

ORÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1396/2014

ATAS/1011/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 décembre 2016

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Alain PFULG

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1 à LUCERNE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG

intimée

Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Christine BULLIARD MANGILI et Anny SANDMEIER, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, a travaillé auprès de B_____ (ci-après : B_____) depuis le 18 août 2000 en tant qu'agent de propreté. Il était à ce titre assuré contre les accidents par la SUVA Caisse nationale Suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'assureur-accident).
2. a. Le 23 juin 2011, l'assuré a éprouvé pour la première fois des douleurs thoraciques gauches avec irradiation dans le membre supérieur gauche, alors qu'il était au Kosovo. Le médecin consulté sur place a pu exclure une ischémie myocardique. Le bilan complet avec échocardiographie et test d'effort effectués à son retour en Suisse chez son médecin traitant, le docteur C_____, s'est avéré normal. Une perturbation des tests hépatiques et une hyperéosinophilie ont par contre motivé la réalisation d'une échographie abdominale, qui a mis en évidence une lésion kystique des segments II et IV, hautement suspecte par sa sémiologie radiologique d'un kyste hydatique, et les coupes thoraciques au scanner ont aussi mis en évidence deux lésions du lobe inférieur gauche, dont l'une en partie nodulaire et en partie en verre dépoli de 13 mm et l'autre de 4 mm d'aspect banal (rapport d'imagerie médicale du 12 juillet 2011 du professeur D_____). L'assuré a été en arrêt-maladie dès le 28 juin 2011.

b. L'assuré a été hospitalisé du 14 au 15 juillet 2011 au service des maladies infectieuses des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG).

D'après la lettre de sortie datée du 19 juillet 2011 des docteurs E_____, chef de clinique du service des maladies infectieuses, F_____, chef de clinique, et M. G_____, médecin interne, à l'attention du Dr C_____, le motif d'hospitalisation de l'assuré avait été une suspicion de kyste hydatique, le diagnostic principal un très probable kyste hydatique hépatique et les diagnostics secondaires des nodules de 13 et 4 mm du lobe inférieur gauche, d'étiologie indéterminée, et un épaissement bronchique au niveau de la lingula et des bronchiectasies, d'origine indéterminée. Aucune complication n'était mentionnée. Concernant l'évolution du cas, les tests hépatiques et l'éosinophilie s'étaient corrigés, si bien que l'assuré avait pu regagner son domicile le 15 juillet 2011, pour être suivi dès le 18 juillet 2011 à la consultation des maladies tropicales, en ayant été informé des symptômes devant le motiver à reconsulter en urgence ; un contrôle scanographique était prévu pour le 12 octobre 2011, s'agissant de la lésion pulmonaire.

Selon un rapport de consultation de médecine tropicale, établi le 18 juillet 2011 par le professeur H_____ et le docteur I_____, l'assuré présentait très probablement une échinococcose. Sa symptomatologie douloureuse ainsi que l'éosinophilie et la perturbation des test hépatiques, transitoires, étaient évocateurs d'une rupture du kyste. Un avis chirurgical devait être obtenu rapidement en vue d'une exérèse.

c. Une opération a été prévue pour la fin juillet 2011 aux HUG. Lors de la consultation préopératoire du 21 juillet 2011, la docteure J_____ du service d'anesthésiologie des HUG a informé l'assuré des risques liés à l'opération – à

savoir « effets secondaires des anesthésiques locaux sur le cœur et le cerveau. Risque de lésions neurologiques liées à un bloc nerveux périphérique. Risque de lésion dentaire. Risque de réaction allergique à un médicament. Risque de nausées et vomissements post-opératoires » – ainsi que des risques liés à la transfusion sanguine.

d. L'opération a eu lieu le 29 juillet 2011 aux HUG ; elle a consisté en une lobectomie gauche associée à une cholécystectomie. Le compte rendu opératoire, établi le 17 août 2011 par le docteur K_____ du service de chirurgie viscérale et de transplantation des HUG décrit l'intervention comme suit :

« Sous anesthésie générale, patient en décubitus dorsal, bras droit le long du corps. Incision sous-costale droite élargie à gauche. À l'exploration, il existe une volumineuse formation kystique du lobe gauche hépatique, de consistance ferme, contractant des adhérences avec la petite courbure gastrique et la coupole diaphragmatique. Il n'existe pas d'autre localisation hépatique ou intra-abdominale. Libération des adhérences et section du ligament triangulaire gauche, permettant la mobilisation du lobe gauche hépatique. Début de la parenchymectomie hépatique 1 cm à gauche de l'insertion du ligament falciforme. Celle-ci est menée au CUSA avec clippage et ligature élective des éléments portes à destinée du segment II et III. Cette parenchymectomie est menée au large du kyste. Pendant la dissection du canal biliaire du segment III, on a un doute sur l'existence d'une fistule biliaire, le canal est donc recoupé et lié plus en aval.

Poursuite de la parenchymectomie jusqu'aux abords de la veine sus-hépatique gauche. Celle-ci est d'abord contrôlée par un clamp, puis sectionnée et suturée par un surjet aller-retour au Prolène 4.0. Vérification de la bilistase et de l'hémostase de la tranche de section. Devant le doute quant à la fistulisation du kyste dans les voies biliaires, on réalise une cholécystectomie antérograde. Mise en place d'un cathéter de cholangiographie. La cholangiographie per-opératoire ne met pas en évidence d'image de soustraction dans les voies biliaires pouvant évoquer du matériel hydatique. Il n'existe pas d'extravasation du produit de contraste. À noter l'existence d'une convergence biliaire droit étagée.

Ablation du cathéter de cholangiographie et ligature du canal cystique au Vicryl 2.0. Vérification de l'hémostase et de la bilistase de la tranche de section hépatique, sur laquelle on applique 2 ml de Quicksil et du Tabotan. Décompte des compresses. Fermeture aponévrotique en deux plans au PDS 1. Points de rapprochement sous-cutanés au Vicryl 3.0. Surjet intradermique au Prolène 3.0. Pas de clampage pédiculaire. Pertes sanguines estimées à 300 cc ».

Des bas-anti-thrombose, de la Liquémine i.v. pour obtenir un PTT entre 35 et 45 et une sonde gastrique en aspiration avaient constitué le traitement post-opératoire.

D'après le rapport histologique du 29 juillet 2011 des docteurs L_____ et M_____, le kyste hydatique prélevé lors de la lobectomie hépatique gauche mesurait 7 x 7 cm, contenant des scolex échinococciques d'aspect viable,

d'exérèse complète, et la vésicule biliaire ôtée par la cholécystectomie était dans les limites histologiques de la norme.

e. À teneur de la lettre de sortie que les docteurs N_____ et O_____, respectivement chef de clinique et médecin interne du service de chirurgie viscérale des HUG, ont établie le 25 août 2011 pour ce séjour hospitalier du 28 juillet au 4 août 2011, les suites de l'opération s'étaient bien déroulées. L'assuré se plaignait de douleurs péri-cicatricielles et l'examen clinique objectivait une induration avec un écoulement sérosanguinolent, mais sans évidence d'abcès ni d'infection. Un suivi était prévu après la sortie de l'hôpital. L'assuré était mis en incapacité de travail pour deux mois.

3. Une échographie de l'abdomen de l'assuré a été faite le 17 août 2011 en raison de douleurs persistantes, dans des conditions limitant la qualité de l'examen du fait de nombreuses surprojections aérodigestives. D'après le rapport du 18 août 2011 des docteurs P_____ et Q_____, respectivement chef de clinique et médecin interne du service de radiologie, le foie de l'assuré avait un status post-lobectomie gauche et post-CCK, avec une échostructure hépatique dans la norme, sans lésion focale ni collection visible intra ou extrahépatique, ni dilatation des voies biliaires intrahépatiques, et la vascularisation était dans la norme ; le reste de l'échographie abdominale était sans particularité.
4. Le 1^{er} septembre 2011, l'assuré s'est soumis à une tomodensitométrie axiale computerisée de l'abdomen supérieur et inférieur, à titre de status post-opératoire d'un kyste hydatique et en raison d'une dysphagie avec impression d'un obstacle au niveau de la partie épigastrique et de douleurs irradiant aussi au niveau de l'hypocondre droit. Dans son rapport du même jour, le docteur R_____, radiologue FMH, a énuméré les conclusions suivantes : status post-opératoire pour kyste hydatique ; formation ovalaire hypodense dans la partie gauche du foie, bordée par des clips post-opératoires ; absence de splénomégalie ; pancréas de topographie normale et de densité homogène ; aspect normal des glandes surrénales ; contours réguliers des deux reins avec un parenchyme homogène ; impression d'un épaississement pariétal de la région antrale du gastre ; dolichosigmoïde ; ganglion diaphragmatique gauche de 7.9 mm.
5. L'assuré a été hospitalisé du 7 au 10 septembre 2011 dans le service de chirurgie viscérale des HUG en raison de douleurs abdominales à la mobilisation et de perturbation du bilan hépatique. D'après la lettre de sortie établie le 4 octobre 2011 par les docteurs S_____ et T_____, respectivement chef de clinique et médecin interne dudit service, le diagnostic était celui de perturbation hépatique idiopathique et de douleurs chroniques postopératoires. L'examen clinique d'entrée (général, cardio-vasculaire, respiratoire, uro-génital, digestif) n'a pas mis de signe particulier en évidence, ni les examens complémentaires et consultations spécialisées (laboratoires, échographies, IRM des voies biliaires du pancréas), mais le bilan biologique a retrouvé une cytolysse hépatique avec des ASAT à 104 U/l et des ALAT à 101 U/l associés à des GGT à 183 U/l. Les douleurs de l'assuré ont été

considérées comme des douleurs mécaniques probablement imputables à la chirurgie et à l'hypertrophie cicatricielle ; aucune autre mesure n'a été indiquée qu'un traitement antalgique avec un suivi clinique, compte tenu de l'absence de point d'appel clinico-biologique en faveur d'une complication ; la cytolysse hépatique s'était partiellement normalisée au cours de l'hospitalisation, sans qu'une cause aux anomalies du bilan hépatique n'ait pu être validée, l'ensemble des examens d'imagerie (ultrasons, IRM) n'ayant fait état d'aucune anomalie anatomique ni d'une hépatite virale. L'examen clinique de sortie (général, cardiovasculaire, respiratoire, uro-génital, digestif) a donné un résultat sans particularité. L'assuré a été déclaré en incapacité de travail à 100 % pour un mois.

6. L'assuré a subi, le 22 septembre 2011, une gastroscopie, dont l'histologie a mis en évidence, selon le rapport du même jour de la docteure U_____, une gastrite chronique antrale et fundique à *helicobacter pylori* et une absence de métaplasie intestinale ou d'atrophie glandulaire.
7. Le docteur V_____, spécialiste FMH en gastroentérologie et hépatologie, a proposé, le 26 septembre 2011, un traitement d'éradication de l'helicobacter.
8. L'assuré a été soumis le 12 octobre 2011 à un examen radiologique de contrôle du nodule à composante de verre dépoli du lobe inférieur gauche. D'après le rapport du 13 octobre 2011 des docteurs W_____ et X_____, respectivement médecin interne et chef de clinique au département d'imagerie et sciences de l'information médicale des HUG, il y avait, à trois mois (par rapport à une radiographie du 12 juillet 2011), un aspect superposable de la plage nodulaire en verre dépoli et du segment latéro-basal du lobe inférieur gauche. Plusieurs infiltrats en arbre bourgeonnant des deux côtés étaient mis en évidence au niveau du reste du parenchyme pulmonaire, notamment au niveau médio-basal du lobe inférieur droit, postéro-basal du lobe supérieur gauche, et il était constaté la présence d'un nodule de 4 mm à bords flous au niveau du segment médio-basal du lobe inférieur droit, inchangé, et de plusieurs micronodules bilatéraux. Ces trouvailles entraînent dans le contexte de bronchectasies bilatérales prédominant au niveau linguale, déjà visualisées sur le comparatif. Aucune adénopathie médiastinale n'était constatée. Au niveau abdominal supérieur, le status était une post-hépatectomie gauche avec collection liquidienne adjacente au foie droit médialement à la chaîne d'agrafes, correspondant en premier lieu à un hématome postopératoire. En conclusion, un contrôle plus espacé (entre six et douze mois) était nécessaire, en raison de l'évolutivité – lente selon la littérature – des lésions non solides, ainsi qu'un nouveau contrôle des infiltrats et des nodules et micronodules à bords flous, dans un contexte de bronchectasies, compatibles en premier lieu avec une étiologie infectieuse.
9. Parallèlement, le Dr C_____ a adressé l'assuré au docteur Y_____, chirurgien FMH, en raison de ses douleurs abdominales très fortes, non expliquées.

10. Il lui a aussi fait subir un transit oeso-gastroduodéal en double contraste, le 14 novembre 2011, à titre de status post-opération pour kyste échinocoque hépatique et en considération du fait que l'assuré se plaignait d'un blocage mécanique lors de l'alimentation. Le radiologue R_____ a conclu comme suit son rapport du même jour : dyskinésie oesophagienne sous forme d'ondes tertiaires au niveau du tiers inférieur ; hernie hiatale par glissement, réductible, sans reflux gastro-oesophagien ; estomac « en cascade » ; pas de lésion ulcéreuse au niveau du gastre ni du bulbe.
11. D'après un courrier du 13 janvier 2012 du Dr Y_____ au Dr C_____, l'assuré se plaignait de douleurs localisées essentiellement à hauteur de l'épigastre, continues, péjorées selon la position (notamment en décubitus latéral droit), se manifestant sous forme de piqûres ou de serrements, sans notion de nausées ni de vomissements. Il faisait part parallèlement d'une notion de dysphagie. À l'examen clinique, l'assuré était un homme en bon état général, anictérique et apyrétique ; l'auscultation cardio-pulmonaire était grossièrement dans la norme ; l'abdomen était souple et indolore, sans défense ni détente ; les bruits étaient de tonalité et de fréquence normales ; la cicatrice sous-costale était sensible à la percussion ; il n'y avait pas d'éventration à ce niveau. Le scanner abdominal que le Dr C_____ avait fait faire avait retrouvé le status post-opératoire, et le transit oeso-gastroduodéal en double contraste documenterait l'existence d'une dyskinésie oesophagienne sous forme d'ondes tertiaires au niveau de son tiers inférieur. Il était difficile d'identifier une cause à l'ensemble des manifestations présentées par l'assuré. Les examens pratiqués étaient rassurants et l'examen clinique ne mettait pas en évidence d'atteinte pariétale de type éventration. Un élément frappant aux yeux du Dr Y_____ était la dysphagie, qui l'orientait vers la possibilité d'une atteinte vagale ; la littérature concernant les donneurs vivants de foie comportait de nombreuses mentions de complications de type dyspepsie post-opératoires et altérations de la motilité gastrique (jusqu'à 11 % des donneurs) ; peut-être y avait-il lieu d'envisager ce type de complication dans le cas de l'assuré, même si l'ensemble des symptômes ne pouvait être expliqué par cette seule éventualité.
12. Par courrier du 16 février 2012, le Dr C_____ a demandé à la consultation de la douleur des HUG de convoquer l'assuré pour une évaluation. Ce dernier présentait, après une opération d'un kyste hydatique (lobectomie hépatique gauche), une douleur épigastrique de type brûlure apparue deux semaines après l'opération, ceci étant associé à une perte pondérale ayant pu être mise sur le compte d'un trouble de transit (dyskinésie oesophagienne) ; le Dr Y_____ évoquait une lésion vagale.
13. L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) en date du 27 février 2012, en invoquant, à titre de maladie constituant son atteinte à la santé, un « kyste opéré au foie (en juillet 2011) ».
14. Le 23 mars 2012, l'assuré a subi aux HUG un examen de manométrie du sphincter oesophagien supérieur, du corps oesophagien et du sphincter oesophagien inférieur,

en raison d'une dysphagie mixte apparue suite à une lobectomie hépatique gauche pour kyste hydratique et d'une perte de poids de 17 kg en quelques mois. En conclusion de son rapport adressé au docteur Z_____, de la division de gastroentérologie des HUG, le docteur AA_____, des consultations hospitalières et endoscopie des HUG, a fait état d'un trouble aspécifique de la motilité œsophagienne. Il pouvait s'agir d'une obstruction fonctionnelle du sphincter inférieur, comme en témoignait la pression résiduelle, mais ceci devait être confronté avec une manométrie haute résolution, qui n'était à ce moment-là encore disponible ni aux HUG ni au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV).

15. Une cholangio-IRM de l'assuré a été effectuée en date du 30 mars 2012 au service de radiologie des HUG, pour comparaison avec celle faite le 9 septembre 2011. D'après le rapport du 31 mars 2012 des docteurs AB_____ et AC_____, respectivement chef de clinique et médecin interne du département d'imagerie et sciences de l'information médicale des HUG, on retrouvait le status post-hépatectomie gauche avec persistance d'un minime résidu de l'hématome en regard de la tranche de résection, et le status post-cholécystectomie était sans défaut au niveau des voies biliaires.
16. Les 23 avril et 7 mai 2012, l'assuré a été vu à la consultation ambulatoire du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG.
17. Les B_____ ont organisé une séance réunissant, le 16 mai 2012, l'assuré, son supérieur et une gestionnaire santé pour faire un bilan de la situation, l'assuré, en absence maladie depuis le 28 juin 2011, n'ayant toujours pas reprise le travail. D'après la « Notice d'entretien / Décision » établie à cette occasion, l'assuré a indiqué qu'à la suite d'une IRM qu'il avait subie le 23 avril 2012, le docteur AE_____ (recte : AE_____) avait fait mention d'une erreur médicale survenue lors de l'intervention chirurgicale de la fin juillet 2011 ; deux nerfs auraient été sectionnés. Des infiltrations seraient tentées si le Dr C_____ donnait son accord. L'assuré allait avoir un rendez-vous avec un conseiller de l'assurance-invalidité (ci-après : AI). La gestionnaire santé de B_____ l'a orienté vers la SEV aux fins d'activation de la protection juridique. Le salaire de l'assuré allait être réduit de 10 % depuis le 3 juillet 2012.
18. Les docteurs AF_____ (médecin adjointe), AG_____ (Consultante Centre Douleur), AE_____ (chef de clinique, consultant d'anesthésiologie) et AH_____ (neurologue consultant), du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur ont rendu leur rapport en date du 5 juin 2012.

Ce rapport pose les diagnostics de douleurs abdominales dans un contexte de status post lobectomie hépatique gauche et de syndrome dépressif. Il relate l'anamnèse des douleurs ressenties par l'assuré depuis l'été 2011, rappelle les investigations effectuées depuis lors, retrace l'anamnèse psychosociale de l'assuré. L'examen clinique a donné ce qui suit : « Douleurs à la palpation du quadrant abdominal

supérieur droit ainsi que de l'hypocondre droit reproductibles à la palpation plutôt profonde mais sans défense ni détente. Bruits abdominaux sans particularité. Absence de dysesthésies, hypoesthésie ou allodynie dans le territoire cutané correspondant. Palpation des côtes indolore. »

Au chapitre de la discussion, l'assuré est décrit comme présentant un syndrome douloureux de présentation atypique et dont l'étiologie restait peu claire. Plusieurs éléments restaient à élucider, du point de vue du diagnostic, par une approche multidisciplinaire de façon optimale dans le cadre d'une hospitalisation de courte durée, prévue en juin 2012. Des conseils de prise en charge globale symptomatique pourraient alors être proposés, que ce soit du point de vue pharmacologique ou psychiatrique ou quant à la pertinence d'avoir recours à des techniques semi-invasives comme des infiltrations pariétales à visée antalgique.

19. Selon un rapport de consultation de psychiatrie de liaison du 6 juin 2012, du docteur AI_____, psychiatre, l'assuré attribuait ses douleurs à « quelque chose qui s'(était) passé pendant l'opération » puisqu'il n'avait jamais ressenti ces douleurs antérieurement ; il avait entendu qu'une collection liquidienne avait été identifiée au CT ; il s'étonnait qu'une investigation par laparoscopie, évoquée de longue date, n'ait pas encore été faite pour « voir ce qu'il se pass(ait) » ; la douleur était le seul problème de son existence ; il ne voyait pas de facteur de crise psychosocial, et estimait qu'il avait antérieurement une excellente santé psychique et physique ; il avait une grande volonté de reprendre ses activités antérieures.

Le status psychiatrique de l'assuré était le suivant : patient calme et collaborant, de contact chaleureux, ayant un discours structuré et informatif, sans trouble de l'orientation ou de la vigilance ; il décrivait ses symptômes de manière détaillée, sans qu'on observe de comportement maladie. Il avait une thymie abaissée malgré un sourire affiché, une tristesse fréquente, une diminution du plaisir mais une conservation des envies, une diminution de l'appétit avec une perte pondérale de 10 kg depuis l'hépatectomie partielle. Il avait d'importants troubles du sommeil liés à la douleur, le réveillant aux changements de position, limitant son sommeil à 5 heures par nuit avec asthénie modérée. Il n'avait jamais pensé à la mort comme solution à sa souffrance. Il n'avait pas de symptôme de la lignée psychotique. Il avait une anxiété importante liée à l'absence d'étiologie claire à ses symptômes et aux diverses informations reçues telles la présence d'une collection liquidienne et la section d'un nerf, mais sans rumination excessive ou idée délirante de nature hypocondriaque.

L'assuré présentait une symptomatologie dépressive modérée à sévère, clairement consécutive aux limitations imposées par la douleur post-opératoire, mais pouvant participer à un cercle vicieux négatif d'abaissement du seuil de la douleur. Il fallait en tout cas lui prescrire un traitement médicamenteux, visant également un effet sur la composante neurogène des symptômes, et lui expliquer qu'un effet bénéfique ne se manifesterait qu'après plusieurs semaines et que le traitement devrait être poursuivi durant au moins six mois. L'assuré vivait mal l'incertitude étiologique

tout en se disant rassuré qu'une cause grave avait été exclue et reconnaissant avoir été guéri du kyste hydatique. Il faudrait clarifier avec lui les risques et bénéfices d'une laparoscopie. Il ne présentait aucun facteur de risque psychosocial pour une évolution chronique, en dehors d'un arrêt de travail déjà prolongé. Il pourrait bénéficier d'un programme de remobilisation de type fitness médicalisé visant à lui faire reprendre confiance dans la solidité de son corps malgré la douleur.

Le diagnostic était celui d'épisode dépressif moyen. En résumé, l'assuré était un patient sans antécédent psychiatrique, qui présentait une symptomatologie dépressive modérée d'allure essentiellement réactionnelle à d'importantes douleurs post-opératoires.

20. L'assuré a été hospitalisé aux HUG du 6 au 7 juin 2012 pour investigations de ses douleurs de l'hypochondre droit persistantes après lobectomie hépatique gauche en mai (recte : juillet) 2011. À teneur de la lettre de sortie des docteurs AJ_____ et AK_____, respectivement cheffe de clinique et médecin interne du service de médecine interne générale, datée du 8 juin 2012, le diagnostic principal était celui de douleurs abdominales post-opératoires persistantes d'origine indéterminée, et un diagnostic secondaire était celui d'épisode dépressif moyen. D'après ce qui était résulté du colloque multidisciplinaire s'étant tenu le 6 juin 2012 entre les docteurs AL_____ (chirurgien), AM_____ (anesthésiste), AN_____ (consultante de la douleur), AI_____ (psychiatre), Z_____ (gastroentérologue) et les médecins de l'unité, l'assuré avait des douleurs post-opératoires d'origine peu claire et probablement mixte. Le chirurgien confirmait le bon déroulement de la procédure à l'époque, sans complication post-opératoire, et l'absence de gravité de la persistance du petit hématome visualité lors de la dernière IRM ; celui-ci ne pouvait expliquer les douleurs ; une lésion du nerf vague était exclue, ne provoquant pas ce genre de symptômes ; l'hypothèse d'une lésion nerveuse post-opératoire restait la plus probable. Le psychiatre retenait un épisode dépressif moyen d'allure réactionnelle aux importantes douleurs post-opératoires ; les douleurs étaient difficilement mises sur le compte de l'état dépressif lui-même. Un bloc nerveux pariétal tenté le 7 juin 2012 était resté sans effet sur les douleurs. Les médecins ont prescrit à l'assuré, pour au moins six mois, un traitement médicamenteux pouvant avoir un effet antidépresseur et sur la composante des douleurs neurogènes, et lui ont conseillé d'augmenter son activité physique.
21. En date du 3 juillet 2012, le docteur AO_____ de MedicalService, mandaté par B_____, a indiqué que malgré une prise en charge pluridisciplinaire, l'origine des douleurs de l'assuré restait indéterminée ; les douleurs n'avaient pas pu être jugulées, en dépit d'une tentative d'infiltration. Le médecin-traitant avait prévu de présenter l'assuré pour un deuxième avis à la consultation d'antalgie à Lausanne. Aucune reprise de travail n'était encore envisageable, même avec des restrictions.
22. En date du 10 juillet 2012, B_____ ont rempli à l'adresse de la SUVA un formulaire d'annonce d'un cas d'accident, survenu aux HUG. L'assuré était

« invalide et en incapacité de travail » depuis l'intervention chirurgicale qu'il avait subie aux HUG le 29 juillet 2011. Il avait de fortes douleurs au niveau du foie.

Contactée téléphoniquement le 12 juillet 2012 par la SUVA, une gestionnaire santé de B_____ a indiqué ne pas pouvoir expliquer clairement ce qui s'était passé, mais qu'il y avait eu manifestement erreur médicale.

Le 13 août 2012, à la demande de la SUVA, l'assuré a rempli un questionnaire relatif à l'accident annoncé, indiquant guère autre chose que l'accident était survenu le 29 juillet 2011 à Genève, qu'il avait ressenti des douleurs pour la première fois le 23 juin 2011, qu'il n'était pas apte à travailler et que le traitement médical n'était pas achevé.

23. Dans l'intervalle, le 3 août 2012, le Dr C_____ a adressé l'assuré aux services d'anesthésiologie et d'antalgie du CHUV pour un deuxième avis concernant un syndrome douloureux chronique apparu en post-opératoire de l'opération d'un kyste hydatique hépatique. Les traitements entrepris jusqu'ici n'avaient pas mené à une amélioration.
24. Le 13 novembre 2012, lors d'une séance organisée par B_____ réunissant l'assuré, son supérieur et une gestionnaire santé, il a été relevé qu'un deuxième avis avait été demandé au CHUV et que trois infiltrations avaient été effectuées les 23 octobre et 2 et 9 novembre 2012, sans effet. La protection juridique de la SEV avait décidé d'intervenir suite à la demande de l'assuré, et le dossier avait été transmis à l'organisation suisse des patients à Genève, qui allait demander une consultation à un chirurgien en Valais. L'accident en lien avec « l'erreur médicale » avait été annoncé à la SUVA. En matière d'AI, la phase d'intervention précoce était close ; il n'y avait pas de mesure à mettre en place ; le suivi se ferait selon l'évolution de la situation médicale.
25. Le 18 décembre 2012, dans le cadre de consultations au Centre d'antalgie du CHUV, un scanner de la colonne a été fait à l'assuré, compte tenu d'une suspicion que les douleurs de ce dernier pourraient venir de la colonne.
26. Le 19 décembre 2012, en réponse à une question du gestionnaire du dossier auprès de la SUVA, la docteure AP_____, médecin-conseil, a indiqué qu'il ne résultait pas du dossier à disposition qu'un événement extraordinaire serait survenu au cours ou après l'opération du 29 juillet 2011.
27. Lors d'une nouvelle séance organisée par B_____ le 10 janvier 2013, la SUVA était en train de préparer une décision de non-prise en charge comme cas d'accident, à laquelle l'assuré sera invité à s'opposer. Le droit au salaire arriverait à échéance « au 02.07.2013, respectivement au 31.07.2013 », il faudrait déterminer au plus tard courant avril 2013 de résilier les rapports de travail pour raisons médicales si aucune perspective de reprise de travail ne serait envisageable, étant précisé qu'en attendant qu'une décision de l'IA soit prise, une indemnité de départ de neuf mois serait versée à l'assuré.

28. Le 15 janvier 2013, l'assuré a consulté le professeur AQ_____, chirurgien FMH, spécialiste en chirurgie viscérale, générale et d'urgence de l'Hôpital du Valais.
29. Par décision du 17 janvier 2013, la SUVA a nié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-accidents, au motif qu'il n'avait été victime d'aucun accident, ni de lésion corporelle assimilée à un accident. Pour des incidents résultant de traitements médicaux, le principe était que celui qui avait l'obligation d'allouer des prestations pour la maladie elle-même était également tenu de verser des prestations pour les conséquences du traitement de celle-ci. Des prestations de l'assurance-accidents n'entraient en ligne de compte que si l'atteinte dommageable dépassait largement le risque normal du traitement de la maladie ; ce n'était pas le cas en l'espèce. L'assuré était invité à s'adresser à son assureur-maladie, Helsana Assurances SA (à laquelle cette décision a été envoyée en copie).
30. D'après le rapport médical du Prof. AQ_____ du 22 janvier 2013, l'assuré rapportait, depuis sa lobectomie hépatique gauche pour kyste hydratique du 29 juillet 2011, des douleurs dans la région paramédicale droite, entre l'ombilic et la xiphoïde, caudalement à la cicatrice sous-costale, douleurs constantes le réveillant souvent la nuit, non associées à des symptômes digestifs ou systémiques même si l'assuré se plaignait d'avoir des difficultés pour marcher en raison de l'intensité de ses douleurs. L'assuré avait des difficultés à s'alimenter, sans odynodysphagie ; il avait perdu une dizaine de kg depuis l'intervention. Il ne travaillait plus et risquait de perdre son emploi et son logement de fonction ; il était marié et père de deux jeunes enfants.

Hormis une sensibilité au niveau de l'hypochondre droit et d'une hypoesthésie avec des zones d'anesthésie dans la région caudale de la cicatrice du côté droit, le status était normal. Tous les examens pratiqués jusqu'alors n'avaient rien montré d'autre qu'une petite collection sur la tranche de section de l'hépatectomie. Un transit œso-gastroduodéal avait montré, le 14 novembre 2011, une dyskinésie œsophagienne sous forme d'onde tertiaire de l'œsophage distal avec une hernie hiatale par glissement sans reflux. L'assuré avait été hospitalisé deux fois pour investigations, du 7 au 10 septembre 2011 et du 6 au 7 juin 2012, sans qu'aucune conclusion étiologique ne soit retenue ; l'hypothèse d'une lésion post-opératoire avait alors été estimée la plus probable. Le Dr Y_____ avait retenu, le 13 janvier 2012, l'hypothèse d'une dyspepsie/dysphagie sur section du nerf vague.

La consultation psychiatrique qu'avait faite l'assuré lors de son hospitalisation en juin 2012 avait conclu à une symptomatologie dépressive modérée, d'allure essentiellement réactionnelle, et ayant abouti à un traitement antidépresseur et à une tentative de bloc nerveux pariétal, le 7 juin 2012, resté sans effet sur la douleur. Le Prof. AQ_____ n'avait aucun document concernant une consultation de la douleur que l'assuré avait faite auprès du CHUV. Il avait demandé au docteur AR_____, chef de clinique au service de neurologie de l'Hôpital du Valais, d'évaluer l'assuré sur le plan neurologique ; l'ENMG pratiqué avait démontré une neuropathie par étirement du nerf intercostal T9 et dans une moindre mesure T10 avec une

dénervation du muscle grand-droit à droite, corroborée par une atrophie visible au scanner. D'après le docteur AS_____, anesthésiste et spécialiste des traitements de la douleur, il n'y avait que peu de chance d'obtenir une amélioration par des infiltrations, respectivement une réexploration chirurgicale ; une électrostimulation continue des nerfs intercostaux concernés pourrait être mise en place.

31. Dans son rapport du 23 janvier 2013 à l'adresse du Prof. AQ_____, le Dr AR_____ n'a relevé aucune particularité au niveau des fonctions cognitives de l'assuré. L'épreuve posturale tenue, la force, la coordination, la sensibilité tacto-algique étaient sans particularité au niveau des membres supérieurs. Les ROT étaient normovifs et symétriques. La pallesthésie était conservée. En ce qui concernait le tronc, le médecin notait la présence d'une hypoesthésie douloureuse de forme ovale circonscrite en-dessous de la région cicatricielle, avec une allodynie, douleur reproductible tant à la palpation légère que profonde. Le tonus de la musculature abdominale était asymétrique en défaveur de la droite, prononcé au niveau du muscle droit abdominal. Il n'y avait pas de Lasègue, ni de niveau sensitif cutané au niveau dorsal. Aucune particularité n'avait été relevée concernant les membres inférieurs. La description de l'ENMG était la suivante : « La myographie à l'aiguille concentrique du muscle droit abdominal est pathologique sur plusieurs niveaux, sus-ombilical, para-ombilical et infra-ombilical avec maximum des anomalies en sus-ombilical, avec signes de dénévation sous forme de potentiels de fibrillation, d'ondes positives et de très sporadiques fasciculations. Les potentiels d'unité motrice sont extrêmement polyphasiques, de faible à moyenne amplitude, avec un recrutement réduit et un tracé de type neurogène. Le même examen réalisé à gauche sur le muscle droit abdominal s'avère strictement normal ».

Le Dr AR_____ a conclu à une probable neuropathie par étirement du nerf intercostal au niveau T9, et dans une moindre mesure, au niveau T10. Il n'avait aucune autre proposition à formuler que de réadresser l'assuré au centre de la douleur, car celles dont celui-ci souffrait persistaient malgré les divers traitements entrepris, dont des traitements par opiacés. Il proposait à ce qu'un contrôle ENMG soit à nouveau effectué dans un délai de trois à six mois.

32. Les B_____ ont déclaré faire opposition à la décision précitée de la SUVA en date du 5 février 2013, en sollicitant l'accès au dossier et annonçant qu'ils motiveraient leur opposition après avoir pu accéder au dossier intégral de la SUVA.
33. L'assuré a fait de même par l'intermédiaire de son conseil en date du 13 février 2013. Les pièces médicales étant en cours d'analyse par un expert externe, il s'est réservé de motiver son opposition dès réception du rapport de l'expert. Il a également demandé à accéder au dossier intégral de la SUVA.
34. D'après un courrier du 7 février 2013 du Dr C_____ au docteur AT_____ de Medical Service, l'assuré présentait toujours des douleurs de caractère neurogène invalidantes sans réponse aux différents traitements. Il était suivi au CHUV, à la consultation de la douleur, dont aucun rapport n'était encore disponible. Mais le

Prof. AQ_____ démontrait une neuropathie par étirement du nerf intercostal T9 et T10.

35. Par courrier du 26 mars 2013 au Dr AO_____ de Medical Service, le docteur AU_____, du Centre d'antalgie du CHUV, a indiqué avoir vu l'assuré le 21 mars 2013, à la demande de son collègue, le docteur AV_____, afin d'évaluer l'indication à une thérapie par neuro-modulation de type stimulation médullaire électrique. Les neurologues concluaient à une neuropathie intercostale T9 droite péri-opératoire sur probable étirement du nerf intercostal T9 et dans une moindre mesure au niveau de T10. Les douleurs étaient décrites comme permanentes, aggravées par l'activité physique, les positions statiques prolongées debout ou assise, ainsi que la toux ou les éternuements. Il n'y avait pas d'association avec des symptômes digestifs. De nombreuses infiltrations avaient été effectuées, dont au Centre d'antalgie du CHUV (blocs intercostaux sous ultrasons, Tab block, Trigger Point), sans qu'aucune amélioration ne soit constatée. En raison de la topographie des douleurs ainsi que de l'absence totale d'amélioration même transitoire suite aux blocs, aux anesthésiques locaux, une stimulation médullaire n'apparaissait pas susceptible d'apporter une amélioration significative de la symptomatologie de l'assuré. Ce dernier était ré-adressé à la consultation du Dr AV_____.
36. Le 25 avril 2013, lors d'une séance organisée par B_____, une décision d'inaptitude à la fonction de spécialiste nettoyage émise le 18 avril 2013 par Medical Service a été remise à l'assuré. Afin d'éviter à l'assuré d'être pénalisé du point de vue de l'assurance-chômage, B_____ et l'assuré ont décidé d'un commun accord de réduire le délai de résiliation au 31 juillet 2013, correspondant au terme du droit au salaire.
37. Selon un complément du 21 juin 2013 à son opposition du 13 février 2013, l'assuré a indiqué avoir subi aux HUG, le 29 juillet 2011, une lobectomie du foie du côté gauche, en même temps qu'une cholécystectomie en raison d'une suspicion de formation d'une fistule du kyste hépatique dans les voies biliaires. L'opération avait d'abord semblé s'être déroulée sans complications, mais l'assuré s'était plaint de douleurs abdominales de plus en plus fortes, en particulier dans la zone des cicatrices, douleurs qui persistaient et s'intensifiaient, ainsi que de problèmes de déglutition compliquant considérablement son alimentation. Les médecins consultés avaient d'abord évoqué une étiologie peu claire, avec suspicion d'un sectionnement du nerf vague ; début 2013 avait pu être mise en évidence une élongation des nerfs intercostaux T9 et T10 avec dénervation et atrophie du muscle abdominal droit. Les lésions nerveuses survenues dans le cadre de l'opération précitée s'écartaient considérablement du « médicalement habituel » ; une négligence grossière devait être suspectée, d'autant plus s'il devait s'avérer que le nerf vague avait été sectionné. Il y avait eu accident. En cas de contestation, une expertise devrait être ordonnée pour prendre position sur les causes des maux et la fréquence de telles lésions nerveuses lors de telles interventions.

-
38. L'assuré a été licencié par B_____ avec effet au 31 juillet 2013, étant précisé qu'une indemnité de départ lui serait versée par B_____ d'août 2013 à avril 2014.
39. Dans un rapport médical du 8 juillet 2013, le Dr AV_____ a retenu comme diagnostic, à titre de maladie, des douleurs abdominales post-lobectomie hépatique gauche, avec effet sur la capacité de travail, et, sans effet sur la capacité de travail, un status post-lobectomie hépatique gauche et cholécystectomie pour un kyste hydatique du lobe hépatique gauche de découverte fortuite, une dysphagie mixte dans le contexte de troubles aspécifiques de la motilité oesophagienne et un syndrome dépressif modéré réactionnel. L'assuré avait bénéficié de multiples infiltrations au niveau intercostal 9, 10, 11, 12, des infiltrations *loco dolenti* sur ou sous le muscle grand droit ; les blocs avaient une efficacité clinique (anesthésie au froid) mais aucune sur la douleur ; des tentatives d'infiltration avec anesthésiques locaux, au niveau de la cicatrice avaient eu un résultat négatif ; un traitement avec de la pommade Kétamine n'avait eu aucun effet ; l'assuré n'était pas considéré comme pouvant répondre à une stimulation médullaire au niveau épidual ; aucun de gestes n'avait donné d'indication quant à l'origine de la symptomatologie de l'assuré, qui restait inchangée.
40. Le 11 juillet 2013, à la demande du docteur AW_____, spécialiste FMH en chirurgie, médecin-conseil de la SUVA, cette dernière s'est procurée auprès des HUG des documents médicaux en lien avec l'intervention du 29 juillet 2011 et de ses suites.
41. Par communication du 10 septembre 2013, l'OAI a fait part à l'assuré de sa décision de le soumettre à une expertise de médecine interne, neurologie et psychiatrie auprès d'un centre d'expertises médicales, qui serait choisi de manière aléatoire. Les questions destinées aux experts (comprenant des questions spécifiques pour le cas où un trouble de la lignée somatoforme ou un trouble assimilé serait constaté) étaient soumises à l'assuré, qui disposait de dix jours pour indiquer les questions complémentaires qu'il aurait à faire poser aux experts.

Le Dr C_____ ayant fait part de ce que, sur son conseil, l'assuré s'opposait à une expertise, l'estimant inutile dès lors qu'il avait déjà été vu par plusieurs spécialistes de haut niveau dans toutes les spécialités considérées, l'OAI a, par décision incidente du 3 octobre 2013, maintenu cette expertise pluridisciplinaire.

Cette dernière a été attribuée le 27 novembre 2013, dans le cadre de la procédure SuisseMED@P, au Centre d'Expertise Médicale de Nyon (ci-après : CEMed), plus précisément aux docteurs AX_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, AY_____, spécialiste FMH en neurologie, et AZ_____, spécialiste en médecine interne.

42. En date du 10 décembre 2013, le Dr AW_____ a rendu une appréciation médicale du cas de l'assuré à l'intention de la SUVA.

L'hémihépectomie avait été effectuée dans les règles de l'art. L'accès chirurgical choisi (laparotomie épigastrique transversale) constituait l'accès standard pour cette

intervention. Le nécessaire détachage des adhérences (adhésiolyse) rencontrées lors de l'opération pouvait avoir lésé le tissu touché ; ce problème était courant avec ce procédé, qui ne pouvait aucunement être qualifié d'approche inappropriée. Selon les documents à disposition, il n'était pas démontré que des lésions des terminaisons nerveuses du nerf vague étaient survenues dans le cadre de l'adhésiolyse ; de telles lésions n'expliqueraient nullement les douleurs de l'assuré et ne seraient en tout état pas le résultat d'une approche inappropriée.

La pose d'agrafes autoretenuës, devant intervenir sitôt les adhérences résorbées, pouvait produire des élongations telles que décrites pour l'assuré dans la zone des nerfs intercostaux 9 et 10, mais c'était un risque devant être assumé pour une mise en place optimale du site opératoire. Les dommages d'élongation constatés ne s'écartaient pas nettement de ce qui se constatait habituellement en médecine.

En résumé, aucun indice ne laissait penser que l'opération n'aurait pas été effectuée dans les règles de l'art.

43. Le 30 décembre 2013, le CEMed a convoqué l'assuré aux fins d'examen par les experts précités les 8 et 10 janvier 2014.
44. Dans un complément du 24 janvier 2014 à leur opposition faite le 13 février 2013 à la décision précitée de la SUVA, B_____ ont rappelé qu'une influence dommageable non intentionnelle d'un facteur extérieur inhabituel sur le corps humain était considérée comme un accident. Le caractère de facteur extérieur inhabituel était acquis en cas de mesures médicales habituelles lorsque les préventions médicales s'écartaient nettement des normes médicales habituelles, et s'il en résultait des risques connexes. Une erreur de traitement pouvait être assimilée à un accident lorsqu'il y avait eu méprises ou maladresses grossières et exceptionnelles, ou même des dommages intentionnels auxquels personne ne s'attendait. Le critère de spontanéité n'était pas déterminant en cas de mesures médicales pour qu'il y ait accident. En l'espèce, la lésion nerveuse subie par l'assuré s'écartait considérablement des cas médicaux habituels ; il fallait retenir qu'il n'avait pas été procédé correctement lors de l'opération du 29 juillet 2011 et que, partant, qu'il y avait eu facteur extérieur inhabituel. Même si l'accident ne revêtait qu'une importance secondaire, cela justifierait qu'il soit à la charge de l'assurance-accidents obligatoire.
45. Par décision sur opposition du 31 mars 2014, fondée sur l'appréciation médicale du Dr AW_____ du 10 décembre 2013, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré. Selon le compte-rendu opératoire et l'imagerie réalisée durant l'opération considérée, cette dernière avait été accomplie dans les règles de l'art ; il n'était pas établi que des terminaisons nerveuses du nerf vague aient été blessées au cours de l'intervention, et, quoi qu'il en soit, de telles lésions n'expliqueraient nullement les douleurs de l'assuré, ni ne pourraient être imputées à un procédé opératoire inapproprié. Il était concevable que la mise en place d'agrafes autoretenuës ait impliqué des lésions par étirement, du type de celles observées dans la zone des

nerfs intercostaux 9 et 10, mais c'était-là un risque devant être accepté, découlant de la nécessité d'une exposition optimale du site opératoire ; de telles lésions ne s'écartaient pas nettement de ce qui se constatait habituellement en médecine. Il n'y avait en l'occurrence aucun indice que les règles de l'art aient été ignorées ou violées d'une quelconque façon. Les conditions auxquelles devait être admis qu'un accident fût survenu dans le cadre du traitement d'une maladie n'étaient pas réalisées. Il n'y avait pas matière à rechercher d'autres explications médicales.

46. Par acte du 16 mai 2014, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (cause A/1396/2014), en concluant à l'annulation de cette dernière et à la condamnation de la SUVA à lui verser les prestations prévues par la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) pour les suites de l'opération du 29 juillet 2011. Il fallait attendre que le rapport de l'expertise effectuée dans le cadre de la procédure de l'AI soit rendu, mais il n'était pas certain que les experts se prononcent avec précision sur les causes de ses douleurs et limitations ; une expertise complémentaire pourrait s'avérer nécessaire. Le dossier médical permettait cependant d'admettre que le nerf vague ainsi que deux nerfs intercostaux avaient été atteints lors de l'opération du 29 juillet 2011 aux HUG, lui causant une incapacité totale de travail. L'inefficacité des infiltrations pratiquées renforçait la présomption que le nerf vague avait été touché. Une atteinte de ce nerf – l'un des nerfs principaux de l'être humain – résulterait d'une maladresse manifeste du chirurgien et répondrait à la définition d'un accident.
47. Par mémoire du 16 juin 2014, la SUVA a conclu au rejet du recours. Rien dans les déclarations des médecins consultés ne laissait supposer que le geste chirurgical exécuté le 29 juillet 2011 aurait été mal exécuté, irait au-delà de la pratique médicale admissible, traduirait une appréciation erronée des risques ou un écart de la pratique courante. Il ne résultait nullement du dossier que le nerf vague aurait été touché lors de cette intervention. Cette dernière ne revêtait pas un caractère extraordinaire et il n'était pas établi au degré de vraisemblance prépondérante qu'elle aurait causé à l'assuré une atteinte dommageable. L'origine des douleurs restait indéterminée, mais une atteinte au nerf vague, qui n'avait été jamais qu'une hypothèse émise par des médecins, avait été clairement écartée par les médecins des HUG. Le dossier médical était suffisamment complet pour qu'il soit statué en toute connaissance de cause ; il n'y avait pas lieu de compléter l'instruction par une expertise judiciaire.
48. Les experts du CEMed ont rendu leur rapport d'expertise le 12 août 2014, dans le cadre de la procédure AI.

Ledit rapport énumère les quarante pièces consultées (dont, pour l'essentiel, des rapports médicaux, radiologiques, histologiques, psychiatrique, d'hospitalisation, compte-rendu opératoire), rappelle le cadre du mandat d'expertise, résume le dossier dans l'ordre chronologique (sur 2½ pages), relate les données subjectives médicales, personnelles, familiales et socioprofessionnelles de l'assuré (en

indiquant l'histoire médicale actuelle selon l'expertisé et ses plaintes actuelles sur les plans de la médecine interne, neurologique et psychique, y compris une anamnèse orientée psychiatrique, ainsi que ses traitements) (sur 4 pages), établit les status de médecine interne, neurologique et psychiatrique de l'assuré (respectivement sur 1 page, 1 page et $\frac{3}{4}$ page), comporte une synthèse et une discussion du cas (sur 2 pages) et répond aux questions posées par l'OAI (sur 2 pages).

Dans les antécédents médicaux de l'assuré, il y avait eu, en 2007, un épisode de lombosciatalgies droites, avec mise en évidence de deux hernies discales à l'IRM lombaire, épisode ayant cependant connu une évolution favorable sous traitement conservateur avec disparition de toute plainte. Puis il y a eu, en 2011, la lobectomie hépatite gauche et cholécystectomie pour un kyste hédatique, opération dans les suites desquelles l'assuré s'était plaint et se plaignait de douleurs pariétales abdominales droites moyennes et inférieures constantes, en raison desquelles toute une série d'investigations et de traitements avaient été effectués dans le cadre des HUG et du CHUV.

Sur le plan de la médecine interne, l'examen était rigoureusement normal, en dehors de douleurs au niveau de l'hypochondre droit à l'examen clinique, douleurs qui n'étaient pas en relation avec une pathologie évidente ; le problème du kyste hydatique pouvait être considéré comme terminé, avec une évolution satisfaisante et sans caractère incapacitant. Sur le plan neurologique, l'examen permettait de retrouver une zone d'hypoesthésie maximale au niveau D9-D10 droit, semblant se poursuivre de façon atypique au niveau abdominal inférieur droit et le long de l'ensemble du membre inférieur droit ; l'explication la plus probable de ces troubles était un étirement des nerfs intercostaux D9 et D10 lors de l'intervention chirurgicale, phénomène sur lequel se surajoutaient très vraisemblablement des facteurs psychologiques expliquant l'extension actuelle des troubles sensitifs ainsi que la réponse médiocre aux différents traitements antalgiques effectués jusqu'ici, à poursuivre. La capacité de travail de l'assuré s'en trouvait affectée, en ce sens que celui-ci présentait une incapacité de travail complète dans l'activité de nettoyeur (étant donné les constatations effectuées, l'échec de différents traitements et le fait que l'activité considérée soit physiquement relativement lourde) ; mais dans une activité légère se déroulant essentiellement en position assise, ne nécessitant pas le port régulier de charge de plus de 10 à 15 kg et autorisant des changements occasionnels de position assise/debout, l'assuré pouvait avoir une activité professionnelle à plein temps avec un rendement de 100 %. Sur le plan psychique, il persistait un épisode dépressif d'intensité moyenne sans syndrome somatique, qui prenait une allure chronique et était réactionnel aux douleurs chroniques ; il y avait ainsi une comorbidité psychiatrique sous la forme d'un épisode dépressif moyen chronique persistant depuis un an et demi et ne répondant pas au traitement de Cymbalta 120 mg/j, le seul antidépresseur à avoir été essayé et maintenu sans changement depuis plus d'un an, alors que les possibilités thérapeutiques n'étaient

de loin pas épuisées ; l'assuré n'était pas replié socialement, n'avait pas de traits pathologiques de caractère, ni ralentissement psychomoteur, ni troubles cognitifs patents, mais une pensée fixée sur les douleurs chroniques et leur répercussion désastreuse sur le quotidien ; il n'y avait pas de limitations fonctionnelles objectivables au niveau psychiatrique.

En résumé, l'assuré présentait vraisemblablement, avec répercussion sur sa capacité de travail, une atteinte des nerfs intercostaux D9-D10 secondairement à un étirement peropératoire, et, sans répercussion sur sa capacité de travail, un épisode dépressif d'intensité moyenne chronique (F32.10). L'atteinte des nerfs intercostaux représentait vraisemblablement une contre-indication à des activités physiquement lourdes et au port régulier de charges (comme l'activité de nettoyeur, qui n'était donc plus exigible), depuis l'intervention chirurgicale du 29 juillet 2011 ; l'assuré présentait une capacité de travail complète avec un rendement de 100 % dans une activité adaptée, c'est-à-dire une activité essentiellement sédentaire, se déroulant en position le plus souvent assise, ne nécessitant pas le port régulier de charges de plus de 10 à 15 kg et autorisant des changements occasionnels de position assis/debout, étant précisé qu'il fallait admettre une période d'incapacité de travail complète puis partielle de six mois au plus après l'opération précitée.

49. En date du 10 septembre 2014 – après avoir sollicité des délais pour produire sa réplique en annonçant qu'il ne disposait pas encore du rapport des experts du CEMed et que le Dr C_____ l'avait fait examiner par des spécialistes qui rendraient leur rapport tout prochainement – l'assuré a présenté une réplique, accompagnée d'une copie du rapport rendu par le CEMed le 12 août 2014. Ce rapport confirmait l'existence d'une zone d'hypoesthésie maximale au niveau D9-D10 droit semblant se poursuivre de façon atypique au niveau abdominal inférieur droit et le long de l'ensemble du membre inférieur droit ; les experts se référaient à l'ENMG effectuée par le Dr AR_____, qui confirmait la présence de signes de dénervation dans le muscle abdominal droit compatible avec une atteinte neurogène périphérique de topographie D9-D10. Les experts ne s'étaient pas prononcés sur la cause réelle d'une part de ses douleurs au niveau abdominal inférieur droit et le long de l'ensemble du membre inférieur droit entraînant un blocage à l'effort et d'autre part de ses troubles épigastriques et dysphagiques, ni sur le fait de savoir si le nerf vague était atteint ; une expertise gastroentérologique et neurologique s'avérait indispensable. La lésion, avérée, de deux nerfs intercostaux constituait une cause extérieure extraordinaire devant être assimilée à un accident, donnant droit à des prestations de la SUVA ; ladite atteinte représentait, aux dires des experts, une contre-indication à des activités physiquement lourdes et au port régulier de charges, si bien que l'activité de nettoyeur ou toute activité similaire n'était plus exigible de sa part, sa capacité de travail étant en revanche entière dans une activité adaptée ; le taux d'invalidité résultant de ses restrictions devrait être établi ultérieurement, de même que le montant des indemnités journalières dues rétroactivement.

50. La SUVA a présenté sa duplique le 7 octobre 2014, en persistant à conclure au rejet du recours. Selon les experts du CEMed, les troubles de l'assuré pouvaient être la conséquence d'un « étirement des nerfs intercostaux D9 et D10, lors de l'intervention chirurgicale, phénomène sur lequel se surajoutaient très vraisemblablement des facteurs psychologiques expliquant l'extension actuelle des troubles sensitifs ainsi que la réponse médiocre aux différents traitements antalgiques effectués jusqu'ici ». En d'autres termes, les experts n'avaient pas retenu que des nerfs auraient été sectionnés lors de l'intervention chirurgicale du 29 juillet 2011, et ils estimaient que les symptômes atypiques de l'assuré s'expliquaient par des facteurs psychologiques sans lien avec ladite intervention. Cette expertise ne permettait pas de conclure à un geste chirurgical mal exécuté, qui irait au-delà de la pratique médicale admissible ou qui traduirait une appréciation erronée des risques à prendre en compte pour une telle opération ou un écart de la pratique courante. Le Dr AW_____ avait précisé qu'une élongation de nerfs intercostaux entrait dans la catégorie des risques à prendre en compte dans le cadre de ce type d'interventions. le rapport d'expertise ne permettait pas de s'écarter des conclusions du Dr AW_____.
51. Donnant suite aux demandes des 10 novembre 2014 et 30 janvier 2015 de la chambre des assurances sociales, la SUVA a produit, les 23 janvier et 11 février 2015, une traduction en langue française des principales pièces de son dossier produites en allemand (soit des pièces 18, 37, 39, 57, 59 et 61).
- Par courrier du 24 février 2015, l'assuré a indiqué n'avoir aucune remarque complémentaire à formuler après avoir pris connaissance de la traduction desdites pièces. Il maintenait pour le surplus sa demande d'expertise pluridisciplinaire en vue d'établir les causes des douleurs invalidantes dont il souffrait.
52. Dans l'intervalle l'assuré avait séjourné du 3 au 12 janvier 2015 à l'unité psychiatrique des HUG, après avoir mis le feu à son appartement. Selon la lettre de sortie du 4 mars 2015 des psychiatres BA_____ et BB_____, il y avait doute sur le point de savoir si l'assuré avait agi ou non dans un but suicidaire. Le diagnostic posé a été celui d'épisode dépressif moyen. D'après les éléments anamnestiques, l'assuré souffrait socialement d'avoir dû suspendre son activité professionnelle depuis 2011, suite à l'apparition de douleurs importantes post-lobectomie hépatique gauche pour un kyste hydatiforme, auxquelles les investigations menées et la consultation de la douleur n'avaient pas apporté de compréhension ni d'antalgie efficace. Il décrivait depuis 2012 des douleurs chroniques invalidantes et un état dépressif apparu suite à cette situation médicale. Il était suivi depuis un an par la Dre BC_____.
53. D'après un rapport médical du 11 mai 2015 de la Dre BC_____ à l'OAI, l'assuré souffrait d'un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, affectant sa capacité de travail. Le constat médical de la Dre BC_____ était celui d'un patient calme, collaborant, se plaignant de douleurs, manquant d'énergie, ayant tendance à se replier sur lui-même, culpabilisant, demandant réparation, n'ayant pas de

troubles du sommeil ni de l'appétit, pas d'idées suicidaires, ne présentant pas d'éléments psychotiques. Le pronostic n'était pas rassurant compte tenu de son désir de réparation vis-à-vis du corps médical.

54. Le 30 septembre 2015, la chambre des assurances sociales a demandé à l'intimée de lui faire savoir si l'ancien employeur de l'assuré (soit B_____) avait retiré sa propre opposition à la décision de l'intimée du 17 janvier 2013 et, dans l'affirmative, de lui transmettre une copie d'un tel retrait. Ladite opposition du 5 février 2013 et son complément du 24 janvier 2014 figuraient au dossier, mais la décision sur opposition de la SUVA du 31 mars 2014 n'apparaissait pas avoir été notifiée aux B_____.
55. Le même jour, la chambre des assurances sociales a sollicité du Dr C_____ qu'il lui transmette l'avis médical rendu par le Dr Y_____ le 13 janvier 2013 (recte : 2012), avis dans lequel ce médecin retenait l'hypothèse – selon le rapport du Prof. AQ_____ du 22 janvier 2013 – d'une dyspepsie / dysphagie sur section du nerf vague.
56. Par courrier du 30 octobre 2015, l'intimé a indiqué à la chambre des assurances sociales que sa décision sur opposition n'avait pas été notifiée aux B_____. Elle proposait, par économie de procédure, que B_____ soient appelés en cause (plutôt que de se voir notifier ladite décision sur opposition par l'intimée).
57. Le 3 novembre 2015, le Dr C_____ a transmis à la chambre des assurances sociales une copie du courrier que le Dr Y_____ lui avait adressé le 13 janvier 2012.
58. Par ordonnance du 10 novembre 2015, la chambre des assurances sociales a invité la SUVA à statuer sur l'opposition de B_____ du 5 février 2013, complétée le 24 janvier 2014, et à notifier sa décision sur opposition aux B_____, et elle a suspendu l'instruction de la cause jusqu'à ce que soit déterminé si B_____ recourraient ou non contre cette décision.
59. Par décision sur opposition du 18 décembre 2015, la SUVA a rejeté l'opposition de B_____, pour les motifs retenus dans sa décision sur opposition du 31 mars 2014 rendue à l'endroit de l'assuré, jointe à la décision sur opposition notifiée aux B_____ et déclarée partie intégrante de cette dernière.
60. Par décision du 12 mai 2016, reprenant les termes et conclusions d'un projet de décision du 25 janvier 2016, l'OAI a refusé à l'assuré toute prestation de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20). La capacité de travail de l'assuré était définitivement nulle dans son activité habituelle depuis le 28 juin 2011, mais elle était de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès février 2012, puis de 100 % dès août 2012. La comparaison des revenus qu'il fallait faire à l'échéance du délai d'attente, le 28 juin 2012, aboutissait, après réduction supplémentaire de 10 % sur le salaire annuel brut avec invalidité de 50 %, à une perte de gain de CHF 36'897.- (recte : CHF 40'156.-), correspondant à un degré d'invalidité de 58 %, ouvrant le droit à une demi-rente

d'invalidité dès le 1^{er} juin 2012, début reporté au 2 septembre 2012 du fait du dépôt de la demande de prestations le 2 mars 2012. Cependant, dès août 2012, la perte de gain résultant de la comparaison des revenus était de CHF 39'800.- (recte : CHF 13'491.-), correspondant à un degré d'invalidité de 19 % (recte : 16 %). En conséquence, un degré d'invalidité de 19 % (recte : 16 %) n'ouvrant pas le droit à une rente invalidité et des mesures professionnelles n'étant pas indiquées, l'assuré n'avait droit à aucune prestation de l'AI.

61. Par acte du 16 juin 2016, l'assuré a recouru contre cette décision de l'OAI auprès de la chambre des assurances sociales (cause A/2018/2016), en concluant à son annulation et à la reconnaissance d'un droit à une rente entière d'invalidité. Il y avait eu « atteinte du nerf vague, lésion ayant vraisemblablement provoqué une causalgie (dystrophie sympathique réflexe douloureuse régionale complexe, DSR/SDRC) engendrant de dortes douleurs touchant en particulier l'hémiabdomen droit avec des troubles sensitifs allant des orteils du pied droit et remontant jusqu'au thorax droit » ; sur ces douleurs s'était greffée une « pathologie du trouble somatoforme » ; et l'assuré souffrait d'une dépression devenue sévère. Il ne pouvait plus assumer un quelconque travail, pour une durée indéterminée. Son degré d'invalidité était de 100 %.
62. Par mémoire du 23 juin 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours A/2018/2016.
63. En réponse à une demande de la chambre des assurances sociales, la SUVA a informé cette dernière, par courrier du 27 juillet 2016, qu'elle avait statué sur l'opposition de B _____ le 18 décembre 2015, sans que ces derniers ne réagissent à cette décision sur opposition.
64. Par ordonnance du 17 août 2016, la chambre des assurances sociales a ordonné la reprise de la procédure A/1396/2014.
65. Dans la procédure en matière d'AI, l'assuré a présenté, le 19 août 2016, une réplique dans la cause A/2018/2016, en persistant dans les conclusions de son recours, et l'OAI a dupliqué le 6 septembre 2016, en maintenant ses conclusions tendant au rejet du recours A/2018/2016 et à la confirmation de sa décision du 12 mai 2016 en matière d'AI.

Dans des observations du 25 octobre 2016, l'assuré a estimé très sommaire le volet psychiatrique de l'expertise du CEMed du 12 août 2014, notamment sur la question de l'existence d'une trouble de la lignée somatoforme ou d'un trouble assimilé. Il avait des douleurs persistantes et intenses, qui étaient accompagnées d'un sentiment de détresse. Les causes de ces douleurs n'étaient pas claires ; il n'avait pas été établi si un déficit organique en expliquait l'intensité et l'étendue. Les experts avaient nié que ses limitations liées à l'exercice d'une activité résultassent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable. Une nouvelle expertise psychiatrique devait être ordonnée.

66. Le 28 octobre 2016, la chambre des assurances sociales a informé les parties qu'elle versait au dossier de la cause A/1396/2014 une copie du dossier de la cause

A/2018/2016, et elle leur a fixé un délai au 25 novembre 2016 pour présenter d'éventuelles observations.

67. Par courrier du 22 novembre 2016, l'assuré a indiqué n'avoir pas de complément à formuler à ses écritures, le rapport d'expertise du CEMed du 12 août 2014 ayant déjà été versé au dossier. Il maintenait ses conclusions, y compris celle tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire.
68. Par courrier du 23 novembre 2016, la SUVA a maintenu l'ensemble des arguments développés dans ses précédentes écritures. Les dossiers de l'assurance-invalidité et de l'assurance-accidents étaient parfaitement superposables ; ils ne contenaient aucun élément indiquant qu'un geste chirurgical aurait été mal exécuté lors de l'intervention du 29 juillet 2011 ; en l'absence du substrat médical pertinent, le désir de l'assuré d'obtenir réparation de la part du corps médical reposait uniquement sur l'allégation de plaintes subjectives. L'instruction de la cause n'avait pas besoin d'être complétée.
69. Le 24 novembre 2016, la chambre des assurances sociales a indiqué aux parties que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, dès lors que la décision attaquée a été rendue sur opposition en application de la LAA.
- b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA).

Déposé le 16 mai 2014 dans un bureau de poste suisse contre une décision du 31 mars 2014 notifiée le 2 avril 2014, le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 LPGA), compte tenu de la suspension du délai de recours du 7^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA), soit du 13 au 27 avril 2014, ayant fait que le délai de recours est arrivé à échéance le samedi 17 mai 2014 et a été reporté au lundi 19 mai 2014 (art. 38 al. 4 LPGA).

Il respecte les exigences de forme et de contenu prescrites par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).

Le recourant dispose d'un intérêt digne de protection à ce que la décision attaquée soit annulée ou modifiée et a donc qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

c. Le présent recours est donc recevable.

2. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.

b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 483 ss, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références). Si une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations devant être effectuées d'office les convainc que certains faits sont établis et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, l'assureur ou le juge peuvent renoncer à administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_198/2016 du 31 mai 2016 consid. 4.2) ; une telle appréciation anticipée des preuves ne viole pas le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d).

c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; cf. aussi consid. 4). Il doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, n. 78).

d. Quant au degré de preuve requis, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, 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. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des

assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, n. 81 ss).

3. a. Selon 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. 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). Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. Il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (cf. ATF 123 V 98 consid. 3 et les références).

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 134 V 72 consid. 4.3.1 ; ATF 129 V 402 consid. 2.1; ATF 122 V 233 consid. 1; ATF 121 V 38 consid. 1a ainsi que les références).

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. Selon la jurisprudence, 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. 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. Quant à l'indication d'une intervention chirurgicale, elle n'est pas un critère juridiquement pertinent pour juger si un acte médical répond à la définition légale de l'accident (ATF 121 V 38 consid. 1b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 62/03 du 21 octobre 2003 ; ATAS/901/2005 du 25 octobre 2005). La question de l'existence d'un accident, au sens du droit de l'assurance-accidents obligatoire, doit être 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 38 consid. 1b et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 62/03 du 21 octobre 2003).

c. La jurisprudence n'admet que restrictivement que des atteintes dommageables survenues à l'occasion d'actes médicaux visant au traitement de maladies remplissent l'exigence du caractère extraordinaire devant caractériser le facteur extérieur pour qu'elles puissent constituer un accident appelant le versement de prestations de l'assureur-accidents (arrêts du Tribunal fédéral 8C_195/2015 du 10 février 2016 consid. 3.2 et 8C_858/2014 du 24 avril 2015 consid. 2), ainsi que l'illustrent les cas cités ci-après, tirés de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_234/2008 du 31 mars 2009 (concernant une mobilisation de l'articulation du genou sous anesthésie ayant provoqué une fracture) et repris dans un récent ouvrage de doctrine (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, L'assurance-accidents, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 311 ss, n. 79).

Ainsi, l'existence d'un accident a été admise dans les cas d'une confusion en matière de groupes sanguins (ATFA 1961 p. 201 consid. 2a), d'une accumulation d'erreurs à l'occasion d'une angiographie (ATF 118 V 283 consid. 4 et 5 non publiés, mais partiellement reproduits dans le *Courrier suisse des assurances*, 1994-1 p. 31), d'une injection trop rapide par voie intraveineuse d'une dose excessive de produits anesthésiques (RAMA 1993, n° U 176 p. 204, arrêt U 124/92 du 17 mai 1993), d'un oubli d'un cathéter dans la vessie d'un patient (RAMA 2003, n° 492 p. 371, arrêt U 56/01 du 18 juillet 2003), et d'une lésion du nerf médian à l'occasion d'une prise de sang (arrêt 8C_526/2007 du 29 avril 2008), et (arrêt 8C_234/2008 du 31 mars 2009).

L'existence d'un accident a en revanche été niée dans les cas d'une perforation de l'intestin lors d'une rétroscopie suivie d'un lavement baryté (arrêt U 5/82 du 5 août

1983), du choix, hautement discutable, d'une technique opératoire (RAMA 1988, n° U 36 p. 42, arrêt U 15/87 du 14 octobre 1987), d'une perforation par erreur de la sclérotique à l'occasion d'une injection subcorticale parabilbaire au celeston (Extr. CNA 1990 n° 1), 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 39 consid. 1c), d'une section de la veine épigastrique au cours de l'opération d'une hernie inguinale (SJ 1998 p. 430 n° 72), d'une perforation de l'œsophage au cours de l'extraction d'un morceau de viande (RAMA 2000, n° 368 p. 99, arrêt U 335/98 du 16 novembre 1999), 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, arrêt U 225/99 du 22 septembre 2000), 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, arrêt U 284/01 du 24 janvier 2002), 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), de l'inhalation d'un aérosol d'antibiotique ayant causé une réaction totalement inhabituelle et imprévisible sous la forme d'un choc anaphylactique (arrêt 5C_295/2005 du 12 avril 2006), et d'une administration d'une combinaison de médicaments lors d'un accouchement s'étant révélée a posteriori certains risques pour la patiente (arrêt U 135/06 du 15 décembre 2006).

4. a. En l'espèce, il n'est pas contesté ni n'est contestable que le recourant a dû subir, le 29 juillet 2011, une lobectomie gauche associée à une cholécystectomie à titre de traitement d'une maladie.

b. Cette intervention chirurgicale est décrite de façon détaillée dans le compte-rendu opératoire du 17 août 2011, dont personne – pas même le médecin traitant du recourant – ne déduise qu'un quelconque manquement serait survenu dans le choix du procédé opératoire ou le déroulement de l'opération. Lors du colloque multidisciplinaire qui s'est tenu le 6 juin 2012 aux HUG, dans le cadre de l'hospitalisation du recourant pour investigations de ses douleurs de l'hypocondre persistantes, le chirurgien – un autre que celui qui avait effectué l'opération du 29 juillet 2011 – a confirmé que la procédure opératoire s'était bien déroulée, sans complication post-opératoire.

Aucun des médecins ayant participé à ce colloque n'a remis en cause, d'une quelconque façon, quelque aspect que ce choix de ladite opération, qu'il s'agisse en particulier du choix de l'accès chirurgical ou du déroulement de l'intervention chirurgicale, ni non plus le Dr AW_____, certes médecin-conseil de l'intimé, qualité n'autorisant toutefois pas par elle-même à amoindrir l'autorité de son avis, d'autant plus qu'il est spécialiste FMH en chirurgie et a fourni des explications claires et convaincantes sur l'opération considérée. Le procédé opératoire choisi n'a d'ailleurs été critiqué par aucun des médecins s'étant exprimés dans cette affaire.

Rien n'indique non plus que les risques liés à l'opération considérée auraient été appréciés de façon erronée, ignorés ou sous-estimés. Le recourant a même été informé, lors de la consultation préopératoire du 21 juillet 2011, du risque de lésions neurologiques liées à un bloc nerveux périphérique.

c. Le recourant s'est plaint assez rapidement – dans les jours ayant suivi l'opération ou en tout cas dès le 4 août 2011 (selon la lettre de sortie des HUG du 25 août 2011) – de douleurs, depuis lors de façon croissante, quasi continue et persistante. La séquence chronologique ne constitue certes une démonstration ni que l'opération considérée serait à l'origine desdites douleurs, ni a fortiori qu'une erreur médicale serait survenue au cours de cette opération, le principe « *post hoc ergo propter hoc* » ne pouvant fonder un raisonnement valable pour établir la cause d'une atteinte à la santé, ni à plus fortes raisons pour prouver le caractère extraordinaire d'un facteur extérieur ayant provoqué une telle atteinte.

Il est néanmoins vraisemblable, à teneur du dossier, d'une part que les douleurs ressenties par le recourant assez tôt après ladite opération ont pu s'expliquer, initialement, par la chirurgie et l'hypertrophie cicatricielle (ainsi que les médecins l'ont indiqué dans la lettre de sortie du 4 octobre 2011 suite au séjour du recourant aux HUG du 7 au 10 septembre 2011), et d'autre part qu'elles se sont amplifiées en douleurs post-opératoires d'origine mixte, physique et psychique, au fur et à mesure que le recourant a acquis la conviction d'avoir été victime d'une erreur médicale, ayant engendré en lui un fort sentiment d'injustice et un intense besoin de reconnaissance et de réparation et ayant provoqué une symptomatologie dépressive (comme l'ont relevé notamment les médecins ayant participé au colloque multidisciplinaire du 6 juin 2012, les experts du CEMed dans leur rapport du 12 août 2014, les psychiatres ayant suivi le recourant lors de son hospitalisation de janvier 2015).

Cependant, contrairement à l'interprétation que le recourant – en trouvant auprès de son employeur un écho hâtif à sa perception – a donnée à la simple hypothèse d'une atteinte vagale émise par le Dr Y_____ le 13 janvier 2012, les nombreuses investigations menées, que ce soit par des examens cliniques ou par l'imagerie (IRM, ENMG), n'ont nullement démontré que des nerfs et en particulier le nerf vague ont été sectionnés au cours de ladite intervention chirurgicale. Cette hypothèse a même été exclue lors du colloque multidisciplinaire précité du 6 juin 2012.

La symptomatologie douloureuse du recourant n'en est pas moins à attribuer partiellement, au degré de vraisemblance prépondérante, au déroulement de l'opération du 29 juillet 2011. Reprenant à son compte l'avis du Dr AR_____, fondé sur un ENMG, le Prof. AQ_____ a retenu, en janvier 2013, une (probable) neuropathie par étirement du nerf intercostal au niveau T9 et, dans une moindre mesure, au niveau T10, étirement dont rien n'indique qu'il ne serait pas survenu lors de ladite opération. Cet avis a été repris par les médecins du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG (cf. rapports des

5 et 6 juin 2012) et ceux du Centre d'antalgie du CHUV (cf. courrier du Dr AU_____ du 26 mars 2013). Dans leur rapport du 12 août 2014, les experts du CEMed ont également estimé que l'explication la plus probable de la zone d'hypoesthésie maximale au niveau D9 et D10 droit, semblant se poursuivre de façon atypique au niveau abdominal inférieur droit et le long du membre inférieur droit, résidait dans un étirement des nerfs intercostaux D9 et D10 lors de l'intervention chirurgicale, phénomène sur lequel se surajoutaient très vraisemblablement des facteurs psychologiques.

d. Le Dr AW_____ a expliqué de façon convaincante, dans son appréciation médicale du 10 décembre 2013, comment les élongations décrites pouvaient être intervenues dans la zone des nerfs intercostaux 9 et 10 en cours d'opération, à savoir moins probablement lors du détachage des adhérences que lors de la pose d'agrafes autoretenues devant intervenir sitôt après l'adhésiolyse.

e. Aucune des pièces du dossier n'amène à remettre objectivement en cause la vraisemblance prépondérante d'une neuropathie par étirement du nerf intercostal au niveau T9 et, dans une moindre mesure, au niveau T10, ainsi survenue, à titre de facteur extérieur ayant contribué aux atteintes à la santé du recourant.

Il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise (judiciaire ou, sur renvoi, administrative), ni unidisciplinaire ni pluridisciplinaire (notamment gastroentérologique et neurologique, voire psychiatrique), ainsi que le requiert le recourant, dans un élan qui participe de sa focalisation psychique et autobloquante à vouloir faire établir une qualité de victime d'une erreur médicale, et par ailleurs contradictoire avec l'opposition qu'il avait manifestée en septembre 2013, sur conseil de son médecin traitant, à se soumettre à une expertise de médecine interne, neurologie et psychiatrie, qu'il estimait inutile dès lors qu'il avait déjà été vu par plusieurs spécialistes de haut niveau dans toutes les spécialités considérées.

f. Force est en revanche de juger que, dans la mesure au surplus limitée où il explique la symptomatologie du recourant, un étirement du nerf intercostal au niveau T9 et, dans une moindre mesure, au niveau T10 au cours d'une lobectomie associée à une cholécystectomie ne revêt pas en lui-même un caractère extraordinaire ; il s'inscrit dans le contexte d'un geste chirurgical admissible, ne s'écarte pas considérablement de la pratique courante. Il ne constitue pas une erreur de traitement du type et de la grossièreté de celles qui, au regard des exemples jurisprudentiels précités, doivent faire admettre la survenance d'un accident dans le cadre du traitement d'une maladie.

5. Aussi est-ce à bon droit que l'intimé a nié en l'espèce le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents. Le recours doit être rejeté.
6. La procédure est gratuite, le recourant n'ayant pas agi de manière téméraire ni témoigné de légèreté (art. 61 let. a LPGA).

Vu l'issue donnée au recours, il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure (art. 61 let. g LPGA).

* * * * *

**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. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure.
5. 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

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le