

GE_GERICHTE ATAS/1168/2014 vom 11. November 2014

GE Cour de justice, 2014-11-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1168_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/1168/2014 du 11 novembre 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/1168/2014 del 11 novembre 2014

Regeste

Résumé: La compression des membres inférieurs apparue pour une cause indéterminée après une opération cardiaque ne constitue pas un facteur étranger extraordinaire permettant de retenir que les conditions d'un accident sont réalisées. En effet, aucune des hypothèses envisagées (compression extrinsèque provoquée pendant l'opération par le chirurgien ou dans ses suites immédiates par les barrières du lit chez un patient obèse ou encore par des sangles lors du séjour aux soins intensifs) n'est établie au degré de la vraisemblance prépondérante.

Erwägungen

E. 20

Le 20 juin 2014, l'assuré considère qu'il résulte des déclarations des Drs B_____ et C_____ que la cause la plus vraisemblable de l'atteinte neuropathique dont il a

A/3783/2013 - 9/18 - souffert à la suite de l'intervention du 28 septembre 2012, est une compression externe due au fait qu'il avait été sangle lors de son séjour aux soins intensifs, rappelant à cet égard qu'il est établi qu'il avait été agité pendant une ou deux nuit(s). Il sollicite dès lors que les infirmiers / infirmières de l'Unité UCP de l'Hôpital de La Tour l'ayant pris en charge dans les jours suivants l'opération du 28 septembre 2012 soient entendus.

E. 21

La chambre de céans a ordonné l'audition des infirmier et infirmières en charge de l'assuré lors de son séjour aux soins intensifs les 28, 29 et 30 septembre 2012, pour le 23 septembre 2014. M. J_____, infirmier à l'Hôpital de La Tour, s'est occupé de l'assuré à sa sortie du bloc opératoire le 28 septembre 2012. Il a notamment déclaré que « (...). A mon souvenir, la sortie de bloc, s'agissant de M. A_____, était sans particularité en termes de complication chirurgicale immédiate. Il était intubé et sous sédatif. Nous mettons les patients sous sédatif pour ne pas risquer qu'ils arrachent l'intubation. En principe l'intubation est gardée jusqu'au lendemain matin. Lorsque je suis parti vers 20h00- 20h30, M. A_____ était toujours intubé. Comme il était quelque peu agité, nous avons augmenté la sédation. L'anesthésie est ainsi poursuivie et le patient dort. Je ne me souviens pas si les barrières ont été levées dans le cas de M. A_____. En principe, elles ne le sont pas pendant les 2 à 3 premières heures, parce qu'il y a toujours quelqu'un dans la chambre. Le risque est que le patient se retourne et tombe du lit. (...) Je n'exclus pas que des sangles en mousse aient pu être posées afin d'éviter que le patient lève les mains vers son visage, ou arrache un drain ou un cathéter. On peut aussi lui baisser les mains. Les sangles en mousse couvrent le poignet. Elles mesurent environ 5 cm de large. Elles se ferment au moyen de velcro et s'attachent sous le matelas à l'armature du lit. Il existe également des sangles pour le torse,

mais qui ne sont utilisées que pour des personnes violentes et/ou agressives. Il y en a également pour les chevilles. Je ne crois pas que ça existe pour le bassin ou les jambes. On peut tirer un drap que l'on attache sous le lit. Je n'ai pas le souvenir que ceci ait été utilisé pour M. A_____. Si cela avait été le cas, ce serait noté sur les feuilles de soins et de transmission. ». Mme G_____, infirmière à l'Hôpital de La Tour, a pris en charge l'assuré la nuit du 28 septembre 2014. Elle a notamment déclaré que « (...). Lorsque j'ai pris mon service cette nuit-là, M. A_____ était encore intubé. Il l'est resté toute la nuit selon le protocole en vigueur. J'ai augmenté la sédation pour qu'il soit confortable avec des doses importantes, mais qu'il était possible de lui administrer, sa tension étant correcte. Je ne me souviens plus précisément dans quel état il était, mais il y avait naturellement une raison pour laquelle j'ai augmenté la sédation en début de nuit. Je précise à cet égard que j'ai une longue

A/3783/2013 - 10/18 - expérience, puisque je travaille aux soins intensifs depuis 1989. Si je ne me souviens pas particulièrement de ce patient, c'est vraisemblablement parce qu'il n'y a rien eu de particulier pour lui. Systématiquement, je lève les barrières du lit et place celui-ci au plus bas par mesure de sécurité. Je ne crois pas que M. A_____ ait été agité durant la nuit. S'il l'avait été, je l'aurais noté. Et si je l'avais noté, je l'aurais vu dans son dossier. (...) Dans le cas de patients intubés dormant calmement, il n'y a pas de raison de les attacher. Nous le faisons sur ordre du médecin seulement, le cas échéant. Je ne me souviens pas avoir posé des sangles pour M. A_____. Encore une fois, si tel avait été le cas, je l'aurais noté ». Mme H_____, infirmière à l'Hôpital de La Tour, a pris la relève de sa collègue à 8h00 le matin du 29 septembre 2012. Elle a indiqué que « (...) J'ai procédé à la diminution progressive des sédatifs jusqu'à ce que le patient puisse respirer seul. C'est ensuite seulement qu'il est possible de procéder à l'extubation. Je n'ai noté aucune particularité, aucune complication, aucune difficulté. Je crois savoir que le deuxième jour de mon service, soit le 30 septembre, nous avons dû lui administrer de la morphine en raison des douleurs. Il me semble que l'infirmière de nuit lui avait installé une pompe à morphine. Lorsqu'un patient est encore intubé, les barrières sont levées. Nous les baissions dès qu'il est extubé, en principe, sauf s'il est agité. Nous ne notons pas que les barrières sont baissées, parce que cela fait partie de l'ordre logique des choses. Je n'ai pas noté qu'il avait été agité. S'il l'avait été, je l'aurais noté. Les documents produits me sont soumis. Je reconnais mes notes sur la feuille de surveillance (la grande). En haut à gauche, il manque l'intitulé, à savoir : « prise en charge initiale du patient du jour ». C'est moi qui ai écrit toute la partie à gauche plus les cinq premiers points jusqu'à « psychologie » y compris. J'ai noté que le réveil avait été difficile, que le taux d'oxygène avait baissé, et une augmentation de la fréquence respiratoire. J'ai pensé que cela était lié à la douleur et je lui ai administré la morphine. Il n'y a pas eu de mesures de contention. Elles ne se font que sur ordre médical (il ne s'agit pas du médecin qui a opéré) et je l'aurais noté. J'ai noté que le patient était « très algique ». Je ne me souviens pas de quoi il se plaignait précisément ». Mme I_____, infirmière à l'Hôpital de La Tour, en charge de l'assuré la nuit des 29 et 30 septembre 2012, a déclaré que : « La première nuit, il y a eu un important problème de douleurs, de sorte que j'ai dû, sur ordre médical, lui administrer plusieurs types d'antalgiques, puis installer une pompe à morphine. La deuxième nuit, il a eu un problème cardio-pulmonaire, soit un œdème aigu du poumon. La pression artérielle se trouve élevée. La respiration et la ventilation se font moins bien. J'ai alors dû lui mettre un masque (CPAP) pour lui insuffler de l'oxygène. Il faut également lui administrer des diurétiques pour que l'eau soit éliminée. Dans certains cas, une intubation est à

A/3783/2013 - 11/18 - nouveau nécessaire. Ça n'a pas été le cas pour M. A_____. Je n'ai pas pris de mesures de contention. Si je l'avais fait, je l'aurais noté, nécessairement. Il y avait entre M. A_____ un petit souci de compréhension. Je ne dirais pas que c'était conflictuel, mais M. A_____ n'était pas bien. Il souffrait d'un réel inconfort et j'étais obligée d'utiliser ce masque. Les documents produits me sont soumis. Je reconnais mon écriture sur la feuille de soins (échelle de Norton), ainsi que sur la grande feuille de transmission, à partir de « hyperalgique +++ » et la partie en haut à droite. J'ai noté que le patient était très difficile à mobiliser, vu l'importance des douleurs dont il souffrait. Il s'agit d'une manœuvre nécessaire pour « mettre au sec » le patient, s'assurer qu'il n'a pas de rougeurs, d'escarres ou autres. On lui fait croiser les bras sur la poitrine et on le bascule sur le côté. Lors de cette opération, les barrières sont levées et nous sommes deux. Il n'est pas possible lors de cette manœuvre de comprimer une partie du corps. C'est la même manœuvre qui est utilisée pour les soins de premiers secours. Il n'y a aucun risque de compression. Je n'ai pas le souvenir que M. A_____ se soit plaint de douleurs, aux cuisses plus particulièrement. Lorsque je parle de douleurs dans la feuille de transmission, il s'agit nécessairement de douleurs liées à l'intervention subie. J'aurais précisé de quelle douleur il s'agissait si M. A_____ s'était plaint de douleurs ailleurs ». L'assuré a produit des extraits de feuilles de surveillance et de feuilles de soins de l'Hôpital de La Tour.

E. 22

Dans sa détermination après enquêtes du 9 octobre 2014, l'assureur a conclu des témoignages que la neuropathie présentée par l'assuré ne résulte en tout cas pas d'une erreur de traitement consistant en confusions ou maladresses grossières et extraordinaires (ATF 8C 234/2008 consid. 3.2), de sorte que l'affection ne remplit pas les conditions pour être reconnue en tant qu'accident.

E. 23

Le 14 octobre 2014, l'assuré a déclaré maintenir les termes et conclusions de ses précédentes écritures. Il a considéré, au vu des témoignages, que « vu son poids et vu que les barrières étaient levées, et que, au stade de la vraisemblance prépondérante, l'on peut admettre qu'un drap a été tiré sur lui et qui a été attaché sous le lit, vu qu'il était agité, la compression des zones décrites par le Dr C_____ est très probablement due à la combinaison de ces trois éléments (poids, barrières levées et drap tiré). L'on a donc bien des causes externes (drap tiré et barrières levées) qui ont entraîné une compression qui, selon les termes mêmes du Dr C_____ lors de son audition, est extraordinaire. S'agissant du caractère soudain, l'on relèvera que la jurisprudence n'a pas fixé de durée maximale à cet élément, pour que la soudaineté puisse être retenue, et que des effets de longue durée peuvent encore être considérés comme soudains, parfois même des effets de plusieurs heures, voire d'un jour entier. Les conditions de l'accident sont dès lors réunies.

A/3783/2013 - 12/18 -

E. 24

Les écritures des 9 et 14 octobre 2014 ont été transmises aux parties et la cause gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du

E. 26

septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. Le litige porte sur la question de savoir si la neuropathie dont souffre l'assuré est ou non due à une atteinte pouvant être qualifiée d'accident. 5. Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA et 9 al. 1 OLAA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: 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 (ATF 122 V 232 ; ATF non publié 8C_520/2009 du 24 février 2010, consid. 2). Suivant la définition même de l'accident, 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 des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et

A/3783/2013 - 13/18 - péripéties de la vie courante (ATF 129 V 402 consid. 2.1). Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (ATFA non publié U 499/00 du 12 septembre 2001, consid. 2). Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladiques préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure - souvent anodine - ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b). Selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement «non programmé», lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur - la modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130

V 117 consid. 2.1). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet (RAMA 2004 n°U 502 p. 184 consid. 4.1, RAMA 1999 n°U 345 p. 422 consid. 2b). 6. Le point de savoir si un acte médical est comme tel 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 sévère. 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 ; 118 V 283 consid. 2b). 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 (ATFA non publié U 225/99 du 22 septembre 2000, consid. 9a). Et 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). 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 consid. 3b).

A/3783/2013 - 14/18 - 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 (ATFA 1961 p. 201 consid. 2a p. 205), dans le cas d'une accumulation d'erreurs à l'occasion d'une angiographie (consid. 4 et 5 non publiés de l'arrêt ATF 118 V 283, partiellement reproduits dans le Courrier suisse des assurances, 1994, 1 p. 31), lors de l'injection trop rapide par voie intraveineuse d'une dose excessive de produits anesthésiques (RAMA 1993 n° U 176 p. 204, U 124/92), ainsi que lors de l'oubli d'un cathéter dans la vessie d'un patient (RAMA 2003 n° U 492 p. 371, U 56/01) ou dans le cas d'une lésion du nerf médian à l'occasion d'une prise de sang (arrêt 8C_526/2007 du 29 avril 2008), 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 (SVR 2009 UV Nr. 47 p. 166, 8C_234/2008). 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 (arrêt U 5/82 du 5 août 1983), lors du choix - hautement discutable - d'une technique opératoire (RAMA 1988 n° U 36 p. 42, U 15/87), dans le cas d'une perforation par erreur de la sclérotique à l'occasion d'une injection subcorticale parabolbaire au celeston (Extr. CNA 1990 n° 1 p. 1, U 41/89), 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 (ATF 121 V 35), à l'occasion de la section accidentelle de la veine épigastrique au cours de l'opération d'une hernie inguinale (SJ 1998 p. 430, U 173/96), lors de la perforation de l'oesophage survenue au cours de l'extraction d'un morceau de viande (RAMA 2000 n° U 368 p. 99, U 335/98), dans le cas de gestes médicaux inappropriés associés à de multiples complications ayant entraîné le décès d'une femme sur le point d'accoucher (RAMA 2000 n° U 407 p. 404, U

225/99), 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 (RDAT 2002 II n° 90 p. 336, U 284/01), lors de complications imprévisibles et rarissimes liées à un étirement préopératoire du plexus brachial en l'absence d'erreur de traitement (arrêt U 62/03 du 21 octobre 2003), 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 (arrêt 5C.295/2005 du 12 avril 2006), 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 U 135/06 du 15 décembre 2006). 7. Sauf disposition contraire de la loi, le juge des assurances sociales fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

A/3783/2013 - 15/18 - 8. En l'espèce, l'assuré a subi le 28 septembre 2012, une triple revascularisation myocardique pratiquée par le Dr B_____ à l'Hôpital de La Tour à Meyrin. Il a séjourné dans cet hôpital jusqu'au 8 octobre 2012, puis à la Clinique de La Lignière jusqu'au 4 novembre 2012. Les médecins de La Lignière ont signalé que l'assuré s'était plaint de sciatalgies gauches. Dans un rapport du 13 novembre 2012, le Dr C_____ a retenu le diagnostic de neuropathie bilatérale sensitive importante des nerfs fémoraux cutanés de type axonal et prédominant à gauche, et indiqué que cette neuropathie était survenue « vraisemblablement par compression extrinsèque pendant l'opération ou dans les suites immédiates ». Entendu par la chambre de céans, il a précisé que « le fait qu'il y ait eu compression extérieure est évident. Ce que je ne sais pas, c'est ce qui a causé cette compression ». Le Dr E_____, en revanche, a considéré que cette atteinte pouvait être attribuée aux suites de l'intervention avec un degré de possibilité seulement, et pas avec une vraisemblance prépondérante, de sorte que l'assureur n'a pas admis qu'il y avait eu accident au sens de la loi. 9. Il y a lieu de déterminer s'il y a eu compression sur la jambe gauche, soit la survenance d'un facteur étranger extraordinaire. 10. Dans un premier temps, il a été allégué que le chirurgien ayant pratiqué l'intervention du 28 septembre 2012, s'était appuyé fortement sur la jambe de l'assuré, provoquant, ce faisant, la neuropathie dont celui-ci souffrait à la jambe gauche. Il résulte toutefois de l'audition du Dr B_____ qu'aucune compression des membres inférieurs ne peut intervenir lors d'une chirurgie cardiaque. Ce médecin a en effet expliqué que « lorsqu'il y a une chirurgie cardiaque, les zones où se trouvent les deux nerfs fémoraux doivent être impérativement dégagées, parce qu'on risque d'avoir besoin des artères. On n'en a pas eu besoin en l'espèce. Ceci exclut qu'une compression ait pu survenir par inadvertance, ni par moi, ni par les 3 autres personnes présentes autour de lui. (...) En chirurgie cardiaque, une compression des nerfs peut survenir, mais seulement sur les zones d'appui sur la table, soit les parties postérieures, par exemple les coudes, jamais les jambes. (...) Pendant l'opération, le chirurgien est à la droite du patient au niveau du thorax. Les deux assistants sont en face, soit du côté gauche. L'anesthésiste est à la tête. Le perfusionniste est derrière l'anesthésiste, et l'instrumentiste est à mes côtés ». Ces considérations, au demeurant claires, précises et convaincantes, conduisent à nier qu'il y ait eu accident au sens de la loi lors de l'intervention chirurgicale. Au surplus, la chambre de céans est d'avis que l'observation du Dr E_____ selon laquelle la vraisemblance qu'un facteur étranger extraordinaire soit intervenu lors de l'opération est diminuée par le fait que dans le rapport de La Lignière sont mentionnées des sciatalgies - ce

qui rend plausible une pathologie préexistante à l'opération - n'est pas pertinente, dans la mesure où l'hospitalisation à La Lignière a précisément suivi dans le temps la revascularisation.

A/3783/2013 - 16/18 - 11. Il a ensuite été envisagé que la jambe de l'assuré puisse avoir subi une compression provoquée par les barrières de protection du lit lors du séjour aux soins intensifs. Selon les témoins entendus lors de l'audience du 23 septembre 2014, il n'y a pas de différences entre les lits des soins intensifs et les autres, et en particulier pas de lits plus larges pour des personnes corpulentes. Les lits ont une largeur standard. Quatre barrières latérales peuvent être montées en cas de besoin (cf. témoignages J_____ et G_____). Les barrières sont levées tant que le patient est intubé, mais pas durant les toutes premières heures après l'opération. Dès qu'il est extubé, en revanche, les barrières sont baissées, ce qui n'est en principe pas expressément noté, car « cela fait partie de l'ordre logique des choses » (cf. témoignage H_____). En l'occurrence, le témoin J_____, présent lors de la sortie du bloc opératoire, a relevé que l'assuré était agité. Celui-ci était toutefois sous sédatif et les barrières baissées au vu de ce qui précède. Il n'était pas agité la nuit du 28 septembre (témoignage G_____), ni la journée du 29 septembre. Il a été extubé ce jour-là. A partir de ce moment, on peut donc admettre que les barrières étaient baissées. Aussi n'ont-elles pu être levées que la nuit du 28 septembre et une partie de la journée du

E. 29

septembre, ce qui paraît peu vraisemblable puisque l'assuré n'était alors pas agité. Il est quoi qu'il en soit apparu que les barrières n'auraient pu, même pour un patient corpulent, exercer une compression de nature à provoquer une neuropathie, un espace suffisant existant entre le matelas et la barrière. 12. Selon l'assuré, la cause la plus vraisemblable de l'atteinte neuropathique dont il a souffert à la suite de l'intervention du 28 septembre 2012, est une compression externe due au fait qu'il aurait été sanglé lors de son séjour aux soins intensifs. Il y a d'emblée lieu de relever qu'une mesure de contention n'est envisagée que si le patient est agité. Or, il apparaît que l'assuré n'était pas particulièrement agité ni la première nuit, ni le lendemain. Les sangles en mousse couvrent le poignet. Elles mesurent environ 5 cm de large. Elles se ferment au moyen de velcro et s'attachent sous le matelas à l'armature du lit. Il existe également des sangles pour le torse, mais qui ne sont utilisées que pour des personnes violentes et/ou agressives. Il y en a également pour les chevilles. Le témoin J_____ a ajouté que « je ne crois pas que ça existe pour le bassin ou les jambes ». Le Dr B_____ a confirmé que « lorsqu'un patient est agité au point que l'on craigne qu'il arrache les cathéters ou le tube de la ventilation artificielle, on lui attache les poignets, éventuellement les chevilles aux barrières. (...) Aucune sangle en revanche n'est posée au niveau du bassin, du thorax ou des jambes ». Les infirmiers et infirmières ont clairement indiqué qu'aucune mesure de contention ne peut être prise sans qu'un médecin ne l'ordonne, ont affirmé qu'il n'y

A/3783/2013 - 17/18 - en avait pas eu dans le cas de l'assuré, et que dans le cas contraire, cela aurait été noté. Il est ainsi établi que l'assuré n'a pas été sanglé. Même s'il l'avait été, les sangles n'auraient quoi qu'il en soit pu être posées au niveau des jambes. 13. Dans ses écritures après enquêtes du 14 octobre 2014, l'assuré a considéré que l'on pouvait également admettre qu'un drap avait été tiré sur lui et attaché sous le lit, et qu'ainsi la compression était très probablement due à la combinaison des trois éléments suivants : poids, barrières levées et drap tiré. Un des infirmiers a toutefois affirmé que l'hypothèse que le drap ait été tiré et attaché sous le lit, n'était pas vraisemblable, ajoutant qu'il n'en avait

pas le souvenir et que si tel avait été le cas, il n'aurait pas manqué de le noter sur la feuille de soins et de transmission (PV J_____). 14. On ne saurait donc admettre, au vu de ce qui précède et au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, qu'il y ait eu une compression exercée par des barrières levées, des sangles ou un drap attaché sous le lit, de nature à provoquer une atteinte neuropathique. La chambre de céans relève du reste que selon le Dr B_____, la neuropathie n'est pas nécessairement due à une compression ; elle peut être aussi d'origine diabétique ou liée à une autre maladie métabolique. Force dès lors est de constater que les conditions d'un accident ne sont pas réunies. Aussi le recours ne peut-il être que rejeté.

A/3783/2013 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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