





**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1964, a travaillé en tant qu'employée de maison. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Baloise vie SA (ci-après l'assurance ou l'intimée).
2. Par déclaration du 24 janvier 2012, l'employeur a annoncé un événement survenu en date du 7 décembre 2011. Lors d'une intervention chirurgicale pratiquée à la Clinique Vert-Pré, l'assurée avait subi une perforation accidentelle du colon.
3. Selon la lettre de sortie établie par les docteurs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ du Service de chirurgie viscérale des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) en date du 27 janvier 2012, l'assurée a été hospitalisée du 9 décembre 2011 au 11 janvier 2012 en raison de douleurs abdominales et état fébrile au status post laparoscopie. Le diagnostic principal était celui de perforation iatrogène du rectum avec péritonite stercorale. Les médecins ont noté que l'assurée avait subi une cure d'endométriome et exérèse de kystes ovariens par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gynécologie, en date du 7 décembre 2011. Le 9 décembre 2011, ils ont procédé à une laparotomie exploratrice, à une résection sigmoïdo-rectale et à la confection d'une colostomie terminale selon Hartmann. La laparotomie avait mis en évidence la péritonite sur perforation rectale d'origine traumatique. Les médecins ont indiqué que l'incapacité de travail pour maladie avait été attestée à 100 % du 9 janvier au 24 février 2012 (*sic*).
4. Une nouvelle intervention a été pratiquée en date du 4 avril 2012 par le docteur E\_\_\_\_\_, médecin au service de chirurgie viscérale des HUG, consistant en un rétablissement de la continuité après Hartmann avec iléostomie de protection. L'assurée a été hospitalisée du 3 au 10 avril 2012 et une incapacité de travail pour maladie a été attestée du 4 au 22 avril 2012.
5. Par décision du 18 juin 2012, l'assurance a informé l'assurée que le cas ne pouvait pas être pris en charge par l'assurance-accidents obligatoire, attendu qu'il s'agissait selon son service médical non pas d'un accident mais des suites de la maladie initiale.
6. Par écriture du 26 juillet 2012, complétée le 14 août 2012, l'assurée, représentée par le Syndicat sans frontières, a formé opposition à cette décision. Elle a allégué qu'une erreur médicale était survenue lors de l'intervention pratiquée le 7 décembre 2011 par le Dr D\_\_\_\_\_. Il s'agissait dès lors bien d'un accident, soit d'un événement fortuit et imprévisible. L'assurée a précisé qu'elle avait encore été opérée le 20 juin 2012, et qu'une nouvelle intervention était prévue le 15 ou le 18 août suivant.
7. Dans un avis du 14 septembre 2012, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil de l'assurance, a exposé que la perforation d'organes creux était une complication reconnue dans le cadre de la chirurgie laparoscopique pour kystectomie ovarienne. La cause la plus vraisemblable de la

---

perforation rectale était liée à la mise en place d'un trocart. Dans près de la moitié des cas, cette perfusion conduisait à une péritonite identifiée secondairement, par exemple à 48 heures, comme c'était le cas de l'assurée. Selon le médecin-conseil, les blessures abdominales au cours des laparoscopies représentaient 0.4 à 3 ‰ des procédures. Elles étaient dues à 63 ‰ à l'introduction du 1<sup>er</sup> trocart. Les plus fréquentes étaient représentées par les plaies de l'intestin grêle puis du colon, plus rarement du rectum (probablement de l'ordre de 0.2 ‰ des procédures). Le Dr F\_\_\_\_\_ a expliqué que la pratique d'une cœlioscopie était un geste devenu banal et qu'il n'y avait pas lieu de considérer que l'acte médical (laparoscopie pour endométriose) s'écartait de la pratique courante en médecine et qu'il impliquait de ce fait de gros risques. Il n'était pas rapporté de confusion, de maladresse grossière ou extraordinaire avec laquelle personne ne comptait ou ne devait compter. En effet, la perforation intestinale était une complication redoutable mais assez classique de la laparoscopie (généralement inférieure à 1 ‰). Selon le médecin-conseil, il n'y avait aucun doute qu'il s'agissait-là d'un aléa thérapeutique et que la perforation était d'origine iatrogène. Il n'était en revanche pas démontré que l'erreur médicale fût le résultat d'une erreur consécutive à une fausse indication, à une confusion ou à un écartement extraordinaire par rapport aux règles de l'art. Partant, les troubles de la santé étaient consécutifs à une maladie, comme cela ressortait d'ailleurs des lettres de sortie des HUG.

8. Par décision du 26 septembre 2012, l'assureur a rejeté l'opposition de l'assurée en se référant à l'avis de son médecin-conseil, qui était concluant et motivé. Il n'existait dès lors pas d'éléments permettant de conclure au caractère accidentel de la lésion en cause.
9. La décision du 26 septembre 2012 a été envoyée directement à l'assurée, le 27 septembre 2012 par courrier recommandé puis le 4 octobre 2012 par courrier simple.

Ces deux plis ont été retournés à l'assurance par la poste, avec la mention « Le destinataire est introuvable à l'adresse indiquée ».

10. L'assurance a ainsi notifié une nouvelle décision datée du 5 octobre 2012, au contenu identique, au Syndicat sans frontières, représentant de l'assurée.
11. L'assurée, représentée par son avocat, a interjeté recours en date du 2 novembre 2012 contre la décision de l'assurance. Elle a conclu, sous suite de dépens, à la mise en œuvre d'une expertise gynécologique aux fins de déterminer notamment si l'acte chirurgical était médicalement justifié et si des erreurs graves avaient été commises pendant l'acte chirurgical et après l'anesthésie, à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimée pour le calcul des indemnités journalières, de la rente et de l'atteinte à l'intégrité. Elle a exposé qu'elle avait été licenciée en raison de ses fréquentes absences, et a produit le courrier de son employeur résiliant les rapports de travail. Par ailleurs, il n'y avait pas d'indication opératoire pour la cure d'endométriose et elle s'était laissé convaincre par le médecin, qui lui avait indiqué

qu'il s'agissait d'une opération ambulatoire bénigne. La recourante a allégué que la perforation de l'intestin grêle lors d'une cure d'endométriose était extrêmement rare et qu'elle provenait manifestement d'une erreur médicale grave. Par ailleurs, bien qu'elle se soit réveillée avec de très fortes douleurs et des nausées et le ventre qui commençait à gonfler, la clinique Vert-Pré n'avait pas cherché à contacter le gynécologue, alors que les signes cliniques étaient manifestement anormaux. Cette absence de soins avait entraîné une infection généralisée qui s'était traduite par une péritonite aiguë. Les actes médicaux réalisés s'écartaient considérablement de la pratique médicale. Partant, le caractère accidentel de l'intervention du Dr D\_\_\_\_\_ ne pouvait être nié.

12. Dans sa réponse du 6 décembre 2012, l'intimée a préalablement conclu à l'irrecevabilité du recours pour cause de tardiveté, et sur le fond à son rejet, sous suite de dépens. Elle a allégué que la décision du 26 septembre 2012 avait été adressée à la recourante sous pli recommandé le 27 septembre 2012 à son domicile privé, soit à l'adresse qui lui avait été communiquée par le Syndicat sans frontières le 26 juillet 2012 et qui figurait aussi dans les écritures de la recourante du 26 juillet et du 14 août 2012. La décision du 26 septembre 2012 avait été valablement notifiée, dès lors qu'il appartenait à la recourante d'entreprendre les démarches nécessaires afin de recevoir son courrier.

Sur le fond, l'intimée a contesté la survenance d'un accident. Elle s'est référée aux explications du Dr F\_\_\_\_\_ et à l'avis des médecins des HUG, qui ont considéré que la recourante souffrait d'une maladie. Rappelant la jurisprudence sur l'existence d'un facteur extraordinaire en cas de lésions survenues lors d'interventions chirurgicales, l'intimée a affirmé que l'acte médical réalisé par le gynécologue de la recourante ne s'écartait pas considérablement de la pratique courante en médecine et n'impliquait pas de gros risques. Le gynécologue n'avait pas non plus commis de confusions ou de maladresses grossières ou extraordinaires, ni de préjudice intentionnel. Une cure d'endométriose et fenestration de kystes ovariens par voie laparoscopique était une opération usuelle, et cet acte chirurgical n'avait en soi rien d'exceptionnel. Un éventuel manque d'attention ou de précaution du gynécologue ne saurait être considéré comme résultant d'une confusion ou d'une méprise grossière et extraordinaire. La perforation du colon lors de l'acte opératoire était un risque, certes minime, mais qui pouvait cependant se réaliser fortuitement ou à la suite d'un geste maladroit. Compte tenu de ces éléments, la perforation du colon lors d'une cure d'endométriose et fenestration de kystes ovariens par voie laparoscopique par un gynécologue n'était pas un facteur extérieur de caractère extraordinaire, de sorte qu'il ne s'agissait pas d'un accident au sens de la loi.

13. Par réplique du 15 janvier 2013, la recourante a préalablement contesté la tardiveté de son recours, faute de notification valable avant le 8 octobre 2012, date à laquelle le syndicat avait reçu la décision sur opposition litigieuse. Elle a persisté dans ses conclusions. Elle a indiqué les questions qu'elle souhaitait voir poser à l'expert.

Elle a notamment invoqué le fait qu'indépendamment du caractère manifestement grossier de la maladresse extrêmement rare qui avait mis sa vie en danger, elle avait été abandonnée sans soins après l'intervention chirurgicale, alors qu'elle aurait pu et dû être immédiatement emmenée en ambulance à l'hôpital, ce qui lui aurait permis d'éviter la péritonite et une infection généralisée. L'intimée perdait de vue cet élément.

14. Dans sa duplique du 6 février 2013, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle s'en est rapportée à justice en ce qui concernait la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, tout en contestant ou reformulant certaines questions de la recourante. L'intimée a nié que la recourante ait été abandonnée après son intervention et qu'une réaction plus rapide aurait évité les complications dont elle avait été victime. L'intimée a fait observer au surplus que selon les dernières informations reçues, la recourante était en arrêt de travail depuis de nombreux mois lors de l'opération, soit dès mars 2011, et qu'elle avait fait une chute plusieurs mois après l'opération.
15. La Cour de céans a entendu les parties lors d'une audience de comparution personnelle en date du 6 mars 2013. La recourante a expliqué que l'adresse à Carouge était une sous-location et que son nom ne figurait pas sur la boîte aux lettres, car la régie interdisait la sous-location. Le conseil de la recourante a relevé que le syndicat avait communiqué l'adresse privée de la recourante mais indiqué que toute la correspondance pouvait lui être adressée. La recourante a déclaré qu'elle était membre du syndicat. Son contrat avec son employeur, auprès duquel elle travaillait depuis 2002, avait été résilié pour le 30 novembre 2012. Elle avait subi d'autres accidents, l'un en mars 2011 (rupture de la coiffe des rotateurs) et l'autre le 17 octobre 2012 (entorse et fracture du péroné). Elle a précisé qu'elle n'avait pas agi en responsabilité contre la clinique Vert-Pré mais qu'une demande était en préparation. Elle avait trouvé un accord avec le Dr D\_\_\_\_\_, aux termes duquel elle avait obtenu un montant de CHF 15'000.-.
16. Par courrier du 12 mars 2013, la Cour de céans a informé les parties qu'elle avait admis la recevabilité du recours, a imparté un délai à la recourante pour produire copie de la transaction intervenue avec le médecin et invité les parties à se déterminer quant à la suite de la procédure.
17. Le 22 mars 2013, la recourante a communiqué à la Cour de céans copie de la transaction intervenue le 6 février 2012 entre le Dr D\_\_\_\_\_ et elle-même, précisant qu'aucune action en responsabilité civile n'avait été intentée contre la clinique Vert-Pré.
18. Dans ses observations du 27 mars 2013, l'intimée a indiqué qu'elle ne voyait pas l'utilité d'entendre des témoins. Elle s'en est rapportée à justice s'agissant de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, réservant les questions à poser à l'expert, et a relevé au surplus que le Dr F\_\_\_\_\_ s'était déjà prononcé le 14 septembre 2012.

19. Sur requête du 2 juillet 2013 de la Cour de céans du 2 juillet 2013, le Dr D\_\_\_\_\_ - LOÏC lui a transmis son compte-rendu opératoire du 7 décembre 2011. Il en ressort que les indications étaient les suivantes : endométriose, dysménorrhée et dysparénée profonde sévère, douleur abdominale récidivante, pertuis et érosion chronique de la fourchette postérieure. L'intervention avait consisté en une laparoscopie exploratrice, une adhésiolyse, une excision de multiples lésions endométriosiques du pelvis, un curetage fractionné et une excision plastique fourchette postérieure. L'intervention s'était déroulée sans complication.
20. Le 20 août 2013, l'intimée a produit un rapport du 12 août 2013 du Dr F\_\_\_\_\_, lequel s'est déterminé sur le compte-rendu opératoire du 7 décembre 2011. D'après le médecin-conseil de l'intimée, ce compte-rendu ne laissait pas supposer d'erreur. La procédure utilisée était classique, l'intervention s'était réalisée sans complication et elle avait atteint l'objectif, puisque lors de la laparotomie du 16 décembre 2011, il n'était pas constaté d'endométriose. L'examen de cette pièce ne modifiait ainsi en rien ses conclusions du 14 septembre 2012.
21. Suite à un échange d'écritures afin de trouver un accord sur l'expert à désigner, la chambre de céans a indiqué aux parties en date du 20 novembre 2013 qu'elle entendait mandater le Professeur G\_\_\_\_\_, chef du Service de gynécologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), et leur a communiqué les questions qu'elle avait l'intention de lui soumettre, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.
22. L'intimée, par pli du 4 décembre 2013, n'a fait valoir aucune cause de récusation de l'expert et a communiqué trois questions complémentaires qu'elle souhaitait lui voir poser.
23. Par ordonnance du 10 décembre 2013 (ATAS/1220/2013), la Chambre de céans a désigné le Pr G\_\_\_\_\_ comme expert. Elle a notamment retenu, s'agissant de la recevabilité, que la décision sur opposition du 26 septembre 2012, notifiée à l'adresse privée de la recourante, avait été retournée par la poste à l'intimée. Par conséquent, la notification n'avait pas eu lieu, de sorte que le délai de recours n'avait pas commencé à courir. De surcroît, dans le cadre de l'opposition, la recourante était représentée par le Syndicat sans frontières, auquel elle avait donné mandat pour la représenter, avec élection de domicile. L'intimée était ainsi tenue de notifier la décision au mandataire. Le statut du syndicat était au demeurant sans pertinence, dès lors qu'un syndicat pouvait représenter un de ses membres dans une procédure en matière d'assurances sociales, conformément à la jurisprudence. S'agissant des avis du Dr F\_\_\_\_\_, ils étaient très peu motivés et dénués de références à la littérature pour étayer ses allégations. En outre, le médecin-conseil évoquait le risque de complication de laparoscopie que constituait une perforation intestinale, alors que la recourante avait subi une perforation du rectum. Les rapports du Dr F\_\_\_\_\_ ne pouvaient dès lors pas se voir reconnaître une pleine valeur probante. La Cour de céans a encore précisé que certaines des questions de

---

la recourante, portant notamment sur la responsabilité civile du médecin ou du personnel soignant, ne seraient pas soumises à l'expert dès lors qu'elles étaient sans pertinence pour l'issue de la présente procédure.

24. Le Pr G \_\_\_\_\_ a remis son rapport d'expertise le 1<sup>er</sup> avril 2014. Il a indiqué dans l'anamnèse que la recourante était en bonne santé habituelle et résumé son dossier médical en précisant qu'elle avait subi deux interventions complémentaires depuis avril 2012, pratiquées le 20 juin et le 18 août 2012. La lésion subie lors de l'intervention du 7 décembre 2011 était une perforation du rectum iatrogène dans le cadre du traitement d'une endométriose pelvienne sévère diffuse. La cause la plus probable de cette perforation rectale était en relation avec l'excision des lésions d'endométriose. En particulier, le compte-rendu opératoire décrivait l'excision d'une lésion d'endométriose siégeant sous le ligament utéro-sacré gauche, et donc probablement à proximité du rectum. S'agissant de la probabilité de la perforation du rectum, les données de la littérature montraient que même pour des médecins expérimentés, le risque de perforation n'était pas nul en cas de traitement chirurgical d'une endométriose pelvienne sévère. Ainsi, les publications avec des effectifs suffisants dans ce domaine révélaient un taux de perforation entre 1 et 2 %, l'expert indiquant les références bibliographiques. Il a précisé qu'il n'existait aucune précaution permettant de supprimer complètement ce risque. L'examen du compte-rendu opératoire montrait que la perforation n'était pas consécutive à une indication inadaptée, à une confusion ou à un écartement extraordinaire par rapport aux règles de l'art. On pouvait donc conclure que la perforation du rectum résultait d'un risque résiduel inévitable, malgré toute la prudence inhérente à une cure d'endométriose sévère et extensive au niveau pelvien. L'acte médical pratiqué par le Dr Fabien D \_\_\_\_\_ était un acte pratiqué habituellement et régulièrement pour des problèmes d'endométriose pelvienne. Il n'avait aucun caractère exceptionnel. La cure d'endométriose pelvienne sévère était un acte chirurgical réalisé couramment. Cet acte comportait des risques opératoires faibles et relativement bien connus. On pouvait donc estimer que ce geste opératoire ne présentait pas de gros risque chirurgical. Au vu du rapport opératoire, de la littérature et de l'expérience personnelle de l'expert, on pouvait estimer que la perforation du rectum n'était pas liée à des confusions ou à des maladresses grossières extraordinaires, ni à un préjudice intentionnel de la part du Dr D \_\_\_\_\_. A la question de savoir si l'opération pratiquée par ce dernier avait abouti à un résultat qui pouvait se réaliser fortuitement ou à la suite d'un geste simplement maladroit, l'expert a exposé que cette intervention avait permis l'exérèse et la destruction de l'ensemble des lésions d'endométriose pelvienne présentées par la recourante. Cette intervention avait entraîné une perforation rectale, qui était un acte qui pouvait être observé fortuitement lors de ce type de chirurgie et pour ce type de pathologie. Le Pr G \_\_\_\_\_ a encore précisé qu'il ne partageait pas l'avis du Dr F \_\_\_\_\_, lequel imputait la perforation du rectum à l'introduction des trocars de laparoscopie. En effet, s'il était connu que la mise en place des trocars de laparoscopie pouvait entraîner exceptionnellement des perforations de l'intestin grêle ou du colon, des

perforations du rectum étaient tout à fait exceptionnelles dans cette situation. Par contre, la description précise réalisée par le Dr D\_\_\_\_\_ du geste opératoire permettait de suspecter que la perforation rectale était très probablement survenue au cours de l'exérèse des lésions d'endométriose. Au vu du compte-rendu opératoire, il pouvait apparaître que cette perforation était intervenue sur les lésions postérieures, situées en-dessous des ligaments utéro-sacrés.

En conclusion, l'expert a relevé que la recourante se plaignait de douleurs abdominales basses récidivantes avec dysménorrhée et dyspareunie, qui avaient fait suspecter le diagnostic d'endométriose. Un acte laparoscopique avait été proposé pour confirmer le diagnostic de cette endométriose pelvienne et surtout la traiter. Cette démarche thérapeutique ne s'écartait pas de la pratique courante et l'acte laparoscopique n'impliquait habituellement pas de gros risque chirurgical. La procédure laparoscopique était une procédure classique pour une endométriose pelvienne sévère. Aucun incident notable n'était relevé dans le compte-rendu opératoire. Dans les suites de l'intervention, un délai d'à peine deux jours était rapide et cohérent pour l'établissement du diagnostic de perforation rectale post-opératoire et sa prise en charge chirurgicale. Une perforation recto-sigmoïdienne correspondait à une complication non exceptionnelle de la chirurgie laparoscopique de l'endométriose pelvienne sévère. Il ne s'agissait pas d'un facteur extérieur extraordinaire. Il n'apparaissait pas à l'expert que la perforation fasse suite à une indication fautive, à une confusion ou à un écartement extraordinaire par rapport aux règles de l'art. Dans ces conditions, les troubles de santé en relation avec la perforation du rectum étaient secondaires à la maladie ayant motivé l'intervention chirurgicale, soit l'endométriose pelvienne sévère.

25. L'intimée a déposé ses conclusions après expertise en date du 2 mai 2014. Elle a souligné qu'au vu de l'expertise du Pr G\_\_\_\_\_, il apparaissait que le risque de perforation du rectum n'était pas nul en cas de traitement chirurgical de l'endométriose et qu'aucune précaution ne permettait de réduire à néant les risques. Partant, conformément à la jurisprudence, la perforation du rectum iatrogène n'était pas un facteur extérieur de caractère extraordinaire et ne pouvait ainsi pas être considérée comme un accident au sens de la loi. De plus, la question de l'existence d'un accident devait être tranchée indépendamment du point de savoir si l'infraction aux règles de l'art entraînait une responsabilité civile. L'intimée persistait dès lors dans ses conclusions du 6 décembre 2012, en renonçant cependant à la condamnation de la recourante à des dépens.
26. Dans ses déterminations du 6 juin 2014, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a répété qu'elle s'était réveillée après l'intervention du 7 décembre 2011 avec de fortes nausées et des douleurs, sans qu'un médecin ne vienne à son chevet. S'agissant de l'expertise, elle a affirmé que l'expert n'avait pas expliqué pourquoi la perforation rectale était en relation avec l'excision des lésions d'endométriose et qu'il ne répondait ainsi pas à la question de savoir quelle était la cause la plus probable de la perforation. Quant au risque de perforation de 1 à 2 %

articulé par l'expert, il démontrait qu'une pareille atteinte à l'intégrité était exceptionnelle. Le médecin-conseil de l'intimée avait d'ailleurs signalé un risque de l'ordre de 2 ‰ (*recte* : 0.2 ‰) et l'expert n'expliquait pas l'écart entre leurs chiffres. Il n'exposait pas non plus quelles étaient les précautions d'usage ni si elles avaient été prises en l'espèce. Le compte-rendu opératoire ne mentionnait aucune précaution pour éviter une perforation rectale ni de précaution particulière. Selon la recourante, une perforation ne pouvait résulter d'un risque, mais bien d'un mauvais geste ou d'une grossière maladresse. Elle a reproché à l'expert de ne pas expliquer comment une telle lésion pouvait survenir si ce n'est en raison d'une confusion ou d'une maladresse grossière. Les conclusions de l'expert étaient peu claires puisqu'il ne se basait pas sur le cas d'espèce mais sur son expérience professionnelle pour conclure à l'absence de maladresse, de confusion ou de préjudice intentionnel du Dr D\_\_\_\_\_. Au vu de leur caractère général et évasif, ses réponses ne pouvaient emporter la conviction. L'expert avait par ailleurs indiqué que la perforation rectale se produisait fortuitement, soit accidentellement. Il avait également qualifié la perforation du rectum d'exceptionnelle, et partant extraordinaire selon la définition juridique de l'accident. La recourante a ajouté que les docteurs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ avaient qualifié la perforation rectale de traumatique dans la lettre de sortie du 27 janvier 2012 et que le médecin-conseil de l'intimée avait également admis qu'elle était consécutive à l'opération. Le risque d'une telle perforation était quasiment nul, de 2 ‰ et non de 1 ‰ selon les médecins. On comprenait dès lors difficilement comment un chirurgien habitué à ce type de procédure avait pu perforer le rectum de la recourante sans avoir commis une maladresse grossière, le rectum ne devant pas être touché ni même effleuré durant cette opération. Il était surprenant que le compte-rendu opératoire ne le mentionne pas, alors que tout le monde s'accordait à dire que la lésion était le résultat d'une maladresse du chirurgien. L'expertise ne donnait aucune explication sur le fait que cette maladresse avait été cachée. Le Pr G\_\_\_\_\_ n'avait au demeurant pas examiné la recourante, sans expliquer son choix. Il n'avait ainsi pas pris en compte ses plaintes. Partant, son rapport d'expertise ne pouvait se voir reconnaître valeur probante.

27. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimée le 10 juin 2014.
28. A la même date, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. La compétence de la chambre de céans et la recevabilité du recours ont d'ores et déjà été admises dans l'ordonnance du 10 décembre 2013.  
L'objet du litige y a également été défini.
2. La chambre de céans a déjà exposé dans son ordonnance du 10 décembre 2013 la définition de l'accident, les conditions selon lesquelles des actes médicaux peuvent être qualifiés d'accidents, ainsi que la casuistique tirée de la jurisprudence, de sorte qu'il suffit d'y renvoyer.

---

On ajoutera que 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 donc 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 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait dans le doute statuer en faveur de l'assuré, et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 339/03 du 19 novembre 2003 consid. 2).

3. En l'espèce, l'expert désigné par la chambre de céans a répondu aux questions qui lui ont été posées de manière précise et complète. Il n'existe dès lors pas d'élément qui justifie que l'on s'écarte de ses conclusions, étant rappelé que lorsqu'une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Les éléments allégués par la recourante n'y suffisent en particulier pas. Cette dernière affirme que le Pr G \_\_\_\_\_ n'aurait pas indiqué quelle était la cause la plus probable de la perforation rectale. Cette affirmation tombe cependant à faux, puisque l'expert a précisément exposé que l'excision d'une lésion d'endométriose à proximité du rectum était la cause la plus probable de la perforation. Les discrédances entre les risques d'une telle lésion, estimés entre 1 et 2 % par l'expert et à 0.2 % par le médecin-conseil de l'intimée, s'expliquent en outre par le fait que le second a articulé un pourcentage « probable », au demeurant sans référence scientifique. La recourante voit également une carence de l'expertise dans le fait que le Pr G \_\_\_\_\_ n'a pas exposé quelles étaient les précautions d'usage pour le type d'intervention subie. Or, dans la mesure où ce dernier a précisément indiqué qu'aucune mesure ne permettait d'éliminer complètement le risque de perforation, qui survenait même lors d'interventions pratiquées par des médecins chevronnés, ce grief tombe à faux. La recourante allègue qu'une perforation ne peut résulter que d'un mauvais geste ou d'une grossière maladresse. Cette affirmation méconnaît toutefois le fait qu'un geste thérapeutique peut être inadéquat, sans pour autant relever d'une maladresse grossière ou extraordinaire, critère déterminant conformément à la jurisprudence. En effet, toute erreur médicale ne constitue pas un accident médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 135/06 du 15 décembre 2006 consid. 2.2). A titre d'exemple, la jurisprudence a exclu la survenance d'un accident alors que l'atteinte à la santé en cause résultait indéniablement d'une absence de précautions qui s'imposaient au médecin lors du

---

geste médical, au motif que ce manque de précaution ne saurait être considéré comme résultant d'une confusion ou d'une méprise grossière et extraordinaire (ATF 121 V 35 consid. 2a). En effet, au risque de faire jouer à l'assurance des accidents non professionnels le rôle d'une assurance de la responsabilité civile des fournisseurs de prestations médicales, ce qui serait contraire à la loi (cf. art. 41 sv. LAA), on ne saurait considérer que des gestes médicaux inappropriés, voire en partie contraires aux règles de l'art, réunissent les critères d'un événement accidentel au sens de la jurisprudence (RAMA 2000 n° U 407 p. 404, consid. 9b).

Contrairement à ce qu'allègue la recourante, l'expert n'a pas exclu de grossière maladresse en se fondant uniquement sur sa propre expérience, mais en se référant au compte-rendu opératoire. La recourante soutient également que cette maladresse aurait été cachée et reproche à l'expert de ne pas avoir donné d'explication sur cet élément. Il n'existe cependant aucun indice étayant cette hypothèse, qui est par ailleurs sans portée dans la présente procédure. Quoi qu'il en soit, il paraît selon toute vraisemblance que la perforation rectale n'a pas été volontairement tue par le gynécologue, mais au contraire qu'elle n'a pas été constatée. L'expert a en effet indiqué que le laps de temps de deux jours pour diagnostiquer cette perforation était rapide, ce qui permet d'admettre au degré de la vraisemblance prépondérante que de telles lésions ne sont généralement pas immédiatement décelées par l'opérateur.

Enfin, la recourante se prévaut du fait que l'expert a qualifié la perforation du rectum d'exceptionnelle, qualification qui découle également des statistiques. Or, le caractère extraordinaire de l'atteinte, constitutif de la définition légale de l'accident, ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues (ATF 129 V 402 consid. 2.1). En matière d'erreur médicale, comme cela ressort de la jurisprudence, un caractère extraordinaire s'analyse en fonction de l'existence de gestes s'écartant dans une mesure extraordinaire des règles de l'art, et non pas en fonction de la prévalence de la complication (critique notamment sur ce point, Ueli KIESER, commentaire de l'arrêt 8C\_999/2012 *in* Pflgerecht 2014 p. 117 ; du même auteur, Accident médical, HAVE 2009 p. 385).

S'agissant enfin du fait que le Pr G\_\_\_\_\_ n'a pas vu la recourante, il faut rappeler que sa mission d'expertise lui laissait la liberté de déterminer si un examen clinique s'imposait. Par ailleurs, cela ne suffit pas à dénier toute valeur probante à son expertise. D'une part, une expertise médicale établie sur la base d'un dossier a valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 474/04 du 4 mai 2005 consid. 4.1). D'autre part, l'examen de la recourante n'aurait guère pu amener d'élément probant, étant rappelé que l'expertise portait avant tout sur des points techniques et que les questions avaient essentiellement trait aux règles de l'art en matière de laparoscopie et au respect de celles-ci par le Dr D\_\_\_\_\_. Dans cette mesure, le type d'expertise confiée en l'espèce au Pr G\_\_\_\_\_ diffère fondamentalement de celles destinées à

déterminer les répercussions et la nature d'atteintes à la santé chez un assuré, lors desquelles il est essentiel que l'expert connaisse les plaintes et les impressions subjectives de la personne examinée.

Compte tenu de ces éléments, la perforation rectale dont la recourante a été victime lors de l'intervention du 7 décembre 2011 ne peut être considérée comme un accident au sens de la loi.

4. Eu égard à ce qui précède, les décisions de l'intimée s'avèrent conformes au droit.

Le recours devra donc être rejeté.

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a 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. 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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