

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 janvier 2015

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : Mmes Röthenbacher et Dessaux
Greffière : Mme Rossi

Cause pendante entre :

A.O._____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc,
avocat à Lausanne,

et

X._____**SA**, à Berne, intimée, représentée par Me Philippe A. Grumbach,
avocat à Genève.

Art. 29 al. 3 et 37 al. 1 LAA ; 48 OLAA

E n f a i t :

A. B.O. _____ (ci-après : l'assuré), né le [...] 1963, était marié et père de deux enfants, [...], née le [...] 1994, et [...], née le [...] 1997. Il a travaillé pour W. _____ SA pendant douze ans. En 2011, son employeur a résilié les rapports de travail pour le 31 mars 2012, en raison de difficultés économiques. B.O. _____ travaillait à l'époque comme analyste financier et gestionnaire. Il a été libéré de son obligation de travailler dès le 31 décembre 2011. Il s'est toutefois rendu à la banque pour travailler jusqu'à la fin du mois de février 2012.

A la suite de son licenciement, B.O. _____ a consulté, en janvier 2012, son médecin traitant, le Dr Q. _____, spécialiste en médecine interne générale, en raison d'un état anxio-dépressif. Le Dr Q. _____ lui a prescrit un traitement anxiolytique (Lexotanil) et anti-dépresseur (Cymbalta). B.O. _____ a toutefois abandonné ce dernier traitement après une semaine environ, en raison d'effets secondaires (paresthésies). Le 25 février 2012, il a consulté le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie, avant de partir en vacances à la montagne avec sa famille. Il a abandonné son traitement anxiolytique de Lexotanil pendant ces vacances. A son retour, il a consulté à nouveau le Dr G. _____, le 6 mars 2012, ayant eu entre-temps deux contacts téléphoniques avec celui-ci. Le Dr G. _____ lui a prescrit un traitement de Citalopram, en remplacement du Cymbalta, et a recommandé la reprise du traitement anxiolytique de Lexotanil. Le samedi 10 mars 2012, puis le mercredi 14 mars 2012, le Dr G. _____ a constaté une péjoration de l'état anxio-dépressif de son patient. Celui-ci avait notamment mentionné des idées suicidaires, le samedi et le dimanche précédant le 14 mars 2012, au moyen d'une arme à feu qu'il possédait ; il était allé acheter des cartouches le samedi. Le Dr G. _____ lui a fait part de son inquiétude et a suggéré une hospitalisation à bref délai. Le patient a toutefois refusé, les idées suicidaires ayant disparu les trois jours qui avaient suivi le week-end. Le Dr G. _____ a renoncé à une hospitalisation forcée, estimant n'avoir pas suffisamment d'éléments pour une telle mesure. Il a invité B.O. _____ à

parler de la péjoration de son état de santé à son épouse, ainsi que d'une éventuelle hospitalisation, celle-ci restant un projet à court terme en fonction de l'évolution de son état de santé. Le Dr G._____ a demandé à son patient d'appeler les urgences rapidement en cas de péjoration et de réapparition des idées suicidaires, sans attendre plusieurs jours pour en parler. Il a également convenu avec B.O._____ de deux plages horaires, l'une le vendredi 16 mars 2012, lors de laquelle celui-ci devait l'appeler pour un entretien téléphonique, l'autre le jeudi 15 mars 2012, durant laquelle il pouvait l'appeler s'il le souhaitait. Lors de la consultation du 14 mars 2012, B.O._____ s'est plaint des effets secondaires du Lexotanil (accentuation de la fatigue). Le Dr G._____ lui a dit qu'il pouvait ne pas prendre ce médicament s'il se sentait trop fatigué, mais que cela restait l'anxiolytique et qu'il lui appartenait de peser les choses par rapport à son état d'anxiété.

Après son rendez-vous chez le Dr G._____, le 14 mars 2012, B.O._____ est allé chercher son épouse, A.O._____ (ci-après : la recourante), à son travail. Il l'a informée du fait que le Dr G._____ souhaitait qu'il fasse un séjour de repos en hôpital, ce qu'il avait refusé au motif qu'il avait des projets d'entretiens avec des employeurs potentiels. B.O._____ s'est ensuite rendu à un souper dans un restaurant, avec M._____, responsable du secteur financier de la société [...] Ltd. Celui-ci a évoqué avec B.O._____ plusieurs options professionnelles envisageables compte tenu de son expérience, en l'informant qu'il prendrait des contacts pour se renseigner. Il lui a demandé de lui envoyer son curriculum vitae et lui a déclaré qu'il était « absolument possible pour lui de retrouver un travail, mais qu'il fallait compter avec un délai de 6 à 9 mois ». A son retour à son domicile, B.O._____ a exposé à son épouse que la situation n'était pas brillante au vu de la conjoncture économique ; il pouvait se diriger vers le secteur industriel ou bancaire, mais devait faire un choix, ce dont il avait discuté avec son ami. Il a déclaré avoir plusieurs numéros de téléphone de personnes qu'il devait contacter prochainement et a conclu que la situation s'arrangerait.

Le 15 mars 2012 au matin, A.O._____ est partie travailler après avoir déjeuné en famille puis emmené ses filles à l'école. Elle n'a rien remarqué d'anormal chez son époux, resté à la maison comme cela était prévu. Dans la matinée, ce dernier a envoyé son curriculum vitae à M._____, à 7 h 15, puis à un employeur potentiel, à 7 h 47. Il a ensuite amené à sa fille un dossier ainsi que son repas, qu'elle avait oubliés. Dans la matinée du 15 mars 2012 également, le Dr G._____ a appelé l'Unité de pharmacogénétique et de psychopharmacologie clinique du [...], à [...], en vue de vérifier les effets secondaires du Lexotanil. Compte tenu de la réponse obtenue, il a ensuite tenté de joindre B.O._____, sans succès, entre 9 h 30 et 10 h 00, pour lui dire de continuer le traitement anxiolitique. Il a alors essayé de joindre A.O._____ par téléphone une première fois, sans succès. Il y est finalement parvenu vers 10 h 15 et lui a indiqué avoir essayé d'atteindre son mari, en vain. Elle lui a demandé s'il y avait une urgence et il a répondu que non, mais que son époux était très anxieux ; le Dr G._____ souhaitait donc augmenter la dose de médicaments prescrits sans attendre une semaine. A.O._____ lui a dit avoir évoqué l'éventualité d'une hospitalisation avec son époux et avoir eu le sentiment, avant son départ pour le travail, que celui-ci allait mieux que la veille au soir. Le Dr G._____ a encore tenté plusieurs fois de joindre son patient.

A.O._____ est rentrée à la maison vers 14 h 00 et s'est aperçue que son mari n'avait pas rangé la cuisine, ce qui était inhabituel. Il était parti avec la voiture et avait laissé ses lunettes ainsi que ses deux téléphones portables sur son bureau, ce qui était également inhabituel. Elle est retournée travailler et a laissé un message sur le répondeur du Dr G._____ afin qu'il la rappelle, sans décrire plus précisément la situation. Celui-ci lui a téléphoné deux minutes plus tard. Après avoir été informé de l'absence d'B.O._____ de son domicile, il a dit à A.O._____ que son époux avait des idées suicidaires, qu'il lui avait parlé d'un fusil et qu'il fallait appeler la police pour le retrouver impérativement. La police s'est rendue aussitôt au domicile d'B.O._____ et a constaté que les portes de l'armoire où ce dernier rangeait son arme étaient entrouvertes, que l'arme ne s'y trouvait plus et que les habits étaient renversés, comme

si l'arme avait été prise à la hâte. Les recherches effectuées par la police lui ont permis de retrouver le corps sans vie d'B.O._____, à côté de la cabane [...], à 200 mètres de son véhicule stationné au bord de la route en contrebas. Il a été constaté qu'il s'était suicidé au moyen de son arme à feu.

B. B.O._____ était assuré à titre obligatoire contre les accidents par X._____ SA (ci-après : l'intimée). Cette dernière a demandé un rapport médical au Dr G._____, qui a répondu le 29 mai 2012 en exposant les circonstances dans lesquelles B.O._____ l'avait consulté. Il a notamment indiqué que le patient s'était plaint d'une fatigue croissante et d'une fluctuation de son humeur, marquée par une envie de poursuivre ses projets et ses démarches, en alternance avec des sentiments de découragement et de culpabilité importants, qu'il avait aussi tendance à banaliser par moments. Le 14 mars 2012, il s'était plaint de sa grande fatigue, de son manque de concentration et de ses angoisses à ne pas réussir à entreprendre des démarches en vue de retrouver une place de travail en raison de son état de santé actuel. Quelques jours auparavant, il avait présenté des idées suicidaires, mais n'en avait pas montré lors de la consultation du 14 mars 2012 et n'avait pas fait part de projet précis. Devant son épuisement et son état dépressif fluctuant et par moments sévère, le Dr G._____ lui avait proposé un séjour hospitalier dans les jours à venir. Le Dr G._____ posait le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Durant la période d'évaluation et depuis le début du traitement, il n'avait pas mis en évidence de trouble du discernement, comme il peut s'en rencontrer en cas d'état psychotique ou confusionnel. Le patient avait montré durant les séances une capacité de discernement conservée. Au sujet des moments de découragement et des idées suicidaires dont il avait fait part, il avait pu les critiquer en se raccrochant à des investissements dans la réalité. Le Dr G._____ n'avait ainsi pas objectivé de diminution de la capacité de discernement de l'intéressé. Le suicide pouvait être attribué à l'état dépressif sévère du patient.

Le 8 septembre 2012, le Dr V._____, psychiatre conseil de X.____ SA, a donné son appréciation médicale du dossier. Il a considéré que certains cas de dépression sévère pouvaient s'accompagner de symptômes psychotiques (psychose : idées délirantes, hallucinations, désorganisation prononcée de la pensée et du comportement), congruents à l'humeur (idées délirantes de culpabilité, d'indignité, de maladies physiques ou de désastres imminents, hallucinations auditives à thèmes de dérision ou de condamnation) ou non congruents à l'humeur (idées délirantes de référence ou de persécution, hallucinations dont le contenu n'est pas en rapport avec des thèmes dépressifs). Des indices d'éléments psychotiques n'apparaissaient toutefois dans aucun des documents médicaux au dossier. Il n'en ressortait pas davantage que l'assuré souffrait de stupeur dépressive, ce que le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques excluait. A aucun moment il n'apparaissait que l'assuré était sous l'influence d'alcool ou de stupéfiants. La présence d'une autre psychose (psychose schizophrénique, trouble délirant, trouble psychotique aigu, trouble psycho-affectif) pouvait également être exclue, en l'absence d'exploration diagnostique dans ce sens par le Dr G._____, ainsi que de tout indice d'une telle atteinte dans les pièces au dossier. La présence d'un trouble de la personnalité n'avait pas été constatée par le Dr G._____, ni celle d'un état confusionnel. Enfin, il n'y avait pas d'indice d'un retard mental ou d'une lésion cérébrale. Le Dr V._____ en concluait que l'assuré n'avait à aucun moment perdu contact avec la réalité. Les circonstances ayant précédé le drame et son comportement le jour du suicide montraient que ses actes avaient été réfléchis jusqu'au moment du décès. Le Dr V._____ excluait par conséquent que l'assuré ait souffert d'un grave trouble de la conscience au moment de mettre fin à ses jours.

X._____ SA a pris en charge les frais funéraires. En revanche, elle a refusé d'allouer d'autres prestations d'assurance, en raison du caractère volontaire du décès, par décision du 24 septembre 2012 et décision sur opposition du 12 décembre 2012.

C. Le 24 janvier 2013, A.O._____ a interjeté un recours de droit administratif auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 12 décembre 2012. Elle en demande l'annulation et la condamnation de l'intimée « à allouer les pleines prestations LAA », sous suite de dépens. En substance, elle soutient que son époux n'avait plus la capacité de discernement au moment de se donner la mort, de sorte que cet acte ne pouvait pas être considéré comme volontaire. Elle fait également valoir que le Dr G. _____ a commis une erreur médicale en ne faisant pas hospitaliser B.O. _____ après la consultation du 14 mars 2012. Il conviendrait selon elle de qualifier d'accidentel le décès de son époux, dans la mesure où il constitue la conséquence de cette erreur médicale.

La recourante a requis la production du dossier complet de l'intimée et de W. _____ SA concernant B.O. _____. Elle a également requis la production du dossier médical complet de son défunt mari, y compris les notes internes, auprès des Drs Q. _____ et G. _____, ainsi que l'audition de divers témoins. Enfin, elle a demandé qu'une expertise médicale soit ordonnée par le tribunal, en vue d'établir l'incapacité de discernement de son époux lors de son suicide et l'erreur médicale qu'elle reproche au Dr G. _____.

Le 8 mars 2013, l'intimée a produit son dossier complet et s'est déterminée sur le recours. Elle en propose le rejet, sous suite de frais et dépens.

La recourante a été entendue en audience d'instruction du 28 mai 2013, de même que son père, C. _____, et le Dr G. _____, comme témoins. Le 17 juin 2013, le juge délégué à l'instruction de la cause a également entendu les témoins M. _____, U. _____ et P. _____. Lors de ces audiences, la recourante a renoncé à la production du dossier complet de l'ancien employeur d'B.O. _____. Elle a maintenu, en revanche, sa requête d'expertise médicale, de même que sa demande tendant à la production des dossiers complets des Drs Q. _____ et

G._____. L'intimée s'est opposée à l'expertise médicale et a demandé l'audition du Dr V._____. La recourante ne s'y est pas opposée.

Le 27 juin 2013, le juge délégué à l'instruction de la cause a rejeté la demande de production des dossiers complets - notes internes incluses - des Drs Q.____ et G._____, un avis contraire de la Cour au terme de l'instruction demeurant réservé.

Le 4 juillet 2013, la recourante a déposé une nouvelle détermination en réitérant sa requête d'expertise.

Le 30 janvier 2014, le Dr V._____ a répondu par écrit à un questionnaire que lui avait adressé le tribunal. Il a, pour l'essentiel, confirmé son rapport du 8 septembre 2012. Le 4 août 2014, le juge délégué à l'instruction de la cause a communiqué ces réponses aux parties et rejeté la requête d'expertise médicale formulée par la recourante. Les parties ont renoncé au dépôt d'un questionnaire complémentaire à l'attention du Dr V._____.

Le 19 septembre 2014, la recourante a déposé une nouvelle détermination, en maintenant ses conclusions. Le juge délégué à l'instruction a communiqué cette écriture à l'intimée le 24 septembre 2014 et informé les parties que, sauf nouvelle réquisition, un jugement serait rendu dès que l'état du rôle le permettrait.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le

canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de Noël (art. 38 al. 4 let. c LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 60 al. 1 LPGA) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de viduité de l'intimée, ensuite du décès de son époux.

3. a) Aux termes de l'art. 29 al. 3 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), le conjoint survivant d'une personne assurée a droit à une rente lorsque, au décès de son conjoint, il a des enfants ayant droit à une rente ou vit en ménage commun avec d'autres enfants auxquels ce décès donne droit à une rente ou lorsqu'il est invalide aux deux tiers au moins ou le devient dans les deux ans qui suivent le décès du conjoint. La veuve a en outre droit à une rente lorsque, au décès du mari, elle a des enfants qui n'ont plus droit à une rente ou si elle a accompli sa 45^e année ; elle a droit à une indemnité en capital lorsqu'elle ne remplit pas les conditions d'octroi d'une rente.

Toutefois, l'art. 37 al. 1 LAA exclut l'octroi de prestations d'assurance, hormis l'indemnité pour frais funéraires, si l'assuré a provoqué intentionnellement l'atteinte à la santé ou le décès. Même s'il est prouvé que l'assuré entendait se mutiler ou se donner la mort, cette disposition 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, conformément à l'art. 48 OLAA, que s'il a été commis dans un état d'incapacité de discernement au sens de l'art. 16 CC (Code civil suisse du 10 décembre 1907, RS 210, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2012, applicable en l'espèce). Par conséquent, il faut, pour entraîner la responsabilité de l'assureur-accidents, qu'au moment de l'acte et compte tenu de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives, l'intéressé ait été privé de toute possibilité de se déterminer raisonnablement, en raison notamment d'une maladie mentale ou d'une faiblesse d'esprit (ATF 115 V 151 consid. 2b publié in RAMA 1989 n° U 84 p. 448 ; ATF 113 V 61 consid. 2a ; RAMA 1990 n° U 96 p. 182 consid. 2). 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. L'acte doit apparaître « insensé ». Un simple geste disproportionné, au cours duquel le suicidaire apprécie unilatéralement et précipitamment sa situation dans un moment de dépression et de désespoir ne suffit pas (voir p. ex. l'arrêt TFA U 25/05 du 21 février 2006 consid. 2.2 ; Kind, Suizid oder « Unfall », Die psychiatrischen Voraussetzungen für die Anwendung von Art. 48 UVV, RSA 1993 p. 291).

Pour établir l'absence de capacité de discernement, il ne suffit pas de considérer l'acte de suicide et, partant, d'examiner si cet acte est déraisonnable, inconcevable ou encore insensé. Il convient bien plutôt d'examiner, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier du comportement et des conditions d'existence de l'assuré avant le suicide, si l'intéressé était raisonnablement en mesure d'éviter ou non de mettre fin ou de tenter de mettre fin à ses jours. Le fait que le suicide en

soi s'explique seulement par un état pathologique excluant la libre formation de la volonté ne constitue qu'un indice d'une incapacité de discernement (RAMA 1996 n° U 267 p. 309 consid. 2b et les références).

4. a) Il ressort des diverses pièces et témoignages au dossier qu'B.O._____ a travaillé pendant douze ans pour W._____ SA. Il avait de bonnes qualifications professionnelles et était apprécié de son employeur, mais a vu ses rapports de travail résiliés, pour la fin du mois de mars 2012, en raison d'une réorganisation de l'entreprise. L'employeur a établi un certificat de travail élogieux, au terme duquel il précise avoir convenu avec son employé d'une résiliation conjointe des rapports de travail ensuite d'une réorganisation de ses activités. B.O._____, qui avait par ailleurs une vie de famille et une vie sociale harmonieuse, a mal supporté cette résiliation des rapports de travail et a rapidement développé un état anxio-dépressif, pour lequel son médecin traitant lui a prescrit du Lexotanil et du Cymbalta. Le 25 février 2012, B.O._____ a consulté, pour la première fois, le Dr G._____. Il a ensuite eu deux contacts téléphoniques avec ce médecin, puis trois entretiens les 6, 10 et 14 mars 2012.

b) Lors de son témoignage en audience du 28 mai 2013, le Dr G._____ a exposé avoir constaté, lors des quatre consultations à son cabinet, une aggravation de l'état anxio-dépressif d'B.O._____, objectivée notamment lors de la consultation du 14 mars 2012. En effet, ce dernier avait eu des idées suicidaires entre le 10 et le 14 mars 2012, pendant le week-end. Lors des deux derniers entretiens, il s'était déclaré plus fatigué, avec une humeur qui fluctuait davantage qu'auparavant. Il s'était plaint d'alternance de moments où il manifestait l'intention de se battre et formulait des projets, avec des moments où il avait l'impression que tout lui échappait et qu'il perdait le contrôle. Cette polarité s'était manifestée lors des consultations et s'était renforcée. Lors des premiers entretiens, il avait présenté son parcours professionnel sous une perspective positive, de manière nuancée et avec des moments d'humour. Il avait exprimé le fait qu'il ne s'était jamais retrouvé dans une telle situation et trouvait cela étrange. Il se sentait un peu en situation de perte

de contrôle et cela ne correspondait pas à son vécu professionnel. Le 14 mars 2012, il s'était plaint de ses changements incontrôlables d'humeur, le Dr G._____ déclarant à ce propos qu'« on pourrait parler de dépersonnalisation et de déréalisation », en ce sens que « son patient avait l'impression qu'il n'était pas lui-même par moments, qu'il ne se reconnaissait pas lui-même ». B.O._____ disait perdre ses repères, se sentait partagé et vivait mal de ne pas pouvoir reprendre le contrôle. Le Dr G._____ a toutefois ajouté, dans ce contexte, n'avoir pas constaté d'état psychotique aigu ou décompensé, le patient lui semblant bien ancré dans la réalité. B.O._____ avait rapporté un état fluctuant, qu'il trouvait bizarre. Intellectuellement, il comprenait qu'il passait entre deux pôles sans en avoir le contrôle, d'où ce sentiment d'étrangeté. C'était imprévisible, brusque et cela contribuait à son état d'épuisement. L'intéressé s'était plaint de cette fatigue et l'on était dans le contexte de l'introduction d'un nouveau médicament (Citalopram), le 6 mars 2012, à raison d'un demi-comprimé (10 mg) par jour, puis à raison d'un comprimé (20 mg) par jour dès le 10 mars 2012. Le Dr G._____ a évoqué avec son patient les effets secondaires de ces médicaments, connus en particulier en début de traitement (spécialement sédation et agitation intérieure), mais n'a pas pu préciser en audience si l'agitation montrée par B.O._____ était un signe de l'état anxio-dépressif ou un effet secondaire du médicament tel que décrit dans la littérature à propos du Citalopram. Il avait expliqué à son patient qu'il était en début de traitement et qu'il fallait prendre en compte l'ensemble de ces éléments pour décider d'une possibilité d'hospitalisation à court terme. B.O._____ avait toutefois refusé cette option.

Ce témoignage établit que l'assuré souffrait d'un état anxio-dépressif, qui s'est progressivement aggravé jusqu'au 15 mars 2012. Les symptômes se caractérisaient par des changements d'humeur pouvant être brusques et imprévisibles, avec l'alternance de moments où l'assuré manifestait l'intention de se battre et pouvait faire des projets, d'une part, et de moments où il n'y parvenait plus et avait l'impression de perdre le contrôle, d'autre part. Cette impression de perte de contrôle et cette polarité étaient nouvelles pour lui et ne lui correspondaient pas. Dans ce

sens, le Dr G._____ a évoqué une forme de « dépersonnalisation et de déréalisation ». Ce sentiment de perte de contrôle et ces fluctuations d'humeur sont toutefois des symptômes classiques d'un état dépressif et l'on ne saurait y voir des indices d'une absence de capacité de discernement de l'assuré, contrairement à ce que soutient la recourante. Alors qu'B.O._____ n'avait pas souffert de dépression auparavant et menait une vie professionnelle et familiale stable et harmonieuse, il a exprimé une perte de repères et le fait qu'il ne s'est plus senti lui-même face aux fluctuations d'humeur et à l'impression, parfois, de ne plus avoir la force de poursuivre ses efforts en vue de retrouver un emploi. Dans ce contexte, la perte de contrôle et le sentiment d'étrangeté dont il a fait part à son médecin ne se rapportent pas à la capacité de discernement de l'assuré, mais bien au fait que celui-ci ne parvenait pas à maîtriser ces fluctuations d'humeur caractéristiques de sa maladie.

Par ailleurs, bien qu'un suicide soit naturellement difficile à comprendre ou à expliquer, l'assuré a eu un comportement relativement cohérent le 15 mars 2012. Son attitude traduit la volonté, déjà manifestée auprès de son médecin traitant, de préserver ses proches autant que possible. On ignore quand précisément il a pris la décision de mettre fin à ses jours, mais une fois celle-ci prise, il a emporté son arme démontée, encore emballée dans des sachets en plastique, et a quitté le domicile familial, en voiture, jusqu'à un lieu isolé. Il y a monté son arme et a mis fin à ses jours en se couchant sur son fusil. Contrairement à ce que soutient la partie recourante, cette manière de procéder n'est pas particulièrement singulière et dénote le souci d'épargner à sa famille la découverte de son corps en rentrant du travail ou de l'école. La position du corps comme celle du fusil, soit une arme proche de la tête, ont probablement été dictées par la volonté de garantir que le tir serait précis, pour être sûr d'être mortellement atteint. Elles sont difficilement compatibles avec l'hypothèse d'une incapacité de discernement. Dans ce contexte également, le fait que l'assuré n'ait pas annulé des rendez-vous qu'il avait dans la journée du 15 mars 2012 ou dans les jours suivants, ou encore qu'il ait planifié des vacances et acheté des billets d'avion, ainsi que réservé une voiture de location pour ces vacances, le 6 mars 2012, sont le

reflet du caractère fluctuant de l'humeur de l'assuré pendant la période ayant précédé son décès, mais ne traduisent pas une incohérence indiquant que son suicide aurait été commis en l'absence de capacité de discernement. Il en va de même de l'envoi de son curriculum vitae à deux employeurs, entre 7 h 00 et 8 h 00 le matin même du 15 mars 2012, qui permet tout au plus de conclure qu'il n'avait pas encore, à ce moment-là, alors qu'il était encore entouré des siens ou que ces derniers venaient de partir, d'idées suicidaires. Qu'il ait ensuite subi, dans la matinée, une baisse de moral qui l'a conduit à mettre fin à ses jours ne permet pas de conclure à un acte commis sans capacité de discernement.

Enfin, le Dr G. _____ n'a pas relevé, lors de ses entretiens, de diminution de la capacité de discernement de son patient, mais a au contraire constaté que celui-ci était ancré dans la réalité. Il n'a en particulier jamais observé de symptômes psychotiques, ni d'idées délirantes ou d'hallucinations. Il est certes resté très prudent, en audience, sur la capacité de discernement de son patient au moment de son acte suicidaire, au motif qu'il ne pouvait pas se prononcer sur un fait qu'il n'avait pas pu constater directement. Il n'a toutefois rapporté aucun indice pouvant laisser penser à une incapacité de discernement au regard des entretiens qu'il avait eus.

c) La recourante allègue qu'B.O. _____ a encore confirmé un rendez-vous professionnel le 15 mars 2012 à 11 h 29, pour le lendemain à 16 h 00. Ce courrier électronique renforcerait l'hypothèse d'un brusque revirement et d'une perte de la capacité de discernement, vu l'absence de cohérence entre la confirmation de ce rendez-vous et le suicide commis peu de temps après. Le courriel auquel se réfère la recourante n'a toutefois pas été envoyé le 15 mars, mais le 6 mars 2012. On ne peut donc en tirer aucune conclusion relative à la capacité de discernement de l'assuré le jour du drame.

d/aa) La recourante soutient, enfin, que les médicaments anti-dépresseurs prescrits à l'assuré ont aboli sa capacité de discernement. Elle allègue que le Cymbalta entraîne d'importants effets secondaires,

notamment des « appels au suicide ». Le passage du Cymbalta au Citalopram, avec poursuite du traitement anxiolitique au Lexotanil, a également pu avoir cet effet. Elle demande qu'une expertise soit mise en œuvre pour clarifier ces questions et observe, dans ce contexte, que l'on ignore la dose de médicaments avalée par l'assuré le jour du drame. Toujours selon la recourante, l'expertise permettrait également d'établir une faute professionnelle du Dr G._____, qui aurait dû ordonner une hospitalisation forcée, compte tenu de l'entretien du 14 mars 2012. Cette faute professionnelle devrait être qualifiée, comme telle, d'accident.

bb) Selon le Compendium suisse des médicaments, auquel se réfère la recourante, le Cymbalta peut entraîner une augmentation des idées suicidaires, de l'automutilation et du comportement suicidaire. De manière générale, même lorsque des signes d'amélioration de la maladie sont visibles, ce risque persiste jusqu'à obtention d'une rémission significative. En conséquence, les patients sous traitement anti-dépresseur devront être étroitement surveillés à la recherche de tout signe d'aggravation de la dépression, en particulier d'un comportement suicidaire ainsi que d'une agitation et/ou une acathésie (agitation intérieure, psychomotrice), ceci principalement au début du traitement et lors d'un changement de dosage. Il conviendra également de bien surveiller les patients après chaque modification posologique, ainsi que lors de l'interruption du traitement, car de tels symptômes peuvent être des signes aussi bien de sevrage que de l'imminence d'une rechute. Cette surveillance concerne également tout particulièrement les patients ayant déjà commis des tentatives de suicide ou ayant des idées suicidaires en début de traitement. L'attention des patients et des personnes qui s'occupent d'eux devra être attirée sur le fait que des idées/comportements suicidaires peuvent apparaître durant un traitement anti-dépresseur et qu'il y a urgence, dans de tels cas, à contacter un médecin ou à prendre immédiatement un avis médical. Les médecins devraient encourager leurs patients à parler à tout moment avec eux de l'apparition de pensées ou de sentiments dépressifs.

En ce qui concerne le Citalopram, le Compendium suisse des médicaments précise que la dépression est associée à un risque accru de survenue d'idées suicidaires, d'auto-agression et de suicide (événements de type suicidaire). Ce risque persiste jusqu'à l'obtention d'un soulagement significatif des symptômes. Ce résultat pouvant ne pas survenir avant plusieurs semaines de traitement, les patients doivent être surveillés étroitement jusqu'à l'obtention d'une amélioration. L'expérience clinique montre que le risque suicidaire peut augmenter au début d'un traitement. D'autres troubles psychiatriques pour lesquels le Citalopram est prescrit peuvent également être associés à un risque accru d'événements suicidaires. De plus, ces troubles peuvent être associés à une dépression. Les mêmes précautions que celles mentionnées pour les patients souffrant de dépression doivent donc être appliquées aux patients présentant d'autres troubles psychiatriques. Les patients ayant des antécédents de comportement suicidaire ou d'intentions suicidaires significatives avant le traitement ont un risque accru de survenue d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide. Ils doivent donc être surveillés avec un soin particulier au cours du traitement. Une méta-analyse d'études cliniques contrôlées par placebo sur l'utilisation d'anti-dépresseurs chez l'adulte présentant des troubles psychiatriques a montré une augmentation du risque de comportements de type suicidaire chez les patients de moins de vingt-cinq ans sous anti-dépresseurs, par rapport au placebo. Une surveillance étroite des patients, en particulier des patients à haut risque de suicide, doit accompagner le traitement médicamenteux, surtout au début du traitement et lors d'ajustements posologiques. Les patients et les personnes qui les encadrent doivent être avertis de la nécessité d'une surveillance pour identifier toute aggravation clinique, apparition de comportements/idées suicidaires ou changement inhabituel du comportement. Si de tels symptômes apparaissent, ces personnes doivent immédiatement demander l'avis du médecin. Surtout au début du traitement, le plus petit emballage approprié du médicament sera prescrit, afin de réduire le risque d'incidents de type suicidaire. Les patients doivent être surveillés soigneusement même après l'arrêt du traitement, en raison du risque de récurrence dépressive (créant à nouveau un potentiel de comportements suicidaires) ou de symptômes de sevrage. Bien

qu'aucun lien de causalité entre des symptômes d'agitation, y compris l'acathésie (agitation interne, agitation psychomotrice), et les tendances suicidaires ait été clairement établi, les patients doivent être étroitement surveillés à la recherche de ces symptômes pendant un traitement anti-dépresseur.

cc) Le Dr G. _____ a suivi l'assuré sur le plan médical entre le 25 février et le 14 mars 2012. Il l'a notamment vu en consultation le 25 février 2012, puis a eu deux entretiens téléphoniques, avant de le revoir trois fois en consultation entre le 6 et le 14 mars 2012, notant l'apparition d'idées suicidaires le week-end précédant le 14 mars 2012. Il s'agit d'un suivi très étroit. Le Dr G. _____ était inquiet pour son patient. Il le lui a dit le 14 mars 2012 et lui a proposé une hospitalisation, notamment pour le protéger en cas de réapparition des idées suicidaires. De toute évidence, il aurait préféré le voir accepter cette hospitalisation. Devant le refus du patient, il a dû procéder à une appréciation des risques encourus et l'a laissé rentrer chez lui sans hospitalisation. Il a considéré n'avoir pas suffisamment d'éléments pour une hospitalisation forcée le 14 mars 2012, estimant que l'intéressé était ancré dans la réalité, qu'il n'avait plus eu d'idées suicidaires dans les trois jours ayant précédé l'entretien et que les mesures de précautions convenues (consigne donnée au patient d'appeler le service des urgences en cas de réapparition des idées suicidaires, sans attendre une prochaine consultation médicale ; consigne donnée à l'assuré de lui téléphoner le vendredi 16 mars 2012 dans tous les cas, et consigne donnée au patient de l'appeler dans une plage horaire convenue, le 15 mars 2012, en cas de besoin) seraient suffisantes. Le lendemain, le Dr G. _____ s'est encore renseigné sur les effets secondaires du Lexotanil, eu égard aux plaintes exprimées à ce sujet par B.O. _____ ; au vu des renseignements obtenus auprès de confrères spécialisés en psychopharmacologie, qui lui ont dit que le traitement de Lexotanil pouvait être poursuivi, le Dr G. _____ a tenté de joindre son patient pour lui en faire part, sans succès.

Il résulte de ces constatations que le Dr G. _____ a clairement identifié le risque de suicide, mais a considéré que l'assuré

conservait une capacité de discernement suffisante et qu'une hospitalisation forcée n'était pas donc pas justifiée. Il a appliqué les consignes recommandées dans ce type de situation, en suivant étroitement son patient, en l'incitant à discuter de la péjoration de son état de santé avec son épouse, ainsi qu'à l'appeler ou à téléphoner immédiatement à un service d'urgence en cas de réapparition des idées suicidaires, ainsi qu'en convenant d'un entretien téléphonique dans les deux jours. Compte tenu des circonstances rapportées de manière détaillée par le Dr G._____ en audience du 28 mai 2013, la production de l'intégralité de son dossier médical concernant B.O._____, y compris les notes internes, n'est pas nécessaire et constituerait une atteinte disproportionnée au droit du patient à ne pas voir divulguer des informations personnelles sensibles, y compris après son décès. Une erreur médicale grossière du Dr G._____, seule susceptible d'être qualifiée d'accident au sens de la jurisprudence (cf. TF 8C_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.2 et les références), peut être exclue, sans qu'une expertise sur ce point soit nécessaire.

Une expertise médicale n'est pas davantage nécessaire pour établir si les médicaments prescrits à l'assuré ont aboli sa capacité de discernement le 15 mars 2012. L'intéressé était étroitement suivi par le Dr G._____, psychiatre, qui n'a pas constaté d'absence ou de diminution de cette capacité de discernement lors de ses consultations. Ce médecin n'a pas davantage rapporté d'indice probant d'une abolition de cette capacité de discernement en dehors du cadre des consultations, quand bien même il n'a pas voulu se prononcer formellement sur des faits dont il n'avait pas été le témoin direct. Enfin, le Dr G._____ a certes proposé une expertise pour établir les faits en question, mais l'expert n'en aurait pas davantage été témoin direct et ne pourrait guère se prononcer, post mortem, que sur la base des constatations du médecin traitant. On voit mal comment il pourrait, mieux que ce dernier, établir une incapacité de discernement de l'assuré au moment d'agir, que ce soit avec ou sans lien avec le traitement anti-dépresseur. Invité à préciser sur quels autres éléments cliniques l'expert pourrait se prononcer, par rapport à ceux déjà mis en évidence dans son témoignage, le Dr G._____ a évoqué les

résultats d'une éventuelle autopsie ou d'autres problèmes dont il n'aurait pas connaissance, comme une consommation excessive d'alcool. Or, seul un examen externe du corps d'B.O._____ a été réalisé après son décès et il n'y a aucun indice au dossier d'une consommation excessive d'alcool ou d'autres « problèmes » que l'expert pourrait prendre en considération. La recourante évoque une interaction entre la prise d'Allopur par l'assuré, depuis plusieurs mois, et le traitement anti-dépresseur et anxiolytique. Il s'agit toutefois d'une hypothèse pour le moins peu vraisemblable, qu'aucun document médical au dossier ne vient étayer. L'Allopur est un médicament prescrit pour réduire la formation d'urates/d'acide urique en présence de dépôts d'urates et d'acide urique déjà constitués. Le Compendium suisse des médicaments ne mentionne aucune contre-indication en cas de traitement anti-dépresseur et l'on ne trouve aucun indice, dans les interactions décrites pour le Cymbalta, le Citalopram ou le Lexotanil, d'une interaction possible avec l'Allopur et son principe actif.

5. Au vu de ce qui précède, il faut tenir pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'B.O._____ n'était pas privé de sa capacité de discernement au moment de mettre fin à ses jours, de sorte que l'intimée était en droit de nier le caractère accidentel de son décès. Il convient également d'exclure que ce décès ait été la conséquence d'une erreur médicale qu'il conviendrait de qualifier d'accident. Partant, c'est à juste titre que l'intimée a refusé les prestations litigieuses. Une expertise médicale ou la production du dossier médical complet de l'assuré auprès des Drs Q._____ et G._____, notes internes comprises, ne sont pas nécessaires pour statuer.

6. En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

La recourante n'obtenant pas gain de cause, elle ne saurait prétendre à l'allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA).

Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 12 décembre 2012 par X._____ SA est confirmée.

- III. Il n'est pas alloué de dépens ni perçu de frais de justice.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jean-Michel Duc, avocat (pour A.O._____),
- Me Philippe A. Grumbach, avocat (pour X._____ SA),
- 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 :