

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1508/2008

ATAS/1024/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 octobre 2011

8<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Madame N\_\_\_\_\_, domiciliée à Carouge, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître CRON Bernard

recourante

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 Lucerne

intimée

**Siégeant : Georges ZUFFEREY, Président suppléant; Luis ARIAS et Norbert HECK,  
Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur O \_\_\_\_\_, né en 1969, travaillait en qualité d'account manager pour le compte de la société X \_\_\_\_\_ AG à Zurich. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la SUVA.
2. Monsieur O \_\_\_\_\_ avait connu une première phase de dépression à la naissance de son fils en 1997. La naissance de ce premier enfant avait provoqué un stress additionnel nécessitant une consultation auprès d'un psychiatre.
3. Entre 1997 et 2001, Monsieur O \_\_\_\_\_ a eu divers employeurs et a séjourné avec sa famille un an aux Etats-Unis, où il a travaillé pour la société Y \_\_\_\_\_, en Caroline du Nord et par la suite en Virginie. En 2004, lors de la deuxième grossesse de son épouse, Monsieur O \_\_\_\_\_ a vécu une nouvelle période de stress et a consulté le Dr A \_\_\_\_\_, médecin généraliste et médecin traitant, et a également été traité par le Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
4. Le Dr B \_\_\_\_\_ lui a administré en premier lieu un traitement non médicamenteux de relaxation, par hypnose entre autres, durant deux mois, soit du 25 juin au 24 août 2004, suivi d'un traitement surveillé avec la Paroxétine pendant trois mois.
5. A la fin de l'année 2005 et au début de l'année 2006, Monsieur O \_\_\_\_\_ s'est à nouveau senti sous pression professionnelle.
6. Le 16 mars 2006, sur conseil de son supérieur, Monsieur O \_\_\_\_\_ a consulté le Dr A \_\_\_\_\_, en raison d'une absence du Dr B \_\_\_\_\_. Le médecin traitant lui a prescrit de la Paroxétine et du Lexotanil pour le calmer et le détendre.
7. Monsieur O \_\_\_\_\_ a pris un comprimé de chaque médicament le soir du 16 et le matin du 17 mars 2006.
8. Le 17 mars 2006, le couple s'est levé, comme d'habitude, à 6h30.
9. En rentrant vers 8h30, l'épouse de Monsieur O \_\_\_\_\_ (ci-après la recourante) a trouvé son mari couché sur le dos en travers du lit, rasé et habillé, les pieds par terre, si bien qu'elle a pensé qu'il s'était rendormi en l'attendant.
10. S'approchant de Monsieur O \_\_\_\_\_ pour le réveiller, son épouse a aperçu du sang et l'arme à feu avec laquelle il s'était donné la mort.
11. Le rapport de levée de corps établi par la police judiciaire qui est intervenu le 17 mars 2006 fait état, au titre du motif du décès, d'un suicide.

12. Dans son rapport du 17 mars 2006, l'Institut universitaire de médecine légale fait mention d'un corps maigre et de signes de malnutrition d'origine physique ou psychique, comme le cancer ou l'anorexie respectivement.
13. Les notes retranscrites du Dr A \_\_\_\_\_ mentionne : « 16 mars 2006 avait vu le Dr B \_\_\_\_\_. en 2004 et avait continué pour raison anxieuse. Actuellement récidive depuis 1 semaine de son anxiété, 2 ans après sans qu'il y ait de grossesse en route (sic). Aimait à nouveau traitement de Déroxat comme 2004 mais pas de Xanax ou de benzodiazépines. Anamnèse actuelle : légers tr du sommeil, asthénie un peu, pas d'arrêt de travail, a perdu 4 kg Mme s'en plaint, sexuellement ça va, concentration ça va, pas d'idées suicidaires, ou sentiment de culpabilité, symptômes anxieux comme en 2004. Status 57 kg et demi, Tension artérielle 120/90 Pouls 80/min, reste du status sp. Diagnostic Etat anxieux (état dépressif léger pas de signe pour Etat dépressif majeur). Attitude : D'accord pour Déroxat, explication effets secondaires début de traitement, me retel dans 24-72h pour nouvelles et fixer rendez-vous. Traitement Déroxat-Paroxétine 20 mg/jour. »
14. Dans son questionnaire à l'attention de la SUVA, le Dr A \_\_\_\_\_ indique notamment, le 17 septembre 2007, que la personne assurée ne souffrait pas de troubles du comportement ni de signe psychotique.
15. Le Dr B \_\_\_\_\_, consulté en 2004, a également répondu à un questionnaire de la SUVA, le 30 juillet 2007, en constatant que son patient avait souffert d'un état dépressif et mentionnant notamment « pas d'idées suicidaires. » Le Dr B \_\_\_\_\_ qualifie l'atteinte psychique de Monsieur O \_\_\_\_\_ d'état dépressif majeur et précise une très bonne réponse au traitement antidépresseur et la fin de la prise de médicaments à fin novembre 2004 et qu'il n'a plus aucun contact depuis.
16. Bien que très organisé et méticuleux, Monsieur O \_\_\_\_\_ n'a pas mis en ordre ses affaires ni laissé une lettre ou une note explicative à son épouse.
17. Monsieur O \_\_\_\_\_ était un collectionneur passionné d'armes à feu et un tireur formé. Il pratiquait le tir régulièrement et gardait ses armes dans deux coffres-forts.
18. Après avoir réuni les éléments nécessaires à l'instruction du cas, la SUVA Genève a, par décision du 22 octobre 2007, refusé d'allouer des prestations d'assurance autres qu'une indemnité pour frais funéraires, au motif que Monsieur O \_\_\_\_\_ s'était volontairement donné la mort.
19. Dans le délai légal, l'épouse de Monsieur O \_\_\_\_\_ a formé opposition contre cette décision, concluant au versement de prestations légales d'assurance. En substance, la recourante soutient que son époux, sous l'emprise des médicaments ingérés, avait totalement perdu la capacité d'apprécier sainement sa situation et n'était dès lors plus à même de déterminer ses actes au moment où il s'est blessé mortellement.

20. Invité à s'exprimer sur les arguments de l'opposante, le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès de la SUVA, a, le 13 février 2008, maintenu son évaluation précédente, estimant qu'aucun argument n'était « valable ». Le SSRI et de surcroît la Paroxétine n'ont pas été incriminés de manière scientifiquement prouvée comme favorisant le passage à l'acte suicidaire sur un mode « impulsif », surtout après une seule prise médicamenteuse : les études montrent que globalement le suicide, dans les dépressions graves, n'est pas augmenté dans la phase initiale de prescription des SSRI par rapport à une population qui ne reçoit aucun traitement. Sur la base notamment de ces explications, la SUVA a confirmé la décision du 22 octobre 2007 et rejeté l'opposition.
21. Dans sa décision sur opposition du 12 mars 2008, la SUVA relève notamment que si personne ne conteste le fait que Monsieur O\_\_\_\_\_ traversait des phases de dépression et qu'il était au jour du drame précisément en traitement pour une nouvelle dépression, l'on ne saurait pour autant apporter la preuve au degré de vraisemblance prépondérante de l'existence d'une incapacité totale de discernement au moment litigieux. La SUVA relève encore que le Dr P. C\_\_\_\_\_ a, dans une appréciation du 3 octobre 2007, considéré que l'acte de Monsieur O\_\_\_\_\_ était préparé et « réfléchi » et spécifié que, selon les données récentes, le SSRI ne favorise pas le passage à l'acte chez l'adulte.
22. Par acte du 28 avril 2008, reçu le 30 avril 2008, Madame N\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition de la SUVA du 12 mars 2008. Elle concluait en particulier à la recevabilité du recours, à l'annulation de la décision sur opposition du 12 mars 2008, au constat que le suicide de son mari constituait un accident au sens de l'art. 4 LPGA, à l'octroi d'une rente de survivants à elle-même et à ses enfants, et éventuellement à l'octroi d'une rente partielle de survivants, à raison de 80 %, à elle-même et à ses enfants. Dans son argumentation, la recourante insistait en particulier sur le fait que le suicide de son époux constituait un accident et que notamment la Paroxétine pouvait provoquer - et a effectivement provoqué par le passé - chez certains patients une perte totale de la capacité de discernement, les désinhibant jusqu'à tuer leurs proches et/ou à se suicider.
23. A la requête de la SUVA du 27 juin 2008, au motif de parfaire l'instruction médicale du dossier, requête à laquelle a adhéré la recourante par courrier électronique du 26 juin 2008 adressé à la SUVA, le Tribunal cantonal des assurances sociales a rendu le 7 juillet 2008 une ordonnance suspendant l'instruction de la cause en application de l'art. 78 let. a LPA.
24. Par courrier du 9 juillet 2009, la recourante a sollicité la reprise de l'instance et, ce faisant, la fixation à la SUVA d'un délai pour déposer sa réponse au recours du 28 avril 2008.

25. Durant la période de suspension, la SUVA a soumis le dossier à son médecin-conseil, la Dresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour examen. Cette dernière a relevé notamment, dans un rapport du 3 septembre 2008, que, d'après le rapport médical du psychiatre traitant, le Dr . B\_\_\_\_\_, l'antidépresseur paroxétine avait bien été toléré et il s'était produit une nette amélioration en trois semaines. La Dresse D\_\_\_\_\_ relève que « En résumé, il s'est vraisemblablement produit chez l'assuré une récurrence de maladie dépressive. Une symptomatologie psychotique n'a jamais été documentée. Dans la première phase documentée en 2004, Monsieur O\_\_\_\_\_ a reçu un traitement antidépresseur médicamenteux comportant un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS). Ce traitement a apporté une amélioration et a été bien toléré. Dans la phase dépressive de 2006, un traitement a été de nouveau débuté avec la même substance chimique, en plus une médication décontractante et tranquillisante a été associée. Il est de pratique clinique courante, dans le cas de nouvelle survenue d'une dépression, d'administrer le médicament auquel le patient a précédemment bien répondu et qui a été bien toléré. De même, l'association d'un antidépresseur et d'un tranquillisant est habituelle au début d'un traitement médicamenteux, en particulier lorsque l'anxiété, l'agitation et la tension dominent le tableau clinique de la dépression. Dans le cas en discussion, ni les documents dont nous disposons ni les déclarations de l'épouse lors de l'entretien du 20.8.2008 n'indiquent qu'il y ait eu une manifestation psychotique de dépression ; aucun état d'excitation et aucune attaque de panique n'ont été observés, et un médicament antidépresseur a été pris, qui avait été bien toléré lors d'un traitement précédent et a de surcroît été associé à une substance ayant une action décontractante et tranquillisante. Il est par conséquent improbable qu'il y ait eu un effet défavorable de la médication dans le sens d'un état d'anxiété ou d'excitation massif dans le cadre duquel le suicide se serait produit. Un effet paradoxal rarement décrit des tranquillisants qui, au lieu d'un effet calmant, exercent un effet d'agitation, excitabilité, psychoses etc. ne peut pas non plus être présumé. D'après son épouse, la veille de l'acte, l'assuré avait pris le soir la première dose de paroxétine et de tranquillisant et n'avait présenté aucun symptôme particulier. En ce qui concerne les discussions de ces dernières années sur la question de savoir si les antidépresseurs augmentent la suicidalité et le taux de suicide des personnes dépressives, je renvoie au travail d'ensemble des auteurs renommés, qui a paru dans le Forum médical suisse. Dans ce travail, les résultats d'études individuelles ont été exploités. En résumé, il y est retenu que « les antidépresseurs amènent une diminution des épisodes dépressifs et réduisent le risque de rechute », que « non seulement l'augmentation de l'allant dans le cadre de l'amélioration, mais également les effets secondaires des antidépresseurs modernes peuvent favoriser les symptômes suicidaires en phase initiale, mais n'entraînent pas d'augmentation des suicides » et que « les pulsions suicidaires peuvent être réduites par le traitement à court terme de l'agitation, de la tension, de l'anxiété et de l'insomnie par les benzodiazépines ». En tenant compte de tous les aspects décrits

plus haut et du point de vue médical, on ne peut pas admettre avec vraisemblance que lors du suicide de mars 2006 il existait un état d'abolition totale du jugement ».

26. Dans un rapport complémentaire du 22 octobre 2008, la Dresse D\_\_\_\_\_ conclut « A côté de ces considérations générales, il convient d'étudier le présent cas isolé. Il ne ressort ni de l'étude du dossier, ni de l'entretien avec la veuve de l'assuré que celui-ci ait été atteint d'une maladie psychotique sévère d'une intensité telle qu'elle ait conduit à une abolition totale du jugement. Au moment de l'évènement du 17.3.2008 [2006], un traitement médicamenteux avait été débuté par le médecin de famille avec un ISRS (paroxétine) et un tranquillisant (bromazépam) en raison d'une maladie dépressive. Etant donné qu'à une phase antérieure du traitement, cet antidépresseur avait été bien toléré et avait conduit à une rémission de la maladie, il est peu vraisemblable que ce même médicament ait favorisé un acte suicidaire. »
27. Confrontée au rapport de la SUVA, la recourante s'est adressée à un expert indépendant, à savoir le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste en pharmacologie clinique, auquel elle a soumis le dossier intégral. Dans son rapport du 15 mars 2009, le Dr E\_\_\_\_\_ arrive à la conclusion que « il n'y a aucun doute que la mort de Monsieur O\_\_\_\_\_ a été causée par la prise de Paroxétine. Il s'agit d'une complication rare, mais clairement existante. Contrairement à ce qui est écrit dans la « prise de position » du Dr D\_\_\_\_\_, il existe une documentation non équivoque du fait que la Paroxétine peut être la cause de suicidalité, surtout chez des individus relativement jeunes (...) Ce qui est concluant, c'est que l'information officielle (produite par la compagnie pharmaceutique et approuvée par les autorités) contient maintenant une mise en garde sévère au sujet du risque de suicidalité : « Le risque de comportement suicidaire peut être accru lors d'un traitement par la paroxétine chez les adultes jeunes ... Ces données de patients souffrant de MDD [major depressive disorder] suggèrent que la fréquence plus élevée de comportements suicidaires observée chez les jeunes adultes souffrant de divers troubles psychiatriques pourrait également s'étendre aux patients âgés de plus de 24 ans. » Le Dr E\_\_\_\_\_ fait encore remarquer trois points :
- Un tel texte ne serait jamais publié par une firme s'il n'y avait pas de preuve scientifique suffisante d'une suicidalité accrue.
  - En 2006, l'avertissement officiel concernant la paroxétine était encore beaucoup moins sévère (d'où une attitude possiblement trop peu méticuleuse du médecin traitant).
  - D'autres antidépresseurs de type « inhibiteur sélectif de la recapture de sérotonine » ne sont pas accompagnés d'un avertissement aussi sévère.
28. Se référant à des études réalisées aux Etats-Unis sur l'utilisation de Paxil - et partant l'identique Paroxétine - , la recourante relève, le 9 juillet 2009, qu'il avait été constaté que la plupart des tentatives de suicide interviennent au début du

---

traitement avec la Paroxétine, soit pendant la première semaine de traitement. Elle précise en outre qu'il est ainsi confirmé tant scientifiquement que par des cas concrets que la Paroxétine, dès le prise du premier comprimé, a été et peut être la cause tant d'un suicide que d'un homicide. De plus, relève-t-elle, il est donc scientifiquement reconnu et confirmé par maints jugements que les SSRI dont notamment la Paroxétine, peuvent déclencher divers mécanismes psychiques dont notamment l'akathisie qui provoquent d'anormales conditions psychiques qui paralysent tant la capacité de discernement que la fonction volitive du patient qui est ainsi condamné au suicide ou à l'homicide sans y être responsable. La recourante affirme encore que dans le cas de O \_\_\_\_\_, il est établi qu'il a souffert d'un MDD, d'angoisse, d'anxiété et de panique. Il n'a jamais été suicidaire. Il avait une famille à laquelle il était attaché et qu'il aimait par-dessus tout. Il avait un excellent travail. Sa situation financière était bonne et parfaitement en règle. La recourante affirme encore qu'il n'y a dans ce cas d'espèce qu'une seule conclusion qui s'impose : la Paroxétine l'a conduit au suicide, sa capacité de discernement et sa fonction volitive étant paralysées. La recourante conclut enfin que tant l'état actuel des études cliniques et pharmacologiques de la compagnie pharmaceutique GSK que celui de la science psychiatrique permettent de dire que les avis des deux médecins-conseils de la SUVA, à savoir les Dres med. C \_\_\_\_\_ et M. D \_\_\_\_\_, sont mal fondés et partiels.

29. Répondant à l'écriture de la recourante, à l'occasion de la reprise d'instance, la SUVA, par courrier du 19 août 2009, rappelle tout d'abord que le litige porte sur le point de savoir si le suicide de l'assuré était constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, en d'autres termes s'il était dans un état de totale incapacité de discernement au moment de l'acte fatal pour que le caractère involontaire de l'atteinte puisse être retenu. La SUVA rappelle également que le Dr C \_\_\_\_\_, psychiatre, a conclu à un acte « préparé et réfléchi ». La SUVA retient aussi que, dans son appréciation du 3 septembre 2008, la Dresse D \_\_\_\_\_, après avoir recueilli les éléments anamnestiques pertinents, relève que l'assuré a présenté plusieurs phases dépressives depuis 1997 ayant répondu à un traitement antidépresseur de paroxétine, ensuite associé à un tranquillisant. Aucun symptôme psychotique ou troubles du comportement n'a alors été évoqué. Dans les heures qui ont précédé l'acte fatal, aucune manifestation psychotique de dépression, état d'excitation ou attaque de panique n'ont été observés. Dans ces conditions, la Dresse D \_\_\_\_\_ exclut qu'il ait existé un état de totale abolition de la capacité de jugement de l'assuré lors des faits. Enfin, faisant références aux diverses publications de la recourante, la SUVA rappelle que, dans le cas précis et concret de l'assuré, la Dresse D \_\_\_\_\_ constate d'une part que, selon cette doctrine, la plupart des suicides surviennent chez des sujets qui ne sont pas traités par des antidépresseurs alors que Monsieur O \_\_\_\_\_ l'était, et d'autre part que l'assuré avait déjà subi ce même traitement sans particularité, ce qui met en doute une réaction paradoxale. Sur cette base, la SUVA conclut au rejet du recours.

30. Répliquant, le 20 novembre 2009, la recourante faisant une corrélation entre l'usage des médicaments Yasmin et Yaz (pilules contraceptives) et la Paroxétine au sujet notamment du renforcement des avertissements sur les effets secondaires, relève que malgré l'utilité d'un médicament pour la majorité des patients, il y en a quelques rares personnes pour lesquelles leurs effets secondaires défavorables sont néfastes. Confirmant ses conclusions, la recourante précise encore « ce qui importe pour le cas d'espèce, c'est qu'il est reconnu que le Paroxétine a causé par le passé et peut causer, dans des rares cas, le premier ou le deuxième jour de la prise du médicament, de violentes et subites attaques d'anxiété et de panique incontrôlables que le patient subi et qui, en paralysant sa faculté de cognition et de contrôle sur ses actes, finissent en suicide et /ou homicide. »
31. Répondant, le 19 février 2010, la SUVA relève que les considérations somme toute assez générales concernant des pilules contraceptives qui n'ont de toute façon pas été administrées à l'assuré, ne sauraient remettre en cause l'appréciation de la Dresse D\_\_\_\_\_ qui s'est prononcée sur le cas concret de l'intéressé dans ses appréciations des 3 septembre et 22 octobre 2008. En conséquence, l'intimé persiste dans ses conclusions.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents.

Selon l'art. 56 al. 1<sup>er</sup> LPGA, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 60 al. 1<sup>er</sup> LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1<sup>er</sup> LPGA). En l'espèce, le recours interjeté le 28 avril 2008 contre la décision sur opposition de l'intimée du 12 mars 2008, reçue le 14 mars 2008 a été déposé, en considérant la suspension du délai de 7<sup>ème</sup> jour avant Pâques au 7<sup>ème</sup> jour après Pâques, dans le délai de 30 jours.

Respectant par ailleurs les règles de forme imposées par la loi, le recours est recevable.

3. 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.

La définition de l'accident, reprise aujourd'hui par l'art. 4 LPGA, figurait à l'art. 9 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (ci-après : OLAA) qui disposait que par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire.

L'art. 37 al. 1 LAA précise que 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.

Par ailleurs, même s'il est prouvé que l'assuré entendait se mutiler ou se donner la mort, l'art. 37 al. 1 de la loi 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 LAA).

4. En l'espèce, il est établi, et nul ne le conteste, que Monsieur O\_\_\_\_\_ s'est donné la mort. Le litige porte sur la question de savoir s'il était dans un état d'incapacité totale de discernement au moment de l'acte fatal, en raison notamment de la prise de la Paroxétine.
5. Selon la jurisprudence (ATFA non publié du 9 décembre 2003 en la cause U 328/02), celui qui prétend à 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 (arrêt A. du 19 juin 1998 [U 182/96], in SVZ/RSA 68/2000 p. 201; RAMA 1996 no U 247 p. 171 consid. 2a, 1988 no U 55 p. 362 consid. 1b). 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 117 V 264 consid. 3b et la référence; SVZ/RSA 68/2000 p. 202).

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 (RAMA 1996 no U 247 p. 172 consid. 2b et les références). 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 (ATFA du 19 juin 1998 en la cause U 182/96, in SVZ/RSA 68/2000 p. 201).

6. Il convient d'examiner si l'événement du 17 mars 2006 est dû à un accident, ou un suicide.
7. La Cour de céans remarque en préambule que s'il existe un doute quant à la question de savoir s'il s'agit d'un accident ou d'un suicide, ce doute peut être qualifié de faible en l'espèce.

En effet, les éléments mentionnés par la recourante qui constitueraient des indices d'un accident ne peuvent être suffisamment étayés à la lecture de l'entier du dossier. Ces éléments qui sont notamment tirés isolément de la déclaration du Dr A\_\_\_\_\_ qui relevait que Monsieur O\_\_\_\_\_ n'avait pas d'idées suicidaires ou du Dr B\_\_\_\_\_ qui n'a pu constater de tendance suicidaire ou encore de l'avis du Dr E\_\_\_\_\_ qui fait notamment état du fait que la Paroxétine peut être la cause de suicidalité ainsi que les publications à ce sujet qui font état de possibilité de suicide, ne constituent que des pistes évoquées et des hypothèses.

En revanche, le rapport de police, le rapport d'entretien du 3 septembre 2008, établi par la Dresse D\_\_\_\_\_ qui a entendu la recourante, apporte un éclairage utile à l'appréciation du litige

Les constatations de la police judiciaire, telles qu'elles découlent du rapport de levée de corps, effectuées peu après le drame, font état d'un suicide.

8. Dans un arrêt du 20 mars 2006, (I 31/05) le Tribunal fédéral a rappelé que « Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige ; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. (...) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir

supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf ATF 130 I 183 consid. 3.2).

En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf ATF 130 III 324 s. consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (en matière d'assurances sociales, voir les art. 69 LAI et 85 al. 2 let. c LAVS, tels qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 ; depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, cf art. 61 let. c LPGa ; pour la procédure devant le Tribunal fédéral des assurances, cf. art. 95 al. 2, 113 et 132 OJ), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt T. du 21 juillet 2005[I 727/02]).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves. (...) Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV no 10 p. 28 consid. 4b) la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. Etant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). »

9. Selon la jurisprudence répétée du Tribunal fédéral des assurances (ATFA non publié du 18 juillet 2002 en la cause U 28/01) le suicide comme tel n'est un accident assuré, conformément à l'art. 48 OLAA, que s'il a été commis dans un état de totale incapacité de discernement au sens de l'art. 16 CC. 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 113 V 62 consid. 2; RAMA 1990 no U 96 p. 185 consid. 2; ATF 115 V 151 consid. 2b publié dans la RAMA 1989 no U 84 p. 448). 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. 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 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 (ATFA non publié du 25 octobre 1996 en la cause U 160/95 ; ATFA non publié du 22 mai 1996 en la cause U 223/94 ; 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, 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 (ATFA non publié du 9 décembre 2003 en la cause U 328/02 ; RAMA 1996 no U 267 p. 311).

10. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1).

En outre, lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353).

11. Au sujet de la valeur probante d'un rapport médical, le Tribunal a rappelé dans un arrêt du 2 février 2010 (9C\_603/2009) « En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la

---

description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 353 ; 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références). »

12. Le juge peut ainsi accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé ou de douter de l'objectivité des appréciations portées. (U25/05). Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).
13. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).
14. Il sied de rappeler que, au sujet des précautions à observer lors de la prise de Paroxétine-Mepha, le Compendium Suisse des Médicaments relève, notamment, que dans des études cliniques, des informations ont été obtenues et suggèrent qu'un risque plus élevé de comportements suicidaires (y compris tentatives de suicide) existerait chez les jeunes adultes, en particulier ceux qui souffrant d'une dépression, sous traitement avec Paroxétine-Mepha. La plupart des tentatives de suicide dans les études cliniques sur la dépression concernaient des patients âgés de 18 à 30 ans.
15. En l'occurrence, le rapport du Dr B\_\_\_\_\_ relève, dans les réponses aux questions de la SUVA du 30 juillet 2007 que Monsieur O\_\_\_\_\_ souffrait d'un état dépressif majeur et que, en 2004, la prise de la Paroxétine avait été bien tolérée. Pour sa part, Le Dr A\_\_\_\_\_ note, le 16 mars 2006, en particulier une récurrence depuis une semaine de l'anxiété de Monsieur O\_\_\_\_\_ et, d'accord avec ce dernier, lui prescrit du Déroxat-Paroxétine 20 mg/jour. Dans son rapport à la SUVA du 17 septembre 2007, le Dr A\_\_\_\_\_ relève comme diagnostic : état anxieux et état dépressif, et indique, en 2004, un épisode dépressif similaire avec un traitement de Déroxat. Considérant le fait que Monsieur O\_\_\_\_\_ avait déjà

été soigné de façon satisfaisante avec la Paroxétine, la Cour retiendra que ce médicament ne pouvait pas altérer le comportement de Monsieur O \_\_\_\_\_ au point de lui ôter toute capacité de discernement. Enfin les affirmations péremptoires du Dr E \_\_\_\_\_ selon lesquelles « il n'y a aucun doute que la mort de M. O \_\_\_\_\_ a été causée par la prise de paroxétine » ne seront également pas retenues puisque, d'une part, ce même médecin précise qu'il s'agit de complication rare mais existante et que, d'autre part, Monsieur O \_\_\_\_\_ avait déjà pris ce médicament en 2004 et qu'il avait eu une très bonne réponse au traitement antidépresseur, conformément aux indications du Dr B \_\_\_\_\_.

16. En revanche, la Dresse D \_\_\_\_\_ mentionne clairement qu'il ne ressort ni de l'étude du dossier, ni de l'entretien avec la veuve de l'assuré que celui-ci ait été atteint d'une maladie psychotique sévère d'une intensité telle qu'elle ait conduit à une abolition totale du jugement. Au moment de l'évènement du 17.3.2008 [2006], un traitement médicamenteux avait été débuté par le médecin de famille avec un ISRS (Paroxétine) et un tranquillisant (Bromazépam) en raison d'une maladie dépressive. Etant donné qu'à une phase antérieure du traitement, cet antidépresseur avait été bien toléré et avait conduit à une rémission de la maladie, il est peu vraisemblable que ce même médicament ait favorisé un acte suicidaire.
17. En l'espèce, l'appréciation de la Dresse D \_\_\_\_\_ a fait l'objet d'une étude approfondie du cas de Monsieur O \_\_\_\_\_. En effet, le rapport fait état de la situation d'après les pièces ainsi que d'un entretien qu'elle a eu avec la recourante. Se référant, en particulier, au rapport médical de Dr B \_\_\_\_\_ qui relève que l'antidépresseur Paroxétine avait été bien toléré en 2004 et qu'il s'était produit une nette amélioration en trois semaines, la Dresse D \_\_\_\_\_ conclut au fait qu'on ne peut pas admettre avec vraisemblance que lors du suicide de mars 2006, il existait un état d'abolition totale de jugement. Pour toutes ces raisons, la Dresse D \_\_\_\_\_ a conclu qu'il était peu vraisemblable que la Paroxétine ait favorisé l'acte suicidaire étant donné qu'à une phase antérieure cet antidépresseur avait été bien toléré et avait conduit à une rémission de la maladie. Si l'on analyse la teneur et les conclusions de l'appréciation de la Dresse D \_\_\_\_\_ par rapport à l'ensemble du dossier, on peut constater qu'elle est convaincante et doit donc être suivie.

En effet, ses conclusions sont pleinement corroborées par les circonstances objectives et subjectives entourant le geste désespéré du 17 mars 2006. L'acte considéré n'apparaît donc pas comme résultant d'une pulsion totalement irrationnelle et incontrôlable, ce que le rapport d'appréciation exprime parfaitement. Les autres explications avancées par la recourante quant à l'absence totale de capacité de discernement lors de l'évènement du 17 mars 2006 ne sauraient être suivies, dès lors qu'elles ne sont étayées que par des déclarations de l'épouse de Monsieur O \_\_\_\_\_ et des avis de médecins traitants et, notamment par le rapport du Dr E \_\_\_\_\_ qui formule essentiellement des

hypothèses en précisant en particulier qu'il s'agit d'une complication rare mais clairement existante. En ce sens, les écritures de la recourante ne suffisent pas à mettre le rapport de la Dresse D\_\_\_\_\_ en doute au point qu'il faille se distancer de ses conclusions ou ordonner des enquêtes ou une expertise judiciaire. Le fait que la capacité de discernement de l'assuré était peut-être altérée, mais pas totalement absente lors du suicide, est à cet égard convaincant. En effet, convaincue que la prise de la Paroxétine qui avait été bien tolérée en 2004 et avait permis une rémission, n'a pas annihilé la capacité de discernement de Monsieur O\_\_\_\_\_ et ceci avec un degré de vraisemblance prépondérante, la Cour estime que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier son appréciation et qu'il est superflu d'administrer d'autres preuves.

Vu ce qui précède, force est de considérer que le geste commis par l'assuré le 17 mars 2006 constitue un suicide durant lequel l'intéressé n'était pas totalement incapable de se comporter raisonnablement. Ce suicide ne constituant pas un accident au sens de la loi, l'intimée était donc en droit, par sa décision sur opposition du 12 mars 2008, de refuser l'octroi de prestations à l'exception d'une indemnité pour frais funéraires.

18. Le recours sera par conséquent rejeté.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :  
Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable

**Au fond :**

2. Le rejette
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président suppléant

Florence SCHMUTZ

Georges ZUFFEREY

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le