

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 juin 2020

---

Composition :     Mme     PASCHE, présidente  
                          Mmes    Röthenbacher et Berberat, juges  
Greffière         :     Mme     Chaboudez

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**A.M.**\_\_\_\_\_, à [...], agissant pour elle-même et ses enfants, recourants,  
représentés par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

**E.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 28 et 37 al. 1 LAA ; 48 OLAA**

## **E n f a i t :**

**A.** B.M. \_\_\_\_\_ (ci-après également : le défunt, l'intéressé ou la victime), médecin de formation, né le [...] 1962, était employé auprès de [...] Sàrl. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accident auprès de N. \_\_\_\_\_ (ci-après : N. \_\_\_\_\_), qui a été reprise par E. \_\_\_\_\_ (ci-après : E. \_\_\_\_\_). Il était marié depuis le [...] 2000 avec A.M. \_\_\_\_\_ (ci-après également : l'épouse ou la recourante), et père de deux enfants nés en en juin 2002 et décembre 2003. Les époux étaient séparés.

**B.** Le 29 septembre 2013, à 11h42 du matin (heure de l'appel à la police), B.M. \_\_\_\_\_ a été retrouvé inconscient à son domicile par ses parents, C.M. \_\_\_\_\_ et D.M. \_\_\_\_\_, étendu au sol et probablement décédé. Le médecin de garde a constaté le décès et établi un formulaire de mort indéterminée à 12h35. Selon le rapport de police établi le 23 octobre 2013, lors de leur intervention, les inspecteurs avaient rencontré en bas de l'immeuble du défunt ses parents, ainsi que son épouse, lesquels devaient se rendre chez l'intéressé pour 12h afin de partager un repas de famille, auquel les enfants du défunt devaient également participer. Le rapport de levée de corps précise ce qui suit :

« L'appartement est situé au 1<sup>er</sup> étage d'un petit immeuble. La porte palière du logement est verrouillée de l'intérieur (selon déclaration de M. C.M. \_\_\_\_\_). Le système de fermeture se fait par une molette et non pas avec la clé du logis.

Il s'agit d'un grand appartement, comprenant : trois chambres à coucher, un grand salon ouvert sur une salle à manger, une cuisine avec deux entrées, une sur la salle à manger et l'autre sur l'entrée du logis, une salle de bains, de deux W.C et une terrasse.

Dans tout le logement, la lumière est éteinte excepté dans la salle de bains, ainsi que l'ordinateur portable qui est allumé au salon. Les fenêtres sont fermées et dans la plupart des autres pièces rien de particulier [n']est relevé.

L'appartement semble être laissé dans un grand désordre et [...]abandon. Nous y constatons de nombreuses boîtes de médicaments entamés un peu partout dans le logis, notamment sur le plan de cuisine, sur la table de la salle à manger, au salon, ainsi que sur la table de la terrasse. Des vêtements sont à même le sol, ainsi qu'un trousseau de clés et divers objets.

Le corps, âgé d'une cinquantaine d'année[s], se trouve à plat ventre, entièrement nu, sur le sol de la cuisine. Les jambes légèrement écartées sont dirigées en direction du plan de travail de la cuisine et les pieds dirigés vers l'extérieur. Son bras gauche est plié au niveau du coude et sa partie inférieure repose dans une poubelle. Quant à son bras droit, il est replié en direction de son crâne, lequel est appuyé sur l'angle inférieur gauche du radiateur. Les deux membres sont dans l'axe de ses épaules. Sa tête repose sur la face droite dans une grande flaque de sang. Les yeux sont fermés. [...]

Dans la cuisine, nous constatons également qu'une porte du mobilier est cassée et que plusieurs autres portes sont ouvertes. »

La police s'est entretenue avec l'épouse du défunt le 29 septembre 2013. A cette occasion, elle a indiqué avoir rencontré son époux en 1998 en [...]. Elle avait vécu jusqu'en 2009 avec son époux, qui rencontrait de gros problèmes de santé, devenant de plus en plus malade. Il prenait des médicaments jusqu'au jour où il est devenu dépendant. Ne supportant plus la situation, elle avait décidé de se séparer de son époux en décembre 2009, puis de retourner en [...] avec ses deux enfants. Elle et les enfants étaient toutefois revenus en Suisse en juillet 2012, avaient vécu avec le défunt, puis femme et enfants avaient pris un appartement à [...], l'épouse n'entendant pas reprendre une relation conjugale. Elle avait vu son mari pour la dernière fois le vendredi 27 septembre 2013, en fin d'après-midi, au domicile de celui-ci, car il lui avait demandé avec insistance de venir. Arrivée au domicile, personne n'avait répondu. Elle l'avait finalement rencontré dans l'ascenseur, vêtu que d'un slip, et lui avait demandé pourquoi il était dans cette tenue. Il avait répondu qu'il dormait quand elle était arrivée et avait fait des rêves bizarres. Elle était restée jusqu'à 19h environ. Le samedi, elle avait tenté de joindre plusieurs fois son mari téléphoniquement sur son portable et son fixe, en vain. Questionnée sur les problèmes que rencontrait son mari, l'épouse a expliqué qu'il souffrait d'une grosse dépression et avait été hospitalisé pour un *burnout* à la suite de la dénonciation du médecin cantonal concernant son addiction aux médicaments. Il avait alors dû fermer son cabinet médical, puis s'en était suivi une faillite et son droit d'exercer lui avait été retiré temporairement jusqu'à un sevrage complet. Début avril 2013, il avait rouvert un cabinet et y travaillait à 50 %. Il était suivi par le psychiatre J. \_\_\_\_\_ et une nouvelle évaluation devait avoir lieu au début

de l'année suivante pour confirmer son autorisation d'exercer. L'épouse a encore indiqué qu'il souffrait d'une énième hernie discale et que depuis plusieurs semaines, il était à nouveau sous pression. Il avait notamment recommencé à prendre des médicaments pour soulager ses douleurs de dos et autres maux divers. Elle a précisé qu'il avait une très bonne relation avec ses deux enfants.

La police a entendu les parents du défunt le 29 septembre 2013. Ils ont indiqué qu'il avait été opéré à quatre reprises pour des hernies discales. Il avait fait un *burnout* en 2011 et perdu son cabinet dans une faillite. Devenu « accro » aux médicaments, il avait été hospitalisé à [...] pour effectuer un sevrage. Il avait perdu son droit de pratiquer, qu'il avait retrouvé à 50 % début 2013. Il avait alors rouvert un cabinet le 3 avril 2013, sous l'impulsion de son père qui avait fondé une Sàrl lui permettant d'engager son fils comme médecin. A l'ouverture du cabinet, il avait dû reprendre des médicaments pour pouvoir retravailler. Il était toutefois suivi par un psychiatre, condition pour garder son autorisation d'exercer. Il avait travaillé le vendredi 27 septembre 2013, mais était très fatigué.

Les inspecteurs ont conclu leur rapport en estimant pouvoir raisonnablement écarter l'intervention d'un tiers dans le décès de la victime. Dans l'attente des conclusions des analyses toxicologiques, ils ne pouvaient écarter la thèse d'un accident médicamenteux ayant engendré un malaise, celle d'une mort naturelle, voire d'un suicide. A cet égard, ils ont encore observé qu'aucun écrit n'avait été retrouvé au domicile de la victime, ni à son cabinet.

Selon les relevés médico-légaux du Dr W. \_\_\_\_\_ du Z. \_\_\_\_\_ (ci-après : Z. \_\_\_\_\_), qui a procédé à l'autopsie le 30 septembre 2013, ainsi qu'à un relevé toxicologique, il a été découvert dans l'estomac de la victime dix pièces de monnaie pour un montant de 5 fr., ainsi qu'une vingtaine de comprimés encore non dissous. Rien d'autre n'a été relevé et la cause du décès n'a pu être établie au terme de l'autopsie.

Il ressort du rapport d'expertise toxicologique du 27 janvier 2014 du Dr O. \_\_\_\_\_ que la concentration d'oxycodone mesurée dans le sang se situait au-dessus de la fourchette des valeurs thérapeutiques, dans celle des valeurs observées lors de décès survenus à la suite d'une consommation d'oxycodone. Le risque de décès avait très probablement été augmenté par la présence concomitante dans l'organisme d'oxycodone, de clomipramine, de clonazépam et de clotiapine, substances dont les effets se potentialisaient mutuellement.

Le 31 janvier 2014, les Drs X. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine légale, et W. \_\_\_\_\_ du Z. \_\_\_\_\_ ont conclu que la cause du décès de B.M. \_\_\_\_\_, âgé de 50 ans, était consécutive à une intoxication à l'oxycodone. Ils n'avaient pas mis en évidence d'éléments parlant en faveur de l'intervention d'un tiers ni d'une autre hypothèse.

Le Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a été entendu le 8 avril 2014 par le procureur en qualité de personne appelée à donner des renseignements. Il a expliqué que le défunt était d'abord un camarade, qui lui avait demandé de le suivre en septembre 2011 car il avait des problèmes. Il était suivi au plan psychiatrique par le Dr J. \_\_\_\_\_. Le Dr U. \_\_\_\_\_ avait instauré un traitement visant surtout à traiter des problèmes de douleurs, le patient ayant eu des hernies discales ; l'intéressé tenait également le Dr U. \_\_\_\_\_ au courant de tous ses problèmes psychologiques. Le Dr U. \_\_\_\_\_ avait appris qu'il avait rouvert un cabinet médical le 2 avril 2013 et qu'il travaillait à 50 %, le médecin cantonal ayant levé son interdiction de pratiquer. Le Dr U. \_\_\_\_\_ le voyait très rarement et avait des contacts avec lui par téléphone ; il désirait des médicaments pour ses douleurs entre autres, que le Dr U. \_\_\_\_\_ lui prescrivait, à savoir : Esomet 20 mg (problèmes d'acidité), Irfen 600 (anti-inflammatoire), du Relpax (migraine), du Zaldiar (dérivé de morphine), de l'Oxycontin, du Torecan (nausées). Il avait eu des problèmes de vertige sur une atteinte de l'oreille interne. Le Dr U. \_\_\_\_\_ lui avait prescrit du Zomig Oro (migraines), du Mydocalm, du Ponstan et du Tramal (en 2012). Il avait aussi eu du Valium en 2012 (10 mg). Il prenait également des médicaments prescrits par le Dr J. \_\_\_\_\_ et la

psychologue D.\_\_\_\_\_. Le Dr U.\_\_\_\_\_ a précisé que l'année dernière [réd. : en 2013], « au niveau de la médication », il en prenait beaucoup moins. A la question de savoir si le Dr U.\_\_\_\_\_ lui avait prescrit de l'oxycodone, celui-ci a répondu avoir prescrit de l'oxycontin. C'était effectivement un stupéfiant, dont la prescription se faisait sur un carnet à souches. Ce médicament était prescrit au patient pour les douleurs. Le Dr U.\_\_\_\_\_ lui avait dit qu'il fallait en prendre en dernier recours et faire attention avec ce médicament. Le Dr U.\_\_\_\_\_ a précisé qu'il ne gérait pas les médicaments pour le plan psychiatrique et n'avait jamais eu de contact professionnel avec le Dr J.\_\_\_\_\_ au sujet du défunt. Le Dr U.\_\_\_\_\_ a ajouté qu'en 2013, il y avait eu peu de médicaments prescrits de sa part et qu'il freinait constamment le patient en lui disant de faire attention. A la question du procureur de savoir s'il y avait une coordination entre les différentes prescriptions, le Dr U.\_\_\_\_\_ a répondu par la négative. Le médecin n'est pas parvenu à se rappeler quand l'oxycodone a été prescrite, expliquant qu'il était possible qu'elle l'ait été le 24 septembre 2013, soit quelques jours avant le décès. Le Dr U.\_\_\_\_\_ a précisé qu'à aucun moment, durant l'année 2013, le patient n'avait évoqué d'idées suicidaires. Son moral allait mieux. Son cabinet redémarrait bien. Lors du dernier entretien téléphonique, il allait tout à fait bien moralement, hormis des douleurs et les nausées. Le Dr U.\_\_\_\_\_ a fait savoir au procureur que son patient s'était déjà vu prescrire de l'oxycodone. Il avait une longue anamnèse de douleurs lombaires, ce médicament devant être prescrit dans des cas de douleurs particulièrement importantes. Le Dr U.\_\_\_\_\_ a précisé que la dernière fois que le patient était venu consulter officiellement à son cabinet remontait au 19 janvier 2012 ; il l'avait revu informellement par la suite et avait eu avec lui des contacts téléphoniques répétés en 2012 et 2013. La prescription d'Oxycontin s'était faite à l'issue d'entretiens téléphoniques, lors desquels il lui avait demandé pourquoi il en voulait. Le Dr U.\_\_\_\_\_ a répété que sa politique avec son patient était de toujours diminuer les doses au vu de sa situation.

Par ordonnance du 17 juillet 2014 du Ministère public, le procureur a ordonné le classement de la procédure pénale, en relevant

que l'autopsie pratiquée par le Z.\_\_\_\_\_ avait conclu que le décès du défunt était consécutif à une intoxication à l'oxycodone augmentée par la présence concomitante dans l'organisme de clomipramine, de clonazépam et de clotiapine, dont les effets se potentialisent mutuellement.

**C.** Il ressort du dossier d'E.\_\_\_\_\_ que le 5 décembre 2011, le défunt avait déposé une demande auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), en faisant état, quant au genre de l'atteinte, de « 8 opérations en 5 ans ». Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI avait notamment sollicité un rapport du Dr U.\_\_\_\_\_. Ce dernier lui avait fait savoir le 2 janvier 2012 que les diagnostics affectant la capacité de travail de son patient étaient les suivants : hospitalisation à [...] en novembre 2011 pour décompensation aiguë chez un patient borderline à traits psychotiques, traitement de sevrage pour abus de benzodiazépines (Valium et Rivotril), lombalgies persistantes, status après cure de hernie discale L4/L5 avec fibrose épidurale engainant la racine L5 droite, hernie discale postéro médiane gauche en L5/S1, arthrose inter-facettaire étagée en L4/L5 et L5/S1, cervicarthrose pluri-étagée symptomatique, atteinte persistante/sévère du nerf cubital droit au coude avec atteinte de la force de préhension de la main droite, status après neurolyse du nerf cubital droit (2010) et atteinte du nerf cubital gauche sans signes ou symptômes déficitaires (2010). Le Dr U.\_\_\_\_\_ estimait que l'incapacité de travail était totale dans l'activité de médecin depuis le 9 septembre 2011, pour une durée indéterminée. Le droit de pratiquer lui avait été retiré par le médecin cantonal.

Dans son rapport à l'OAI du 15 février 2012, le Dr T.\_\_\_\_\_, psychiatre, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de probable trouble mixte de la personnalité, le diagnostic différentiel de trouble affectif bipolaire sans précision, ainsi que de syndrome de dépendance aux benzodiazépines et possiblement aux opiacés. Le pronostic était incertain, et l'incapacité de travail entière dans l'activité habituelle de médecin depuis le 9 août 2011. Le 22 juin 2012, le Dr T.\_\_\_\_\_ a expliqué que l'évolution était progressivement favorable et que le patient envisageait de reprendre une activité à 20 à 40 % dans un

premier temps, pour autant qu'il récupère son droit de pratique. Il a noté que malgré l'amélioration, l'état psychique restait fragile et soumis à des résurgences récurrentes d'angoisses invalidantes. Quant au Dr U.\_\_\_\_\_, il a indiqué le 10 juillet 2012 à l'OAI que la capacité de travail de son patient comme médecin restait de 0 %, en raison de sa situation globale et en particulier psychiatrique.

A la requête de l'OAI, le Dr T.\_\_\_\_\_ lui a fait savoir le 17 octobre 2012 avoir revu à quatre reprises le patient depuis son rapport du 22 juin 2012, à la suite de quoi celui-ci avait préféré changer de psychiatre et était désormais suivi par le Dr J.\_\_\_\_\_. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a relevé que durant les quatre entretiens, il avait été question des résultats d'un examen neuropsychologique pratiqué le 14 juin 2012, qui mettait en évidence des difficultés significatives peu compatibles avec toutes activités professionnelles.

Le 13 mars 2013, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et nouveau psychiatre traitant depuis le 29 juin 2012, a posé les diagnostics de probable trouble mixte de la personnalité (borderline) (F61.0), le diagnostic différentiel de trouble affectif bipolaire (F31.9) et de syndrome de dépendance aux benzodiazépines (F13.24). Le Dr J.\_\_\_\_\_ a expliqué que l'évolution s'avérait progressivement favorable, le patient ayant diminué considérablement les doses de médicaments et supportant bien ce sevrage ; il était très motivé pour reprendre son activité professionnelle et avait entrepris des démarches pour ouvrir un cabinet de généraliste (au 1<sup>er</sup> avril 2013), activité qu'il exercerait en premier lieu à 50 %, avec augmentation selon l'évolution. Le Dr J.\_\_\_\_\_ a noté notamment que le patient avait stoppé le Rivotril depuis dix jours environ. Sa capacité de travail était de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> avril 2013.

Dans son rapport à l'OAI du 29 août 2013, le Dr J.\_\_\_\_\_ a fait état d'une capacité de travail de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> avril 2013, et d'une évolution favorable. Il a estimé que la compliance médicamenteuse était

excellente. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : fatigabilité, affaiblissement de la concentration, asthénie partielle.

Par rapport du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 1<sup>er</sup> octobre 2013, le Dr S.\_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle, qui était adaptée, et le diagnostic de trouble mixte de la personnalité dans le cadre d'un trouble bipolaire probable, estimant qu'il conviendrait de revoir la situation dans deux ans.

Par décision du 10 avril 2014, l'OAI a reconnu au défunt le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> août 2012 au 30 juin 2013, puis à une demi-rente du 1<sup>er</sup> juillet au 30 septembre 2013.

**D.** Dans le cadre de l'instruction de la présente affaire, E.\_\_\_\_\_ s'est adressée aux médecins du défunt et a pris des renseignements auprès de ses médecins conseils.

Le 17 juin 2014, le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin conseil et spécialiste en chirurgie orthopédique, a relevé que le décès était dû à une consommation exagérée d'oxycodone, sans évidence d'une cause extérieure.

Le 24 juillet 2015, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait savoir à E.\_\_\_\_\_ qu'il avait suivi le défunt du 6 décembre 2007 au 3 septembre 2013, et précisé qu'il avait été opéré à plusieurs reprises d'une hernie discale L4-L5. Il souffrait d'une gonarthrose primaire bilatérale plus marquée à gauche qu'à droite.

Le 24 juillet 2015 également, le Dr U.\_\_\_\_\_ a répondu à E.\_\_\_\_\_ pour lui indiquer qu'il avait suivi le défunt du 9 septembre 2012 jusqu'à son décès. Son état était fluctuant, dominé par des lombalgies persistantes, un status après cure de hernie discale L4/L5 avec fibrose épurale et arthrose et par un état psychologique fluctuant. Le Dr

U.\_\_\_\_\_ a par ailleurs mentionné une hospitalisation à [...] en 2011, ainsi qu'en février 2012 pour décompensation aiguë d'un état borderline et abus de benzodiazépines. Le Dr U.\_\_\_\_\_ a précisé que quelques mois avant son décès, le patient avait pu reprendre son activité, estimant qu'il semblait y avoir une amélioration.

Le 14 août 2015, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a informé E.\_\_\_\_\_ qu'il avait vu le défunt une fois en consultation, le 25 septembre 2013, en raison d'une lombosciatique gauche datant d'environ cinq jours auparavant. Le patient lui avait dit avoir été opéré dix ans auparavant d'un syndrome de la queue de cheval sur une hernie discale L4-L5 et souffrait apparemment aussi d'une hypertension artérielle.

Le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin-conseil, a résumé dans son rapport du 7 février 2017 les antécédents médicaux du défunt. Il a ainsi noté que celui-ci avait séjourné à l'Hôpital psychiatrique de [...] du 3 au 4 juin 2007, du 28 au 31 janvier 2008, le 8 mars 2008, ainsi que du 25 au 26 octobre 2011, puis du 27 octobre au 15 novembre 2011. Interrogé sur le point de savoir si le mélange de médicaments avec des pièces de monnaie était susceptible d'avoir un effet additionnel aux médicaments, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a répondu par la négative.

Par décision du 15 février 2017, E.\_\_\_\_\_ a fait savoir à la veuve de B.M.\_\_\_\_\_ qu'aucune prestation LAA ne pouvait être servie.

Désormais représentée par Me Monnard Séchaud, A.M.\_\_\_\_\_ a formé opposition à cette décision le 23 mars 2017.

Dans un rapport du 7 novembre 2017 au Dr I.\_\_\_\_\_, psychiatre conseil, le Dr J.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble mixte de la personnalité avec trouble dépressif dans le cadre d'un trouble bipolaire probable et de syndrome de dépendance aux benzodiazépines. Il a précisé que la dernière consultation avait eu lieu le 25 septembre 2013 à son cabinet. Le patient ne présentait pas de symptomatologie dépressive

ni psychotique. Les symptômes dissociatifs étaient absents, le patient étant dans une bonne perception de la réalité, sans déni ni clivage apparent. Son traitement antidépresseur avait été changé depuis une dizaine de jours (Anafranil à la place de la Fluctine). La capacité de travail était de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> avril 2013. Lors de cette dernière consultation, le patient n'avait exprimé aucun souhait de mort ni aucune idée suicidaire ; il avait quelques soucis familiaux et professionnels, les mêmes que d'habitude, en ayant confiance qu'ils allaient s'améliorer. A la dernière consultation, B.M.\_\_\_\_\_ vivait seul, séparé de son épouse mais en bons termes avec elle (il la soutenait financièrement et dans l'éducation de leurs deux fils) ; le droit d'exercer la médecine lui était acquis à 50 %, mais toujours avec l'obligation d'un suivi psychiatrique, ce dont il s'acquittait sans problème et avec ponctualité. A cette séance, il n'avait pas abordé le thème de difficultés économiques. Répondant à la question de savoir si le patient avait développé une dépendance lente mais croissante aux opiacés, le Dr J.\_\_\_\_\_ a répondu en ces termes : « Il n'est pas exclu que M. B.M.\_\_\_\_\_ ait développé une dépendance cachée aux opiacés, sans me le dire. Bien que collaborant et compliant dans le traitement qu'il suivait auprès de moi, je ne peux exclure qu'il me cachait certaines choses ». Questionné sur les constatations médico-légales relatives à la concentration des médicaments figurant dans le rapport d'expertise, le Dr J.\_\_\_\_\_ a répondu ce qui suit : « A la lecture de ces constatations, je dois admettre que M. B.M.\_\_\_\_\_ consommait aussi d'autres médicaments que ceux que je lui prescrivais. Il avait pourtant réussi, avec courage et constance, un sevrage progressif aux benzodiazépines. Je constate que des concentrations d'autres molécules ont été observées lors de l'autopsie, notamment de l'oxycodone (dont il me cachait la consommation). Or cette dernière molécule est incompatible avec les médicaments que je lui prescrivais, et leurs effets mutuels ont dû se potentialiser, comme le déduisent les médecins légistes. J'ignore si M. B.M.\_\_\_\_\_ était attentif à cette combinaison indésirable et risquée ». Questionné sur le point de savoir s'il savait qui avait ordonné quel médicament, le Dr J.\_\_\_\_\_ a répondu ne savoir que les médicaments qu'il prescrivait lui à son patient, mais ignorer s'il obtenait d'autres médicaments auprès d'autres médecins sans le lui dire, ou s'il se les

prescrivait lui-même. Il n'avait pas de limitations du médecin cantonal à ce propos. Le Dr J.\_\_\_\_\_ a encore précisé que le patient était en voie d'amélioration générale et escomptait augmenter sa capacité de travail d'ici la fin de l'année 2013, avec son accord, et que la situation familiale allait mieux.

Le dossier a été soumis au psychiatre conseil d'E.\_\_\_\_\_, qui a relevé dans son avis du 1<sup>er</sup> février 2018 notamment ce qui suit (texte original en allemand) :

« Les boîtes de médicaments, l'état négligé de l'appartement et le fait de ne pas avoir informé le psychiatre de la consommation d'opiacés parlent en faveur d'une addiction.

En raison de la profession de Monsieur B.M.\_\_\_\_\_, on peut partir de l'idée qu'il possédait des connaissances pertinentes sur l'interaction des médicaments.

Sur la base des documents, il n'y a pas d'éléments qui permettraient d'aboutir à la conclusion que la capacité d'agir raisonnablement en relation avec la consommation d'oxycodone était entièrement abolie.

Deux jours avant l'événement, il n'était ni dépressif, ni psychotique. Il travaillait à 50 % et ne présentait pas de symptômes dissociatifs.

Cliniquement, il n'est pas exclu que dans une phase d'une première intoxication, il ait pris trop d'oxycodone et qu'il ne pouvait plus en apprécier les conséquences. Mais avec ses connaissances médicales il devait savoir que la consommation d'oxycodone et d'autres médicaments sédatifs peut conduire à des états de capacité de contrôle réduite.

Des éléments cliniques permettant de conclure que la capacité d'agir raisonnablement aurait été déjà abolie avant la consommation d'oxycodone ne se trouvent pas dans les pièces. »

**E.** Par décision sur opposition du 22 février 2018, E.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition du 23 mars 2017. Elle a pour l'essentiel retenu qu'en l'absence de facteur extérieur extraordinaire et de caractère involontaire, la notion d'accident au sens juridique n'était pas remplie, et qu'elle avait refusé à bon droit les prestations LAA.

**F.** Par acte du 22 mars 2018, A.M.\_\_\_\_\_, agissant également au nom de ses enfants alors tous deux mineurs, représentés par Me Monnard Séchaud, ont recouru contre cette décision auprès de la Cour des

assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'E. \_\_\_\_\_ est tenue de prendre en charge les suites de l'événement du 29 septembre 2013 à titre d'accident assuré et de servir les prestations légales, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction. En substance, les recourants font valoir que la condition du caractère extraordinaire de l'atteinte est bien réalisée, dans la mesure où la présence de nombreux comprimés constatée par les médecins-légistes démontre une consommation inexplicable de médicaments, en quantité très importante ; l'autopsie avait également démontré que le défunt avait avalé des pièces de monnaie et des boules brunes-noires, estimant que l'on ne pouvait soutenir qu'il consommait de manière habituelle des pièces de monnaie et des boules. L'état dans lequel se trouvait son logement démontrait en outre qu'un événement extraordinaire s'y était produit. S'agissant du caractère involontaire de l'atteinte, les recourants ont plaidé que le défunt prenait des médicaments en raison de ses douleurs lombaires persistantes, pour lesquelles il avait subi huit opérations en cinq ans, et qu'à aucun moment avant son décès il n'avait voulu prendre ces médicaments dans le but de se donner la mort, ses médecins attestant du reste qu'il avait diminué sa consommation ; il n'avait par ailleurs jamais eu d'idée suicidaire. Dans un autre moyen, les recourants ont relevé que si, par impossible, il fallait considérer que le défunt s'était donné la mort intentionnellement, il faudrait alors retenir une incapacité de discernement passagère. Les recourants ont enfin fait grief à l'intimée de ne s'être basée que sur des suppositions pour affirmer que les conditions de l'accident n'étaient pas remplies. Pour eux, aucune mesure d'instruction ordonnée n'avait permis d'établir, sans qu'un doute sérieux ne subsiste, que les médicaments à base d'oxycodone n'auraient pas été consommés de manière extraordinaire et de manière involontaire.

Dans sa réponse du 23 mai 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Les parties ont maintenu leurs positions dans leurs écritures ultérieures. Les recourants ont requis en réplique la mise en œuvre d'une

expertise pharmacologique et psychiatrique, et l'intimée a demandé dans sa duplique la production du dossier de l'Office du Médecin cantonal concernant B.M. \_\_\_\_\_ ainsi que de celui du Ministère public.

Le 28 avril 2020, la juge instructrice à qui le dossier a été transmis a informé les parties que sous réserve de mesures d'instruction complémentaires ordonnées par la Cour, un arrêt serait rendu dans les prochains mois.

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

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

**4. a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

**b)** Si l'assuré a provoqué intentionnellement l'atteinte à la santé ou le décès, aucune prestation d'assurance n'est allouée, sauf l'indemnité pour frais funéraires (art. 37 al. 1 LAA). Même s'il est prouvé que l'assuré entendait se mutiler ou se donner la mort, l'art. 37 al. 1 LAA n'est pas applicable si, au moment où il a agi, l'assuré était, sans faute de sa part, totalement incapable de se comporter raisonnablement, ou si le suicide, la tentative de suicide ou l'automutilation est la conséquence évidente d'un accident couvert par l'assurance (art. 48 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Dans la mesure où elle conditionne le droit aux prestations à l'incapacité totale de l'assuré de se comporter raisonnablement, au moment des faits, cette dernière disposition est conforme à la loi (ATF 129 V 95).

Selon la jurisprudence, le suicide comme tel n'est un accident assuré, conformément à l'art. 48 OLAA, que s'il a été commis dans un état d'incapacité de discernement. Par conséquent, il faut, pour entraîner la responsabilité de l'assureur-accidents, qu'au moment de l'acte et compte tenu de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives, en relation

aussi avec l'acte en question, l'intéressé ait été privé de toute possibilité de se déterminer raisonnablement, en raison notamment d'une déficience mentale ou de troubles psychiques (ATF 140 V 220 consid. 3 ; 129 V 95 ; 113 V 61 consid. 2a). L'incapacité de discernement n'est donc pas appréciée dans l'abstrait, mais concrètement, par rapport à un acte déterminé, en fonction de sa nature et de son importance, les facultés requises devant exister au moment de l'acte (principe de la relativité du discernement ; voir par exemple ATF 134 II 253 consid. 4.3.2). Le suicide doit avoir pour origine une maladie mentale symptomatique. En principe l'acte doit être insensé. Un simple geste disproportionné, au cours duquel le suicidaire apprécie unilatéralement et précipitamment sa situation dans un moment de dépression ou de désespoir ne suffit pas (TF 8C\_783/2018 du 4 avril 2019 consid. 4 ; TF 8C\_195/2015 du 10 février 2016 consid. 2.2 ; TF U 25/05 du 21 février 2006 consid. 2.2 et les références citées).

L'existence d'une maladie psychique ou d'un grave trouble de la conscience doit être établie conformément à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b). Il doit s'agir de symptômes psychopathologiques comme la folie, les hallucinations, la stupeur profonde, le raptus, etc. Le motif qui a conduit au suicide ou à la tentative doit être en relation avec les symptômes psychopathologiques (TF 8C\_916/2011 du 8 janvier 2013 consid. 2.2).

Pour établir l'absence de capacité de discernement, il ne suffit pas de considérer l'acte de suicide et, partant, d'examiner si cet acte est déraisonnable, inconcevable ou encore insensé. Il convient bien plutôt d'examiner, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier du comportement et des conditions d'existence de l'assuré avant le suicide, s'il était raisonnablement en mesure d'éviter ou non de mettre fin ou de tenter de mettre fin à ses jours. Le fait que le suicide en soi s'explique seulement par un état pathologique excluant la libre formation de la volonté ne constitue qu'un indice d'une incapacité de discernement (TF 8C\_916/2011 précité consid. 2.2 ; RAMA 1996 n° U 267 p. 309 consid. 2b et les références).

**c)** Selon la jurisprudence, celui qui prétend des prestations d'assurance doit apporter la preuve de l'existence d'un accident, donc aussi la preuve du caractère involontaire de l'atteinte et, en cas de suicide, la preuve de l'incapacité de discernement au moment de l'acte au sens de l'art. 16 CC (TF U 379/06 du 19 octobre 2006 consid. 2 et références citées). Dans la procédure en matière d'assurance sociale, régie par le principe inquisitoire, les parties ne supportent pas le fardeau de la preuve au sens de l'art. 8 CC. L'obligation des parties d'apporter la preuve des faits qu'elles allèguent signifie seulement qu'à défaut, elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve. Cette règle de preuve ne s'applique toutefois que lorsqu'il est impossible, en se fondant sur l'appréciation des preuves conformément au principe inquisitoire, d'établir un état de fait qui apparaisse au moins vraisemblablement correspondre à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 117 V 264 consid. 3b et la référence).

Lorsqu'il y a doute sur le point de savoir si la mort est due à un accident ou à un suicide, il faut se fonder sur la force de l'instinct de conservation de l'être humain et poser comme règle générale la présomption naturelle du caractère involontaire de la mort, ce qui conduit à admettre la thèse de l'accident. Le fait que l'assuré s'est volontairement enlevé la vie ne sera considéré comme prouvé que s'il existe des indices sérieux excluant toute autre explication qui soit conforme aux circonstances. Il convient donc d'examiner dans de tels cas si les circonstances sont suffisamment convaincantes pour que soit renversée la présomption du caractère involontaire de la mort. Lorsque les indices parlant en faveur d'un suicide ne sont pas suffisamment convaincants pour renverser objectivement la présomption qu'il s'est agi d'un accident, c'est à l'assureur-accidents d'en supporter les conséquences (TF 8C\_453/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 2 et les références citées).

**d)** Lorsque l'assuré décède des suites de l'accident, le conjoint survivant et les enfants ont droit à des rentes de survivants (art. 28 LAA). Particulièrement, aux termes de l'art. 30 al. 1, première phrase, LAA, les

enfants de l'assuré décédé ont droit à une rente d'orphelin. Le droit à la rente prend naissance le mois qui suit le décès de l'assuré, et s'éteint par l'accomplissement de la dix-huitième année notamment ou, pour les enfants qui font un apprentissage ou des études, à la fin de l'apprentissage ou des études mais au plus tard à l'âge de 25 ans révolus (art. 30 al. 3 LAA).

**5.** En l'espèce, il ressort des pièces du dossier, et en particulier du rapport du 31 janvier 2014 des Drs X.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ du Z.\_\_\_\_\_, que la cause du décès de B.M.\_\_\_\_\_ est consécutive à une intoxication à l'oxycodone ; de l'avis des médecins précités, aucun élément ne parlait en faveur de l'intervention d'un tiers, ni d'une autre hypothèse. Les policiers ont eux aussi écarté l'intervention d'un tiers dans le décès de la victime (cf. rapport du 29 septembre 2013). L'autopsie a permis d'exclure la mort naturelle. Le 17 juillet 2014, le procureur a classé la procédure pénale, dès lors que l'autopsie pratiquée par le Z.\_\_\_\_\_ avait conclu que le décès de B.M.\_\_\_\_\_ était consécutif à une intoxication à l'oxycodone augmentée par la présence concomitante dans l'organisme de clomipramine, de clonazépam et de clotiapine, dont les effets se potentialisent mutuellement.

Il résulte de ce qui précède que le défunt n'a pas été victime d'un homicide. Les éléments conduisent à retenir que le défunt a mis volontairement fin à ses jours : les policiers intervenus au logement du défunt le 29 septembre 2013 ont en effet constaté la présence de nombreuses boîtes de médicaments entamés, un peu partout dans l'appartement, notamment sur le plan de cuisine, sur la table de la salle à manger, au salon, ainsi que sur la table de la terrasse. Selon les relevés médicaux-légaux, une vingtaine de comprimés non encore dissous ont été découverts dans l'estomac de la victime. Or, on voit mal dans quelle configuration une vingtaine de comprimés est susceptible de se trouver dans l'estomac d'une personne. En l'occurrence de surcroît, le Dr U.\_\_\_\_\_ a expliqué lors de son audition du 8 avril 2014 au procureur que son patient prenait beaucoup moins de médicaments en 2013, qu'il y avait eu peu de médicaments prescrits de sa part l'année en question, et qu'il

freinait constamment le patient en lui disant de faire attention. Le Dr U. \_\_\_\_\_ a admis avoir prescrit à son patient de l'oxycodone, en lui expliquant qu'il ne fallait en prendre qu'en dernier recours et faire attention avec ce médicament. Toujours selon les déclarations du Dr U. \_\_\_\_\_ au procureur, il était « possible » que l'oxycodone ait été prescrite le 24 septembre 2013, à savoir quelques jours avant le décès de la victime. Questionné sur la prescription d'oxycodone, le Dr U. \_\_\_\_\_ a exposé que son patient s'était déjà vu prescrire le médicament en question, en rappelant que B.M. \_\_\_\_\_ avait une longue anamnèse de douleurs lombaires. Ainsi, le défunt avait déjà consommé le médicament qui a causé son décès et avait été rendu attentif par son médecin traitant au fait que l'oxycodone ne devait être consommé qu'en dernier recours et en faisant attention ; compte tenu au demeurant de sa formation de médecin, le défunt ne pouvait ignorer quelles pouvaient être les conséquences d'une prise médicamenteuse excessive d'oxycodone. A cela s'ajoute que de l'avis du Dr J. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 29 août 2013 à l'OAI), la compliance médicamenteuse était « excellente » et l'évolution lentement favorable ; certes le Dr J. \_\_\_\_\_ a exposé au Dr I. \_\_\_\_\_ le 7 novembre 2017 qu'il ne pouvait exclure que le patient ait développé une dépendance cachée aux opiacés, que l'oxycodone était incompatible avec les médicaments qu'il prescrivait à son patient, et qu'il ignorait si l'intéressé était attentif à cette combinaison indésirable et risquée. Il n'en demeure pas moins que l'on ne voit pas qu'une personne au bénéfice de connaissances établies de la médecine et d'une pratique de médecin de plusieurs années, dont les deux médecins traitants relèvent, pour l'un, une excellente compliance médicamenteuse, et, pour l'autre, une consommation beaucoup moins importante de médicaments durant l'année 2013, puisse involontairement ingérer plus de vingt comprimés, dont une forte dose d'oxycodone, qui est un stupéfiant dont la prescription se fait sur un carnet à souches.

On peut concéder aux recourants que tous les détails au sujet du décès de B.M. \_\_\_\_\_ n'ont pas été élucidés. Il n'en demeure pas moins que les éléments ressortant du dossier sont suffisants pour conclure à l'existence d'un suicide. En particulier, il n'existe pas de trace

d'intervention extérieure. Les conclusions de la police et du procureur quant à la cause du décès sont claires. Selon les déclarations des proches du défunt à la police, et en particulier de son épouse, il souffrait d'une énième hernie discale, et était à nouveau sous pression depuis plusieurs semaines. L'épouse a précisé qu'il avait recommencé à prendre des médicaments pour soulager ses douleurs de dos et autres maux divers. Quant aux parents du défunt, ils ont également déclaré à la police qu'à la suite de la reprise à temps partiel de son activité de médecin, en avril 2013, leur fils avait dû reprendre des médicaments pour pouvoir retravailler. Ainsi, les explications du geste du défunt, qui se trouvait à nouveau sous pression professionnellement – en particulier en tant qu'il devait être suivi au plan psychiatrique pour conserver son droit de pratiquer –, et qui souffrait au niveau du dos, et avait du reste consulté encore en raison d'une lombosciatique gauche le Dr F. \_\_\_\_\_ le 25 septembre 2013, ne manquent pas. Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de relever, quant à l'absence de message d'adieu ou d'une lettre d'explication, qu'il ne s'agit pas d'éléments de nature à exclure la thèse du suicide, ni même à l'affaiblir ; il n'est pas rare qu'un suicide apparaisse aux yeux des membres de la famille ou des proches comme un événement totalement imprévisible et inexplicable (TF 8C\_783/2018 précité consid. 6.4.2 ; TF 8C\_453/2016 précité consid. 5.2 ; TF 8C\_773/2016 du 20 mars 2017 consid. 4.2.3). Finalement, il n'existe pas d'éléments suffisamment concrets en faveur d'un acte non intentionnel.

Se pose dès lors encore la question de savoir si, lorsqu'il est décédé, B.M. \_\_\_\_\_ était, sans faute de sa part, totalement incapable de se comporter raisonnablement, étant rappelé que pour établir l'absence de capacité de discernement, il ne suffit pas de considérer l'acte de suicide et, partant, d'examiner si cet acte est déraisonnable, inconcevable ou encore insensé. Il convient bien plutôt d'examiner, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier du comportement et des conditions d'existence de l'assuré avant le suicide, s'il était raisonnablement en mesure d'éviter ou non de mettre fin ou de tenter de mettre fin à ses jours. Le fait que le suicide en soi s'explique seulement par un état pathologique excluant la libre formation de la volonté ne

constitue qu'un indice d'une incapacité de discernement (TF 8C\_916/2011 précité consid. 2.2 ; RAMA 1996 n° U 267 p. 311 consid. 2b et les références).

En l'occurrence, il est établi que le défunt souffrait d'atteintes tant au niveau somatique que psychiatrique. Du reste, le droit à une rente entière de l'AI lui a été reconnu du 1<sup>er</sup> août 2012 au 30 juin 2013, puis à une demi-rente à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013, jusqu'à la fin du mois de son décès (cf. décision du 10 avril 2014). A cet égard, le Dr S.\_\_\_\_\_ du SMR a suivi l'avis du Dr J.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant depuis le mois de juin 2012. S'agissant de l'atteinte psychique, le Dr J.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de probable trouble mixte de la personnalité (borderline) dans le cadre d'un probable trouble bipolaire et de syndrome de dépendance aux benzodiazépines (cf. rapport à l'OAI du 13 mars 2013) ; ces diagnostics sont au demeurant superposables à ceux retenus par le Dr T.\_\_\_\_\_, qui suivait le défunt avant sa prise en charge par le Dr J.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ à l'OAI du 15 février 2012). Il n'est pour le surplus pas contesté que le défunt avait effectué plusieurs séjours en milieu psychiatrique et que sa dépendance médicamenteuse avait été à l'origine d'un retrait de son droit de pratiquer par le médecin cantonal. Cela étant, à compter du mois d'avril 2013, les médecins traitants du défunt ont estimé qu'il était à nouveau en mesure d'exercer son activité de médecin généraliste au taux de 50 % et que son état connaissait une évolution favorable. Il a encore été vu le 25 septembre 2013, soit quatre jours avant son décès, par le Dr J.\_\_\_\_\_. En réponse au Dr I.\_\_\_\_\_, le 7 novembre 2017, le Dr J.\_\_\_\_\_ a expliqué que lors de cette dernière consultation du 25 septembre 2013, B.M.\_\_\_\_\_ ne présentait pas de symptomatologie dépressive ni psychotique. Il était dans une bonne perception de la réalité, sans déni ni clivage apparent, et les symptômes dissociatifs étaient absents. Le patient avait quelques soucis familiaux et professionnels, « les mêmes que d'habitude ». Ainsi, en l'absence d'atteintes psychiques graves qui auraient été de nature à l'empêcher d'exercer à 50 % son activité exigeante de médecin selon son psychiatre traitant qui l'avait vu quatre jours avant son décès, on ne saurait conclure, au degré de la

vraisemblance prépondérante, à l'absence de capacité de discernement. Si l'épouse a certes déclaré l'avoir vu le 27 septembre 2013 dans l'ascenseur en slip, cela ne suffit pas encore à douter de la capacité de discernement de l'intéressé : ce dernier lui a en effet expliqué qu'il dormait quand elle a sonné, et faisait des rêves bizarres, ce qui pouvait expliquer sa tenue. Au demeurant, comme l'a relevé le Dr I. \_\_\_\_\_ dans son avis du 1<sup>er</sup> février 2018, il n'est pas exclu qu'il ait pris trop d'oxycodone et n'ait plus pu en apprécier les conséquences. Mais avec ses connaissances médicales, il devait savoir que la consommation d'oxycodone et d'autres médicaments sédatifs pouvait conduire à des états de capacité de contrôle réduite. Des éléments cliniques permettant de conclure que la capacité d'agir raisonnablement aurait été abolie déjà *avant* la consommation d'oxycodone ne se trouvent pas dans les pièces.

La thèse de l'accident médicamenteux n'est pas non plus vraisemblable compte tenu de la formation du défunt, de sa pratique, des conseils qui lui avaient été donnés par le Dr U. \_\_\_\_\_ et de sa longue dépendance aux médicaments, respectivement des sevrages entrepris. B.M. \_\_\_\_\_ a été enfin retrouvé sans vie à son domicile, où il savait que ses parents, épouse et enfants, étaient attendus pour le repas de midi, le 29 septembre 2013, qui était aussi le jour de l'anniversaire de mariage du couple, lequel n'allait pas reprendre la vie conjugale. Il résulte de ce qui précède qu'au moment où il s'est donné la mort, B.M. \_\_\_\_\_ n'était pas totalement incapable de se comporter raisonnablement, sans que l'on puisse retenir, comme le plaident les recourants, que l'atteinte aurait un caractère involontaire, respectivement extraordinaire. Partant, l'intimée était fondée à refuser la prise en charge des suites de l'événement du 29 septembre 2013.

On relèvera quoi qu'il en soit, par surabondance de moyens, que même dans l'éventualité où l'on avait dû retenir que les éléments ne permettaient pas de fonder une mort volontaire, hormis la découverte de différentes substances médicamenteuses dans le corps du défunt, les conditions d'un accident au sens rappelé au consid. 4a ci-dessus ne seraient pas pour autant remplies. En effet, le défunt était dépendant de

longue date aux médicaments et les nombreuses mises en garde de son médecin traitant, qui a expliqué à plusieurs reprises qu'il le « freinait », et que sa politique était de toujours diminuer les doses au vu de sa situation, démontrent qu'une consommation médicamenteuse problématique n'avait rien d'inhabituel pour lui. Le Dr U.\_\_\_\_\_ a ainsi bien précisé lors de son audition du 8 avril 2014 qu'il avait déjà prescrit de l'oxycodone à son patient, que celui-ci avait une longue anamnèse de douleurs lombaires et que c'était précisément dans le cas de douleurs particulièrement importantes que ce médicament était prescrit. En d'autres termes, l'élément décisif pour nier le caractère accidentel du décès de B.M. \_\_\_\_\_ réside dans le fait qu'il était dépendant aux médicaments de longue date. Or, la doctrine précise à cet égard qu'une atteinte à la santé, voire un décès, consécutive à la consommation régulière d'aliments empoisonnés ne peut être assimilée à un accident (Alfred Maurer, Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, p. 189, chap. 7 « Vergiftungen » in fine) (TF U 300/04 du 13 avril 2005 consid. 4.3).

**6.** A titre de mesures d'instruction, les recourants ont requis la mise en œuvre d'une expertise pharmacologique et psychiatrique.

La Cours de céans ne saurait toutefois faire suite à cette requête. Près de sept ans après les faits litigieux, les preuves requises ne sont pas pertinentes, face aux constatations médico-légales mentionnées ci-dessus. En sus du rapport d'autopsie et du rapport d'expertise toxicologique, le dossier comporte également les déterminations de tous les médecins qui ont suivi le défunt, ainsi qu'une copie de son dossier AI. Par ailleurs, une expertise au sujet de la capacité de discernement de l'assuré n'apporterait pas de renseignements complémentaires qui ne figurent déjà dans les avis médicaux versés au dossier. Il y a dès lors lieu de renoncer à mettre en œuvre les expertises requises, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves (ATF 141 I 60 consid. 3.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

La requête de l'intimée tendant à la production des dossiers concernant B.M. \_\_\_\_\_ auprès de l'Office du Médecin cantonal et du

Ministère public peut également être rejetée par appréciation anticipée des preuves. La situation de l'intéressé en lien avec son autorisation de pratiquer est en effet connue et le dossier contient déjà plusieurs pièces essentielles de l'enquête policière, de même que l'ordonnance de classement du 17 juillet 2014, de sorte qu'il n'apparaît pas nécessaire de donner suite à la requête de l'intimée, les pièces au dossier ayant permis de statuer en connaissance de cause.

**7. a)** Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que les recourants n'obtiennent pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 22 février 2018 par E. \_\_\_\_\_ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour les recourants),
- E. \_\_\_\_\_,
- 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 :