

GE_GERICHTE ATAS/900/2018 vom 8. Oktober 2018

GE Cour de justice, 2018-10-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_900_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/900/2018 du 8 octobre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/900/2018 del 8 ottobre 2018

Erwägungen

E. 34

Par arrêt du 8 janvier 2013 (8C_916/2011), le Tribunal fédéral a admis le recours déposé par la recourante et annulé l'arrêt du 27 octobre 2011 en renvoyant la cause à la chambre de céans pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

E. 35

Le 7 février 2013, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au Professeur N_____.

E. 36

Le 18 mars 2013, la recourante a proposé de nommer le Professeur O_____, connaisseur des antidépresseurs et anxiolytiques.

E. 37

Par ordonnance du 12 avril 2013, la chambre de céans a confié l'expertise au Prof. O_____.

E. 38

Après plusieurs rappels de la chambre de céans, le Prof. O_____ a finalement retourné le dossier le 2 octobre 2014, en renonçant à effectuer l'expertise.

E. 39

Le 8 octobre 2014, la chambre de céans a décidé de confier l'expertise à la Doctoresse P_____, FMH pharmacologie et toxicologie cliniques.

- 12/38-

A/1508/2008

E. 40

Le 21 octobre 2014, l'intimée a sollicité une expertise psychiatrique, conjointement à l'expertise pharmacologique.

E. 41

Le 30 octobre 2014, la recourante s'est opposée à l'ordonnance d'une expertise psychiatrique.

E. 42

Les 27 novembre et 2 décembre 2014, la recourante et l'intimée ont respectivement proposé une question complémentaire.

E. 43

Par ordonnance du 4 décembre 2014 (ATAS/1249/2014), la chambre de céans a confié l'expertise à la Dresse P_____, en relevant qu'au vu de l'arrêt du Tribunal fédéral du 8 janvier 2013, il ne se justifiait pas d'ordonner une expertise psychiatrique.

E. 44

L'experte a rendu son rapport le 14 février 2015.

Elle a indiqué que la Paroxétine pouvait, dans certains cas, provoquer une perte soudaine de la raison et de tout contrôle entraînant une incapacité de discernement; s'agissant de l'explication du processus, elle n'avait pas trouvé de réponse mais a cité une étude, soit une observation expérimentale (1999) chez l'animal, qui avait montré une augmentation des réactions d'auto-mutilation sous stress des animaux lors d'administration préalable de Paroxétine; il s'agissait d'une observation inattendue qui n'était pas expliquée; il se pouvait que ce modèle animal puisse également servir de modèle d'étude pour les comportements d'auto-mutilation chez des personnes valides dans certaines situations de stress. Les comportements d'auto-mutilation pourraient servir de soupape à des stressseurs indépendants de la volonté, comme un conflit interpersonnel. La Paroxétine pouvait, chez certaines personnes, entraîner des symptômes psychopathologiques (tels que la folie, des hallucinations, une stupeur profonde, un raptus, une acathisie, une crise de panique, une impulsivité). La littérature médicale rapportait des cas où les symptômes qu'on voulait soulager étaient exacerbés par le traitement; ces cas étaient rares par définition, sans quoi le médicament n'aurait même pas été autorisé. La Paroxétine était mentionnée (2005), parmi d'autres médicaments comme pouvant avoir des effets paradoxaux; l'experte a indiqué, en se référant à une analyse de population sur dossier de patients en Hollande, que la Paroxétine n'avait pas l'effet d'aggraver le risque de comportement suicidaire; il n'y avait, à sa connaissance, pas de conditions spéciales à respecter avant la prise de Paroxétine. Il manquait des études cliniques sur les événements indésirables survenant lors de la prise conjointe de Paroxétine et Bromazépam. La littérature médicale était plus abondante pour étudier l'efficacité que l'innocuité des nouvelles entités chimiques et c'était avec l'usage sur la durée que les événements indésirables étaient collectés; une collection de cas venait d'être publiée. Selon ces observations cliniques, il existait un danger dans

- 13/38-

A/1508/2008 l'association des SSRI dont faisait partie la Paroxétine et la consommation d'alcool; les benzodiazépines partageaient une même cible d'action au niveau moléculaire cérébral que l'alcool; certaines personnes exposées aux deux molécules avaient présenté une augmentation involontaire de leur consommation d'alcool, ou avaient présenté des signes d'intoxication alcoolique à des valeurs de consommation usuelle non toxique ou présenté l'apparition de comportements violents (homicide) et d'une amnésie circonstancielle. Il n'existait pas d'évidence permettant d'affirmer que la Paroxétine combinée au Bromazépam augmentait le risque, dans certains cas, de comportement suicidaire. La Paroxétine pouvait causer des événements indésirables sous la forme d'une suicidalité chez les jeunes adultes ou de réaction paradoxale; une intensification était fortement suspectée sur la base de la collection de données publiées récemment en cas d'association à l'alcool. Il n'y avait pas à sa connaissance de données comparables en terme qualitatif permettant d'admettre raisonnablement une telle intensification lors de la prise concomitante de Paroxétine et de Bromazépam, mais l'une et l'autre molécules étaient décrites pour avoir été associées à des réactions paradoxales et le Bromazépam et l'alcool

partageaient certaines cibles moléculaires au niveau du système nerveux central.

La prescription faite à l'assuré était conforme aux règles de l'art médical.

Le raptus ne répondait pas à une intolérance à la molécule active et n'était donc pas exclu du seul fait que l'assuré avait déjà pris en 2004 un traitement de Deroxat.

Les conditions dans lesquelles l'assuré avait débuté son traitement (insomnie, perte de poids, absence de traitement antérieur) n'étaient pas déterminantes.

L'experte a conclu qu'en l'espèce, au moment de l'acte et au regard de toutes les circonstances du cas, l'assuré était privé, au degré de la vraisemblance prépondérante (soit à plus de 50 % de probabilité), de toute possibilité de se déterminer raisonnablement, en raison de symptômes psychopathologiques causés par la prise conjointe de la Paroxétine-Mepha et du Lexotanil.

Bien que rares, de telles situations étaient décrites dans la littérature médicale spécialisée (selon rapports et références des Drs L_____ et M_____). Elle se réservait quant à savoir si c'était l'une des deux molécules actives ou la conjonction des deux molécules qui devait être retenue comme causale. En effet, des effets paradoxaux étaient décrits pour chacune de ces molécules indépendamment. Elle n'avait pas trouvé de rapport de cas permettant de conclure que c'était la combinaison des deux molécules qui augmentait le risque d'évènement paradoxal.

- 14/38-

A/1508/2008

La Paroxétine et le Bromazépam étaient connus pour des cas de réaction paradoxale; la dose n'était pas déterminante. Elle était d'accord avec l'avis du Prof. M_____ mais pas avec celui de la Dresse K_____ car celle-ci ne reconnaissait pas les effets indésirables, à type de réaction paradoxale, associées à la prise de benzodiazépine et relevait la bonne tolérance de l'assuré à la Paroxétine en 2004, ce qui n'était pas une garantie d'absence d'effets indésirables ultérieurs.

Les indices fournis, tant dans l'anamnèse que dans les rapports d'expérience clinique en lien avec l'usage de la Paroxétine, soutenaient, avec un degré de vraisemblance élevé, que le décès de l'assuré n'était pas planifié. Dans l'ensemble, tous les éléments examinés dans le dossier concouraient à un diagnostic de raptus suicidaire. Par ailleurs, la prescription des médicaments était justifiée cliniquement.

E. 45

Le 18 mars 2015, la recourante a observé que l'expert avait démontré que la Paroxétine pouvait causer des événements indésirables sous la forme de suicidalité chez les jeunes adultes ou des réactions paradoxales et conclu que l'assuré était, au degré de la vraisemblance prépondérante, privé, au moment de l'acte, de toute possibilité de se déterminer raisonnablement en raison de symptômes psychopathologiques causés par la prise de Paroxétine-Mepha et/ou de Lexotanil.

Le décès était donc dû à un raptus suicidaire et constituait un accident.

E. 46

Le 15 avril 2015, la SUVA a estimé que l'experte se contredisait, d'une part en niant que la Paroxétine aggravait le risque de comportement suicidaire de manière générale, d'autre

part, en confirmant que la prise de Paroxétine avait entraîné un état d'angoisse et de panique soudaine incontrôlable qui avait causé le suicide de l'assuré. Il convenait en conséquence de poser des questions complémentaires à l'experte.

E. 47

A la demande de la chambre de céans, l'experte a rendu le 7 mai 2015 un rapport d'expertise complémentaire.

Elle a précisé que l'apparente contradiction dans ses réponses pouvait être levée car elle distinguait le risque de passage à l'acte violent impulsif non prémédité du risque d'une aggravation d'un comportement ou d'une inclination ou intentionnalité préalable de nature suicidaire. L'assuré n'avait pas, à la lecture du dossier, d'intentionnalité suicidaire; le jeune adulte était un adulte de 18 à 24 ans voire 30 ans mais cette définition de l'âge n'était pas pertinente dans le contexte des actes violents non prémédités.

L'acte suicidaire de l'assuré répondait avec vraisemblance à un acte tel que rapporté dans la littérature médicale sous la forme d'une bouffée non préméditée de violence dirigée contre soi, sans pour autant avoir présenté au préalable les

- 15/38-

A/1508/2008 signes d'un comportement suicidaire. Pour étayer cette conclusion, l'experte se fondait sur le contexte, les antécédents, la chronologie, la vraisemblance médicale et l'effet paradoxal.

L'histoire de l'assuré révélait des signes de stress pour lesquels il recherchait une aide médicale. Aucun signe apparent de tendance ou d'intention de nature suicidaire ne pouvait être déduit du dossier, qui contenait les témoignages de son épouse et du dernier médecin consulté. Il n'y avait pas non plus d'élément permettant de démontrer un abus médicamenteux. Il avait connu des symptômes similaires deux ans auparavant et avait bénéficié d'un traitement médical avec succès, qui avait dès lors été réintroduit. Rien ne laissait suspecter à ce moment précis que l'assuré présentait une contre-indication ou une intolérance aux médicaments prescrits. Moins de vingt-quatre heures après la prise de médicaments, l'assuré présentait un comportement inattendu et irréversible.

Ce type de comportement inattendu, violent, dirigé contre soi ou contre autrui était décrit dans le contexte particulier de la prise de certains types d'antidépresseurs et d'autres substances psychotropes telles que l'alcool, avec disparition du comportement violent à l'arrêt des psychotropes. Bien que le mécanisme psychopharmacologique n'était pas élucidé, des indices soutenaient l'hypothèse d'un effet sur la biologie du cerveau, indépendant de la volonté des sujets exposés. A la connaissance de l'experte, ni les facteurs de risque ni les facteurs prédictifs n'étaient connus, ce qui, pour autant, n'en excluait pas la réalité.

L'effet paradoxal n'était pas un effet secondaire classique : il se trouvait que d'autres substances médicamenteuses présentaient des effets inattendus qui ne répondaient pas à la définition d'effets dits secondaires, c'est-à-dire non recherchés mais qui s'expliquaient par les mécanismes d'action pharmacodynamiques ou pharmacocinétiques connus. Les événements paradoxaux étaient rares, touchaient des substances diverses, notamment des médicaments à visée calmante tel que le Bromazépam (Lexotanil). Dans ce cas, ils pouvaient se manifester par une agitation aiguë. Ils étaient réversibles à l'arrêt du médicament, ce qui permettait de retenir un lien de causalité. Les bouffées de violence

observées sous certains types de psychotropes se distinguaient d'une aggravation des idées suicidaires préexistantes. Cette aggravation était attribuée à une levée de l'inhibition psychique avec risque de passage à l'acte et impliquait un effet biologique. L'aggravation des symptômes suicidaires en l'occurrence était un effet secondaire relié à l'exposition médicamenteuse, alors que la bouffée de violence contre soi ou contre autrui, qui plus était considérant la brièveté entre le début du traitement et les événements dans le cas particulier de l'assuré, moins de vingt-quatre heures, évoquait au contraire un effet paradoxal.

- 16/38-

A/1508/2008

L'experte retenait la survenue brutale, inattendue et involontaire d'une bouffée de violence telle que décrite dans la littérature médicale dans des circonstances similaires d'exposition médicamenteuse à brève échéance.

E. 48

Le 8 juin 2015, la recourante a observé que l'expertise était claire et que le décès de l'assuré constituait bien un accident.

E. 49

Le 25 juin 2015, la SUVA a transmis un avis de la Doctoresse Q_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, un avis du Docteur R_____, spécialiste en médecine du travail et en médecine générale et un avis du Professeur S_____, spécialiste en médecine du travail, responsable de l'unité de toxicologie de la SUVA, et indiqué que ceux-ci relevaient que l'expertise judiciaire n'était pas probante.

E. 50

%). » Il existait un diagnostic alternatif à l'origine médicamenteuse, ici le raptus anxieux auto-agressif. Concernant les éléments qu'elle avait retenus comme pathologie ou facteurs de risque concomitants, lors de l'expertise initiale, elle s'était basée sur les notes du dossier médical et les antécédents psychiatriques du patient. Ces éléments avaient bel et bien été pris en compte dans l'appréciation consensuelle. La présence de symptômes évoquant un épisode anxio-dépressif, tels que relatés dans le dossier, n'était pas écartée. L'expérience et l'expertise clinique du Prof. V_____ l'avaient mené à considérer ces éléments mais il les avait intégrés dans ce qu'il retenait comme appréciation, à savoir un raptus anxieux auto-agressif. 72. Le 11 juin 2018, la recourante a observé que, puisque les experts confirmaient que le décès de l'assuré était dû à une impulsion violente, soudaine et involontaire (raptus anxieux auto-agressif), lors de laquelle l'assuré était totalement incapable de discernement, le décès relevait de l'accident.

- 28/38-

A/1508/2008 73. Le 25 juin 2018, la SUVA a observé que l'experte ne retenait qu'un rapport de causalité possible entre la prise de la Paroxétine et potentiellement la perte de discernement dont aurait découlé le geste suicidaire, de sorte que la SUVA confirmait ses conclusions. EN DROIT 1. Par arrêt du 20 juillet 2016, le Tribunal fédéral a annulé l'arrêt de la chambre de céans du 28 septembre 2015 et renvoyé la cause à celle-ci pour instruction complémentaire et nouvelle décision, de sorte que le recours sera déclaré recevable. 2. Selon l'art. 6 al. 1 de la Loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non

professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art 4 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Selon l'art. 28 LAA, lorsque l'assuré décède des suites de l'accident, le conjoint survivant et les enfants ont droit à des rentes de survivants. Selon l'art. 37 al. 1 LAA, si l'assuré a provoqué intentionnellement l'atteinte à la santé ou le décès, aucune prestation d'assurance n'est allouée, sauf l'indemnité pour frais funéraires. Selon l'art. 48 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), même s'il est prouvé que l'assuré entendait se mutiler ou se donner la mort, l'art. 37, al. 1, de la loi n'est pas applicable si, au moment où il a agi, l'assuré était, sans faute de sa part, totalement incapable de se comporter raisonnablement, ou si le suicide, la tentative de suicide ou l'automutilation est la conséquence évidente d'un accident couvert par l'assurance. 3. Le suicide comme tel n'est un accident assuré que s'il a été commis dans un état d'incapacité de discernement. Cette règle, qui découle de la jurisprudence, est exprimée à l'art. 48 OLAA. 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; 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

- 29/38-

A/1508/2008 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C 195/2015 du 10 février 2016). L'existence d'une maladie psychique ou d'un grave trouble de la conscience doit être établie conformément à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 119 V 335 consid. 1 p. 338, 118 V 286 consid. 1b p. 289 s.). Il doit s'agir de symptômes psychopathologiques comme la folie, les hallucinations, la stupeur profonde, le raptus, etc. Le motif qui a conduit au suicide ou à la tentative doit être en relation avec les symptômes psychopathologiques. L'acte doit apparaître "insensé". Un simple geste disproportionné, au cours duquel le suicidaire apprécie unilatéralement et précipitamment sa situation dans un moment de dépression et de désespoir ne suffit pas (arrêts du Tribunal fédéral 8C 916/2011 du 8 janvier 2013, U 25/05 du 21 février 2006).

Pour établir l'absence de capacité de discernement, il ne suffit pas de considérer l'acte de suicide et, partant, d'examiner si cet acte est déraisonnable, inconcevable ou encore insensé. Il convient bien plutôt d'examiner, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier du comportement et des conditions d'existence de l'assuré avant le suicide, s'il était raisonnablement en mesure d'éviter ou non de mettre fin ou de tenter de mettre fin à ses jours. Le fait que le suicide en soi s'explique seulement par un état pathologique excluant la libre formation de la volonté ne constitue qu'un indice d'une incapacité de discernement (RAMA 1996 n° U 267 p. 309 consid. 2b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C 916/2011, consid. 2.2, du 8 janvier 2013). 4. 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

- 30/38-

A/1508/2008 autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A 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).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des

- 31/38-

A/1508/2008 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; arrêt du Tribunal fédéral 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. 3b/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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 5. a. Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents

- 32/38-

A/1508/2008 de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure

où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 p. 195 et les références; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2 p. 183). En ce qui concerne la preuve, 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 142 V 435 consid. 1 p. 438; 126 V 353 consid. 5b p. 360; 125 V 193 consid. 2 p. 195; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 p. 324 s.). Par ailleurs, il incombe à celui qui réclame des prestations de l'assurance-accidents de rendre plausible que les éléments d'un accident sont réunis. S'il ne satisfait pas à cette exigence, en donnant des indications incomplètes, imprécises ou contradictoires, qui ne rendent pas vraisemblable l'existence d'un accident, l'assurance n'est pas tenue de prendre en charge le cas (ATF 116 V 136 consid. 4b p. 140 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C 832/2017 du 13 février 2018). b. En particulier, savoir si le suicide ou la tentative de suicide a été commis dans un état d'incapacité de discernement doit être résolu selon la règle du degré de la vraisemblance prépondérante généralement appliquée en matière d'assurances sociales. Le juge retiendra alors, parmi plusieurs présentations des faits, celle qui lui apparaît comme la plus vraisemblable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_916/2011 du 8 du janvier 2013 consid. 2.2 et les références). Il n'existe donc pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a p. 322 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C 195/2015 du 10 février 2016). 6. En l'occurrence, le Tribunal fédéral a renvoyé la cause à la chambre de céans pour instruction complémentaire par le biais d'une expertise judiciaire psychiatrique et pharmacologique ; une expertise bidisciplinaire a, en conséquence, été ordonnée et confiée au Prof. V_____ et à la Dresse U_____, lesquels ont rendu leur rapport, respectivement, les 15 et 30 mai 2017. A la demande de la chambre de céans, les experts ont rendu un complément d'expertise le 9 novembre 2017,

- 33/38-

A/1508/2008 comprenant une appréciation consensuelle du cas et la Dresse U_____ a encore été sollicitée pour un complément d'expertise le 4 mai 2018. 7. a. S'agissant de l'expertise pharmacologique, l'experte a confirmé l'expertise de la Dresse P_____ dans le sens qu'il existait un risque accru de comportements suicidaires en lien avec la Paroxétine en début de traitement, même si cet effet indésirable était rare (expertise U_____ pp. 3 et 4). De même, elle a indiqué qu'il n'y avait pas de données de la littérature allant dans le sens d'une augmentation de l'effet indésirable de la Paroxétine due à sa combinaison avec le Bromazépram (expertise U_____ p. 5). La prise concomitante de Bromazépram était même plutôt susceptible de diminuer l'acathisie et l'anxiété initiale (expertise U_____ p. 5), de sorte que le Lexotanil (Bromazépram) n'était vraisemblablement pas impliqué (expertise U_____ p. 7). Il n'y avait pas d'élément prouvé d'aggravation du risque de symptômes psychopathologiques (agitation/acathisie) dû à la combinaison des deux médicaments Paroxétine et Bromazépram (expertise U_____ p. 5). L'experte a, contrairement à la Dre P_____, exclu une réaction paradoxale du Bromazépram pouvant se

manifester par une anxiété car elle était très rare et considérée chez de jeunes enfants, mais elle était cliniquement peu vraisemblable chez un adulte de 37 ans (expertise U_____ p. 5) Finalement, l'experte a conclu qu'il était possible que la Paroxétine ait pu entraîner une acathisie, causant l'acte suicidaire. Cependant, ce lien n'était que possible et non pas probable ; l'experte a mis en avant le fait que l'absence d'idées suicidaires avait été relevée par le Dr D_____ mais pas par le Dr C_____, que le fait de consulter son médecin traitant n'était pas antinomique avec le fait d'avoir des idées suicidaires, que l'assuré se disait stressé au travail et en raison de travaux dans son appartement, que son employeur lui suggérait de consulter un médecin et que son épouse craignait un burn out, de sorte qu'on ne pouvait affirmer, comme l'avait fait le Dr M_____, que l'assuré n'avait pas de problèmes majeurs ou insurmontables suggérant qu'il commette un suicide ; par ailleurs, la montée du mal-être était survenue de façon extrêmement brusque, vu la séquence des événements se déroulant en moins d'une heure ; or, cet intervalle de temps semblait court cliniquement en considérant que le médicament devait être absorbé et avoir atteint sa cible dans le système nerveux central, le mécanisme postulé impliquant les voies sérotoninergiques et le temps nécessaire pour que la concentration sanguine de la Paroxétine soit maximale étant de trois à sept heures (en moyenne cinq heures); de plus, l'assuré avait bien supporté la prise du premier comprimé de Paroxétine ; or, même si l'absence d'agitation après la prise du premier comprimé de Paroxétine n'excluait pas la survenue d'une réaction psychopathologique à la prise du deuxième comprimé, le fait qu'une personne présente le même symptôme à chaque prise du médicament renforce

- 34/38-

A/1508/2008 l'imputabilité. En outre, le cumul des deux comprimés de Paroxétine était faible au moment du drame. L'étude menée par le Professeur M_____ en 2004 ne permettait pas d'estimer que la relation temporelle et le dosage du médicament rendaient hautement probable que la prise de Paroxétine ait causé le suicide ; ces observations n'étaient qu'un élément de plus qui rendait l'imputabilité de la Paroxétine possible. En conclusion, l'imputabilité de la Paroxétine dans l'acathisie et potentiellement la perte de discernement qui en aurait découlé ainsi que le geste suicidaire était à considérer comme possible, selon les critères de l'OMS, mais n'atteignant pas le degré de la vraisemblance prépondérante (soit plus de 50 %) ; la possibilité d'un raptus anxieux non lié au médicament ne pouvait être exclue. Ainsi, la survenance d'un épisode anxio-dépressif chez l'assuré, qui était stressé et avait présenté deux antécédents d'épisodes similaires, était plus probable, même en l'absence d'idées suicidaires. b. La chambre de céans constate que l'expertise judiciaire pharmacologique du 30 mai 2017, complétée les 9 novembre 2017 et 4 mai 2018, répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnue une pleine valeur probante. Fondée sur un entretien avec la recourante ainsi que sur une littérature médicale appropriée, elle explique de façon convaincante les effets de la Paroxétine et du Bromazépam ainsi que l'exclusion d'un rôle causal du Bromazépam dans l'acte de suicide, et la reconnaissance d'un lien seulement possible et non pas probable de celui-ci avec la prise de Paroxétine. Il convient encore de relever que l'appréciation consensuelle du cas effectuée par les experts pharmacologue et psychiatre conclut à la présence d'un raptus anxieux ayant privé l'assuré de se déterminer raisonnablement, sur la base de l'analyse du contexte clinique, tout en excluant un rôle probable de la Paroxétine dans l'acathisie, en tenant compte de ce même contexte clinique. L'interprétation de ce dernier, donnée par l'experte pharmacologue, diffère de celle de l'expert psychiatre, ce qui paraît contradictoire.

En effet, l'appréciation de l'expert psychiatre exclut la présence d'une maladie psychiatrique (trouble franc de la personnalité ou aggravation notable des symptômes dépressifs), qui aurait pu expliquer l'acte suicidaire, et celle de l'experte pharmacologue, sur la base de la même situation clinique, estime qu'il convient de considérer une pathologie alternative, soit un épisode anxio-dépressif pouvant expliquer le suicide, le contexte clinique ne comportant, selon cette experte, pas d'élément déterminant permettant d'admettre un rôle probable de la Paroxétine. Cependant, cette contradiction n'est qu'apparente, l'examen de l'imputabilité de la Paroxétine effectué par l'experte prenant également en compte des éléments

- 35/38-

A/1508/2008 relevant de la pharmacologie, qui, même s'ils n'excluent pas un rôle possible de la Paroxétine, plaident contre la reconnaissance d'un rôle probable de cette molécule, soit : - Une manifestation aboutissant à son paroxysme en moins d'une heure, ce qui semble rapide cliniquement au regard de la vitesse d'absorption de la molécule. - Un faible cumul des deux prises de Paroxétine, compte tenu des paramètres pharmacocinétiques connus. - L'absence d'effets indésirables, après la prise par l'assuré du premier comprimé de Paroxétine, signifiant que celui-ci avait été bien supporté. - Le constat que la prise concomitante de Bromazépam est plutôt susceptible de diminuer une acathisie et une anxiété initiale. Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre que les conclusions de l'experte pharmacologue permettent d'exclure tout rôle causal de la prise de la Paroxétine et du Bromazépam, au degré de la vraisemblance prépondérante, dans la survenance d'une acathisie chez l'assuré le jour du drame. 8. a. S'agissant de l'expertise psychiatrique, l'expert a, dans un premier temps, mis en avant certains éléments, tout en indiquant qu'il n'avait pas pu, en l'absence de sources de renseignements fiables, effectuer un travail psychiatrique de manière appropriée et éclairante pour la chambre de céans ; il a néanmoins souligné, d'une part, que l'assuré 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 et, d'autre part, que ses traits de la personnalité faisaient 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. L'expert s'en est donc remis aux conclusions de l'expertise pharmacologique, en déclarant qu'il était entièrement d'accord avec celle-ci. A la demande de la chambre de céans, l'expert psychiatre a rendu un complément d'expertise le 9 novembre 2017 en procédant, en particulier, à une appréciation consensuelle du cas avec l'experte en pharmacologie. L'expert a conclu qu'en se fondant uniquement sur des témoignages externes, dont la fiabilité était à fortiori variable, on devait retenir un raptus auto-agressif, en l'absence d'un trouble franc de la personnalité ou d'une aggravation notable des symptômes dépressifs ; au total on pouvait estimer qu'au moment des faits, la victime avait présenté un raptus anxieux, soit qu'il avait été privé subitement de toute possibilité de se déterminer raisonnablement au degré de la vraisemblance prépondérante. Néanmoins, les déterminants de ce raptus anxieux étaient impossibles à préciser rétrospectivement.

- 36/38-

A/1508/2008 L'expert psychiatre estime ainsi que l'assuré a été victime d'un raptus anxieux le privant subitement de toute possibilité de se déterminer raisonnablement et cela au degré de la vraisemblance prépondérante, mais que les mécanismes de celui-ci ne sont pas connus. b. La courante estime que cette expertise est probante et que l'affirmation par

l'expert de la présence d'un raptus auto-agressif chez l'assuré le jour du drame, permet de reconnaître la survenance d'un accident, lequel lui donne droit aux prestations de l'intimée. Quant à celle-ci, elle considère que l'expertise psychiatrique n'est pas probante, l'expert ayant retenu la présence d'un raptus auto-agressif, tout en ayant, dans un premier temps, exposé qu'il était dans l'impossibilité de fournir une opinion médicale fiable. c. La chambre de céans constate que les motifs retenus par l'expert psychiatre pour admettre la présence d'un raptus anxieux ne sauraient être qualifiés de suffisants pour considérer que ce dernier était présent, au degré de la vraisemblance prépondérante. A cet égard, l'expert ne mentionne tout d'abord aucun élément qui pourrait attester d'un trouble psychotique manifeste (hallucination 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 (à cet égard arrêt du Tribunal fédéral 8C 195/2015 du 10 février 2016). Les facultés cognitives et volitives de l'assuré n'étaient ainsi, au degré de la vraisemblance prépondérante, pas totalement altérées par un trouble psychique au moment du suicide. En outre, l'addiction à l'alcool et le trouble anxieux, facteurs connus pour leur association avec un raptus suicidaire, hors problèmes psychologiques, n'étaient pas présents chez l'assuré. L'expert admet ensuite que la prise de la Paroxétine et du Bromazépam par l'assuré n'a pas joué de rôle causal dans la survenance du raptus, conformément aux conclusions de l'expertise pharmacologique. L'hypothèse du raptus auto-agressif est en réalité fondée sur le constat que le suicide ne peut être expliqué par l'aggravation d'un tableau clinique avec persistance d'idées passives de mort ou suicidaires ou par un trouble franc de la personnalité ou par une pathologie du caractère assortie à une augmentation de l'impulsivité et que l'assuré ne présentait donc pas un tableau psychiatrique expliquant son geste. Or, le fait que le suicide, en soi, s'explique seulement par un état pathologique excluant la libre formation de la volonté, ne constitue qu'un indice d'une incapacité de discernement (arrêt du Tribunal fédéral 8C 916/2011 du 8 janvier 2013). Cela dit, l'expert relève néanmoins qu'un suicide peut aussi être expliqué par la présence de traits obsessionnels, même si ces cas sont anecdotiques, et que l'assuré présentait une organisation obsessionnelle, suggérant ainsi une explication possible à l'acte suicidaire.

- 37/38-

A/1508/2008 L'expert psychiatre relativise aussi dès le départ son hypothèse en relevant qu'elle est uniquement fondée sur des témoignages dont il dit lui-même que la fiabilité est variable, vu notamment le temps écoulé depuis le drame. Enfin, l'expert ne motive pas suffisamment, dans son complément d'expertise, l'admission probable de la survenance d'un raptus anxieux chez l'assuré le jour du drame, en particulier par rapport à sa première position, exprimée dans son rapport d'expertise du 15 mai 2017, en vertu de laquelle il estimait que la dimension psychiatrique ne pouvait pas être valablement prise en considération, de sorte qu'il adhère à la conclusion de l'expertise pharmacologique, laquelle a exclu la présence d'un raptus anxieux dû à la prise des médicaments en cause, en particulier compte tenu du contexte clinique de l'assuré au moment du décès. Au vu de ce qui précède, l'expertise psychiatrique ne permet pas de retenir, compte tenu du contexte psychiatrique décrit par l'expert, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un raptus anxieux chez l'assuré ayant causé son suicide. 9. La recourante requiert que l'expertise judiciaire pharmacologique soit soumise à la Dresse P_____ pour détermination. Il sera cependant renoncé, par appréciation anticipée des preuves, à cette mesure d'instruction supplémentaire, le rapport de la Dresse P_____ ayant été écarté par le

Tribunal fédéral, lequel a estimé qu'une nouvelle expertise pharmacologique était nécessaire. 10. Compte tenu du fardeau de la preuve, qui incombe à la recourante, il y a lieu de constater que la présence chez l'assuré, au moment du suicide, d'un raptus l'empêchant de se comporter raisonnablement, n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante, un rôle causal des médicaments absorbés par l'assuré ayant été exclu par l'expertise pharmacologique et la conclusion de l'expertise psychiatrique ne pouvant, pour les motifs expliqués ci-avant, être suivie. 11. Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite.

- 38/38-

A/1508/2008 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

Julia BARRY

La présidente

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

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