

# BGer 8C 783/2018 vom 4. April 2019

Bundesgericht, 2019-04-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_8C\\_783\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_783_2018)

FR: TF 8C 783/2018 du 4 avril 2019

IT: TF 8C 783/2018 del 4 aprile 2019

## Regeste

Assurance-accidents (suicide; discernement) | Assurance-accidents

## Erwägungen

### E. 1

Le recours est dirigé contre un arrêt final ( art. 90 LTF ) rendu en matière de droit public ( art. 82ss LTF ) par une autorité cantonale de dernière instance ( art. 86 al. 1 let . d LTF). Il a été déposé dans le délai ( art. 100 LTF ) et la forme ( art. 42 LTF ) prévus par la loi. Il est donc recevable.

### E. 2

La question litigieuse est de savoir si le suicide de feu D.A. \_\_\_\_\_ doit être pris en charge par la CNA au titre d'un accident assuré.

### E. 3

La procédure concerne l'octroi ou le refus de prestation en espèces de l'assurance-accidents, de sorte que le Tribunal fédéral n'est pas lié par les faits établis par l'autorité précédente ( art. 105 al. 3 LTF ).

### E. 4

Le suicide comme tel n'est un accident assuré - ouvrant le droit à des prestations de survivants aux conditions des articles 28 ss LAA - que s'il a été commis dans un état d'incapacité de discernement. Cette règle, qui découle de la jurisprudence, est exprimée à l'article 48 OLAA [RS 832.202]. Par conséquent, il faut, pour entraîner la responsabilité de l'assureur-accidents, que, au moment de l'acte et compte tenu de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives, en relation aussi avec l'acte en question, l'intéressé ait été privé de toute possibilité de se déterminer raisonnablement en raison notamment d'une déficience mentale ou de troubles psychiques ( ATF 140 V 220 consid. 3 p. 222; 129 V 95 consid. 3.4 p. 101; 113 V 61 consid. 2a p. 62 ss; RAMA 1990 n° U 96 p. 182 consid. 2). L'incapacité de discernement n'est donc pas appréciée dans l'abstrait, mais concrètement, par rapport à un acte déterminé, en fonction de sa nature et de son importance, les facultés requises devant exister au moment de l'acte (principe de la relativité du discernement; voir par exemple ATF 134 II 235 consid. 4.3.2 p. 239). Le suicide doit avoir pour origine une maladie mentale symptomatique. En principe, l'acte doit être insensé. Un simple geste disproportionné, au cours duquel le suicidaire apprécie unilatéralement et précipitamment sa situation dans un moment de dépression ou de désespoir ne suffit pas (voir par exemple arrêts 8C\_812/2015 du 20 juillet 2016 consid. 1, rendu entre les mêmes parties; 8C\_195/2015 du 10 février 2016 consid. 2.2, in SVR 2016 UV n° 32 p. 105 et les références).

### **E. 5.1**

Dans son rapport d'expertise rendu dans la procédure précédente, la doctoresse I. \_\_\_\_\_ avait déclaré se ranger à l'opinion du docteur H. \_\_\_\_\_. Elle avait expliqué que la Paroxétine pouvait entraîner des événements indésirables sous la forme d'une suicidalité chez les jeunes adultes ou de réaction paradoxale. Une intensification était particulièrement suspectée sur la base de la collection de données publiée récemment en cas d'association à l'alcool. Il n'y avait pas de données comparables lors de la prise concomitante de Paroxétine et de Bromazépam (soit un anxiolytique), mais l'une et l'autre des substances étaient décrites pour avoir été associées à des réactions paradoxales. A la question lui demandant si, au moment de l'acte et compte tenu de toutes les circonstances, D.A. \_\_\_\_\_ était privé, au degré de la vraisemblance prépondérante (plus de 50 % de probabilité) de toute possibilité de se déterminer raisonnablement en raison de symptômes causés par la prise conjointe de Paroxétine et de Lexotanil, l'experte a répondu: "Oui, bien que rares, de telles situations sont décrites dans la littérature médicale spécialisée (...). Je me réserve quant à savoir si c'est l'une des deux molécules actives ou la conjonction des deux molécules qui doit être retenue comme causale. En effet, des effets paradoxaux sont décrits pour chacune de ces molécules indépendamment (...)." Dans son rapport complémentaire, l'experte a explicité les motifs qui l'avait amenée à cette conclusion. Elle a mentionné plusieurs éléments, parmi lesquels l'absence de tendance ou d'intention suicidaire chez l'assuré, le fait que rien ne laissait supposer une intolérance aux médicaments prescrits (l'intéressé avait bénéficié deux ans auparavant d'un même traitement avec succès), la circonstance que le suicide était intervenu moins de 24 heures après la prise des médicaments. L'experte s'était également référée à la vraisemblance médicale: ce type de comportement inattendu violent dirigé contre soi ou contre autrui était décrit dans le contexte de la prise de certains types d'antidépresseurs. A la fin de son rapport complémentaire, l'experte retenait en définitive la survenue brutale, inattendue et involontaire d'une bouffée de violence telle qu'elle a été décrite dans la littérature médicale dans des circonstances similaires d'exposition médicamenteuse à brève échéance.

### **E. 5.2**

Dans son arrêt de renvoi du 20 juillet 2016, le Tribunal fédéral, a jugé que les travaux scientifiques auxquels s'était référée l'experte I. \_\_\_\_\_ se rapportaient à une généralité des cas. Comme l'avait relevé avec raison la doctoresse J. \_\_\_\_\_ dans sa prise de position sur l'expertise et son complément, l'application du résultat de ces travaux à la situation psychiatrique clinique du suicide de l'assuré était problématique à maints égards. Selon cette psychiatre, une appréciation différenciée, intégrant tant les aspects psychiatriques que pharmacologiques, s'avérait indispensable si l'on voulait éclaircir les problèmes de dépression, de traitement antidépresseur et de suicidalité chez l'assuré: le fait de transposer telles quelles des données extraites d'études théoriques et scientifiques à un cas psychiatrique donné représentait une approche qui faisait abstraction des particularités propres à la situation individuelle. Le Tribunal fédéral s'était rallié à l'avis de cette psychiatre qui avait conclu que la prise en considération des connaissances de psychiatrie clinique relatives au traitement des dépressions était "absolument indispensable et devait constituer la préoccupation principale de l'appréciation". Aussi bien le Tribunal fédéral avait-il constaté que l'instruction était restée lacunaire, en l'absence de l'avis d'un expert psychiatre. Il avait dès lors fait droit à la conclusion de la CNA de renvoyer la cause à la juridiction cantonale pour mise en oeuvre d'une nouvelle expertise, pharmacologique et

psychiatrique.

#### **E. 6.1.1**

Dans son expertise pharmacologique du 30 mai 2017, la doctoresse K. \_\_\_\_\_ a retenu que le lien de causalité entre la prise de Paroxétine, associée ou non au Lexotanil, et le suicide de l'assuré était certes possible mais pas probable selon les critères de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Bien qu'elle ait confirmé l'existence d'un risque accru, mais rare, de comportements suicidaires en lien avec la Paroxétine en début de traitement et qu'elle ait relevé l'existence d'une chronologie certaine entre la prise de ce médicament et l'acte de l'assuré, l'experte a considéré que cette observation devait être nuancée dans le cas d'espèce. En effet, elle a relevé que la séquence des événements s'était déroulée en moins d'une heure chez un sujet qui avait, dans ce laps de temps, réalisé un certain nombre d'actes cohérents (s'habiller, se raser). Dès lors, la montée du mal être et sa conséquence directe (le suicide) étaient survenues de manière extrêmement brusque. L'intervalle de temps entre l'absorption du médicament et le passage à l'acte semblait court d'un point de vue clinique. Quant au Lexotanil, il n'était vraisemblablement pas impliqué. Par ailleurs, l'experte a relevé qu'au vu du tableau clinique de l'assuré qui était décrit comme stressé et avait déjà présenté deux antécédents d'épisode similaire, on devait considérer comme pathologie alternative un épisode anxio-dépressif.

#### **E. 6.1.2**

De son côté, dans son rapport psychiatrique du 15 mai 2017, le professeur L. \_\_\_\_\_ a insisté sur la complexité de sa démarche. La réalisation d'une expertise psychiatrique post mortem une dizaine d'années après la survenance de l'acte avec très peu de matériel à disposition (tel que témoignages, indications biographiques détaillées) ne correspondait pas à une expertise *lege artis*. A ses yeux, la dimension psychiatrique ne pouvait dans ce cas pas être prise en considération, de sorte qu'il préconisait de se baser uniquement sur l'expertise de la doctoresse K. \_\_\_\_\_, avec laquelle il était entièrement d'accord. Se fondant sur les informations à sa disposition, seuls trois éléments pouvaient être mis en évidence: " L'expertisé ne présentait pas une pathologie du caractère patente associée à une augmentation de l'impulsivité qui pourrait prédisposer à un passage à l'acte abrupt; Son univers relationnel était essentiellement orienté vers la famille qu'il avait créée (femme, enfants) de façon à ce qu'une vision objective, d'avantage détachée du conflit asséurologique est actuellement impossible; Les traits de sa personnalité font référence à une organisation obsessionnelle ayant peu d'étayage relationnel avec une exposition à des réactions de stress mais sans antécédents de rupture de trajectoire de vie (autres que ceux qui ont occasionné le suivi chez le docteur D. \_\_\_\_\_)."

#### **E. 6.1.3**

Finalement, dans leur appréciation consensuelle du 9 novembre 2017, les experts ont confirmé les conclusions du volet pharmacologique de l'experte. Ils ont exprimé l'avis, sous l'angle psychiatrique, qu'en l'absence d'un trouble franc de la personnalité ou d'une aggravation notable des symptômes dépressifs, on devait retenir la survenance d'un raptus auto-agressif ayant conduit l'assuré à se donner la mort. Ils ont formulé les conclusions suivantes: "Au total, on peut estimer qu'au moment des faits, la victime a présenté un raptus anxieux, soit qu'il ait été privé subitement de toute possibilité de se déterminer raisonnablement au degré de la vraisemblance prépondérante (soit à plus de 50 %). Néanmoins, les déterminants de ce raptus sont impossibles à préciser rétrospectivement.

D'un point de vue pharmacologique, l'imputabilité de la Paroxétine dans l'acathisie et potentiellement la perte de discernement qui en aurait découlé ainsi que le geste suicidaire est à considérer comme possible, selon les critères de l'OMS, mais n'atteignant pas le degré de la vraisemblance prépondérante (soit à plus de 50 %)." A la demande de la cour cantonale, la doctoresse K.\_\_\_\_\_ a confirmé qu'il existait bien un diagnostic alternatif à l'origine médicamenteuse, à savoir un raptus anxieux auto-agressif, l'origine médicamenteuse étant possible, mais atteignant pas un degré de vraisemblance prépondérante (lettre du 4 mai 2018).

## **E. 6.2**

Se ralliant, sur le plan pharmacologique, aux conclusions consensuelles des experts, la juridiction cantonale a exclu, au degré de la vraisemblance prépondérante, tout rôle causal entre la prise de médicaments par l'assuré et son geste suicidaire. En revanche, sur le plan psychiatrique, les premiers juges n'ont pas suivi leur opinion. D'une part, ils ont retenu que l'expert psychiatre n'avait pas fait état de troubles psychiques manifestes (hallucinations ou idées délirantes) chez l'assuré avant le drame ou d'une autre maladie psychiatrique propre à porter atteinte à la capacité de discernement de l'assuré. D'autre part, ils ont constaté que l'assuré n'avait pas de dépendance à l'alcool ou de troubles anxieux, facteurs qui pouvaient expliquer la survenance d'un raptus anxieux en l'absence de problèmes psychologiques. D'après eux, l'hypothèse du raptus anxieux se fondait donc uniquement sur l'absence d'un tableau clinique expliquant le geste de l'assuré. Or, le fait que le suicide s'expliquait uniquement par un état pathologique excluant la libre formation de la volonté ne constituait qu'un indice d'une incapacité de discernement. Pour finir, les premiers juges ont relevé que l'expert lui-même relativisait la valeur probante de son diagnostic. En conclusion, ils ont retenu qu'il n'avait pas été démontré que l'assuré, lors de son passage à l'acte, était incapable de discernement en raison d'une affection alternative à une origine médicamenteuse.

## **E. 6.3**

Les recourants reprochent à la cour cantonale de n'avoir pas soumis l'expertise pharmacologique de la doctoresse K.\_\_\_\_\_ à la doctoresse I.\_\_\_\_\_ du moment qu'il existait des divergences entre leurs conclusions respectives. Elles invoquent la constatation inexacte des faits en lien avec les articles 37 LAA et 48 OLAA en tant que la juridiction cantonale s'est écartée des conclusions du professeur L.\_\_\_\_\_, sans donner à celui-ci la possibilité de préciser son diagnostic.

### **E. 6.4.1**

Concernant l'expertise pharmacologique du 30 mai 2017 ainsi que ses compléments du 9 novembre 2017 et du 4 mai 2018, il y a lieu de se rallier à l'opinion de la juridiction cantonale et de leur reconnaître pleine valeur probante. En effet, la doctoresse K.\_\_\_\_\_ se fonde non seulement sur la littérature médicale mais aussi sur le tableau clinique de l'assuré. Ses conclusions, partagées par l'expert psychiatre, sont claires et motivées. L'experte a également pris position sur les avis médicaux exprimés antérieurement sur la question litigieuse par d'autres médecins, notamment sur les conclusions de la doctoresse I.\_\_\_\_\_, qu'elle a réfutées de manière convaincante. Il n'était pas nécessaire de soumettre à celle-ci les conclusions des experts. Ni l'arrêt du Tribunal fédéral du 20 juillet 2016 ni le mandat d'expertise bidisciplinaire ne le demandait. Bien au contraire, dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a constaté que les éléments invoqués par la doctoresse I.\_\_\_\_\_ ne suffisaient pas à qualifier de probable le rapport causal entre la prise de Paroxétine et le

suicide de l'assuré (consid. 3.2). On retiendra donc que l'origine médicamenteuse du décès est certes possible mais qu'elle ne peut pas être établie au degré de vraisemblance prépondérante requis (cf. ATF 137 V 334 consid. 3.2 p. 338; 117 V 194 consid. 3b p. 194).

#### **E. 6.4.2**

Quant à l'aspect psychiatrique, force est de constater que le professeur L. \_\_\_\_\_ a, dans un premier temps, clairement minimisé la force probante d'une appréciation psychiatrique du cas d'espèce. En effet, il a indiqué que sur la base des informations à sa disposition, son expertise "était risquée et peu fiable", ajoutant en conclusion de son rapport: "Je ne considère pas que ce qui précède correspond à une expertise *lege artis* " (rapport du 15 mai 2017). Dans leur appréciation commune du 9 novembre 2017, les experts ont certes conclu que l'assuré avait vraisemblablement été victime d'un raptus auto-agressif. Ils n'ont toutefois pas réussi à identifier l'origine de cette impulsion. Leur raisonnement est principalement basé sur une logique déductive, à savoir qu'en l'absence d'un tableau clinique expliquant le geste de l'assuré, celui-ci ne pouvait qu'être attribué à un raptus auto-agressif, privant l'assuré de toute capacité de discernement au moment du drame ("ainsi, et sous réserve des omissions possibles dans les témoignages en lien avec le temps écoulé ou avec la nature du rapport des personnes interrogées avec le défunt, on doit retenir un raptus auto-agressif en l'absence d'un trouble franc de la personnalité ou une aggravation notable des symptômes dépressifs"). Le fait que l'assuré n'avait aucune tendance suicidaire attestée au dossier et qu'il avait présenté un comportement inattendu ne suffit pas pour conclure à la survenance d'un raptus conduisant à un suicide, l'état dépressif étant en lui-même déjà un facteur de risque de passage à l'acte. Il n'est pas rare d'ailleurs qu'un suicide apparaisse aux yeux des membres de la famille ou des proches comme un événement totalement imprévisible et inexplicable (arrêts 8C\_453/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2; 8C\_773/2016 du 20 mars 2017 consid. 4.2.3). On ajoutera pour terminer que l'hypothèse d'une incapacité de discernement alternativement à une cause médicamenteuse n'avait jusqu'alors pas été avancée. Les avis médicaux antérieurs et invoqués par les recourants attribuaient en effet le suicide à la seule cause médicamenteuse.

#### **E. 6.5**

Ainsi donc, à l'aune du degré de vraisemblance prépondérante qui est requis, on peut tenir pour établi que l'assuré n'était pas privé de sa capacité de discernement au moment de l'acte. Il en résulte que la CNA était fondée à nier le droit aux prestations de survivants en application de l' art. 37 al. 1 LAA .

#### **E. 7**

Vu ce qui précède, le recours est mal fondé. La partie recourante, qui succombe, supportera les frais de justice ( art. 66 al. 1 LTF ).

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