

## **GE\_GERICHTE A/3783/2013 vom 11. November 2014**

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3783\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3783_2013)

FR: GE\_GERICHTE A/3783/2013 du 11 novembre 2014

IT: GE\_GERICHTE A/3783/2013 del 11 novembre 2014

### **Regeste**

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS ; OPÉRATION ; ATTEINTE À LA SANTÉ SECONDAIRE ; CAUSE EXTÉRIEURE EXTRAORDINAIRE | 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. | OLAA.9.1

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 11.11.2014 A/3783/2013

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS ; OPÉRATION ; ATTEINTE À LA SANTÉ SECONDAIRE ; CAUSE EXTÉRIEURE EXTRAORDINAIRE | 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. | OLAA.9.1

A/3783/2013 ATAS/1168/2014 (2) du 11.11.2014 ( LAA ) , REJETE Descripteurs : LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS ; OPÉRATION ; ATTEINTE À LA SANTÉ SECONDAIRE ; CAUSE EXTÉRIEURE EXTRAORDINAIRE Normes : OLAA.9.1 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. En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3783/2013 ATAS/1168/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 11 novembre 2014 1 ère Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître STASTNY Pierre recourant contre VAUDOISE GENERALE, COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, sise place de Milan 1, LAUSANNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1955, a été engagé pour une durée déterminée, soit du 1 er juillet au 31 décembre 2012, en qualité de « chargé de projets », par la Chambre de

l'Economie sociale et solidaire APRES-GE à Genève. Il était à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles selon la LAA auprès de la VAUDOISE GENERALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA (ci-après l'assureur), et pour sa perte de salaire en cas de maladie selon le contrat collectif conclu par son employeur.

2. L'assuré a subi le 28 septembre 2012 une « triple revascularisation myocardiaque par pontage de l'artère mammaire interne droite sur la première marginale branchée en Y sur la mammaire gauche implantée sur l'IVA moyenne, pontage veineux sur l'IVP » pratiquée par le Docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie cardiaque et vasculaire, à l'hôpital de La Tour à Meyrin. L'employeur en a informé l'assureur le même jour, précisant que l'assuré avait été en arrêt de travail depuis le 20 septembre 2012.

3. L'assuré a séjourné à l'hôpital de La Tour du 28 septembre 2012 au 8 octobre 2012, puis à la Clinique de La Lignière jusqu'au 4 novembre 2012.

Les antécédents et comorbidités de l'assuré, décrits dans le rapport de sortie établi par le Dr B\_\_\_\_\_ le 15 octobre 2012, sont les suivants :

- Cardiopathie ischémique avec maladie tri-tronculaire (sténose significative de l'artère interventriculaire antérieure proximale, moyenne, circonflexe moyenne, et coronaire droite).
- Fraction d'éjection du ventricule gauche conservée (17.09.2012).
- Syndrome métabolique avec :
- Hypertension artérielle.
- Diabète non insulino-dépendant.
- Dyslipidémie.
- Obésité (BMI 35).
- Status post déchirure ménisque.
- Status post cure de hernie discale (1980).

4. Il résulte du rapport d'hospitalisation à la Clinique de la Lignière du 13 novembre 2012 que l'assuré a participé à un programme de réadaptation cardio-vasculaire en groupe, comprenant un bilan cardiaque fonctionnel, une évaluation systématique des facteurs de risques cardio-vasculaires, des activités physiques variées, des séances de relaxation et d'informations sur les maladies cardio-vasculaires et les facteurs de risques associés. Les médecins de La Lignière ont par ailleurs signalé que tout au long du séjour, l'assuré s'est plaint de sciatalgies gauches avec douleurs de type allodynie, principalement dans le territoire de L2, sans trouble sphinctérien. Ils l'ont mis au bénéfice d'un traitement de Lyrica et suggéré au Dr B\_\_\_\_\_, en cas de persistance de cette symptomatologie, de prévoir un bilan par imagerie du rachis lombaire.

Dans un rapport du 13 novembre 2012, le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et électroneuromyographie, auquel le Dr D\_\_\_\_\_ a adressé son patient pour un bilan neurologique et électroneuromyographique, en raison de « l'apparition, dans les suites immédiates d'un triple pontage coronarien le 29 septembre dernier d'une hypodysesthésie douloureuse de la face latéro-externe des cuisses prédominant à gauche et dont l'élément algique a partiellement régressé sous un traitement de Lyrica », a indiqué que le patient souffre d'une neuropathie bilatérale sensitive importante des nerfs fémoraux cutanés de type axonal et prédominant à gauche, côté le plus symptomatique, étant précisé que l'origine de cette neuropathie est venue « vraisemblablement par compression extrinsèque pendant l'opération ou dans les suites immédiates ».

5. Le Dr D\_\_\_\_\_, médecin traitant, spécialiste FMH en médecine interne, a considéré le 14 décembre 2012 que l'évolution était lentement favorable et qu'une reprise de travail pouvait être envisagée en février-mars 2013.

6. Par courrier du 20 décembre 2012, le médecin-conseil de l'assureur, le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a considéré que dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013, la capacité de travail de l'assuré, dans une activité adaptée à son état de santé, était de 50%, ce qui, vu l'évolution favorable signalée par le Dr D\_\_\_\_\_, lui paraissait

compatible avec une reprise de travail par paliers progressifs.![endif]>![if> 7. Par courrier du 8 janvier 2013 adressé au Dr E\_\_\_\_\_, le Dr D\_\_\_\_\_ a confirmé l'amélioration de l'état de santé de son patient au niveau cardiaque avec notamment une absence de douleurs thoraciques. Il fait toutefois état d'une importante neuropathie bilatérale sensitive des nerfs fémoraux cutanés de type axonal prédominant à gauche que présente l'assuré suite à son opération. Le Dr D\_\_\_\_\_ précise que « l'origine de ses douleurs est certainement post-compression extrinsèque durant l'opération dans la suite immédiate ». Il joint le rapport du Dr C\_\_\_\_\_, confirmant ce diagnostic. Il demande dès lors à ce que l'incapacité de gain soit prolongée de deux à trois mois au moins.![endif]>![if> 8. Le 18 janvier 2013, le Dr E\_\_\_\_\_ a déclaré qu'une reprise de travail à 50% dès le 1<sup>er</sup> février 2013 pouvait être exigée, dans la mesure où l'activité professionnelle de l'assuré n'était physiquement pas pénible.![endif]>![if> 9. Le même jour, l'ancien employeur de l'assuré a annoncé en tant qu'accident le fait que « durant l'opération du cœur, (...) le chirurgien s'est appuyé fortement sur la jambe de l'assuré créant une neuropathie bilatérale sensitive importante des nerfs fémoraux cutanés ».![endif]>![if> 10. Invité à se déterminer sur la question de savoir s'il s'agissait d'un accident ou non, le Dr E\_\_\_\_\_ a considéré que « la survenue d'une neuropathie bilatérale sensitive des nerfs fémoraux cutanés dans les suites d'une opération peut être attribuée à cette dernière avec un degré de possibilité, mais pas avec une vraisemblance prépondérante. Celle-ci est diminuée par le fait que lors du séjour de réhabilitation à la Clinique de La Lignière, sont mentionnées des sciatalgies au niveau L2, rendant plausible une pathologie préexistante à l'opération, mais encore asymptomatique ».![endif]>![if> 11. Par décision du 28 mars 2013, l'assureur a informé l'assuré qu'il ne pouvait considérer son cas ni comme un accident, ni comme une lésion assimilée à un accident, et en a conclu que celui-ci relevait de la compétence de sa caisse-maladie à laquelle il transmettait l'ensemble du dossier.![endif]>![if> 12. L'assureur a versé des indemnités journalières maladie complètes jusqu'au 31 octobre 2013, de 50% du 1<sup>er</sup> février au 31 mars 2013, de 35% du 1<sup>er</sup> avril au 30 avril 2013, date à compter de laquelle l'incapacité de travail n'était plus que de 20%, taux n'ouvrant plus droit aux prestations selon les conditions générales du contrat.![endif]>![if> 13. L'assuré, représenté par Me Pierre STASTNY, a formé opposition le 29 avril 2013. ![endif]>![if> Il fait valoir que l'art. 36 LPGa a été violé. Madame F\_\_\_\_\_, gestionnaire du dossier volet accident, aurait en effet dû se récuser, dans la mesure où elle s'était également occupée de la gestion du dossier volet maladie. Il considère qu'ayant connu du cas dans le cadre de l'assurance collective d'indemnités journalières maladie, elle s'était fait une idée préconçue sur l'événement du 29 septembre 2012 qui était qualifié de maladie. Il constate du reste que tant l'administratrice de l'ancien employeur de l'assuré que la gestionnaire auprès d'ASSURETHIC parlaient toutes deux d'un accident (dossier LAA, pièce 29). Il relève que le Dr E\_\_\_\_\_ a établi une fiche le 7 mars 2013, désignant le cas lié à la neuropathie, comme un cas accident (dossier LAA, pièce 36). Madame F\_\_\_\_\_ lui a alors demandé, le 14 mars 2013, de bien vouloir expliciter sa position, dans la mesure où « nous devons avoir des arguments objectifs à présenter pour refuser le cas de la neuropathie en assurance-accidents ». (dossier LAA, pièce 37) L'assuré se plaint également d'une violation de l'art. 43 al. 1 LPGa. Il rappelle à cet égard que l'instruction se fait d'office. Or, il n'a pas été interrogé sur les douleurs dans la cuisse gauche survenues directement après l'opération du 28 septembre 2012. Il relève que selon le Dr C\_\_\_\_\_, l'origine de ses douleurs vient d'une « compression extrinsèque pendant l'opération ou dans les suites immédiates ». Le Dr D\_\_\_\_\_, dans son rapport du 15 avril 2013, considère également que l'apparition de la

neuropathie vient d'une compression. L'assuré en conclut qu'il conviendra de mettre en œuvre une expertise en tant que de besoin. La décision devrait être en tout état de cause annulée et l'instruction reprise. Il reproche à l'assureur d'avoir retenu qu'une mesure médicale ne constitue un facteur extérieur extraordinaire que si l'acte, compte tenu des circonstances du cas concret, s'écarte considérablement de la pratique en médecine et en outre implique objectivement de gros risques, considérant qu'il ne s'agissait pas d'une condition posée par l'art. 4 LPGA. Selon lui, le fait qu'un chirurgien ou qu'une entrave ait comprimé sa cuisse est à l'évidence soudain, involontaire, extraordinaire et externe, ce qui réalise les conditions de l'accident vu la suite neuropathique que cela a entraîné. Il en conclut qu'il y a bel et bien eu un accident. Il relève que selon l'assureur, lequel se base uniquement sur l'avis du Dr E\_\_\_\_\_, la vraisemblance prépondérante que la neuropathie résulte d'une compression extrinsèque durant l'opération ne serait pas atteinte. Or, l'avis du Dr E\_\_\_\_\_ ne représente pas une expertise, mais un simple avis sans motivation. L'assuré ne comprend pas pour quelle raison la vraisemblance serait diminuée par le fait qu'il avait souffert de sciatalgies lors de son séjour à la Clinique de La Lignière, ce qui rendrait ainsi plausible une pathologie préexistante à l'opération. En effet, le séjour à La Lignière a suivi l'opération, ce qui ne permet précisément pas de conclure à une pathologie préexistante.

14. Par décision du 24 octobre 2013, l'assureur a rejeté l'opposition. ![/endif]>![if> Il réfute le grief tiré de l'art. 36 LPGA, rappelant que Madame F\_\_\_\_\_ n'avait aucune raison d'être « prévenue » au sens de l'art. 36 al. 1 LPGA, le fait d'être chargée du dossier maladie, puis du dossier accident, constituant son travail ordinaire, son éventuel avis personnel et subjectif sur le cas n'ayant de toute manière aucune incidence sur la façon de le prendre en charge. S'agissant de la fiche transmise le 14 mars 2013 au Dr E\_\_\_\_\_, l'assureur précise qu'elle avait pour objet de déterminer, indépendamment de la question de la notion d'accident tranchée par la négative, s'il y avait en plus des arguments parlant à l'encontre d'une relation de causalité entre l'événement du 28 septembre 2012 et les troubles neurologiques. L'assureur rappelle que la définition de l'accident est purement juridique, de sorte que même si un événement peut être qualifié d'accidentel au sens du langage courant ou même du langage médical, il peut ne pas être du ressort de l'assurance-accident obligatoire, mais uniquement de l'assurance-maladie. L'assureur considère dès lors qu'une instruction complémentaire préalable à la décision était inutile, les rapports du Dr C\_\_\_\_\_ du 13 mars 2013 et du Dr D\_\_\_\_\_ du 15 avril 2013 n'apportant aucun élément nouveau sur les faits déterminants. Citant en abondance la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'assureur constate que, selon les derniers renseignements au dossier, la neuropathie ne serait apparemment plus due au fait que le chirurgien se serait appuyé sur son patient durant l'intervention comme indiqué initialement, mais à la « possibilité d'une compression lors de son séjour aux soins intensifs par les barrières de protection qui auraient comprimé de façon bilatérale et simultanée les points d'émergence des nerfs fémoraux cutanés au niveau des épines iliaques antéro-supérieures chez ce patient présentant une obésité tronculaire ». L'assureur considère dès lors que sa décision doit être confirmée.

15. L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours le 25 novembre 2013 contre ladite décision. ![/endif]>![if> Il conclut, préalablement, à sa comparution personnelle, à l'audition de ses médecins, en particulier du Dr D\_\_\_\_\_, et à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée, et, principalement, à la prise en charge de ses frais de traitement et d'indemnités journalières, voire à l'octroi d'une rente d'invalidité dès la date de stabilisation de son état de santé, et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

16. Dans sa réponse du 2 décembre 2013, l'assureur a conclu au rejet du recours. ![/endif]>![if>

17. La chambre de céans a ordonné l'audition du Dr C \_\_\_\_\_ le 29 avril 2014. Ce médecin a ainsi déclaré que :![endif]>![if> « Je confirme avoir posé le diagnostic de neuropathie du nerf fémoro-cutané aux deux membres inférieurs bilatérale prédominant à gauche. Il s'agit seulement d'une atteinte à la sensibilité, il n'y a pas d'atteinte à la force ou à la motricité. On peut souvent voir ce cas lorsqu'une personne reste assise lors d'un long voyage en avion par exemple et que ses hanches ont été comprimées par la ceinture de sécurité. On voit fréquemment ce cas pour des personnes en surcharge pondérale. J'ai pu constater lors de mon second examen en mars 2013 que l'état s'était nettement amélioré. 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. Ça aurait pu être le chirurgien qui appuie sur la cuisse lors de l'intervention. Dans le cas présent toutefois, l'atteinte était bilatérale, ce qui exclurait cette hypothèse, à moins qu'il y ait eu un assistant de l'autre côté. Ce pourrait être aussi les barrières du lit qui auraient pu exercer une compression de chaque côté, lors de son séjour aux soins intensifs. Ceci est une hypothèse imaginée par le chirurgien aux dires de M. A \_\_\_\_\_. Je suis formel : il faut qu'il y ait eu quelque chose d'extérieure qui exerce cette compression. Lorsque j'ai examiné l'assuré, il ne souffrait pas de douleurs sciatiques. La sciatique n'a rien à voir avec la neuropathie que j'ai pu diagnostiquer chez M. A \_\_\_\_\_, ni l'hernie discale. Je n'ai pas constaté de symptomatologie d'hernie discale. Les territoires concernés ne sont pas du tout les mêmes. Lorsque j'ai vu M. A \_\_\_\_\_ le 12 novembre 2012 je n'ai pas constaté d'atteintes radiculaires, donc pas de sciatiques. Il est classique qu'une neuropathie du nerf fémoro-cutané intervienne lors d'une intervention chirurgicale ou dans ses suites. Ce n'est cependant pas fréquent. Il s'agit d'une complication connue. Si le patient est laissé dans une certaine position après l'intervention durant 2 ou 3 heures, le nerf peut être comprimé. Je ne sais pas quelle largeur ont les lits aux soins intensifs ». 18. Le Dr B \_\_\_\_\_ a été entendu le 10 juin 2014. Il a déclaré que :![endif]>![if> « Je ne me souviens que M. A \_\_\_\_\_ m'ait parlé de douleurs à la jambe gauche lors de sa sortie de l'hôpital de La Tour. Je précise qu'il n'y a eu aucune compression à ce niveau-là lors de l'opération et pendant tout son séjour à La Tour. 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. Je pense que ces problèmes de neuropathie peuvent avoir été créés par le diabète. 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. Les lits à La Tour, aux soins intensifs, sont assez larges et les barrières sont verticales. Je ne peux imaginer dans ces conditions que les barrières aient pu exercer une quelconque pression. La neuropathie et la sciatique sont deux atteintes d'origine très différentes. La sciatique est d'origine mécanique, alors que la neuropathie est d'origine diabétique ou liée à une autre maladie métabolique, ou due à une compression. Il est vraisemblable que les douleurs n'étaient pas dues à une sciatique, mais à la neuropathie. 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. Je ne sais pas pour quelle raison le Dr C \_\_\_\_\_ n'a pas pensé au diabète. Je ne me souviens pas avoir parlé à M. A \_\_\_\_\_ de la possibilité d'une compression par des barrières de protection ou des sangles. Il m'est communiqué un échange de mails entre moi-même et M. A \_\_\_\_\_ daté du 18 octobre 2012. M. A \_\_\_\_\_ me demande un entretien. Il m'explique qu'il continue à avoir des douleurs aux membres

inférieurs. Je lui réponds que les douleurs sont probablement dues à l'hospitalisation du fait qu'il était resté alité un certain temps avec une diminution de son activité physique. Alors qu'il était aux soins intensifs, M. A\_\_\_\_\_ a été agité pendant une nuit ou deux. Il avait mal au thorax, ce qui était normal après l'intervention subie. Un sevrage médicamenteux ou alcoolique avait alors été évoqué avec mes collègues. 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. Je ne me souviens pas si M. A\_\_\_\_\_ a ainsi été attaché. Aucune sangle en revanche n'est posée au niveau du bassin, du thorax ou des jambes. Je n'ai jamais suggéré à M. A\_\_\_\_\_ d'annoncer son cas comme accident, dès lors que je considère qu'il n'y pas eu d'accident précisément. Il m'en a parlé, mais je lui ai répondu que nous n'étions pas dans un cas d'accident ». Lors de la comparaison personnelle des parties tenue à la suite de l'audition du Dr B\_\_\_\_\_, l'assuré a indiqué que « Je n'ai jamais eu de problème au niveau des membres inférieurs avant l'intervention du 28 septembre 2012. Lorsque l'on m'a ramené dans ma chambre à la suite des soins intensifs, j'ai eu immédiatement très mal aux jambes. Les médecins sont venus me voir et ont pensé à une allergie aux médicaments. Ils ont alors arrêté de m'administrer le médicament antidouleur. J'avais contacté ma cardiologue qui a prévenu le Dr B\_\_\_\_\_. Celui-ci est venu me voir. Je ne pouvais pas rester allongé tellement les douleurs étaient fortes. J'étais obligé de dormir assis. J'ai subi ces douleurs jusqu'à fin mai. Je n'ai plus autant mal qu'auparavant, mais je ressens mes jambes comme si elles étaient endormies. Les explications ont ainsi varié. Les médecins ont d'abord envisagé la possibilité qu'il s'agisse d'une allergie, puis d'une sciatique, puis d'une compression extérieure, puis d'un diabète. Je rappelle à cet égard que le Dr D\_\_\_\_\_ reproche dans un courrier du 15 avril 2013 aux médecins de La Tour de n'avoir pas fait suffisamment attention au fait que j'étais un patient atteint de diabète (annexes à la pièce 42bis). Lorsque j'ai parlé avec le Dr B\_\_\_\_\_, il m'a dit exclure qu'il y ait eu compression au moment de l'opération. Il a en revanche envisagé la possibilité que des entraves aient pu exercer une compression lorsque j'étais alité aux soins intensifs. Je sais que les explications ont varié. Ce que je peux dire c'est que je sens les points de compression. J'ai fait une déclaration d'accident pour me protéger des éventuels effets à long terme. J'en avais parlé au Dr B\_\_\_\_\_ qui m'avait dit d'aller de l'avant et qu'il rédigerait un rapport si besoin. Dès que j'ai reçu la réponse négative de l'assurance je l'en ai informé par mail le 8 avril 2013. Je produis ce mail. Je n'ai pas reçu de réponse du Dr B\_\_\_\_\_ ». L'assuré a également produit un échange de courriels entre lui et le Dr B\_\_\_\_\_. Le 18 octobre 2012, le Dr B\_\_\_\_\_ s'est efforcé de rassurer son patient, lui indiquant que les douleurs ressenties dans les jambes étaient sûrement dues à l'hospitalisation, du fait qu'il était moins actif et avait passé beaucoup de temps au lit, lui affirmant que tout cela allait disparaître au fur et à mesure que son activité augmenterait. Le 8 avril 2013, l'assuré a informé le Dr B\_\_\_\_\_ que l'assureur avait répondu par la négative à la déclaration de sinistre du 18 janvier, et lui a demandé s'il pouvait, comme convenu ("como convenido"), écrire une lettre expliquant la cause possible de l'accident démontrant le caractère imprévisible de l'acte ("el carácter imprevisto del acto"). Un délai au 20 juin 2014 a été accordé aux parties pour détermination après enquêtes. 19. Le 18 juin 2014, l'assureur a maintenu sa position, considérant que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable l'existence d'un accident. 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 souffert à la suite de l'intervention du 28 septembre 2012, est une compression externe due au fait qu'il avait été sanglé 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.!

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 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 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. 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. 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. 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 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).

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.

3. 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).

4. 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.

5. 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.

6. 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).

7. 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 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). 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).

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 sciatgies 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 ».

9. 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.

10. 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 ».[endif]>![if> 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. 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.[endif]>![if> 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 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. [endif]>![if> 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 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. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Dit que la procédure est gratuite. 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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