, au vu de la divergence des diagnostics posés qui vont du

Tribunal cantonal TC Page 8 de 18 trouble de l'adaptation avec réaction à la fois dépressive et anxieuse de type post-traumatique (Dr G. _____) à l'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques avec accentuation de certains traits de la personnalité et conflit dans le rôle social (Dr J. _____), en passant par le trouble dissociatif (Dr H. _____). Dans ce contexte, on ajoutera encore qu'un important phénomène d'amplification des plaintes (discordance avec les éléments objectifs, nombreux signes et symptômes de non-organicité, fréquentes auto-limitations, etc.) a été relevé par plusieurs spécialistes ayant examiné l'assuré ».

E. 4.1.3.1

Quoi qu'il en soit, les troubles psychiques désormais passés au premier plan n'avaient pas été causés par l'accident décrit : « Les plaintes multiples de l'assuré ne s'expliquant pas entièrement par l'existence des troubles organiques attestés dans les suites immédiates de l'accident, de nombreux examens ont été réalisés, sans toutefois que d'autres atteintes traumatiques puissent être mises en évidence. En revanche, l'ont été des troubles psychiques qui ont, sans conteste, influencé rapidement de manière négative le processus de guérison. Le Dr B. _____ indiquait déjà dans son rapport du 12 juin 2008 que les plaintes de son patient étaient essentiellement liées à un "stress post-traumatique". Dans ces conditions, même si la reprise d'une activité adaptée à plein temps n'a été évoquée que le 5 février 2009 (rapport du Dr K. _____), le traitement ne peut être déclaré d'une durée anormalement longue ou d'une ampleur exceptionnellement lourde, de nombreuses investigations médicales ayant été menées afin de déterminer l'origine des plaintes de l'assuré. Or, ces mesures ont permis de mettre en évidence une importante discordance entre le substrat organique et l'étendue des plaintes. On ne saurait dès lors, en pareilles circonstances, conclure à la persistance de douleurs physiques. A tout le moins ce critère n'est-il pas rempli

de manière prépondérante. Etant donné que des troubles psychiques ont exercé assez tôt une influence prépondérante sur l'évolution de l'état de santé de l'intéressé (cf. supra consid. 3b), le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques n'apparaît pas non plus réalisé ». Au vu des critères dégagés par la jurisprudence, un lien de causalité adéquate avait donc été nié entre l'accident survenu en 2007, au demeurant qualifié de moyennement grave, et les troubles psychiques observés à la suite de cela.

E. 4.1.3.2

Tout cela sera confirmé par le Dr L. _____ dans une expertise psychiatrique réalisée en 2015, lequel estimait qu'il n'existait même aucun lien de causalité naturelle entre l'évènement et les troubles psychiques: « l'accident n'a qu'un rôle de catalyseur. En tant que tel, il n'est pas en rapport de causalité naturelle avec les troubles psychiques présentés par cet assuré » (dossier SUVA, pièce 330, p. 135). Le Dr L. _____ reconnaissait cependant le caractère pleinement invalidant de ces troubles psychiques, assimilés à un « trouble de conversion avec présentation mixte », celui-ci accompagné d'un épisode dépressif majeur actuellement de gravité légère, et c'est sur la base de ce diagnostic qu'a été octroyée la rente entière de l'assurance-invalidité touchée depuis le 1er avril 2016. L'expert indiquait aussi que l'accident avait décompensé, sur un mode régressif, une personnalité aux traits narcissiques (dossier SUVA, pièce précitée, p. 124).

E. 4.2

Annonce d'une rechute (novembre 2018) Se référant à l'accident survenu le 23 novembre 2007, le recourant a annoncé une rechute le

E. 4.2.1

Atteinte signalée Il invoquait une aggravation de son état de santé au niveau du bas du dos, dans la région des 2e et 3e vertèbres lombaires. Des investigations médicales évoquaient une brèche durale au niveau de la queue de cheval (= la queue de cheval est située à hauteur des dernières vertèbres lombaires et du sacrum et ses racines sortent de la colonne vertébrale entre les vertèbres. Ce sont les nerfs de la queue de cheval qui permettent de contrôler les membres inférieurs et les organes situés dans le bassin) : « En absence de lésion au niveau du rachis dorsal, cervical ou de lésion intracrânienne, on peut considérer qu'il s'agit d'un problème lombaire local. L'hypothèse la plus probable est celui d'une brèche durale. On peut en effet suspecter une lésion de la dure-mère entre les apophyses épineuses L2 et L3 et qu'on pouvait rétrospectivement deviner déjà sur l'IRM du 3 décembre 2014. Cette lésion pourrait éventuellement être mise en rapport avec l'anamnèse d'un ancien accident de chantier. L'aspect atypique du sac dural et des fibres de la queue de cheval entre l'espace discal L4/L5 et le canal sacré est en premier lieu en rapport avec une fuite de LCR chronique et qui a pu provoquer une collection sous-durale du LCR et une « durite » (plus qu'une épidurite chez ce patient) chronique » (rapport de CT lombaire, dossier SUVA, pièce 296). Le Dr M. _____, médecin de la SUVA spécialiste en neurologie, résumait les choses ainsi : « Le Dr N. _____, spécialiste FMH en neurochirurgie à Fribourg, a vu Monsieur en consultation le

E. 4.2.2

Séjour à la CRR Le recourant a été opéré le 11 septembre 2019 par le Dr N. _____, neurochirurgien, qui a pratiqué une spondylodèse L3-L4, une révision de la queue de cheval et de la pseudo-méningocèle (dossier SUVA, pièce 353).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 18 Il a ensuite séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) à Sion, du 19 septembre au 22 octobre 2019. Où l'atteinte ayant nécessité le séjour a été confirmée : « Cyphose segmentaire avec instabilité L3- L4 après fracture ou lyse isthmique bilatérale de la base des épines de L3, Lyse isthmique de L3 sur L4 de grade I, pseudo-méningocèle L3 avec lésion partielle de la queue de cheval » (rapport CCR du 12 novembre 2019, dossier SUVA, pièce 358). A côté de cela, des troubles d'ordre psychique et neurologique ont également été observés: « Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, sous traitement. Troubles neuropsychologiques: difficultés de mémoire à long terme, difficultés attentionnelles et léger dysfonctionnement exécutif » (rapport précité). Mais les plaintes émises à son arrivée concernaient principalement la problématique au niveau du bas du dos et les troubles urinaires qu'elle engendrait. Et le recourant signalait encore « des troubles mnésiques présents de longue date, une hyposmie, hypoatousie gauche et hypoguesie » (rapport précité). Au plan orthopédique, il a suivi un programme de rééducation à la marche à la fin duquel l'évolution était décrite comme favorable, le recourant apprenant à se déplacer sans cannes anglaises. Il demeurait toutefois dans l'appréhension de perdre son équilibre. Les spécialistes recommandaient « la poursuite ambulatoire de la physiothérapie à visée d'amélioration de l'équilibre, de la proprioception et de la tonification musculaire. Il a été instruit à un programme d'exercices à domicile » (rapport précité). Au plan neuropsychologique, il subsistait des séquelles du TCC léger subi en 2007, mais les performances testées pouvaient avoir été influencées par la problématique anxieuse, aucun suivi n'étant cela étant proposé : « nos examens montrent, à 12 ans d'un TCC léger, chez un patient collaborant, des difficultés de mémoire à long terme, des difficultés attentionnelles et un léger dysfonctionnement exécutif. Contrairement à la première évaluation, le patient n'était pas submergé par les émotions, et a bien collaboré à l'évaluation (comme l'atteste d'ailleurs le résultat à une épreuve de validation de symptômes). Les performances restent faibles pour des suites d'un TCC léger, mais la problématique anxieuse y contribue probablement. Un discours positif a été tenu, soulignant les progrès réalisés depuis 2008, Aucun suivi particulier n'est proposé » (rapport précité). Au plan neurologique et neuro-végétatif, les examens se sont en revanche avérés dans la norme. Au plan psychiatrique, un trouble dépressif récurrent était mentionné, mais décrit comme en rémission et sous traitement. Il était rappelé à cet égard que le recourant travaillait en milieu protégé depuis l'octroi de la rente AI entière en 2016 : « Depuis la reconnaissance d'un droit à l'AI en 2016 et la mise en place d'une activité en atelier protégé (4 après-midi par semaine), le patient décrit une certaine stabilisation de son état psychique, avec aide médicamenteuse (Quétiapine 150 mg/soir et Cymbalta 2x 60 mg/j). Le status psychique actuel est plutôt rassurant, chez un patient allant cependant rapidement dans des propos dramatisants, concernant les douleurs, le sommeil ou la sexualité. Dans le contexte du présent séjour, le patient étant par ailleurs suivi régulièrement et à satisfaction en ambulatoire, le médecin psychiatre n'a pas proposé de suivi ni de modifications du traitement psychotrope. Il retient au terme du séjour un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission sous traitement » (rapport précité).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 18

E. 4.2.3

Limitations fonctionnelles et estimation de la capacité de travail A la sortie de la CRR, les limitations retenues étaient les suivantes: « Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues à la sortie : maintien prolongé des positions statiques et debout,

Marche avec des bâtons à la sortie. Port de charges moyennes et lourdes, maintien prolongé, du tronc en porte-à-faux, flexion-torsion répétée du tronc, exposition prolongée du corps aux vibrations » (rapport précité). A la fin de l'année 2019, le Dr N._____ rapportait les bénéfices de l'opération et du séjour à la CRR, évoquant une nette amélioration en dépit d'un périmètre de marche pour l'heure toujours limité : « Le patient a été très satisfait de son séjour dans le service de rééducation de la SUVA à Sion il en a grandement bénéficié. Il a nettement amélioré ses douleurs lombaires, il également nettement amélioré ses douleurs du membre inférieur gauche pour lequel il persiste malheureusement toujours une hypoesthésie. Les troubles sphinctériens sont également toujours présents. Il a des difficultés encore à l'effort ce qui aggrave l'hypoesthésie à la marche également, le périmètre est encore limité, après un moment une boiterie s'installe avec une sensation de lâchage. A l'examen après un moment de repos la marche sur pointes et talons se fait sans problème. Les radiographies de contrôle ce jour montrent un matériel bien en place, il n'y a évidemment aucun signe de fusion, la cicatrice a très bien évolué » (rapport du 17 décembre 2019, dossier SUVA, pièce 371). Invité à se prononcer sur l'exigibilité en tenant compte de la rechute annoncée, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, médecin d'arrondissement de la SUVA, a estimé que le retour sur le marché de l'emploi était impossible compte tenu de l'invalidité totalement reconnue par l'AI. Il a cependant estimé, dans le sens selon lui des spécialistes de la CRR, qu'une pleine capacité de travail dans une activité en atelier demeurerait en théorie exigible, cela sous réserve toutefois de l'autorisation du neurochirurgien, soit du Dr N._____ : « D'un point de vue médical, on se trouve à 16 mois de la spondylodèse avec des suites favorables. Il n'y a actuellement aucune évidence qu'il existe un traitement médical qui puisse améliorer de façon notable la situation clinique de l'assuré, raison pour laquelle on peut estimer que la situation est suffisamment stabilisée pour évaluer les séquelles lésionnelles et déterminer les limitations fonctionnelles. Cependant, en raison de la gravité de la situation, un suivi médical espacé ainsi que la poursuite d'un traitement de physiothérapie et d'ergothérapie, de la médication actuelle et des mesures de protection urinaire vont s'avérer nécessaires sur le long terme, ceci afin de maintenir les acquis. D'un point de vue asséculogique, l'assuré étant au bénéfice d'une rente AI à 100 % pour des problèmes de maladie, le retour vers le marché primaire du travail s'avère impossible, et seul un emploi en milieu adapté peut être envisagé. Cependant on peut théoriquement reconnaître une pleine capacité (horaire et rendement) dans l'activité adaptée définie lors du dernier séjour à la CRR. Comme mentionné également durant ce séjour, la reprise d'une telle activité doit dépendre de l'autorisation du neurochirurgien » (appréciation médicale du 25 janvier 2021, dossier SUVA, pièce 444). Il relevait, cela étant, les limitations fonctionnelles retenues dans l'absolu par les spécialistes de la CRR : « le maintien prolongé des positions statiques et debout, le port de charges moyennes et lourdes, le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux ainsi que des activités nécessitant des flexions-extensions répétées du tronc ainsi que des expositions prolongées du corps aux vibrations » (appréciation précitée). Au printemps 2021, le Dr N._____ laissait entendre que son patient était totalement invalide à cause de l'accident, remettant en cause le résultat de toutes les investigations médicales effectuées

Tribunal cantonal TC Page 12 de 18 jusqu'à présent à la suite de l'accident survenu en 2007, les troubles psychiatriques pouvant être en lien avec ce dernier évènement: « J'avoue avoir de la difficulté à comprendre la prise de position de la Suva. Celle-ci est basée sur le fait si j'ai bien compris, que la rente AI était liée à un problème de maladie, à son problème

d'épaule et de mal de dos. Cependant très clairement ce patient n'a pas pu travailler correctement depuis son accident en raison d'un problème d'accident qui n'avait pas été reconnu à l'époque. Il faut donc revoir toute la position de cette rente d'invalidité également sous l'angle de l'accident et des séquelles importantes avec un syndrome partiel de la queue de cheval. Je crois que cela nécessiterait une expertise indépendante des médecins de la Suva. (...) Il faut également signaler que les problèmes psychiatriques pourraient être liés au fait des grandes souffrances de l'époque, de problèmes d'une atteinte partielle de la queue de cheval non reconnue, avec une attribution de symptômes à de troubles fonctionnels. De mon point de vue à partir du moment où tous les diagnostics dès 2007 ont été erronés en ce qui concerne les problèmes lombaires et vésico-sphinctériens, il faut donc reprendre tout le dossier à la base y compris les atteintes à l'intégrité à rajouter au problème déjà reconnu de l'épaule » (rapport du 20 avril 2021, dossier SUVA, pièce 466). Les troubles neurologiques empêcheraient même la reprise d'une activité d'ébéniste en atelier protégé : « Etant donné les troubles neurologiques, je ne pense pas que ce patient ait une quelconque activité possible actuellement comme ébéniste, Monsieur étant motivé nous pouvons tenter une évaluation dans un atelier protégé sous protection d'un arrêt de travail à 100%. J'avais d'ailleurs établi un certificat médical dans ce sens le 23.02.2020. J'ignore dans quelle mesure le fait de travailler en atelier protégé avec une activité limitée puisse influencer sur l'octroi et sur la révision d'une rente invalidité. Mais cela permettrait d'évaluer plus justement ses capacités » (rapport précité). Au mois de juin 2021, le recourant est également allé consulter un spécialiste en angiologie pour des douleurs et des œdèmes situés au niveau des mains, survenus depuis environ deux ans, mais les examens n'ont rien révélé de particulier (rapport HFR du 8 juin 2021, dossier SUVA, pièce 469). 5. Discussion sur la révision du droit à la rente Le recourant considère ne plus être désormais capable de travailler dans l'économie libre à cause de l'accident survenu en 2007, raison pour laquelle le revenu statistique choisi à l'appui de la décision de la SUVA ne serait pas réaliste. Pour l'heure, sa capacité de travail serait même nulle dans le cadre de l'activité d'ébéniste en milieu protégé exercée depuis maintenant plusieurs années et qui lui procurait un gain qu'il aurait au demeurant fallu retenir au titre de revenu d'invalidité. 5.1. A l'appui de sa thèse, le recourant soutient que les troubles psychiques totalement invalidants dont il est atteint – qui ont été reconnus par un expert psychiatre en 2015 et qui l'ont contraint à ne plus pouvoir travailler qu'en milieu protégé – auraient été directement causés par l'accident survenu en 2007, à tout le moins par les douleurs intenses éprouvées depuis lors. Cette question a déjà été tranchée par la Cour de céans dans son précédent jugement qui avait en substance retenu qu'aucun lien de causalité adéquate ne pouvait être établi entre ceux-ci, déjà présents et qui avaient négativement influencé le processus de guérison (4.1.3.1.).

Tribunal cantonal TC Page 13 de 18 L'expert psychiatre amené à se prononcer en 2015 ne disait pas autre chose, relevant le processus de décompensation d'une personnalité narcissique, sur un mode régressif, survenu dans le sillage d'un accident qui n'en avait toutefois été que le « catalyseur ». Cela, il l'a clairement expliqué et soutenu dans le cadre de son expertise au terme de laquelle il reconnaissait la valeur totalement invalidante de ces troubles psychiques révélés à l'occasion de l'accident, mais non causés par celui-ci (4.1.3.2.). C'est pour cette raison même que le recourant a été mis au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité et n'a par la suite plus été en mesure de travailler sur le marché de l'emploi. Le recourant ne saurait donc aujourd'hui soutenir que ce seraient des douleurs physiques subies sur le long terme qui auraient fini par engendrer une invalidité psychique à charge de l'assurance- accidents, dite invalidité étant déjà présente depuis de

nombreuses années pour une toute autre raison (un « trouble de conversion avec présentation mixte » ne sachant à l'évidence avoir été causé par des douleurs persistantes). Ceci reviendrait à remettre en cause un jugement entré en force sur la base d'une appréciation toute personnelle qu'aucun avis psychiatrique figurant au dossier ne vient étayer. Par ailleurs, au vu de ce qu'ont pu observer les spécialistes de la CRR à l'issue du séjour du recourant, on ne peut non plus retenir que le trouble dépressif récurrent également signalé et jugé en rémission et sous traitement (4.2.2. in fine) se serait aggravé au point de justifier, ne fût-ce que sur le seul principe, l'augmentation des prestations de l'assurance-accidents. 5.2. Seules les séquelles physiques objectivement laissées par l'accident devaient dès lors être prises en compte au moment d'estimer si et dans quelle mesure la capacité de travail susceptible de déterminer la capacité de gain s'est modifiée. Les atteintes entrant en considération sont en l'espèce celles invoquées à l'appui de l'annonce de la rechute, à savoir les troubles lombaires (syndrome de la queue de cheval) et les problèmes urinaires découlant de ceux-ci, pour lesquels le recourant a dû être opéré. La SUVA a reconnu sa responsabilité à l'endroit de l'aggravation constatée en lien avec cette double atteinte physique. Concernant les douleurs et les œdèmes situés au niveau des mains et plus récemment allégués, ceux-ci ne semblent générer aucune incapacité de travail et ne paraissent pas non plus engager la responsabilité de l'assurance-accidents, aucun spécialiste ne l'ayant d'ailleurs jamais soutenu. 5.3. Cela ayant été précisé, on ne peut raisonnablement soutenir que les séquelles laissées par les seules atteintes physiques prises en charge et traitées dans le cadre de la rechute seraient de nature à contraindre le recourant à ne plus pouvoir travailler qu'en atelier protégé. Il sied de relever à cet égard que les limitations physiques objectives retenues par les spécialistes de la CRR et confirmées par le Dr Q. _____ (4.2.3.) ne sont pas formellement contestées dans les écritures du recourant. Tout au plus peut-on partir du principe que ce dernier se réfère à l'opinion du neurochirurgien l'ayant opéré, à savoir le Dr N. _____.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 18 Or, le neurochirurgien ne fait que remettre en cause l'ensemble des diagnostics et conclusions médicales émises par le corps médical depuis 2007 et dont la plupart avait été jugée probante par la Cour de céans dans son précédent jugement (cf. son rapport du 20 avril 2021, dossier SUVA, pièce 466, 4.2.3.). Cette remise en cause ne semble toutefois reposer que sur des considérations d'ordre général et l'on peut imaginer, avec la jurisprudence, qu'elle a été formulée dans un sens favorable au patient en vertu du lien de confiance découlant de la relation thérapeutique. On ne saurait, quoi qu'il en soit, suivre le spécialiste traitant lorsqu'il affirme que la capacité de travail du recourant serait nulle à cause de l'accident survenu en 2007. Ses conclusions sont, sur ce point, en contradiction avec ses précédents avis médicaux, dans lesquels il rapportait une nette amélioration de la situation au niveau de l'atteinte annoncée dans le cadre de la rechute qui aurait été efficacement réduite après l'intervention pratiquée par lui-même. 5.4. L'on doit en l'espèce considérer que l'aggravation annoncée n'a en fin de compte été que passagère. Si elle a bien été momentanément prise en charge par l'assurance-accidents, cela n'impliquait pas encore qu'il faille ensuite réviser à la hausse la rente d'invalidité de 25% versée à la suite de l'accident survenu en 2007. Sur ce premier point, le recours est rejeté. Le calcul du taux d'invalidité peut être ainsi entièrement confirmé. 6. Selon l'art. 24 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), 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'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après: 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). 6.1. D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

Tribunal cantonal TC Page 15 de 18 6.1.1. Usant de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté de telles prescriptions, notamment à l'art. 36 OLAA. Selon l'art. 36 al. 2 OLAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3. Celle-ci comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb, 113 V 218 consid. 2a). Il représente une "règle générale" (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). 6.1.2. La division médicale de la SUVA a pour sa part 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 l'égalité de traitement entre les assurés (arrêt du Tribunal fédéral 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). 6.2. 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, no 229). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415, U 134/03, consid. 5.2; RAMA 2000 p. 41, U 360/98, consid. 1). Ce n'est qu'en cas d'affections à la colonne vertébrale que le taux de l'atteinte à l'intégrité dépend de l'intensité des douleurs ressenties par l'assuré (cf. arrêt TF 8C_389/2009 du 7 avril 2010 consid. 5.3). Il incombe par conséquent aux médecins de constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit, no 235; arrêt TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009). Par ailleurs, aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel si l'aggravation est importante et n'était pas

prévisible. Cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (RAMA 1998 p. 602 consid. 3b). 7. Est également litigieuse la révision du taux d'atteinte à l'intégrité. Le recourant soutient que ce taux devrait prendre en compte une atteinte articulaire en sus d'une atteinte médullaire incomplète (« syndrome du cône médullaire ») et serait ainsi plus important que ce qui a été finalement retenu. 7.1. Décision SUVA La décision de la SUVA se fonde notamment sur une appréciation du Dr M. _____ : « En l'état, on peut assimiler le tableau clinique à un syndrome du cône médullaire incomplet. Pour une atteinte complète du cône médullaire, les barèmes de la table 21 selon la LAA définissent une atteinte à l'intégrité de 50 %. Sous un angle pragmatique, étant donné que la fonction du sphincter anal est

Tribunal cantonal TC Page 16 de 18 préservée, je propose de reconnaître un taux égal aux deux tiers de ce chiffre, soit 33 % » (appréciation du 7 janvier 2021, dossier SUVA, pièce 441). Celui-ci se réfère aux rapports figurant au dossier ayant exploré les troubles neuro-urologiques: « Je me réfère à l'examen urodynamique effectué à l'Hôpital de l'Île du 18.06.2020. Au niveau des plaintes, l'assuré présente des pertes urinaires diurnes et nocturnes nécessitant le port de protections. Monsieur présente également une dysfonction érectile. Dans leur rapport du 30.06.2020, la Professeure R. _____ et le Docteur S. _____ ont décrit une sensibilité sacrale S2-S4 diminuée à gauche ainsi qu'un tonus anal et une innervation volontaire préservés. L'EMG du plancher pelvien est sans particularité. L'étude vidéo-urodynamique révèle une vessie hypersensitive avec une hyperactivité détrusorienne en phase terminale, associée à une perte urinaire, mais sans rétention urinaire » (appréciation précitée). Cette estimation a aussi été confirmée par le Dr Q. _____ : « Un taux de 33% a été attribué en raison de la présence d'un syndrome de cône médullaire incomplet (50% atteinte complète), selon la table 21, page 21.6, du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Ce taux de 33% a été rajouté au taux de 20% déjà existant, ce qui donne un taux global de 53%. En effet, la situation clinique de l'assuré correspond à une atteinte d'une telle gravité et il s'agit d'une atteinte grave qui présente un caractère durable » (appréciation du 25 janvier 2021, dossier SUVA, pièce 443). La révision à la hausse du taux d'IPAI tenait compte au final de « l'évolution dans son ensemble défavorable avec décompensation d'une lésion de la coiffe des rotateurs et décompensation de la spondylose de L3 avec séquelles neurologiques sous la forme d'un syndrome de la queue de cheval incomplet ayant nécessité une spondylodèse L3-L4 » (appréciation précitée). 7.2. Arguments du recourant Le recourant se réfère une nouvelle fois à l'opinion du Dr N. _____. Ce dernier estimait que l'on ne se trouvait pas en présence d'une atteinte médullaire : « Par ailleurs il a été utilisé une table pour les atteintes médullaires, je ne connais pas les tables de la Suva. Mais il ne s'agit pas chez Monsieur d'une atteinte médullaire » (rapport du 20 avril 2021, dossier SUVA, pièce 466). Dans ses écritures, le recourant soutient plus précisément que l'atteinte articulaire résultant de la décompensation de la spondylose de L3 viendrait se superposer à l'atteinte médullaire, ce qui justifierait la prise en compte d'un dommage physique plus important. 7.3. Discussion On a vu que le recourant a subi une atteinte lombaire ayant également provoqué des troubles urinaires et c'est au regard de cette double problématique qu'il s'agit d'envisager l'aggravation éventuelle du dommage physique porté à son intégrité.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 18 La SUVA a retenu un syndrome du cône médullaire se définissant comme suit : « Le cône terminal ou également le cône médullaire est l'extrémité inférieure effilée de la moelle spinale. Il est en regard des deux premières vertèbres

lombaires L1 et L2. L'extrémité supérieure du cône médullaire n'est généralement pas bien définie » ; « Le tableau clinique du syndrome du cône terminal se rapproche de celui du syndrome de la queue de cheval, mais s'en distingue par la présence de signes pyramidaux. Il comporte classiquement : des troubles sphinctériens, ainsi que des troubles de l'éjaculation » (sources wikipédia). La seule décompensation de la spondylose n'engendrant pas nécessairement la présence des troubles urinaires, la SUVA était, contrairement à ce qu'indique le Dr N. _____, en droit de se baser sur les tables relatives à une atteinte portée au niveau du cône médullaire. Quant à la thèse du recourant, consistant à vouloir retenir une atteinte articulaire en sus de l'atteinte médullaire, elle reviendrait à cumuler les taux d'atteinte à l'intégrité. Si on la suivait, il faudrait alors également prendre en compte l'atteinte urinaire en tant que telle pour au final additionner le taux d'atteinte à l'intégrité résultant de l'atteinte globale aux taux résultant des deux sous-atteintes à l'origine du syndrome retenu, ce qui fausserait l'estimation dans son ensemble en la portant artificiellement à la hausse. Le second grief, qui ne repose au demeurant sur aucune explication médicale détaillée susceptible de remettre en cause l'appréciation des spécialistes internes de la SUVA, est dès lors à son tour écarté. 8. Le recours s'avérant finalement mal fondé, il doit être rejeté. Les taux d'invalidité et d'atteinte à l'intégrité fixés par la SUVA dans sa décision querellée sont confirmés, l'aggravation passagère de l'état de santé dont a eu à répondre l'assurance-accidents ne sachant avoir causé de perte de gain supplémentaire, le dommage physique supplémentaire constaté ayant pour sa part été correctement évalué, comme la capacité de travail, sur la base de constatations médicales sérieuses. Constatations médicales claires et détaillées au regard desquelles il n'y a pas lieu de donner suite à la requête d'une expertise pluridisciplinaire. 9. La procédure étant gratuite dans la mesure où le recourant concluait à l'octroi de prestations de l'assurance-accidents, il n'est pas perçu de frais. Aucune indemnité de partie n'est enfin allouée.

Tribunal cantonal TC Page 18 de 18 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Aucune indemnité de partie n'est allouée. 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 (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 11 novembre 2022 /mbo Le Président : Le Greffier-stagiaire :

E. 9

novembre 2018 (dossier SUVA, pièce 290).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 18

E. 12

juillet 2018. Il a retenu une ancienne fracture des éléments postérieurs de L3 avec pseudo-meningocèle postérieure et sous-durite inflammatoire. Le Dr N. _____ a estimé que la symptomatologie est due aux séquelles de l'accident en cause » (dossier SUVA, pièce 302). La pseudo-meningocèle (= collection anormale de liquide céphalo-rachidien (LCR) qui communique avec l'espace du LCR autour du cerveau ou de la moelle épinière) générerait

aussi des troubles urinaires (= un des symptômes du syndrome de la queue de cheval): « Concernant les troubles de la vessie, il est décrit un signe radiologique d'une symptomatologie de la cauda equina en forme d'une vessie élargie pas visible à l'IRM initiale et selon lui en lien avec la pseudo-méningocèle » (appréciation médicale du 2 avril 2019, dossier SUVA, pièce 308). La SUVA admettait que cette rechute était en lien avec les atteintes constatées après l'accident: « En résumé, l'assuré présente avec vraisemblance prépondérante des séquelles suite à l'évènement de 2007 à niveau L3/L4 gauche avec une spondylolyse L3 ddc préexistante incluant les troubles urologiques. L'imagerie montre une prise de contraste progressive au niveau de la dure- mère caudale du corps vertébral L3 avec possible tethering de la cauda equina associé » (appréciation médicale précitée). Elle reconnaîtra plus tard aussi sa responsabilité à l'endroit des troubles urinaires (cf. appréciation orthopédique-chirurgicale du 1er octobre 2020 de la Dre O. _____ et du Dr P. _____, dossier SUVA, pièce 422).

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