



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00, F +41 26 304 15 01  
www.fr.ch/tc

605 2018 9

## **Arrêt du 23 avril 2018**

### **1<sup>e</sup> Cour des assurances sociales**

#### **Composition**

Président:

Marc Boivin

Juges:

Marianne Jungo, Marc Sugnaux

Greffière:

Isabelle Schuwey

#### **Parties**

**A. \_\_\_\_\_, recourant,** représenté par Me Nicolas Charrière,  
avocat

contre

**SUVA, autorité intimée**

#### **Objet**

Assurance-accidents

Recours du 27 mai 2016 contre la décision sur opposition du 26 avril 2016, dont l'instruction est reprise suite à l'arrêt du 19 décembre 2017 de la 1<sup>ère</sup> Cour de droit social du Tribunal Fédéral

## considérant en fait

A. Le 9 janvier 2013, A. \_\_\_\_\_, né en 1986, ressortissant guinéen, a subi une ostéotomie bi-maxillaire et génioplastie en raison d'une difformité maxillo-faciale découlant d'un accident subi en Guinée en 2003. Cette intervention, prise en charge par l'assurance-maladie, a été réalisée par le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie maxillo-faciale, auprès de l'Hôpital C. \_\_\_\_\_.

Dans la nuit du 11 au 12 janvier 2013, l'intéressé a subi un arrêt respiratoire et a été intubé, avant d'être transféré aux soins intensifs de l'Hôpital D. \_\_\_\_\_. Le 14 janvier 2013, il a ensuite été adressé à l'Hôpital E. \_\_\_\_\_ pour mise sous coma barbiturique. Le 3 février 2013, il a été réadmis à D. \_\_\_\_\_, qu'il a finalement pu quitter le 12 avril 2013.

A sa sortie de l'hôpital, le diagnostic principal retenu était une encéphalopathie anoxique compliquée d'un état de mal épileptique avec syndrome de Lance-Adams, ataxie à la marche avec chute à répétition sur myoclonies d'action et syndrome d'effrayement avec troubles mixtes de la personnalité, ainsi qu'une nécrose cutanée de l'avant-bras gauche secondaire à une injection paraveineuse.

Par déclaration de sinistre du 7 juin 2013, son employeur de l'époque, F. \_\_\_\_\_ SA, a annoncé le cas à la SUVA, auprès de laquelle il était assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles.

Par courrier du 24 juillet 2013, la SUVA a informé l'assuré de son refus de prise en charge au motif que la notion d'accident ne pouvait être admise et l'a renvoyé auprès de l'assurance-maladie.

Ce refus a été confirmé par décision formelle du 22 août 2013, sur la base de l'avis du 21 août 2013 du médecin-conseil de la SUVA, le Dr G. \_\_\_\_\_.

A. \_\_\_\_\_ a formé opposition contre cette décision le 25 septembre 2013, invoquant que l'erreur de traitement dans le cas d'espèce serait constitutive d'un accident, dès lors qu'il s'agirait de confusions ou de maladresses grossières et extraordinaires dans la prise en charge du patient.

Dans le cadre du traitement de l'opposition, la SUVA a soumis le cas à sa Division médicale. Dans son appréciation médicale du 31 mars 2016, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a estimé qu'aucune faute grossière dans la prise en charge médicale de l'intéressé ne pouvait être établie.

En conséquence, la SUVA a rejeté l'opposition le 26 avril 2016, considérant qu'à défaut de violation grossière et extraordinaire des règles de l'art, la notion d'accident ne pouvait pas être retenue.

B. Contre cette décision sur opposition, A. \_\_\_\_\_, représenté par Me Nicolas Charrière, avocat, a formé recours le 27 mai 2016, concluant, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision querellée et à la constatation du caractère accidentel de l'incident postopératoire subi dans la nuit du 11 au 12 janvier 2013 à fins de prise en charge par la SUVA et octroi de toutes prestations légales. En substance, il a tout d'abord considéré que la seule « appréciation médicale » du 31 mars 2016 établie par le Dr H. \_\_\_\_\_ ne constituait pas un moyen suffisant pour statuer sur le cas. Il a critiqué le fait de n'avoir pas été invité à se déterminer sur cette appréciation médicale, en violation de son droit d'être entendu. Il a dès lors demandé la reprise de l'instruction par la SUVA et a requis la tenue de débats publics. Sur le fond, il a estimé que la prise en charge médicale n'avait pas respecté les règles de l'art, en raison notamment d'une absence

d'information donnée au patient dans les phases préhospitalière et préopératoire, de la prescription de médicaments inadaptés, de l'absence de suivi postopératoire suffisant et de la gestion déficiente de la situation par le personnel infirmier. Il a affirmé que l'ensemble des manquements commis par le Dr B. \_\_\_\_\_ et par le personnel infirmier constituait une violation grave des règles de l'art, de sorte que l'arrêt respiratoire devait être considéré comme un accident postopératoire et non pas une simple complication du traitement d'une maladie.

Dans sa réponse du 15 septembre 2016, la SUVA, agissant alors par l'intermédiaire de Me Didier Elsig, avocat, a proposé le rejet du recours. Elle a considéré qu'il convenait de suivre l'analyse effectuée par le Dr H. \_\_\_\_\_ et de retenir que la prise en charge du recourant n'avait pas constitué une violation grossière et extraordinaire des règles de l'art. En conséquence, à défaut d'accident, c'était à bon droit qu'elle avait refusé la prise en charge des complications présentées par son assuré suite à l'intervention du 9 janvier 2013

Dans ses contre-observations du 20 février 2017, le recourant a maintenu ses critiques à l'égard de l'appréciation médicale du Dr H. \_\_\_\_\_, en relevant notamment que ce dernier n'était pas spécialiste dans les domaines médicaux concernés. Il a dès lors requis la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire ainsi que l'audition de différents témoins.

Par courrier du 27 mars 2017, la SUVA a indiqué ne pas avoir d'observations supplémentaires à formuler et a maintenu sa position et ses conclusions.

C. Par arrêt du 6 juin 2017, la présente Cour du Tribunal cantonal a rejeté le recours de A. \_\_\_\_\_. Elle a retenu pour l'essentiel que les conditions très restrictives de la reconnaissance d'un acte médical assimilable à un accident n'étaient pas remplies, les vraisemblables manquements dont il avait été victime ne sachant toutefois pas être considérés comme une violation crasse des règles de l'art médical.

D. Saisie à son tour d'un recours, la 1<sup>ère</sup> Cour de droit social du Tribunal Fédéral (TF) l'a partiellement admis le 19 décembre 2017.

Sans se prononcer sur le fond, elle a constaté que la Cour de céans ne s'était pas prononcée sur la requête de débats publics, au sens de l'art. 6 § 1 CEDH, alors qu'il n'existait aucun motif pour s'opposer à la tenue d'une audience publique. Dans ces conditions, elle renvoyé la cause à l'instance cantonale pour qu'elle donne suite à la requête de débats publics du recourant et statue à nouveau.

E. En application de ce jugement, des débats publics ont eu lieu le 28 mars 2018.

Dans le cadre de sa plaidoirie, le mandataire de A. \_\_\_\_\_ a confirmé les conclusions formulées dans le recours du 27 mai 2016. Il a ainsi conclu à la reconnaissance du caractère accidentel de la prise en charge hospitalière de son client en janvier 2013 et au renvoi de la cause à la SUVA pour prise en charge du cas. Subsidièrement, il a requis la mise en œuvre de mesures d'instruction, soit sous l'angle d'un renvoi à l'autorité intimée, soit d'une expertise judiciaire. Par ailleurs, il a produit un bordereau complémentaire de deux pièces.

La SUVA, à sa requête, a été dispensée de comparaître.

F. Parallèlement à tout cela, l'intéressé a interpellé la Generali Assurance Générales SA, assureur-responsabilité-civile de l'Hôpital C. \_\_\_\_\_, ainsi qu'AXA Winterthur Assurances SA, assureur-responsabilité du Dr B. \_\_\_\_\_ et du Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, afin de faire valoir ses prétentions civiles en réparation du préjudice subi.

Suite au refus d'entrée en matière de ces assurances, une requête d'expertise auprès du Bureau d'expertises extrajudiciaires de la FMH a été formulée. Il n'a toutefois pas été entré en matière sur celle-ci, faute de réalisation de certaines conditions formelles.

G. Enfin, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI) a pour sa part rendu le 2 février 2015 un projet d'acceptation de rente entière à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014 en faveur du recourant, sur la base d'un taux d'invalidité de 100% en raison d'une capacité de gain considérée comme nulle, celle-ci occasionnée par le tableau clinique présenté après l'opération litigieuse.

## en droit

1.

L'instruction du recours, déclaré recevable à l'époque, est reprise sur injonction du TF.

2.

Le recourant se prévaut d'abord d'une violation de son droit d'être entendu au sens des art. 29 al. 2 Cst. et 42 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) en relation avec l'appréciation médicale du 31 mars 2016 du Dr H.\_\_\_\_\_. Il reproche à la SUVA de ne pas l'avoir informé de la mise en œuvre de cette appréciation médicale, ne lui permettant ainsi pas de se positionner sur le choix de l'expert ni sur le contenu ou les conclusions de son rapport.

2.1. Aux termes de l'art. 42 1<sup>ère</sup> phrase LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les parties ont le droit d'être entendues.

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa; 126 V 132 consid. 2b et les arrêts cités).

La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 II 286 consid. 5.1 et les références citées).

2.2. L'art. 43 al. 1 1<sup>ère</sup> phrase LPGA, consacrant le principe de la maxime inquisitoire, dispose que l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin.

L'administration ou le juge peuvent cependant renoncer à procéder à des mesures d'instruction lorsqu'ils parviennent à la conclusion que les questions complémentaires ne sont pas décisives pour la solution du litige ou qu'elles ne pourraient les amener à modifier leur opinion (appréciation anticipée des preuves; arrêts TF 9C\_509/2011 du 4 février 2011 consid. 4.4.1 et 9C\_881/2009 du 1<sup>er</sup> juin 2010 consid. 3.2; ATF 135 V 465 consid. 4.3.2, 134 I 140 consid. 5.3, 130 II 425 consid. 2.1, 124 V 90 consid. 4b, 122 II 4654 consid. 4a). Lorsque l'administration ne donne pas suite à une requête visant à poser des questions complémentaires à l'expert, la violation du droit d'être entendu invoquée en procédure de recours concerne en réalité la valeur probante de l'expertise et

n'a pas de portée propre par rapport au grief tiré d'une mauvaise appréciation des preuves (cf. ATF 130 II 425 consid. 2.1).

Pour ce qui est des expertises, le droit d'être entendu implique notamment le droit de prendre connaissance du rapport de l'expert et de poser des questions complémentaires à ce dernier. En particulier, le justiciable doit également pouvoir prendre connaissance d'un rapport complémentaire de l'expert et pouvoir se déterminer à son propos avant que ne soit rendue la décision sur le fond (ATF 128 V 272 consid. 5b/bb).

Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, même dans l'hypothèse où la violation du droit d'être entendu serait d'une gravité particulière, un renvoi de la cause à l'administration dans le sens d'une réparation du droit d'être entendu ne saurait entrer en considération, si et dans la mesure où le renvoi conduit formellement à un temps mort ainsi qu'à des retards inutiles, incompatibles avec l'intérêt du justiciable à un jugement expéditif de la cause (ATF 132 V 387 consid. 5.1; ATF 133 I 201 consid. 2.2).

2.3. En l'espèce, dans le cadre du traitement de l'opposition du recourant, la SUVA a soumis le cas à sa Division médecine des assurances pour avis. Cette dernière s'est prononcée par l'intermédiaire du Dr H. \_\_\_\_\_, sous la forme de l'appréciation médicale du 31 mars 2016, sur la base de laquelle la SUVA a ensuite rendu sa décision sur opposition.

Au vu des exigences précitées relevant du droit d'être entendu, il eût naturellement été opportun de transmettre au recourant cette appréciation avant que la décision sur opposition ne soit rendue, afin de permettre à ce dernier de s'exprimer à ce sujet et, cas échéant, de poser des questions complémentaires.

Cela étant, la question qui se pose est celle de savoir si un renvoi à l'autorité intimée s'impose ou si cette éventuelle violation peut être considérée comme réparée, étant précisé que, dans l'intervalle, l'assuré, représenté par un mandataire professionnel, a pu largement se déterminer sur le contenu de l'appréciation médicale litigieuse, devant l'Instance de céans, disposant d'un plein pouvoir de cognition, en fait, en droit et en opportunité, celui-ci exercé dans le cadre d'une procédure régie par la maxime d'office.

Pour toutes ces raisons et conformément à la jurisprudence, un renvoi pour octroi du droit d'être entendu n'entre ici pas en considération; elle conduirait bien plus à un temps mort et à ralentir encore la procédure, incompatible avec l'intérêt du recourant à un jugement, dans les meilleurs délais, de la cause sur le fond.

Il sied bien plutôt d'examiner les mérites du recours sur le fond.

3.

Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

3.1. Selon la jurisprudence (ATF 129 V 402 consid. 2.1 p. 404, 122 V 230 consid. 1 p. 232 ss), la notion d'accident se décompose en cinq conditions, qui doivent être cumulativement réalisées: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte; le

facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident.

Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, cas échéant, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 129 V 402 consid. 2.1 p. 404, 122 V 230 consid. 1 p. 231, 121 V 35 consid. 1a p. 38, 118 V 59 consid. 2b p. 61).

3.2. Le point de savoir si un acte médical peut constituer un facteur extérieur extraordinaire doit être tranché sur la base de critères médicaux objectifs.

Le caractère extraordinaire d'une telle mesure est une exigence dont la réalisation ne saurait être admise que de manière restrictive. Il faut que, compte tenu des circonstances du cas concret, l'acte médical s'écarte considérablement de la pratique courante en médecine et qu'il implique de ce fait objectivement de gros risques (ATF 121 V 35 consid. 1b p. 38, 118 V 283 consid. 2b p. 284, TF 8C\_535/2012, TF 8C\_767/2012).

Le traitement d'une maladie en soi ne donne pas droit au versement de prestations de l'assureur-accidents, mais une erreur de traitement peut, à titre exceptionnel, être constitutive d'un accident, dès lors qu'il s'agit de confusions ou de maladresses grossières et extraordinaires, voire d'un préjudice intentionnel, avec lesquels personne ne comptait ni ne devait compter. La notion d'erreur médicale ne saurait en effet être étendue à toute faute du médecin, au risque de faire jouer à l'assurance-accidents le rôle d'une assurance de la responsabilité civile des fournisseurs de prestations médicales (RAMA 2000 n° U 407 p. 404, U 225/99 consid. 2 et 9b).

La question de l'existence d'un accident sera tranchée indépendamment du point de savoir si l'infraction aux règles de l'art dont répond le médecin entraîne une responsabilité (civile ou de droit public). Il en va de même à l'égard d'un jugement pénal éventuel sanctionnant le comportement du médecin (ATF 121 V 35 consid. 1b p. 39 et les références). Enfin, on précisera que l'indication d'une intervention chirurgicale n'est pas un critère juridiquement pertinent pour juger si un acte médical répond à la définition légale de l'accident (ATF 118 V 283).

Toujours d'après la jurisprudence, il appartient à l'assuré de rendre plausible que les éléments d'un accident, tel qu'il est défini, sont réunis en l'occurrence. Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir ces éléments pour établis ou du moins pour vraisemblables - la simple possibilité ne suffit pas -, le juge constatera l'absence de preuves ou d'indices et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un accident (ATF 114 V 305 consid. 5b). Les mêmes principes sont applicables, logiquement, en ce qui concerne la preuve d'une lésion assimilée à un accident (ATF 114 V 306 consid. 5b).

3.3 Conformément à ces principes, la jurisprudence admet par exemple l'existence d'un accident, imputable à une cause extérieure extraordinaire, dans le cas d'une confusion en matière de groupes sanguins ou en matière d'agents anesthésiques, dans le cas d'une accumulation d'erreurs à l'occasion d'une angiographie, lors de l'injection trop rapide par voie intraveineuse d'une dose excessive de produits anesthésiques, ainsi que lors de l'oubli d'un cathéter dans la vessie d'un patient ou dans le cas d'une lésion du nerf médian à l'occasion d'une prise de sang, et enfin dans le cas de la mobilisation sous anesthésie d'un genou fortement raidi, occasionnant la fracture d'une ostéotomie, dans des circonstances où cette opération apparaissait vouée à l'échec,

manifestement contraire à l'expérience ainsi qu'à la pratique médicale (arrêt 8C\_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.3 et les références).

En revanche, la jurisprudence a nié l'existence d'un accident à propos d'une perforation de l'intestin lors d'une rectoscopie suivie d'un lavement baryté, lors du choix - hautement discutable - d'une technique opératoire, dans le cas d'une perforation par erreur de la sclérotique à l'occasion d'une injection subcorticale parabolbaire au celeston, lors d'une lésion de nerfs de la main survenue au cours d'une opération spécialement difficile et délicate sur un terrain cicatriciel dont l'anatomie était modifiée par de multiples opérations antérieures, à l'occasion de la section accidentelle de la veine épigastrique au cours de l'opération d'une hernie inguinale, lors de la perforation de l'œsophage survenue au cours de l'extraction d'un morceau de viande, dans le cas de gestes médicaux inappropriés associés à de multiples complications ayant entraîné le décès d'une femme sur le point d'accoucher, lors d'une lésion du nerf alvéolaire provoquée par l'extraction d'une dent de sagesse sans qu'un diagnostic préopératoire n'ait été posé, lors de complications imprévisibles et rarissimes liées à un étirement préopératoire du plexus brachial en l'absence d'erreur de traitement, dans le cas où l'inhalation d'un aérosol d'antibiotique a causé une réaction totalement inhabituelle et imprévisible sous la forme d'un choc anaphylactique, et enfin dans celui où l'administration d'une combinaison de médicaments à l'occasion d'un accouchement s'est révélée présenter a posteriori certains risques pour la patiente (arrêt 8C\_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.3 et les références).

4.

De manière générale, en droit des assurances sociales, il n'existe pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. Le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 et les références citées).

Enfin, pour accorder pleine valeur probante à un rapport médical, il est nécessaire que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et références citées).

5.

Est essentiellement litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si le recourant a été victime d'un acte médical assimilable à un événement accidentel au sens de la jurisprudence, et plus particulièrement si les atteintes dont il souffre actuellement doivent être prises en charge par l'assureur-accidents en tant que séquelles d'un tel événement survenu dans le cadre d'une opération maxillo-faciale.

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

#### *5.1.1. Situation initiale*

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

Dès son arrivée en Suisse, en 2004, il a été suivi par le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, notamment en raison d'une polyglobulie secondaire familiale idiopathique, d'une alpha-thalassémie mineure, des kystes rénaux bénins, un status post-épididymite droite traitée en 2004 ainsi que pour ses troubles psychiatriques post-traumatiques et un épisode dépressif sévère. Le recourant présentait également des antécédents de status post-malaria, de status post-thrombose de la saphène interne droite ainsi que d'appendicectomie. Il a également informé son médecin d'une consommation occasionnelle de THC.

Dans ce contexte général, le recourant prenait en janvier 2010 une quantité importante de médicaments (*Zyprexa, Dalmadorm Mite, Tranxilium 10, Paroxétine Mepha, Dafalgan 500, Aspirine Cardio 100, Lyrica, Vesicare, Transipeg Forte, Antidry, Doxium, Fastum, Ecodolor, Doxiproct Plus, Sirdalud, Mycostatin*), soit notamment des antidépresseurs, anxiolytiques, somnifères, antiépileptiques, neuroleptiques, myorelaxants et d'anti-inflammatoires (bordereau recourant, pièce 8).

En raison d'une déformation post-traumatique de la mandibule résultant de l'agression subie à J.\_\_\_\_\_ en 2003, ce médecin l'a adressé le 18 janvier 2010 au Dr B.\_\_\_\_\_, chirurgien maxillo-facial.

Une intervention chirurgicale a finalement été planifiée avec ce chirurgien au début du mois de janvier 2013 à l'Hôpital C.\_\_\_\_\_.

#### 5.1.2. Intervention du 9 janvier 2013

Le 8 janvier 2013, comme prévu, le recourant a été admis à l'Hôpital C.\_\_\_\_\_.

Dans le questionnaire d'anesthésie rempli avant l'intervention, le recourant a indiqué avoir été gravement malade, avoir déjà eu des réactions allergiques et prendre des médicaments anticoagulants. Il a également indiqué prendre différents médicaments (bordereau recourant, pièce 10). Les documents concernant l'intervention et le suivi postopératoire précisent la nature des allergies signalées par le recourant, qui a déclaré être allergique à la quinine et aux piqûres d'abeille (bordereau recourant, pièces 12 et 14).

Le 9 janvier 2013, le Dr B.\_\_\_\_\_ a procédé à l'intervention programmée, à savoir une « *rotation faciale vers la gauche par ostéotomie bi maxillaire et génioplastie* », sous anesthésie générale (protocole opératoire, bordereau recourant, pièce 13).

#### 5.1.3. Suivi postopératoire

Après l'intervention, le recourant a été placé en soins continus. Les fiches de surveillance du 9, 10 et de la nuit du 10 au 11 janvier 2013 font état de contrôles très réguliers (dossier SUVA, pièce 8).

D'après le compte-rendu du Dr B.\_\_\_\_\_, celui-ci a visité le recourant le lendemain de l'intervention. Il a alors constaté une évolution favorable, avec enflure, mais sans aucun signe d'insuffisance respiratoire (bordereau recourant, pièce 38).

Le 11 janvier 2013, le recourant a été transféré en chambre. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a effectué une nouvelle visite vers 19h. A cette occasion, il a noté que le patient était inquiet par son enflure, qu'il avait commencé à recevoir une alimentation liquide et que son amie était présente. Le médecin a relevé une bonne saturation sous vapeur froide et air ambiant (bordereau recourant, pièce 38).

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



#### 5.1.4. *Nuit du 11 au 12 janvier 2013 et arrêt respiratoire*

Selon la fiche de surveillance de la nuit du 11 au 12 janvier 2013, le recourant, agité, s'est rendu à l'office du personnel soignant à 1h10. Il a alors été reconduit dans sa chambre où il a perdu connaissance suite à une apnée. Une ventilation au masque, puis au ballon, a été entreprise, et le Dr I. \_\_\_\_\_, médecin-anesthésiste, a été appelé en urgence (bordereau recourant, pièce 22).

Selon le compte-rendu de réanimation du Dr I. \_\_\_\_\_, ce dernier a été appelé à 1h18 sur son téléphone portable. Il est arrivé à 1h23 et a alors constaté que le patient était inconscient, portait un masque à oxygène et que la saturation en oxygène, indiquée par différents appareils, variait entre 40 et 80%. Il a procédé alors à une ventilation au masque et a constaté que le thorax se soulevait. A 1h40, le Dr B. \_\_\_\_\_ est arrivé. Vers 1h45, après un bref épisode de désaturation à 40%, le patient a été amené au bloc opératoire afin d'être intubé dans les meilleures conditions possibles. Durant le transport vers le bloc, le Dr I. \_\_\_\_\_ a assuré une ventilation continue avec une saturation supérieure à 80%. La première tentative d'intubation, qui a échoué, a été immédiatement suivie d'une seconde tentative réussie. Dès l'intubation, la saturation est remontée au-dessus de 95%. Le transfert aux soins intensifs de D. \_\_\_\_\_ a ensuite été organisé (compte-rendu de réanimation du Dr I. \_\_\_\_\_, bordereau recourant, pièce 23).

#### 5.1.5. *Prise en charge à D. \_\_\_\_\_ puis à E. \_\_\_\_\_*

A son arrivée à D. \_\_\_\_\_ le 12 janvier 2013 vers 2h30, un « état de mal épileptique réfractaire sur encéphalopathie post-anoxique » avec « insuffisance respiratoire aiguë sur OAP à pression négative, bronchoaspiration et œdème généralisé des voies aériennes supérieures » a été diagnostiqué. Le patient a été traité par intubation oro-trachéale (lettre de transfert du 14 janvier 2013, bordereau recourant, pièce 26).

La prise en charge à D. \_\_\_\_\_ n'ayant pas permis la levée de l'état de mal épileptique, un transfert vers E. \_\_\_\_\_ a été réalisé le 14 janvier 2013 pour mise sous coma barbiturique.

Le 4 février 2013, le recourant a été retransféré à D. \_\_\_\_\_, d'abord en soins intensifs, puis continus et enfin en service de neuroréhabilitation, avant de pouvoir quitter l'hôpital le 12 avril 2013 (lettre de sortie du 11 avril 2013, bordereau recourant, pièce 30).

#### 5.1.6. *Evolution et situation actuelle*

A sa sortie de l'hôpital, le diagnostic principal retenu était une encéphalopathie anoxique compliquée d'un état de mal épileptique avec syndrome de Lance-Adams, ataxie à la marche avec chute à répétition sur myoclonies d'action et syndrome d'effrayement avec troubles mixtes de la personnalité, ainsi qu'une nécrose cutanée de l'avant-bras gauche secondaire à une injection paraveineuse. Le recourant présentait ainsi notamment un important ralentissement psychomoteur associé à un manque du mot ainsi que des problèmes de mémoire rétrograde et antérograde, ainsi qu'une diminution de sa motricité globale et fine ainsi que de l'endurance des membres supérieurs (lettre de sortie du 11 avril 2013, bordereau recourant, pièce 30).

Dans un rapport du 5 septembre 2014, le Dr L. \_\_\_\_\_, médecin adjoint au sein de la clinique de rhumatologie, médecine physique et rééducation de D. \_\_\_\_\_, a indiqué que lors du dernier examen du recourant le 19 mai 2014, il a constaté une aggravation des myoclonies sous une triple thérapie antiépileptique et une augmentation des céphalées, ainsi qu'un niveau de fatigue, de photophobie et de sommeil élevé mais stationnaire (bordereau recourant, pièce 32).

Compte tenu de cela, l'OAI a estimé que la capacité de travail résiduelle du recourant devait être considérée comme considérablement restreinte, limitée à une activité occupationnelle adaptée à son état de santé. Une rente entière, sur la base d'un taux d'invalidité de 100%, lui a ainsi été accordée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014 (projet de décision du 2 février 2015, bordereau recourant, pièce 33).

Enfin, dans un rapport du 27 mars 2018, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a confirmé le diagnostic d' « *encéphalopathie post anoxique avec myoclonies d'actions contrôlées par Nootropil* », et a constaté que le recourant présentait à l'heure actuelle toujours « *un certain ralentissement, une discrète cirumduction à la marche avec la jambe gauche, quelques myoclonies occasionnelles du bras gauche (...) et quelques lâchages de la jambe gauche. Il y a un discret syndrome cérébelleux gauche connu* » (bordereau complémentaire recourant, pièce 55).

5.2. A titre préalable, on peut constater d'emblée que l'intervention chirurgicale du 9 janvier 2013 a été pratiquée afin de corriger les conséquences d'une agression subie par le recourant à J. \_\_\_\_\_ en 2003, évènement qui ne saurait évidemment engager la responsabilité de la SUVA.

Le recourant estime toutefois que des manquements importants ont eu lieu dans sa prise en charge médicale, à tel point que l'incident postopératoire survenu dans la nuit du 11 au 12 janvier 2013 constitue un accident au sens des art. 4 LPGA et 7 LAA, donnant droit à des prestations de l'assurance-accidents.

Il convient de revenir sur les différents manquements invoqués.

#### 5.2.1. *Prise en charge préopératoire*

Le recourant estime n'avoir pas été suffisamment informé durant les phases préhospitalière et préopératoire, en particulier quant aux risques et aux complications postopératoires possibles. Il affirme que les risques de l'intervention ont été totalement minimisés, voire occultés par le Dr B. \_\_\_\_\_ lors des entretiens qui ont précédé l'intervention. Il estime par ailleurs n'avoir pas disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à l'intervention, ce qui l'aurait empêché de solliciter un second avis médical. Le recourant affirme en conséquence que le Dr B. \_\_\_\_\_ a failli à son obligation de l'informer, de sorte qu'il n'a en aucun cas pu donner son consentement librement éclairé quant à cette intervention.

En l'espèce, le dossier ne contient certes pas de document signé du patient, prouvant qu'il aurait été valablement et suffisamment informé de tous les risques induits par cette intervention. Cette question n'apparaît toutefois pas pertinente dans le cadre du présent dossier, dans la mesure où un éventuel défaut d'information de la part du médecin pourrait éventuellement constituer un motif engageant sa responsabilité civile, mais ne saurait en aucun cas représenter un évènement accidentel selon la LAA, l'assurance-accidents n'ayant précisément pas pour but de suppléer à l'assurance responsabilité civile.

De même, la décision de pratiquer cette intervention – cela en dépit des nombreux problèmes de santé préexistants du recourant, de ses allergies ainsi que de sa médication très importante, facteurs éventuellement susceptibles d'augmenter le risque opératoire – ne saurait en aucun cas être considérée comme une erreur d'appréciation médicale assimilable à un évènement accidentel au sens de la jurisprudence susmentionnée, dans la mesure où la question de l'indication d'une intervention chirurgicale n'est en principe pas un critère pertinent.

Dans la mesure où l'opération litigieuse a eu lieu 10 ans après la survenance de l'accident initial, on comprendrait au demeurant mal que le recourant n'ait pas été en mesure de prendre le temps de la réflexion avant d'accepter de se soumettre à cet acte médical.

Quoi qu'il en soit, dans sa plaidoirie du 28 mars 2018, il a indiqué qu'il renonçait à invoquer ce grief dans le cadre de la présente procédure et a admis qu'il savait qu'un œdème pouvait se développer suite à la lourde intervention chirurgicale subie, de sorte que ce grief n'a pas lieu d'être examiné plus spécifiquement.

#### 5.2.2. *Intervention du 9 janvier 2013*

Tous les rapports médicaux au dossier semblent indiquer que l'intervention s'est déroulée de manière satisfaisante et dans les règles de l'art médical. Le recourant lui-même ne le conteste pas, de sorte qu'il n'est pas non plus nécessaire de revenir sur le déroulement de l'intervention.

#### 5.2.3. *Prescriptions médicamenteuses*

Le recourant estime qu'en lui prescrivant du Clexane® ainsi que de l'Adalat® retard, puis en omettant d'instaurer une surveillance particulière suite à ces prescriptions, le Dr B. \_\_\_\_\_ a gravement violé les règles de l'art, alors qu'il s'agit de médicaments susceptibles de provoquer un risque hémorragique, respectivement des œdèmes.

A cet égard, il convient au préalable de relever les importants problèmes de santé préexistants du recourant. Compte tenu de son problème de polyglobulie notamment, il appert que la prescription d'un anticoagulant était indispensable.

S'agissant de l'opportunité de prescrire ces médicaments précis, le recourant n'apporte aucun avis médical documenté prouvant une contre-indication dans le cas d'espèce. Ni le Clexane® ni l'Adalat® retard ne contiennent de la quinine, seule allergie médicamenteuse précisément indiquée par le recourant. De plus, aucun cas de contre-indication parmi ceux cités dans la documentation produite par le recourant (bordereau recourant, pièces 15 et 21) n'était réalisé en l'espèce. En effet, les risques d'effets indésirables, même connus, tels que risques hémorragiques ou formation d'œdèmes, ne représentent pas une contre-indication formelle, dont l'inobservation pourrait être constitutive d'une véritable erreur médicale.

Ainsi, même s'il semble raisonnable de considérer que l'œdème qu'a développé le recourant a pu être amplifié par une possible allergie médicamenteuse – hypothèse formulée par le Dr H. \_\_\_\_\_, qui estime que « *la piste allergique reste ainsi malgré tout la plus probable* » (bordereau recourant, pièce 53, p. 9) – aucune erreur médicale n'est toutefois démontrée à ce propos, compte tenu de l'absence de quinine parmi les composants des médicaments prescrits. Une réaction allergique, éventuellement favorisée par l'ampleur de la médication habituelle du recourant avant l'intervention, ne saurait quoi qu'il en soit être reprochée au Dr B. \_\_\_\_\_ sous l'angle d'une violation grave des règles de l'art médical.

#### 5.2.4. *Suivi postopératoire, développement de l'œdème et arrêt respiratoire*

Il n'est pas contesté que, suite à l'intervention, le recourant a développé un important œdème à la face, particulièrement dans le cours de la nuit du 11 au 12 janvier 2013, ce qui a notamment conduit à un arrêt respiratoire.

Le recourant estime qu'il était prévisible qu'un tel œdème provoque l'obstruction des voies respiratoires. Il reproche dès lors au Dr B. \_\_\_\_\_ de n'avoir ordonné aucune mesure de surveillance particulière et de n'avoir pas pris les mesures adéquates, notamment une assistance

respiratoire. Il reproche également au personnel infirmier d'avoir commis certains manquements graves, lors de la tentative de réanimation mais également préalablement à la perte de connaissance, après son passage à l'office du personnel.

A cet égard, il convient tout d'abord de constater que ni l'apparition d'un hématome post-opératoire, ni le développement de l'œdème, ni enfin l'arrêt respiratoire qui a suivi, n'ont été causés par un acte contraire aux règles de l'art médical qui aurait été commis par le Dr B. \_\_\_\_\_ ou le personnel soignant.

En effet, la survenance d'un œdème représentait, sinon une conséquence normale et prévisible de l'intervention chirurgicale subie par le recourant, du moins, tout au plus, une complication dont le risque est inhérent à toute intervention chirurgicale.

Le recourant lui-même a d'ailleurs admis, lors des débats publics du 28 mars 2018, qu'il devait compter avec la survenance d'un œdème post-opératoire en tant que risque opératoire connu.

La lettre de transfert de D. \_\_\_\_\_ du 14 janvier 2013 mentionne à ce propos une « *ostéotomie bi-maxillaire et génioplastie compliquée par un œdème des voies aériennes supérieures sur hématome postopératoire* ». Selon ce document, « *l'étiologie de l'asphyxie est probablement une obstruction évolutive des voies aériennes. Une composante d'allergie a été évoquée mais semble moins probable* » (bordereau recourant, pièce 26).

Les rapports de E. \_\_\_\_\_ indiquent la survenance d'une hémorragie secondaire découlant de l'intervention (« *in der Folge zeigte sich eine enorme Nachblutung* ») (bordereau recourant, pièces 27 et 28).

Le Dr H. \_\_\_\_\_, quant à lui, relève que « *s'agissant d'une intervention ayant nécessité des ostéotomies et des décollements muqueux étendus, une tuméfaction postopératoire n'est certainement pas inhabituelle* » (bordereau recourant, pièce 53, p. 9).

Ainsi, le développement d'un œdème, qu'il découle directement de l'importante intervention chirurgicale subie ou encore qu'il ait été aggravé par une allergie médicamenteuse, voire par la réaction d'angoisse et de stress du recourant, ne semble pas être la conséquence directe d'un acte médical contraire aux règles de l'art qui aurait été commis.

La suite des événements, jusqu'à l'arrêt respiratoire qui s'est finalement produit, paraît bien plutôt représenter une succession de faits dont la responsabilité ne saurait être imputée au personnel médical, dans la mesure où celle-ci découle du risque inhérent à toute intervention chirurgicale, et pourrait dépendre encore de l'état de santé initial du recourant ou d'une réaction allergique aux nombreux médicaments régulièrement consommés.

5.3 Le recourant estime que l'addition des différents « manquements » relevés par lui, pris dans leur globalité, représente une violation grave des règles de l'art médical, telle qu'elle doit être qualifiée d'accident au sens de la LAA.

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

totale­ment imprévisi­ble et inaccepta­ble, telle qu'elle consti­tue un fac­teur exté­rieur extraor­di­naire. Il consi­dère que les valeurs d'oxygéna­tion inquié­tantes mesu­rées dès le matin du 10 jan­vier 2013 déjà au­raient dû con­duire à une prise en charge étroite et mieux adaptée.

Il con­vient de rap­peler ici que la ques­tion litigieuse en l'espèce n'est pas de déter­miner si le corps mé­dical a fait preuve de « man­que­ments » qui pour­raient enga­ger sa res­pon­sa­bilité civile, mais bien de savoir si l'on se trouve en pré­sen­ce d'un cas d'accident mé­dical.

Cette ques­tion, qui doit être ana­lysée sous l'angle de la vraisem­blance pré­pon­dérante, relève des condi­tions spé­cifiques dé­vel­oppées par la juris­pru­dence s'agis­sant de cette notion bien par­ti­cu­lière.

5.3.1. Dans le cas d'espèce, même si les consé­quences de ces évé­ne­ments sont évi­dem­ment spec­ta­cu­laires, s'agis­sant de l'état de santé du recou­rant à sa sortie de l'hôpital, en com­para­ison avec la défor­ma­tion de la mâ­choire – bénigne – ayant conduit à la réa­li­sa­tion de cette inter­ven­tion, ce n'est pas pour au­tant que leur suc­ces­sion puisse être consi­dérée comme un fac­teur exté­rieur extraor­di­naire, en dépit même de la com­pli­ca­tion sou­daine sur­venue, en l'espace de quel­ques heures, dans la nuit du 11 au 12 jan­vier 2013.

L'inter­ven­tion chirur­gicale n'était pas en soi par­ti­cu­liè­re­ment risquée ou expé­ri­men­tale. Elle s'est d'ail­leurs dé­rou­lée de façon tout à fait satis­faisante. Par la suite, comme relevé ci-dessus, la sur­veil­lance et les soins postopé­ra­toires ont été con­duits de ma­nière clas­sique.

A aucun moment il n'a été commis d'acte, ni même d'éven­tu­elle omis­sion, que l'on pour­rait objec­tive­ment consi­dérer comme s'écar­tant consi­dérablement de la pratique courante en mé­decine et impli­quant de ce fait de gros risques. Aucune confusion ou maladresse grossière du per­son­nel mé­dical, selon les exi­gences strictes posées par la juris­pru­dence à ce sujet et com­para­bles aux rares cas dans lesquels un accident a été admis (tels que nota­ment confusion en ma­tière de groupes sangui­ns ou d'agents anesthésiques, oubli d'un cathéter lors d'une inter­ven­tion chirur­gicale ou opé­ra­tion appa­raissant d'em­blée vouée à l'échec ou ma­ni­fes­te­ment con­traire à la pratique mé­dicale), n'a été dé­mon­trée par le recou­rant.

Aucun des rap­ports mé­dicaux au dossier ne permet de retenir la commis­sion d'une erreur mé­dicale crasse. Le Dr G.\_\_\_\_\_, mé­decin-conseil de la SUVA, parle d' « *en­chaî­nement de com­pli­ca­tions mé­dicales sur­venues dans la phase postopé­ra­toire* » et sus­cep­tibles de « *sur­venir dans les suites de tout acte chirur­gical* » (avis du 21 août 2013, dossier SUVA, pièce 29). Le Dr N.\_\_\_\_\_, mé­decin-conseil de l'AXA Winterthur, pré­cise quant à lui que « *l'œdème du visage, bien que marqué, était consé­cu­tif à l'hé­ma­tome facial, en dimi­nution à partir du 11 jan­vier 2013* » et évoque un « *aléa thé­ra­peu­tique qui n'enga­ge pas la res­pon­sa­bilité du Dr B.\_\_\_\_\_* » (dossier SUVA, pièce 53).

Enfin, le Dr H.\_\_\_\_\_, qui s'est pen­ché sur cha­cune des étapes du cas, les reprenant une à une, ne retient à aucun moment une violation crasse des règles de l'art mé­dical telle qu'elle con­fi­nerait à un accident (bordereau recou­rant, pièce 53). En par­ti­cu­lier, s'agis­sant de la pres­crip­tion mé­dicamenteuse, il ne constate « *aucun indice pour une erreur pharmacologique grossière* » (p. 10). Lors de la prise en charge suite à l'apnée, il relève certes des éléments permettant de suspecter une « *prise en charge insuffisante du point de vue non mé­dical entre le moment où A.\_\_\_\_\_ s'est pré­sen­té agité au bureau des infirmières et le moment où l'anesthésiste a été appelé* » (p. 13), il constate toutefois que même à ce moment, « *on ne saurait retenir une attitude irres­pon­sa­ble ou violant de ma­nière crasse les règles de l'art mais plutôt (...) une consi­dération insuffisante de la gravité de la situation, avec à la clé la mise en place de*

*mesures inadéquates* » (p. 13). Il relève également qu' « *il n'existe pas d'indice pour considérer qu'il y a eu négligence ou faute de l'art de la part du chirurgien opérateur le Dr B. \_\_\_\_\_ ou de la part de l'anesthésiste, le Dr I. \_\_\_\_\_* » (p. 13). En conclusion, il affirme ainsi qu' « *il n'existe pas d'argument pour considérer qu'il a été commis une erreur grossière ou qu'il a été intentionnellement cherché à nuire à la santé de A. \_\_\_\_\_ lors de sa prise en charge à la Clinique C. \_\_\_\_\_ depuis son admission jusqu'à son transfert à D. \_\_\_\_\_*. Jusqu'au 11 janvier 2013 à minuit en tout cas, il n'existait pas d'indice devant faire craindre une décompensation respiratoire aigüe et il n'existait donc aucune mesure complémentaire qui aurait dû être prise pour prévenir cette insuffisance respiratoire aigüe (...) » (p. 13-14).

Force est ainsi d'admettre que ces différents avis médicaux, s'ils diffèrent certes quant à l'existence d'une éventuelle violation du devoir de diligence du personnel médical, s'accordent en revanche pour dire qu'en aucun cas un acte médical déterminé, représentant une erreur grossière ou une violation des règles de l'art médical, n'a été commis.

5.3.2. A cet égard, la jurisprudence citée par le recourant ne lui est d'aucun secours, dans la mesure où la casuistique citée lors des débats publics du 28 mars 2018 n'est pas comparable à celle du cas d'espèce.

En effet, tant dans l'arrêt U56/01 du 18 juillet 2003 (oubli d'un cathéter dans le corps d'un patient) que dans l'arrêt 8C\_535(2012) du 20 novembre 2012 (injection de produit anesthésique dans un nerf), les médecins concernés ont, à un moment donné, eut un comportement actif contraire aux règles de l'art médical. Même si l'absence de réaction adéquate, suite à ce comportement initial, a été considérée comme un facteur extérieur extraordinaire constitutif d'un accident, dans les deux cas, c'est bien la commission d'un acte médical grossièrement contraire aux règles de l'art qui constitue l'élément déclencheur de l'ensemble du processus finalement reconnu comme un accident.

Or, un tel comportement actif fait justement défaut en l'espèce, tout particulièrement entre le moment où la saturation d'oxygène était bonne le soir à 21 h 20 et celui où le recourant s'est présenté, agité, aux infirmières, à 1h 10 du matin, à la suite de quoi le personnel soignant n'a plus cessé de s'occuper de lui. Cette conjoncture fait ainsi obstacle à l'application par analogie des jurisprudences précitées à la situation du recourant, en l'absence d'un acte médical contraire aux règles de l'art à l'origine du développement de l'œdème et de la survenance de l'arrêt respiratoire.

En l'état des choses, l'éventuel manque de rapidité ou l'inadéquation de l'intervention du personnel soignant dans le cadre du suivi postopératoire, pour autant qu'ils soient finalement avérés, n'étaient en soi pas de nature à provoquer le dommage subi. Tout au plus aurait-on pu, en théorie, enrayer un processus apparu soudainement dans le cadre, comme il a été dit, d'une complication, dont le risque est en principe inhérent à tout type d'intervention chirurgicale.

Quant au choix des moyens utilisés par le corps médical pour endiguer le développement de l'œdème, que critique le recourant en se plaignant de ne s'être vu administrer que des gouttes nasales et de la pommade, rien ne semble non plus prouver qu'il puisse être qualifié de contraire aux règles de l'art médical. Compte tenu de l'importance de la médication habituelle prise par lui et de son état de santé initial, qualifié de « *non indifférent* » par le Dr H. \_\_\_\_\_, l'on ne peut non plus totalement exclure que l'administration de médicaments plus puissants aurait pu encore accroître le risque de réaction allergique, potentiellement à l'origine du développement de l'œdème.

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

L'on ne peut, dans le même temps, faire abstraction du comportement du recourant durant la phase post-opératoire, à savoir de son agitation et de ses déplacements répétés, certes sans doute liés à l'angoisse et au stress qu'il ressentait, mais qui ont pu également jouer un rôle, susceptibles qu'ils étaient de péjorer ses facultés respiratoires, à tout le moins d'entraîner l'apnée qui lui a fait perdre connaissance.

En définitive, l'absence de réaction du corps médical – ou son inadéquation –, que le recourant tente d'ériger en facteur extérieur extraordinaire constitutif d'un accident, ne saurait être assimilé à un acte médical grossièrement contraire aux règles de l'art.

6.

Invoquant la maxime d'office, le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale afin de démontrer l'existence d'une violation grossière des règles de l'art médical qui constituerait un tel facteur extérieur extraordinaire.

A cet égard, il importe de rappeler que la maxime d'office, dans le cadre d'un recours, est conditionnée par l'exigence de motivation des griefs invoqués, qui constitue une condition de recevabilité du recours. En effet, la maxime d'office n'a pas pour vocation, comme il a tenté de le faire entendre dans sa plaidoirie, de pallier à un déficit de motivation du recours, et c'est précisément sous cet angle que l'on pourrait imputer au recourant un défaut de preuve, dans la mesure où ce dernier n'appuie sa théorie sur aucun élément, si ce n'est sur une lecture de la jurisprudence dont il a été dit ci-dessus qu'elle ne saurait s'appliquer par analogie à son propre cas, lequel se rapproche davantage de la casuistique niant tout « accident médical » (p.ex., inhalation d'un aérosol antibiotique causant une réaction inhabituelle et imprévisible sous la forme d'un choc anaphylactique, soit d'une « *réaction allergique exacerbée, entraînant dans la plupart des cas de graves conséquences et pouvant engager le pronostic vital* », selon wikipédia).

Quoi qu'il en soit, si des mesures d'instruction complémentaires sur le plan médical, en particulier une expertise, seraient peut-être indiquées sous l'angle de l'examen de la responsabilité civile, il apparaît au contraire que celles-ci ne sont pas nécessaires dans le cadre de la présente procédure. En effet, on peut douter qu'un expert médical puisse se prononcer sur l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire au sens juridique, condition nécessaire à la reconnaissance d'un accident médical.

Il en va de même des requêtes d'audition des différents témoins proposés par le recourant dans le cadre, on le rappelle, d'une procédure écrite.

Le fait que les spécialistes de D.\_\_\_\_\_ ou de E.\_\_\_\_\_ intervenus après ces événements n'aient pas été en mesure de se prononcer précisément sur ce qui s'était passé, constitue par ailleurs un indice de plus en faveur de l'absence de toute violation grossière des règles de l'art médical, dont on ne se figurerait pas bien qu'elle n'ait pas été rapportée.

Les requêtes probatoires, visant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ou à l'audition de témoins, ne semblent pas propices à amener un éclairage différent sur la cause et sont dès lors rejetées.

7.

Au vu de tout ce qui précède, la Cour constate qu'il n'est pas avéré, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant ait subi une erreur de traitement dans le cadre des suites de l'intervention chirurgicale du 9 janvier 2013 qui constituerait une confusion ou une maladresse grossière avec lesquelles personne ne comptait ni ne devait compter, à tel point qu'elle devrait être qualifiée de facteur extérieur extraordinaire constitutif d'un accident. Le cas ne répond dès lors pas aux exigences très restrictives posées par le Tribunal fédéral et éclairées par toute une casuistique *a contrario*, qui laisse clairement entendre qu'une erreur médicale ne peut qu'à titre exceptionnel être constitutive d'un accident.

Cela d'autant moins que d'autres facteurs, tels que les antécédents médicaux du recourant, ses prédispositions allergiques, ainsi que l'importance de son traitement médicamenteux habituel, ou encore les doutes qui subsistent quant à une éventuelle consommation – même occasionnelle – de stupéfiants, ont également pu jouer un rôle dans la survenance et la gravité des complications survenues. Le Dr H. \_\_\_\_\_ évoque d'ailleurs à ce propos une « *histoire médicale non indifférente* » (bordereau recourant, pièce 53, p. 3).

Si l'œdème avait au demeurant été causé par une allergie, cela n'est pas totalement exclu et pourrait à tout le moins expliquer l'importance de la congestion du visage qui est apparue et dont le recourant a pris une série de photographies qui prouve bien que celle-ci a précédé l'arrêt respiratoire. Une telle réaction ne pourrait pas non plus constituer un accident, à défaut d'administration d'une substance contre-indiquée, au mépris des règles de l'art médical.

La SUVA était dès lors légitimée à refuser de prendre en charge ce cas, qui résulte probablement de la survenance du risque inhérent à tout type d'opération chirurgicale, lequel dépend également, faut-il encore le préciser, de la constitution et de l'état de santé général du patient.

Ce refus ne constitue nullement une négation de la souffrance et des difficultés vécues par le recourant suite à ces événements que l'on peut certes qualifier de dramatiques, négation qui devrait se lire comme un refus de la justice de se préoccuper de son sort. Il semble, cela étant, que le vif sentiment d'injustice ressenti par lui aurait dû l'orienter vers une procédure en responsabilité civile, dans le droit sens, au demeurant, de la plaidoirie de son mandataire, plutôt que de se tourner vers l'assurance-accidents, dont la responsabilité n'est pas engagée pour un cas relevant de l'assurance-maladie. Au final, les circonstances de ces événements, bien qu'impressionnantes, ne suffisent toutefois pas à en faire un « accident médical » au sens de la LAA, faute notamment d'un acte médical grossièrement contraire aux règles de l'art.

La prise en compte généralisée de telles constellations d'événements involontaires au titre d'accident serait susceptible d'entraîner *de facto* une systématique responsabilité du corps médical. Un tel résultat serait manifestement contraire au but voulu par le législateur, s'agissant de la reconnaissance du caractère accidentel d'un acte médical, qui doit rester exceptionnelle.

Il s'ensuit le rejet du recours et la confirmation de la décision querellée.

En application du principe de la gratuité prévalant en la matière, il n'est pas perçu de frais de justice.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPG).



## la Cour arrête:

- I. Le recours est rejeté.
- II. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- III. Il n'est alloué aucune indemnité de partie.
- IV. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 23 avril 2018 /isc

Le Président:

La Greffière: