

FR_GERICHTE 605 2018 9 vom 23. April 2018

FR Kantonsgericht, 2018-04-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2018_9

FR: FR_GERICHTE 605 2018 9 du 23 avril 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2018 9 del 23 aprile 2018

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 H._____. 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.

E. 2.1

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).

E. 2.2

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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 17 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 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).

E. 2.3

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 H. _____, 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 naturellement 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. Cela étant, la question qui se pose est celle de savoir si un renvoi à l'autorité intimée s'impose ou si cette éventuelle 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.

E. 3.1

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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 17 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).

E. 3.2

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 maladresses 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).

E. 3.3

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,

Tribunal cantonal TC Page 7 de 17 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.

E. 5.1

Il convient tout d'abord d'examiner les différentes étapes de ce cas.

E. 5.1.1

Situation initiale En 2003, le recourant a été victime d'une agression à J._____, son pays d'origine, à l'occasion de laquelle il a subi un traumatisme au niveau de la mâchoire.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 17 Dès son arrivée en Suisse, en 2004, il a été suivi par le Dr K._____, 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. Il a également informé son médecin 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, 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 à J._____ 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._____.

E. 5.1.2

Intervention du 9 janvier 2013 Le 8 janvier 2013, comme prévu, le recourant a été 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, qui a déclaré être allergique à la quinine et aux 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).

E. 5.1.3

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 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). L'absence de problèmes respiratoires durant cette journée est également confirmée par la fiche de surveillance du 11 janvier 2013, qui mentionne une saturation en oxygène à 99% encore à 21h20 (bordereau recourant, pièce 22).

E. 5.1.4

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 suite à une apnée. Une ventilation au masque, puis au ballon, a été entreprise, et le Dr I._____, médecin-anesthésiste, a été appelé en urgence (bordereau recourant, pièce 22). Selon le compte-rendu de réanimation du Dr I._____, ce dernier a été appelé à 1h18 sur son téléphone portable. Il est arrivé à 1h23 et a alors constaté que le patient était inconscient, portait un masque à oxygène et que la saturation en oxygène, indiquée par différents appareils, variait entre 40 et 80%. Il a procédé alors à une ventilation 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 dans les meilleures conditions possibles. Durant le transport vers le bloc, le Dr I._____ a assuré une ventilation continue avec une saturation supérieure à 80%. La première tentative d'intubation, qui a échoué, 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 D._____ a ensuite été organisé (compte- rendu de réanimation du Dr I._____, bordereau recourant, pièce 23).

E. 5.1.5

Prise en charge à D._____ puis à E._____ A son arrivée à D._____ le 12 janvier 2013 vers 2h30, un « état de mal épileptique réfractaire sur encéphalopathie post-anoxique » avec « insuffisance respiratoire aiguë sur OAP à pression négative, bronchoaspiration et œdème généralisé des voies aériennes supérieures » a été diagnostiqué. Le patient a été traité par intubation oro-trachéale (lettre de transfert du 14 janvier 2013, bordereau recourant, pièce 26). La prise en charge à D._____ n'ayant pas permis la levée de l'état de mal épileptique, un transfert vers E._____ a été réalisé le 14 janvier 2013 pour mise sous coma barbiturique. Le 4 février 2013, le recourant a été retransféré à D._____, d'abord en soins intensifs, puis continus et enfin en service de neuroréhabilitation, avant de pouvoir quitter l'hôpital le 12 avril 2013 (lettre de sortie du 11 avril 2013, bordereau recourant, pièce 30).

E. 5.1.6

Evolution et 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 du 11 avril 2013, bordereau recourant, pièce 30). Dans un rapport du 5 septembre 2014, le Dr L._____, médecin adjoint au sein de la clinique de rhumatologie, médecine physique et rééducation de D._____, 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).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 17 Compte tenu de cela, 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 (projet de décision du 2 février 2015, bordereau recourant, pièce 33). Enfin, dans un rapport du 27 mars 2018, le Dr M. _____, spécialiste en neurologie, a confirmé le diagnostic d' « encéphalopathie post anoxique avec myoclonies d'actions contrôlées par Nootropil », et a constaté que le recourant présentait à l'heure actuelle toujours « un certain ralentissement, une discrète cirumduction à la marche avec la jambe gauche, quelques myoclonies occasionnelles du bras gauche (...) et quelques lâchages de la jambe gauche. Il y a un discret syndrome cérébelleux gauche connu » (bordereau complémentaire recourant, pièce 55).

E. 5.2

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 à J. _____ 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. Il convient de revenir sur les différents manquements invoqués.

E. 5.2.1

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.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 17 Dans la mesure où l'opération litigieuse a eu lieu 10 ans après la survenance de l'accident initial, on comprendrait au demeurant mal que le recourant n'ait pas été en mesure de prendre le temps de la réflexion avant d'accepter de se soumettre à cet acte médical. Quoi qu'il en soit, dans sa plaidoirie du 28 mars 2018, il a indiqué qu'il renonçait à invoquer ce grief dans le cadre de la présente procédure et a admis qu'il savait qu'un œdème pouvait se développer suite à la lourde intervention chirurgicale subie, de sorte que ce grief n'a pas lieu d'être examiné plus spécifiquement.

E. 5.2.2

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 non plus nécessaire de revenir sur le déroulement de l'intervention.

E. 5.2.3

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 précisément indiquée par le 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'inobservation pourrait être constitutive d'une véritable erreur médicale. Ainsi, même s'il semble raisonnable de considérer que l'œdème qu'a développé le recourant a pu être amplifié par une possible allergie médicamenteuse – hypothèse formulée par le Dr H. _____, qui estime que « la piste allergique reste ainsi malgré tout la plus probable » (bordereau recourant, pièce 53, p. 9) – aucune erreur médicale n'est toutefois démontrée à ce propos, compte tenu de l'absence de quinine parmi les composants des médicaments prescrits. Une réaction allergique, éventuellement favorisée 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.

E. 5.2.4

Suivi postopératoire, développement de l'œdème 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

Tribunal cantonal TC Page 12 de 17 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. A cet égard, il convient tout d'abord de constater que ni l'apparition d'un hématome post-opératoire, ni le développement de l'œdème, ni enfin l'arrêt respiratoire qui a suivi, n'ont été causés par un acte contraire aux règles de l'art médical qui aurait été commis par le Dr B. _____ ou le 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 dont le risque est inhérent à toute intervention chirurgicale. Le recourant lui-même a d'ailleurs admis, lors des débats publics du 28 mars 2018, qu'il devait compter avec la survenance d'un œdème post-opératoire en tant que risque opératoire connu. La lettre de transfert de D. _____ 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 ». Selon ce document, « l'étiologie de l'asphyxie est probablement une obstruction évolutive des voies aériennes. Une composante d'allergie a été évoquée mais semble moins probable » (bordereau recourant, pièce 26). Les rapports de E. _____ indiquent la survenance d'une hémorragie secondaire découlant de l'intervention (« in der Folge zeigte sich eine enorale Nachblutung ») (bordereau recourant, pièces 27 et 28). Le Dr H. _____, 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). Ainsi, le développement d'un œdème, qu'il découle directement de l'importante intervention chirurgicale subie ou encore qu'il ait été aggravé par une allergie médicamenteuse, voire par la réaction d'angoisse et de stress du recourant, ne semble pas être la conséquence directe d'un acte médical contraire aux règles de l'art qui aurait été commis. La suite des événements, jusqu'à l'arrêt respiratoire qui s'est finalement produit, paraît bien plutôt représenter une succession de faits dont la responsabilité ne saurait être imputée au personnel médical, dans la mesure où celle-ci découle du risque inhérent à toute intervention chirurgicale, et pourrait dépendre encore de l'état de santé initial du recourant ou d'une réaction allergique aux nombreux médicaments régulièrement consommés.

E. 5.3

Le recourant estime que l'addition des différents « manquements » relevés par lui, 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. En particulier, dans sa plaidoirie du 28 mars 2018, il affirme que ces manquements remplissent toutes les conditions cumulatives de la notion d'accident au sens des art. 4 LPGA et 6 LAA au sens de la jurisprudence fédérale, dont il cite deux arrêts, et notamment qu'ils représentent un facteur extérieur extraordinaire. S'il peut à la rigueur admettre qu'il devait compter avec la survenance d'un œdème post-opératoire, en tant que risque opératoire connu, la passivité du Dr B. _____ ainsi que du personnel médical de l'Hôpital C. _____, face à l'aggravation de cet œdème et à la survenance de difficultés respiratoires, constitue en revanche une attitude

Tribunal cantonal TC Page 13 de 17 totalement imprévisible et inacceptable, telle qu'elle constitue un facteur extérieur extraordinaire. Il considère que les valeurs d'oxygénation inquiétantes mesurées dès le matin du 10 janvier 2013 déjà auraient dû conduire à une prise en charge étroite et mieux adaptée. Il convient de rappeler ici que la question litigieuse en

l'espèce n'est pas de déterminer si le corps médical a fait preuve de « manquements » qui pourraient engager sa responsabilité civile, mais bien de savoir si l'on se trouve en présence d'un cas d'accident médical. Cette question, qui doit être analysée sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, relève des conditions spécifiques développées par la jurisprudence s'agissant de cette notion bien particulière.

E. 5.3.1

Dans le cas d'espèce, même si les conséquences de ces événements sont évidemment spectaculaires, s'agissant de l'état de santé du recourant à sa sortie de l'hôpital, en comparaison avec la déformation de la mâchoire – bénigne – ayant conduit à la réalisation de cette intervention, ce n'est pas pour autant que leur succession puisse être considérée comme un facteur extérieur extraordinaire, en dépit même de la complication soudaine survenue, en l'espace de quelques heures, 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'éventuelle omission, que l'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 manifestement 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 G. _____, 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 N. _____, médecin-conseil de l'AXA Winterthur, précise quant à lui que « l'œdème du visage, 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 H. _____, qui s'est penché sur chacune des étapes du cas, les reprenant une à une, 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

Tribunal cantonal TC Page 14 de 17 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 I. _____ » (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 D. _____. 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). Force est ainsi d'admettre 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 en revanche pour dire qu'en aucun cas un acte médical déterminé, représentant une erreur grossière ou une violation des règles de l'art médical, n'a été commis.

E. 5.3.2

A cet égard, la jurisprudence citée par le recourant ne lui est d'aucun secours, dans la mesure où la casuistique citée lors des débats publics du 28 mars 2018 n'est pas comparable à celle du cas d'espèce. En effet, tant dans l'arrêt U56/01 du 18 juillet 2003 (oubli d'un cathéter dans le corps d'un patient) que dans l'arrêt 8C_535(2012) du 20 novembre 2012 (injection de produit anesthésique dans un nerf), les médecins concernés ont, à un moment donné, eut un comportement actif contraire aux règles de l'art médical. Même si l'absence de réaction adéquate, suite à ce comportement initial, a été considérée comme un facteur extérieur extraordinaire constitutif d'un accident, dans les deux cas, c'est bien la commission d'un acte médical grossièrement contraire aux règles de l'art qui constitue l'élément déclencheur de l'ensemble du processus finalement reconnu comme un accident. Or, un tel comportement actif fait justement défaut en l'espèce, tout particulièrement entre le moment où la saturation d'oxygène était bonne le soir à 21 h 20 et celui où le recourant s'est présenté, agité, aux infirmières, à 1h 10 du matin, à la suite de quoi le personnel soignant n'a plus cessé de s'occuper de lui. Cette conjoncture fait ainsi obstacle à l'application par analogie des jurisprudences précitées à la situation du recourant, en l'absence d'un acte médical contraire aux règles de l'art à l'origine du développement de l'œdème et de la survenance de l'arrêt respiratoire. En l'état des choses, l'éventuel manque de rapidité ou l'inadéquation de l'intervention du personnel soignant dans le cadre du suivi postopératoire, pour autant qu'ils soient finalement avérés, n'étaient en soi pas de nature à provoquer le dommage subi. Tout au plus aurait-on pu, en théorie, 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. Quant au choix des moyens utilisés par le corps médical pour endiguer le développement de l'œdème, que critique le recourant en se plaignant de ne s'être vu administrer que des gouttes nasales et de la pommade, rien ne semble non plus prouver qu'il puisse être qualifié de contraire aux règles de l'art médical. Compte tenu de l'importance de la médication habituelle prise par lui et de son état de santé initial, qualifié de « non indifférent » par le Dr H. _____, l'on ne peut non plus totalement exclure que l'administration de médicaments plus puissants aurait pu encore accroître le risque de réaction allergique, potentiellement à l'origine du développement de l'œdème.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 17 Ainsi, si l'on peut envisager, de manière toute hypothétique, qu'une prise en charge différente ou plus rapide aurait pu freiner l'enchaînement des complications subies, seule une certaine négligence pourrait à la rigueur être établie, ce qui, contrairement à ce qui prévaut en matière de responsabilité civile, ne saurait encore être érigé en facteur extérieur extraordinaire constitutif d'un accident

médical. L'on ne peut, dans le même temps, faire abstraction du comportement du recourant durant la phase post-opératoire, à savoir de son agitation et de ses déplacements répétés, certes sans doute liés à l'angoisse et au stress qu'il ressentait, mais qui ont pu également jouer un rôle, susceptibles qu'ils étaient de péjorer ses facultés respiratoires, à tout le moins d'entraîner l'apnée qui lui a fait perdre connaissance. En définitive, l'absence de réaction du corps médical – ou son inadéquation –, que le recourant tente d'ériger en facteur extérieur extraordinaire constitutif d'un accident, ne saurait être assimilé à un acte médical grossièrement contraire aux règles de l'art.

E. 6

Invoquant la maxime d'office, le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale afin de démontrer l'existence d'une violation grossière des règles de l'art médical qui constituerait un tel facteur extérieur extraordinaire. A cet égard, il importe de rappeler que la maxime d'office, dans le cadre d'un recours, est conditionnée par l'exigence de motivation des griefs invoqués, qui constitue une condition de recevabilité du recours. En effet, la maxime d'office n'a pas pour vocation, comme il a tenté de le faire entendre dans sa plaidoirie, de pallier à un déficit de motivation du recours, et c'est précisément sous cet angle que l'on pourrait imputer au recourant un défaut de preuve, dans la mesure où ce dernier n'appuie sa théorie sur aucun élément, si ce n'est sur une lecture de la jurisprudence dont il a été dit ci-dessus qu'elle ne saurait s'appliquer par analogie à son propre cas, lequel se rapproche davantage de la casuistique niant tout « accident médical » (p.ex., inhalation d'un aérosol antibiotique causant une réaction inhabituelle et imprévisible sous la forme d'un choc anaphylactique, soit d'une « réaction allergique exacerbée, entraînant dans la plupart des cas de graves conséquences et pouvant engager le pronostic vital », selon wikipédia). Quoiqu'il en soit, si des mesures d'instruction complémentaires sur le plan médical, en particulier une expertise, seraient peut-être indiquées sous l'angle de l'examen de la responsabilité civile, il apparaît au contraire que celles-ci ne sont pas nécessaires dans le cadre de la présente procédure. En effet, on peut douter qu'un expert médical puisse se prononcer sur l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire au sens juridique, condition nécessaire à la reconnaissance d'un accident médical. Il en va de même des requêtes d'audition des différents témoins proposés par le recourant dans le cadre, on le rappelle, d'une procédure écrite. Le fait que les spécialistes de D. _____ ou de E. _____ intervenus après ces événements n'aient pas été en mesure de se prononcer précisément sur ce qui s'était passé, constitue par ailleurs un indice de plus en faveur de l'absence de toute violation grossière des règles de l'art médical, dont on ne se figurerait pas bien qu'elle n'ait pas été rapportée. Les requêtes probatoires, visant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ou à l'audition de témoins, ne semblent pas propices à amener un éclairage différent sur la cause et sont dès lors rejetées.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 17

E. 7

Au vu de tout ce qui précède, la Cour constate qu'il n'est pas avéré, au degré de la vraisemblance prépondérante, 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, à tel point qu'elle devrait être qualifiée de facteur extérieur extraordinaire constitutif d'un accident. Le cas ne répond dès lors pas aux exigences très restrictives

posées par le Tribunal fédéral et éclairées par toute une casuistique a contrario, qui laisse clairement entendre qu'une erreur médicale ne peut qu'à titre exceptionnel être constitutive d'un accident. Cela d'autant moins que d'autres facteurs, tels que les antécédents médicaux du recourant, ses prédispositions allergiques, 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 H. _____ évoque d'ailleurs à ce propos une « histoire médicale non indifférente » (bordereau recourant, pièce 53, p. 3). Si l'œdème avait au demeurant été causé par une allergie, cela n'est pas totalement exclu et pourrait à tout le moins expliquer l'importance de la congestion du visage qui est apparue et dont le recourant a pris une série de photographies qui prouve bien que celle-ci a précédé l'arrêt respiratoire. Une telle réaction ne pourrait pas non plus constituer un accident, à défaut d'administration d'une substance contre-indiquée, au mépris des règles de l'art médical. La SUVA était dès lors légitimée à refuser de prendre en charge ce cas, qui résulte probablement de la survenance du risque inhérent à tout type d'opération chirurgicale, lequel dépend également, faut-il encore le préciser, de la constitution et de l'état de santé général du patient. Ce refus ne constitue nullement une négation de la souffrance et des difficultés vécues par le recourant suite à ces événements que l'on peut certes qualifier de dramatiques, négation qui devrait se lire comme un refus de la justice de se préoccuper de son sort. Il semble, cela étant, que le vif sentiment d'injustice ressenti par lui aurait dû l'orienter vers une procédure en responsabilité civile, dans le droit sens, au demeurant, de la plaidoirie de son mandataire, plutôt que de se tourner vers l'assurance-accidents, dont la responsabilité n'est pas engagée pour un cas relevant de l'assurance-maladie. Au final, les circonstances de ces événements, bien qu'impressionnantes, ne suffisent toutefois pas à en faire un « accident médical » au sens de la LAA, faute notamment d'un acte médical grossièrement contraire aux règles de l'art. La prise en compte généralisée de telles constellations d'événements involontaires au titre d'accident serait susceptible d'entraîner de facto une systématique responsabilité du corps médical. Un tel résultat serait manifestement contraire au but voulu par le législateur, s'agissant de la reconnaissance du caractère accidentel d'un acte médical, qui doit rester exceptionnelle. 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).

Tribunal cantonal TC Page 17 de 17 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. 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 23 avril 2018 /isc Le Président: La Greffière: