

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1960, a travaillé pour B_____. (ci-après : l'employeur) depuis 2013 et était, à ce titre, assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de Helsana Accidents SA (ci-après : l'assurance).
2. Par déclaration de sinistre du 14 mars 2016, l'employeur a annoncé à l'assurance que l'assuré était décédé le _____ 2016, suite à une intervention chirurgicale. Le décès était très probablement dû à une erreur médicale et une enquête judiciaire avait été diligentée.
3. Dans un certificat médical du 23 mars 2016, le professeur C_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie (ORL) auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a mentionné que l'assuré était décédé « par accident ».
4. Par courrier du 20 avril 2016, l'assurance a requis des informations et pièces supplémentaires de la part du Prof. C_____.
5. En date du 21 avril 2016, ce médecin lui a indiqué que les circonstances du décès étaient une hémorragie post-opératoire et que la cause exacte du décès était un arrêt cardio-respiratoire.

Le Prof. C_____ lui a en outre transmis les pièces suivantes :

- le compte-rendu opératoire qu'il avait rédigé le 5 février 2016 ; il en ressort que suite à une tonsillectomie récente, un carcinome de l'amygdale droite avait été découvert, puis le tissu carcinomateux amygdalien avait repoussé, de sorte qu'un traitement chirurgical avait été décidé ; l'intervention avait consisté en une pharyngectomie partielle droite, un évidement sélectif I à IV à droite et une ligature de branches de l'artère carotide externe ; l'opération avait été marquée par un saignement relativement important, lequel semblait provenir de l'artère pharyngienne ascendante ; après un essai de coagulation, un packing compressif dans l'oropharynx et la cavité buccale avait été effectué et l'artère avait été ligaturée avec un fil de Prolène 5.0, vasculaire, transfixiant, avec une excellente hémostase ; l'estimation de la perte de sang était en dessous de un litre ;
- sa lettre de décès du 31 mars 2016 indiquant que l'intervention avait été suivie de complications sous la forme d'un saignement post-opératoire ; à l'anamnèse, il était relevé que le patient avait présenté quelques angines, pour lesquelles une tonsillectomie avait été pratiquée le 14 janvier 2016 et qui avait révélé le carcinome ; à la consultation commune des tumeurs, un traitement chirurgical par voie endoscopique et un évidement cervical sélectif avait été retenu ; au quatrième jour post-opératoire, à 4 heures du matin, le patient avait craché du sang ; l'équipe de réanimation avait trouvé le saignement abondant ; après des difficultés d'intubation et de ventilation, malgré une réanimation de 26 minutes, il n'y avait eu aucune reprise d'activité cardiaque spontanée et le décès avait été

constaté à 4h51 ; un constat de mort violente avait été rédigé et une demande d'autopsie légale effectuée.

6. À la demande de l'assurance, le Ministère public lui a communiqué, en date du 31 octobre 2016, les documents suivants :
 - le rapport d'autopsie médico-légale pratiquée le 11 février 2016 ; les analyses bactériologiques avaient montré la présence d'une bactérie de type nosocomial au niveau du muscle sterno-cléido-mastoïdien droit ; l'antibiogramme effectué sur le prélèvement du muscle précité avait montré une sensibilité du germe pour l'antibiotique administré à l'hôpital ; les experts ont conclu que les données de l'autopsie, jointes aux renseignements cliniques et aux examens complémentaires permettaient d'attribuer le décès du patient à un choc hémorragique, consécutif à un saignement artériel dans la région de la loge amygdalienne droite ; l'origine du saignement n'avait pas pu être identifiée ; l'infection locale avait potentiellement joué un rôle dans la survenue du saignement ;
 - un rapport du 14 juin 2016, relatif à un Angio CT post-mortem, établi par les docteurs D_____ et E_____, médecins aux HUG, lesquels ont conclu à une fuite de produit de contraste dès la phase artérielle au niveau de la loge amygdalienne droite opérée, dont le vaisseau exact à l'origine n'avait pas pu être déterminé, à un emphysème sous-cutané marqué et diffus, à un pneumothorax bilatéral et à un pneumomédiastin, à un pneumopéritoine, à des signes de broncho-aspiration de sang et à un réhaussement diffus du myocarde hormis dans sa partie antérieure.
7. Dans une évaluation du 7 novembre 2016, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assurance, a considéré qu'il y avait eu une complication, vu le saignement post-opératoire, mais que l'erreur médicale n'était pas prouvée.
8. En date du 11 novembre 2016, l'assurance a informé le réassureur de l'institution de prévoyance de l'employeur que, sur la base des documents recueillis, les conditions de prise en charge n'étaient pas réalisées. Toutefois, elle attendait l'issue de la procédure judiciaire afin de se déterminer en toute connaissance de cause sur son obligation de prestations.
9. Dans une appréciation du 23 novembre 2016, le Dr G_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil de l'assurance, a estimé qu'il ne s'agissait en l'état pas d'un accident et probablement pas d'une erreur médicale. Il convenait toutefois d'élucider la question du double pneumothorax et du pneumomédiastin.
10. Par courrier daté du même jour, ce médecin a sollicité des informations complémentaires de la part du Prof. C_____ au sujet de la présence d'un pneumothorax bilatéral et d'un pneumomédiastin, clairement visibles sur le CT scan post-mortem, mais absents des différents rapports et des constatations de l'autopsie. De telles complications pouvaient être consécutives à des interventions

cervicales, mais aussi aux manœuvres de réanimation et il lui paraissait important de préciser si des radiographies du thorax post-opératoires avaient été effectuées et démontraient l'existence de tels pneumothorax les jours précédant la décompensation et le décès. Ceci pourrait aller dans le sens d'une blessure pleurale peropératoire (apparemment non découverte à l'autopsie). Il lui importait également de savoir si l'incapacité à réanimer feu l'assuré découlait de la perte de sang importante qu'il avait subie ou de l'existence conjointe d'un pneumothorax bilatéral et d'un pneumomédiastin.

11. Le 30 novembre 2016, le Prof. C_____ lui a répondu qu'il devait revenir sur son certificat médical du 23 mars 2016 où il avait « par erreur » indiqué que le dossier était lié à un accident. En effet, même si l'issue était accidentelle, l'hospitalisation concernait un problème de maladie. Concernant les interrogations du médecin-conseil, il ne pouvait pas se prononcer directement faute d'avoir eu accès aux résultats de l'autopsie et aux radiologies. Néanmoins, il lui semblait extrêmement peu probable que les éventuels pneumothorax et pneumomédiastin, dont il apprenait l'existence, soient une complication de la chirurgie initiale car celle-ci était dans la partie haute du cou, le patient était dans un état très satisfaisant pendant plusieurs jours après l'opération sans aucun problème respiratoire, l'autopsie n'avait pas découvert de brèche pleurale et il n'était pas exceptionnel que ces complications arrivent dans des réanimations assez traumatiques. Ainsi, selon lui, la cause la plus probable des éventuels pneumothorax et pneumomédiastin serait une complication des mesures de réanimation.
12. Dans une appréciation du 12 janvier 2016 (recte : 2017), le Dr G_____ a conclu, après avoir étudié le rapport précité, qu'il ne s'agissait ni d'un accident ni d'une erreur médicale.
13. Par ordonnance du 2 mai 2017, le Ministère public a classé la procédure au motif qu'aucune violation d'un devoir de diligence ou des règles de l'art médical n'avait été mise en évidence par l'instruction ouverte pour homicide par négligence.
14. En date du 11 mai 2017, la veuve de feu l'assuré, par l'intermédiaire d'un conseil, a requis le versement de prestations, soutenant que le décès de son défunt époux revêtait un caractère accidentel.
15. Elle a notamment joint le procès-verbal de l'audience du 12 décembre 2016, au cours de laquelle le Prof. C_____ avait été entendu par un procureur ; le médecin avait alors déclaré qu'il n'y avait plus d'hémorragie à la fin de l'opération ni de saignement actif. Le patient n'avait pas présenté de fièvre et il n'y avait aucun signe clinique d'infection. L'aggravation de l'état de santé du patient, suivie très rapidement de son décès, était intervenue subitement en pleine nuit, alors qu'il n'était pas présent. Il n'y avait pas eu de complication hormis l'hémorragie. S'agissant du saignement vasculaire survenu durant l'opération, le médecin a expliqué que la vascularisation de l'amygdale était assurée par des branches de l'artère carotide externe. Vu la tonsillectomie déjà subie et le fait qu'il fallait

réséquer à nouveau de manière plus large pour obtenir des marges saines, une branche artérielle avait dû être sectionnée. Le saignement n'était pas contrôlable par voie endobuccale. Il avait procédé au packing et était réintervenue en ouvrant le cou pour contrôler le saignement et procéder à l'évidement prévu. En l'absence de saignement et en présence d'un drain bien en place, il n'y avait rien d'inquiétant jusqu'à l'hémorragie subite ayant conduit au décès. Un médecin avait vu le patient chaque jour et tout allait bien. À la question de savoir pour quelles raisons il avait indiqué que la mort était « accidentelle », il avait précisé ne pas faire référence à la notion asséurologique puisqu'il y avait une maladie sous-jacente. Par accident, il avait voulu dire que les sutures du pharynx avaient dû lâcher ce qui, la salive étant corrosive, avait pu conduire soit au lâchage des sutures artérielles soit à l'érosion d'une autre artère. C'était un vaisseau relativement important qui avait été touché et il ne s'agissait pas d'un suintement. L'érosion de la paroi de l'artère avait pu prendre un certain temps, mais la rupture était intervenue brusquement. Avant la rupture, il n'y avait aucun signe, notamment pas de crachats sanguinolents. Ces phénomènes hémorragiques en présence d'un cancer étendu à proximité de la paroi des vaisseaux présentaient toujours le même mécanisme. Ce n'était pas fréquent que de pareils cas aboutissent au décès. C'était très rare chez l'enfant, de l'ordre d'un cas sur quarante mille, et peut-être plus fréquent chez l'adulte, mais cela demeurait exceptionnel. Après avoir entendu le résumé des conclusions du rapport d'autopsie, le Prof. C_____ a indiqué que l'infection constatée sous forme d'une collection inflammatoire au niveau du muscle sterno-cléido-mastoïdien n'était pas connue et qu'il ne se rappelait d'aucun signe sous-cutané, précisant ne pas avoir eu accès au rapport d'autopsie.

16. Dans un avis du 1^{er} juin 2017, le Dr G_____ a maintenu, après avoir pris connaissance du procès-verbal d'audience du 12 décembre 2016, qu'il n'y avait pas d'élément constitutif d'un événement accidentel.
17. Par décision du 16 juin 2017, l'assurance a refusé d'accorder toute prestation. Elle a considéré en particulier que, même si la rupture de l'artère était survenue brusquement et que ces phénomènes hémorragiques étaient très exceptionnels, l'acte médical réalisé ne répondait pas à la définition légale de l'accident, faute de confusion ou de maladresse grossière et extraordinaire du médecin.
18. En date du 14 juillet 2017, la veuve de feu l'assuré a formé opposition à cette décision, invoquant en substance que le facteur extérieur extraordinaire ne devait pas se déterminer sur la base éventuelle d'une faute du médecin, dès lors qu'un état maladif pouvait être à l'origine ou favoriser la survenance de l'accident, selon le principe dégagé à l'ATF 142 V 435. Dans le cas d'espèce, le facteur extérieur extraordinaire consistait en la rupture brutale des sutures du pharynx, causant un saignement important ayant entraîné le décès de son époux. Or, une telle rupture ne pouvait être considérée comme habituelle et devait être qualifiée d'extraordinaire, étant relevé que les médecins interrogés avaient indiqué qu'il n'existait aucun signe clinique dénotant une éventuelle complication post-opératoire et qu'aucun n'avait

confirmé que la rupture des sutures était fréquente après ce type d'opération. La cause du décès n'était ainsi pas la maladie en elle-même pour laquelle feu son mari avait subi l'intervention, mais la rupture soudaine et imprévisible des sutures du pharynx.

19. Par décision sur opposition du 22 août 2017, l'assurance a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 16 juin 2017. Elle a rappelé que le traitement prodigué par le Prof. C_____ avait été réalisé sans qu'aucune faute professionnelle ne pût être retenue à son encontre. Ce médecin avait expliqué que le genre de phénomène hémorragique dont feu l'assuré avait été victime était exceptionnel. Or, même si ce genre de complication était très rare, voire exceptionnel, il n'en demeurait pas moins qu'elle était une complication inhérente à l'intervention chirurgicale subie. Ainsi, la rupture des sutures était une complication aux conséquences tragiques, mais elle ne pouvait en aucun cas être considérée comme extraordinaire, d'autant moins qu'elle n'était pas extérieure non plus. Le Tribunal fédéral avait d'ailleurs refusé d'admettre le caractère accidentel d'un décès par étouffement dû à l'aspiration de matières gastriques lors d'une crise d'épilepsie car il s'agissait d'une cause interne, non extérieure et non extraordinaire. Pour que la rupture des sutures du pharynx, puis des sutures artérielles, puisse être considérée comme extérieure et extraordinaire, il aurait fallu une faute professionnelle, soit une erreur médicale prouvée, ce qui n'était pas le cas. Enfin, la jurisprudence citée par la recourante n'était pas pertinente puisque la maladie de feu l'assuré n'était pas à l'origine d'un événement accidentel.
20. Par acte du 18 septembre 2017, la veuve de feu l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours contre la décision sur opposition du 22 août 2017. Elle a conclu, sous suite de dépens, à ce que le caractère accidentel du décès de son défunt mari soit constaté, à ce que l'intimée soit condamnée à verser les prestations d'assurance en lien avec le décès et à ce que le dossier soit retourné à l'intimée. Se référant à l'ATF 142 V 435, la recourante a invoqué que, contrairement à ce que soutenait l'intimée, le facteur extérieur de l'atteinte, en cas de décès des suites d'un acte médical ou d'une cause interne, ne se limitait pas aux cas relevant d'une erreur de traitement du personnel médical. En effet, comme l'admettait aussi bien la jurisprudence que la doctrine, une cause interne (par exemple une baisse de pression sanguine, un suffoquement, une crise d'épilepsie), si elle entraînait l'événement dommageable (par exemple la blessure ou la mort par noyade), entrait dans la définition de l'accident. Dans ce genre de situation, la cause interne ne faisait que déclencher le processus accidentel. En l'occurrence, il n'était pas nié que feu l'assuré, en convalescence des suites d'une opération chirurgicale pratiquée le 5 février 2016 visant à extraire des éléments cancéreux, présentait un état maladif. Toutefois, son décès n'était pas lié à sa maladie ou à l'acte chirurgical lui-même, mais à la rupture des sutures du pharynx qui avait entraîné, suite à la salive qui s'en était écoulée, la rupture des sutures artérielles puis le saignement. C'était d'ailleurs pour cette raison que le Prof. C_____ avait mentionné un décès « par accident ».

Le fait que lesdites sutures étaient présentes à l'intérieur du corps n'enlevait rien au caractère extérieur de l'atteinte. En effet, les sutures, élément artificiel, ne faisaient normalement pas partie du corps humain et avaient d'ailleurs été mises en place par l'intervention extérieure d'un chirurgien. Il s'agissant donc d'un élément externe qui avait cédé, de sorte que le facteur extérieur était présent. En outre, le facteur extraordinaire était également rempli, étant rappelé que le Prof. C_____ avait qualifié la rupture de suture d'exceptionnelle et que l'acte chirurgical subi par feu l'assuré présentait un faible facteur de mortalité. Dans la mesure où l'atteinte à la santé ne relevait pas d'un état malade mais d'une rupture extraordinaire des sutures du pharynx, la notion d'accident devait être admise et l'éventuelle erreur médicale n'était d'aucune pertinence.

21. Dans sa réponse du 17 octobre 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a fait valoir que les fils de suture, une fois à l'intérieur du corps, faisaient partie intégrante de ce dernier. Dès lors, quand bien même les fils étaient artificiels, leur rupture par un événement naturel, interne, quel qu'il soit, ne revêtait pas un caractère accidentel. À titre d'exemple, si une prothèse se rompait ou se déplaçait à l'intérieur du corps ou si un pacemaker tombait en panne, engendrant ainsi un dommage à la santé, irréversible ou non, et sans qu'une faute professionnelle puisse être imputée, la notion d'accident ne serait pas remplie faute de facteur extérieur, soit un élément perturbateur externe. S'agissant du caractère extraordinaire, il était relevé que la rupture des sutures était une complication inhérente à l'intervention chirurgicale, de sorte qu'elle ne pouvait pas être considérée comme extraordinaire, même si ce genre de complication était très rare, voire exceptionnelle. Enfin, contrairement à ce que soutenait la recourante, une cause interne pouvait certes entrer dans la définition de l'accident, mais seulement lorsqu'elle déclenchait le processus accidentel, lequel devait être la cause directe et adéquate de l'atteinte à la santé. Selon le rapport d'autopsie, le décès était attribué à un choc hémorragique consécutif à un saignement artériel dans la région de la loge amygdalienne droite. La maladie de feu l'assuré n'avait pas été à l'origine d'un événement accidentel, mais il s'agissait d'une triste complication inhérente à l'intervention chirurgicale.
22. En date du 13 novembre 2017, la recourante a persisté dans les termes de ses conclusions.
23. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
3. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimée de prendre en charge les suites du décès de feu l'assuré survenu le 9 février 2016.
5. a. Selon 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. Par accident, on entend 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 ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable ; le caractère soudain de l'atteinte ; le caractère involontaire de l'atteinte ; le facteur extérieur de l'atteinte ; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3).

b. Le point de savoir si un acte médical est comme tel un facteur extérieur extraordinaire doit être tranché sur la base de critères médicaux objectifs. Le caractère extraordinaire d'une telle mesure est une exigence dont la réalisation ne saurait être admise que de manière sévère. Il faut que, compte tenu des circonstances du cas concret, l'acte médical s'écarte considérablement de la pratique courante en médecine et qu'il implique de ce fait objectivement de gros risques (ATF 121 V 35 consid. 1b). Le traitement d'une maladie en soi ne donne pas droit au versement de prestations de l'assureur-accidents, mais une erreur de traitement peut, à titre exceptionnel, être constitutive d'un accident, dès lors qu'il s'agit de confusions ou de maladresses grossières et extraordinaires, voire d'un préjudice intentionnel, avec lesquels personne ne comptait ni ne devait compter. La notion d'erreur médicale ne saurait en effet être étendue à toute faute du médecin, au risque de faire jouer à l'assurance-accidents le rôle d'une assurance de la responsabilité civile des fournisseurs de prestations médicales (arrêt du Tribunal fédéral 8C_656/2016 du 2 août 2017 consid. 3.2). La question de l'existence d'un accident sera tranchée indépendamment du point de savoir si l'infraction aux règles de l'art

dont répond le médecin entraîne une responsabilité (civile ou de droit public). Il en va de même à l'égard d'un jugement pénal éventuel sanctionnant le comportement du médecin (ATF 121 V 35 consid. 1b).

Conformément à ces principes, la jurisprudence a par exemple admis l'existence d'un accident, imputable à une cause extérieure extraordinaire, dans le cas d'une confusion en matière de groupes sanguins, dans le cas d'une accumulation d'erreurs à l'occasion d'une angiographie, lors de l'injection trop rapide par voie intraveineuse d'une dose excessive de produits anesthésiques, ainsi que lors de l'oubli d'un cathéter dans la vessie d'un patient, dans le cas d'une lésion du nerf médian à l'occasion d'une prise de sang, dans le cas de la mobilisation sous anesthésie d'un genou fortement raidi, occasionnant la fracture d'une ostéotomie, dans des circonstances où cette opération apparaissait vouée à l'échec, manifestement contraire à l'expérience ainsi qu'à la pratique médicale. En revanche la jurisprudence a nié l'existence d'un accident à propos d'une perforation de l'intestin lors d'une rectoscopie suivie d'un lavement baryté, lors du choix - hautement discutable - d'une technique opératoire, dans le cas d'une perforation par erreur de la sclérotique à l'occasion d'une injection subcorticale parabolbaire au celeston, lors d'une lésion de nerfs de la main survenue au cours d'une opération spécialement difficile et délicate sur un terrain cicatriciel dont l'anatomie était modifiée par de multiples opérations antérieures, à l'occasion de la section accidentelle de la veine épigastrique au cours de l'opération d'une hernie inguinale, lors de la perforation de l'œsophage survenue au cours de l'extraction d'un morceau de viande, dans le cas de gestes médicaux inappropriés associés à de multiples complications ayant entraîné le décès d'une femme sur le point d'accoucher, lors d'une lésion du nerf alvéolaire provoquée par l'extraction d'une dent de sagesse sans qu'un diagnostic préopératoire n'ait été posé, lors de complications imprévisibles et rarissimes liées à un étirement préopératoire du plexus brachial en l'absence d'erreur de traitement, dans le cas où l'inhalation d'un aérosol d'antibiotique a causé une réaction totalement inhabituelle et imprévisible sous la forme d'un choc anaphylactique, et enfin dans celui où l'administration d'une combinaison de médicaments à l'occasion d'un accouchement s'est révélée présenter a posteriori certains risques pour la patiente (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.3).

6. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

7. En l'espèce, il ressort des pièces produites dans le cadre de la présente procédure que feu l'assuré a subi le 5 février 2016 une pharyngectomie partielle droite, un évidement sélectif à droite et une ligature de branches de l'artère carotide externe avec un fil de Prolène 5.0 en raison d'un saignement relativement important. À la fin de cette intervention, il n'y avait plus d'hémorragie ni de saignement actif, et le drain était bien en place. Par la suite, le patient hospitalisé a été vu quotidiennement par un médecin et il n'a présenté ni signe clinique d'infection, ni signe précurseur d'une hémorragie. Dans la nuit du 8 au 9 février 2016, il est décédé d'un choc hémorragique consécutif à un saignement artériel dans la région de la loge amygdalienne droite. Le Prof. C_____ a exposé, lors de son audition du 12 décembre 2016, que les sutures du pharynx avaient dû lâcher ce qui, la salive étant corrosive, avait pu conduire à la rupture des sutures artérielles ou à l'érosion d'une autre artère. Bien que cette hypothèse soit admise sans réserve par les parties, il sied de rappeler que le rapport d'autopsie du 11 février 2016 indique que l'origine dudit saignement n'a pas pu être identifiée et que la bactérie nosocomiale découverte lors de l'autopsie avait pu jouer un rôle dans la survenue du saignement. Le Prof. C_____ n'a toutefois pas eu accès audit rapport d'autopsie, et donc aux résultats des analyses bactériologiques, de sorte que son appréciation n'a pas été émise en pleine connaissance du dossier et ne saurait l'emporter sur les conclusions du rapport d'autopsie. Il convient donc de retenir, en présence de deux hypothèses possibles, que la cause exacte du saignement survenu subitement le 9 février 2016 n'est en l'état pas établie.

Cela étant, cette question peut demeurer ouverte car aucun élément ne permet de supposer que feu l'assuré aurait été victime d'une erreur médicale, ce que la recourante n'allègue au demeurant pas. En particulier, elle ne prétend pas que le sectionnement d'une branche artérielle au cours de l'intervention du 5 février 2016 relèverait d'une maladresse grossière et extraordinaire, ni que la ligature avec un fil de Prolène 5.0 s'écarterait de la pratique courante au point d'impliquer de gros risques. Elle ne soutient pas davantage que le double pneumothorax et le pneumomédiastin auraient été causés lors de l'opération du 5 février 2016 et non pas au cours de la tentative de réanimation, comme l'a motivé le Prof. C_____ le 30 novembre 2016. Enfin, la recourante n'allègue pas non plus que le choc hémorragique auquel a succombé son mari découlerait d'une quelconque erreur de traitement dans les suites de l'intervention.

Or, il est rappelé que le traitement d'une maladie en soi ne donne pas droit au versement de prestations de l'assureur-accidents. Seule une erreur de traitement peut, à titre exceptionnel, être constitutive d'un accident, s'il s'agit de confusions ou de maladresses grossières et extraordinaires, voire d'un préjudice intentionnel, avec lesquels personne ne comptait ni ne devait compter.

Eu égard à ce qui précède, il appert que c'est à juste titre que l'intimée a nié l'existence d'un accident, imputable à une cause extérieure extraordinaire.

8. La recourante considère que les sutures, lesquelles ne font normalement pas partie du corps humain, sont un élément externe, soit un facteur extérieur, et que leur rupture est extraordinaire, de sorte que le décès de son époux est constitutif d'un événement accidentel.

Cette argumentation ne saurait être suivie. En effet, la notion de cause extérieure, soit un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance, présuppose qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. D'ailleurs, le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de préciser que la rupture d'une prothèse défectueuse constitue un pur facteur interne au corps humain, pour lequel la cause extérieure et le caractère extraordinaire font défaut (ATF 142 V 219 consid. 4.3.2 les références).

Partant, force est de conclure que la rupture des sutures et le choc hémorragique qui s'est ensuivi se sont produits à l'intérieur du corps de feu l'assuré, de sorte que l'un des éléments constitutif de l'accident n'est pas réalisé.

9. Enfin, s'agissant de la jurisprudence citée par la recourante (ATF 142 V 435), elle n'est pas pertinente pour l'issue du litige, dès lors qu'elle concerne l'incidence d'une cause interne (pathologique) sur un événement accidentel. Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a conclu qu'un état maladif pouvait être à l'origine d'un événement accidentel (assuré) ou en favoriser la survenance, mais que cela supposait toutefois que l'accident comme tel apparaisse comme la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé ou du décès.

Or, dans le cas d'espèce, aucun événement répondant à la définition de l'accident n'est intervenu dans les circonstances du décès de feu l'assuré.

10. Par conséquent, la responsabilité de l'intimée n'est pas engagée et c'est à juste titre qu'elle a refusé d'allouer ses prestations.
11. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.
12. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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