

VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 642 vom 15. September 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-09-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2022__642

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 642 du 15 septembre 2022

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 642 del 15 settembre 2022

Regeste

AA, LIEN DE CAUSALITÉ, AGRESSION, MORT, AUTOPSIE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, SUICIDE, RENTE DE VEUVE, REJET DE LA DEMANDE | 28 LAA, 29 al. 3 LAA, 36 al. 2 LAA, 37 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 4 LPGA, 48 OLAA

Erwägungen

E. 15

décembre 2004 auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), l'assuré a été examiné par le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Dans son rapport du 30 août 2007, ce spécialiste a retenu le diagnostic d'anxiété généralisée, trouble qui s'expliquait comme conséquence d'un traumatisme psychique (victime d'un crime lors d'une agression) et qui motivait une incapacité de travail complète dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. A la suite de cette évaluation, l'assuré a participé à des mesures de réadaptation proposées par l'OAI, qui ont débuté par une observation professionnelle d'une durée de trois mois au centre ORIPH de [...], du

E. 19

mars au 6 juin 2008 En octobre 2010, constatant après un nouvel examen que l'évolution était favorable et que le patient ne signalait pas de récurrence de crises comitiales, le Dr B._____ a mis fin au traitement médicamenteux contre l'épilepsie (cf. rapport du Dr B._____ du 14 octobre 2010). Statuant le 20 juin 2011, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière du 1^{er} avril 2005 au 31 mai 2011, puis à trois quarts de rente dès le 1^{er} juin 2011, compte tenu d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. L'OAI a relevé que l'intéressé avait repris une activité d'assistant de bureau à 50 % depuis le 1^{er} juin 2011, après avoir suivi une formation pratique du 1^{er} août 2010 au 31 mai 2011. Le 28 août 2012, l'assuré a fait l'objet d'un nouvel examen auprès du Dr F._____. Celui-ci a retenu les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1) et de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.25). Le spécialiste a précisé qu'il excluait un trouble thymique car l'humeur était neutre, mais pas franchement triste. Les épisodes de tentative de suicide rapportés par l'assuré étaient vraisemblablement des mouvements impulsifs et non la manifestation d'un trouble thymique au long cours. Le Dr F._____ excluait également un trouble post-commotionnel, compte tenu des plaintes de l'intéressé et de leur absence d'objectivité puisqu'il avait pu suivre une formation professionnelle. D'un point de vue psychiatrique, le Dr F._____ estimait que la capacité de travail était complète avec tout au plus une diminution de rendement d'environ 20 % en raison des angoisses. A la suggestion du Dr F._____, la CNA a mandaté le Dr S._____, spécialiste en neurologie, pour

procéder à un bilan et se prononcer sur le plan neurologique, neuropsychologique, comitial ainsi que sur les troubles du sommeil. Dans son rapport du 25 février 2013, ce spécialiste a retenu que l'anosmie bilatérale post-traumatique était la seule séquelle neurologique de l'agression de 2003. Sur le plan neuropsychologique, il a relevé que l'examen du 12 septembre 2003 était normalisé et qu'il pouvait dès lors être conclu à l'absence de séquelles neuropsychologiques. S'agissant de la comitialité, il a exposé que, selon les pièces à disposition, il était hautement probable que l'assuré avait présenté une crise épileptique inaugurale dans les heures ayant suivi le traumatisme, puis une seconde crise quatre ans plus tard dans un contexte de manque de sommeil et de fatigue ; ces deux crises étaient d'origine traumatique, avec un lien de causalité naturelle entre l'événement de 2003 et l'épilepsie, atteinte qui avait évolué favorablement, sans récurrence et sans traitement depuis octobre 2010. Quant aux plaintes relatives au sommeil, il n'y avait pas de trouble en soi, mais un problème d'hygiène du sommeil sans lien avec l'événement assuré. L'assuré ayant contesté les conclusions du Dr S. _____, celui-ci a été prié par le Dr F. _____ de préciser deux points de son rapport du 28 août 2012. Le Dr S. _____ a répondu le 9 juillet 2013 que, dans la mesure où l'examen neuropsychologique du 12 septembre 2003 s'était normalisé, d'éventuels troubles cognitifs survenus dans l'intervalle ne pourraient être mis en relation de causalité avec l'événement assuré, raison pour laquelle il ne lui avait pas paru nécessaire de contrôler l'examen neuropsychologique. Les plaintes mnésiques n'étaient pas spécifiques sans substrat objectif documenté et n'avaient pas d'origine claire, pouvant apparaître dans le cadre d'une anxiété ainsi qu'à la faveur d'un traitement médicamenteux. S'agissant de l'épilepsie post-traumatique, son évolution ne pouvait être anticipée et une récurrence ultérieure ne pouvait être formellement exclue. Dans son rapport d'examen médical final du 10 décembre 2013, le Dr P. _____, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu que les diagnostics consécutifs à l'événement du 20 juillet 2003 étaient un status après traumatisme crânio-cérébral avec hémorragie sous-dural temporal et hémorragie sous-arachnoïdienne sylvienne droite, une anosmie, un status après crise d'épilepsie en 2004 et un status après fracture-tassement stable de D12 en 2004. L'ensemble des lésions décrites étaient stabilisées et il n'y avait pas de proposition thérapeutique à formuler. Il subsistait des limitations fonctionnelles concernant le port de charge à 10 kg, la marche prolongée, et l'utilisation d'échelle, d'escabeau ou d'échafaudage. La capacité de travail exigible était entière dans une activité adaptée. Le Dr P. _____ préconisait par ailleurs une évaluation par le psychiatre conseil dès lors que l'anamnèse et la gêne fonctionnelle étaient dominées par des aspects psychologiques. Dans un rapport séparé, ce médecin a évalué à 25 % l'atteinte à l'intégrité pour les atteintes retenues. Consulté à nouveau en raison de deux malaises de type absence courant 2013 puis d'une perte de connaissance en février 2014, le Dr B. _____ a conclu dans son rapport du 3 mars 2014 que des phénomènes lipothymiques/dystoniques neurovégétatifs ne pouvaient être totalement écartés mais qu'il semblait que l'assuré continuait de présenter des troubles compatibles avec une comitialité, ce qui justifiait la réintroduction d'une médication. Le 26 mars 2014, la CNA a informé l'assuré du fait qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 mars 2014, sous réserve des consultations et contrôles médicaux encore nécessaires auprès de son psychiatre et de son médecin traitant, jusqu'à nouvel avis. Puis, par décision du 27 mai 2015, la CNA a reconnu que l'agression subie par l'assuré en juillet 2003 lui donnait droit à une rente d'invalidité de 50% à compter du 1^{er} juin 2014, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de

25%. Sur opposition, la CNA a décidé de reprendre l'instruction s'agissant du taux de la rente. Elle a en revanche confirmé le pourcentage de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et l'assuré a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal sur ce point. Par courrier du 31 juillet 2015, l'employeur de l'assuré a résilié le contrat de travail qui les liait pour le 30 septembre 2015, en raison d'une réorganisation interne de l'entreprise. Le 12 août 2015, l'assuré a consulté le Dr T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a délivré un arrêt de travail de 100 % jusqu'au 31 août 2015, prolongé par la suite. Dans un rapport du 18 septembre 2015 à l'intention de l'assurance perte de gain en cas de maladie, ce médecin a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F 33.2) et d'anxiété généralisée (F 41.1). Ces troubles constituaient des suites de l'agression de juillet 2003 et les symptômes s'étaient aggravés depuis le licenciement. Le 18 octobre 2015, répondant aux questions du mandataire de l'assuré, le Dr T. _____ a exposé que l'intéressé souffrait de séquelles d'un stress post-traumatique, d'une anxiété généralisée, d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sans symptômes psychotiques, et d'un syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue, qui étaient à mettre sur le compte de l'agression de 2003, la capacité de travail étant nulle. Le patient admettait une augmentation de sa consommation d'alcool dès 2004, pour atteindre environ un litre de vin par jour, destinée à le détourner de ses angoisses et de ses troubles. Il avait récemment diminué sa consommation, sans que cela n'influe sur sa symptomatologie. S'agissant des troubles de la concentration et de la mémoire invalidant survenus depuis l'agression, il a indiqué qu'ils pouvaient être reliés aux troubles psychiques (troubles anxio-dépressifs et dépendance à l'alcool), mais pourraient « être apparemment aussi liés aux séquelles neurologiques de son accident », raison pour laquelle il préconisait un examen neuropsychologique complet et détaillé pour pouvoir faire la part des choses. Par décision du 18 novembre 2015, la CNA a alloué une rente d'invalidité de 58 % à compter du 1^{er} juin 2014. Elle a constaté que, sur le plan médical, l'assuré était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, respectant les limitations fonctionnelles (port de charge limité à 10 kg, marche prolongée de plus de 10 minutes, nécessité d'une alternance des positions assis/debout et absence d'utilisation d'échelles, d'escabeau ou d'échafaudage), avec une baisse de rendement de 20 %. Par son mandataire, l'intéressé a formé opposition contre cette décision. Le Dr T. _____ a établi un nouveau rapport le 15 janvier 2016 à l'intention de la CNA. Confirmant les diagnostics et remarques figurant dans son rapport précédent, il relevait que les consultations hebdomadaires avaient permis de stabiliser, voire de diminuer quelque peu la symptomatologie anxio-dépressive et de mieux contrôler la consommation d'alcool. Le maintien de cette fréquence restait indispensable et l'incapacité de travail restait totale. Relevant que le rendement de son patient était déjà faible avant son licenciement, le psychiatre traitant estimait que la chronicité des troubles rendait peu probable une amélioration de la capacité de travail à l'avenir, malgré les traitements entrepris. A réception de ce rapport, la CNA a requis un avis de son psychiatre-conseil. Le 2 février 2016, la Dre X. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a ainsi établi une appréciation psychiatrique en allemand, traduite en français le 14 mars 2016. Procédant à une analyse détaillée des pièces médicales au dossier, la Dre X. _____ a relevé en particulier que plusieurs éléments allaient dans le sens d'une dépendance à l'alcool antérieure à l'agression et qu'il ne pouvait pas non plus être exclu que l'état dépressif soit également préexistant. De telles atteintes pouvaient expliquer certains symptômes apparus après l'agression de juillet 2003, ainsi que la mauvaise évolution de l'état de santé

psychique. Par conséquent, l'appréciation du lien de causalité s'avérait plus complexe que ne l'avait retenu le psychiatre traitant et un examen neuropsychologique semblait pertinent. Elle a ainsi préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire incluant la psychiatrie, la neurologie et la neuropsychiatrie. Le Dr B. _____ a revu l'assuré les 22 mars et 14 avril 2016 pour un contrôle. L'électro-encéphalogramme a montré la persistance d'une bradydysrythmie irritative diffuse à prédominance droite et postérieure, sans figure épileptogène stricto sensu. Dans son rapport du 14 avril 2016, le spécialiste a relevé que l'évolution des troubles était favorable avec la médication, le patient n'ayant signalé aucune récurrence depuis mai 2014, de sorte qu'il a renouvelé la prescription. S'agissant de l'atteinte cérébelleuse vermienne et polyneuropathique, elle était « vraisemblablement en relation avec un éthylisme chronique ». Par arrêt du 27 février 2017, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (AA 99/15 – 20/2017) a annulé la décision de la CNA relative à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et renvoyé l'affaire à la CNA, considérant qu'il se justifiait de réévaluer la situation de l'assuré. Répondant le 31 août 2017 aux questions de Me Duc, le Dr T. _____ a exposé que, depuis janvier 2016, la situation de son patient était restée globalement préoccupante, avec des angoisses toujours très présentes, une sensibilité au moindre stress et une symptomatologie dépressive inchangée. Les troubles du sommeil avec cauchemars s'étaient légèrement améliorés avec la médication prescrite et le patient arrivait à ne plus boire d'alcool durant la journée. La capacité de travail de son patient restait nulle dans toute activité, en raison de son intolérance à tout stress, de troubles de la concentration et de la mémoire, d'un apragmatisme et d'un manque de motivation. Le 21 novembre 2017, la CNA a chargé les Drs V. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, H. _____, spécialiste en neurologie, et R. _____, neuropsychologue, d'expertiser l'assuré. Par courrier de son mandataire du 25 janvier 2018, ce dernier s'est plaint auprès de la CNA des conditions dans lesquelles il avait été reçu par le Dr V. _____ et niait dès lors toute valeur probante au rapport d'expertise en cours d'élaboration. Les experts ont déposé leur rapport de discussion consensuelle le 23 avril 2018. Ils ont retenu, s'agissant des atteintes organiques neurologiques et neuropsychologiques, les diagnostics de statuts après traumatisme crânien cérébral avec petit hématome sous-dural temporal droit et hémorragie sous-arachnoïdienne sylvienne droite, de lésions séquellaires cérébrales temporales antéro-inférieures et basi-frontales droites, d'anosmie post-traumatique, d'épilepsie probablement post-traumatique, de status après tassement vertébral inhérent à une crise comitiale, de polyneuropathie et d'atrophie vermienne supérieure d'origine alcoolique. L'assuré présentait par ailleurs des atteintes neuropsychologiques organiques, à savoir un syndrome post-contusionnel avec atteintes neuropsychologiques (déficit mnésique, trouble exécutif et lenteurs), ainsi que les atteintes psychiatriques fonctionnelles suivantes : une dysthymie (F34.1), une anxiété généralisée (F41.1), une dépendance à l'alcool sous surveillance médicale (F10.22) et un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4). Les experts ont retenu que l'incapacité de travail globale et durable due aux séquelles de l'accident était de 50% dans l'activité adaptée d'employé de bureau, mais était nulle dans l'activité de conseiller en placement, en raison des troubles cognitifs. Ils ont précisé qu'ils n'avaient pas tenu compte du licenciement survenu en 2015, s'agissant d'un facteur étranger et postérieur à l'accident. Relevant par ailleurs qu'il existait, avant l'accident, une certaine fragilité de la personnalité et une vulnérabilité de l'humeur, ainsi qu'une consommation excessive d'alcool probablement liée à l'anxiété sociale, les experts ont exposé ce qui suit, s'agissant de la relation de causalité avec l'agression : « Les atteintes mentionnées sont toutes en relation de

causalité probable (degré de la vraisemblance prépondérante atteint) avec l'accident. Il existait un état antérieur psychique qui a contribué à la gravité et à la durée des troubles post-accident. En retour l'état antérieur a été durablement aggravé par l'accident. L'état post-accident est fixé en juin 2008, au moment de l'évaluation au centre ORIPH. Après cette date, il n'y a pas eu de changement significatif dans la relation de causalité. Nous avons conscience qu'il y a un chevauchement difficile à désintriquer entre les atteintes organiques et non-organiques, et entre la part des atteintes antérieures à l'accident, donc étrangères à celui-ci, et la part de ces mêmes atteintes qui a été aggravée par l'accident. Nous nous sommes efforcés d'estimer de manière aussi raisonnable que possible la capacité de travail et l'atteinte à l'intégrité réellement imputables à l'accident. » A la discussion consensuelle étaient joints les rapports d'expertise de Mme R. _____ du 28 mars 2018, du Dr V. _____ du 7 avril 2018 et du Dr H. _____ du 19 avril 2018. Par son mandataire, l'assuré a sollicité un complément d'expertise ainsi qu'une expertise orthopédique, demande à laquelle la CNA n'a pas donné suite. Par décision sur opposition du 7 novembre 2018, la CNA a reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de 76%. Elle a par ailleurs reconnu un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 53'400.-, correspondant à un taux de 50% du gain annuel assuré de 106'800 fr., selon décision du 16 novembre 2018 confirmée par décision sur opposition du 23 mai 2019. Dans un rapport du 11 février 2019, le Dr B. _____ a exposé que le patient n'avait pas signalé de nouvelle crise comitiale, mais qu'il se plaignait de troubles de la mémoire et de l'équilibre. A l'examen clinique, le spécialiste retrouvait des signes d'imprégnation éthylique chronique ainsi que des signes de polyneuropathie et d'atteinte cérébelleuse vermienne, ces atteintes étant vraisemblablement en lien avec l'éthylisme chronique. L'électro-encéphalogramme montrait la persistance d'une bradydysrythmie irritative diffuse, sans latéralisation et sans décharges épileptogènes. L'évolution sur le plan de la comitialité paraissait ainsi toujours favorable et le Dr B. _____ a maintenu la médication. b) En parallèle, l'assuré a requis par lettre du 11 octobre 2017, le versement par la CNA d'une allocation pour impotent. Il a allégué sa dépendance d'un point de vue psychique et social et l'impossibilité de vivre de manière autonome. Cette requête a été refusée par décision du 11 juin 2019, confirmée par décision sur opposition du 12 septembre 2019. Une procédure de recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de cette décision a été enregistrée sous la cause AA 139/19, toujours pendante. B. L'assuré a subi un accident de voiture le 26 avril 2019, à 19 heures 25. Transféré aux urgences du Centre hospitalier Q. _____, il est décédé au bloc opératoire quelques heures après son admission, le lendemain 27 avril 2019. Selon le rapport établi le 21 juin 2019 par la gendarmerie vaudoise, l'assuré circulait au volant de son véhicule sans être porteur de la ceinture de sécurité et alors qu'il avait consommé de l'alcool peut avant l'accident, à une vitesse proche de 80 km/h sur une route cantonale. Les témoins de l'accident ont rapporté que la voiture de l'assuré a fait un zig-zag pour une raison indéterminée sur un tronçon rectiligne, peu après une courbe à gauche, puis a quitté la route, continuant à rouler dans un champ en contre-bas avant de heurter le talus d'un chemin agricole, d'être projetée en l'air et de faire un tonneau pour s'immobiliser sur le toit. L'assuré a été éjecté du véhicule durant l'embarquée, à 15 mètres du véhicule. Il était conscient à l'arrivée de la police mais a indiqué ne pas se souvenir de ce qui avait causé son accident. Entendue le 30 avril 2019 dans le cadre de l'enquête ouverte à la suite de cet accident, l'épouse du défunt, A.G. _____ (ci-après également : la recourante) a déclaré que son mari n'avait pas bu d'alcool durant la journée du 26 avril 2019 ; vers 18h00, il avait pris un « tout petit » whisky-coca puis était parti à 18h40 pour acheter des pizzas à

l'emporter dans un restaurant de la région. Également interrogé par les enquêteurs, le personnel de l'établissement a indiqué que le défunt avait consommé deux whisky-coca en attendant sa commande. Un rapport de l'autopsie médico-légale du corps de l'assuré été établi le 12 novembre 2019. Les conclusions de la médecin-légiste sont les suivantes :

« Discussion et conclusions (...) Selon les renseignements contenus dans le dossier médical du Centre hospitalier Q. _____, lorsque les secours sont arrivés sur les lieux, B.G. _____ se plaignait de douleurs au dos et à la jambe gauche (avec instabilité osseuse et déformation visible) et présentait des douleurs à la palpation du rachis. Il était désorienté, tachypnéique et tachycarde. Au cours du transport à l'hôpital, son état de conscience était fluctuant. A l'arrivée au service des Urgences du Centre hospitalier Q. _____, B.G. _____ était toujours tachycarde. Au cours des différentes investigations réalisées, il a été notamment mis en évidence une alcoolémie à 57,3 mmol/l, un hémopneumothorax gauche avec des fractures costales, des fractures de la colonne vertébrale à divers niveaux (thoracique et lombaire), des fractures du bassin et du fémur gauche (diaphyse et pertrochantérienne). Un drain thoracique a été posé à gauche et une fixation externe fémorale gauche a été effectuée en urgence au bloc opératoire. Malgré ceci, B.G. _____ est resté instable hémodynamiquement et, au vu de la présence d'environ 1200 ml de sang ramené par le drainage thoracique, avec un ultrason mettant en évidence du liquide libre périhépatique et de la gouttière pariéto colique gauche, il a été procédé à une thoracotomie postéro-latérale gauche et à une laparotomie exploratrice, qui ont notamment mis en évidence un saignement diffus dans la cavité thoracique gauche (environ 500 ml de sang présent), un hématome pré-péritonéal (évacuation d'environ 1L) et un hématome rétro-péritonéal gauche, tous sans claire source de saignement trouvée. Au vu de la situation clinique avec un choc sévère réfractaire, l'équipe médicale a décidé d'interrompre les manœuvres de réanimation et le décès de B.G. _____ a été constaté à 04h17. Selon les renseignements transmis par son médecin traitant, la Dre N. _____, B.G. _____ était connu pour un alcoolisme chronique avec une surcharge en fer, un état dépressif, des crises d'épilepsie d'origine inconnue, une hypercholestérolémie et une hypertension artérielle. Son traitement habituel consistait en du Keppra (lévétiracétam ; antiépileptique), du Deanxit (flupentixol, mélitracène ; antidépresseur et neuroleptique), de l'Halcion (triazolam ; hypnotique, benzodiazépine) et du Zestril (lisinopril), du Becozyme/Benerva (viamines) de la Simvastatine (hypolipémiant). Il effectuait de plus des saignées régulières (dans le contexte de la surcharge en fer). La dernière consultation était survenue le 12 décembre 2018 pour un contrôle clinique et la dernière consultation chez le neurologue était le 11 février 2019. (...) Les constatations, effectuées au cours de l'examen radiologique, de l'autopsie médico-légale et des examens histologiques, sont résumées dans le chapitre « Diagnostics anatomo-pathologiques et radiologiques ». Il s'agit essentiellement d'un polytraumatisme sévère, prédominant au niveau du tronc (avec notamment un fracas costal bilatéral, un hémopneumothorax bilatéral, un hématome rétro-péritonéal bilatéral, des fractures hémorragiques du bassin). Nous avons également mis en évidence des signes en lien avec une prise en charge médico-chirurgicale récente correspondant aux descriptions des cliniciens et des pathologies préexistantes, notamment cardiovasculaires (telles qu'une hypertrophie cardiaque globale, une athérosclérose modérée généralisée y compris coronarienne et des signes de cardiopathie ischémique chronique des parois postérieure et latérale du ventricule gauche), un emphysème pulmonaire chronique et une obésité sévère. Le dosage de l'éthanol, effectué sur un échantillon de sang périphérique prélevé le 26 avril 2019 au Centre hospitalier Q. _____,

a relevé un taux moyen de 2.15 g/kg. Le résultat du dosage d'éthanol dans le sang et la détermination du taux d'alcool au moment critique indiquent que la quantité d'éthanol présente dans l'organisme au moment critique entraînant une concentration d'éthanol située au moins entre 2.17 g/kg et 2.93 g/kg. Les analyses toxicologiques, réalisées sur les échantillons de sang périphérique prélevés le 26 avril 2019 au Centre hospitalier Q._____, ont mis en évidence les substances d'intérêt médico-légal suivantes : (...) Les concentrations mesurées dans le sang de midazolam (80 µg/l) et de triazolam (< 3 µg/l) se situent dans les fourchettes des valeurs thérapeutiques. La concentration de nordiazépam mesurée dans le sang (< 10 µg/l) se situe en dessous de la fourchette des valeurs thérapeutiques. La ketamine, le midazolam, l'etomidate et l'éphedrine ont été administrés durant la prise en charge médicale. Sur la base de l'ensemble des éléments à notre disposition, nous pouvons conclure que le décès de B.G._____, âgé de 61 ans, est la conséquence d'un polytraumatisme sévère. Ce dernier peut s'expliquer par un accident de la circulation, tel que proposé par la police. Au moment de l'accident, B.G._____ était sous l'influence de l'éthanol. Les pathologies préexistantes cardiovasculaires ont pu jouer un rôle dans l'enchaînement fatal. » Le 10 janvier 2020, A.G._____, représentée par Me Jean-Michel Duc, a requis auprès de la CNA l'octroi d'une rente de survivants au sens des art. 28 ss. LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), ainsi que le bénéfice de l'assistance juridique gratuite au sens de l'art. 37 al. 4 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1). Elle a fait valoir que l'assuré était décédé au volant de sa voiture, en raison d'une perte de maîtrise de son véhicule imputable soit à une crise d'épilepsie dont la causalité avec l'agression de 2013 était admise, soit à ses graves problèmes d'alcool qui étaient également en lien avec cette agression. Par décision du 22 avril 2020, la CNA a refusé d'accorder l'assistance juridique gratuite à A.G._____, décision confirmée sur recours par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 14 juin 2021 (AA 47/20 – 65/21). Le 22 février 2021, la CNA a refusé d'accorder une rente de veuve à l'assurée, motivant sa décision comme suit : « L'analyse nous amène à considérer qu'une crise d'épilepsie – dont aucun élément objectif n'apparaît – à l'origine de l'accident n'est qu'une hypothèse, de même que l'est celle que l'état d'alcoolisation du moment, chez une personne présentant une certaine accoutumance, puisse être à l'origine de la perte de maîtrise du véhicule sur le chemin du retour au domicile, aspect qui de toute manière ne peut pas être mis en relation de causalité adéquate avec l'accident de 2003 et ses séquelles. Une sortie de route pour de tout autres raisons est tout autant possible que les hypothèses que vous avancez. » L'assurée a formé opposition contre cette décision le 17 mars 2021. Relevant que la décision était peu motivée et ne répondait pas à son argumentation, elle a exposé que la cause la plus probable de l'accident de voiture fatal à son mari, conformément à la règle de la vraisemblance prépondérante, était une perte de maîtrise due à l'alcoolémie élevée. Il était par ailleurs admis que l'alcoolisme dont souffrait son mari était une conséquence de l'agression dont il avait été victime en 2003. Par décision sur opposition du 7 juillet 2021, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé son refus d'octroyer une rente de survivants. Rappelant que l'assuré n'avait plus de couverture d'accident lorsqu'il a subi son accident de voiture, l'octroi d'une rente de survivante à son épouse nécessitait d'établir un lien de causalité naturelle et adéquate entre le décès et l'accident assuré du 20 juillet 2003. Les conclusions de l'autopsie permettaient de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré était décédé en raison des blessures causées par l'accident de la circulation, lequel n'était pas assuré auprès de la CNA. Il n'était par

ailleurs pas démontré que l'éthylisme fût en rapport de causalité pour le moins probable avec l'accident de juillet 2003, une consommation excessive d'alcool et une dépendance à cette substance existant déjà avant. En outre, du fait de la présence de pathologies cardiovasculaire préexistantes, d'un emphysème pulmonaire chronique et d'un tabagisme actif, il ne pouvait être retenu que le décès soit survenu du seul fait de la consommation excessive d'alcool. Enfin, l'hypothèse d'une crise d'épilepsie ne pouvait être privilégiée compte tenu de l'évolution favorable confirmée le 11 février 2019 par le Dr B._____. C. A.G._____, toujours représentée par Me Duc, a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 7 septembre 2021, concluant à sa réforme en ce sens que l'intimée doit lui allouer une rente de conjoint survivant. Requéran son audition ainsi que l'audition de témoins au cours d'une audience publique, elle a fait valoir en substance qu'il fallait déterminer la cause la plus probable de l'accident de voiture de son mari, selon la vraisemblance prépondérante, laquelle était manifestement la consommation d'alcool excessive et la prise de médicament au volant. Or, il était établi que les graves problèmes d'alcool de feu B.G._____ étaient en lien avec l'agression dont il avait été victime en 2003, des lésions cérébrales dans la zone temporale étant de nature à aggraver un problème d'alcool préexistant comme l'avait retenu le Tribunal fédéral dans l'arrêt 8C_471/2019 du 6 novembre 2019. Enfin, si l'accident de voiture ne devait pas être attribué à la consommation excessive d'alcool, il ne pouvait pas l'être aux pathologies cardiovasculaires, à l'obésité ou à l'emphysème pulmonaire, alors que son mari présentait au surplus un risque de crise épileptique. Répondant le 4 octobre 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours. Rappelant que l'enquête de la gendarmerie n'avait pas pu déterminer la cause de la perte de maîtrise du véhicule, elle a relevé que la conduite sous l'influence de l'alcool, chez une personne dépendante de façon chronique de cette substance, constituait une cause possible, mais non probable du décès survenu le 27 avril 2019. Quant à l'addiction à l'alcool, il ressortait de l'expertise pluridisciplinaire qu'elle était due à des traits de la personnalité anxio-évitants et dépendants, présents depuis l'adolescence, de sorte qu'il était douteux que l'accident de 2003 était propre à entraîner le décès tragique en avril 2019. Enfin, la dépendance aux benzodiazépines était mentionnée dans l'expertise en raison d'une prescription simultanée inusuelle de deux principes actifs, chez une personne présentant des traits de la personnalité anxio-évitants et dépendants. Une telle addiction ne pouvait être imputée à l'agression de 2003. En définitive, la recourante se limitait à soulever des « hypothèses possibles », ce qui était insuffisant pour retenir un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident de 2003 et le décès de B.G._____ survenu en avril 2019. Répliquant le 15 décembre 2021, la recourante a relaté que son mari avait perdu connaissance en décembre 2018 alors qu'il se trouvait à la banque et que les médecins du service des urgences du Centre hospitalier Q._____ avaient indiqué qu'il s'agissait d'une probable crise d'épilepsie. Plusieurs rapports médicaux attestaient par ailleurs que des crises d'épilepsie étaient survenues en 2015 et 2018. En outre, sa médecin généraliste traitante attestait qu'il ne souffrait d'aucune pathologie active cardiologique. Rien ne permettait donc d'affirmer que les zig-zags de sa voiture ne soient pas la conséquence d'une crise d'épilepsie avec perte de connaissance comme en 2018. Par ailleurs, aucun abus d'alcool n'était documenté avant 2004. Et divers témoins pouvaient également attester du fait que son mari n'avait pas une consommation d'alcool excessive avant l'accident de 2003. Enfin, des témoins pouvaient également certifier que l'état psychologique de B.G._____ était très fragile et qu'il avait tenté à plusieurs reprises de se suicider. Or, la jurisprudence admettait la responsabilité de la SUVA lors que le suicide

devait être qualifié de conséquence naturelle et adéquate d'un accident assuré. Avec son écriture, la recourante a joint trois témoignages écrits, une revue médicale à laquelle elle s'est référée, ainsi que les rapports médicaux suivants : - Un rapport de sortie établi le 14 décembre 2018 par le Service des urgences du Centre hospitalier Q. _____, dont il ressort que B.G. _____ y a été amené par ambulance le 13 décembre 2018, à la suite d'un malaise avec perte de connaissance alors qu'il se trouvait à la banque. Le médecin a écrit qu'il s'agissait d'une probable crise d'épilepsie, manifestée par un malaise avec perte de connaissance, sans traumatisme crânien, en précisant que le patient avait quitté l'établissement contre avis médical. Dans l'anamnèse, il a noté que le patient présentait un foetor alcoolique, qu'il avait diminué de son propre chef sa médication contre l'épilepsie et que sa consommation d'alcool se limitait à un apéritif le soir. La prise de sang effectuée à 12 h 07 avait révélé, notamment, une alcoolémie de 3.37 (75.2 mmol/l). - Une attestation établie le 11 novembre 2021 par la Dre N. _____, par laquelle elle déclarait avoir suivi B.G. _____ depuis 2009 et qu'à part une hypertension artérielle traitée, celui-ci ne présentait pas à sa connaissance de pathologies actives cardiologiques. Dans sa duplique du 21 janvier 2022, se référant à sa réponse du 4 octobre 2021, l'intimée a relevé que les pièces versées au dossier par la recourante avec sa réplique n'étaient pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire et de l'autopsie. La recourante a déposé des déterminations spontanées le 4 février 2022. Reprenant l'ensemble de l'argumentation développée dans ses précédentes écritures, elle a confirmé ses conclusions.

E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de conjointe survivante de l'intimée à la suite du décès de son mari dans un accident de la voie publique avec perte de maîtrise de son véhicule. 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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. Lorsque l'assuré décède des suites de l'accident, le conjoint survivant et les enfants ont droit à des rentes de survivants (art. 28 LAA). La veuve a droit à une rente lorsque, au décès du mari, elle a des enfants qui n'ont plus droit à une rente ou si elle a accompli sa 45^e année ; elle a droit à une indemnité en capital lorsqu'elle ne remplit pas les conditions d'octroi d'une rente (art. 29 al. 3, 2^e phrase, LAA). Il n'est pas déterminant que le décès survienne immédiatement après l'accident ou plus tard (par exemple en cas de maladie professionnelle). Mais il doit exister entre l'accident et le décès un lien de causalité naturelle et adéquate (TF 8C_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3). b) L'exigence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du

tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

c) 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. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

d) En vertu de l'art. 36 al. 2 LAA, les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain. Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que la seconde phrase de l'art. 36 al. 2 LAA n'est pas applicable aux indemnités pour atteinte à l'intégrité (TF (C_691/2021 du 24 février 2022 ; 8C_192/2015 du 1er mars 2016 consid. 5.2 et les réf. citées).

4. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de la personne assurée en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées).

b) D'après la jurisprudence, il appartient à la personne assurée de rendre plausible que les éléments d'un accident, tel qu'il est défini, sont réunis en l'occurrence. Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir ces éléments pour établis ou du moins pour vraisemblable – la simple possibilité ne suffit pas –, le juge constatera l'absence de preuves ou d'indices et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un accident (TF 8C_827/2017 du 18 mai 2018 consid. 4.1 ; 8C_748/2013 du 7 octobre 2014 consid. 4.2, et les références citées). Dans la procédure en matière d'assurance sociale, régie par le principe inquisitoire, les parties ne supportent pas le fardeau de la preuve au sens de l'art. 8 CC. L'obligation des parties d'apporter la preuve des faits qu'elles allèguent signifie seulement qu'à défaut, elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve. Cette règle de preuve ne s'applique toutefois que lorsqu'il est impossible, en se fondant sur l'appréciation des

preuves conformément au principe inquisitoire, d'établir un état de fait qui apparaisse au moins vraisemblablement correspondre à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 117 V 261 consid. 3b et la référence). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). 5. a) En l'espèce, l'assuré n'a plus exercé d'activité professionnelle postérieurement au 30 septembre 2015, date à laquelle il a été licencié par son dernier employeur. Il ne bénéficiait ainsi plus d'une couverture de l'assurance-accidents obligatoire au moment de l'accident de voiture survenu le 26 avril 2019, à la suite duquel il est décédé. En conséquence, cet événement n'ouvre pas en soi de droit aux prestations de l'assurance-accidents (art. 1a LAA). La recourante allègue cependant l'existence d'un lien de causalité entre cet événement et l'agression subie par son mari en juillet 2003, reconnue comme un accident au sens de l'assurance-accidents et couverte à ce titre par l'intimée. b) Contrairement à ce que semble soutenir la recourante, le droit à des prestations découlant de l'événement accidentel de juillet 2003 ne suppose pas l'existence d'un lien de causalité entre ce premier événement et la survenance de l'accident de la circulation de 2019, respectivement la cause de cet accident. Le lien de causalité qui doit être établi avec l'agression de 2003 concerne la cause médicale du décès de l'assuré. En d'autres termes, un droit aux prestations ne peut être reconnu que si le décès peut être attribué, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'une des atteintes à la santé subie en raison de l'agression. Sur la base des comptes-rendus de la police, des ambulanciers et de l'équipe médicale du service d'urgences, ainsi que d'un examen complet post-mortem, d'informations reçues du médecin traitant et d'analyses toxicologiques, les médecins-légistes ont conclu que le décès était la conséquence d'un polytraumatisme sévère, lequel pouvait s'expliquer par l'accident de la circulation relaté par la police. En particulier, l'enquête de police consécutive à l'accident de la voie publique a déterminé que l'assuré roulait à une vitesse proche de 80 km/h sur une route cantonale et qu'il avait perdu la maîtrise de son véhicule sur un tronçon rectiligne peu après une courbe à gauche. Le véhicule a zigzagué puis quitté la route, sans qu'une cause externe, tels un obstacle ou de mauvaises conditions météorologiques, puisse expliquer cette embardée. A l'arrivée de la police, l'assuré était conscient. Il ne se souvenait pas des raisons de l'accident, mais a pu dire qu'il souffrait du dos et qu'il avait consommé un whisky-coca une heure avant l'accident. Selon le rapport d'autopsie, les ambulanciers ont pour leur part constaté que le blessé était désorienté, tachypnéique et tachycarde lorsqu'ils ont débuté la prise en charge, à 19 heures 41. Durant son transfert en ambulance, le blessé a présenté un état de conscience

fluctuant (Glasgow coma scale variant entre 11 et 8). Il a reçu de l'oxygène, un anesthésique et un sédatif. A son arrivée aux urgences, à 20 heures 20, il était toujours tachycarde. Les investigations ont montré une alcoolémie à 57.3 mmol/l, un hémopneumothorax gauche avec des fractures costales, des fractures du bassin et du fémur gauche. Le blessé est resté instable hémodynamiquement malgré la pose d'un drain thoracique qui a ramené 1200 ml de sang et la fixation externe fémorale gauche effectuée en urgence au bloc opératoire. Une thoracotomie postéro-latérale gauche et une laparotomie exploratrice ont notamment mis en évidence un saignement diffus dans la cavité thoracique gauche avec environ 500 ml de sang présent, un hématome pré-péritonéal dont environ un litre de sang a été évacué et un hématome rétropéritonéal gauche, tous sans source claire de saignement. Face à un choc sévère réfractaire, l'équipe médicale a interrompu les manœuvres de réanimation et le décès a été constaté à 4 heures 17. En d'autres termes, l'assuré a subi une importante perte de sang, dont la source n'a pas pu être déterminée et traitée à temps (cf. Bérange Megevand/Julien Celi/Marc Niquille, Choc hémorragique, in Revue Médicale Suisse 2014, p. 1501). c) La recourante a fait valoir que son mari souffrait d'épilepsie et d'alcoolisme depuis son agression de 2003. Ces allégations s'inscrivent dans le contexte de sa recherche de la cause de l'accident de voiture, laquelle n'entre pas, comme déjà dit, en ligne de compte dans le présent examen. Si tel était néanmoins le cas, il faudrait constater qu'à l'issue de son enquête, la gendarmerie a conclu que l'assuré avait perdu la maîtrise de son véhicule, mais qu'il n'était pas possible de déterminer la raison précise de l'embarquée. A cet égard, elle a uniquement émis des hypothèses, telles qu'une incapacité de conduire en raison de l'état physique du conducteur, un malaise, un assoupissement, un moment d'inattention, une occupation accessoire ou une tout autre cause, en relevant que le résultat de l'analyse des prélèvements biologiques renseignerait sur l'état physique (cf. p. 7 du rapport de gendarmerie du 21 juin 2019). Le rapport d'autopsie rendu par la suite n'a toutefois pas permis d'apporter plus de précisions quant à la cause de l'accident. S'agissant en premier lieu de l'hypothèse d'une crise d'épilepsie mise en avant par la recourante, le rapport des médecins légistes n'en fait nullement état. Cette thèse se trouve par ailleurs affaiblie par les autres pièces médicales au dossier. Il apparaît en effet que les malaises rapportés par l'intéressé en 2007 et 2015 ont eu lieu dans les périodes où il ne prenait aucune médication préventive, tandis que, sous médication, l'évolution était continuellement favorable. Quant à l'épisode de décembre 2018, mentionné pour la première fois dans la réplique de la recourante, il ressort du rapport médical établi par le service d'urgences du Centre hospitalier Q. _____ que l'assuré a déclaré avoir diminué sa médication antiépileptique de son propre chef depuis quelques temps. Cela étant, la qualification du malaise survenu le 14 décembre 2018 comme crise épileptique n'est qu'une hypothèse formulée par le médecin du service des urgences, alors que l'intéressé est parti contre avis médical. Il ressort également dudit rapport que l'assuré présentait à son admission une alcoolémie très élevée mais qu'il a minimisé sa consommation d'alcool, de sorte que l'anamnèse a été faussée par des déclarations inexacts du patient. A cela s'ajoute que le Dr B. _____ lui-même n'a pas été informé de cet incident par son patient lors du dernier contrôle, effectué en février 2019. Durant cette consultation, le neurologue a renouvelé la prescription de la médication préventive. L'assuré recevant à l'époque ses médicaments dans un semainier préparé par sa pharmacie, rien ne permet de retenir qu'il a effectivement subi une récurrence de crise comitiale en décembre 2018, ni même qu'il avait diminué ou interrompu sa médication au moment de l'accident de voiture. De même, il n'est pas possible, sur la base du rapport d'autopsie et du rapport de gendarmerie, de

conclure que la présence dans l'organisme de l'assuré de benzodiazépines et d'une alcoolémie élevée serait la seule cause possible de la perte de maîtrise du véhicule. Il est constant qu'une importante consommation d'alcool, associée en l'occurrence à la prise d'une médication psychotrope, est objectivement de nature à altérer l'aptitude à la conduite. A cet égard, contrairement à ce qu'a allégué l'intimée, la probable accoutumance de l'assuré à ces substances en regard d'une dépendance installée de longue date et largement minimisée aussi bien par l'intéressé que par la recourante – l'alcoolémie constatée lors de la consultation du 14 décembre 2018 est à cet égard révélatrice d'une consommation non maîtrisée alors que l'intéressé déclarait ne consommer qu'une boisson alcoolisée par jour – n'exclut pas cette hypothèse, vu la quantité d'alcool présente dans l'organisme au moment de l'accident. Néanmoins, rien au dossier ne permet de déterminer l'incidence effective des substances psychotropes relevées sur la capacité de conduire de l'assuré, étant rappelé qu'il a pu quitter le restaurant après s'être acquitté de ses consommations, reprendre son véhicule et conduire sur plusieurs kilomètres en direction de son domicile à une allure normale, avant la perte de maîtrise. Par ailleurs, il y a lieu de relever que l'autopsie a révélé la présence d'atteintes malades existantes au moment de l'accident, qui peuvent également être à l'origine d'un malaise. Ainsi, l'assuré présentait des atteintes cardiaques, à savoir une hypertrophie cardiaque globale, une athérosclérose modérée généralisée, y compris coronarienne, des signes de cardiopathie ischémique chronique aux parois postérieure et latérale du ventricule gauche, un emphysème pulmonaire chronique et une obésité sévère. Le fait que le médecin généraliste qui suivait l'assuré n'ait jamais eu connaissance d'une atteinte cardiologique active ne suffit pas à contredire les constats des médecins-légistes. S'agissant d'atteintes connues pour avoir une évolution insidieuse, cela peut au plus signifier que l'intéressé n'en avait encore jamais présenté de symptômes actifs ou, encore, qu'il en présentait mais qu'il ne les avait pas signalés à ses médecins ou qu'ils avaient été attribués à ses autres atteintes, à l'instar du malaise de décembre 2018. On peut encore relever à cet égard que la Dre N. _____ a attesté que l'intéressé était connu et traité pour une hypertension artérielle, problématique qui crée un facteur de risque cardiovasculaire (cf. site internet de la Fondation suisse de cardiologie, swissheart.ch). Aussi, l'hypothèse que la perte de maîtrise du véhicule soit le résultat d'un malaise d'origine cardiaque est tout aussi possible que celle d'une altération de la capacité de conduire liée à la consommation de substances psychotropes. En conséquence, même si un lien de causalité avec l'agression de 2003 pouvait être tiré de la cause de l'accident de voiture, il faudrait constater l'absence de preuves ou d'indices permettant d'établir cette cause au degré de la vraisemblance prépondérante et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un lien de causalité entre les deux accidents. d) Pour le surplus, la recourante n'a apporté aucun élément d'ordre médical susceptible de remettre en cause les conclusions des médecins-légistes sur les causes médicales du décès, singulièrement de relier le décès de l'assuré à son épilepsie ou à la présence d'une quantité importante d'alcool et de benzodiazépines dans son organisme. La présence d'alcool et de médicaments psychotropes a été relevée par les médecins-légistes. Ceux-ci ont même noté qu'il s'agissait de substances dont les effets se potentialisent. Ils n'ont cependant pas établi de lien entre la présence de ces substances dans l'organisme de l'assuré et son décès, qu'ils attribuent à des saignements diffus autour de multiples lésions (polytraumatisme sévère). Seules les pathologies cardiovasculaires sont citées comme pouvant avoir eu un rôle dans le processus qui a entraîné le décès. Il n'est ainsi pas fait état d'intoxication alcoolique ou médicamenteuse, ni de lien entre ces substances et l'hémorragie diffuse. Quant à savoir si une crise d'épilepsie aurait pu survenir durant les

soins d'urgence et causer le décès ou contribuer à la dégradation de l'état de santé du blessé, cette notion n'apparaît pas non plus dans le rapport des médecins-légistes. Il y a lieu de rappeler que l'assuré était conscient sur les lieux de l'accident, puisqu'il a pu parler aux policiers et aux ambulanciers. Arrivé aux urgences vers 20 heures 20, il a été immédiatement pris en charge pour procéder aux investigations nécessaires. Une intervention chirurgicale a débuté vers 23 heures et s'est terminée à 3 heures 52, devant l'échec des tentatives d'arrêter l'hémorragie, dont la source n'a pas pu être déterminée. Le décès est survenu peu après 4 heures. Ainsi, de son entrée aux urgences jusqu'à son décès, soit durant environ 8 heures, l'assuré a été monitoré afin que ses constantes vitales puissent être vérifiées en permanence. Dans ces conditions, la survenue d'une crise d'épilepsie aurait été constatée et documentée par l'équipe soignante, ce qui n'est pas le cas. Par ailleurs, les médecins-légistes ont évalué les causes du décès en connaissance des antécédents médicaux, dont l'épilepsie, et n'ont évoqué aucun lien avec la problématique comitiale. e) Il faut dès lors constater que l'intimée était fondée à suivre les conclusions du rapport d'autopsie, auquel une pleine valeur probante peut être reconnue. 6. Dans un dernier moyen, la recourante a allégué que son mari avait, à l'époque de l'accident, des idées suicidaires dans le contexte de la dépression dont il souffrait depuis son agression, suggérant ainsi que sa sortie de route au volant de sa voiture, le 26 avril 2019, était un acte volontaire pour mettre fin à ses jours. a) Conformément à l'art. 37 al. 1 LAA, si l'assuré a provoqué intentionnellement l'atteinte à la santé ou le décès, aucune prestation d'assurance n'est allouée, hormis l'indemnité pour frais funéraires. Toutefois, en vertu de l'art. 48 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), même s'il est prouvé que l'assuré entendait se mutiler ou se donner la mort, l'art. 37 al. 1 LAA n'est pas applicable si, au moment où il a agi, l'assuré était, sans faute de sa part, totalement incapable de se comporter raisonnablement, ou si le suicide, la tentative de suicide ou l'automutilation est la conséquence évidente d'un accident couvert par l'assurance (art. 48 OLAA). Dans cette seconde hypothèse, un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'acte et l'accident assuré est nécessaire pour ouvrir le droit à des prestations d'assurance (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Ulrich Meyer [édit.], 3 e éd., Bâle 2016, n° 394). Lorsqu'il y a doute sur le point de savoir si la mort est due à un accident ou à un suicide, il faut se fonder sur la force de l'instinct de conservation de l'être humain et poser comme règle générale la présomption naturelle du caractère involontaire de la mort (ou de l'atteinte à la santé), ce qui conduit à admettre la thèse de l'accident. Le fait que l'assuré s'est volontairement enlevé la vie (ou a volontairement attenté à sa vie) ne sera considéré comme prouvé que s'il existe des indices sérieux excluant toute autre explication qui soit conforme aux circonstances. Il convient donc d'examiner dans de tels cas si les circonstances sont suffisamment convaincantes pour que soit renversée la présomption du caractère involontaire de la mort (ou de l'atteinte à la santé ; TF 8C_76/2020 du 7 septembre 2020 consid. 4.2 ; 8C_453/2016 du 1 er mai 2017 consid. 2 et les références citées). b) La recourante a produit une lettre rédigée par ses soins, où elle expliquait avoir dû faire face à cinq ou six tentatives de suicide de son mari, ainsi que le témoignage écrit d'une amie évoquant également plusieurs tentatives de suicide. Ces courriers, rédigés en 2021 pour les besoins de la cause, ne précisent pas à quelles périodes ces tentatives auraient eu lieu. Cette question peut toutefois rester ouverte, en raison des considérations qui suivent. En premier lieu, les circonstances de la sortie de route de la voiture ne présentent pas d'indices en faveur d'un acte auto-agressif. Le 26 avril 2019,

l'assuré a pris son véhicule à 18 heures avec l'intention de se rendre dans un restaurant et d'y acheter des pizzas à l'emporter pour lui-même et son épouse. Il s'est effectivement rendu dans le restaurant en question, a commandé des pizzas. Il les a attendues en consommant deux boissons, puis a repris sa voiture et a conduit en direction de son domicile. C'est durant le chemin du retour que son véhicule a soudainement zigzagué sur un tronçon rectiligne, peu après un virage, et est sorti de la route. Il n'y a donc pas eu de comportement incohérent par rapport à l'intention affichée d'aller chercher à manger. En outre, le véhicule n'a pas foncé directement dans un obstacle, le zigzag témoignant au contraire d'une tentative de redresser la trajectoire du véhicule. En deuxième lieu, les médecins-légistes ont, comme déjà dit, constaté la présence d'alcool et de médicaments psychotropes dans l'organisme du défunt. L'alcoolémie était relativement importante, mais pas suffisamment pour qu'il soit conclu à une intoxication alcoolique. Un taux plus élevé avait été constaté précédemment lors de la consultation médicale du 14 décembre 2018, ce qui va dans le sens d'une accoutumance à cette substance. L'intéressé avait, comme déjà relevé, tendance à minimiser sa consommation d'alcool et n'avait probablement pas conscience d'avoir une alcoolémie aussi élevée lorsqu'il a repris son véhicule, ce qui doit amener à écarter une consommation massive dans un but suicidaire. Le dosage des médicaments n'a pas davantage amené de commentaire particulier dans le rapport d'autopsie, hormis à propos de la capacité de conduire, ce dont on peut inférer que l'assuré avait pris une quantité de médicaments compatible avec une visée thérapeutique. Il n'existe ainsi pas d'élément d'une tentative de suicide par prise de médicament. A cela s'ajoute que la recourante a été entendue par la gendarmerie le 30 avril 2019, soit quelques jours après le décès de son mari, en tant que personne appelée à donner des renseignements. Elle a été interrogée sur l'emploi du temps de son mari avant son accident de voiture, son état de santé, sa consommation d'alcool et de médicament, ainsi que sur ses habitudes à propos du port de la ceinture de sécurité. En substance, la recourante a exposé que son mari avait passé une journée sans incident particulier, que jusqu'à son départ pour se rendre au restaurant, il avait uniquement consommé un « tout petit » whisky-coca, qu'il faisait très attention de ne pas conduire sous l'influence de l'alcool, qu'il était suivi pour sa dépression, qu'il prenait des médicaments anti-épileptiques, anti-dépressifs ainsi que des somnifères et qu'il avait une dispense pour le port de la ceinture de sécurité en raison de douleurs à l'épaule consécutives à un accident de moto. A la question « avez-vous des modifications ou des adjonctions à apporter », la recourante a déclaré ce qui suit : « Mon mari traversait une période très difficile, mais je peux vous assurer qu'il ne s'agit pas d'un suicide. Il n'a vraiment pas eu de chance dans sa vie ». Ainsi, les déclarations de la recourante dans le cadre de la présente procédure entrent en contradiction avec celles qu'elle a faites auprès de la gendarmerie immédiatement après le décès de son mari. Or, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que la personne a donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations »), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6). Enfin, la recourante ne fait pas état, dans son écrit de 2021, d'une péjoration de l'état mental de son mari ou de la survenue d'un événement particulier à l'époque de l'accident, susceptible d'expliquer un tel passage à l'acte suicidaire. Or, l'expertise pluridisciplinaire déposée le 23 avril 2018, soit une année avant l'accident de voiture, faisait état d'un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4). Dans son rapport, l'expert psychiatre avait relevé que

B.G._____ déclarait penser au suicide tout le temps, mais qu'il s'agissait de pensées restant théoriques, sans projet concret et qui passaient spontanément. S'il a fait savoir, avant la rédaction du rapport d'expertise, qu'il contestait d'emblée les conclusions de l'expert psychiatre en raison du comportement de ce dernier lors de l'entretien, B.G._____ n'a par la suite émis aucun grief concret contre les constatations et conclusions de cette expertise, se limitant à réclamer un complément sur une tout autre problématique dans un courrier du 14 juin 2018. Il n'a pas non plus requis à cette époque la production d'un rapport de son psychiatre traitant susceptible d'attester une aggravation et la recourante n'a pas produit de tel élément de preuve dans le cadre de la présente procédure. Il découle de ce qui précède que les éléments au dossier ne permettent pas de rendre plausible la thèse d'un suicide consécutif à une péjoration de l'état mental de l'intéressé, plus de quinze ans après l'agression dont il a été victime. Par conséquent, il faut conclure que B.G._____ est décédé des suites d'un accident de voiture. c) Il apparaît ainsi que la recourante n'a pas réussi à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'agression dont a été victime son mari en 2003 et son décès le 27 avril 2019. Corollairement, le droit en sa faveur aux prestations de l'intimée n'est pas ouvert. 7. A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis, dans son mémoire de recours du 7 septembre 2021, son audition ainsi que l'audition de témoins au cours d'une audience publique. Invitée par ordonnance du 13 octobre 2021 à s'exprimer sur la réponse de l'intimée et à produire toutes pièces complémentaires et à présenter ses réquisitions, la recourante n'a pas confirmé sa réquisition tendant à son audition ni fourni de liste de témoins dans le délai imparti. Elle a par ailleurs produit, avec son écriture du 15 décembre 2021, une lettre écrite par ses soins ainsi que deux témoignages écrits. Elle a ensuite déposé des déterminations spontanées le 21 janvier 2022, sans demander de complément d'instruction. Il apparaît ainsi que la requête de la recourante correspondait à une réquisition de preuve, soit une demande tendant à sa comparution personnelle et à l'audition de témoins, et qu'elle y a implicitement renoncé au profit du dépôt de témoignages écrits. Il ne s'agissait ainsi pas d'une demande formelle d'audience publique au sens de l'art. 6 par. 1 CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101), étant relevé qu'une telle demande doit être formulée de manière claire et indiscutable pour fonder l'obligation pour la Cour d'organiser des débats publics (cf. TF 9C_335/2021 consid. 3.2). En conséquence, il n'y a pas lieu d'ordonner la comparution de la recourante ou de témoins, le résultat de cette mesure probatoire n'étant, selon toute vraisemblance, pas susceptible de modifier la conviction de la Cour (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153). 8. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPG), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).