

VD_FINDINFO AA 67/18 - 69/2020 vom 2. Juni 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-06-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_67_18_-_69_2020

FR: VD_FINDINFO AA 67/18 - 69/2020 du 2 juin 2020

IT: VD_FINDINFO AA 67/18 - 69/2020 del 2 giugno 2020

Regeste

PRESTATION D'ASSURANCE{AA}, RENTE DE SURVIVANT, MORT, SUICIDE, CAPACITÉ DE DISCERNEMENT, ACCIDENT, INTOXICATION, MÉDICAMENT | 28 LAA, 30 LAA, 37 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 48 OLAA

Erwägungen

E. 2

Les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

E. 3

Le litige porte sur le droit de la veuve et des enfants de B.M._____ à des prestations d'assurance de la part de l'intimée en raison du décès de B.M._____, singulièrement sur le point de savoir si le décès du prénommé est dû à un suicide et, le cas échéant, si au moment où ce dernier a agi, il était, sans faute de sa part, totalement incapable de se comporter raisonnablement.

E. 4

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). b) 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 (art. 37 al. 1 LAA). Même s'il est prouvé que l'assuré entendait se mutiler ou se donner la mort, l'art. 37 al. 1 LAA 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 (art. 48 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Dans la mesure où elle conditionne le droit aux prestations à l'incapacité totale de l'assuré de se comporter raisonnablement, au moment des faits, cette dernière disposition est conforme à la loi (ATF 129 V 95). Selon la jurisprudence, le suicide comme tel n'est un accident assuré, conformément à l'art. 48 OLAA, que s'il a été commis dans un état d'incapacité de discernement. Par conséquent, il faut, pour entraîner la responsabilité de l'assureur-accidents, qu'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 ; 129 V 95 ; 113 V 61 consid. 2a). 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 253 consid. 4.3.2). 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 (TF 8C_783/2018 du 4 avril 2019 consid. 4 ; TF 8C_195/2015 du 10 février 2016 consid. 2.2 ; TF U 25/05 du 21 février 2006 consid. 2.2 et les références citées). 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 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b). 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 (TF 8C_916/2011 du 8 janvier 2013 consid. 2.2). 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 (TF 8C_916/2011 précité consid. 2.2 ; RAMA 1996 n° U 267 p. 309 consid. 2b et les références). c) Selon la jurisprudence, celui qui prétend des prestations d'assurance doit apporter la preuve de l'existence d'un accident, donc aussi la preuve du caractère involontaire de l'atteinte et, en cas de suicide, la preuve de l'incapacité de discernement au moment de l'acte au sens de l'art. 16 CC (TF U 379/06 du 19 octobre 2006 consid. 2 et références citées). Dans la procédure en matière d'assurance sociale, régie par le principe inquisitoire, les parties ne supportent pas le fardeau de la preuve au sens de l'art.

E. 8

CC. L'obligation des parties d'apporter la preuve des faits qu'elles allèguent signifie seulement qu'à défaut, elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve. Cette règle de preuve ne s'applique toutefois que lorsqu'il est impossible, en se fondant sur l'appréciation des preuves conformément au principe inquisitoire, d'établir un état de fait qui apparaisse au moins vraisemblablement correspondre à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 117 V 264 consid. 3b et la référence). Lorsqu'il y a doute sur le point de savoir si la mort est due à un accident ou à un suicide, il faut se fonder sur la force de l'instinct de conservation de l'être humain et poser comme règle générale la présomption naturelle du caractère involontaire de la mort, ce qui conduit à admettre la thèse de l'accident. Le fait que l'assuré s'est volontairement enlevé la vie ne sera considéré comme prouvé que s'il existe des indices sérieux excluant toute autre explication qui soit conforme aux circonstances. Il convient donc d'examiner dans de tels cas si les circonstances sont suffisamment convaincantes pour que soit renversée la présomption du caractère

involontaire de la mort. Lorsque les indices parlant en faveur d'un suicide ne sont pas suffisamment convaincants pour renverser objectivement la présomption qu'il s'est agi d'un accident, c'est à l'assureur-accidents d'en supporter les conséquences (TF 8C_453/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2 et les références citées). d) Lorsque l'assuré décède des suites de l'accident, le conjoint survivant et les enfants ont droit à des rentes de survivants (art. 28 LAA). Particulièrement, aux termes de l'art. 30 al. 1, première phrase, LAA, les enfants de l'assuré décédé ont droit à une rente d'orphelin. Le droit à la rente prend naissance le mois qui suit le décès de l'assuré, et s'éteint par l'accomplissement de la dix-huitième année notamment ou, pour les enfants qui font un apprentissage ou des études, à la fin de l'apprentissage ou des études mais au plus tard à l'âge de 25 ans révolus (art. 30 al. 3 LAA).

5. En l'espèce, il ressort des pièces du dossier, et en particulier du rapport du 31 janvier 2014 des Drs X._____ et W._____ du Z._____, que la cause du décès de B.M._____ est consécutive à une intoxication à l'oxycodone ; de l'avis des médecins précités, aucun élément ne parlait en faveur de l'intervention d'un tiers, ni d'une autre hypothèse. Les policiers ont eux aussi écarté l'intervention d'un tiers dans le décès de la victime (cf. rapport du 29 septembre 2013). L'autopsie a permis d'exclure la mort naturelle. Le 17 juillet 2014, le procureur a classé la procédure pénale, dès lors que l'autopsie pratiquée par le Z._____ avait conclu que le décès de B.M._____ était consécutif à une intoxication à l'oxycodone augmentée par la présence concomitante dans l'organisme de clomipramine, de clonazépam et de clotiapine, dont les effets se potentialisent mutuellement. Il résulte de ce qui précède que le défunt n'a pas été victime d'un homicide. Les éléments conduisent à retenir que le défunt a mis volontairement fin à ses jours : les policiers intervenus au logement du défunt le 29 septembre 2013 ont en effet constaté la présence de nombreuses boîtes de médicaments entamés, un peu partout dans l'appartement, notamment sur le plan de cuisine, sur la table de la salle à manger, au salon, ainsi que sur la table de la terrasse. Selon les relevés médicaux-légaux, une vingtaine de comprimés non encore dissous ont été découverts dans l'estomac de la victime. Or, on voit mal dans quelle configuration une vingtaine de comprimés est susceptible de se trouver dans l'estomac d'une personne. En l'occurrence de surcroît, le Dr U._____ a expliqué lors de son audition du 8 avril 2014 au procureur que son patient prenait beaucoup moins de médicaments en 2013, qu'il y avait eu peu de médicaments prescrits de sa part l'année en question, et qu'il freinait constamment le patient en lui disant de faire attention. Le Dr U._____ a admis avoir prescrit à son patient de l'oxycodone, en lui expliquant qu'il ne fallait en prendre qu'en dernier recours et faire attention avec ce médicament. Toujours selon les déclarations du Dr U._____ au procureur, il était « possible » que l'oxycodone ait été prescrite le 24 septembre 2013, à savoir quelques jours avant le décès de la victime. Questionné sur la prescription d'oxycodone, le Dr U._____ a exposé que son patient s'était déjà vu prescrire le médicament en question, en rappelant que B.M._____ avait une longue anamnèse de douleurs lombaires. Ainsi, le défunt avait déjà consommé le médicament qui a causé son décès et avait été rendu attentif par son médecin traitant au fait que l'oxycodone ne devait être consommé qu'en dernier recours et en faisant attention ; compte tenu au demeurant de sa formation de médecin, le défunt ne pouvait ignorer quelles pouvaient être les conséquences d'une prise médicamenteuse excessive d'oxycodone. A cela s'ajoute que de l'avis du Dr J._____ (cf. rapport du 29 août 2013 à l'OAI), la compliance médicamenteuse était « excellente » et l'évolution lentement favorable ; certes le Dr J._____ a exposé au Dr I._____ le 7 novembre 2017 qu'il ne pouvait exclure que le patient ait développé une dépendance cachée aux opiacés, que l'oxycodone était

incompatible avec les médicaments qu'il prescrivait à son patient, et qu'il ignorait si l'intéressé était attentif à cette combinaison indésirable et risquée. Il n'en demeure pas moins que l'on ne voit pas qu'une personne au bénéfice de connaissances établies de la médecine et d'une pratique de médecin de plusieurs années, dont les deux médecins traitants relèvent, pour l'un, une excellente compliance médicamenteuse, et, pour l'autre, une consommation beaucoup moins importante de médicaments durant l'année 2013, puisse involontairement ingérer plus de vingt comprimés, dont une forte dose d'oxycodone, qui est un stupéfiant dont la prescription se fait sur un carnet à souches. On peut concéder aux recourants que tous les détails au sujet du décès de B.M. _____ n'ont pas été élucidés. Il n'en demeure pas moins que les éléments ressortant du dossier sont suffisants pour conclure à l'existence d'un suicide. En particulier, il n'existe pas de trace d'intervention extérieure. Les conclusions de la police et du procureur quant à la cause du décès sont claires. Selon les déclarations des proches du défunt à la police, et en particulier de son épouse, il souffrait d'une énième hernie discale, et était à nouveau sous pression depuis plusieurs semaines. L'épouse a précisé qu'il avait recommencé à prendre des médicaments pour soulager ses douleurs de dos et autres maux divers. Quant aux parents du défunt, ils ont également déclaré à la police qu'à la suite de la reprise à temps partiel de son activité de médecin, en avril 2013, leur fils avait dû reprendre des médicaments pour pouvoir retravailler. Ainsi, les explications du geste du défunt, qui se trouvait à nouveau sous pression professionnellement – en particulier en tant qu'il devait être suivi au plan psychiatrique pour conserver son droit de pratiquer –, et qui souffrait au niveau du dos, et avait du reste consulté encore en raison d'une lombosciatique gauche le Dr F. _____ le 25 septembre 2013, ne manquent pas. Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de relever, quant à l'absence de message d'adieu ou d'une lettre d'explication, qu'il ne s'agit pas d'éléments de nature à exclure la thèse du suicide, ni même à l'affaiblir ; il n'est pas rare qu'un suicide apparaisse aux yeux des membres de la famille ou des proches comme un événement totalement imprévisible et inexplicable (TF 8C_783/2018 précité consid. 6.4.2 ; TF 8C_453/2016 précité consid. 5.2 ; TF 8C_773/2016 du 20 mars 2017 consid. 4.2.3). Finalement, il n'existe pas d'éléments suffisamment concrets en faveur d'un acte non intentionnel. Se pose dès lors encore la question de savoir si, lorsqu'il est décédé, B.M. _____ était, sans faute de sa part, totalement incapable de se comporter raisonnablement, étant rappelé que 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 (TF 8C_916/2011 précité consid. 2.2 ; RAMA 1996 n° U 267 p. 311 consid. 2b et les références). En l'occurrence, il est établi que le défunt souffrait d'atteintes tant au niveau somatique que psychiatrique. Du reste, le droit à une rente entière de l'AI lui a été reconnu du 1^{er} août 2012 au 30 juin 2013, puis à une demi-rente à compter du 1^{er} juillet 2013, jusqu'à la fin du mois de son décès (cf. décision du 10 avril 2014). A cet égard, le Dr S. _____ du SMR a suivi l'avis du Dr J. _____, psychiatre traitant depuis le mois de juin 2012. S'agissant de l'atteinte psychique, le Dr J. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de probable trouble mixte de la personnalité (borderline) dans le cadre d'un probable trouble bipolaire et de syndrome de dépendance aux

benzodiazépines (cf. rapport à l'OAI du 13 mars 2013) ; ces diagnostics sont au demeurant superposables à ceux retenus par le Dr T. _____, qui suivait le défunt avant sa prise en charge par le Dr J. _____ (cf. rapport du Dr T. _____ à l'OAI du 15 février 2012). Il n'est pour le surplus pas contesté que le défunt avait effectué plusieurs séjours en milieu psychiatrique et que sa dépendance médicamenteuse avait été à l'origine d'un retrait de son droit de pratiquer par le médecin cantonal. Cela étant, à compter du mois d'avril 2013, les médecins traitants du défunt ont estimé qu'il était à nouveau en mesure d'exercer son activité de médecin généraliste au taux de 50 % et que son état connaissait une évolution favorable. Il a encore été vu le 25 septembre 2013, soit quatre jours avant son décès, par le Dr J. _____. En réponse au Dr I. _____, le 7 novembre 2017, le Dr J. _____ a expliqué que lors de cette dernière consultation du 25 septembre 2013, B.M. _____ ne présentait pas de symptomatologie dépressive ni psychotique. Il était dans une bonne perception de la réalité, sans déni ni clivage apparent, et les symptômes dissociatifs étaient absents. Le patient avait quelques soucis familiaux et professionnels, « les mêmes que d'habitude ». Ainsi, en l'absence d'atteintes psychiques graves qui auraient été de nature à l'empêcher d'exercer à 50 % son activité exigeante de médecin selon son psychiatre traitant qui l'avait vu quatre jours avant son décès, on ne saurait conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'absence de capacité de discernement. Si l'épouse a certes déclaré l'avoir vu le 27 septembre 2013 dans l'ascenseur en slip, cela ne suffit pas encore à douter de la capacité de discernement de l'intéressé : ce dernier lui a en effet expliqué qu'il dormait quand elle a sonné, et faisait des rêves bizarres, ce qui pouvait expliquer sa tenue. Au demeurant, comme l'a relevé le Dr I. _____ dans son avis du 1^{er} février 2018, il n'est pas exclu qu'il ait pris trop d'oxycodone et n'ait plus pu en apprécier les conséquences. Mais avec ses connaissances médicales, il devait savoir que la consommation d'oxycodone et d'autres médicaments sédatifs pouvait conduire à des états de capacité de contrôle réduite. Des éléments cliniques permettant de conclure que la capacité d'agir raisonnablement aurait été abolie déjà avant la consommation d'oxycodone ne se trouvent pas dans les pièces. La thèse de l'accident médicamenteux n'est pas non plus vraisemblable compte tenu de la formation du défunt, de sa pratique, des conseils qui lui avaient été donnés par le Dr U. _____ et de sa longue dépendance aux médicaments, respectivement des sevrages entrepris. B.M. _____ a été enfin retrouvé sans vie à son domicile, où il savait que ses parents, épouse et enfants, étaient attendus pour le repas de midi, le 29 septembre 2013, qui était aussi le jour de l'anniversaire de mariage du couple, lequel n'allait pas reprendre la vie conjugale. Il résulte de ce qui précède qu'au moment où il s'est donné la mort, B.M. _____ n'était pas totalement incapable de se comporter raisonnablement, sans que l'on puisse retenir, comme le plaident les recourants, que l'atteinte aurait un caractère involontaire, respectivement extraordinaire. Partant, l'intimée était fondée à refuser la prise en charge des suites de l'événement du 29 septembre 2013. On relèvera quoi qu'il en soit, par surabondance de moyens, que même dans l'éventualité où l'on avait dû retenir que les éléments ne permettaient pas de fonder une mort volontaire, hormis la découverte de différentes substances médicamenteuses dans le corps du défunt, les conditions d'un accident au sens rappelé au consid. 4a ci-dessus ne seraient pas pour autant remplies. En effet, le défunt était dépendant de longue date aux médicaments et les nombreuses mises en garde de son médecin traitant, qui a expliqué à plusieurs reprises qu'il le « freinait », et que sa politique était de toujours diminuer les doses au vu de sa situation, démontrent qu'une consommation médicamenteuse problématique n'avait rien d'inhabituel pour lui. Le Dr U. _____ a ainsi bien précisé lors de son audition du 8 avril 2014 qu'il

avait déjà prescrit de l'oxycodone à son patient, que celui-ci avait une longue anamnèse de douleurs lombaires et que c'était précisément dans le cas de douleurs particulièrement importantes que ce médicament était prescrit. En d'autres termes, l'élément décisif pour nier le caractère accidentel du décès de B.M. _____ réside dans le fait qu'il était dépendant aux médicaments de longue date. Or, la doctrine précise à cet égard qu'une atteinte à la santé, voire un décès, consécutive à la consommation régulière d'aliments empoisonnés ne peut être assimilée à un accident (Alfred Maurer, Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, p. 189, chap. 7 « Vergiftungen » in fine) (TF U 300/04 du 13 avril 2005 consid. 4.3). 6. A titre de mesures d'instruction, les recourants ont requis la mise en œuvre d'une expertise pharmacologique et psychiatrique. La Cours de céans ne saurait toutefois faire suite à cette requête. Près de sept ans après les faits litigieux, les preuves requises ne sont pas pertinentes, face aux constatations médico-légales mentionnées ci-dessus. En sus du rapport d'autopsie et du rapport d'expertise toxicologique, le dossier comporte également les déterminations de tous les médecins qui ont suivi le défunt, ainsi qu'une copie de son dossier AI. Par ailleurs, une expertise au sujet de la capacité de discernement de l'assuré n'apporterait pas de renseignements complémentaires qui ne figurent déjà dans les avis médicaux versés au dossier. Il y a dès lors lieu de renoncer à mettre en œuvre les expertises requises, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves (ATF 141 I 60 consid. 3.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). La requête de l'intimée tendant à la production des dossiers concernant B.M. _____ auprès de l'Office du Médecin cantonal et du Ministère public peut également être rejetée par appréciation anticipée des preuves. La situation de l'intéressé en lien avec son autorisation de pratiquer est en effet connue et le dossier contient déjà plusieurs pièces essentielles de l'enquête policière, de même que l'ordonnance de classement du 17 juillet 2014, de sorte qu'il n'apparaît pas nécessaire de donner suite à la requête de l'intimée, les pièces au dossier ayant permis de statuer en connaissance de cause. 7. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que les recourants n'obtiennent pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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