

FR_GERICHTE 605 2022 27 vom 24. Februar 2023

FR Kantonsgericht, 2023-02-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2022_27

FR: FR_GERICHTE 605 2022 27 du 24 février 2023

IT: FR_GERICHTE 605 2022 27 del 24 febbraio 2023

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 à raison du lieu et de la matière par un assuré dûment représenté et directement touché par la décision sur opposition attaquée, le recours est recevable.

E. 2

Révision et reconsidération

E. 2.1

Selon l'art. 53 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient pas être produits auparavant.

E. 2.1.1

La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF; RS 173.110). La révision suppose ainsi la réalisation de cinq conditions: 1) le requérant invoque un ou des faits; 2) ce ou ces faits sont "pertinents", dans le sens d'importants ("erhebliche"), c'est-à-dire qu'ils sont de nature à modifier l'état de fait qui est à la base du jugement et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte; 3) ces faits existaient déjà lorsque le jugement a été rendu: il s'agit de pseudo-nova (unechte Noven), c'est-à-dire de faits antérieurs au jugement ou, plus précisément, de faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables; 4) ces faits ont été découverts après coup ("nachträglich"), soit postérieurement au jugement ou, plus précisément, après l'ultime moment auquel ils pouvaient encore être utilement invoqués dans la procédure principale; 5) le demandeur n'a pas pu, malgré toute sa diligence, invoquer ces faits dans la procédure précédente (voir ATF 144 V 258 consid. 2.1; 143 III 272 consid. 2.2 et les références; arrêt TF 1F_26/2022 du 15 décembre 2022 consid. 6.1).

E. 2.1.2

Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens de preuve sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la procédure précédente. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits; il faut des

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour le jugement (arrêt TF 8C_778/2021 du 1er juillet 2022 consid. 3.3 et les références citées).

E. 2.2

Au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 140 V 77 consid. 3.1 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée (arrêt TF 9C_682/2013 du 25 février 2014 consid. 2.1). En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêt TF 8C_424/2019 du 3 juin 2020 consid. 5.1 et les références).

E. 3

Appréciation des preuves

E. 3.1

Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions

contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 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). 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 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 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).

E. 4

Discussion du cas d'espèce Est litigieuse en l'espèce la question de la révision d'une décision entrée en force suite au retrait de l'opposition formulée, à l'époque et dans un premier temps, par l'assureur-maladie du recourant. Il convient dès lors de déterminer si les éléments médicaux nouvellement portés à la connaissance de l'assureur-accidents sont susceptibles de remettre en cause cette première décision.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 Le dossier de la cause fait état des éléments et rapports médicaux suivants. Pour rappel, le recourant a chuté d'un tabouret de bar avant de présenter, par la suite, une tétraplégie incomplète, possiblement en lien avec une maladie antérieure.

E. 4.1

Rapport médicaux jusqu'au prononcé de la décision initiale du 12 février 2020 Dans leur rapport du 12 juin 2019, le Dr D. _____, chef de clinique adjoint au Service des urgences de l'HFR, le Dr E. _____, médecin-assistant au sein du même service, et le Dr F. _____, médecin adjoint au sein du même service, font état, au titre de diagnostic principal, d'une suspicion d'atteinte médullaire au niveau cervical dans un contexte de chute le jour même. Sur conseil d'un neurologue, ils demandent la mise en place d'un IRM. Dans son rapport du 15 juin 2019, la Dre G. _____, médecin au service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV, conclut à l'existence d'un canal cervical étroit (= sténose) d'origine dégénérative avec des bombements discaux s'étendant de C3-C7, responsable d'une compression médullaire au niveau C3/C avec une myélopathie (= compression de la moelle épinière au niveau du cou) latéralisée à droite. Elle exclut la possibilité d'un AVC ischémique aigu ou subaigu. Le 18 juin 2019, le recourant a subi une discectomie au niveau C3-C4 et C4-C5 avec mise en place de cage PEEK et fusion au niveau C3-C4, C4-C5 pour une myélopathie compressive. Dans son rapport du 4 juillet 2019, le Dr H. _____, spécialiste en radiologie et médecin adjoint au service de radiologie du HFR, relève visualiser quelques minimes plaques molles au niveau de la bifurcation carotidienne gauche, mais pas de sténose significative au niveau de l'ensemble des vaisseaux artériels précérébraux. Dans leur rapport du 9 juillet 2019, le Dr I. _____, chef de clinique à l'unité de chirurgie spinale du département des neurosciences cliniques du CHUV, le Dr J. _____, médecin associé au sein de la même unité, et le Dr K. _____, médecin associé au sein de la même unité, posent les diagnostics de contusion médullaire C3-C4 et de canal cervical étroit multi-étagé. Dans ses rapports du 28 août 2019 et du 30 octobre 2019, le Dr J. _____ rapporte une évolution progressive mais positive de l'état du recourant, avec une mobilisation en amélioration. Dans son opinion médicale du 23 août 2019, le Dr L. _____, spécialiste en médecine interne et médecin intensif et médecin-conseil de l'assureur, pose deux hypothèses. Soit le recourant a fait un malaise d'origine non cervicale qui a entraîné une chute avec contusion cervicale laquelle a aggravé un état antérieur cervical dégénératif et occasionné une tétraparésie transitoire, soit le

malaise du recourant était dû à une problématique cervicale à type de compression médullaire sur troubles dégénératifs majeurs, sans avoir subi d'atteinte notoire du rachis lors de la chute, ce qui voudrait dire que la tétraparésie est antérieure à la chute. Dans son rapport d'ergothérapie du 26 août 2019, M. _____, ergothérapeute au HFR, relève que le recourant est en mesure de se déplacer avec deux bâtons de marche et est indépendant dans ses soins personnels. La station statique debout prolongée demeure toutefois difficile en raison de douleurs dans le bas du dos. Dans son appréciation médicale du 12 février 2020, le Dr L. _____ est d'avis que la chute du 12 juin 2019 est d'origine malade et a aggravé – par le biais d'une contusion cervicale et médullaire sans aucune lésion structurelle – un état dégénératif préexistant à type de canal cervical étroit

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 secondaire à des remaniements dégénératifs arthrosiques responsables d'une myélopathie compressive au niveau cervical. Il estime que cette aggravation était uniquement passagère, se basant sur l'absence de lésion structurelle d'origine traumatique ressortant de l'IRM du 12 juin 2019. Il considère dès lors que la contusion devrait avoir cessé de déployer ses effets six mois après sa survenue.

E. 4.2

Décision initiale du 12 février 2020 Le 12 février 2020, la SUVA a rendu une première décision par laquelle elle mettait fin aux prestations d'assurances à compter du 12 décembre 2019. En substance, elle a considéré que les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident mais découlaient d'un état préexistant et qu'il appartenait dès lors à l'assureur-maladie de les prendre en charge. La SUVA se fondait sur l'appréciation médicale rendue le 12 février 2020 par le Dr L. _____ qui considérait que la myélopathie du recourant avait une origine malade et n'avait été que temporairement aggravée par une contusion cervicale causée par la chute. Par ailleurs, aucun médecin n'avait réellement soutenu qu'il existait un lien de causalité entre la chute et la tétraplégie partielle, dont l'origine malade était alors reconnue par le corps médical. Le recourant lui-même n'a pas fait opposition contre cette décision et son assureur-maladie a retiré sa propre opposition, de sorte que la décision du 12 février 2020 est entrée en force.

E. 4.3

Rapports médicaux produits subséquentement à la décision du 12 février 2020

E. 4.3.1

Dans son rapport du 11 avril 2014 faisant suite à un IRM réalisé le même jour, produit par le recourant à l'appui de sa demande de révision du 4 mars 2021 et dont la SUVA n'avait pas eu connaissance jusqu'alors, la Dre N. _____, spécialiste en radiologie, concluait à une hernie extrusive postéro-latérale droite en L4-L5 venant engendrer un net conflit avec l'émergence L5 droite ainsi qu'à une lésion dégénérative cervicale pluri-étagées avec irritation de la racine cervicale en C5-C6 gauche. Elle relevait en particulier une lésion dégénérative avec débord discaux postérieurs pluri-étagés s'étendant de C3 à C7 avec toutefois une persistance du liseré liquidien péri-médullaire.

E. 4.3.2

Dans son rapport du 28 décembre 2020, produit à l'appui de la demande de révision du recourant du 4 mars 2021, le Dr B. _____, médecin associé au Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du département des neurosciences cliniques du CHUV, diagnostique une tétraparésie post myélopathie compressive, avec comme

comorbidités un canal cervical étroit, des lombalgies chroniques dans un contexte post-hernie discale L4/L5 en 2005 et une hypothyroïdie. Il souligne que la parésie est surtout présente à droite, en particulier au membre inférieur, et la coexistence de problématiques vésico-sphinctériennes et génito-sexuelles assez importantes, ainsi que des risques cardiovasculaires assez importants (obésité, tabagisme, hypertension artérielle, possible diabète). Il relève par ailleurs que, à son sens, la situation du recourant constitue clairement un cas accident, la syncope étant sans doute l'élément déclenchant mais la chute ayant déterminé la lésion médullaire. Il considère dès lors que la tétraparésie est la conséquence de la chute. Dans son opinion médicale du 19 mars 2021, le Dr L. _____ considère que le rapport du 28 décembre 2020 ne remet pas en cause son appréciation médicale antérieure. Une nouvelle IRM a été réalisée le 14 juin 2021 sur mandat de la SUVA. Dans leur rapport faisant suite à celle-ci, le Dr O. _____ et le Dr P. _____, médecins au service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV, concluent à un statut post discectomie cervicale et fusion de

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 vertèbres avec persistance d'un canal cervical étroit de C3 à C7 avec cependant un calibre du canal cervical de taille augmentée par rapport à l'IRM du 12 juin 2019. Ils n'excluent toutefois pas une anomalie de signal médullaire en raison des artefacts magnétiques en lien avec le matériel. Enfin, ils soulignent une absence d'AVC récent, d'anomalie du tronc cérébral ou d'argument en faveur de séquelles post-traumatique ainsi qu'une atrophie cérébrale diffuse associée à une leucopathie. Dans son appréciation médicale du 31 août 2021, le Dr Q. _____, spécialiste en neurologie et médecin-conseil de l'assureur, relève que le recourant est connu pour une pathologie dégénérative au niveau rachidien. Il mentionne en particulier l'IRM réalisé en 2014, lequel a mis en évidence des altérations dégénératives pluri-étagées au niveau C3-C7, tout en soulignant l'absence de symptomatologie neurologique apparente, notamment de trouble mictionnel. S'agissant de la chute du 12 juin 2019, il relève que le recourant a décrit, le soir même, avoir ressenti une sensation "bizarre", avec une difficulté à déglutir, l'apparition d'un voile noir et un fourmillement dans les membres supérieurs. Dès lors, le malaise n'est rien d'autre, à son sens, que la décompensation spontanée d'une myélopathie cervicale jusque-là non manifeste, le "voile noir" et la chute étant le résultat de la perte de tonus associée à la tétraparésie d'apparition nouvelle. Il considère par ailleurs que le scénario d'une cardiopathie préexistante, à l'origine du malaise, est fort peu vraisemblable. S'agissant de l'hypothèse d'une chute d'origine non neurologique, il précise que "on aurait affaire à une contusion médullaire et donc à une aggravation déterminante de l'état antérieur jusque-là non manifeste. Dans ce cas, on ne pourrait pas argumenter, comme cela se fait dans les distorsions cervicales, que la chute du tabouret n'a pas occasionnée de lésion traumatique au niveau du rachis cervical, car [...] la tétraparésie à prédominance droite est en bonne corrélation avec les données iconographiques. Etant donné la sévérité de l'état antérieur, une lésion traumatique des structures osseuses ou ligamentaires n'aurait pas été nécessaire pour faire décompenser la fonction d'une moelle épinière déjà en état de souffrance latente. Partant, on ne saurait retenir un statu quo sine après un délai fixe de six mois". Il arrive enfin à la conclusion que, vu l'atteinte médullaire préexistante à cause d'un canal cervical étroit, la décompensation de la souffrance médullaire aurait pu se produire à n'importe quel moment, sans chute ou lésion traumatique, au vu notamment de la sévérité de cet état antérieur. La chute n'a au demeurant pas entraîné d'autres lésions structurelles objectivables sur le plan neurologique. Il n'y a en particulier aucun signe en faveur d'un AVC déclencheur, de lésions posttraumatiques au niveau cérébral ou de lésion intra-médullaire

permanente. Dès lors, il se rallie à l'appréciation du Dr L._____. Dans son rapport du 24 septembre 2021, le Dr C._____, spécialiste en médecine intensive et en anesthésiologie et mandaté par l'Association suisse des paraplégiques, commence par rappeler que les raisons du malaise à l'origine de la chute du recourant sont incertaines mais que l'IRM réalisé le jour de la chute a mis en évidence un canal cervical étroit ainsi qu'une myélopathie très récente. Il souligne que le recourant ne présentait aucun déficit neurologique avant sa chute et que celui-ci s'est présenté immédiatement après. A son sens, la myélopathie a donc bel et bien un caractère accidentel. Il précise également que, bien que le recourant ait eu une sténose préalable, celle-ci était totalement asymptomatique et ne pouvait pas être la cause de l'atteinte à la colonne vertébrale du recourant, de sorte que dite atteinte n'était pas imaginable sans sa chute. Il souligne également que l'IRM réalisé en juin 2021 ne permet pas de trancher la question, la présence de matériel métallique dans la colonne vertébrale du recourant empêchant une analyse de la majeure partie de celle-ci. Il relève enfin que la situation du recourant s'est améliorée suite à l'opération du 18 juin 2019 mais que le statu quo sine n'a pas encore été atteint.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 Dans son rapport du 21 octobre 2021, le Dr Q._____ revient sur le rapport du Dr C._____. Il considère que ce dernier n'amène aucun élément nouveau et se contente de reconnaître un lien de causalité par association temporelle. Il rappelle être arrivé à la conclusion que la chute n'était qu'une cause occasionnelle ayant permis à l'état antérieur de se manifester, manifestation qui aurait pu avoir lieu spontanément en tout temps. A cet égard, il estime que les "fourmillements" ressentis dans les membres supérieurs par le recourant sont un indice en ce sens et précise qu'aucune lésion intramédullaire aiguë n'est avérée. Enfin, il souligne qu'une origine cardiaque ou cérébrale du malaise a été exclue.

E. 4.4

Arguments du recourant Pour sa part, le recourant remet en cause la valeur probante des appréciations médicales du Dr Q._____ et du Dr L._____. Il souligne en particulier que la présence de matériel en métal dans son corps rend toute évaluation précise de sa colonne vertébrale particulièrement difficile. Dès lors, l'absence de lésion osseuse ou tissulaire ressortant de la dernière IRM, réalisée le 14 juin 2021, ne permet pas encore d'exclure qu'une telle lésion existe. Il critique également la fixation du statu quo sine, qu'il estime arbitraire, et relève que le Dr B._____ et le Dr C._____ ne sont pas ses médecins traitants avec lesquels il aurait une relation de confiance. Enfin, il rappelle la proximité temporelle entre sa chute et l'apparition de la myélopathie, ainsi que le fait que sa sténose est demeurée asymptomatique durant de nombreuses années.

E. 4.5

Discussion En l'espèce, la première question à laquelle il convient de répondre est celle de savoir si un nouvel élément de fait, susceptible d'amener à une appréciation différente de la situation du recourant, a été versé au dossier depuis la décision initiale du 12 février 2020, faute de quoi sa demande de révision devra être rejetée. Il ressort de ce qui précède que les éléments nouveaux pourraient se fonder sur deux IRM dont la SUVA n'avait pas connaissance au moment de rendre sa première décision, une IRM réalisée en 2014 et l'autre en 2021. S'agissant tout d'abord de l'IRM réalisée en 2014 et produite par le recourant en mars 2021, celle-ci mettait en évidence une lésion dégénérative avec débord discaux postérieurs pluri-étagés s'étendant de C3 à C7. Cela étant, si le rapport d'IRM

lui-même n'était connu, ni de la SUVA, ni du corps médical, le fait que le recourant présentait une condition antérieure de canal cervical étroit était parfaitement établi et reconnu. Dès lors, bien que le rapport en lui-même n'ait pas été porté à la connaissance de l'autorité, son contenu était en revanche parfaitement connu de sorte qu'il ne saurait être considéré comme un fait nouveau. Pour ce qui concerne ensuite la dernière IRM, réalisée en 2021 suite à la demande de révision du recourant, celle-ci a permis de mettre en évidence une absence d'AVC récent, d'anomalie du tronc cérébral ou d'argument en faveur de séquelles post-traumatique ainsi qu'une atrophie cérébrale diffuse associée à une leucopathie. Par ailleurs, le radiologue en charge de l'IRM souligne, tout comme le Dr C. _____, que la présence d'éléments métalliques dans la colonne vertébrale du recourant empêche d'analyser la majeure partie de celle-ci. Cela étant, force est de constater qu'aucun élément nouveau relatif aux raisons de la chute du recourant ne ressort de cette IRM et qu'elle ne peut dès lors pas être considérée comme amenant un nouvel élément médical.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 S'agissant ensuite du rapport du Dr B. _____, produit à l'appui de la demande de révision du recourant, force est de constater qu'il ne s'appuie sur aucun fait nouveau mais se contente d'offrir une appréciation différente de la situation et en particulier de l'IRM réalisé au CHUV juste après la chute. Pour le surplus, il se concentre sur l'état du recourant lors de la consultation du 20 novembre 2020 ainsi que sur le plan de traitement pour le futur. Dans la mesure où il offre uniquement une appréciation médicale différente de la situation du recourant, ce rapport ne saurait être considéré comme un élément nouveau propre à ouvrir la voie de la révision. Pour sa part enfin, le Dr C. _____ explique, de manière détaillée, pour quelles raisons la tétraplégie incomplète du recourant est une conséquence de sa chute. Cela étant, il s'appuie pour ce faire sur les rapports médicaux antérieurs à la décision initiale du 12 février 2020 ainsi que sur des données statistiques. S'il évoque l'IRM réalisée en 2021, c'est uniquement pour souligner que celle-ci ne permet pas d'apporter des éléments de réponse utiles, la majeure partie de la colonne vertébrale du recourant ne pouvant pas être analysée en raison des éléments métalliques s'y trouvant. Dès lors, force est de constater qu'il se livre uniquement à une nouvelle appréciation médicale de la situation sur la base des éléments déjà connus, laquelle, indépendamment de son caractère détaillé, ne constitue pas un élément de fait nouveau.

E. 4.6

Synthèse Il ressort des considérations qui précèdent que le recourant n'a pas été en mesure de produire d'élément de fait nouveau ou de moyen de preuve nouveau susceptible d'ouvrir la voie de la révision. Les différents rapports médicaux qu'il produit et sur lesquels il s'appuie ne contiennent en effet qu'une appréciation médicale différente des éléments présents au dossier et sur lesquels l'autorité intimée s'était basée pour rendre sa décision initiale. Dans le même temps, les conditions d'une reconsidération de la décision du 12 février 2020 ne sont pas non plus remplies. Tous les éléments médicaux figurant à l'époque au dossier ayant fait l'objet d'une interprétation unanime, elle ne saurait être considérée à présent comme erronée. Partant, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 10 janvier 2022 confirmée.

E. 5

Frais et indemnité de partie

E. 5.1

Il n'est pas perçu de frais de procédure, en application du principe de la gratuité valant en la matière.

E. 5.2

Il n'est alloué d'indemnité de partie ni à l'autorité intimée, chargée de tâches de droit public (cf. arrêts TF 8C_552/2009 du 8 avril 2010 consid. 6 et 9C_312/2008 du 24 novembre 2008 consid. 8), ni au recourant, qui succombe (art. 61 let. g LPGA). (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. 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 24 février 2023/mbo/mbl Le Président : La Greffière :

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