

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 juillet 2018

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Neu, juge, et M. Bidiville, assesseur
Greffier : M. Klay

Cause pendante entre :

V. _____, à [...], recourante, représentée par Me Alexandre Bernel, avocat
à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1, 28, 29 al. 1 et 3, 30 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. **a)** Feu F._____ (ci-après : l'assuré), né en [...], était suivi depuis 1998 par le Dr U._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, pour des troubles fonctionnels, une hypertension et un tabagisme, qui faisaient, à cette époque, l'objet d'un traitement symptomatique (rapport médical du 21 février 2003 du Dr U._____).

b) Le 13 décembre 2001, l'assuré a été victime d'un accident de la voie publique. Il a alors souffert d'un traumatisme crânio-cérébral, d'un traumatisme facial avec fracture naso-esthmoïdale et fracture parcellaire de l'os maxillaire supérieur avec de multiples arrachements dentaires, d'une rupture traumatique de la valve aortique, d'une fracture du corps vertébral et du pédicule droit de C2, d'une fracture des corps vertébraux de D3, D4 et D5, d'une fracture de l'apophyse transverse gauche de D7 et droite de L1, d'une fracture du corps de l'omoplate droite ainsi que de multiples fractures de côtes (D1, D2, D3, D5 à droite et D4, D5, D6 à gauche). Il a été hospitalisé au Centre M._____ (ci-après : M._____). Le 15 décembre 2001, il a subi une opération cardio-chirurgicale, consistant à remplacer la valve aortique au moyen d'une prothèse, soit une valve mécanique de type B._____. Par suite de cette intervention, il a été mis sous traitement anticoagulant au Sintrom, lequel devait se poursuivre à vie. L'intéressé a pu regagner son domicile le 21 janvier 2002. Ses différentes fractures ont été traitées conservativement. L'assuré a été en incapacité de travail totale depuis cet accident.

L'intéressé était assuré pour les suites des accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Cette dernière a pris en charge les frais de traitement médical et alloué des indemnités journalières jusqu'au 31 décembre 2004.

Dans un rapport du 31 janvier 2003, ensuite d'un examen du même jour, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a indiqué que, du point de vue orthopédique, l'assuré était manifestement bien remis. Hormis une limitation modérée de la mobilité de la colonne cervicale, « l'examen clinique n'objectiv[ait] pas grand-chose ». Le Dr K._____ a relevé qu'en revanche, l'intéressé se plaignait avant tout de troubles de la concentration et de la mémoire, dont les conséquences, notamment sur le plan professionnel, l'affectaient beaucoup. Ce médecin a suspecté, à l'origine de ces troubles, un traumatisme crânio-cérébral (dont la gravité n'avait pas été reconnue), l'assuré rapportant une amnésie circonstancielle de trois semaines, dont une semaine d'amnésie antérograde, et peut-être aussi une ischémie en rapport avec la rupture traumatique de la valve aortique. Des investigations étaient en cours au M._____. Le Dr K._____ a ajouté que l'intéressé avait également évoqué une diplopie, une baisse de l'audition du côté droit, un acouphène du côté gauche - surtout pénible la nuit -, une baisse importante de la libido et une dysfonction érectile, laquelle paraissait sans relation directe avec l'accident.

Ensuite d'un examen neuropsychologique des 10 et 24 janvier 2003, J._____ et R._____, psychologue stagiaire et psychologue associée au M._____, ont relevé, chez l'assuré orienté, nosognosique et collaborant, des troubles attentionnels importants, un ralentissement psychomoteur sévère, une dysfonction exécutive et des troubles gnosiques visuels. Les résultats aux épreuves mnésiques verbales étaient limites. Des signes de la lignée anxio-dépressives étaient également présents. Ces psychologues ont estimé que la symptomatologie neuropsychologique décrite, qu'il s'agisse des plaintes, de la « PTA [post-traumatic amnesia] » ou des troubles cognitifs, évoquait des séquelles de traumatisme crânien.

Dans un rapport du 26 mai 2003, établi à la suite des examens des 10 et 24 janvier 2003 susmentionnés et d'examens supplémentaires des 17 mars et 14 avril 2003, Z._____ et la Dresse C._____,

psychologue associée et médecin-chef au sein de la Division autonome de neuropsychologie du M._____, ont évoqué, dans le cadre des antécédents médicaux de l'assuré, son hypertension artérielle traitée, ainsi que le fait que celui-ci, dès l'enfance et jusqu'à l'âge de 11-12 ans, avait séjourné dans un sanatorium en raison d'une tuberculose. Au terme des examens effectués, elles ont retenu la prédominance de déficits dans le domaine attentionnel et un ralentissement auxquels s'associaient la persistance d'une dysfonction exécutive, de troubles gnosiques visuels, chez un patient présentant de nombreuses plaintes de type post-traumatique. Malgré ces plaintes, l'évolution était perçue par l'intéressé comme très favorable, appréciation que les données objectives de l'examen ne confirmaient pas.

Le 19 décembre 2003, V._____ (ci-après : l'ayant droit ou la recourante), née en [...], et l'assuré se sont mariés.

Aux termes d'un rapport du 15 décembre 2003, le Dr H._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a indiqué que l'examen confirmait un vertige paroxystique positionnel bénin sur canalolithiase du canal postérieur droit expliquant la recrudescence des vertiges chez l'assuré. Cette pathologie labyrinthique était fréquente après un traumatisme crânien. Il était probable également qu'il se soit agi d'une récurrence, après une période d'accalmie de quelques mois dans la première moitié de l'année 2003 (le Dr H._____ relevant que la manœuvre de provocation avait été négative lors de son examen du 8 juillet 2003). Sur le plan thérapeutique, ce médecin avait d'emblée effectué une manœuvre libératoire de Semont avec obtention d'un vertige et comptait revoir l'assuré en contrôle. Le 12 mars 2004, le Dr H._____ relevait que l'évolution était favorable.

Dans un certificat médical du 22 mars 2004, le Dr U._____ a rappelé suivre l'assuré depuis 1998, pour une hypertension modérée et des affections de médecine générale sans gravité. Il précisait qu'à l'époque, l'état général de l'intéressé était bon, celui-ci étant actif et sans altération grave de son état de santé. Il a indiqué que l'accident du

13 décembre 2001 avait modifié profondément le cours de la vie de l'assuré et avait laissé des séquelles dont il ne pourrait totalement récupérer. Il a ajouté qu'en janvier 2004, l'intéressé avait été hospitalisé pour une atteinte coronarienne tritronculaire, qui avait fait l'objet d'une angioplastie avec succès, le Dr U._____ précisant qu'il considérait que cette dernière affection avait, également, des rapports lointains avec l'accident de 2001.

Par rapport du 1^{er} juillet 2004 ensuite d'un examen du même jour, le Dr K._____, pour la CNA, a indiqué qu'actuellement, l'assuré se plaignait avant tout de troubles de la concentration, dont la gravité était fluctuante. Celui-ci avait également des problèmes de mémoire, tandis que la symptomatologie vertigineuse s'était nettement amendée après la reprise du traitement oto-neurologique. Il mentionnait encore des nuchalgies, lorsqu'il était fatigué et lorsque le temps était humide, et un acouphène. Il évoquait en outre une dyspnée d'effort, un bruit gênant de la valve cardiaque et la nécessité d'un traitement anti-coagulant à vie avec les inconvénients que cela comportait. De manière générale, il était vite fatigué, rarement enthousiaste et se sentait diminué. Le Dr K._____ a confirmé que, objectivement, du point de vue orthopédique, l'assuré était bien remis. Il notait une limitation modérée de la mobilité de la colonne cervicale. Selon ce médecin, le handicap procédait ainsi essentiellement de troubles neuro-psychologiques, probablement en relation avec un traumatisme crânio-cérébral, dont la gravité n'avait pas été reconnue, et peut-être aussi d'une ischémie, en rapport avec la rupture traumatique de la valve aortique.

Le 18 octobre 2004, la Dresse C._____ a indiqué que, lors de l'examen effectué le 13 septembre 2004, l'assuré présentait d'importants troubles attentionnels, mnésiques, exécutifs et gnosiques visuels, un ralentissement, ainsi que des signes anxio-dépressifs. Cette symptomatologie était entièrement compatible avec les séquelles du traumatisme crânio-cérébral subi en décembre 2001.

Par décision du 19 mai 2005, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 100 % dès le 1^{er} janvier 2005, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité au taux de 45 %.

Le 11 octobre 2012, l'assuré a informé la CNA que, ensuite d'un accident cardiaque du 8 août 2012, il avait dû être hospitalisé à T._____ et avait subi un examen coronarien au M._____, ce qui avait nécessité un arrêt du Sintrom pendant une semaine. En avaient découlés trois prises de sang et analyses. Estimant que les trois factures y relatives étaient en lien avec son accident du 13 décembre 2001, il les adressait à la CNA. Le 5 novembre 2012, la CNA a retourné ces factures à l'intéressé, précisant que ces analyses n'étaient pas en lien avec son accident du 13 décembre 2001, mais avec son problème cardiaque du 8 août 2012, qui était un cas de maladie. La CNA a ajouté qu'il revenait dès lors à l'assuré de régler ces factures et de les transmettre pour remboursement à son assureur maladie.

B. L'assuré est décédé le 22 mars 2015.

Dans une lettre du 4 mai 2015, la CNA a informé le Contrôle des habitants de la Commune d' [...] avoir appris le décès de l'intéressé, demandant qu'on lui communique l'adresse de la personne représentant les héritiers légaux.

Le 22 juillet 2015, l'ayant droit a notamment demandé la prise en charge par la CNA du solde de factures en lien avec l'hospitalisation de l'assuré avant son décès et après prises en charge par son assureur maladie. Le 7 août 2015, la CNA a répondu que, selon les informations en sa possession, ces factures ne concernaient pas les suites de l'accident de l'intéressé.

Le Juge de paix du district de T._____ a établi un certificat d'héritiers le 5 août 2015, duquel il ressortait que les héritiers légaux de l'assuré étaient l'ayant droit, en qualité d'épouse, et leurs deux filles Q._____ et G._____, nées en 2014.

Par lettre du 10 août 2015, l'ayant droit s'est enquis de ses droits et de ceux de ses filles envers la CNA ensuite du décès de son mari, revenant également sur la prise en charge des factures en lien avec l'hospitalisation de celui-ci.

Par décision du 11 août 2015, la CNA a mis un terme au versement de la rente d'invalidité en faveur de l'assuré au 31 mars 2015 et a demandé la restitution des prestations versées à tort pour le mois d'avril 2015.

Dans une lettre du 22 septembre 2015 à la CNA, l'ayant droit a indiqué que l'assuré était décédé des conséquences de l'accident du 13 décembre 2001. Son mari avait en effet dû être hospitalisé d'urgence en 2015 à la suite d'une défectuosité de la valve cardiaque, posée ensuite dudit accident. Cette défectuosité avait déclenché, selon l'ayant droit, tout un processus d'autres symptômes, ayant entraîné le décès de l'intéressé. Elle demandait la prise en charge des frais survenus en 2015, ainsi que le versement d'une rente en faveur de ses filles.

Le 6 octobre 2015, la CNA a reçu un rapport médical du 7 avril 2015 des Dresses X._____, spécialiste en médecine interne générale, et W._____, médecin assistante, toutes deux médecins au Service de médecine interne du M._____. Transféré depuis l'E._____ à T._____, l'assuré avait séjourné dans ce service du 15 février au 10 mars 2015, date à laquelle il était allé dans le Service des soins continus. Dans leur rapport, les Dresses X._____ et W._____ ont posé le diagnostic principal d'insuffisance respiratoire partielle ; diagnostic différentiel : œdème aigu du poumon / syndrome de détresse respiratoire aiguë post-tranfusionnelle sur multiples transfusions / infectieux / hémorragie alvéolaire / leucémique. Elles ont également posé les diagnostics secondaires et comorbidités actives de leucémie myéloïde aiguë avec dysplasie multilignée, de pneumonie basale droite communautaire à germe indéterminé, de cardiopathie valvulaire et ischémique - étant précisé qu'une échocardiographie trans-thoracique avait été effectué en

janvier 2015, de laquelle il ressortait une fraction d'éjection du ventricule gauche conservée, une hypertrophie ventriculaire gauche modérée, une dilatation modérée de l'oreillette gauche et une bonne fonction de la prothèse, aucun thrombus n'étant visible -, de trouble de la déglutition avec dénutrition protéino-énergétique, mycose œsophagienne, contractions tertiaires et anneau de Schatzki, de fracture humérale sous capitale de l'humérus gauche compliquée par un hématome sous tension et d'insuffisance rénale aiguë pré-rénale stade AKIN1, d'origine pré-rénale. Les Dresses X._____ et W._____ ont par ailleurs considéré ce qui suit :

« **A propos du diagnostic principal**

Insuffisance respiratoire partielle

Contexte : M. F._____ est un patient âgé de 73 ans, connu pour des bronchiectasies bi-basales résiduelles suite à une rubéole infantile avec des antécédents de multiples surinfections pulmonaires, hospitalisé depuis le 15.02.2015 à T._____ dans un contexte de baisse d'état général, fracture humérale gauche post-traumatique, état fébrile persistant depuis plusieurs semaines, dyspnée d'effort nouvelle, toux avec expectorations purulentes striées de sang frais en évolution depuis deux semaines. Le bilan d'entrée met en évidence une insuffisance respiratoire hypoxémique, avec probable foyer radiologique en base pulmonaire droite. [...] Une pneumonie communautaire possiblement sur bronchoaspiration (trouble de la déglutition) est retenue et le patient est placé sous traitement antibiotique de Ceftriaxone pendant 3 jours, puis poursuivi par du Tazobac en raison de l'absence d'amélioration pendant encore 7 jours, traitement qui se termine le 23.02.2015. La persistance d'une bicytopenie, découverte au mois de novembre 2014, avec des symptômes fortement évocateurs d'une hémopathie maligne motive le transfert du patient au M._____ pour suite des investigations (diagnostic 2 [leucémie myéloïde aiguë avec dysplasie multilignée]).

Discussion : sur le plan respiratoire, le patient reste oxygénodépendant et les pics fébriles persistent malgré le traitement antibiotique à large spectre. [...] En raison de la bicytopenie sévère (anémie et thrombopénie) dans le cadre de la maladie oncologique nouvellement diagnostiquée, le patient a nécessité des transfusions itératives de culots érythrocytaires et de concentrés plaquettaires. Le 27.02.2015, suite à l'administration d'un culot érythrocytaire et 5 unités plaquettaires, il présente une détresse respiratoire en parallèle à un état hypertensif et pic fébrile. Dans la suspicion d'un OAP [œdème aigu du poumon] suite aux multiples transfusions, il est mis au bénéfice d'un traitement de Lasix en continu, Morphine et nitrés et il est transféré aux soins continus pour surveillance hémodynamique et ventilation non invasive. Le scanner du 02.03.2015 montre des opacités alvéolaires à type de condensations et verre dépoli avec épanchements pleuraux bilatéraux. Le diagnostic différentiel de la décompensation respiratoire se pose entre une décompensation cardiaque globale à prédominance gauche suite à de multiples transfusions chez un

patient connu pour une cardiopathie ischémique et valvulaire (en effet présence d'un troisième secteur avec importante surcharge clinique), un TRALI [syndrome de détresse respiratoire aiguë post-transfusionnelle] (patient fébrile, mais hypertendu au moment de la décompensation respiratoire), une hémorragie alvéolaire dans le contexte de la thrombopénie, un infiltrat infectieux sur germe atypique ou un infiltrat leucémique.

[...] L'échocardiographie réalisée le 06.03.2015 ne montre pas de végétation sur les valves. [...]

Les pics fébriles cessent suite à l'introduction de la corticothérapie (probable étiologie oncologique).

Evolution : malgré le traitement médicamenteux instauré, nous n'assistons pas à une amélioration sur le plan respiratoire. [...] Durant la nuit du 09.03.2015 au 10.03.2015, en parallèle avec l'apparition d'un état confusionnel aigu hyperactif ([...]), nous assistons à une péjoration sur le plan respiratoire : [...]. Dans ce contexte de péjoration respiratoire, comme déjà discuté avec le patient et sa famille, il est décidé pour un transfert aux soins intensifs.

A propos des diagnostics secondaires et comorbidités actives

Leucémie myéloïde aiguë avec dysplasie multilignée

Contexte : M. F._____ rapporte à l'entrée une baisse d'état général avec état fébrile intermittent depuis le mois de janvier et persistant depuis le 10.02.2015. Il signale des sudations nocturnes depuis 12 ans, et une perte de poids significative (6-7 kg sur quelque mois). Le bilan d'entrée à T._____ met en évidence une perturbation de la formule sanguine, une bicytopenie sévère (bicytopenie découverte pour la première fois lors d'une prise de sang en novembre 2014). Le patient rapporte des épisodes de macrohématurie, de méléna et de rectorragies intermittentes et des expectorations hémoptoïques, faisant suggérer une diathèse hémorragique. A noter que son traitement habituel de Sintrom avait été mis en pause depuis le 12.02.2015 pour un INR [rapport normalisé international, évaluation de coagulation sanguine utilisée pour doser les antivitamines K (taux de prothrombine)] supratherapeutique (> 8)

Discussion : [...] Une PBM [Ponction Biopsie de Moelle] est réalisée le 17.02.2015 mettant en évidence environ 20% de blastes myéloïdes CD34+ avec signes de dysplasie tri-linéaire, confirmant ainsi le diagnostic de leucémie myéloïde aiguë. En raison d'un faible capital veineux et de la nécessité de prises de sang quotidiennes, une pose de voie veineuse centrale jugulaire droite est effectuée le 19.02.2015 sous transfusion plaquettaire. [...]

Cardiopathie ischémique et valvulaire avec valve aortique mécanique

Contexte : M. F._____ est connu pour une cardiopathie ischémique, avec pose de stents à plusieurs reprises au niveau de la marginale G [gauche], de l'IVA [interventriculaire antérieure (réseau coronaire gauche)] proximale et de la Cx [artère circonflexe] et pour un remplacement de valve aortique par prothèse mécanique sous anticoagulation thérapeutique à vie par Sintrom.

Discussion : [...] Une échocardiographie est réalisée le 06.03.2015, qui nous permet d'écarter un thrombus sur valve mécanique, qui ne

présente pas d'insuffisance autre que celle physiologique et montre une bonne perméabilité. La FEVG [fraction d'éjection du ventricule gauche] revient diminuée à 45% par rapport au comparatif de janvier 2015 (décrite comme conservée) avec hypokinésie latérale, inférieure, inférolatérale du VG [ventricule gauche]. Les pressions de remplissage sont élevées. Le ventricule droit présente une fonction globalement conservée. Dans le contexte d'OAP, nous notons que sur l'ECG [électrocardiogramme] apparaissent des modifications de la repolarisation nouvelles de V1 à V3. Le patient ne présente pas de douleur thoracique. Vu le contexte, nous ne réalisons pas de dosage des enzymes cardiaques. Nous poursuivons le traitement diurétique continu avec contrôle de la tension artérielle par nitrés, la surcharge clinique diminue progressivement, cependant les besoins en oxygène restent élevés.

Troubles de la déglutition

[...]

Fracture humérale sous capitale de l'humérus gauche compliquée d'un hématome sous tension

Contexte : le 10.02.2015, M. F. _____ fait une chute sur une plaque de glace et tombe avec réception sur l'épaule gauche. La radiographie effectuée à T. _____ montre une fracture du col chirurgical ainsi que du trochiter de l'épaule gauche avec bascule dorsale de la tête. Dans le contexte de diathèse hémorragique, la fracture se complique par un hématome sous tension, sans menace sur le plan neurovasculaire ni cutané.

Discussion : selon proposition des orthopédistes, la fracture est traitée conservativement avec un gilet orthopédique. [...] La radiographie de contrôle effectuée à une semaine ne montre pas de déplacement de la fracture. [...]

Proposition :

[...]

- sur scanner du 02.03.02015 : pas de déplacement secondaire, pas de saignement actif. »

Le 6 octobre 2015, la CNA a également reçu un rapport médical du 23 mars 2015 des Drs A. _____, spécialiste en médecine interne générale et en médecine intensive, et L. _____, chef de clinique, tous deux médecins au Service de médecine intensive adulte du M. _____. L'assuré avait séjourné dans ce service, pour cause d'insuffisance respiratoire, du 10 au 22 mars 2015, date du décès. Les Drs A. _____ et L. _____ ont posé le diagnostic principal de syndrome de détresse respiratoire aiguë sur pneumopathie à germes indéterminés. Ils ont posé les diagnostics secondaires / comorbidités actives de cardiopathie valvulaire et ischémique (étant notamment rappelé la fraction d'éjection du ventricule gauche conservée en janvier 2015), de syndrome d'apnées du sommeil et de leucémie myéloïde aiguë sur syndrome myélodysplasique diagnostiqué par une ponction biopsie de

moelle le 17 février 2015. La rubrique « Complications » décrivait une agranulocytose et une hémorragie alvéolaire (« dommage alvéolaire diffus ») sur thrombopénie (diagnostic différentiel : infection, leucémie myéloïde aiguë, Vidaza) le 13 mars 2015, une bactériémie à *Enterococcus faecium* le 17 mars 2015 et une hémorragie digestive le 22 mars 2015. Après avoir notamment rappelé, au titre des antécédents, une rubéole dans l'enfance avec bronchectasies bi-basales résiduelles et surinfections pulmonaires récidivantes, les Drs A. _____ et L. _____ ont apprécié la situation de l'assuré de la manière suivante :

« **Discussion, évolution et traitement**

Il s'agit d'un patient de 73 ans connu pour une cardiopathie valvulaire (remplacement de la valve aortique mécanique en 2001) et ischémique (maladie coronarienne bi-tronculaire) avec fraction d'éjection conservée. Il présente sur les derniers mois une altération de son état général avec une perte pondérale de 6 kg, état fébrile, toux et dyspnée depuis le 10.02.2015, date à laquelle il est victime d'une chute entraînant son hospitalisation à T. _____ où le bilan met en évidence d'une part une fracture sous-capitale de l'humérus gauche et d'autre part une pancytopénie avec diathèse hémorragique motivant son transfert au M. _____ en date du 15.02.2015 pour prise en charge hématologique face à une suspicion d'une leucémie myéloïde aiguë.

[...]

L'évolution dans le service est marquée par :

Au niveau respiratoire, nous poursuivons la VNI [ventilation non invasive] en alternance avec une oxygénothérapie à haut débit. Un nouveau CT[computerized tomography]-scan montre une augmentation des infiltrats pulmonaires à type de condensation et de plages en verre dépoli diffus des deux plages pulmonaires et l'augmentation de l'épanchement pleural gauche qui n'est pas drainé au vu de la thrombopénie. Le 13.03.2015, le patient présente un épisode d'hémoptysie (sous seulement 10'000UI/24h de Liquémine malgré l'aorte mécanique) avec une désaturation malgré la VNI motivant une intubation. Une bronchoscopie effectuée par la suite montre du sang dans les lobes des deux côtés sans origine trouvée. La bronchoscopie suivante révèle également un saignement diffus des alvéolaires avec une déglobulisation nécessitant des transfusions érythrocytaires à répétition. Une échocardiographie transthoracique met en évidence une fraction d'éjection du ventricule gauche à 40%, un ventricule droit avec une dysfonction jugée modérée et une HTP [hypertension portale] mesurée à ~50-55mmHg. Nous introduisons un traitement de NO [monoxyde d'azote]. L'oxygénation restant insuffisante, on réalisera 3 cures de décubitus ventral sans réelle réponse. On note une régression de l'hémorragie intra-alvéolaire confirmée par plusieurs fibroscopies.

[...]

Au vu de l'évolution défavorable au niveau respiratoire et concernant le pronostic hématologique, celui-ci est sombre selon nos collègues hématologues, avec une survie estimée à un an en cas de bonne réponse à la chimiothérapie, quelques semaines dans le cas contraire et ce sans prendre en compte les complications intercurrentes. Nous discutons avec le patient initialement puis avec sa famille (épouse). Dans ces contextes, un projet B sans réanimation cardio-pulmonaire nous paraît raisonnable.

Le projet thérapeutique est rediscuté le 19.03.2015 avec l'équipe d'hématologie qui confirme le pronostic sombre de la pathologie et de l'agranulocytose prolongée attendue dans ce contexte. Devant une nouvelle dégradation associant une récurrence du syndrome hémorragique, d'une nouvelle détérioration du status respiratoire et en l'absence de cause curable réversible au tableau clinique actuel, l'épouse de M. F. _____ est vue après discussion collégiale de l'équipe des soins intensifs le 22.03.2015 avec décision de prise en charge palliative et d'accompagnement.

Le projet thérapeutique est accepté par Mme V. _____ qui nous confirme l'absence de famille proche ou d'autre personne souhaitant se rendre au chevet du patient. L'aumônier est appelé comme souhaité par l'épouse de M. [...].

M. F. _____ décède le 22.03.2015 à 23h10. L'autopsie n'est pas souhaitée par la famille.

[...] »

Le 7 octobre 2015, le Dr K. _____ a estimé, sur la base du dossier de la CNA, que l'assuré était décédé en raison d'une insuffisance respiratoire aiguë sur pneumopathie à germes indéterminés dans le cadre d'une leucémie myéloïde aiguë et non des suites de son accident, indiquant que cela ressortait explicitement de la lettre de sortie du M. _____.

Par décision du 9 octobre 2015, la CNA a refusé à l'ayant droit toutes prestations d'assurance, considérant que le décès de l'assuré ne résultait pas d'un accident.

Le 21 octobre 2015, l'ayant droit s'est opposé à cette décision, arguant que suite à l'accident de décembre 2001, le cœur de l'assuré était usé et avait des difficultés à « éliminer l'eau dans l'organisme » et « le sang dans les poumons », ce qui avait entraîné son décès.

Par lettre du 2 novembre 2015, l'assureur maladie de l'assuré, se référant à l'accident du 13 décembre 2001, a demandé à la CNA d'examiner la possibilité de lui rembourser le montant de 50'474 fr. 70 concernant des frais de traitement avancés par ses soins, les factures y relatives étant annexées audit courrier. Le 26 janvier 2016, la CNA a retourné l'ensemble des factures à l'assureur maladie, en leur laissant le soin de leur adresser uniquement les factures en relation directe avec les lésions énoncées dans le rapport médical du 31 janvier 2003 du Dr K._____.

Sur interpellation de la CNA, le Dr K._____ a indiqué, le 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

« 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

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,

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.

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,

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 évènement 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 broncheectasies 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.

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

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,

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 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 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

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 LPGGA).

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

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, correspond 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

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 LPG), 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-

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 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

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 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'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

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

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 bronchectasies 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

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

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*).

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

la base du dossier médical de l'assuré, ce qu'a précisément déjà fait 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).

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

- I.** Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision sur opposition rendue le 9 février 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Alexandre Bernel (pour la recourante),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :