

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 juin 2012

---

Présidence de     Mme     PASCHE  
Juges     :     MM. Jomini et Métral  
Greffière     :     Mme     Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Georges Reymond,  
avocat à Lausanne,

et

**CAISSE P.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 4 LPG**

**E n f a i t :**

**A.** W.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1951, travaillait comme barman auprès du Night-Club [...], à [...]. En cette qualité, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse P.\_\_\_\_\_ (ou l'intimée).

Selon le protocole opératoire établi par le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, l'assuré a subi le 5 avril 2007 une infundibulotomie et une méatotomie inférieure bilatérale. L'intervention était décrite en ces termes :

"Intervention sous contrôle microscopique.

On commence à gauche. Mise en place de l'écarteur de Rudert. Infiltration dans la région du méat moyen. Ouverture de la bulle ethmoïdale pour emporter des formations polypeuses assez nombreuses mais bien délimitées dans une grande cavité. Hémorragie assez importante dès l'ouverture de l'unciforme. Le corps du cornet moyen étant très polypeux, on le résèque. Plus postérieurement, en raison de l'image CT, on décide de traverser la lame cloisonnante du cornet moyen. Un saignement plus important se produit. On choisit alors de ne pas poursuivre l'évidement. Tamponnement.

Méatotomie gauche inférieure selon technique habituelle, présence surtout de sécrétions purulentes dans la cavité. Aspiration.

A droite : le status est à peu près le même, il est aussi très hémorragique. On se contente d'une infundibulotomie avec résection du corps du cornet moyen, très polypeux. L'ethmoïde postérieur n'est pas exploré.

Méatotomie inf. et aspiration de sécrétions.

Méchage bilatéral par STIP imprégné de Terracortril.

NB: hémorragie d'environ 1 litre pendant l'opération!"

L'assuré a ensuite été hospitalisé à l'hôpital D.\_\_\_\_\_ le 7 avril 2007, en raison d'une prise en charge d'une brèche du liquide céphalo-rachidien (LCR). A cette occasion, le diagnostic de status deux jours post ethmoïdectomie bilatérale avec liquorrhée majeure post déméchage ce jour par la narine gauche a été posé. L'assuré a subi le 8 avril 2007 une reprise d'ethmoïdectomie bilatérale, un colmatage d'une fistule de LCR par voie endoscopique à gauche ainsi que la pose d'un drain lombaire, opération effectuée par les Drs Z.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_,

respectivement médecin-adjoint et chef de clinique du Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale de l'hôpital D.\_\_\_\_\_. L'assuré a séjourné auprès du service précité jusqu'au 23 avril 2007.

Le 22 mai 2007, l'assuré, par son conseil, s'est adressé à la Caisse P.\_\_\_\_\_ afin de lui faire savoir que le Dr F.\_\_\_\_\_ lui avait percé un des sinus jusqu'au crâne lors de son intervention du 5 avril 2007. Il en déduisait qu'il s'agissait d'un cas LAA et non pas d'assurance-maladie, et priait la Caisse P.\_\_\_\_\_ de lui faire savoir si son employeur lui avait déjà dénoncé le cas. L'assuré précisait encore être en incapacité de travail complète.

Par déclaration de sinistre LAA du 1<sup>er</sup> juin 2007, l'employeur de l'assuré a fait savoir à la Caisse P.\_\_\_\_\_ que ce dernier avait été victime d'un accident le 4 avril 2007 (sic), en renvoyant à la lettre du conseil de l'assuré du 22 mai 2007 pour la description des faits.

Le 13 juin 2007, le Dr F.\_\_\_\_\_ a établi le rapport complémentaire suivant :

"Le patient a quitté la Clinique X.\_\_\_\_\_ le lendemain de l'opération, soit le matin du 6 avril. Il n'avait pas de céphalées ni plaintes inhabituelles.

Je l'ai revu à mon cabinet le 7 avril, en fin de matinée. Il n'avait pas de plainte inhabituelle, notamment pas de céphalées. J'ai procédé comme prévu au déméchage. J'ai observé à gauche un petit écoulement rosé, qui aurait pu être un mélange de sécrétions séreuses et de sang, mais j'ai alors aussi pensé à du liquide céphalo-rachidien. Comme je n'avais pas remarqué de brèche lors de l'intervention, je n'ai pas immédiatement retenu cette hypothèse, et j'ai laissé le patient rentrer à son domicile, en lui fixant toutefois un nouveau rendez-vous le même jour, dans l'après-midi, par sécurité.

M. W.\_\_\_\_\_ s'est présenté spontanément deux à trois heures plus tard au centre d'urgence de La Source qui m'a alerté: il se plaignait à la fois de céphalées et d'un écoulement liquidien. Je l'ai fait venir immédiatement à mon cabinet et, observant cette fois un écoulement qui ne pouvait pas être autre chose que du LCR, je l'ai fait admettre à l'hôpital D.\_\_\_\_\_, en parlant clairement au patient d'une complication de l'acte chirurgical et au médecin de garde d'une fistule de LCR iatrogène.

A la réflexion, la brèche dans le toit de l'ethmoïde s'est produite lorsque j'ai cru traverser la lame cloisonnante du cornet moyen: l'important saignement qui m'a accompagné durant toute l'opération m'a fait perdre les repères habituels, et l'écoulement de

LCR, se mêlant au sang, a été pris simplement pour un saignement plus important."

Sur requête de la Caisse P.\_\_\_\_\_, l'assuré lui a fait savoir le 20 juillet 2007 qu'il était en incapacité de travail depuis l'événement du 5 avril 2007, du fait des complications post-opératoires. Le même jour, le conseil de l'assuré a encore indiqué que ce dernier avait ressenti des douleurs considérables dans les sinus, qu'il avait traitées avec du Dafalgan, à la suite de l'intervention du 4 avril 2007. Il a encore relevé qu'il ressentait toujours de vives douleurs dans les sinus de manière ponctuelle, qu'il souffrait de maux de tête, et avait l'interdiction de sortir au soleil et prendre des douches chaudes.

Dans son rapport médical du 31 août 2007 à la Caisse P.\_\_\_\_\_, le Dr F.\_\_\_\_\_ a constaté la présence d'une polypose nasale, relevant que l'assuré avait été hospitalisé à l'hôpital D.\_\_\_\_\_ pour fermeture chirurgicale de la fistule de LCR le 7 avril 2007.

Dans son rapport médical du 10 octobre 2007 à la Caisse P.\_\_\_\_\_, le Dr V.\_\_\_\_\_, chef de clinique au Service ORL de l'hôpital D.\_\_\_\_\_, a diagnostiqué une fistule de LCR post-opératoire, estimant le pronostic favorable. S'agissant de la causalité naturelle, il a indiqué sur le formulaire-type de la Caisse P.\_\_\_\_\_ que le rapport avec l'accident était vraisemblable (probabilité supérieure à 50 %).

Par rapport médical du 6 février 2008, le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin assistant au Service ORL de l'hôpital D.\_\_\_\_\_, a posé le diagnostic de brèche du toit de l'ethmoïde avec fuite de LCR postopératoire. Pour ce médecin, le pronostic était bon, avec un risque de séquelles mineures nasales. Il précisait encore qu'il s'agissait d'une complication opératoire d'un traitement médical pour polypose nasale. S'agissant de la causalité naturelle, il a indiqué sur le formulaire-type de la Caisse P.\_\_\_\_\_ que le rapport avec l'accident était certain (100 %).

Le 1<sup>er</sup> juillet 2008, le Dr R.\_\_\_\_\_ a fait savoir à la Dresse N.\_\_\_\_\_, interne à l'hôpital D.\_\_\_\_\_, qu'il y avait une indication à

effectuer une révision chirurgicale définitive de la brèche au niveau de la base du crâne antérieur gauche, diagnostiquant une fuite de LCR au niveau de la base du crâne inférieur gauche. L'assuré a ainsi été opéré le 1<sup>er</sup> septembre 2008 par le Dr Z.\_\_\_\_\_, qui a procédé à une reprise de colmatage de fistule au niveau de la gouttière olfactive gauche par voie endoscopique, ainsi qu'à une greffe de périoste tibial.

L'employeur de l'assuré a adressé une nouvelle déclaration de sinistre LAA à la Caisse P.\_\_\_\_\_, le 19 septembre 2008, avec la précision "suite de traitement".

Dans son rapport médical du 26 septembre 2008 à la Caisse P.\_\_\_\_\_, le Dr Z.\_\_\_\_\_ lui a fait savoir qu'à la suite de la fermeture de fistule de LCR au niveau de l'ethmoïde gauche par voie endoscopique le 1<sup>er</sup> septembre 2008, l'assuré serait en incapacité de travail à 100 % environ 3 à 4 semaines. Ce spécialiste estimait par ailleurs que le pronostic était favorable.

Le 20 mai 2009, la Caisse P.\_\_\_\_\_ s'est adressée au Prof. J.\_\_\_\_\_, médecin-chef du Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale de l'hôpital D.\_\_\_\_\_ en lui expliquant que son médecin-conseil, le Dr K.\_\_\_\_\_, souhaitait avoir son avis sur plusieurs questions. Il était ainsi invité à répondre aux questions suivantes :

- "a) La fistule du LCR est-elle une complication reconnue lors du perçage d'un sinus ?
- b) La fréquence de cette complication est-elle connue dans la littérature ? Dans l'affirmative, quel est le pourcentage de cette complication (inférieur à 1 % ?) ?
- c) L'opérateur a-t-il commis, le cas échéant, une violation des règles de l'art ? Si oui, laquelle ?
- d) Remarque ? Observation ?"

Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a répondu aux questions posées le 26 mai 2009, de la manière suivante :

"La fistule de LCR est une complication reconnue lors d'ethmoïdectomies, comme c'est le cas chez ce patient.  
[...]"

La fréquence de cette complication est connue dans la littérature et est variable selon les séries, en tout cas est inférieure à 1 %.

[...]

Une fistule de LCR au cours d'une ethmoïdectomie peut arriver à tout opérateur pratiquant cette chirurgie, même de manière très régulière. Comme je l'ai mentionné ci-dessus, le taux de complications est inférieur à 1 %. Il s'agit donc d'une complication inhérente à l'intervention. En effet, l'ethmoïdectomie est une intervention délicate qui consiste à ouvrir toutes les cellules ethmoïdales qui sont en contact intime avec la base du crâne. Il n'y a donc, à mon avis, pas de violation des règles de l'art. Il s'agit bien d'une complication inhérente à l'intervention elle-même. L'important est de reconnaître rapidement cette complication. Celle-ci a été reconnue rapidement, soit 24 heures après l'intervention, lors du déméchage, ce qui est tout à fait acceptable."

Par décision du 4 juin 2009, la Caisse P.\_\_\_\_\_ a refusé de prendre en charge les suites de l'événement du 4 avril 2007, au motif qu'il ne s'agissait pas d'un accident au sens de la LPGA et de la LAA, ni d'une lésion assimilée au sens de la LAA.

Le 28 août 2009, l'assuré, par son conseil, s'est opposé à cette décision. Il a fait notamment valoir que l'écoulement de liquide céphalo-rachidien après un perçage au niveau du sinus n'était pas un phénomène ordinaire, mais un problème découlant de l'acte médical et que les lésions qu'il avait subies étaient en rapport de causalité naturelle avec l'acte médical. Il a produit à l'appui de son opposition un rapport médical des Drs Z.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ du 8 janvier 2009, selon lequel on pouvait retenir comme atteinte à l'intégrité la perte complète de l'odorat (taux de 15 %) ainsi qu'une obstruction nasale chronique et des céphalées récidivantes (taux de 10 %).

L'assuré, par son conseil, a encore complété son opposition le 8 septembre 2008, en faisant notamment encore valoir qu'il s'était rendu plus de 48 heures après l'opération chez le Dr F.\_\_\_\_\_ pour le déméchage, en déduisant que ce délai de reconnaissance de la complication n'était pas acceptable et consacrait une violation des règles de l'art.

Par décision sur opposition du 14 octobre 2009, la Caisse P.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de l'assuré et a confirmé sa décision du 4 juin 2009.

**B.** Par acte de son conseil du 16 novembre 2009, W.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens que les conséquences de l'accident (sic) du 5 avril 2007 doivent être prises en charge par l'intimée, et subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimée pour nouvelle décision. En substance, il fait valoir que de l'avis du Dr Z.\_\_\_\_\_, il est important de reconnaître rapidement une fistule de LCR, et qu'un délai de 24 heures est raisonnable. Or il explique que c'est en réalité après 48 heures que le Dr F.\_\_\_\_\_ s'est aperçu de l'écoulement, ce qui constitue selon lui une violation des règles de l'art. Il explique que le Dr F.\_\_\_\_\_ a percé son sinus provoquant une brèche à la base du crâne lors de l'intervention du 5 avril 2007, et qu'il ne s'agissait pas d'un acte commandé par l'intervention, ni d'un acte ordinaire, dans la mesure où ce genre de complication ne survient que dans moins d'un pourcent des cas, que les complications qu'il a vécues démontrent que son cas était extraordinaire, que le rapport de causalité avec l'accident est certain selon le rapport médical du Dr G.\_\_\_\_\_ du 6 février 2008, et que l'intimée doit prendre en charge les suites de l'accident. A titre de mesures d'instruction, il requiert l'audition de témoins et la mise en œuvre d'une expertise.

Dans sa réponse du 22 janvier 2010, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle expose que selon la jurisprudence du TF, le risque doit être de 1 cas sur 25'000 pour répondre au caractère extraordinaire de l'art. 4 LPGA. Elle produit à l'appui de cette écriture un rapport médical du Dr F.\_\_\_\_\_ du 15 janvier 2010, qui estime qu'il s'agit d'une complication opératoire classiquement reconnue dans le cadre d'interventions de ce type, dont il estime la fréquence à 0.85 %. Ce spécialiste note en outre que l'écoulement de LCR se mêlant au sang a été pris pour un saignement plus important. L'intimée en déduit que le comportement du chirurgien

lors de l'opération du 5 avril 2007 ne s'est pas écarté considérément de la pratique médicale courante et n'est dès lors pas constitutif d'un événement accidentel au sens de la jurisprudence. Elle fait encore valoir que selon le Dr Z.\_\_\_\_\_, il n'y a pas eu de violation des règles de l'art, et que selon le rapport médical du Dr F.\_\_\_\_\_ du 15 janvier 2010, ce médecin a vu le recourant le 6 avril 2007 avant qu'il ne quitte la Clinique X.\_\_\_\_\_, et n'avait alors pas de plaintes inhabituelles ni de céphalées.

Dans sa réplique du 16 février 2012, le recourant explique encore qu'il n'a pas vu le Dr F.\_\_\_\_\_ le 6 avril 2007 avant de quitter la clinique, qu'il convient d'admettre le caractère extraordinaire des lésions qu'il a subies, et que les complications et risques liés à l'intervention ne lui ont pas été décrits par le Dr F.\_\_\_\_\_, si bien qu'il n'a pas pu donner son consentement éclairé à l'opération. Pour lui, soit le Dr F.\_\_\_\_\_ a respecté toutes les règles de l'art, soit il n'a pas travaillé avec toute la diligence voulue et sa responsabilité civile est engagée.

## **E n d r o i t :**

**1.** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** La question litigieuse est celle de savoir si l'atteinte consécutive à l'intervention chirurgicale du 5 avril 2007 constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGA.

**a)** Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. La notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1 et les références). Cette définition de l'accident étant semblable à celle figurant avant l'entrée en vigueur de la LPGA à l'art. 9 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), il convient d'admettre que la jurisprudence rendue sous l'ancien droit reste pertinente.

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 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 233 consid. 1, 121 V 38 consid. 1a ainsi que les références). Cela vaut également en cas d'actes médicaux (ATF 118 V 59, consid. 2b).

**b)** 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; TFA U 62/03 du 21 octobre 2003, consid. 3; ATAS/901/2005 du 25 octobre 2005).

**c)** La question de l'existence d'un accident, au sens du droit de l'assurance-accidents obligatoire, sera tranchée indépendamment du point de savoir si l'infraction aux règles de l'art dont répond le médecin entraîne une responsabilité (civile ou de droit public). Il en va de même à l'égard d'un jugement pénal éventuel sanctionnant le comportement du médecin

(ATF 121 V 38 consid. 1b et les références; TFA U 62/03 du 21 octobre 2003, consid. 3.2).

**d)** En septembre 2000, le Tribunal fédéral des assurances a explicitement confirmé sa jurisprudence selon laquelle "l'exigence d'un acte médical s'écartant considérablement de la pratique médicale courante" représentait l'une des conditions nécessaires pour admettre l'existence d'un accident; il a clairement rejeté un changement de jurisprudence, qui aurait conduit à considérer toute faute du médecin comme un événement extraordinaire (RAMA 2000 n° U 407 p. 404, 406, TFA U 225/99 du 22 septembre 2000, consid. 9b).

Conformément à ces principes, la jurisprudence admet par exemple l'existence d'un accident, imputable à une cause extérieure extraordinaire, dans le cas d'une confusion en matière de groupes sanguins (TFA 1961 p. 201 consid. 2a p.206), dans le cas d'une accumulation d'erreurs à l'occasion d'une angiographie (consid. 4 et 5 non publiés de l'arrêt ATF 118 V 283, mais partiellement reproduits dans le Courrier suisse des assurances, 1994, 1 p. 31), lors de l'injection trop rapide par voie intraveineuse d'une dose excessive de produits anesthésiques (RAMA 1993 n° U 176 p. 204, TFA U 124/92 du 17 mai 1993), ainsi que lors de l'oubli d'un cathéter dans la vessie d'un patient (RAMA 2003 n° U 492 p. 371, TFA U 56/01 du 18 juillet 2003) ou dans le cas d'une lésion du nerf médian à l'occasion d'une prise de sang (TF 8C\_526/2007 du 29 avril 2008). Elle l'a niée, en revanche, à propos d'une perforation de l'intestin lors d'une rectoscopie suivie d'un lavement baryté (TFA U 5/82 du 5 août 1983), lors du choix - hautement discutabile - d'une technique opératoire (RAMA 1988 n° U 36 p. 42, TFA U 15/87 du 14 octobre 1987), dans le cas d'une perforation par erreur de la sclérotique à l'occasion d'une injection subcorticale parabolbaire au celeston (Extr. CNA 1990 n° 1), ou pour 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), à l'occasion de la section accidentelle de la veine épigastrique au cours de l'opération d'une hernie inguinale (SJ 1998

p. 430), lors de la perforation de l'oesophage survenue au cours de l'extraction d'un morceau de viande (RAMA 2000 n° U 368 p. 99, TFA U 335/98 du 16 novembre 1999), dans le cas de gestes médicaux inappropriés associés à de multiples complications ayant entraîné le décès d'une femme sur le point d'accoucher (RAMA 2000 n° U 407 p. 404, TFA U 225/99 du 22 septembre 2000), lors d'une lésion du nerf alvéolaire provoquée par l'extraction d'une dent de sagesse sans qu'un diagnostic préopératoire n'ait été posé (RDAT 2002 II n° 90 p. 336, TFA U 284/01 du 24 janvier 2002), lors de complications imprévisibles et rarissimes liées à un étirement préopératoire du plexus brachial en l'absence d'erreur de traitement (TFA U 62/03 du 21 octobre 2003), dans le cas où l'inhalation d'un aérosol d'antibiotique a causé une réaction totalement inhabituelle et imprévisible sous la forme d'un choc anaphylactique (TFA 5C\_295/2005 du 12 avril 2006) et enfin dans celui où l'administration d'une combinaison de médicaments à l'occasion d'un accouchement s'est révélée présenter a posteriori certains risques pour la patiente (TFA U 135/06 du 15 décembre 2006).

**3.** En l'espèce, il convient de constater que tous les médecins s'accordent à retenir le diagnostic de fistule de LCR post-opératoire (cf. rapport médical du Dr V.\_\_\_\_\_ du 10 juillet 2007, rapport médical du Dr G.\_\_\_\_\_ du 6 février 2008, rapport médical du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 26 septembre 2008, rapport médical du Dr F.\_\_\_\_\_ du 15 janvier 2010, rapport médical des Drs Z.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ du 8 janvier 2009). Cependant, il apparaît que de l'avis du Dr Z.\_\_\_\_\_, le Dr F.\_\_\_\_\_ n'a pas violé les règles de l'art. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a en outre rappelé, ainsi que le Dr F.\_\_\_\_\_ lui-même, que cette complication est inhérente à l'intervention en cause (cf. rapport médical du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 26 septembre 2008 et rapport médical du Dr F.\_\_\_\_\_ du 15 janvier 2010). Aucun médecin n'émet une appréciation contraire. Il convient dès lors de retenir que la lésion en cause a certes été malencontreuse, mais ne peut pas pour autant être considérée comme une erreur. Il s'agit en réalité, ainsi que l'a notamment exposé de manière claire le Dr Z.\_\_\_\_\_, d'une complication opératoire. Le Dr G.\_\_\_\_\_ est également de cet avis (cf.

son rapport médical du 6 février 2008, dans lequel il a spécifié qu'il s'agissait d'une complication opératoire d'un traitement médical pour polypose nasale). Les médecins interpellés à cet égard ont ainsi précisé que la fréquence de cette complication était connue dans la littérature et inférieure à 1 % (cf. rapport médical du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 26 mai 2009). Le Dr F.\_\_\_\_\_ a précisé ce chiffre en l'arrêtant à 0.85 % (rapport médical du 15 janvier 2010), soit un pourcentage quasi équivalent à celui retenu par le Dr Z.\_\_\_\_\_. Or il convient à cet égard de relever, avec l'intimée, que le Tribunal fédéral a retenu l'existence d'un accident imputable à une cause extérieure extraordinaire dans le cas d'une lésion dont la fréquence était de 1 : 25'000 (cf. TF 8C\_526/2007 du 29 avril 2008, consid. 4). Dans la présente espèce, une fréquence de l'ordre de 1 % ne permet dès lors pas de considérer que la complication revêtait un caractère extraordinaire.

Le recourant reproche au Dr F.\_\_\_\_\_ une violation des règles de l'art, dans la mesure où il ne se serait aperçu de l'écoulement que 48 heures après l'intervention, et non pas 24 heures après celle-ci. Il soutient à cet égard ne pas avoir vu le Dr F.\_\_\_\_\_ à sa sortie de la Clinique X.\_\_\_\_\_ le 6 avril 2007. Pourtant le Dr F.\_\_\_\_\_, qui admet certes ne pas établir de rapport de contrôle à la sortie, affirme avoir vu le recourant avant sa sortie de la Clinique, le 6 avril 2007. Il l'a laissé partir sans céphalées ni plainte inhabituelles. C'est à l'occasion du déméchage que le Dr F.\_\_\_\_\_ s'est aperçu de la complication. Celui-ci est intervenu 48 heures après l'intervention, dans la mesure où le méchage devait être maintenu jusqu'au 7 avril 2007. Pendant ce temps, l'écoulement de LCR n'était pas visible, si bien que ce médecin ne pouvait en avoir connaissance, à plus forte raison en l'absence de plaintes inhabituelles du recourant et de céphalées. Quand il est apparu que l'écoulement en cause ne pouvait être que du LCR, le Dr F.\_\_\_\_\_ a fait immédiatement admettre le recourant à l'hôpital D.\_\_\_\_\_, en faisant état d'une complication de l'acte chirurgical et en informant le médecin de garde qu'il s'agissait d'une fistule de LCR (cf. rapport médical du Dr F.\_\_\_\_\_ du 13 juin 2007), sans que son attitude ne prête le flanc à la critique.

Le recourant fait en dernier lieu grief au Dr F.\_\_\_\_\_ de ne pas lui avoir expliqué les complications et risques de l'intervention, si bien qu'il n'a pu donner son consentement éclairé à celle-ci. Non seulement le recourant n'a soulevé ce grief qu'à l'occasion de sa réplique du 16 février 2012, alors que l'intervention a eu lieu le 5 avril 2007, mais il ressort en outre du rapport médical du Dr F.\_\_\_\_\_ du 15 janvier 2010 que sa polypose était telle qu'il ne parvenait pas du tout à faire passer de l'air au travers de ses narines. Le Dr F.\_\_\_\_\_ observe à cet égard que les patients n'attendent habituellement jamais d'être parvenus à ce stade pour consulter. L'opération avait dès lors pour objectif non pas une ethmoïdectomie complète, mais d'enlever assez de formations polypeuses pour permettre au recourant de respirer un peu et de pouvoir inspirer un spray de corticoïdes. En pareilles circonstances, et compte tenu de la situation personnelle et concrète du recourant, on peut inférer du consentement hypothétique de celui-ci.

S'agissant enfin des réquisitions du recourant tendant à l'audition de témoins et à la mise en œuvre d'une expertise, il apparaît que le cas est suffisamment instruit pour pouvoir être jugé en l'état. Partant, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a).

En conséquence, l'intervention incriminée ne saurait être considérée comme un facteur extérieur extraordinaire, de sorte qu'elle ne peut être qualifiée d'accident.

**4. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite, ni d'allouer de dépens (art. 61 let. a et g LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 14 octobre 2009 par la Caisse P.\_\_\_\_\_ est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Georges Reymond, avocat à Lausanne (pour le recourant),
- Caisse P.\_\_\_\_\_, à [...],
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :