

# FR\_GERICHTE 605 2016 132 vom 6. Juni 2017

FR Kantonsgericht, 2017-06-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2016\\_132](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2016_132)

FR: FR\_GERICHTE 605 2016 132 du 6 juin 2017

IT: FR\_GERICHTE 605 2016 132 del 6 giugno 2017

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 2

Le recourant se prévaut d'abord d'une violation de son droit d'être entendu au sens des art. 29 al. 2 Cst. et 42 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) en relation avec l'appréciation médicale du 31 mars 2016 du Dr K.\_\_\_\_\_. Il reproche à la SUVA de ne pas l'avoir informé de la mise en œuvre de cette appréciation médicale, ne lui permettant ainsi pas de se positionner sur le choix de l'expert ni sur le contenu ou les conclusions de son rapport. a) Aux termes de l'art. 42 1ère phrase LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les parties ont le droit d'être entendues. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa; 126 V 132 consid. 2b et les arrêts cités). La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 II 286 consid. 5.1 et les références citées). b) L'art. 43 al. 1 1ère phrase LPGA, consacrant le principe de la maxime inquisitoire, dispose que l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'administration ou le juge peuvent cependant renoncer à procéder à des mesures d'instruction lorsqu'ils parviennent à la conclusion que les questions complémentaires ne sont pas décisives pour la solution du litige ou qu'elles ne pourraient les amener à modifier leur opinion (appréciation anticipée des preuves; arrêts TF 9C\_509/2011 du 4 février 2011 consid. 4.4.1 et 9C\_881/2009 du 1er juin 2010 consid. 3.2; ATF 135 V 465 consid. 4.3.2, 134 I 140 consid. 5.3, 130 II 425 consid. 2.1, 124 V 90 consid. 4b, 122 II 4654 consid. 4a). Lorsque l'administration ne donne pas suite à une requête visant à poser des questions complémentaires à l'expert, la violation du droit d'être entendu invoquée en procédure de recours concerne en réalité la valeur probante de l'expertise et n'a pas de portée propre par rapport au grief tiré d'une mauvaise appréciation des preuves (cf. ATF 130 II 425 consid. 2.1). Pour ce qui est des expertises, le droit d'être entendu implique notamment le droit de prendre connaissance du rapport de l'expert et de poser des questions complémentaires à ce dernier. En particulier, le justiciable doit également pouvoir prendre connaissance d'un rapport complémentaire de l'expert et pouvoir se déterminer à son propos avant que ne soit

rendue la décision sur le fond (ATF 128 V 272 consid. 5b/bb). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, même dans l'hypothèse où la violation du droit d'être entendu serait Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 d'une gravité particulière, un renvoi de la cause à l'administration dans le sens d'une réparation du droit d'être entendu ne saurait entrer en considération, si et dans la mesure où le renvoi conduit formellement à un temps mort ainsi qu'à des retards inutiles, incompatibles avec l'intérêt du justiciable à un jugement expéditif de la cause (ATF 132 V 387 consid. 5.1 ; ATF 133 I 201 consid. 2.2). c) En l'espèce, dans le cadre du traitement de l'opposition du recourant, la SUVA a soumis le cas à sa Division médecine des assurances pour avis. Cette dernière s'est prononcée par l'intermédiaire du Dr K. \_\_\_\_\_, sous la forme de l'appréciation médicale du 31 mars 2016, sur la base de laquelle la SUVA a ensuite rendu sa décision sur opposition. Au vu des exigences précitées relevant du droit d'être entendu, il eût été opportun de transmettre au recourant cette appréciation avant que la décision sur opposition ne soit rendue, afin de permettre à ce dernier de s'exprimer à ce sujet et, cas échéant, de poser des questions complémentaires. Il y a ainsi, a priori, violation du droit d'être entendu. Cela étant, la question qui se pose est celle de savoir si un renvoi à l'autorité intimée s'impose ou si dite violation peut être considérée comme réparée, étant précisé que, dans l'intervalle, l'assuré, représenté par un mandataire professionnel, a pu largement se déterminer sur le contenu de l'appréciation médicale litigieuse, devant l'Instance de céans, disposant d'un plein pouvoir de cognition, en fait, en droit et en opportunité, celui-ci exercé dans le cadre d'une procédure régie par la maxime d'office. Pour toutes ces raisons et conformément à la jurisprudence, un renvoi pour octroi du droit d'être entendu n'entre ici pas en considération ; elle conduirait bien plus à un temps mort et à ralentir encore la procédure, incompatible avec l'intérêt du recourant à un jugement, dans les meilleurs délais, de la cause sur le fond. Il sied bien plutôt d'examiner les mérites du recours sur le fond.

### **E. 3**

Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. a) Selon la jurisprudence (ATF 129 V 402 consid. 2.1 p. 404, 122 V 230 consid. 1 p. 232 ss), la notion d'accident se décompose en cinq conditions, qui doivent être cumulativement réalisées: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident. Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, cas échéant, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 129 V 402 consid. 2.1 p. 404, 122 V 230 consid. 1 p. 231, 121 V 35 consid. 1a p. 38, 118 V 59 consid. 2b p. 61). Tribunal cantonal TC Page 6 de 14 b) Le point de savoir si un acte médical peut constituer un facteur extérieur extraordinaire doit être tranché sur la base de critères médicaux objectifs. Le caractère extraordinaire d'une telle mesure est une exigence

dont la réalisation ne saurait être admise que de manière restrictive. Il faut que, compte tenu des circonstances du cas concret, l'acte médical s'écarte considérablement de la pratique courante en médecine et qu'il implique de ce fait objectivement de gros risques (ATF 121 V 35 consid. 1b p. 38, 118 V 283 consid. 2b p. 284, TF 8C\_535/2012, TF 8C\_767/2012). Le traitement d'une maladie en soi ne donne pas droit au versement de prestations de l'assureur- accidents, mais une erreur de traitement peut, à titre exceptionnel, être constitutive d'un accident, dès lors qu'il s'agit de confusions ou de maladroites grossières et extraordinaires, voire d'un préjudice intentionnel, avec lesquels personne ne comptait ni ne devait compter. La notion d'erreur médicale ne saurait en effet être étendue à toute faute du médecin, au risque de faire jouer à l'assurance-accidents le rôle d'une assurance de la responsabilité civile des fournisseurs de prestations médicales (RAMA 2000 n° U 407 p. 404, U 225/99 consid. 2 et 9b). La question de l'existence d'un accident sera tranchée indépendamment du point de savoir si l'infraction aux règles de l'art dont répond le médecin entraîne une responsabilité (civile ou de droit public). Il en va de même à l'égard d'un jugement pénal éventuel sanctionnant le comportement du médecin (ATF 121 V 35 consid. 1b p. 39 et les références). Enfin, on précisera que l'indication d'une intervention chirurgicale n'est pas un critère juridiquement pertinent pour juger si un acte médical répond à la définition légale de l'accident (ATF 118 V 283). Toujours d'après la jurisprudence, il appartient à l'assuré de rendre plausible que les éléments d'un accident, tel qu'il est défini, sont réunis en l'occurrence. Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir ces éléments pour établis ou du moins pour vraisemblables - la simple possibilité ne suffit pas -, le juge constatera l'absence de preuves ou d'indices et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un accident (ATF 114 V 305 consid. 5b). Les mêmes principes sont applicables, logiquement, en ce qui concerne la preuve d'une lésion assimilée à un accident (ATF 114 V 306 consid. 5b). c) Conformément à ces principes, la jurisprudence admet par exemple l'existence d'un accident, imputable à une cause extérieure extraordinaire, dans le cas d'une confusion en matière de groupes sanguins ou en matière d'agents anesthésiques, dans le cas d'une accumulation d'erreurs à l'occasion d'une angiographie, lors de l'injection trop rapide par voie intraveineuse d'une dose excessive de produits anesthésiques, ainsi que lors de l'oubli d'un cathéter dans la vessie d'un patient ou dans le cas d'une lésion du nerf médian à l'occasion d'une prise de sang, et enfin dans le cas de la mobilisation sous anesthésie d'un genou fortement raidi, occasionnant la fracture d'une ostéotomie, dans des circonstances où cette opération apparaissait vouée à l'échec, manifestement contraire à l'expérience ainsi qu'à la pratique médicale (arrêt 8C\_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.3 et les références). En revanche, la jurisprudence a nié l'existence d'un accident à propos d'une perforation de l'intestin lors d'une rectoscopie suivie d'un lavement baryté, lors du choix - hautement discutable d'une technique opératoire, dans le cas d'une perforation par erreur de la sclérotique à l'occasion d'une injection subcorticale parabolbaire au celeston, lors d'une lésion de nerfs de la main survenue au cours d'une opération spécialement difficile et délicate sur un terrain cicatriciel dont l'anatomie était modifiée par de multiples opérations antérieures, à l'occasion de la section accidentelle de la veine épigastrique au cours de l'opération d'une hernie inguinale, lors de la perforation de l'œsophage survenue au cours de l'extraction d'un morceau de viande, dans le cas de gestes médicaux inappropriés associés à de multiples complications ayant entraîné le décès d'une femme sur le point d'accoucher, lors d'une lésion du nerf alvéolaire provoquée par l'extraction d'une dent de sagesse sans qu'un diagnostic préopératoire n'ait été posé, lors de complications imprévisibles et rarissimes liées à un étirement préopératoire du plexus

brachial en l'absence d'erreur de traitement, dans le cas où l'inhalation d'un aérosol d'antibiotique a causé une réaction totalement inhabituelle et imprévisible sous la forme d'un choc anaphylactique, et enfin dans celui où l'administration d'une combinaison de médicaments à l'occasion d'un accouchement s'est révélée présenter a posteriori certains risques pour la patiente (arrêt 8C\_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.3 et les références).

#### **E. 4**

De manière générale, en droit des assurances sociales, il n'existe pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. Le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 et les références citées). Enfin, pour accorder pleine valeur probante à un rapport médical, il est nécessaire que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et références citées).

#### **E. 5**

Est essentiellement litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si le recourant a été victime d'un acte médical assimilable à un événement accidentel au sens de la jurisprudence, et plus particulièrement si les atteintes dont il souffre actuellement doivent être prises en charge par l'assureur-accidents en tant que séquelles d'un tel événement survenu dans le cadre d'une opération maxillo-faciale. a) Il convient tout d'abord d'examiner les différentes étapes de ce cas. aa) Situation initiale En 2003, le recourant a été victime d'une agression en Guinée, son pays d'origine, à l'occasion de laquelle il a subi un traumatisme au niveau de la mâchoire. Dès son arrivée en Suisse, en 2004, il a été suivi par le Dr M. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, notamment en raison d'une polyglobulie secondaire familiale idiopathique, d'une alpha- thalassémie mineure, des kystes rénaux bénins, un status post-épididymite droite traitée en 2004 ainsi que pour ses troubles psychiatriques post-traumatiques et un épisode dépressif sévère. Le recourant présentait également des antécédents de status post-malaria, de status post-thrombose de la saphène interne droite ainsi que d'appendicectomie. Son médecin a également été informé d'une consommation occasionnelle de THC. Dans ce contexte général, le recourant prenait en janvier 2010 une quantité importante de médicaments (Zyprexa, Dalmadorm Mite, Tranxilium 10, Paroxétine Mepha, Dafalgan 500, Aspirine Cardio 100, Lyrica, Vesicare, Transipeg Forte, Antidry, Doxium, Fastum, Ecodolor, Doxiproct Plus, Sirdalud, Mycostatin), soit notamment des antidépresseurs, anxiolytiques, Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 somnifères, antiépileptiques, neuroleptiques, myorelaxants et d'antiinflammatoires (bordereau recourant, pièce 8). En raison d'une déformation post-traumatique de la mandibule résultant de l'agression subie en Guinée en 2003, ce médecin l'a adressé le 18 janvier 2010 au Dr B. \_\_\_\_\_, chirurgien maxillo- facial. Une intervention chirurgicale a finalement été planifiée avec ce chirurgien au début du mois de janvier 2013 à l'Hôpital C. \_\_\_\_\_. bb) Intervention du 9 janvier 2013 Le 8 janvier 2013, comme prévu, le recourant est admis à l'Hôpital C. \_\_\_\_\_. Dans le questionnaire d'anesthésie rempli avant l'intervention, le recourant a indiqué avoir été gravement malade, avoir déjà eu des réactions allergiques et prendre des médicaments anticoagulants. Il a également indiqué prendre différents

médicaments (bordereau recourant, pièce 10). Les documents concernant l'intervention et le suivi postopératoire précisent la nature des allergies signalées par le recourant : quinine et piqûres d'abeille (bordereau recourant, pièces 12 et 14). Le 9 janvier 2013, le Dr B. \_\_\_\_\_ a procédé à l'intervention programmée, à savoir une rotation faciale vers la gauche par ostéotomie bi maxillaire et génioplastie, sous anesthésie générale (protocole opératoire, bordereau recourant, pièce 13). cc) Suivi postopératoire Après l'intervention, le recourant a été placé en soins continus. Les fiches de surveillance du 9, 10 et de la nuit du 10 au 11 janvier 2013 font état de contrôles très réguliers (dossier SUVA, pièce 8). D'après le compte-rendu du Dr B. \_\_\_\_\_, celui-ci a visité le recourant le lendemain de l'intervention. Il a alors constaté une évolution favorable, avec enflure, mais sans aucun signe d'insuffisance respiratoire (bordereau recourant, pièce 38). Le 11 janvier 2013, le recourant a été transféré en chambre. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a effectué une nouvelle visite vers 19h. A cette occasion, il a noté que le patient était alors inquiet par son enflure, qu'il avait commencé à recevoir une alimentation liquide et que son amie était présente. Le médecin a relevé une bonne saturation sous vapeur froide et air ambiant (bordereau recourant, pièce 38). dd) Nuit du 11 au 12 janvier 2013 et arrêt respiratoire Selon la fiche de surveillance de la nuit du 11 au 12 janvier 2013, le recourant, agité, s'est rendu à l'office du personnel soignant à 1h10. Il a alors été reconduit dans sa chambre où il a perdu connaissance (bordereau recourant, pièce 22). Le Dr L. \_\_\_\_\_, médecin-anesthésiste, a été appelé en urgence à 1h18 sur son téléphone portable. Ce dernier est arrivé à 1h23 et a constaté que le recourant était inconscient, portait un masque à oxygène et présentait un œdème important au niveau de la face. Il a procédé alors à la ventilation du patient au masque et a constaté que le thorax se soulevait. A 1h40, le Dr B. \_\_\_\_\_ est arrivé. Vers 1h45, après un bref épisode de désaturation à 40%, le patient a été amené au bloc opératoire afin d'être intubé. Durant le transport, il a été ventilé par le Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 Dr L. \_\_\_\_\_ avec une saturation supérieure à 80%. La première tentative d'intubation a échoué, mais a été immédiatement suivie d'une seconde tentative réussie. Dès l'intubation, la saturation est remontée au-dessus de 95%. Le transfert aux soins intensifs de E. \_\_\_\_\_ a ensuite été organisé (compte-rendu de la réanimation de A. \_\_\_\_\_ le 11.01.2013 du Dr L. \_\_\_\_\_, bordereau recourant, pièce 23). ee) Prise en charge à E. \_\_\_\_\_ puis à N. \_\_\_\_\_ A son arrivée à E. \_\_\_\_\_ le 11 janvier 2013 vers 2h30, un mal épileptique réfractaire sur encéphalopathie postanoxique, avec insuffisance respiratoire aigue sur OAP à pression négative, bronchoaspiration et œdème généralisé des voies aériennes supérieures, a été diagnostiqué. La prise en charge à E. \_\_\_\_\_ n'ayant pas permis la levée de l'état de mal épileptique, un transfert vers N. \_\_\_\_\_ a été réalisé le 14 janvier 2013 pour mise sous coma barbiturique. Le 4 février 2013, le recourant a été retransféré à E. \_\_\_\_\_, d'abord en soins intensifs, continus puis en service de neuroréhabilitation, avant de pouvoir quitter l'hôpital le 12 avril 2013 (lettre de sortie E. \_\_\_\_\_, bordereau recourant, pièce 30). ff) situation actuelle A sa sortie de l'hôpital, le diagnostic principal retenu était une encéphalopathie anoxique compliquée d'un état de mal épileptique avec syndrome de Lance-Adams, ataxie à la marche avec chute à répétition sur myoclonies d'action et syndrome d'effrayement avec troubles mixtes de la personnalité, ainsi qu'une nécrose cutanée de l'avant-bras gauche secondaire à une injection paraveineuse. Le recourant présentait ainsi notamment un important ralentissement psychomoteur associé à un manque du mot ainsi que des problèmes de mémoire rétrograde et antérograde, ainsi qu'une diminution de sa motricité globale et fine ainsi que de l'endurance des membres supérieurs (lettre de sortie E. \_\_\_\_\_, bordereau recourant, pièce 30). Dans un rapport du 5

septembre 2014, le Dr O. \_\_\_\_\_, médecin adjoint au sein de la clinique de rhumatologie, médecine physique et rééducation du E. \_\_\_\_\_, a indiqué que lors du dernier examen du recourant le 19 mai 2014, il a constaté une aggravation des myoclonies sous une triple thérapie antiépileptique et une augmentation des céphalées, ainsi qu'un niveau de fatigue, de photophobie et de sommeil élevé mais stationnaire (bordereau recourant, pièce 32). Enfin, par projet de décision du 2 février 2015, l'OAI a estimé que la capacité de travail résiduelle du recourant devait être considérée comme considérablement restreinte, limitée à une activité occupationnelle adaptée à son état de santé. Une rente entière, sur la base d'un taux d'invalidité de 100%, lui a ainsi été accordée à compter du 1er janvier 2014 (bordereau recourant, pièce 33).

b) A titre préalable, on peut constater d'emblée que l'intervention chirurgicale du 9 janvier 2013 a été pratiquée afin de corriger les conséquences d'une agression subie par le recourant en Guinée en 2003, évènement qui ne saurait évidemment engager la responsabilité de la SUVA. Le recourant estime toutefois que des manquements importants ont eu lieu dans sa prise en charge médicale, à tel point que l'incident postopératoire survenu dans la nuit du 11 au 12 janvier 2013 constitue un accident au sens des art. 4 LPGA et 7 LAA, donnant droit à des prestations de l'assurance-accidents.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 Outre le grief de violation du droit d'être entendu, sur lequel il a été statué plus haut, le recourant invoque également une constatation inexacte et incomplète des faits pertinents en relation avec le traitement médical, ainsi qu'une violation de l'art. 4 LPGA (notion d'accident). Il convient de revenir sur ces différents griefs.

aa) Prise en charge préopératoire Le recourant estime n'avoir pas été suffisamment informé durant les phases préhospitalière et préopératoire, en particulier quant aux risques et aux complications postopératoires possibles. Il affirme que les risques de l'intervention ont été totalement minimisés, voire occultés par le Dr B. \_\_\_\_\_ lors des entretiens qui ont précédé l'intervention. Il estime par ailleurs n'avoir pas disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à l'intervention, ce qui l'aurait empêché de solliciter un second avis médical. Le recourant affirme en conséquence que le Dr B. \_\_\_\_\_ a failli à son obligation de l'informer, de sorte qu'il n'a en aucun cas pu donner son consentement librement éclairé quant à cette intervention. En l'espèce, le dossier ne contient certes pas de document signé du patient, prouvant qu'il aurait été valablement et suffisamment informé de tous les risques induits par cette intervention. Cette question n'apparaît toutefois pas pertinente dans le cadre du présent dossier, dans la mesure où un éventuel défaut d'information de la part du médecin pourrait éventuellement constituer un motif engageant sa responsabilité civile, mais ne saurait en aucun cas représenter un évènement accidentel selon la LAA, l'assurance-accidents n'ayant précisément pas pour but de suppléer à l'assurance responsabilité civile. De même, la décision de pratiquer cette intervention – cela en dépit des nombreux problèmes de santé préexistants du recourant, de ses allergies ainsi que de sa médication très importante, facteurs éventuellement susceptibles d'augmenter le risque opératoire – ne saurait en aucun cas être considérée comme une erreur d'appréciation médicale assimilable à un évènement accidentel au sens de la jurisprudence susmentionnée, dans la mesure où la question de l'indication d'une intervention chirurgicale n'est en principe pas un critère pertinent.

bb) Intervention du 9 janvier 2013 Tous les rapports médicaux au dossier semblent indiquer que l'intervention s'est déroulée de manière satisfaisante et dans les règles de l'art médical. Le recourant lui-même ne le conteste pas, de sorte qu'il n'est pas nécessaire d'examiner plus avant ce point précis.

cc) Prescriptions médicamenteuses Le recourant estime qu'en lui prescrivant du Clexane® ainsi que de l'Adalat® retard, puis en omettant d'instaurer une surveillance particulière suite à ces

prescriptions, le Dr B. \_\_\_\_\_ a gravement violé les règles de l'art, alors qu'il s'agit de médicaments susceptibles de provoquer un risque hémorragique, respectivement des œdèmes. A cet égard, il convient au préalable de relever les importants problèmes de santé préexistants du recourant. Compte tenu de son problème de polyglobulie notamment, il appert que la prescription d'un anticoagulant était indispensable. S'agissant de l'opportunité de prescrire ces médicaments précis, le recourant n'apporte aucun avis médical documenté prouvant une contre-indication dans le cas d'espèce. Ni le Clexane® ni l'Adalat® retard ne contiennent de la quinine, seule allergie médicamenteuse indiquée par le Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 recourant. De plus, aucun cas de contre-indication parmi ceux cités dans la documentation produite par le recourant (bordereau recourant, pièces 15 et 21) n'était réalisé en l'espèce. En effet, les risques d'effets indésirables, même connus, tels que risques hémorragiques ou formation d'œdèmes, ne représentent pas une contre-indication formelle, dont l'observation pourrait être constitutive d'une véritable erreur médicale. Ainsi, même s'il semble vraisemblable que l'œdème qu'a développé le recourant ait été amplifié par une possible allergie médicamenteuse – hypothèse formulée par le Dr K. \_\_\_\_\_, qui estime que « la piste allergique reste ainsi malgré tout la plus probable » (bordereau recourant, pièce 53, p. 9) – aucune erreur médicale n'est démontrée à ce propos, compte tenu de l'absence de quinine parmi les composants des médicaments prescrits. Une éventuelle réaction allergique, potentiellement aggravée par l'ampleur de la médication habituelle du recourant avant l'intervention, ne saurait quoi qu'il en soit être reprochée au Dr B. \_\_\_\_\_ sous l'angle d'une violation grave des règles de l'art médical. dd) Suivi postopératoire et arrêt respiratoire Il n'est pas contesté que, suite à l'intervention, le recourant a développé un important œdème à la face, particulièrement dans le cours de la nuit du 11 au 12 janvier 2013, ce qui a notamment conduit à un arrêt respiratoire. Le recourant estime qu'il était prévisible qu'un tel œdème provoque l'obstruction des voies respiratoires. Il reproche dès lors au Dr B. \_\_\_\_\_ de n'avoir ordonné aucune mesure de surveillance particulière et de n'avoir pas pris les mesures adéquates, notamment une assistance respiratoire. Il reproche également au personnel infirmier d'avoir commis certains manquements graves, lors de la tentative de réanimation mais également préalablement à la perte de connaissance, après son passage à l'office du personnel. Le recourant n'apporte toutefois là encore aucun avis médical appuyant sa version des faits à ce propos. A l'examen du dossier et du déroulement des événements, il apparaît au contraire que l'apparition d'un hématome post-opératoire, puis le développement d'un œdème, et enfin l'arrêt respiratoire qui a suivi, n'ont pas été causés par un acte déterminé du Dr B. \_\_\_\_\_ ou du personnel soignant. En effet, la survenance d'un œdème représentait, sinon une conséquence normale et prévisible de l'intervention chirurgicale subie par le recourant, du moins, tout au plus, une complication. Le compte-rendu du Dr B. \_\_\_\_\_ indique que, lors de l'examen préopératoire du 21 novembre 2012, les risques opératoires, et en particulier une « enflure faciale jusqu'à 15 jours », ont été évoqués. Le risque d'enflure a à nouveau été souligné lors de l'entretien du 3 décembre 2012 (bordereau recourant, pièce 38). La lettre de transfert à N. \_\_\_\_\_ de E. \_\_\_\_\_ du 14 janvier 2013 mentionne à ce propos une « ostéotomie bi-maxillaire et génioplastie compliquée par un œdème des voies aériennes supérieures sur hématome postopératoire » (bordereau recourant, pièce 26). Les rapports de N. \_\_\_\_\_ indiquent la survenance d'une hémorragie secondaire découlant de l'intervention (« in der Folge zeigte sich eine enorme Nachblutung ») (bordereau recourant, pièces 27 et 28). Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 Le Dr K. \_\_\_\_\_, quant à lui, relève que « s'agissant d'une intervention ayant nécessité des ostéotomies et des décollements muqueux étendus, une tuméfaction

postopératoire n'est certainement pas inhabituelle » (bordereau recourant, pièce 53, p. 9). La suite des événements paraît ainsi plutôt représenter une succession de complications dont la responsabilité ne peut être imputée au personnel médical et qui pourrait avoir été provoquée ou aggravée par l'état de santé initial du recourant ou par une réaction, éventuellement allergique, au cocktail de médicaments consommés habituellement par ce dernier. Or, en application de la jurisprudence stricte rendue à cet égard, la notion d'accident en matière d'erreur médicale implique un acte ou un ensemble d'actes ayant eu un effet causal sur la survenance du dommage. Une absence de réaction adéquate face à une situation d'urgence ne peut dès lors pas représenter une telle violation grossière des règles de l'art médical. En l'état des choses, l'hypothétique manque de rapidité de l'intervention du personnel soignant dans le cadre du suivi postopératoire n'était en soi pas de nature à provoquer le dommage subi. Tout au plus aurait-on pu enrayer un processus apparu soudainement dans le cadre, comme il a été dit, d'une complication, dont le risque est en principe inhérent à tout type d'intervention chirurgicale. c) Le recourant estime que l'addition des différents manquements allégués, pris dans leur globalité, représente une violation grave des règles de l'art médical, telle qu'elle doit être qualifiée d'accident au sens de la LAA. Cette question doit être analysée sous l'angle de la vraisemblance prépondérante. Dans le cas d'espèce, même si les conséquences de cette succession d'événements sont évidemment spectaculaires, s'agissant de l'état de santé actuel du recourant, en comparaison avec la déformation de la mâchoire – bénigne – ayant conduit à la réalisation de cette intervention, ce n'est pas pour autant que les différentes étapes ayant conduit à cette situation actuelle puissent être considérés comme un facteur extérieur extraordinaire, en dépit même de la complication soudaine survenue dans la nuit du 11 au 12 janvier 2013. L'intervention chirurgicale n'était pas en soi particulièrement risquée ou expérimentale. Elle s'est d'ailleurs déroulée de façon tout à fait satisfaisante. Par la suite, comme relevé ci-dessus, la surveillance et les soins postopératoires ont été conduits de manière classique. A aucun moment il n'a été commis d'acte, ni même d'éventuel manquement, qu'on pourrait objectivement considérer comme s'écartant considérablement de la pratique courante en médecine et impliquant de ce fait de gros risques. Aucune confusion ou maladresse grossière du personnel médical, selon les exigences strictes posées par la jurisprudence à ce sujet et comparables aux rares cas dans lesquels un accident a été admis (tels que notamment confusion en matière de groupes sanguins ou d'agents anesthésiques, oubli d'un cathéter lors d'une intervention chirurgicale ou opération apparaissant d'emblée vouée à l'échec ou manifestation contraire à la pratique médicale), n'a été démontrée par le recourant. Aucun des rapports médicaux au dossier ne permet de retenir la commission d'une erreur médicale crasse. Le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin-conseil de la SUVA, parle d' « enchaînement de complications médicales survenues dans la phase postopératoire » et susceptibles de « survenir dans les suites de tout acte chirurgical » (avis du 21 août 2013, dossier SUVA, pièce 29). Le Dr P. \_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'AXA Winterthur, précise quant à lui que « l'œdème du visage, Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 bien que marqué, était consécutif à l'hématome facial, en diminution à partir du 11 janvier 2013 » et évoque un « aléa thérapeutique qui n'engage pas la responsabilité du Dr B. \_\_\_\_\_ » (dossier SUVA, pièce 53). Enfin, le Dr K. \_\_\_\_\_, qui s'est penché sur chacune des étapes du cas, ne retient à aucun moment une violation crasse des règles de l'art médical telle qu'elle confinerait à un accident (bordereau recourant, pièce 53). En particulier, s'agissant de la prescription médicamenteuse, il ne constate « aucun indice pour une erreur pharmacologique grossière » (p. 10). Lors de la prise en charge suite à l'apnée, il

relève certes des éléments permettant de suspecter une « prise en charge insuffisante du point de vue non médical entre le moment où A. \_\_\_\_\_ s'est présenté agité au bureau des infirmières et le moment où l'anesthésiste a été appelé » (p. 13), il constate toutefois que même à ce moment, « on ne saurait retenir une attitude irresponsable ou violant de manière crasse les règles de l'art mais plutôt (...) une considération insuffisante de la gravité de la situation, avec à la clé la mise en place de mesures inadéquates » (p. 13). Il relève également qu' « il n'existe pas d'indice pour considérer qu'il y a eu négligence ou faute de l'art de la part du chirurgien opérateur le Dr B. \_\_\_\_\_ ou de la part de l'anesthésiste, le Dr L. \_\_\_\_\_ » (p. 13). En conclusion, il affirme ainsi qu' « il n'existe pas d'argument pour considérer qu'il a été commis une erreur grossière ou qu'il a été intentionnellement cherché à nuire à la santé de A. \_\_\_\_\_ lors de sa prise en charge à la Clinique C. \_\_\_\_\_ depuis son admission jusqu'à son transfert à E. \_\_\_\_\_. Jusqu'au 11 janvier 2013 à minuit en tout cas, il n'existait pas d'indice devant faire craindre une décompensation respiratoire aigüe et il n'existait donc aucune mesure complémentaire qui aurait dû être prise pour prévenir cette insuffisance respiratoire aigüe (...) » (p. 13-14). Il appert ainsi que ces différents avis médicaux, s'ils diffèrent certes quant à l'existence d'une éventuelle violation du devoir de diligence du personnel médical, s'accordent pour dire qu'en aucun cas une erreur grossière ou une telle violation des règles de l'art médical n'a été commise. Le recourant n'apporte de son côté aucun élément médical permettant de mettre en doute ces différents avis. Or, comme indiqué ci-dessus, il appartient à l'assuré d'apporter la preuve de la réalisation des éléments d'un accident. Partant, au vu de tout ce qui précède, la Cour constate qu'il n'est pas avéré, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'attitude générale du personnel médical lors de la prise en charge de l'intéressé puisse être qualifiée d'erreur médicale constitutive d'un accident au sens de la jurisprudence y relative. Ce d'autant moins que d'autres facteurs, tels que les antécédents médicaux du recourant, ses allergies ainsi que l'importance de son traitement médicamenteux habituel, ou encore les doutes qui subsistent quant à une éventuelle consommation – même occasionnelle – de stupéfiants, ont également pu jouer un rôle dans la survenance et la gravité des complications survenues. Le Dr K. \_\_\_\_\_ évoque d'ailleurs à ce propos une « histoire médicale non indifférente » (bordereau recourant, pièce 53, p. 3). Pour toutes ces raisons, un éventuel renvoi de la cause pour expertise complémentaire n'apparaît pas nécessaire. En effet, malgré la gravité des atteintes subies par le recourant, ce dernier n'a pas rendu plausible que les éléments d'un accident, au sens des conditions très restrictives de la jurisprudence, étaient réunis en l'occurrence, à l'occasion de la survenance d'une complication dans le traitement médical. Tribunal cantonal TC Page 14 de 14

## **E. 6**

Au vu de tout ce qui précède, l'on ne saurait admettre que le recourant ait subi une erreur de traitement dans le cadre des suites de l'intervention chirurgicale du 9 janvier 2013 qui constituerait une confusion ou une maladresse grossière avec lesquelles personne ne comptait ni ne devait compter. Le cas ne répond dès lors pas aux exigences très restrictives posées par le Tribunal fédéral, lequel considère qu'une erreur médicale ne peut qu'à titre exceptionnel être constitutive d'un accident. Partant, c'est à bon droit que la SUVA a refusé de prendre en charge ce cas, résultat au demeurant probable de la survenance du risque inhérent à tout type d'opération chirurgicale et qui dépend également, faut-il le préciser, de la constitution et de l'état de santé général du patient. Il s'ensuit le rejet du recours et la confirmation de la décision querellée. En application du principe de la gratuité prévalant en

la matière, il n'est pas perçu de frais de justice. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il n'est alloué aucune indemnité de partie. IV. Communication. 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 6 juin 2017/isc Président Greffière

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