

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2024 / 559 vom 18. Juli 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-07-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2024\\_\\_559](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2024__559)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2024 / 559 du 18 juillet 2024

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2024 / 559 del 18 luglio 2024

### Regeste

PRESTATION POUR SURVIVANTS, SUICIDE, TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX, CAPACITÉ DE DISCERNEMENT, PRESTATION D'ASSURANCE{AA}, ADMISSION DE LA DEMANDE | 37 al. 1 LAA, 48 OLAA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales Arrêt / 2024 / 559

PRESTATION POUR SURVIVANTS, SUICIDE, TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX, CAPACITÉ DE DISCERNEMENT, PRESTATION D'ASSURANCE{AA}, ADMISSION DE LA DEMANDE | 37 al. 1 LAA, 48 OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 44/18 - 84/2024 ZA18.008590 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 18 juillet

2024 \_\_\_\_\_ Composition : M. Wiedler , président Mme Brélaz Braillard et M. Piguet, juges Greffière : Mme Lopez \*\*\*\*\* Cause pendante entre : A.L. \_\_\_\_\_ , à [...], agissant pour elle-même et ses deux enfants B.L. \_\_\_\_\_ et C.L. \_\_\_\_\_ , recourants, représentés par Me Alexandre Guyaz, avocat à Lausanne, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée.

\_\_\_\_\_ Art. 37 al. 1 LAA et art. 48 OLAA E n f a i t : A. D.L. \_\_\_\_\_ (ci-après également : l'assuré), né en [...], marié à A.L. \_\_\_\_\_, père de deux enfants nés respectivement en [...] et [...], travaillait comme [...] au service de M. \_\_\_\_\_. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Il est décédé le 25 novembre 2016 à son domicile. Dans le rapport de levée de corps du 3 décembre 2016, il était notamment indiqué ce qui suit : « Sur place, nous avons rencontré Mme A.L. \_\_\_\_\_ laquelle nous a désigné l'endroit où elle avait retrouvé son mari, soit au sous-sol de leur villa, derrière une porte donnant sur un atelier. M. D.L. \_\_\_\_\_ était pendu par une sangle en matière synthétique, qui était bouclée autour du cou et qu'il avait attachée à une conduite de canalisation fixée au plafond. Aucun signe de violence et aucune blessure externe était visible sur son corps, hormis celle commise par la sangle. [...] Selon les informations recueillies auprès de son épouse, son mari avait fait une dépression, il y a un an et demi, lors de laquelle il avait évoqué une fois l'idée de se suicider. Il avait été suivi par un psychiatre, le Dr K. \_\_\_\_\_, à [...], qui lui avait prescrit un traitement médical. Ensuite, son état s'était amélioré. Depuis quelques jours, il se retrouvait à nouveau dans un état dépressif et parlait d'idées noires. Il est alors allé voir son psychiatre le lundi 21 novembre 2016, lequel lui a prescrit des médicaments, soit du Citalopram 20 mg et du Dalmadorm, qu'il a pris normalement chaque soir. Le jour en question, après avoir amené leur fils à l'école à 0815, il est rentré à la maison pour travailler. Selon l'écran d'accueil de son téléphone portable, il avait reçu un message à 1211 auquel il n'avait pas répondu. Ce n'est qu'à 1745, lorsque Mme

A.L. \_\_\_\_\_ est rentrée de son travail, qu'elle a découvert le corps de son mari et qu'elle a fait appel aux urgences ». Le 25 janvier 2017, un collaborateur de la CNA s'est entretenu avec l'épouse du défunt. Il ressort en particulier ce qui suit du rapport du 6 février 2017 relatif à cet entretien : « Notre assuré consultait le Prof. K. \_\_\_\_\_, psychiatre à [...], depuis environ 18 mois. Son dernier rendez-vous chez lui remontait à la dernière semaine avant les faits. Ce médecin lui avait prescrit du Dalmadorm et Citalopram [...], médicaments, qui, de l'avis de mon interlocutrice, sont clairement à l'origine du suicide de son mari. [...] Après s'être beaucoup battu dans sa vie pour réussir de longues études, notre assuré a obtenu une belle situation comme [...] chez M. \_\_\_\_\_ en 2006. Ayant dû aller travailler à [...], il a décidé de revenir dans la région, lorsque son épouse est tombée enceinte. Il a alors accepté une rétrogradation tout en sachant qu'on lui promettait qu'il redeviendrait manager une année plus tard. Cela ne s'est finalement jamais réalisé avec la venue d'un nouveau grand patron. Tout s'est alors enchaîné avec son supérieur direct qui a fait un burn-out et lui-même qui a tout de suite été très mal considéré par sa hiérarchie. C'était il y a environ 2 ans. Et cela a continué l'année passée lorsqu'on lui a enlevé des clients. Son mari vivait très mal ce qu'il considérait comme du mobbing. En particulier durant la semaine précédente les faits, ce qui l'a conduit à reprendre rendez-vous avec son psychiatre. Il est revenu de cette consultation les de deux médicaments (sic) susmentionnés. Mon interlocutrice se souvient très bien l'avoir vu lire les notices d'emballages qui mentionnaient de possibles et importants effets secondaires et en particulier des risques suicidaires. Il se posait alors la question s'il était à tel point malade qu'il doive prendre de tels médicaments. Mais il l'a fait, ce qui lui a permis de retrouver un peu de sommeil. [...] La soirée du mercredi [...] s'est bien passée à fêter l'anniversaire de leur fils. Le lendemain, son mari a travaillé à la maison. Elle l'a retrouvé amorphe le soir lorsqu'elle est rentrée le soir. Il ne disait rien. Il n'est même pas venu manger avec le reste de la famille et il est resté toute la soirée sur son iPhone. Le lendemain, il était convenu, puisqu'il travaillait également depuis la maison, qu'il s'occupe des enfants. Elle décrit son mari comme un papa qui s'investissait beaucoup pour toute la famille et avec qui il n'y avait aucun problème pour le partage des tâches. De ce qui est ressorti de l'enquête de police, on pense que son mari est allé se pendre dans un local du sous-sol de la maison assez rapidement après que ses deux enfants soient partis à l'école. A leur retour, ne trouvant personne dans la maison alors que tout indiquait que leur père ne l'avait pas quittée, ils l'ont appelée sur sa place de travail à [...]. Elle est rentrée en catastrophe et non sans une certaine appréhension. Elle a alors confié ses enfants aux voisins avant finalement de retrouver son mari sans vie au sous-sol. [...] Son mari n'a laissé aucune trace, mot, lettre ou signe quelconque qui pourrait expliquer son geste. » Interpellé par la CNA le 14 février 2017, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a répondu ce qui suit, par courrier du 13 mars 2017 : « 1 Oui, la personne assurée était affectée par une nouvelle rechute de sa maladie dépressive. Le degré de détresse était moyen durant la période qui a précédé l'acte en cause. 2 Ces troubles psychiques se sont manifestés pour la première fois en 2007, sous forme de dépression et d'angoisses. En 2015, une hospitalisation a été évoquée mais pour finir substituée par un traitement ambulatoire (sic) aux urgences psychiatriques. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent a été posé à cette occasion. Durant la prise en charge à mon cabinet (2015-2016) aucune hospitalisation en psychiatrie n'a été envisagée. 3 Le patient a progressivement développé une humeur dépressive depuis novembre 2016, accompagnée d'angoisses et d'insomnies, sans troubles du cours ou du contenu de la pensée. Connaissant la nature du trouble et la lourde hérédopathie, il est découragé par cette rechute. Des événements

extérieurs pénibles semblent avoir favorisé cette récurrence. La dernière consultation a eu lieu le 21 novembre 2016. Il est à ce moment lucide et accepte le nouveau plan thérapeutique proposé (reprise d'antidépresseurs). Les idées suicidaires sont dites contrôlées par son désir de ne pas faire souffrir ses proches. Nous n'avons pas mis en évidence de symptômes psychotiques. 4 jours après la réintroduction d'un traitement antidépresseur, il a mis fin à ses jours, par pendaison dans la cave de son domicile. 4 Le diagnostic psychiatrique retenu est trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (ICD 10 : F 33.1). Ce diagnostic nous apparaît clair au vu du recul que nous avons avec ce patient. » La CNA a soumis le cas au Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA. Il ressort de son rapport du 28 juin 2017 qu'il s'est entretenu le 5 mai 2017 avec le Dr K. \_\_\_\_\_ qui lui a indiqué que des événements extérieurs pénibles et des circonstances de vie compliquées et récurrentes semblaient avoir favorisé cette récurrence. Des domaines conflictuels et situations non résolues étaient présents durant des années. Lors de la consultation du 21 novembre 2016, le risque suicidaire n'apparaissait pas particulièrement élevé et une hospitalisation en milieu psychiatrique ne s'imposait pas. Le Dr F. \_\_\_\_\_ a également mentionné s'être entretenu avec A.L. \_\_\_\_\_ le 28 juin 2017, qui lui a indiqué que son époux souffrait de longue date de sa situation professionnelle compliquée, mais qu'il savait faire la part des choses. Même sous pression pendant la semaine, les week-ends son époux s'occupait de sa famille, pouvait organiser des fêtes et voir des amis en commun. En octobre 2016, il avait été affecté par un appel de son chef durant un jour de vacances pour l'avertir qu'il allait être déclassé au sein de la hiérarchie. La veille du passage à l'acte, son époux avait été moins entreprenant, restant dans son bureau devant son ordinateur et, plus tard, sur le sofa en train de transférer sur son nouveau portable les données de l'ancien. Le matin en question, A.L. \_\_\_\_\_ était partie vers 6h30 sans voir son mari qui s'était levé avec les enfants. L'aîné était allé seul à l'école et le cadet avait été accompagné par son père jusqu'à l'école. Elle pense qu'une fois rentré à la maison, il avait dû commettre très rapidement son acte car il n'avait pas ouvert son ordinateur et n'avait répondu à aucun message, dont un sms de sa part vers midi. Elle pensait que son mari devait avoir l'esprit confus, très probablement à cause des médicaments. Le Dr F. \_\_\_\_\_ a estimé que le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode moyen, semblait être le plus probable. Plusieurs psychiatres avaient diagnostiqué un trouble dépressif récurrent en 2007 et 2015. On pouvait ainsi supposer que le matin du suicide le diagnostic posé par le psychiatre traitant quatre jours plus tôt était toujours valable. Comme facteurs de risque, le Dr F. \_\_\_\_\_ a retenu le trouble dépressif et la présence de plusieurs suicides dans la lignée paternelle. Il n'avait aucun indice qui parlerait en faveur d'un risque accru de suicide lié au traitement instauré par le psychiatre traitant. Il a conclu que la capacité de discernement de D.L. \_\_\_\_\_ était partiellement diminuée par la présence d'un trouble psychique et que le prénomné était, avec une vraisemblance prépondérante, capable, du point de vue rationnel et cognitif, de concevoir son acte, de s'y décider et de l'exécuter en sachant ce qu'il faisait. Par décision du 13 juillet 2017, la CNA a informé A.L. \_\_\_\_\_ qu'elle n'était pas tenue de fournir de prestations, à l'exception de l'indemnité pour frais funéraires, au motif que son époux s'était volontairement donné la mort. Par courrier du 22 juillet 2017, A.L. \_\_\_\_\_ a formé opposition contre cette décision. Le 17 août 2017, désormais représentée par l'avocat Me Alexandre Guyaz, elle a confirmé son opposition du 22 juillet 2017, précisant qu'elle avait été faite en son nom propre et au nom de ses deux enfants. Par courrier du 12 septembre 2017, elle a confirmé et complété l'opposition, en faisant valoir que son époux était dénué de discernement lorsqu'il

s'est ôtée la vie. Elle a en outre contesté la force probante du rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ qui ne tenait pas compte entre autres des antécédents personnels de son époux ni du risque accru de suicide induit par le traitement médicamenteux instauré par le psychiatre traitant quatre jours avant le décès. Elle a précisé qu'en avril 2015, quelques jours après l'introduction d'un traitement antidépresseur de paroxétine prescrit par le médecin traitant de son époux, le Dr H. \_\_\_\_\_, son mari avait été victime d'une importante crise d'angoisse, suivie d'une pulsion suicidaire, qui avait donné lieu à une consultation en urgence avec le médecin traitant le 22 avril 2015 pour demander et obtenir l'arrêt immédiat du traitement. Par la suite, le Dr H. \_\_\_\_\_ l'avait adressé au Centre Z. \_\_\_\_\_ où D.L. \_\_\_\_\_ avait été suivi en ambulatoire par le Dr P. \_\_\_\_\_. Selon elle, plusieurs éléments concrets démontraient que son époux n'avait pas de discernement au moment des faits et avait agi de manière impulsive et irréfléchie. Il savait que ce jour-là elle rentrerait tard dans l'après-midi et que son fils aîné serait seul à la maison en rentrant de l'école. Compte tenu de son désir de ne pas faire souffrir ses proches, qui avait du reste été relevé par le Dr K. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 13 mars 2017, son époux n'aurait pas pris le risque que son corps fût découvert par son fils s'il avait consciemment et volontairement décidé de s'ôter la vie. Il était en outre anormal qu'il ait mis fin à ses jours sans laisser le moindre mot ou message, alors qu'il avait pour habitude de lui laisser des notes manuscrites. La méthode utilisée démontrait également l'absence de préméditation et de réflexion sérieuse. A l'appui de son opposition, elle a notamment joint une copie de l'information professionnelle du Compendium Suisse des Médicaments concernant le Citalopram [...]. Dans un avis du 14 septembre 2017, le Dr F. \_\_\_\_\_ a indiqué avoir pris connaissance des objections formulées et maintenir son appréciation du 28 juin 2017. Par décision sur opposition du 29 janvier 2018, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 13 juillet 2017. B. Par acte du 27 février 2018, A.L. \_\_\_\_\_, agissant également au nom de ses enfants alors tous deux mineurs, représentés par Me Alexandre Guyaz, ont recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à sa réforme et à l'octroi des prestations légales de l'assurance-accident (LAA) et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. Ils ont contesté la valeur probante du rapport du Dr F. \_\_\_\_\_, reprochant au médecin d'arrondissement de la CNA d'avoir omis de mentionner que les antidépresseurs du type Citalopram pouvaient augmenter le risque suicidaire au début du traitement. Ils ont également allégué que le Dr F. \_\_\_\_\_ ne s'était pas suffisamment renseigné sur les antécédents médicaux du défunt, qui avait montré une réactivité immédiate à une nouvelle médication antidépressive en avril 2015 et partant une fragilité particulière liée à la prise de médicaments antidépresseurs. Le Dr F. \_\_\_\_\_ mentionnait dans les antécédents familiaux plusieurs suicides chez des oncles paternels, ce qui était inexact, seule une tante de D.L. \_\_\_\_\_ s'étant suicidé trente-cinq ans plus tôt et un oncle ayant fait une tentative de suicide avant elle. Les conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA reposaient en outre sur l'hypothèse d'un non-partage partiel des idées suicidaires de D.L. \_\_\_\_\_ avec ses proches et son médecin, ce qui était infirmé par l'épisode d'avril 2015 que le défunt avait immédiatement relaté à son épouse et à son médecin de famille. Ils ont en outre soutenu que si D.L. \_\_\_\_\_ avait été véritablement conscient et déterminé à se suicider, il n'aurait pas pris le risque d'exposer son fils à sa dépouille, il aurait expliqué son geste, il l'aurait écrit dans une lettre, il aurait choisi une méthode de suicide avec des chances de succès moins aléatoires et il aurait même

certainement quitté le domicile. Se prévalant ensuite d'un arrêt du 14 février 2017 du Tribunal fédéral (cause 8C\_581/2016), les recourants ont fait valoir que la CNA devait prester dès lors qu'elle échouait à apporter la preuve de l'absence de discernement. A titre de réquisitions de preuve, ils ont sollicité la mise en œuvre d'une expertise pharmacologique et psychiatrique. Dans sa réponse du 10 avril 2018, la CNA a conclu au rejet du recours avec suite de frais et dépens. Dans leur réplique du 12 juin 2018, les recourants ont développé leurs arguments, en soulevant notamment que D.L. \_\_\_\_\_ avait pris 4 comprimés de Citalopram et 5 comprimés de Dalmadorm entre le 22 et le 25 novembre 2016 et que le Dr F. \_\_\_\_\_ n'avait pas investigué la question d'une éventuelle interaction entre ces différents médicaments. Pour le surplus, ils ont confirmé leurs conclusions et réquisitions de preuve. L'intimée a maintenu sa position aux termes de sa duplique du 4 juillet 2018. Le 26 juillet 2018, les recourants ont apporté des précisions sur le traitement à l'origine de la décompensation anxieuse et dépressive avec idéation suicidaire survenue en avril 2015 et ont produit des prescriptions médicales relatives aux médicaments prescrits à D.L. \_\_\_\_\_. Le 3 août 2018, ils ont produit les pièces suivantes :

- Un rapport du 29 mai 2015 que le Dr P. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint à Z. \_\_\_\_\_, a adressé au Dr K. \_\_\_\_\_, dans lequel ce spécialiste a indiqué que D.L. \_\_\_\_\_ avait consulté à quatre reprises cette unité du 23 au 30 avril 2015, en raison d'une décompensation anxieuse et dépressive avec idéation suicidaire chez un patient connu pour un possible trouble bipolaire. D.L. \_\_\_\_\_ rapportait une péjoration de son état psychique depuis de nombreux mois déjà, raison pour laquelle il avait consulté son médecin traitant en avril 2015. Il datait à 2013 le début de sa péjoration psychique. Un traitement de Deroxat avait été mis en place le 7 avril 2015 par le médecin généraliste et le patient constatait une péjoration de son état depuis lors, avec angoisses, troubles du sommeil et de la concentration, asthénie et aboulie. Le jour précédant la consultation, il avait ressenti une crise d'angoisse sous forme de dyspnée, oppression thoracique et tremblements, accompagnés d'une idéation suicidaire. Il avait alors revu son médecin généraliste, qui stoppa le traitement de paroxétine instauré et adressa le patient à Z. \_\_\_\_\_. D.L. \_\_\_\_\_ relatait dernièrement une augmentation du stress au niveau professionnel. Le jour précédant la consultation, il avait rendez-vous avec son nouveau responsable qui lui avait donné des tâches supplémentaires dans un contexte professionnel déjà difficile, ce qui avait péjoré des idées suicidaires. Ses pensées suicidaires entraient dans le cadre d'un vécu familial difficile, avec un père décrit comme dépressif chronique sous traitement de Lithium. La famille du côté paternel semblait se composer de plusieurs personnes avec une problématique dépressive, dont un oncle suicidé et un autre ayant fait une tentative de suicide. Le patient avait bénéficié d'un suivi psychiatrique entre 2007 et 2008, au cours duquel il avait pu travailler sur son histoire familiale et son mal-être chronique. Sous observations cliniques, le Dr P. \_\_\_\_\_ a notamment fait état d'une idéation suicidaire chronique par pendoison, sans intention de passage à l'acte, la présence d'enfants et d'une épouse contribuant au non-passage à l'acte. Les diagnostics retenus par ce spécialiste étaient une dysthymie et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Un arrêt de travail et du Tranxilium avaient été prescrits durant la prise en charge au Centre Z. \_\_\_\_\_. - Un rapport du 3 juin 2015 du Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, au Dr K. \_\_\_\_\_, dans lequel il a indiqué vouloir corriger deux inexactitudes figurant dans le rapport du Dr P. \_\_\_\_\_. Il a tout d'abord précisé qu'il ne suivait pas régulièrement D.L. \_\_\_\_\_, qui l'avait consulté uniquement à deux reprises en 2012 pour un état grippal, puis en mars 2015 pour le problème actuel. Il a également

indiqué avoir introduit un traitement de Deroxat mais sous couverture de benzodiazépines anxiolytiques (Seresta pour la nuit et Tranxilium durant la journée), précisant qu'il n'introduisait jamais de traitement antidépresseur sans couverture de benzodiazépines chez un patient évoquant des idées suicidaires, afin de prévenir un éventuel passage à l'acte. Dans des déterminations du 21 août 2018, l'intimée a confirmé ses conclusions, estimant que les nouveaux éléments soulevés par les recourants n'apparaissent pas remettre en cause sa position. C. La juge instructrice alors en charge du dossier a mis en œuvre une expertise pharmacologique qui a été confiée au Prof. G.\_\_\_\_\_, médecin chef de service au service de pharmacologie clinique du S.\_\_\_\_\_. Dans son rapport d'expertise du 29 décembre 2021, le Prof. G.\_\_\_\_\_ a répondu de la manière suivante aux questions qui lui ont été posées : « 1. Quels sont les troubles psychiatriques que présentait M. D.L.\_\_\_\_\_, avant son passage à l'acte (Diagnostic CIM 10 et DSM IV) ? Nous retenons le diagnostic de trouble dépressif récurrent, sur fond de dysthymie, avec un épisode actuel de degré moyen (n'imposant pas une hospitalisation et ne compromettant pas absolument la capacité de travail). 2. M. D.L.\_\_\_\_\_ souffrait-il de maladie mentale, de déficience mentale ou de problèmes de comportement, au moment du passage à l'acte ? Merci de détailler votre réponse. Il existe une forte présomption de toxicité comportementale induite par le citalopram en début de traitement, qui a pu majorer le risque de passage à l'acte déjà associé au trouble psychiatrique et à d'éventuels traits de personnalité du patient. 3. A ce même moment, M. D.L.\_\_\_\_\_ était-il dans un état qui ne lui permettait pas d'agir raisonnablement ? Merci de détailler votre réponse. Les modifications du fonctionnement psychique induites par le citalopram ont pu suffire à éveiller une pulsion suicidaire et faciliter un passage à l'acte rapide, tout en diminuant l'influence modératrice attendue des facultés cognitives supérieures qu'on appelle « raison », comme détaillé dans nos conclusions ci-dessus. 4. Finalement peut-on affirmer qu'il est vraisemblable (plus de 50 %) que M. D.L.\_\_\_\_\_ a présenté une altération de sa capacité de discernement, au moment du passage à l'acte, et que son acte n'était ainsi pas volontaire ? Oui. Une altération de la capacité à réprimer adéquatement une pulsion suicidaire nous paraît vraisemblable dans ce cas, rendant le patient peu capable de se déterminer selon ses valeurs et sa raison habituelles. C'est probablement ce type de mécanisme qui explique le surcroît significatif de suicides observé chez les patients commençant un antidépresseur sérotoninergique, qui est de l'ordre d'un doublement au moins du risque, par comparaison avec des patients comparables recevant un placebo dans le cadre d'essais cliniques randomisés. 5. Quels sont les effets secondaires du Citalopram ? Les effets secondaires du citalopram touchant la sphère psychiatrique sont les suivants selon l'information officielle 42 : « Fréquents: agitation, diminution de la libido, états confusionnels, rêves anormaux, nervosité, anxiété, problèmes de concentration, dysfonctionnement orgasmique chez la femme. Occasionnels: euphorie. Fréquence indéterminée: manie, hallucinations, dépersonnalisation, attaques de panique, agressivité, bruxisme, états d'inquiétude, idées suicidaires, comportement suicidaire. (Des cas d'idées ou de comportements suicidaires ont été rapportés durant le traitement par citalopram ou peu après son arrêt). » 6. Spécifiquement, le Citalopram est-il en mesure d'altérer la capacité de discernement ? Comme les autres antidépresseurs sérotoninergiques, le citalopram peut induire des modifications du fonctionnement psychique impactant la manière d'apprécier une situation et de prendre des décisions en conséquence. 7. Pouvez-vous confirmer que le risque de suicide en termes de prévalence est augmenté au début du traitement sous Citalopram ? Dans l'affirmative, quel est le taux retenu (%) ? Les données pharmaco-épidémiologiques disponibles à ce jour font retenir une

augmentation du risque suicidaire en début de traitement par un antidépresseur sérotoninergique. Sur la base de différentes réanalyses récentes de données d'essais cliniques, cette augmentation relative du risque atteindrait entre 2 et 10 fois le risque de base lié au trouble psychiatrique et à la personnalité du patient. 8. Ce risque est-il augmenté ou reste-t-il le même en cas de réaction suicidaire à d'autres produits, par exemple à la Paroxétine ? Les différences entre les molécules d'antidépresseurs sérotoninergiques sont marginales concernant leur effet sur le risque suicidaire. Aucun n'est exempt. 9. Est-il correct d'affirmer, sur la base de votre expérience personnelle et/ ou d'études médicales, que la Paroxétine est un antidépresseur assez facilement supporté par les patients ? La tolérance globale à la paroxétine et au citalopram est relativement similaire. Ces deux antidépresseurs ont des profils d'efficacité et de sécurité relativement proches au sein de cette classe thérapeutique. Rien n'indique qu'il n'en aille pas de même concernant le risque suicidaire induit. 10. Quels sont les effets combinés du Citalopram et du Dalmadorm ? En d'autres termes, la prise de Dalmadorm, en concours avec le Citalopram, augmente-t-elle ou diminue-t-elle le risque de suicide ? Merci de détailler votre réponse. Comme expliqué, la prescription simultanée d'un anxiolytique/hypnotique de la famille des benzodiazépines est volontiers préconisée pour diminuer le surcroît d'anxiété et de tension intérieure occasionné par le début d'un traitement d'antidépresseur sérotoninergique. Toutefois, il n'y a guère d'évidences scientifiques disponibles pour étayer l'hypothèse d'un réel effet préventif de cette comédication sur l'augmentation du risque suicidaire induite par l'antidépresseur. 11. Maintenez-vous la réponse formulée sous la question précédente, en sachant que M. D.L. \_\_\_\_\_ a pris 4 Citalopram et 5 Dalmadorm entre le 22 et le 25 novembre 2016 ? Oui. » Par courriel du 21 janvier 2022 à la Cour de céans, le Prof. G. \_\_\_\_\_ a indiqué vouloir s'entretenir par téléphone avec la Juge instructrice alors en charge du dossier au sujet d'éléments qu'il n'avait pas mentionnés dans son rapport d'expertise car ils ne correspondaient pas aux questions qui lui avaient été posées. Le 25 janvier 2022, la Juge instructrice lui a écrit qu'il n'était pas possible de converser avec lui au sujet de l'expertise hors la présence des parties, mais qu'il avait la possibilité de compléter son rapport sur des points qui lui semblaient importants. Par courrier du 21 février 2022, les recourants ont sollicité l'audition du Prof. G. \_\_\_\_\_, dès lors qu'il avait exprimé son souhait de discuter d'éléments considérés comme importants et qu'il n'avait pas réagi au courrier du 25 janvier 2022 de la Juge instructrice. Dans un courrier du 7 mars 2022, le Prof. G. \_\_\_\_\_ a précisé que les éléments qu'il aurait souhaité aborder avec la Juge instructrice touchaient au versant juridique de la cause et dépassaient le cadre de son mandat, de sorte qu'il n'envisageait pas de compléter son rapport. Le 10 mars 2022, l'intimée s'est déterminée sur le rapport d'expertise, en faisant essentiellement valoir que l'expert n'avait pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'au moment du suicide, D.L. \_\_\_\_\_ était dans l'incapacité de se déterminer raisonnablement. Avec son écriture, elle a produit un rapport en allemand du 7 mars 2022 du Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine légale et en médecine du travail, ainsi qu'un rapport du 8 mars 2022 de la Dre W. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie et médecin conseil. Dans une écriture du 4 avril 2022, les recourants se sont déterminés sur le rapport d'expertise du Prof. G. \_\_\_\_\_, estimant qu'il devait conduire à retenir que le caractère involontaire du suicide de D.L. \_\_\_\_\_ était établi. Ils ont en outre contesté la valeur probante du rapport de la Dre W. \_\_\_\_\_, qui n'avait pas les compétences professionnelles pour prendre position dans un cas relevant de la pharmacologie, et ont requis le retranchement du rapport du Dr V. \_\_\_\_\_, qui n'était pas rédigé en français. La CNA a déposé des déterminations

complémentaires le 27 avril 2022. Le dossier de la cause a été repris par le juge instructeur soussigné en octobre 2023. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit des recourants à des prestations d'assurance de la part de l'intimée en raison du décès de D.L.\_\_\_\_\_, singulièrement sur le point de savoir si, au moment où ce dernier s'est ôté la vie, il était incapable de se comporter raisonnablement. 3. Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où le décès de D.L.\_\_\_\_\_ est survenu avant cette date, le droit aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 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). 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). 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]). b) Le suicide comme tel n'est un accident assuré que s'il a été commis dans un état d'incapacité de discernement. 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 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). 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 et les références). c) 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). En d'autres termes, 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. 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 (TF 8C\_195/2015 du 10 février 2016 consid. 2.3.3 et les références). d) En principe, le juge ne s'écarter 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 (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). 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 citées ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées). 5. a) En l'occurrence, il n'est pas contesté que le décès de D.L. \_\_\_\_\_ est la conséquence d'un suicide. b) Il s'agit d'examiner si, au moment de l'acte suicidaire, le prénommé était, sans faute de sa part, totalement incapable de se comporter raisonnablement, respectivement s'il était privé de sa capacité de discernement. c) Sur le plan médical, il ressort des pièces au dossier que D.L. \_\_\_\_\_ souffrait d'un trouble dépressif récurrent. Les premiers symptômes de troubles psychiques s'étaient manifestés en 2007 et l'hypothèse d'un trouble bipolaire avait alors été émise. En avril 2015, l'assuré a consulté son médecin généraliste traitant pour l'aggravation de symptômes anxio-dépressifs avec sentiments de dévalorisation, progressivement réapparus depuis deux ans. Son médecin lui a alors prescrit une médication antidépressive de paroxétine (Deroxat) avec du chlórdiazépoxyde (Tranxilium) comme anxiolytique et de l'oxazepam (Seresta) comme somnifère. Ce traitement a été interrompu après deux semaines, celui-ci aggravant les symptômes et faisant apparaître une idéation suicidaire. L'assuré a alors été adressé au Centre Z. \_\_\_\_\_ en raison d'une décompensation anxieuse et dépressive avec idéation suicidaire. Lors de ce suivi, il avait signalé une péjoration de son état de santé durant les mois précédents. Son hospitalisation en milieu psychiatrique avait été envisagée, finalement remplacée par un traitement ambulatoire. L'assuré avait alors expliqué que son état de santé et ses idées suicidaires s'étaient péjorées en raison d'une augmentation du stress au niveau professionnel. Sa supérieure hiérarchique étant en arrêt de travail à cause d'un burn-out, il devait travailler avec un nouveau responsable qui devait lui confier de nouvelles tâches dans un contexte professionnel déjà difficile, auquel s'ajoutait un mal-être chronique lié notamment à son histoire familiale, avec un père décrit comme dépressif sous traitement de Lithium. Au cours de ce suivi en ambulatoire, une dysthymie et un trouble dépressif chronique, alors de degré moyen, avaient été posés. L'assuré avait bénéficié d'un arrêt de travail et du

Tranxilium lui avait alors été prescrit, ce qui avait conduit à une amélioration de la symptomatologie, l'assuré ne présentant plus d'idéation suicidaire active. A la suite de cet épisode, il a été suivi par le Dr K. \_\_\_\_\_ qui lui a prescrit un traitement d'agomélatine (Valdoxan) avec de l'oxazepam (Seresta) en réserve, lequel a été fructueux, l'assuré ayant pu rapidement reprendre le travail. Dans un contexte professionnel qui était difficile à vivre pour l'assuré qui s'estimait victime de mobbing par sa hiérarchie, il a reçu un appel téléphonique de son chef pendant ses vacances en octobre 2016, l'informant qu'il allait être déclassé au sein de la hiérarchie. Cet appel l'a affecté. L'assuré a alors progressivement développé une humeur dépressive, accompagnée d'angoisses et d'insomnies, avec des idées suicidaires, ce qui l'a conduit à aller consulter le Dr K. \_\_\_\_\_ le 21 novembre 2016. Connaissant la nature du trouble et la lourde hérédopathie, l'assuré était déprimé par cette nouvelle rechute de sa maladie dépressive. Lors de cette consultation, le psychiatre traitant a diagnostiqué un épisode dépressif de degré moyen et le risque suicidaire ne lui apparaissait pas particulièrement élevé, de sorte qu'une hospitalisation en milieu psychiatrique ne s'imposait pas. Du Citalopram lui a alors été prescrit, avec du Dalmadorm. Le 23 novembre 2016, l'assuré a fêté l'anniversaire de son fils aîné sans zone d'ombre, mais le lendemain, des signes mélancoliques se sont accentués avec un mutisme, une apathie, une anorexie et un retrait. Le 25 novembre 2016, son épouse partie au travail, D.L. \_\_\_\_\_ a accompagné son cadet à l'école comme convenu, étant prévu qu'il travaille ensuite depuis son domicile. Cependant, rentré à la maison, il a mis fin à ses jours en se pendant avec une lanière en plastique dans un appentis de la cave de la maison familiale, sans laisser de message d'adieu. d) Pour rendre la décision sur opposition attaquée, la CNA s'est fondée sur le rapport psychiatrique du 28 juin 2017 du Dr F. \_\_\_\_\_, dont la valeur probante a été contestée par les recourants dans leurs écritures. Dans ce rapport, le Dr F. \_\_\_\_\_ a retenu en substance que l'assuré s'était suicidé en raison du trouble dépressif récurrent avec nouvel épisode dépressif moyen dont il souffrait depuis quelques jours et a relevé la présence de plusieurs suicides dans la ligne paternelle avec possible double influence sur le risque de suicide chez l'assuré, soit du point de vue génétique pour le risque statistiquement augmenté de souffrir d'un trouble affectif, soit en tant que modèle comportemental de résolution de problème ou même de « mythe familial » où les membres masculins de la famille semblaient avoir cette voie de sortie dans des situations d'impasse. Il a exposé également que le traitement antidépressif prescrit semblait adéquat et qu'il était très probable que celui-ci n'ait pas encore commencé à agir sur les symptômes dépressifs après trois jours de médication. Il a ajouté qu'il n'existait aucun indice qui parlerait en faveur d'un risque accru de suicide dû au traitement instauré par le psychiatre traitant chez l'assuré. En conclusion, il a retenu que la capacité de discernement n'était, chez l'assuré, que partiellement diminuée, touchant principalement la partie émotive et ceci par la présence du trouble psychique dont il souffrait. Ainsi, l'assuré était, avec une vraisemblance prépondérante, capable, du point de vue rationnel et cognitif, de concevoir son acte, de s'y décider et de l'exécuter de façon efficace, à l'improviste, en sachant ce qu'il faisait. e) Le diagnostic psychiatrique posé par le Dr F. \_\_\_\_\_ n'apparaît pas critiquable. Celui-ci est confirmé sur ses points déterminants par tous les rapports médicaux au dossier (cf. rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ du 3 juin 2015, rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ du 14 février 2017, rapport d'expertise du Prof. G. \_\_\_\_\_ du 29 décembre 2021) y compris le rapport du 29 mai 2015 du Dr P. \_\_\_\_\_, produit par les recourants, qui fait également état d'une problématique dépressive chez des membres de la famille du côté paternel de l'assuré. En revanche, son diagnostic pharmacologique est clairement insoutenable. Dans son rapport, le

Dr F. \_\_\_\_\_ – qui est psychiatre et non pharmacologue – s’est déterminé sur les conséquences, sous l’angle pharmacologique, d’un traitement au Citalopram sur les pensées et le comportement suicidaire de l’assuré et a retenu qu’il n’existait aucun indice qui parlait en faveur d’un risque accru de suicide dû au traitement instauré par le psychiatre traitant, estimant que les patients ne prenant pas d’antidépresseurs présentaient un risque plus élevé quant à la suicidalité en comparaison avec les patients sous médication. Or ces conclusions sont contredites par la notice d’utilisation du Citalopram qui mentionne expressément un risque de suicide accru lié au traitement, en particulier au début de celui-ci. En conséquence, une expertise pharmacologique judiciaire a été ordonnée et confiée au Prof. G. \_\_\_\_\_. f/aa) Les parties ne contestent pas l’analyse de l’expert G. \_\_\_\_\_ concernant les effets d’un traitement de Citalopram sur le risque suicidaire en général, laquelle est effectivement claire, détaillée et repose sur une abondante littérature médicale. Elles sont en revanche en désaccord sur les conclusions de l’expert quant au cas d’espèce. L’intimée est d’avis que le rapport d’expertise ne rend pas vraisemblable une perte totale de discernement induite par la prise de Citalopram au moment du passage à l’acte de D.L. \_\_\_\_\_ tandis que les recourants estiment que l’expertise doit conduire à retenir que la prise de cette médication est la cause du suicide du prénommé. bb) Dans son rapport d’expertise pharmacologique, le Prof. G. \_\_\_\_\_ a tout d’abord exposé que les antidépresseurs du groupe des inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine, tel que le Citalopram, peuvent favoriser chez certains patients dépressifs la survenue d’un passage à l’acte suicidaire par l’activation psychique qu’ils induisent. Ce risque est plus marqué en début de traitement, quand les effets activateurs sont déjà présents mais avant que ne se manifestent l’amélioration du trouble de l’humeur et la correction des pensées dépressives, qui nécessitent quelques semaines pour se développer. L’expert a expliqué que selon les descriptions cliniques publiées, cette activation psychique peut occasionner une tension intérieure, un inconfort, une anxiété, une agitation mentale, une impatience, des bouffées de panique ou de désespoir, voire une « envie impérieuse d’en finir à tout prix ». A cela s’ajoute un certain degré de détachement et d’indifférence émotionnelle, le traitement tendant à découpler les éléments de vécu et de l’idéation d’avec les émotions qu’ils devraient normalement susciter. Si ce détachement peut aider le patient à prendre de la distance par rapport à des problèmes personnels qui entretiennent sa dépression, il peut aussi compromettre sa prise de conscience des conséquences de ses actes et son empathie envers autrui. Ces complications comportementales sont considérées représenter le versant psychique d’un « syndrome sérotoninergique » susceptible d’avoir simultanément des traductions neurologiques telles que des tremblements, une hypertonie musculaire, des réflexes ostéo-tendineux hyper-vifs, une impatience, un besoin incessant de bouger, une accélération du transit intestinal, des nausées et une perte d’appétit (p. 7 et 8 du rapport d’expertise). L’expert a ensuite cité diverses études portant sur la question de la suicidalité induite par les antidépresseurs. Il en ressort très globalement un doublement du risque relatif, soit une augmentation de l’ordre de 2 fois le risque suicidaire de base, selon les estimations les plus récentes. L’âge est un facteur protecteur, les patients jeunes (adultes de moins de 25 ans) étant les plus à risque de passage à l’acte sous antidépresseurs. L’expert a relevé que des auteurs anglais avaient montré que le risque suicidaire est 10 fois plus élevé spécifiquement durant les quatre premières semaines de traitement antidépresseur que par la suite. Quant à un chercheur zurichois, il avait conclu que la prescription d’antidépresseurs augmente globalement de 3 fois le risque de suicide abouti par rapport à la prescription d’un placebo chez les patients, et de 2,5 fois le risque de tentative de suicide. Cet auteur estimait

qu'une prescription sur 1'300 conduirait à un suicide abouti et une prescription sur 240 à une tentative de suicide (p. 9 et 10 du rapport d'expertise). Après ces considérations générales, l'expert a indiqué que retenir un rôle causal d'un médicament psychotrope dans le déclenchement d'un comportement funeste revient à se convaincre que ce comportement aurait été significativement moins susceptible de survenir en l'absence d'exposition à la substance incriminée. Il a précisé, dans une note de bas de page, qu'en pharmacologie, un doublement du risque basal est traditionnellement considéré comme correspondant à un impact « significatif » d'un médicament sur l'occurrence d'un événement indésirable (p. 10 du rapport d'expertise). Se prononçant ensuite sur le cas d'espèce, l'expert a indiqué qu'il fallait reconnaître que les arguments cliniques aussi bien qu'épidémiologiques paraissaient réunis pour retenir un lien causal entre l'administration de Citalopram et le passage à l'acte suicidaire. L'introduction très récente du traitement, les manifestations cliniques observées la veille du passage à l'acte, l'absence d'indices de préméditation d'un plan suicidaire mûrement élaboré, l'inexistence d'une lettre d'adieu ou d'explication et la discordance entre la considération rapportée du patient pour sa famille et les conséquences prévisibles de son acte sur celle-ci étaient des éléments qui cadraient avec la présentation clinique typique d'une telle toxicité comportementale. Il a ajouté que la notion d'une anamnèse familiale positive pour des affections dépressives et des comportements suicidaires, la possibilité d'un trouble cyclique de l'humeur sous-jacent et l'antécédent d'une mauvaise tolérance à la paroxétine, un autre antidépresseur sérotoninergique, pouvaient être interprétés comme des facteurs de risque supplémentaires. L'expert a ensuite poursuivi son raisonnement en expliquant que les considérations pharmaco-épidémiologiques citées dans son rapport suggéraient elles aussi que, même si un certain risque suicidaire existait a priori chez tout patient dépressif, ce risque était significativement augmenté dans les jours et semaines qui suivaient l'introduction d'un antidépresseur sérotoninergique tel que le Citalopram (p. 11 et 12 du rapport d'expertise). Sur la base de ces éléments, l'expert a conclu qu'il était vraisemblable, à plus de 50 %, que l'assuré présentait une altération de sa capacité de discernement, au moment du passage à l'acte, et que son acte n'était ainsi pas volontaire (réponse à la question 4 de la Cour, p. 15 du rapport d'expertise). cc) L'intimée conteste cette conclusion du Prof. G. \_\_\_\_\_ qu'elle estime infondée. Elle se réfère au rapport du 7 mars 2022 du Dr V. \_\_\_\_\_ rédigé en allemand et au rapport du 8 mars 2022 de la Dre W. \_\_\_\_\_ en français. Un retranchement du dossier du rapport en allemand, comme sollicité par les recourants, serait sans effet, puisque la Dre W. \_\_\_\_\_ a repris à son compte et développé les éléments mis en évidence par le Dr V. \_\_\_\_\_. Seul le rapport de la Dre W. \_\_\_\_\_ sera donc examiné plus avant. Dans son rapport du 8 mars 2022, cette médecin arrive à la conclusion qu'elle ne trouve pas d'argument dans l'expertise médicale du Prof. G. \_\_\_\_\_ – qu'elle juge au demeurant très complète – qui certifie ou prouve une perte totale de discernement induite par la prise de Citalopram au moment du passage à l'acte par l'assuré. Pour cette médecin, une altération du jugement de l'assuré relève uniquement du possible. A cet égard, il convient de rappeler que savoir si le suicide a été commis dans un état d'incapacité de discernement doit être résolu selon la règle du degré de la vraisemblance prépondérante. Dans un cas comme en l'espèce, il est en effet impossible de certifier ou d'établir sans l'ombre d'un doute ce qui s'est réellement passé. S'il est vrai que certaines formulations du Prof. G. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise sont maladroitement, notamment en lien avec l'utilisation des mots « possible » et « vraisemblable », il n'en demeure pas moins que ses constatations et conclusions, précédemment mentionnées, sont claires et ne laissent pas de place à l'interprétation. Selon

cet expert, le passage à l'acte de l'assuré a été causé, au degré de la vraisemblance prépondérante, par le Citalopram. Pour le reste, dans son rapport, la Dre W. \_\_\_\_\_ oppose sa propre analyse du cas à celle du Prof. G. \_\_\_\_\_, de manière peu convaincante. En particulier, la Dre W. \_\_\_\_\_ minimise le fait que l'assuré avait, par le passé, déjà mal réagi à un antidépresseur sérotoninergique, se contentant de retenir sur ce point que l'assuré n'était alors pas passé à l'acte. Or, en 2015, la prise d'un tel antidépresseur avait augmenté les idéations suicidaires de l'assuré, au point que le traitement avait dû être interrompu et une hospitalisation envisagée. Il est ainsi avéré que l'assuré faisait partie des patients qui réagissaient mal aux antidépresseurs sérotoninergiques, lesquels accentuaient son état dépressif et augmentait son idéation suicidaire, ce que la Dre W. \_\_\_\_\_ ne pouvait ignorer. En outre, cette médecin n'a pas tenu compte du fait que, le jour précédant le passage à l'acte, l'humeur de l'assuré avait subitement changé, son épouse l'ayant retrouvé le soir amorphe et sans appétit, élément qui plaide également en faveur d'effets indésirables des antidépresseurs, comme en 2015. En conséquence, les éléments avancés par la Dre W. \_\_\_\_\_ ne permettent pas de remettre sérieusement en doute les conclusions du Prof. G. \_\_\_\_\_.

dd) A l'aune du degré de la vraisemblance prépondérante qui est requis, le rapport d'expertise du Prof. G. \_\_\_\_\_ établit que l'assuré était privé de sa capacité de discernement au moment de l'acte. En conséquence, l'intimée ne pouvait pas nier le droit aux prestations de survivants en application de l'art. 37 al. 1 LAA, ce qui doit conduire à l'admission du recours.

6. La requête des recourants tendant à l'audition du Prof. G. \_\_\_\_\_ doit être rejetée sur la base d'une appréciation anticipée des preuves (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). On ne discerne pas quelles informations complémentaires déterminantes pour l'issue du recours pourraient être apportées par l'audition de l'expert.

7. Sous réserve des exigences définies à l'art. 61 let a à i LPGA, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est régie par le droit cantonal et les principes généraux de procédure. Conformément à l'art. 61 let. f bis LPGA, la procédure est soumise à des frais judiciaires si la loi spéciale le prévoit, si la loi spéciale ne prévoit pas de frais judiciaires pour de tels litiges, le tribunal peut en mettre à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou fait preuve de légèreté. Dans une jurisprudence constante, le Tribunal fédéral a indiqué que les frais qui découlaient de la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire mono-, bi- ou pluridisciplinaire pouvaient le cas échéant être mis à la charge d'un assureur social. En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décidait de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un ou plusieurs experts ou à un centre d'expertise parce qu'elle estimait que l'instruction menée par l'autorité administrative était insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervenait dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituaient pas des frais de justice, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui devaient être pris en charge par l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Le Tribunal fédéral a précisé par la suite que cette règle ne devait pas entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore fallait-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il devait exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 139 V 496 consid. 4 ; TF 9C\_781/2013 du 28 janvier

2014 consid. 3.2 et 4.2 sur l'application en matière d'assurance maladie). En l'espèce, l'instruction telle qu'elle résultait du dossier transmis par l'intimée au début de la procédure de recours apparaissait lacunaire. En effet, dans son rapport du 28 juin 2017, le Dr F. \_\_\_\_\_ – qui est psychiatre et non pharmacologue – avait retenu manifestement à tort qu'il n'existait aucun risque d'augmentation de l'idéation suicidaire chez le patient débutant un traitement de Citalopram, alors que ces conclusions étaient contredites par la notice d'utilisation de ce médicament qui mentionne expressément un risque de suicide accru lié au traitement, en particulier au début de celui-ci. L'intimée aurait dès lors dû solliciter un expert en pharmacologie afin que celui-ci se détermine de manière circonstanciée sur les incidences du traitement quant à la suicidalité, reconnues par le fabricant, dans le cas d'espèce. C'est donc en raison de cette lacune caractérisée de l'instruction qu'une expertise judiciaire en pharmacologie a dû être réalisée afin de pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. Il se justifie ainsi de mettre les frais d'expertise judiciaire, par 3'000 fr., à la charge de l'intimée. 8. Il découle de ce qui précède que le recours est admis. La décision attaquée est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour qu'elle fixe les prestations de survivants au sens de l'art. 37 al. 1 LAA auxquelles les recourants ont droit. Les frais d'expertise sont mis à la charge de l'intimée. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGa). Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGa). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition rendue le 29 janvier 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité pour qu'elle fixe les prestations de survivants au sens de l'art. 37 al. 1 LAA auxquelles A.L. \_\_\_\_\_, B.L. \_\_\_\_\_ et C.L. \_\_\_\_\_ ont droit. III. Les frais d'expertise judiciaire, arrêtés à 3'000 fr. (trois mille francs), sont mis à la charge de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents. IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. V. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à A.L. \_\_\_\_\_, B.L. \_\_\_\_\_ et C.L. \_\_\_\_\_ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Alexandre Guyaz (pour les recourants), ■ Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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