

## **VD\_GERICHTE ZA16.008266 vom 26. Juli 2018**

VD Tribunal cantonal, 2018-07-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA16.008266](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA16.008266)

FR: VD\_GERICHTE ZA16.008266 du 26 juillet 2018

IT: VD\_GERICHTE ZA16.008266 del 26 luglio 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 27**

novembre 2015, qu'il n'avait rien à ajouter suite à l'opposition de l'ayant droit. A la demande de la CNA, la Dresse D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil auprès de la CNA, a rendu un rapport médical, rédigé en allemand, le 29 janvier 2016. Aux termes d'une décision sur opposition du 9 février 2016, la CNA a rejeté l'opposition de l'ayant droit. Elle a estimé que les causes du décès de l'assuré n'étaient pas accidentelles, retenant, sur la base du rapport de la Dresse [...], que les conclusions de l'ayant droit dans la procédure d'opposition ne pouvaient être suivies. C. Par acte du 21 février 2016, V.\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition susmentionnée, concluant à ce que son « dossier » soit « reconsidéré » dans le sens de son argumentation. En substance, elle a fait valoir que tant l'hospitalisation de son mari en février 2015 que son décès en mars 2015 étaient dus à des complications cardiaques, consécutives à son accident du 13 décembre 2001. Selon elle, l'intéressé n'avait pas le moindre problème leucémique ou pneumonique lors de son entrée à l'hôpital en février 2015. Elle a argué en particulier qu'il n'existait pas de signes préalables à l'hospitalisation permettant de soupçonner une leucémie et que la pneumonie était d'origine nosocomiale. En définitive, la

- 14 - « pseudo leucémie » et la « pneumonie nosocomiale » n'étaient que des « corollaires » qui n'avaient fait qu'accélérer le décès, sans en être la cause. Aux termes d'une réponse du 5 avril 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours, confirmant sa position. Sur réquisitions de la recourante, désormais représentée par Me Alexandre Bernel, et ensuite de la levée du secret médical effectuée par le Conseil de santé du canton de Vaud afin de « pouvoir fournir une copie de tout document relatif à la nature et aux causes du décès du patient concerné », le M.\_\_\_\_\_ a produit, le 21 septembre 2016, les rapports médicaux des 23 mars 2015 (Drs A.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_) et 7 avril 2015 (Dresses X.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_), déjà présents au dossier, et l'E.\_\_\_\_\_ à T.\_\_\_\_\_ a produit, le 24 août 2016, des documents du dossier de l'assuré. Il ressort des documents de l'E.\_\_\_\_\_ que, le 15 février 2015, ont été posés les diagnostics de suspicion de leucémie myéloïde aiguë, d'anémie microcytaire normochrome d'origine mixte, de pneumonie d'acquisition communautaire à germes indéterminés, d'insuffisance rénale aiguë (RIFLE I), de fracture humérale sous-capitale pluri-fragmentaire le 10 février 2015 et de cardiopathie ischémique et valvulaire avec valve aortique mécanique. Sous la rubrique « Anamnèse » du diagnostic de suspicion de leucémie myéloïde aiguë, il était indiqué que l'assuré s'était présenté aux urgences en raison d'une asthénie marquée depuis plusieurs semaines, en augmentations depuis plusieurs jours, d'un état fébrile depuis le 10 février 2015 ainsi que d'une douleur du membre supérieur gauche suite à une fracture sous-capitale de l'humérus (chute accidentelle). Sous la rubrique « Attitude » en relation avec ce diagnostic, il était prévu un

transfert au M. \_\_\_\_\_ pour suite de prise en charge en accord avec l'hématologue de garde pour suspicion de leucémie myéloïde aiguë, compliquée de possibles hémorragies multiples (en lien avec le diagnostic d'anémie microcytaire normochrome d'origine mixte) chez l'intéressé sous anticoagulation thérapeutique pour valve aortique mécanique. L'« Anamnèse » en relation avec le diagnostic de pneumonie d'acquisition communautaire à germes indéterminés mentionnait une

- 15 - augmentation de la toux et des expectorations jaune-rosâtres, ainsi que des crachats teintés de sang. Concernant le diagnostic de cardiopathie ischémique et valvulaire avec valve aortique mécanique, il était uniquement proposé, sous sa rubrique « Attitude », l'arrêt du traitement de Sintrom et son remplacement par de la Liquémine thérapeutique, compte tenu du risque hémorragique. Le 23 novembre 2016, la recourante, par son conseil, a requis la production de multiples documents, concernant, en substance, l'hospitalisation du 11 février 2015 faisant suite à la fracture de l'humérus intervenue le 10 février 2015, l'intervention du service d'ambulance le 15 février 2015, des hospitalisations pour des troubles cardiaques survenues en 2004, 2008 et 2012, une consultation fin janvier/début février 2015 consistant en un examen des poumons de l'assuré, ainsi que la production de l'intégralité des factures des traitements pris en charge par l'intimée. Le 10 février 2017, la recourante, par son conseil, s'est déterminée et a réitéré ses réquisitions de productions de pièces déjà formulées, ajoutant à celles-ci la production par l'intimée de toutes les annexes au courrier que l'assureur maladie lui a adressé le 2 novembre 2015. Elle a notamment précisé qu'« une instruction complète de la situation se justifi[ait] pleinement » dans la mesure où « la présente cause rec[elait] un enjeu dépassant les prestations dues aux survivants ». En effet, le 2 novembre 2015, l'assureur maladie de l'assuré s'était « réservé de réclamer [à l'intimée] le remboursement d'un montant de 50'474 fr. 70 correspondant à divers frais ». Ainsi, selon la recourante, cet assureur maladie « ne manquera[it] pas d'exercer son recours contre [l'intimée] si un rapport entre les soins dispensés et l'événement de 2001 [pouvait] être tracé ». Le 27 février 2017, l'intimée a donné suite à un courrier du juge instructeur du 15 février 2017 en produisant les annexes adressées par l'assureur-maladie à l'assuré avec son courrier du 2 novembre 2015,

- 16 - ainsi que la traduction française du rapport du 29 janvier 2016 de la Dresse D. \_\_\_\_\_, libellé comme suit : « Appréciation [...] La rupture traumatique de la valve aortique avait représenté la suite principale de l'accident de M. F. \_\_\_\_\_ ; il s'agit d'une conséquence à la fois connue et redoutable, bien que rare, d'un traumatisme fermé du thorax. Si l'on réussit à réaliser une intervention cardio-chirurgicale dans les meilleurs délais afin de remplacer la valve cardiaque endommagée par une valve artificielle (le plus souvent mécanique), le sujet concerné peut survivre, ce qui avait été le cas de M. F. \_\_\_\_\_. L'implantation de prothèses valvulaires cardiaques peut entraîner effectivement des risques à long terme (ou des séquelles tardives). D'une part, il s'agit de thromboembolies, raison pour laquelle les patients opérés doivent être anticoagulés à vie (pour sa part, M. F. \_\_\_\_\_ était traité avec du Sintrom®), et, d'autre part, d'infections bactériennes (le plus souvent) des valves cardiaques. L'on peut également observer, mais beaucoup plus rarement, un trouble du fonctionnement de la prothèse valvulaire cardiaque ; rappelons que cette complication ne s'est jamais produite dans le cas présent. En effet, si un tel dysfonctionnement se manifeste, il entraîne une insuffisance cardiaque, après une certaine période de latence, c'est-à-dire une altération de la fonction du ventricule gauche, puis du ventricule droit. Soulignons que l'on ne dispose d'aucune preuve de l'existence

d'une insuffisance cardiaque chez M. F. \_\_\_\_\_ jusqu'en février 2015. L'assuré souffrait aussi de nombreuses affections relevant de la médecine interne, qui s'ajoutaient aux conséquences directes de l'accident ayant blessé son cœur avant tout. Il s'agissait notamment d'une hypertension artérielle (traitée depuis 1998), d'une maladie coronarienne (connue et soignée depuis 2004), de bronchectasies chroniques avec infections pulmonaires récidivantes, et finalement d'une leucémie myéloïde aiguë diagnostiquée en février 2015. Soulignons que ces deux dernières maladies ont joué un rôle majeur dans le processus ayant conduit au décès de M. F. \_\_\_\_\_. En effet, l'assuré était affecté au départ d'un état fébrile, avec difficultés et insuffisance respiratoires (se traduisant par un manque d'oxygène dans les analyses des gaz du sang). Les médecins qui le soignaient avaient pensé tout d'abord qu'il souffrait d'une nouvelle infection bactérienne pulmonaire, sachant qu'il présentait dans l'anamnèse des bronchectasies chroniques avec infections pulmonaires répétées. D'ailleurs, l'hypothèse d'une infection bactérienne nous semble plutôt vraisemblable a posteriori, car la leucémie, qui venait d'être diagnostiquée, est une maladie associée, elle aussi, à un risque élevé d'infections pulmonaires bactériennes et fongiques. Toutefois, il pouvait également s'agir d'infiltrats leucémiques au niveau des poumons. De toutes manières, nous sommes en mesure d'exclure que la problématique précitée ait été provoquée par un dysfonctionnement de la valve mécanique, ce qui aurait constitué une séquelle accidentelle.

- 17 - Dans le cas présent, la cause du décès s'explique par une insuffisance respiratoire impossible à maîtriser, et dont la cause exacte reste inconnue, la famille de M. F. \_\_\_\_\_ ayant refusé qu'on effectue une autopsie. Comme nous l'avons déjà expliqué, les diagnostics différentiels suivants constituent des causes possibles du processus léthal : pneumonie (bactérienne virale ou fongique), infiltrat leucémique, hémorragies pulmonaires répétées suite à une thrombocytopénie sévère (dans le contexte de la leucémie nouvellement découverte) ou éventuelle réaction allergique aux transfusions répétées de concentrés érythrocytaires ou thrombocytaires. Rétrospectivement, il n'est pas exclu que chacun des quatre facteurs précités, susceptibles d'être à l'origine des problèmes respiratoires de l'assuré, ait joué un rôle, selon une séquence chronologique. Toutefois, force est de constater que parmi les diagnostics différentiels, aucun ne représente une séquelle tardive de la rupture traumatique de la valve aortique du 13.12.2001. Avant que M. F. \_\_\_\_\_ ne décède, la problématique pulmonaire avait entraîné un affaiblissement de la fonction cardiaque de manière secondaire. Nous avons à analyser maintenant quels avaient été les facteurs ayant déclenché les problèmes cardiaques. Les pièces du dossier indiquent que la fonction des quatre valves cardiaques, et de la prothèse aortique en particulier, était restée inaltérée jusqu'au trépas de M. F. \_\_\_\_\_, selon l'échocardiographie réalisée à l'époque. Par conséquent, l'évolution délétère de la situation médicale de l'assuré n'était pas imputable à la rupture traumatique de la valve aortique survenue le 13.12.2001 et à la nécessité de la remplacer par une valve cardiaque artificielle. D'ailleurs, cette prothèse valvulaire est restée intacte jusqu'à la mort de M. F. \_\_\_\_\_ ; les risques connus de complications inhérentes à la présence d'une telle prothèse ne se sont pas concrétisés (qu'il s'agisse d'endocardites, de thromboembolies ou de dysfonctions valvulaires). Il est évident qu'une autopsie aurait pu fournir des renseignements plus précis au sujet de la valve aortique et de son rôle dans le processus léthal. Toutefois, la famille de l'assuré avait refusé qu'on effectue un tel examen. En outre, il n'avait pas été envisagé de recourir à une imagerie port-mortem, bien que le M. \_\_\_\_\_ dispose d'une telle technique, qui représente une méthode alternative utilisée actuellement pour identifier les causes de décès.

Si les médecins soignants de l'assuré avaient considéré que son décès ne correspondait pas à une mort naturelle, mais qu'il pouvait avoir une origine traumatique, ils auraient eu l'obligation légale de faire appel à un médecin légiste ; celui-ci aurait alors demandé soit une autopsie, soit une imagerie post-mortem. Pourtant, tel n'a pas été le cas ; nous pouvons en conclure que les médecins traitants de l'assuré avaient estimé alors, avec une probabilité élevée, que l'assuré était décédé de mort naturelle, et non pas de mort accidentelle. Que l'épouse de l'assuré ait formé opposition ne modifie en rien nos explications, du point de vue de la médecine interne. Madame V. \_\_\_\_\_ a fait remarquer à juste titre qu'une insuffisance cardiaque, c'est-à-dire une diminution de la fonction cardiaque,

- 18 - exerce un impact négatif sur l'ensemble de l'organisme et sur son fonctionnement normal. Toutefois, il est indubitable que M. F. \_\_\_\_\_ ne souffrait pas d'une telle insuffisance cardiaque, en tout cas pas jusqu'en février 2015. En effet, son cœur fonctionnait bien ; la maladie coronarienne, sans lien avec l'accident, qui avait nécessité l'implantation de stents en 2004 et 2005, avait été soignée apparemment avec succès. Enfin, la valve aortique mécanique mise en place après l'accident n'avait posé aucun problème jusqu'en février 2015. Par conséquent, le cœur de M. F. \_\_\_\_\_ n'avait pas été lésé durablement par l'accident du 13.12.2001, comme sa veuve le suppose (en effet, elle affirme que « son cœur était usé suite à l'accident »). Au contraire, le dommage subi lors de cet événement avait été réparé grâce à l'implantation d'une prothèse valvulaire cardiaque. De ce fait, le décès de l'assuré survenu le 22.03.2015 est sans lien avec l'accident du 13.12.2001. Conclusion En résumé, M. F. \_\_\_\_\_ est décédé en raison d'une insuffisance respiratoire ayant résisté au traitement. Des bronchectasies chroniques, d'une part, et une leucémie myéloïde aiguë, qui venait d'être diagnostiquée, d'autre part, ont été à l'origine de cette insuffisance. Les maladies associées, notamment une hypertension artérielle de longue date et une maladie coronarienne, tout comme l'implantation d'une prothèse valvulaire aortique, n'ont joué aucun rôle causal dans le développement de l'insuffisance respiratoire, et par conséquent, dans l'issue fatale de ce processus. Il n'y a pas de lien de causalité entre la conséquence directe de l'accident du 13.12.2001, c'est-à-dire l'implantation de la prothèse valvulaire aortique, et la problématique respiratoire qui a conduit finalement au décès de M. F. \_\_\_\_\_ le 22.03.2015. » Par déterminations du 16 mai 2017, la recourante, par son conseil, a réitéré sa requête de production des pièces concernant l'hospitalisation du 11 février 2015 faisant suite à la fracture de l'humérus intervenue le 10 février 2015, l'intervention du service d'ambulance le 15 février 2015, ainsi que les hospitalisations pour des troubles cardiaques survenues en 2004, 2008 et 2012. Il a en outre requis la mise en œuvre d'une expertise médicale « destinée à déterminer, sur la base de l'ensemble des documents qui auront été versés au dossier, si un lien peut être tracé entre l'accident qu'a subi M. F. \_\_\_\_\_ le 13 décembre 2001 et le traitement des suites de cet accident, d'une part, et le décès, d'autre part ». Aux termes d'une ordonnance du 18 mai 2017, le juge instructeur n'a pas donné suite aux mesures d'instructions complémentaires requises, la cause étant gardée à juger.

- 19 - D. La recourante s'est remariée le 12 janvier 2018. E n d r o i t : 1. a) 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, sous réserve de dérogations expresses (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 sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) devant le tribunal des

assurances compétent, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 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 formé en temps utile et satisfait aux autres conditions de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1) ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite

- 20 - lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a). b) En l'occurrence, il est constant que le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de la part de l'intimée ensuite du décès de l'assuré le 22 mars 2015, l'intéressée, comme l'intimée, s'étant en effet continuellement prononcées eu égard à l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 13 décembre 2001 et ledit décès. Au titre des « prestations de survivants de l'assurance LAA » revendiquées (cf. déterminations du 10 février 2017 de la recourante), il y a lieu de considérer, compte tenu des documents au dossier, en particulier de la teneur des correspondances adressées par la recourante à l'intimée ensuite du décès (cf. lettres des 10 août et 22 septembre 2015), que celle-ci revendique des rentes de survivants pour elle-même ainsi que pour ses deux filles. Cela étant, force est en revanche de constater qu'il n'est pas aisé de déterminer si la prise en charge des frais d'hospitalisation de l'assuré en 2015 fait partie de l'objet du litige. En effet, la recourante, dans ses lettres des 22 juillet, 10 août et 22 septembre 2015, a demandé à l'intimée qu'elle prenne en charge ces frais. Cette dernière s'est d'ailleurs et dans un premier temps déterminée à cet égard en indiquant à l'intéressée que, selon les informations en sa possession, ces factures ne concernaient pas les suites de l'accident de l'assuré (cf. lettre du 7 août 2015). Tant dans sa décision du 9 octobre 2015 que dans celle sur opposition du 9 février 2016, l'intimée ne s'est en revanche pas prononcée sur cet objet. Elle ne s'y est guère plus déterminée quant aux causes de l'hospitalisation de février 2015 – condition sine qua non à une telle prise en charge et à différencier, du moins a priori dans l'analyse à effectuer, des causes du décès de mars 2015 –. La recourante a cependant traité des causes de l'hospitalisation dans son acte du 21 février 2016 et a expressément indiqué que son recours « dépassa[it] les prestations dues aux survivants », évoquant les frais d'hospitalisation de l'assuré en 2015 qui avaient été pris en charge, pour l'heure, par l'assureur maladie. La question de savoir si, au vu de la teneur de la décision du 9 octobre 2015,

- 21 - de la décision sur opposition du 9 février 2016 et des divers écrits de la recourante, la prise en charge par l'intimée desdites factures fait partie de l'objet du litige peut cependant être laissée ouverte. En effet, quand bien même cette revendication implicite de la recourante serait considérée comme recevable, force est de constater qu'elle devrait être rejetée au fond, dans la mesure où un lien de causalité entre les séquelles de l'accident du 13

décembre 2001 et l'hospitalisation de l'assuré en 2015 devrait de toutes manières être niée, ainsi que cela sera constaté ci-après. 3. a/aa) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Les prestations dues en cas d'accident incluent les frais de traitement (art. 10 LAA), les frais de transport et de sauvetage (art. 13 LAA) et les frais funéraires (art. 14 LAA). 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). Aux termes de l'art. 29 al.1 LAA, le conjoint survivant a droit à une rente ou à une indemnité en capital. Le conjoint survivant a droit à une rente lorsque, au décès de son conjoint, il a des enfants ayant droit à une rente ou vit en ménage commun avec d'autres enfants auxquels ce décès donne droit à une rente ou lorsqu'il est invalide aux deux tiers au moins ou le devient dans les deux ans qui suivent le décès du conjoint. La veuve a en outre 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 45e 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 LAA). Le droit à la rente prend naissance le mois qui suit le décès de l'assuré ou lorsque le conjoint survivant devient invalide aux deux tiers au moins. Il s'éteint par le remariage ou le décès de l'ayant droit ou par le rachat de la rente (art. 29 al. 6 LAA). A teneur de l'art. 30 al. 1 LAA, les enfants de l'assuré décédé ont droit à une rente d'orphelin. S'ils ont perdu un de leurs parents, ils ont droit à une rente d'orphelin de père ou de mère ; si les deux parents sont morts ou si le parent survivant décède par la suite ou si la filiation

- 22 - n'existait qu'à l'égard de l'assuré décédé, ils ont droit à une rente d'orphelin de père et de mère. bb) En l'espèce, l'ayant droit, mère de deux fillettes qu'elle a eues en 2014 avec l'assuré, est légitimée à prétendre à une rente de conjoint survivant et à deux rentes d'orphelin – étant précisé que la recourante, en sa qualité de détentrice de l'autorité parentale, a qualité pour exercer en son nom les droits des enfants mineurs et pour les faire valoir en justice en agissant personnellement comme partie – (ATF 136 III 365 consid. 2.2). b) 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 (art. 4 LPGa). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C\_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1). c) Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans

- 23 - l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans

le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devrait, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et réf. cit.). Celui qui prétend à des prestations de l'assurance-accidents doit apporter la preuve, selon la vraisemblance requise, que les conditions de l'accident sont réunies, donc également que l'accident constitue la cause naturelle de l'atteinte à la santé (TFA U 354/05 du 13 juin 2006 consid. 4.1 et réf. cit.). En effet, si le principe inquisitoire (art. 43 et 61 let. c LPGa) dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 124 V 372 consid. 3 ; TFA U 316/00 du 22 mars 2001 consid. 1b). Cette règle du fardeau de la preuve entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b ; TF 9C\_468/2011 du 12 décembre 2011 consid. 4.3 ; 8C\_86/2009 du 17 juin 2009 consid. 4). Dans cette mesure, le fardeau de la preuve revient en principe à l'assuré en ce qui concerne la question de savoir si les conditions qui confèrent un droit aux prestations sont remplies (all. : « anspruchsbegründende Tatfrage »). Par contre, dans le contexte de la suppression du droit aux prestations qui, dans un premier temps, avait été établie, le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, donc à

- 24 - l'assureur et non pas à l'assuré (all. : « anspruchsaufhebende tatfrage » ; TF U 290/06 du 11 juin 2007 consid. 3.3, in : SVR 2008 UV n° 11 p. 34 ; U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 239/05 du 31 mai 2006 consid. 2.2). 4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au

cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-

- 25 - fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 5. a) En l'espèce, il convient de déterminer, à l'aune de la règle de la vraisemblance prépondérante, s'il existe un lien de causalité naturelle entre les séquelles de l'accident dont l'assuré a été victime le 13 décembre 2001 et son décès le 22 mars 2015. A cet égard, la recourante argue en effet que l'intéressé serait décédé pour des raisons cardiaques, en lien avec l'accident du 13 décembre 2001. Elle conteste en particulier le diagnostic de leucémie myéloïde et prétend que la pneumonie évoquée serait d'origine nosocomiale. b) Répondant à son devoir d'instruction d'office, l'intimée a confié à la Dresse D.\_\_\_\_\_ le soin d'examiner, au degré de la vraisemblance prépondérante, si le décès de l'assuré en 2015 était une conséquence de l'accident du 13 décembre 2001. Dans son rapport du

#### **E. 29**

janvier 2016, la Dresse D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil auprès de l'intimée, a nié l'existence d'un tel lien de causalité naturelle. En effet, la rupture traumatique de la valve avait représenté la séquelle principale de l'accident de 2001. Bénéficiant d'une intervention cardio-chirurgicale dans les meilleurs délais afin de remplacer la valve cardiaque endommagée par une valve artificielle mécanique, l'assuré avait survécu à ce traumatisme. Associée à la prise à vie de l'anticoagulant Sintrom, cette prothèse valvulaire était restée intacte jusqu'à la mort de l'assuré, les risques connus de complications inhérentes à la présence d'une telle prothèse ne s'étant pas concrétisés (qu'il s'agisse d'endocardites, de thromboembolies ou de dysfonctions valvulaires). Selon la Dresse D.\_\_\_\_\_, il était indubitable que l'intéressé ne souffrait pas d'une insuffisance cardiaque, en tout cas pas jusqu'en février 2015. En effet, son cœur fonctionnait bien. La maladie coronarienne, sans lien avec l'accident de 2001, et qui avait nécessité l'implantation de stents en 2004 et 2005, avait apparemment été soignée avec succès, et la valve aortique mécanique mise en place après l'accident n'avait posé aucun problème jusqu'en février 2015. Le cœur de l'assuré n'avait pas été durablement lésé par l'accident du 13 décembre

- 26 - 2001. Au remplacement de la valve cardiaque par une valve artificielle, conséquence directe de l'accident de 2001, s'ajoutaient de nombreuses affections relevant de la médecine interne et indépendantes dudit accident, à savoir la maladie coronarienne déjà évoquée (connue et soignée depuis 2004), une hypertension artérielle (traitée depuis 1998), des bronchectasies chroniques avec infections pulmonaires récidivantes, ainsi qu'une leucémie myéloïde aiguë (diagnostiquée en février 2015). Le décès de l'intéressé s'expliquait par une insuffisance respiratoire, impossible à maîtriser. Si la cause exacte dudit décès restait inconnue, le Dresse D.\_\_\_\_\_ soulignait que les bronchectasies chroniques avec infections pulmonaires récidivantes et la leucémie myéloïde aiguë avaient joué un rôle majeur dans le processus ayant conduit au décès. A cet égard, elle rappelait que l'assuré était affecté au départ d'un état fébrile, avec difficultés et insuffisance respiratoires. Ainsi, en l'état des informations médicales disponibles, la Dresse D.\_\_\_\_\_ estimait que les diagnostics différentiels suivant constituaient des causes possibles du processus léthal : pneumonie (bactérienne virale ou fongique), infiltrat leucémique, hémorragies pulmonaires répétées suite à une thrombocytopenie sévère (dans le contexte de la leucémie nouvellement

découverte) ou éventuelle réaction allergique aux transfusions répétées de concentrés érythrocytaires ou thrombocytaires. Rétrospectivement, il n'était pas exclu que chacun de ces quatre facteurs ait joué un rôle dans le processus léthal. Avant de décéder, l'intéressé avait certes présenté un affaiblissement de la fonction cardiaque, mais uniquement de manière secondaire à la problématique pulmonaire et, surtout, sans lien avec la rupture traumatique de la valve aortique et la nécessité de la remplacer par une valve cardiaque artificielle. Si une autopsie, qui n'a pas été effectuée, aurait effectivement pu fournir des renseignements plus précis sur les causes du décès, la Dresse D. \_\_\_\_\_ était néanmoins arrivée à la conclusion que l'hypertension artérielle de longue date, la maladie coronarienne, ainsi que l'implantation d'une prothèse valvulaire aortique n'avaient joué aucun rôle causal dans le développement de l'insuffisance respiratoire, et par conséquent dans l'issue fatale de ce processus. Il n'y avait ainsi pas de lien de causalité entre la conséquence directe de l'accident du 13 décembre 2001, soit l'implantation de la prothèse

- 27 - valvulaire aortique, et la problématique respiratoire qui avait conduit finalement au décès de l'assuré le 22 mars 2015. Force est de constater que l'appréciation de la Dresse D. \_\_\_\_\_ résulte d'une étude fouillée, menée sur la base de l'entier du dossier de l'assuré auprès de l'intimée. Ce médecin, spécialiste en médecine interne générale, a clairement et de manière convaincante expliqué sa position, corroborée par les autres pièces au dossier, et ses conclusions sont dûment motivées. Une pleine valeur probante doit dès lors être reconnue à son rapport du 29 janvier 2016. c/aa) Aucun élément au dossier ne vient jeter le doute sur l'appréciation de la Dresse D. \_\_\_\_\_. A cet égard, la teneur des documents du dossier de l'assuré auprès de l'E. \_\_\_\_\_, produits durant la procédure de recours sur réquisitions de la recourante, soit postérieurement au rapport de la Dresse D. \_\_\_\_\_, n'a fait que confirmer la position de cette dernière. bb) En particulier, la recourante n'apporte pas le moindre élément de preuve permettant d'appuyer ses allégations. En effet, celle-ci se contente d'apporter sa propre version des circonstances du décès de l'assuré, laquelle est cependant contredite par les pièces au dossier. Ainsi, l'assuré a certes été hospitalisé au sein de l'E. \_\_\_\_\_ en février 2015, notamment ensuite de sa fracture survenue lors de sa chute du 10 février 2015, mais non, contrairement à ce que soutient la recourante, également à cause de douleurs dans la région cardiaque. Le dossier de l'E. \_\_\_\_\_ produit le 24 août 2016 ne mentionne par ailleurs aucune conséquence ou complication du fait de la pose de la valve aortique, ni plus globalement concernant la région cardiaque, indiquant uniquement une proposition d'arrêt du traitement de Sintrom et son remplacement par la Liquémine thérapeutique compte tenu du risque hémorragique. Il est en revanche constant que l'intéressé présentait à son entrée dans l'E. \_\_\_\_\_ et sur les derniers mois notamment une baisse de son état général, telle qu'une asthénie depuis plusieurs semaines, en augmentation depuis plusieurs jours, une perte pondérale de 6 kg, un état fébrile, une toux, des

- 28 - expectorations jaune-rosâtres, des crachats teintés de sang, ainsi qu'une dyspnée depuis le 10 février 2015 (cf. dossier de l'E. \_\_\_\_\_ produit le 24 août 2016 ; rapport du 23 mars 2015 des Drs A. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ ; rapport du 7 avril 2015 des Dresses X. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_). En outre, il ressort des documents hospitaliers que l'assuré n'a pas été transféré au M. \_\_\_\_\_ « vu la situation délicate de son état et en raisons de ses antécédents cardiaques qui dépassaient les compétences » de l'E. \_\_\_\_\_ (cf. recours du 21 février 2016), mais bien pour la suite de prise en charge du diagnostic de suspicion de leucémie myéloïde aiguë qui avait été posé. Par ailleurs, contrairement aux allégations de la

recourante, la pneumonie n'est aucunement d'origine nosocomiale, mais « communautaire », à savoir acquise en milieu extrahospitalier. Le fait que l'intéressé ait d'ailleurs fait état d'une augmentation de la toux et des expectorations jaune-rosâtres, ainsi que de l'existence de crachats teintés de sang avant son hospitalisation (cf. dossier de l'E. \_\_\_\_\_ produit le 24 août 2016 ; rapport du 23 mars 2015 des Drs A. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ ; rapport du 7 avril 2015 des Dresses X. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_) confirme le caractère extrahospitalier de la pneumonie. On ne saurait également suivre la recourante lorsqu'elle prétend que l'assuré n'avait jamais été sujet à des problèmes respiratoires. Il ressort à cet égard de manière constante du dossier de l'intéressé que celui-ci avait attrapé, durant l'enfance, une rubéole avec broncheectasies bi-basales résiduelles et surinfections pulmonaires récidivantes, lesquelles avaient d'ailleurs joué un rôle majeur dans le processus ayant conduit au décès de l'intéressé (cf. rapport du 29 janvier 2016 de la Dresse D. \_\_\_\_\_). S'agissant du diagnostic de leucémie myéloïde aiguë, il convient de relever que les Dresses X. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ ont évoqué la persistance d'une bicytopenie, découverte au mois de novembre 2014, laquelle avait contribué à motiver le transfert de l'assuré au M. \_\_\_\_\_ en février 2015 pour suite des investigations (cf. rapport du 7 avril 2015). Ainsi, la recourante se méprend à nouveau en arguant que l'intéressé ne

- 29 - souffrait pas de leucémie myéloïde aiguë avant son hospitalisation au sein de l'E. \_\_\_\_\_ et qu'il n'existait pas de signes antérieurs permettant de soupçonner son existence. Partant, d'un point de vue factuel, au stade de la vraisemblance prépondérante et contrairement à la position soutenue par la recourante, il est en l'état acquis que l'assuré souffrait d'une pneumonie communautaire et d'une leucémie myéloïde aiguë déjà avant son hospitalisation au sein de l'E. \_\_\_\_\_ en février 2015. En revanche, rien au dossier ne permet de suspecter l'existence, en début d'année 2015, de troubles cardiaques ayant contribué à entraîner ladite hospitalisation. cc) Au surplus, la recourante tente de substituer son appréciation à celle présentée de manière constante par les médecins ayant ausculté l'assuré, faisant valoir que ce dernier serait décédé des séquelles cardiaques de son accident du 13 décembre 2001. Il s'agit là uniquement de conjectures. La recourante n'apportant en effet pas le moindre élément de preuve en soutien de sa position – aucun rapport médical émanant des médecins traitants de l'assuré n'ayant pu être fourni –, sa position ne saurait être suivie. En particulier, la recourante tente vainement de mettre en relation de causalité la maladie coronarienne de l'assuré avec son décès. Il ressort en effet d'une lettre de l'intimée du 5 novembre 2012 que celle-ci avait décidé de refuser de prendre en charge les frais d'analyses en rapport avec l'accident cardiaque du 8 août 2012, estimant qu'il s'agissait d'un cas de maladie. Il ne ressort en revanche pas du dossier que l'intéressé aurait contesté cette décision, de sorte qu'elle apparaît être entrée en force. La recourante ne semble ainsi pouvoir soutenir que la maladie coronarienne de l'assuré est une séquelle de son accident de décembre 2001. Cette question peut au demeurant rester ouverte dans la mesure où il ressort expressément du rapport du 29 janvier 2016 de la Dresse D. \_\_\_\_\_ que cette maladie coronarienne, à l'instar de l'implantation de la prothèse valvulaire aortique, n'a joué aucun rôle

- 30 - causal dans le processus ayant mené au décès de l'assuré et où rien au dossier ne vient jeter le doute à ce sujet. Par ailleurs, le fait qu'aucune autopsie n'ait été effectuée n'est en l'état pas déterminant, la Dresse D. \_\_\_\_\_ ayant été à même de se déterminer quant à l'existence d'un rapport de causalité entre les séquelles de l'accident de 2001 et le décès de 2015. Quoiqu'il en soit, même si la Dresse D. \_\_\_\_\_ en avait été incapable, force serait

de constater que le fait que cette autopsie n'ait pas été souhaitée par la famille (cf. rapport du 23 mars 2015 des Drs A. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_) ou le fait qu'elle n'ait pas été réclamée par la famille, faute pour elle d'avoir été informée de cette possibilité (cf. déterminations de la recourante du 10 février 2017), n'aurait strictement aucune incidence sur la résolution du présent litige. En effet, le premier document présent au dossier de l'intimée ensuite du décès de l'assuré du 22 mars 2015 est sa lettre du 4 mai 2015 destinée au Contrôle des habitants de la Commune d' [...] et par laquelle, notamment, elle l'informe avoir appris le décès de l'intéressé. Au stade de la vraisemblance prépondérante, il apparaît ainsi que l'intimée a appris ce décès au début du mois de mai 2015, soit bien après le délai maximum de cinq jours dans lequel la sépulture de toute personne décédée doit avoir normalement lieu (art. 41 RDSPF [règlement vaudois du 12 septembre 2012 sur les décès, les sépultures et les pompes funèbres ; RSV 818.41.1]). Il lui était dès lors impossible de requérir une autopsie avant l'inhumation ou l'incinération de l'assuré. Par ailleurs, une éventuelle omission de renseigner la famille du défunt quant à la possibilité d'effectuer une autopsie ne saurait être opposable à l'intimée dans la mesure où elle ne serait de toutes manières pas le fait de ses organes. Partant, même si l'on devait considérer qu'il est impossible, en l'absence d'autopsie, de déterminer si les séquelles de l'accident du 13 décembre 2001 ont entraîné au moins vraisemblablement le décès du 22 mars 2015 – ce qui n'est pas le cas en l'espèce –, l'intimée ne serait pas pour autant tenue de prêter. Il reviendrait en effet, dans cette hypothèse, à la recourante, qui supporte le fardeau de la preuve, d'assumer les conséquences de l'absence de preuve (cf. consid. 3c supra).

- 31 - d) En définitive, les constatations et le raisonnement de la Dresse D. \_\_\_\_\_ étant parfaitement cohérents avec les éléments médicaux présents au dossier, relevant tant de la période de l'accident de 2001 que de la période du décès de 2015, et aucun élément au dossier ne venant jeter le doute sur ses conclusions, il convient de se rallier à ces dernières. Partant, force est de constater que les séquelles de l'accident du 13 décembre 2001 de l'assuré ne sont pas en relation de causalité naturelle avec son décès du 22 mars 2015. Dans la continuité et conformément à ce qui a été retenu précédemment (cf. consid. 5c/bb supra), il est en outre établi que ces séquelles ne sont également pas à l'origine de l'hospitalisation de l'intéressé en février 2015. L'intimée n'a dès lors pas à répondre du décès et de l'hospitalisation de l'assuré, de sorte que les prétentions de la recourante ne sont pas fondées. e) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cours de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y pas lieu de donner suite aux multiples mesures d'instructions complémentaires requises par la recourante, à savoir des documents concernant l'hospitalisation de l'assuré du 11 février 2015 faisant suite à la fracture de l'humérus intervenue le 10 février 2015, l'intervention du service d'ambulance le 15 février 2015, des hospitalisations pour des troubles cardiaques survenues en 2004, 2008 et 2012, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise médicale (cf. déterminations de la recourante du 16 mai 2017). En effet, outre le fait que la recourante ne saurait être autorisée à requérir sans fin des mesures d'instructions pour tenter de prouver des allégations qui ne sont pas fondées médicalement, de telles mesures ne seraient de toutes manières pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 120 Ib 224 consid. 2b). En particulier, il a été établi que le décès de l'assuré n'a pas été causé par des problèmes cardiaques et que celui-ci n'a pas été hospitalisé en février 2015 pour de tels troubles, de sorte que les documents requis sont sans pertinence. En outre, il ne se justifie pas d'ordonner une expertise médicale.

L'expert désigné en serait en effet réduit à émettre un avis sur

- 32 - la base du dossier médical de l'assuré, ce qu'a précisé déjà la Dresse D.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 29 janvier 2016, lequel ne porte pas le flanc à la critique comme vu précédemment. 6. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires. N'obtenant pas gain de cause, la recourante n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (art. 61 let.g LPGA ; ATF 127 V 205).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.