

VD_GERICHTE ZA18.008590 vom 18. Juli 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-07-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA18.008590

FR: VD_GERICHTE ZA18.008590 du 18 juillet 2024

IT: VD_GERICHTE ZA18.008590 del 18 luglio 2024

Erwägungen

E. 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.

- 4 -

E. 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.

E. 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.

E. 5

Quels sont les effets secondaires du Citalopram ? Les effets secondaires du citalopram touchant la sphère psychiatrique sont les suivants selon l'information officielle⁴² : «
Fréquents: agitation, diminution de la libido, états confusionnels, rêves anormaux, nervosité, anxiété, problèmes de concentration, dysfonctionnement orgasmique chez la femme.

- 11 - 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). »

E. 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.

E. 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.

E. 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.

E. 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.

- 12 - 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.

- 13 - 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. _____,

- 14 - 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 1er 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,

totallement 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

- 15 - 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

- 16 - 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 1er 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, totallement 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 chlordiazepoxide (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

- 17 - 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

- 18 - 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

- 19 - 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

- 20 - 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).

- 21 - 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).

- 22 - 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

- 23 - 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 augmentaient 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

- 24 - 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 –

- 25 - 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. fbis 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.

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