

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3205/2012

ATAS/786/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 août 2013

2^{ème} Chambre

En la cause

HOIRIE de feu F _____, soit:

recourante

Madame A _____ F _____, domiciliée les Granges
Gontardes, FRANCE

Madame B _____ F _____, domiciliée à El Altet
Alicante, ESPAGNE

Monsieur C _____ F _____, domicilié à Alicante,
ESPAGNE

tous comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
Charlotte ISELIN

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS (SUVA), sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier
ELSIG

intimée

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Eugen MAGYARI, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur F_____ (ci-après l'assuré), né en 1938, vitrier de formation, a exercé diverses activités professionnelles en Espagne avant de travailler comme vitrier puis contremaître au sein de l'entreprise X_____ SA à Carouge entre 1965 et 1988. Lors de travaux exécutés à l'Hôpital cantonal entre 1974 à 1979, il a été exposé à de la poussière d'amiante pendant deux ans et demi en débitant à la scie circulaire des bandes de ce matériau destinées à être montées sur des portes vitrées coupe-feu. De 1988 à 1995, il a travaillé successivement comme cuisinier en Espagne et dans l'hôtellerie en France, puis il s'est retrouvé au chômage jusqu'en 2003, année où il a été mis au bénéfice d'une rente AVS.
2. Le 15 juin 2008, l'assuré a chuté d'une échelle et s'est fracturé plusieurs côtes. Lors de l'examen médical qui a eu lieu le jour de l'accident, le Dr D_____, du Centre Hospitalier de Montélimar a procédé à une scanographie thoracique qui a permis de déceler fortuitement des calcifications de la base droite de la masse pulmonaire et une opacité arrondie avec rotation bronchique et opacité linéaire raccordant cette masse à la plèvre. Le Dr D_____ a indiqué qu'il y avait lieu de confronter ces anomalies aux antécédents professionnels. Il a également évoqué une possible pneumoconiose, asbestose ou atelectasie ronde en excluant toute anomalie d'origine traumatique. Il a ajouté que les opacités pulmonaires, les calcifications pleurales et les épaissements pleuraux constatés nécessitaient un avis pneumologique.
3. Des investigations médicales complémentaires ont été menées durant l'été 2008 pour déterminer la nature exacte de l'opacité constatée à la base droite de la masse pulmonaire. Ainsi, une scintigraphie TEP-FDG a été effectuée au Pôle Médical Laënnec de Montélimar le 3 juillet 2008 et des contrôles thoraciques par scanner ont été effectués le 28 août 2008 et le 30 octobre 2008 à la Clinique Kennedy de Montélimar. À l'image des précédents contrôles, un "TEP scan" effectué le 3 décembre 2008 au CHU de Nîmes n'a pas permis de lever le doute sur la signification pathologique de l'opacité du lobe inférieur droit du poumon.
4. En date du 13 février 2009, l'assuré a subi une lobectomie du lobe inférieur droit du poumon à Montpellier. Le compte rendu opératoire du Dr E_____, de l'Hôpital Arnaud de Villeneuve, mentionnait l'absence de diagnostic histologique et indiquait que la décision d'intervention avait été prise en réunion multidisciplinaire de vérification histologique.
5. Établie le 19 février 2009 par le service de chirurgie thoracique et vasculaire de l'Hôpital Arnaud de Villeneuve, la fiche de liaison destinée au médecin traitant faisait état d'une masse tumorale inférieure droite dont les suites opératoires avaient été "simples" avec une radio de contrôle satisfaisante.

-
6. Relatant un entretien organisé au domicile de l'assuré entre G_____, inspecteur SUVA Genève, l'assuré et H_____, responsable du Comité Amiante Prévenir et Réparer Ardèche (CAPER Ardèche), le rapport de la SUVA du 13 mars 2009 mentionnait que l'assuré ne se souvenait pas d'avoir effectué d'autres travaux impliquant l'utilisation d'amiante après le chantier de l'Hôpital cantonal.
 7. Dans un rapport médical du 23 mars 2009 adressé au Dr I_____, médecin de famille de l'assuré, le Dr J_____, pneumologue au Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes, a indiqué avoir revu l'assuré en consultation. Il a précisé que la résection atypique du lobe inférieur droit, en date du 13 février 2009, avait mis en évidence une atélectasie par enroulement, secondaire à l'existence d'une plaque fibro-hyaline en relation très probable avec son exposition à l'amiante. Le Dr J_____ a ajouté qu'il n'y avait toutefois pas de cancer bronchique et que l'épreuve fonctionnelle respiratoire à laquelle l'assuré avait été soumis environ cinq semaines après l'intervention était restée dans les limites de la normale avec une capacité pulmonaire totale de 75% et un volume expiratoire maximum par seconde de 2,2 litres, ce qui correspond à 80% des valeurs théoriques. Enfin, le Dr J_____ a mentionné qu'il était "licite" de contrôler la tomодensitométrie du thorax dans un an, ainsi que l'épreuve fonctionnelle respiratoire.
 8. À réception du dossier de l'assuré, la SUVA (ci-après la SUVA ou l'intimée) a chargé sa division médecin du travail, soit pour elle le Dr K_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecine du travail, de faire une appréciation médicale du cas.

Dans un courrier du 30 juillet 2009 adressé à SUVA Genève, le Dr K_____ a indiqué qu'il y avait lieu de reconnaître l'atélectasie arrondie présentée par l'assuré comme une maladie professionnelle due à des poussières d'amiante au sens de la liste des substances nocives, mais il a ajouté qu'en l'absence d'une diminution fonctionnelle significative, une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'était pas due. Le Dr K_____ a toutefois invité SUVA Genève à faire le nécessaire pour que l'assuré soit examiné par un pneumologue un an après l'intervention (par le Dr J_____ par ex.) et qu'à cette occasion un examen des poumons incluant des radiographies et une épreuve fonctionnelle respiratoire (avec détermination du volume résiduel) soit effectué.

Dans son appréciation datée du 4 août 2009, le Dr K_____ a précisé qu'au vu des constatations antérieures à l'intervention chirurgicale, le résultat d'examen de la pièce opératoire, qui a révélé l'existence d'une atélectasie arrondie et l'absence de tumeur véritable, en particulier maligne, ne pouvait être qualifié de surprenant. Il a ajouté que les anomalies pleurales – plaque pleurale ou fibrose pleurale – inévitablement sous-jacentes à une atélectasie arrondie représentent typiquement des modifications induites par l'amiante et que la SUVA considère comme une maladie professionnelle une pathologie de cette nature en relation avec l'amiante.

En résumé, le Dr K_____ a estimé que l'assuré présentait une lésion pleuropulmonaire due à l'amiante, plutôt rare mais connue et bénigne, laquelle, dans la mesure où le diagnostic est connu, ne nécessite pas de traitement chirurgical. Il a précisé que dans le cas présent, il existait toutefois au début une certaine incertitude au sujet de la valeur des résultats d'examen, si bien que l'équipe médicale en charge du cas a décidé de pratiquer une intervention. Le Dr K_____ a ajouté que celle-ci a conduit à une certaine diminution fonctionnelle qu'il a qualifiée de pas importante. Enfin, il a considéré qu'un suivi annuel par un spécialiste, comme l'avait proposé le Dr J_____, lui paraissait indiqué.

9. Par courrier du 18 novembre 2009, l'assuré, agissant par l'entremise de son conseil, a fait savoir à SUVA Genève que les rapports médicaux versés au dossier ne mentionnaient pas s'il subissait une incapacité de gain du fait de ses limitations fonctionnelles et, dans l'affirmative, à quel taux. Par ailleurs, l'assuré a relevé qu'il avait beau ressortir du rapport médical du 23 mars 2009 du Dr J_____ que la capacité pulmonaire totale atteignait 75%, il n'en demeurait pas moins que les autres documents médicaux ne permettaient pas non plus de déterminer si la situation médicale pouvait être considérée comme stable, d'autant que le Dr K_____ avait indiqué lui-même dans son courrier du 30 juillet 2009 qu'une nouvelle évaluation des fonctions pulmonaires devait être effectuée un an après la lobectomie pratiquée le 13 février 2009. En conclusion, l'assuré a invité la SUVA à rendre une décision sur l'octroi de prestations en cas de stabilisation de l'état de santé et, à défaut, de procéder à des investigations médicales complémentaires permettant d'examiner s'il existait un droit à une rente ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.
10. Par décision du 25 novembre 2009, la SUVA a refusé d'octroyer à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité en considérant qu'il ressortait de l'appréciation médicale faite par le Dr K_____ en date du 4 août 2009 qu'il ne présentait pas d'atteinte importante à son intégrité physique.
11. Par courriel du 7 janvier 2010, l'épouse de l'assuré a annoncé à la SUVA que l'état de santé de son mari s'était fortement détérioré et qu'il avait été admis en urgence au Centre Hospitalier de Montélimar le 26 décembre 2009, puis transféré à la Clinique Kennedy le même jour.
12. Par courrier du 7 janvier 2010, l'assuré a formé opposition à la décision du 25 novembre 2009 en faisant valoir une aggravation importante de son état de santé liée à sa maladie professionnelle.
13. Il est décédé le 5 mars 2010.
14. Par courrier du 16 mars 2010, la Clinique Kennedy de Montélimar a transmis à la veuve de l'assuré, Mme A_____ F_____, les rapports médicaux relatifs

aux soins prodigués à feu son mari du 26 au 29 décembre 2009. Il en ressort que le 26 décembre 2009, ce dernier présentait une accentuation de sa dyspnée au moment de son admission à la Clinique Kennedy et qu'à la suite d'une nouvelle décompensation respiratoire survenue le 29 décembre 2009, il avait été transféré au service de réanimation du Centre Hospitalier de Valence.

Un compte rendu d'une visite à l'assuré par le Dr L_____ en date du 27 décembre 2009 faisait état de la surveillance d'une broncho-pneumonie avec condensation parenchymateuse dans la région auxiliaire droite, apparemment sur séquelles de résection du lobe supérieur.

Il ressort également d'un rapport médical du 29 décembre 2009 du Dr M_____, pneumologue au Pôle Médical Laënnec de Montélimar, qu'après un prélèvement microbien, une origine infectieuse avait été fortement suspectée et qu'un traitement par antibiothérapie à large spectre avait été instauré dès le 26 décembre 2009. Il est précisé dans le même rapport que 72 heures après ce traitement, l'évolution s'était révélée plutôt défavorable.

15. Après examen des pièces relatives à l'hospitalisation de l'assuré à la Clinique Kennedy, le Dr N_____, de la division médecine du travail de la SUVA a adressé une note interne à SUVA Genève demandant que soient versés au dossier les actes médicaux du Centre Hospitalier de Valence, afin de connaître l'évolution du cas entre le 29 décembre 2009 et le 5 mars 2010 en vue de déterminer la cause du décès.
16. Par courrier du 12 novembre 2010 adressé à la SUVA, le conseil de feu l'assuré a soutenu que le décès de son mandant était en lien avec son exposition à l'amiante, motif pris que l'insuffisance respiratoire chronique était intervenue à la suite de la lobectomie liée à son asbestose. À l'appui de cette affirmation, il s'est fondé sur le rapport médical du 23 mars 2009 du Dr J_____, déjà examiné par le Dr K_____, celui du 30 novembre 2009 du Dr O_____, et sur le compte rendu d'hospitalisation du 6 mars 2010, établi par le Dr P_____, du Centre Hospitalier de Valence. Il a joint ces trois rapports à son envoi.

Il ressort du rapport du 30 novembre 2009 du Dr O_____, cardiologue à Montélimar, que l'assuré l'avait consulté en raison d'une asthénie chronique doublée d'une gêne thoracique. Aux dires du Dr O_____, les antécédents de l'assuré comportaient, d'une part, une chirurgie pleuropulmonaire pratiquée en février 2009 en raison d'une asbestose en lien avec une exposition à l'amiante, d'autre part, une endartériectomie carotidienne interne droite dont la date n'était pas précisée. Il ressort également de ce document que l'assuré se plaignait de la présence d'une douleur thoracique depuis septembre 2009, quasi quotidienne à l'époque de l'examen par ce praticien, déclenchée lors d'inspirations profondes ou au moindre

effort. Enfin, il est indiqué qu'il ne semblait pas y avoir d'élément évident pour une origine cardiogénique à ces gênes thoraciques.

Il ressort du compte rendu d'hospitalisation du 6 mars 2010 du Dr P _____ que l'assuré présentait comme diagnostic principal une insuffisance respiratoire chronique décompensée (IRC décompensée). Étaient également mentionnées à titre de diagnostics secondaires: une fibrose pulmonaire, une IRC restrictive, un pneumothorax, une neuropathie périphérique, une insuffisance rénale à diurèse conservée et une collagénose. Enfin, ce rapport précisait qu'une bactérie multi-résistante avait été isolée pendant le séjour.

17. Dans une appréciation médicale du 15 décembre 2010, la Dresse Q _____, spécialiste FMH en médecine du travail et en médecine générale auprès de la SUVA, a retracé l'anamnèse jusqu'à la date du décès de l'assuré. Sans présenter personnellement de conclusions, elle a indiqué qu'elle demandait à sa collègue, la Dresse R _____, spécialiste FMH en médecine interne et en pneumologie auprès de la SUVA, de déterminer si sur la base des éléments médicaux en possession de la SUVA, il était possible de retenir l'existence d'une asbestose ou s'il convenait de s'en tenir au diagnostic de plaques pleurales avec atélectasie ronde. Deuxièmement, en cas de réponse affirmative pour l'asbestose, la Dresse Q _____ a invité sa consœur à se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité entre cette affection et le décès de l'assuré.
18. Dans une appréciation médicale du 11 janvier 2011, la Dresse R _____ a examiné les documents médicaux retraçant l'évolution de l'état de santé de l'assuré jusqu'à son décès, en particulier le compte rendu d'hospitalisation du Centre Hospitalier de Valence. Elle a indiqué que la corrélation entre l'intervention chirurgicale au niveau pulmonaire et l'évolution vers une insuffisance respiratoire et une pneumonie ayant entraîné la mort était peu probable en raison de la latence entre les divers éléments. Évoquant l'appréciation médicale effectuée par le Dr K _____ en date du 4 août 2009, elle a rappelé que celui-ci avait reconnu l'atélectasie ronde et les plaques pleurales comme une maladie professionnelle due à une exposition aux poussières d'amiante au sens de la liste de substances nocives, mais qu'en l'absence d'une diminution fonctionnelle significative dans le cas d'espèce, son confrère avait considéré qu'il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité. Selon la Dresse R _____, l'appréciation du Dr K _____ s'avérait correcte si l'on prenait en considération uniquement les diminutions fonctionnelles et le caractère bénin de la pathologie diagnostiquée. Elle précise toutefois qu'en subissant une lobectomie, l'assuré s'est vu retirer une partie du poumon. Elle ajoute que selon une pratique plus récente, une telle intervention représente une atteinte à l'intégrité de 15%. Constatant que certains rapports médicaux mentionnent la présence d'une asbestose, la Dresse R _____ indique que la question d'un lien de causalité entre une éventuelle maladie préexistante des poumons - telle qu'une asbestose - et la pneumonie ayant conduit au décès supposait, préalablement, que

l'existence d'une asbestose fût établie. La Dresse R_____ a constaté à ce propos que, bien que certains rapports médicaux faisaient état d'une asbestose, ce diagnostic n'avait pas pu être vérifié jusqu'à présent, faute de radiographies disponibles. S'agissant des plaques pleurales, la Dresse R_____ a indiqué qu'elles ne constituent pas une maladie, ne génèrent pas de maux ou de diminutions fonctionnelles, mais qu'elles révèlent uniquement qu'une personne a été exposée à l'amianté à un moment donné. La Dresse R_____ a précisé que les plaques pleurales ne sont pas associées à un risque accru d'infection broncho-pulmonaire.

19. Par communication interne du 7 mars 2011 à SUVA Genève, la Dresse Q_____ a repris en synthèse l'appréciation médicale du 11 janvier 2011 de la Dresse R_____ et transmis une demande de pièces faite par cette dernière en vue de l'obtention de l'original du scanner thoracique et des originaux des résultats des examens histologiques qui avaient été effectués lors de la lobectomie du 13 février 2009. Il s'avérait que ces pièces médicales étaient nécessaires pour clarifier la question de la relation entre les atteintes pleuropulmonaires de l'assuré et l'amianté.
20. Une fois obtenue une partie des pièces demandées par la Dresse R_____, la Dresse Q_____ les a examinées et transmises à la Dresse R_____ par courrier du 20 mars 2012. Ces pièces comportaient deux scanners datés respectivement du 28 août et du 30 octobre 2008 et deux scanners thoraciques datés respectivement du 15 juin 2008 et du 13 novembre 2009. Commentant ce dernier scanner, réalisé par le Dr S_____, dans son courrier du 20 mars 2012 à la Dresse R_____, la Dresse Q_____ a relevé que le compte rendu faisait état d'une discrète petite condensation parenchymateuse alvéolaire du lobe supérieur droit qui avait été qualifiée "d'allure infectieuse" à l'exclusion de toute "lésion suspecte" (cf. pièce 125 SUVA). La Dresse Q_____ a précisé que ce dernier constat précédait d'un mois l'hospitalisation de l'assuré à Valence. La Dresse Q_____ a souligné n'avoir pas obtenu les originaux des résultats des examens cytologiques qui avaient été effectués lors de la lobectomie inférieure droite le 13 février 2009, mais qu'elle disposait en revanche de la prise de position du Dr T_____ [recte: J_____] du 23 mars 2009 dans laquelle ce pneumologue mentionnait une atélectasie par enrroulement et relevait l'absence de cancer bronchique.
21. Dans son appréciation médicale du 2 mai 2012, la Dresse R_____ a répété qu'il n'était pas vraisemblable qu'il y ait un rapport entre la lobectomie du lobe inférieur droit et la pneumonie qui a conduit finalement à une défaillance respiratoire et, par voie de conséquence, au décès de l'assuré en raison de la période de latence. Elle a précisé à cet égard que l'opération avait été pratiquée en février 2009, alors que la symptomatologie thoracique n'avait débuté qu'en novembre 2009. En outre, elle a souligné que des modifications radiologiques n'étaient pas encore décelables, ni à ce moment, ni en décembre 2009, selon les pièces

disponibles au moment de sa première appréciation médicale de janvier 2011. S'agissant du lien de causalité entre l'infection broncho-pulmonaire et une pathologie pulmonaire préexistante telle qu'une asbestose, la Dresse R_____ a indiqué qu'un tel lien n'était pas donné vu l'absence d'asbestose dans le cas d'espèce. Pour appuyer cette dernière assertion, elle s'est fondée sur les pièces nouvelles qui lui avaient été communiquées, soit les CD-ROM des 15 juin, 28 août et 30 octobre 2008 et du 13 novembre 2009 qui lui avaient été transmis en mars 2012. Elle a indiqué que le CD-ROM du 28 août 2008 comportait effectivement un CT-scan avec fenêtre pulmonaire et que son examen mettait en évidence diverses plaques pleurales ainsi que la lésion dont l'examen post-opératoire avait révélé qu'il s'agissait d'une atélectasie ronde. Elle a ajouté que le parenchyme pulmonaire était sans particularités dans une large mesure et qu'il n'y avait notamment aucun signe évoquant une asbestose et que le CT-scan du 13 novembre 2009 ne permettait pas de tirer de conclusions différentes, malgré des modifications décelables dans la région du lobe supérieur qui militaient cependant en faveur d'un infiltrat infectieux et non d'une asbestose.

À la lumière de son analyse des CD-ROM, la Dresse R_____ a considéré que l'on ne pouvait pas admettre que le poumon de l'assuré était affecté d'une lésion préexistante due à l'amiante. Elle a précisé que si le lien de causalité entre la pneumonie et la lobectomie était possible tout au plus, l'on ne pouvait en aucun cas parler de vraisemblance prépondérante. Elle en conclut que le décès de l'assuré ne faisait pas suite vraisemblablement aux plaques pleurales dues à l'amiante (et reconnues comme maladie professionnelle) et à l'atélectasie ronde ou à une autre modification pulmonaire occasionnée de manière prépondérante par l'activité professionnelle. Enfin, la Dresse R_____ a ajouté que selon une pratique récente, les modifications dues à l'amiante reconnues comme maladie professionnelle (atélectasie ronde avec lobectomie) donnent droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%. Elle a précisé à cet égard que cette atteinte est fondée sur la perte du lobe pulmonaire et non sur le décès de l'assuré.

22. Par appréciation médicale du 13 juin 2012, la Dresse Q_____ a indiqué que les plaques pleurales présentées par l'assuré ne représentaient pas un risque plus élevé de contracter des infections broncho-pulmonaires, que le diagnostic d'asbestose avait pu être écarté dans le cas d'espèce et que la période de latence entre la lobectomie de février 2009 et la symptomatologie thoracique qui avait débuté en novembre 2009 permettait d'affirmer qu'il n'était pas vraisemblable qu'il y eût un rapport entre ladite lobectomie et la pneumonie qui avait conduit finalement à une défaillance respiratoire et au décès de l'assuré.

Au vu de l'ensemble du dossier et en particulier des différents examens radiologiques, la Dresse Q_____ a considéré que le décès de l'assuré ne faisait pas suite vraisemblablement aux plaques pleurales dues à l'amiante et reconnues comme maladie professionnelle, ni à l'atélectasie ronde ou à une autre

modification pulmonaire occasionnée de façon prépondérante par l'activité professionnelle. Elle en a conclu que le décès de l'assuré ne pouvait donc pas être mis en relation de causalité probable avec sa maladie professionnelle.

23. Par communication interne du 10 juillet 2012, la Dresse Q_____ a indiqué qu'une atteinte à l'intégrité avec un taux de 15% avait été retenue à raison de la lobectomie qui avait permis de confirmer le diagnostic d'atélectasie ronde. Elle a précisé qu'en l'espèce, ce taux de 15% avait été calculé en tenant compte, d'une part, de la perte partielle d'un organe et d'autre part, de l'application par analogie du barème des indemnités pour atteinte à l'intégrité. Elle a ajouté que l'atteinte à l'intégrité de 15% que les pneumologues retiennent dans des cas de ce type, tenait compte des douleurs/déformations thoraciques ainsi que de l'opération.
24. Par appréciation médicale du 16 juillet 2012, la Dresse Q_____ a exposé n'avoir pas conclu à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) dans son appréciation du 13 juin 2012 au motif que les plaques pleurales et l'atélectasie ronde constituent des atteintes bénignes et non malignes. Elle a expliqué son revirement en faveur de la reconnaissance d'une atteinte à l'intégrité de 15% en indiquant qu'en l'espèce, le diagnostic d'atélectasie ronde n'avait pu être posé sur radiographie thoracique simple, mais qu'une fois la lobectomie effectuée (diagnostic sur la pièce anatomique) et que la reconnaissance d'une telle atteinte tenait compte de l'intervention subie par l'assuré. La Dresse Q_____ a ajouté qu'en l'absence d'atteinte maligne en lien avec l'amiante, il n'y avait pas lieu de prévoir d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) supérieure.
25. Par courrier du 18 juillet 2012, la SUVA a transmis les appréciations médicales des 2 mai et 12 juin 2012 au conseil de feu l'assuré en lui annonçant que le montant de l'IPAI s'élevait à 15% du gain assuré de 126'000 fr. (18'900 fr.).
26. Par courrier du 11 septembre 2012, le conseil de feu l'assuré a invité la SUVA à lui indiquer quels critères avaient été pris en considération pour la fixation de l'IPAI à 15%. Il a également indiqué que l'on ne pouvait exclure un lien de causalité entre la lobectomie consécutive à la maladie professionnelle de l'assuré et son décès, de sorte qu'il lui paraissait utile de mettre en œuvre une expertise sur cette question.
27. Par décision sur opposition du 18 septembre 2012, la SUVA a admis partiellement l'opposition formée en date du 7 janvier 2010 en déclarant que les héritiers de feu l'assuré avaient droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%, soit 18'900 fr. et rejeté l'opposition pour le surplus.
28. Par acte du 19 octobre 2012, l'hoirie de feu l'assuré (ci-après la recourante) a recouru contre la décision sur opposition du 18 septembre 2012 et conclu, principalement, à ce que la Cour de céans annule cette dernière en lui reconnaissant, premièrement, un droit aux prestations de l'assurance-accident fondé sur l'existence d'un lien de causalité entre le décès de l'assuré et sa maladie

professionnelle et, deuxièmement, un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle s'élevant à 80%. Subsidiairement, la recourante a conclu à l'annulation de la décision sur opposition du 18 septembre 2012 et au renvoi de la cause pour nouvelle instruction et nouvelle décision. Préalablement, la recourante a conclu à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ayant pour objet, premièrement, de déterminer les atteintes dont souffrait feu l'assuré avant et après son opération et, deuxièmement, d'examiner le lien de causalité entre la maladie professionnelle et le décès et, enfin, de déterminer l'importance de l'atteinte à l'intégrité physique et sa durée en fonction des éléments médicaux présents au dossier.

La recourante soutient que des incertitudes planent sur l'affection dont souffrait réellement feu l'assuré. Elle se fonde à cet égard sur le rapport médical du 30 novembre 2009 du Dr O _____ qui faisait état d'une exposition à l'amiante avec une asbestose ayant nécessité une chirurgie pleuro-pulmonaire en février 2009 et sur le rapport médical du 15 juin 2008 du Dr D _____ qui évoquait également l'éventualité d'une asbestose.

S'agissant du lien de causalité entre la maladie professionnelle et le décès de l'assuré, la recourante conteste l'existence d'une période de latence entre la lobectomie et la symptomatologie thoracique qui ferait obstacle au lien de causalité entre le décès et les atteintes pulmonaires dues à l'amiante. Elle soutient que la symptomatologie thoracique n'a pas débuté en novembre 2009 comme le considère la SUVA, mais qu'elle serait même antérieure à la lobectomie du 13 février 2009. Elle se fonde à cet égard sur le rapport du 30 octobre 2008 du Dr U _____, qui fait état d'une lésion basi-thoracique droite (pièce 7 recourante), sur le rapport du 4 novembre 2008 du Dr V _____ qui mentionne un problème thoracique (pièce 6 recourante), sur le rapport du 13 février 2009 des Drs W _____ et AA _____ qui mentionne l'existence de plaques pleurales calcifiées en rapport avec l'exposition à l'amiante (pièce 8 recourante), sur le rapport du 15 octobre 2009 du Dr J _____ (pièce 12 recourante), le rapport du 18 décembre 2009 du Dr J _____ qui fait état de douleurs thoraciques survenues peu de temps après l'intervention chirurgicale sur le thorax (pièce 14 recourante) et sur le compte rendu d'hospitalisation du 6 mars 2009 du Dr P _____ qui indique comme motif d'hospitalisation une insuffisance respiratoire chronique décompensée (pièce 16 recourante). Par ailleurs, la recourante s'appuie sur l'appréciation médicale du 4 août 2009 du Dr K _____ qui indique que lors du scanner thoracique effectué le jour de l'accident, on avait déjà soupçonné comme diagnostic différentiel une atelectasie arrondie et que d'autres contrôles thoraciques effectués le 28 août 2008 et le 30 octobre 2008 avaient montré un accroissement important de l'image radiologique. La recourante soutient qu'il ressort de ces éléments que la symptomatologie thoracique a débuté avant l'opération et s'est aggravée peu de temps après, ce qui contredit l'appréciation médicale des Dresses R _____ et Q _____ sur lesquelles la SUVA se fonde.

S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la recourante fait valoir qu'il convient d'accorder une IPAI de 80% lorsque l'assuré vit encore dans un délai de 18 mois après la déclaration d'une maladie professionnelle causée par une exposition par l'amiante et que cette pratique appliquée en cas de mésothéliome pleural ou péritonéal doit être suivie également en présence d'autres maladies professionnelles reconnues comme étant en lien avec une exposition à l'amiante.

29. Par réponse du 11 janvier 2013, la SUVA (ci-après l'intimée) a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition de l'intimée du 18 septembre 2012.

À l'appui de ses conclusions, l'intimée soutient que la symptomatologie thoracique n'a pas débuté plusieurs mois avant l'opération comme l'affirme la recourante. À cet égard, elle se fonde sur les déclarations de l'assuré à l'intimée en date du 13 mars 2009. Il en ressort qu'avant l'accident du 15 juin 2008, il n'avait pas connu de problèmes de santé importants et qu'il n'avait jamais eu de problèmes respiratoires ou de douleurs au thorax (pièce 18, p. 2 intimée). L'intimée relève également que le compte rendu d'hospitalisation du 6 mars 2009 du Dr P_____ mentionne à plusieurs reprises la présence d'une bactérie multi-résistante et que la lecture du diagnostic posé par ce médecin ne permet pas d'établir un lien quelconque avec la lobectomie pratiquée 10 mois plus tôt. L'intimée souligne par ailleurs que seule la discrète petite condensation parenchymateuse alvéolaire du lobe supérieur droit, qualifiée "d'allure infectieuse" a été relevée à l'occasion du scanner réalisé par le Dr S_____ le 13 novembre 2011, à l'exclusion de toute "lésion suspecte" (pièce 125 intimée). L'intimée en conclut que contrairement à ce que soutient la recourante, il n'y a pas eu d'évolution négative des symptômes dus à une exposition à l'amiante et qu'au vu de la période de latence entre l'intervention du 13 février 2009 et la symptomatologie thoracique débutée en novembre 2009, un lien de causalité fait défaut entre la lobectomie du lobe inférieur droit et la pneumonie qui a finalement conduit à une défaillance respiratoire et donc au décès de l'assuré.

S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée soutient qu'une IPAI de 80% du gain assuré n'a pas lieu d'être en l'absence d'un mésothéliome, soit d'une tumeur maligne incurable et qu'en l'espèce, le taux de 15% retenu par l'intimée tient compte de manière adéquate de la gravité de l'atteinte subie par l'assuré.

30. Par réplique du 1^{er} mars 2013, la recourante persiste dans ses conclusions et fait valoir que des plaques pleurales peuvent occasionner d'intenses douleurs et qu'il y a lieu de mettre en œuvre une expertise pour déterminer l'importance de l'atteinte à l'intégrité physique et sa durée. La recourante réitère également sa requête de mise en œuvre d'une expertise afin de déterminer précisément les atteintes dont souffrait l'assuré et le lien entre ces atteintes et son décès.

31. Par duplique du 26 mars 2013, l'intimée confirme intégralement les conclusions prises dans son mémoire de réponse du 11 janvier 2013. Elle considère au surplus que la question des atteintes dont souffrait l'assuré et du lien entre ces atteintes et le décès a fait l'objet de nombreux développements médicaux, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'instruire plus avant cette thématique en mettant en œuvre une expertise.

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; RS 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).
4. Le délai de recours est de 30 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.

Par ailleurs l'hoirie de feu l'assuré a qualité pour recourir contre la décision de l'intimée. En effet, conformément à l'art. 560 du code civil (CC; RS 210), les héritiers acquièrent de plein droit l'universalité de la succession dès que celle-ci est ouverte (al. 1). Sauf exception prévue par la loi, ils sont saisis des créances et actions, des droits de propriété et autres droits réels, ainsi que des biens qui se trouvaient en la possession du défunt; ils sont également personnellement tenus de ses dettes. Les créances du défunt contre une assurance sociale sont ainsi transmises à ses héritiers et la communauté héréditaire a qualité pour agir en justice afin d'en obtenir le versement (ATF 8C_146/2008 du 22 avril 2008, consid. 1.1). La veuve de l'assuré a qualité pour recourir contre la décision sur opposition si elle agit en qualité d'héritière dans l'intérêt de la communauté héréditaire (ATF 99 V 165; arrêt non publié du 8 août 2007; I 477/06). En l'espèce, le recours a été déposé par le conseil de la veuve de l'assuré au nom de tous les héritiers, lesquels ont ensuite confirmé la procuration donnée au conseil en question.

Le recours est donc recevable.

5. Le litige porte sur le droit des héritiers de feu l'assuré à des prestations d'assurance conditionnées par son décès et sur le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.
6. Aux termes de l'art. 6 al. 1^{er} LAA, et sous réserve de dispositions spéciales de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. En relation avec les art. 14 et 28 ss LAA qui traitent du droit à une prise en charge des frais de transport du corps et d'inhumation, respectivement du droit à une rente de survivant, l'art. 6 al. 1^{er} LAA implique, pour l'ouverture du droit aux prestations subordonnées au décès de l'assuré, l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident ou la maladie professionnelle et le décès (ATF non publié 8C_433/2008 du 11 mars 2009, consid. 2.1). Pour les autres prestations, ce rapport de causalité doit exister à tout le moins entre l'événement de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage subi par l'assuré (maladie, invalidité) 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; 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.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans 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 pas 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, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

7. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement de caractère accidentel et le dommage. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 2.2 et ATF 125 V 460 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).
8. a) Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1^{ère} phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2^{ème} phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (ATF non publié 8C_703/2008 du 25 septembre 2009, consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances

particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

Le droit à l'indemnité n'est pas strictement personnel de sorte qu'il est transmissible par succession si les conditions d'ouverture du droit sont remplies avant le décès de l'assuré (ATF 133 V 224 consid. 2.4 et les références).

b) Selon l'art. 36 de l'ordonnance du 20 novembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202) édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1^{ère} phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2^{ème} phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1^{ère} phrase).

Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2; ATFA non publié U 401/06 du 12 janvier 2007, consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5 % selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (FREI/BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in SUVA Medical 2012, p. 202).

Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415; ATFA non publié U 134/03 du 12 janvier 2004, consid. 5.2).

Depuis le 1^{er} janvier 2008, le montant maximum du gain assuré s'élève à 126'000 fr. par an et 346 fr. par jour (art. 22 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 [OLAA ; RS 832.202]).

9. a) L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a; RAMA 1988 p. 236) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al.

1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte. On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5% serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3).

La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3).

Selon la table 10 traitant des atteintes à l'intégrité en cas de séquelles pulmonaires d'accidents ou de maladies professionnelles, l'IPAI s'échelonne entre 5% et 80% du gain assuré. Ces extrêmes correspondent à une invalidité médicale respiratoire (diminution de la fonction respiratoire) de 33¹/₃%, respectivement 100%.

b) Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (art. 36 al. 4 1^{ère} phrase OLAA; table 10, remarque 2.1). De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (ATFA non publié U 173/00 du 22 septembre 2000, consid. 2; RAMA 1998 p. 602).

10. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur

le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

11. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; ATF non publié 8C_923/2010 du 2 novembre 2011, consid. 5.2.).

Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

12. 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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

13. En l'espèce, la décision de l'intimé se fonde principalement sur les appréciations médicales des Dresses Q_____ et R_____ pour considérer que le décès

de l'assuré ne fait pas suite vraisemblablement aux plaques pleurales et à l'atélectasie ronde dont la présence a été confirmée, après la lobectomie du 13 février 2009, par l'examen cytologique de la pièce anatomique, mais à une infection broncho-pulmonaire dont la symptomatologie n'a débuté qu'en novembre 2009. Les Dresses Q_____ et R_____ considèrent ainsi que la période de latence entre la lobectomie et cette symptomatologie permet d'affirmer qu'il n'est pas vraisemblable qu'il y ait un rapport entre ladite lobectomie et la pneumonie qui a conduit finalement à une défaillance respiratoire et au décès de l'assuré. La Dresse Q_____ considère par ailleurs que la présence de plaques pleurales ne représente pas un risque plus élevé de contracter des infections broncho-pulmonaires. Quant à la Dresse R_____, son analyse des scanners effectués entre le 15 juin 2008 et le 13 novembre 2009 lui a permis, premièrement, d'écarter l'existence d'une asbestose et, deuxièmement, pour le CT-scan du 13 novembre 2009, de conclure à la présence d'un infiltrat infectieux.

La Cour de céans constate que les appréciations médicales des Dresses Q_____ et R_____ sont en tous points conformes aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. Bien qu'elles se fondent uniquement sur le dossier, les rapports médicaux que ce dernier comporte contiennent suffisamment d'appréciations qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré. Les appréciations médicales des Dresses Q_____ et R_____ aboutissent à des résultats convaincants, se fondent sur un examen minutieux de l'ensemble du dossier médical, sont sérieusement motivées et ne contiennent pas de contradictions. Elles permettent de comprendre que l'exposition de l'assuré à des poussières d'amiante est à l'origine de plaques pleurales et d'une atélectasie ronde mais non de la pneumonie qui a conduit à une insuffisance respiratoire et finalement à son décès. Quant aux différents rapports médicaux qui ont été soumis à la Cour de céans, ils ne font état d'aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré par les Dresses Q_____ et R_____ et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause leurs conclusions. Ainsi, les quelques rapports faisant état d'une asbestose ou d'une éventuelle asbestose ont été pris en considération avant qu'un tel diagnostic ne soit écarté de manière convaincante à la lumière du compte rendu de l'examen cytologique de la pièce anatomique et de l'examen des scanners effectués entre le 15 juin 2008 et le 13 novembre 2009. Quant aux diverses pièces sur lesquelles se fonde la recourante pour soutenir l'existence d'une symptomatologie thoracique qui aurait débuté avant la lobectomie du 13 février 2009 et se serait poursuivie après cette intervention jusqu'au décès de l'assuré, elles ne se prononcent pas sur un tel déroulement causal et ne constituent pas non plus un indice en faveur d'un tel scénario en les plaçant bout-à-bout, comme le fait la recourante. Ainsi, les pièces sur lesquelles cette dernière se fonde ne sauraient se voir reconnaître de valeur probante. Partant, l'existence d'un lien de causalité entre la maladie professionnelle de l'assuré et son décès doit être niée.

Il apparaît ainsi qu'il n'existe aucune circonstance bien établie, susceptible d'ébranler sérieusement la crédibilité des conclusions des Dresses Q_____ et R_____.

Compte tenu de ce qui précède, la Cour de Céans est d'avis qu'une expertise sur les atteintes dont souffrait l'assuré et le lien entre ces atteintes et le décès n'apporterait aucun élément décisif dans le cadre du présent litige, de sorte que les conclusions de la recourante en vue de la mise en œuvre d'une telle expertise doivent être rejetées (sur l'appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

14. Reste encore à examiner l'IPAI fixée à 18'900 fr. par l'intimée, soit un taux de 15 % du gain assuré.

Par communication du 10 juillet 2012, la Dresse Q_____ a exposé qu'une atteinte à l'intégrité avec un taux de 15% avait été retenue en raison de la lobectomie qui avait permis de confirmer le diagnostic d'atélectasie ronde. Elle a ajouté qu'en l'espèce, ce taux avait été calculé en tenant compte, d'une part, de la perte partielle d'un organe et d'autre part, de l'application par analogie du barème des indemnités pour atteinte à l'intégrité, étant précisé que l'atteinte à l'intégrité de 15% que les pneumologues retiennent dans des cas de ce type, tenait compte des douleurs/déformations thoraciques ainsi que de l'opération.

La Cour de céans constate qu'en l'espèce, le taux de 15% a été retenu conformément au cadre fixé par l'art. 36 OLAA et sur la base de constatations médicales, de sorte qu'il respecte les réquisits jurisprudentiels (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415; ATFA non publié U 134/03 du 12 janvier 2004, consid. 5.2). Motivée de manière circonstanciée et convaincante sur la base de l'ensemble du dossier médical, l'appréciation de la Dresse Q_____ qui sous-tend la fixation de ce taux à 15% doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

La recourante soutient qu'il convient d'accorder une IPAI de 80%. Elle se fonde à cet égard sur la pratique de la CNA pour les travailleurs atteints d'un cancer lié au contact de l'amiante durant leur activité professionnelle, valable depuis le 1^{er} juillet 2005. Il en ressort qu'à partir de cette date, le travailleur reçoit six mois après l'apparition de la maladie une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40 % sous la forme d'une avance et indépendamment du déroulement de la maladie et de la nature du traitement médical (thérapeutique ou palliatif). En cas de survie après deux ans, il reçoit un montant supplémentaire de 40% de l'indemnité. En cas de décès avant ce laps de temps, la CNA renonce à demander la restitution de l'avance (cf. ATF 133 V 224 consid. 6). Cette pratique est applicable aux maladies professionnelles graves et incurables à conséquence mortelle prévisible liée à l'amiante qui se sont déclarées à partir du 1^{er} juillet 2005. Elle est également

applicable lorsque la maladie est apparue avant cette date et que l'assuré est encore en vie le 1^{er} juillet 2005 (ATFA U 257/04 du 24 octobre 2005 in RAMA 2006, p. 102 consid. 3).

En l'espèce, il ressort du rapport du 23 mars 2009 du Dr J_____ et des appréciations des Dresse Q_____ et R_____ que l'assuré ne présentait pas de cancer bronchique, mais uniquement une pathologie bénigne en lien avec une exposition aux poussières d'amiante (atélectasie ronde et plaques pleurales). Ainsi, la référence à la pratique de la CNA tombe manifestement à faux. Pour le surplus, la recourante se borne à indiquer sans plus de précisions que des plaques pleurales peuvent occasionner d'intenses douleurs, mais sans fournir un quelconque indice qui, dans le cas concret, permettrait de remettre en cause la valeur probante de l'appréciation de la Dresse Q_____ qui est à la base du taux retenu et qui, d'ores et déjà, tient compte des douleurs/déformations thoraciques ainsi que de l'opération. Ainsi, une expertise censée déterminer l'importance de l'atteinte à l'intégrité physique et sa durée sur les atteintes dont souffrait l'assuré et le lien entre ces atteintes et le décès n'a pas lieu d'être, ce d'autant que l'intimée a instruit le dossier de manière fouillée et minutieuse, et que plus de trois ans après le décès de l'assuré, des mesures d'instructions supplémentaires ne pourraient concrètement être envisagées que sur la base des pièces déjà appréciées de manière probante. Aussi les conclusions de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une telle expertise doivent-elles être rejetées.

En conclusion, l'intimée a correctement fixé l'indemnité octroyée.

15. Le recours, mal fondé, est rejeté. La procédure est gratuite.

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

Statuant

A 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

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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