

# VD\_GERICHTE ZA17.042541 vom 26. April 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-04-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA17.042541](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA17.042541)

FR: VD\_GERICHTE ZA17.042541 du 26 avril 2018

IT: VD\_GERICHTE ZA17.042541 del 26 aprile 2018

## Erwägungen

### E. 1

a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont

- 10 - sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

### E. 2

Le litige a pour objet le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents, singulièrement la question de savoir si la recourante a été victime d'un accident.

#### E. 2.1

; 121 V 35 consid. 1a).

- 11 - c) 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 (TF 8C\_234/2008 du 31 mars 2009 consid. 3.2, in SVR 2009 UV n° 47 p. 166). 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 et les références). d) Conformément à ces principes, la jurisprudence a ainsi nié l'existence d'un accident dans le cas où une injection administrée de manière conforme aux règles de l'art cause une réaction non prévisible et atypique qui entraîne la mort ou la

paralysie du patient (ATFA 1966 p. 137 ; voir également TFA 5C\_295/2005 du 12 avril 2006).

### **E. 3**

a) En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputée accident 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. Selon la jurisprudence, la notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions qui doivent être cumulativement réalisés, à savoir : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, 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 129 V 402 consid. 2.1 ; 122 V 230 consid. 1). b) 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, le 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 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1).

### **E. 4**

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de

- 12 - preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

### **E. 5**

a) En l'occurrence, il ne semble pas contesté que la recourante souffre des séquelles d'une arachnoïdite apparue dans le contexte d'une anesthésie péridurale. b) Plusieurs hypothèses ont été formulées au cours de la procédure concernant l'origine de l'arachnoïdite. aa) S'agissant d'une contamination par un agent infectieux, cette hypothèse a, quand bien même aucun germe n'a pu être mis en évidence, été jugée comme étant la plus probable par le Service d'immunologie et allergie de l'Hôpital S. \_\_\_\_\_, compte tenu d'une ponction lombaire évocatrice avec une leucorachie très importante avec prédominance de granulocytes, une hypoglycorachie ainsi qu'une amélioration du syndrome inflammatoire et

de l'état fébrile sous Menorem (cf. rapport du 10 juin 2014). Cette hypothèse a toutefois été réfutée par le Service des maladies infectieuses de l'Hôpital S. \_\_\_\_\_, lequel a considéré, en l'absence de piste microbiologique malgré des investigations avancées, qu'une piste infectieuse était fortement improbable – une

- 13 - myélite infectieuse se présentant habituellement de façon chronique – et qu'une origine toxique paraissait la plus probable (cf. rapport du 14 mai 2014). De même, la Division de pharmacologie et toxicologie cliniques de l'Hôpital S. \_\_\_\_\_ a relevé des éléments qui plaidaient en défaveur de cette hypothèse, tels que la chronologie (rapidité de l'instauration des troubles sensitivo-moteurs), l'absence de germe retrouvé et l'absence de clinique centrale (cf. rapport du 1er juillet 2014). Quant au bureau d'expertises extrajudiciaires de la FMH, il semble, vu l'absence d'explications à ce propos, avoir exclu d'emblée que l'arachnoïdite ait pu avoir une origine infectieuse. bb) S'agissant d'une erreur de dosage au moment de la préparation des poches de perfusion, la Division de pharmacologie et toxicologie cliniques de l'Hôpital S. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'absence rapportée de plaintes systémiques (troubles hémodynamiques, paresthésies) associées aux troubles sensitivo-moteurs était peu suggestive d'un surdosage des substances prescrites dans le cadre d'une rachi-péridurale (cf. rapport du 1er juillet 2014). Le bureau d'expertises extrajudiciaires de la FMH a pour sa part retenu, en se fondant sur les explications données par T. \_\_\_\_\_, directeur des soins infirmiers à la Clinique C. \_\_\_\_\_, que cette hypothèse était peu probable, dans la mesure où les poches de médicaments étaient toujours préparées par deux infirmières selon le principe des quatre yeux (expertise, p. 16). Au surplus, il y a lieu de constater que, sur les trois poches administrées à la recourante, seule la troisième a pu être analysée, les deux premières ayant été détruites. L'analyse de cette dernière poche – mise en place après l'apparition de la paralysie – s'est révélée sans particularité, si ce n'est une concentration de fentanyl de l'ordre du tiers de la concentration attendue au regard de la prescription. Aussi bien la Division de pharmacologie et toxicologie cliniques de l'Hôpital S. \_\_\_\_\_ que le bureau d'expertises extrajudiciaires de la FMH ont estimé que cette poche n'était « a priori » pas à incriminer. cc) S'agissant de l'administration accidentelle d'une substance toxique inconnue ou d'une substance classique (chlorhexidine ; chirocaïne

- 14 - ; bupivacaïne ; fentanyl) ayant déclenché une réaction immuno-allergique, le bureau d'expertises extrajudiciaires de la FMH a indiqué que, si la première possibilité ne pouvait être exclue, la seconde possibilité apparaissait la plus probable, compte tenu de la littérature médicale sur la question, du fait que toutes les injections faites par le biais du cathéter péridural avaient été indolores et qu'il s'agissait d'une intervention de routine exécutée par une anesthésiste expérimentée au sein d'un établissement de santé disposant d'une expérience certaine en matière de cathéter péridural (expertise, p. 17). Aussi bien le Service des maladies infectieuses de l'Hôpital S. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 14 mai 2014) que le Service d'immunologie et allergie de l'Hôpital S. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 10 juin 2014) ont pour leur part expliqué que l'hypothèse d'une réaction toxique sur les médicaments administrés lors de la rachianesthésie était plausible. Quant à la Division de pharmacologie et toxicologie cliniques de l'Hôpital S. \_\_\_\_\_, elle a indiqué que, lorsque la cause d'un déficit sensitivo-moteur après une rachianesthésie était indéterminée, une implication d'un médicament apparaissait comme un diagnostic d'exclusion, sans que sa cause ne puisse généralement être affirmée (cf. rapport du 1er juillet 2014). c) Quand bien même la majorité des médecins consultés semble s'accorder sur l'origine toxique de la paralysie, force est de

constater, malgré les investigations étendues menées au sein de l'Hôpital S. \_\_\_\_\_, que son origine exacte demeure à ce jour un mystère. Autrement dit, il est impossible, en l'état des choses, de déterminer si la paralysie résulte d'une faute commise dans le cadre de la prescription, de la préparation et/ou de l'administration de la médication ou s'il s'agit d'une réaction d'hypersensibilité à l'un des médicaments – correctement – administrés à la recourante. A cet égard, l'analyse des deux premières poches de perfusion aurait certainement permis de fournir des indices utiles permettant de confirmer l'une ou l'autre de ces hypothèses ; ces poches ont toutefois été détruites. Il ressort toutefois des différents avis médicaux exprimés en cours de procédure qu'il est généralement très difficile, voire impossible, de déterminer dans une telle situation le facteur exact à l'origine d'une paralysie. Au regard de

- 15 - l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, il y a lieu d'admettre qu'il sera probablement impossible de déterminer la cause exacte de la paralysie de la recourante, singulièrement si la paralysie a une origine accidentelle. Pour ce motif, il y a lieu de renoncer, par appréciation anticipée des preuves, à procéder à des investigations médicales complémentaires, dès lors qu'un nouvel examen des circonstances et des pièces médicales versées au dossier ne permettra que de confirmer les hypothèses existantes ou de formuler de nouvelles hypothèses. De même apparaît-il vain d'examiner les contradictions relevées par la recourante concernant certaines prescriptions et certains dosages de médicament, dès lors qu'un tel examen, s'il est susceptible de mettre en évidence l'existence d'une erreur, ne permettra en aucune manière d'établir avec un haut degré de vraisemblance que cette erreur est la cause exacte de la paralysie, à l'exclusion de toute autre hypothèse. d) Il résulte de ce qui précède qu'il n'est pas possible en l'espèce d'apporter la preuve de l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire au degré, usuel en droit des assurances sociales, de la vraisemblance prépondérante. Dans la mesure où l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire constitue une condition du droit aux prestations, le fardeau de la preuve en incombe à la recourante, laquelle doit supporter les conséquences de l'absence ou de l'échec de cette preuve. e) Le fait que les experts ont mis en évidence des erreurs dans le cadre de la prise en charge post-opératoire de la recourante (absence de contrôle de la fonction urinaire ; retard dans le signalement de la paralysie) ne sauraient rien changer à l'issue du présent litige, dès lors que ces facteurs ne sont clairement pas à l'origine de la paralysie. Le bureau d'expertises extrajudiciaires de la FMH a d'ailleurs indiqué que, même si le suivi post-opératoire de la part de l'équipe soignante s'était déroulé selon les règles de l'art, cela n'aurait rien changé quant à l'état de santé dans lequel la recourante s'est finalement trouvée.

## **E. 6**

a) Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

- 16 - b) Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. c) La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (cf. art 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 31 août 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.  
Le président : Le greffier : Du

- 17 - L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Mme P. \_\_\_\_\_, - Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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