

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1508/2008

ATAS/838/2016

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 18 octobre 2016**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à CAROUGE, comparant avec élection      Recourante  
de domicile en l'étude de Maître NEPHTALI Laurent

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS      Intimée  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,  
Juges assesseurs**

**EN FAIT**

1. Monsieur B \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ (l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1969, marié, père de deux enfants nés en 1997 et 2004, est décédé le \_\_\_\_\_ 2006; il travaillait comme account manager pour C \_\_\_\_\_ AG (l'employeur) depuis le 19 décembre 2001 et était assuré à ce titre contre le risque accident auprès de la SUVA, caisse nationale suisse en cas d'accidents (SUVA).
2. Le rapport de levée de corps du \_\_\_\_\_ 2006 mentionne que l'épouse a déclaré avoir discuté avec son époux le matin même sans rien remarquer de particulier, puis elle s'est rendue à l'école y déposer sa fille. A son retour, elle a découvert le corps du défunt. Elle dit que son mari était surmené et qu'il prenait un traitement à base d'un calmant et d'un anti-dépresseur. Elle a déclaré oralement que son époux était dans un état dépressif.
3. Le 31 mars 2006, l'épouse de l'assuré a été entendue par la police judiciaire. Elle a déclaré :

"Le vendredi \_\_\_\_\_ au matin, j'ai quitté notre appartement vers 0720 h. pour, comme d'habitude, amener ma fille chez sa nounou et mon fils à l'école, à Bernex. D'ordinaire, je mets environ 45 minutes pour faire le tour.

A mon départ, mon mari m'a dit qu'au retour, il m'amènerait au travail, et qu'il garderait ensuite la voiture car il avait des rendez-vous dans la matinée.

Je suis revenue vers 0810h. à l'appartement. La porte était fermée à clé. Cependant, je précise que, résidant au rez-de-chaussée, nous verrouillons toujours notre porte palière à clé, quand bien même nous sommes à l'intérieur.

Lorsque j'ai vu mon mari sur le lit de notre chambre, j'ai vu le sang, mais je n'ai pas vu la blessure au front. J'ai pensé qu'il y avait eu un accident, mais je n'ai pas imaginé tout de suite qu'il pouvait être décédé. J'ai appelé une première fois le 117. Par la suite, je suis retournée dans la chambre et j'ai constaté que mon mari n'avait plus de pouls. J'ai donc à nouveau appelé le 117.

Pour vous répondre, mon mari était devenu très stressé depuis quelques jours avant son décès. Il mettait cet état sur le compte d'un certain surmenage professionnel, dans l'entreprise C \_\_\_\_\_, pour laquelle il œuvrait depuis plus de 5 ans. Il avait également des soucis d'organisation en ce qui concerne notre appartement.

Le mardi ou le mercredi précédent son décès, il m'a fait part du fait qu'il désirait aller voir son psychologue, le Docteur D \_\_\_\_\_. Je précise que mon mari avait déjà eu affaire à lui pour un support psychologique suite à la naissance de notre fille, qui va avoir 18 mois.

Malheureusement, le Dr D\_\_\_\_\_ était en vacances, et mon mari est allé voir le Dr E\_\_\_\_\_, son médecin généraliste. Ce dernier lui a prescrit des antidépresseurs, de la marque paroxine mepha, et des Lexotanil. Je précise que mon mari a certainement dû expliquer au Dr E\_\_\_\_\_ qu'il avait déjà pris le même antidépresseur lorsque notre fille est née, ce qui a dû motiver le Dr E\_\_\_\_\_ à lui en prescrire à nouveau.

Mon mari a pris jeudi un comprimé de cet antidépresseur, et à nouveau un comprimé le vendredi 17 mars au matin, jour de son décès.

Je précise que, depuis le décès de B\_\_\_\_\_, je me suis renseignée sur ce médicament. La notice d'emballage du médicament ne mentionne en effet aucun effet secondaire suite à la prise de ce dernier. Par contre, sur Internet, j'ai vu que dans différents pays, le monde de la santé mettait en garde contre la prescription de cet antidépresseur, et que des cas similaires de suicide avaient déjà été constatés lors de traitements à l'aide de ce médicament. Je vous confie de la documentation à ce sujet.

En discutant ensuite avec le Dr E\_\_\_\_\_, ce dernier m'a confié que lorsqu'il avait vu B\_\_\_\_\_ en consultation, rien n'indiquait qu'il puisse présenter des tendances suicidaires. Je précise que nous n'avions pas de problèmes graves, qu'ils soient financier ou de couple.

Ainsi, je pense que si B\_\_\_\_\_ a mis fin à ses jours, ce n'est pas un acte longuement réfléchi, mais que c'est un coup de folie. Je pense que s'il s'était agi d'un acte prémédité, il m'aurait laissé un mot d'explications et, étant particulièrement méticuleux, il aurait auparavant mis en ordre ses affaires. Je n'ai pas découvert de mot d'explications suite à son décès.

Je pense que son acte n'était pas réellement conscient, mais qu'il était induit par les médicaments. J'ai un doute concernant le fait que mon mari, en pleine possession de ses facultés, ait pu délibérément mettre fin à ses jours.

Pour ce qui est des armes, mon mari a commencé à "collectionner" des armes voici environ deux ans. Je pensais qu'il s'agissait d'une passion passagère. A cause de nos enfants, j'avais exigé qu'il range ces armes dans un coffre-fort, qui est installé dans l'armoire du hall."

4. Selon les conclusions du rapport du 17 mai 2006 de l'Institut de médecine légale, les données de l'examen jointes aux renseignements de police étaient évocatrices d'un décès consécutif à un coup de feu trans-crânien; la police avait indiqué qu'après avoir amené son enfant à l'école, l'épouse avait découvert le corps étendu sur le lit de la chambre à coucher ; l'assuré s'était tiré une balle dans la tempe droite avec une arme de poing.

5. Le 11 mai 2007, l'employeur a annoncé à la SUVA le décès de l'assuré.
6. Selon un entretien téléphonique du 6 juin 2007 entre la SUVA et l'épouse de l'assuré, cette dernière a indiqué que la mort de son époux était due à un médicament anti-dépresseur.
7. Entendue à la SUVA le 16 juillet 2007, l'épouse de l'assuré a indiqué que son époux avait fait une dépression après la naissance de son fils en 1997; dès 2004, il s'était passionné pour les armes à feu qu'il stockait à domicile; au cours de sa seconde grossesse, son époux était très stressé et avait consulté le Dr E\_\_\_\_\_, médecin traitant et le Dr D\_\_\_\_\_, psychiatre; il avait pris du Deroxat pendant quatre mois ; fin 2005, début 2006, son époux était stressé, d'une part, professionnellement et, d'autre part, en raison de travaux non terminés dans l'appartement; en mars 2006, conseillé par son chef, il consulte son psychiatre, lequel était en vacances; le 16 mars 2006, il consulte alors le Dr E\_\_\_\_\_ qui lui prescrit un générique du Deroxat, le Paroxétine-Mepha, et du Lexotanil qu'il a pris le soir du 16 mars et le matin du 17 mars 2006; elle a précisé ne pas comprendre du tout ce passage à l'acte, car jamais il ne lui avait parlé de suicide, même dans ses périodes de déprime; elle estimait que la prise des médicaments avait provoqué le suicide; sur la posologie du médicament ne figurait pas le risque accru de suicide, alors qu'il était mentionné dans le Compendium, lequel précisait que de faibles doses devaient être prescrites (10 mg) en début traitement, alors que son époux en avait pris 20 mg; elle souhaitait des excuses de la société MEPHA, mais celle-ci avait seulement proposé de l'indemniser de CHF 10'000.- à CHF 20'000.-.
8. Le 18 juillet 2007, l'épouse de l'assuré a communiqué à la SUVA des informations sur la Paroxétine-Mepha, médicament pris par son époux.
9. A la demande de la SUVA, le Dr D\_\_\_\_\_ a fourni des renseignements le 13 août 2007. L'assuré avait consulté une première fois le 25 juin 2004 ; les premiers signes seraient apparus quelques mois plus tôt, lorsque son épouse était tombée enceinte du deuxième enfant; il n'avait jamais envisagé une hospitalisation en psychiatrie de l'assuré, lequel présentait un état dépressif, avec perte d'intérêt, idées d'incapacité, d'incurabilité, sans idées suicidaires ; l'état avait évolué sous Paroxétine 1cp/j., bien supporté, amélioration au bout de trois semaines; la dernière consultation avait eu lieu le 20 octobre 2004 ; il se comportait après l'accouchement de son épouse le 10 octobre 2004 comme un heureux père ; les médicaments avaient été supprimés à fin novembre 2004.

Le diagnostic était celui d'état dépressif réactionnel à la grossesse de l'épouse, comme lors de la grossesse pour le premier enfant. Guérison spontanée semblait-il ; il s'agissait d'un état dépressif majeur.

10. A la demande de la SUVA, le Dr E\_\_\_\_\_ a donné des renseignements le 17 septembre 2007.

L'assuré ne souffrait pas de troubles du comportement ni de signes psychotiques avant l'acte ; en 2004, il avait présenté un épisode dépressif similaire et avait vu le Dr D\_\_\_\_\_ ; traitement de Deroxat ; l'assuré présentait un état anxieux, de légers troubles du sommeil, des troubles de la concentration et une perte de cinq kilos; la veille du décès, l'assuré l'avait consulté en se plaignant d'anxiété; "il dort mal, a perdu 5 kg et peine à se concentrer, il ressent le même état qu'il y a 2 ans auparavant, lorsqu'il m'avait consulté puis consulté le Dr D\_\_\_\_\_, ce dernier étant absent pour 4 semaines encore."

Le diagnostic était celui d'état anxieux et dépressif.

11. Le 24 septembre 2007, l'épouse de l'assuré a transmis à la SUVA des informations concernant les médicaments pris par l'assuré ainsi qu'une ordonnance du 25 août 2004 du Dr D\_\_\_\_\_ en faveur de l'assuré pour du Deroxat comprimé D98 cp un comprimé le matin et une ordonnance du 16 mars 2006 du Dr E\_\_\_\_\_ en faveur de l'assuré pour du Deroxat (Paroxétine 20mg) d'un comprimé par jour à renouveler et du Lexotanil 1,5/EO.
12. Le 3 octobre 2007, le Dr F\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu une appréciation médicale selon laquelle "après prise de connaissance des derniers rapports médicaux obtenus et lecture des publications récentes concernant le risque de passage à l'acte sous traitement d'antidépresseurs type SSRI [ou ISRS, soit inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine], je considère que le tentamen de l'assuré est un acte préparé et "réfléchi" et que, selon les données récentes, les SSRI ne favorisent pas le passage à l'acte suicidaire chez l'adulte."
13. Le 22 octobre 2007, l'épouse de l'assuré a transmis à la SUVA une copie de l'agenda de la semaine du 13 mars 2006 de son époux, en précisant qu'il était en procédure avec la régie concernant des travaux et attendait un appel de son avocat.
14. Par décision du 22 octobre 2007, la SUVA a considéré que l'assuré s'était volontairement donné la mort sans que rien ne permette de supposer qu'il ait été, au moment des faits, totalement incapable de se comporter raisonnablement, de sorte qu'aucune prestation n'était due, hormis l'indemnité pour frais funéraires.
15. Le 21 novembre 2007, l'épouse de l'assuré, représentée par un avocat, a fait opposition à la décision précitée au motif qu'il était parfaitement vraisemblable que l'assuré fut incapable de discernement au moment du décès, en raison de la prise conjointe de la Paroxétine et du Lexotanil les 16 et 17 mars 2006; le Dr E\_\_\_\_\_ avait indiqué qu'il n'y avait pas de tendance suicidaire, tout comme le Dr D\_\_\_\_\_.

L'assuré s'était spontanément rendu chez son médecin traitant; en 2004, l'assuré avait bien supporté son traitement de Paroxétine, mais celui-ci avait débuté le 25 août 2004, après une thérapie de relaxation, par l'hypnose notamment, du 25 juin au 24 août 2004, de sorte qu'il était stable et calme avant la prise de Paroxétine; en 2006, l'assuré avait débuté son traitement alors qu'il était en plein état dépressif, d'anxiété et amaigri; il n'avait pas laissé de lettre explicative, alors qu'il était bien organisé et consciencieux; il était avéré que la Paroxétine augmentait le risque de suicide en début de traitement.

Dès octobre 2006, Mepha Pharma SA avait modifié les informations fournies aux médecins sur la Paroxétine en mentionnant une augmentation des comportements suicidaires.

D'ailleurs, un tribunal américain avait reconnu le lien de cause à effet prépondérant de la Paroxétine pour le suicide d'une personne sous traitement, trois jours après avoir vu son médecin traitant.

L'épouse de l'assuré a requis une éventuelle expertise comprenant l'audition des Drs E\_\_\_\_\_, D\_\_\_\_\_, MM. G\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_, J\_\_\_\_\_ et elle-même.

16. Le 7 décembre 2007, l'épouse de l'assuré a transmis à la SUVA un article sur les découvertes du psychiatre K\_\_\_\_\_ concernant les effets secondaires du Deroxat et le compendium sur la Paroxétine et réitéré sa conclusion, soit que le suicide de l'assuré avait été provoqué par la Paroxétine.
17. Le 13 février 2008, le Dr F\_\_\_\_\_ a maintenu son appréciation, la Paroxétine n'ayant pas été incriminée de manière scientifiquement prouvée comme favorisant le passage à l'acte suicidaire sur un mode impulsif; globalement, les études montraient que le suicide, dans les dépressions graves n'était pas augmenté dans la phase initiale de prescription des SSRI versus une population qui ne recevait aucun traitement. Si cela était le cas, tout médecin prescripteur de SSRI pourrait se voir reprocher d'avoir commis une faute professionnelle.
18. Par décision du 12 mars 2008, la SUVA a rejeté l'opposition de l'épouse de l'assuré au motif que le Dr F\_\_\_\_\_ avait maintenu son appréciation le 13 février 2008.
19. Le 30 avril 2008, l'épouse de l'assuré, représentée par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision sur opposition de la SUVA du 12 mars 2008 en concluant à son annulation et à l'octroi de rentes de survivants, éventuellement à l'octroi de rentes partielles de survivants à 80 %.

Les avis du Dr F\_\_\_\_\_ étaient en contradiction flagrantes avec les connaissances récentes sur l'antidépresseur Paroxétine et ses effets secondaires; il était établi que les SSRI pouvaient générer des modifications soudaines et abruptes du comportement de certains patients, lesquels étaient alors privés de faculté de discernement.

En mai 2006, MEPHA Pharma SA avait modifié les informations communiquées aux médecins sur la Paroxétine en signalant le risque de suicides reconnaissant par là-même un risque accru de suicide suite à l'absorption de Paroxétine.

Il n'était pas spécifié que le risque se référait aux jeunes patients; il en était de même dans le Compedium.

Aux Etats-Unis, la Cour du district de New York avait considéré le 9 août 2001 que les homicides et le suicide d'une personne sous traitement de Paxil, identique à la Paroxétine, étaient causés par le Paxil.

En Australie, un jugement avait reconnu le lien entre la prise de Zoloft, un SSRI et l'homicide de la mère du patient par celui-ci.

En l'occurrence, l'assuré n'avait aucune tendance suicidaire, mais la ferme volonté de surmonter sa dépression ; il n'avait pas laissé de lettre à son épouse alors qu'il était organisé et méticuleux ; il n'existait pas de motifs de suicide ; le 17 mars 2006, il s'était préparé pour aller au travail; l'assuré avait déjà surmonté une dépression majeure et avait l'intention de se soigner ; la Paroxétine était l'élément extérieur extraordinaire qui avait compromis la capacité de discernement.

Enfin, l'assuré était un passionné d'armes à feu et était capable d'utiliser son pistolet situé dans l'armoire de la chambre à coucher, sans réfléchir.

20. Par ordonnance du 7 juillet 2008, le Tribunal cantonal des assurances sociales a suspendu l'instruction de la cause, d'entente entre les parties.
21. Le 3 septembre 2008, la Dresse L\_\_\_\_\_, médecin de la SUVA, a rendu une appréciation suite à l'entretien du 20 août 2008 avec l'épouse de l'assuré.

Celle-ci a indiqué qu'elle ne comprenait pas le suicide de son époux, qui l'aimait beaucoup ainsi que les enfants; rien ne l'avait frappée particulièrement dans le comportement de son époux avant le suicide ; il avait, en raison de la peur de vols, une arme, chargée, rangée dans un petit coffre. Il s'était vraisemblablement produit chez l'assuré une récurrence de maladie dépressive ; en 2004, le traitement à base de ISRS avait bien été toléré et, en 2006, il avait été associé à un tranquillisant / décontractant. Il était de pratique clinique que les antidépresseurs amenaient une diminution des épisodes dépressifs et réduisaient 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 pouvaient favoriser des symptômes suicidaires en phase initiale, mais n'entraînaient pas d'augmentation des suicides et que les pulsions suicidaires pouvaient être réduites par le traitement à court terme de l'agitation, de la tension, de l'anxiété et de l'insomnie par les benzodiazépines. On ne pouvait pas admettre avec vraisemblance que, lors du suicide de mars 2006, il existait un état d'abolition totale du jugement.

22. Le 9 septembre 2008, l'épouse de l'assuré a écrit à la Dresse L\_\_\_\_\_ que le Dr F\_\_\_\_\_ n'avait pas pris en compte certains éléments, dont plusieurs études annexées démontrant que dans une minorité non négligeable de cas, la Paroxétine conduisait des personnes au suicide.
23. Le 22 octobre 2008, la Dresse L\_\_\_\_\_ a encore pris position sur des documents transmis par l'épouse de l'assuré le 9 septembre 2008 et indiqué que pour apprécier l'action et les effets secondaires des médicaments, de grandes études étaient nécessaires dans le domaine de la science médicale. La base de données et la conception des études devaient correspondre à des standards élevés pour que l'on puisse obtenir des résultats fiables et comparables. L'article cité dans sa prise de position du 3 septembre 2008 faisait référence aux grandes études effectuées ainsi qu'aux méta-analyses portant sur la question de savoir si les antidépresseurs augmentaient le risque de comportement suicidaire et de suicide. Dans leur récapitulation, les auteurs retenaient que la plupart des suicides survenaient chez des sujets dépressifs qui n'étaient pas traités par des antidépresseurs. Cela était valable pour les adultes, les adolescents et les enfants. Le traitement conséquent des dépressions était donc une priorité. Les données provenant de nombreux pays avaient clairement montré qu'avec une augmentation des prescriptions d'antidépresseurs le nombre de suicides diminuait.

Il ne ressortait 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 psychique sévère d'une intensité telle qu'elle ait conduit à une abolition totale du jugement. Au moment de l'évènement du 17 mars 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 était peu vraisemblable que ce même médicament ait favorisé un acte suicidaire."

24. Le 11 décembre 2008, l'épouse de l'assuré a écrit à la SUVA que la Dresse L\_\_\_\_\_ avait omis de prendre en compte tous les indices qui contredisaient la commission d'un suicide, que le précédent traitement de Paroxétine avait eu lieu dans un contexte différent, suite à un traitement psychiatrique préalable, tel que recommandé et sans perte de poids de l'assuré, qu'il manquait au dossier un

rapport d'autopsie et les notes de consultation des Drs E\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, que diverses études scientifiques démontraient que la Paroxétine augmentait la fréquence des comportements suicidaires chez les patients sous traitement, en comparaison avec des patients traités par placebo.

25. Le 13 janvier 2009, le Dr E\_\_\_\_\_ a transmis à l'épouse de l'assuré copie d'une décision favorable de la Commission du secret professionnel du 8 janvier 2009 et ses notes de consultation incluant celles des 16 et 17 mars 2006, lesquelles avaient la teneur suivante :

« 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). Aimerais à nouveau traitement de Deroxat comme en 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 Deroxat, explication effets secondaires début de traitement, me retel dans 24-72h pour nouvelles et fixer rendez-vous.

A contacté le Dr D\_\_\_\_\_ absent jusqu'au 10 avril.

Traitement Deroxat-Paroxétine 20 mg/jour.

17 mars

J'apprends par l'épouse : suicide par arme à feu, l'épouse ne comprend pas le geste, l'a quitté le matin bien et la veille au soir une longue discussion sans signe de suicidalité (tout comme moi d'ailleurs). »

26. Le 15 mars 2009, le Dr M\_\_\_\_\_, FMH médecine interne, pharmacologie clinique, a rendu un avis concernant la « Paroxétine et le suicide », sur la base du dossier de l'assuré.

Il a conclu qu'il n'y avait aucun doute que la mort de l'assuré avait été causée par la prise de Paroxétine, laquelle pouvait être la cause de suicidalité, surtout chez des individus relativement jeunes; l'information officielle de la compagnie pharmaceutique contenait maintenant une mise en garde sévère du risque de suicidalité.

27. Le 9 juillet 2009, la recourante a requis la reprise de l'instance; elle a communiqué le rapport du Dr M\_\_\_\_\_ et indiqué que la société Glaxosmithkline (GSK) avait

en mai 2006 rendu les médecins attentifs quant à une modification de l'aggravation clinique et risque de suicide relativement au Paxil.

GSK savait depuis 1989 que le traitement au Paxil comportait, pour certains patients, un risque accru de suicidalité, mais l'avait sciemment caché. Il était par ailleurs établi que la plupart des tentatives de suicide intervenaient au début du traitement avec la Paroxétine et que celle-ci pouvait déclencher divers mécanismes psychiques, dont l'acathisie, provoquant des homicides et des suicides.

En l'occurrence, la Paroxétine avait conduit l'assuré au suicide.

28. Par ordonnance du 20 juillet 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales a ordonné la reprise de l'instruction.
29. Le 19 août 2009, l'intimée a conclu au rejet du recours en se fondant sur l'avis de la Dresse L\_\_\_\_\_.
30. Le 31 octobre 2009, le docteur N\_\_\_\_\_, consultant en pharmacologie clinique à Londres, a rendu un rapport d'expertise à la demande de la recourante.

Il était spécialisé dans l'évaluation des effets secondaires défavorables des traitements médicamenteux, en particulier des médicaments antidépresseurs SSRI. L'assuré avait pris 20 mg de Paroxétine et 1,5 mg de Bromazepam le 16 mars et le 17 mars au matin. Les médicaments SSRI pouvaient provoquer des états d'anxiété, d'agitation, des crises de panique, d'insomnie, d'impulsivité et d'acathésie (agitation psychomotrice), états qui étaient associés au suicide. L'acathésie pouvait être si intense que la personne pouvait vouloir mourir ; le suicide était clairement un risque établi du traitement avec la Paroxétine ; certains patients connaissaient des réactions extrêmes avec acte de violence dans les quelques jours qui suivaient le début du traitement. La Bromazépine était un tranquillisant ; les effets désinhibants des médicaments s'additionnaient, tout comme les effets combinés d'un médicament SSRI avec de l'alcool.

Le rapport de la Dresse L\_\_\_\_\_ omettait de relever certains faits, comme l'absence de la tendance au suicide de l'assuré, son souhait de surmonter sa dépression, l'absence de lettre d'adieu, l'absence de problème majeurs, son comportement le matin du drame.

L'assuré se comportait normalement et n'avait montré aucune idée suicidaire selon son épouse, de sorte que son acte soudain ne correspondait pas à un suicide prémédité ou planifié. Il avait été surpassé par une angoisse et une soudaine panique extraordinaire qui l'avaient poussé à se suicider, ce que la Paroxétine (et le bromazépan) pouvaient causer.

Les études citées par la Dresse L\_\_\_\_\_ n'étaient pas pertinentes car elles provenaient de fabricants d'antidépresseurs SSRI.

GSK avait caché les risques suicidaires liés à la Paroxétine depuis 1992. En mai 2006, GSK avait été obligée aux Etats-Unis d'avertir les médecins du risque de suicide en soulignant que les tentatives de suicide pouvaient survenir soudainement sans aucun signal d'alerte antérieur. Le dosage et l'élément temporel de la prise de médicaments rendaient hautement probable (plus de 80 % de probabilité) que la Paroxétine combinée au Bromazépam avaient causé son suicide commis dans un état d'angoisse et de panique soudaine et incontrôlable.

31. Le 20 novembre 2009, la recourante a répliqué. Il existait des similitudes entre la polémique entourant les pilules contraceptives Yasmin et Yaz de Bayer, susceptibles de causer des embolies pulmonaires et la Paroxétine et Paroxétine-Mepha de GSK. Les deux firmes avaient dissimulé les risques liées à l'utilisation des produits.
32. Le 19 février 2010, l'intimée a maintenu ses conclusions.
33. Par arrêt du 27 octobre 2011 (ATAS/1024/2011), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice a rejeté le recours en considérant que l'assuré était, au degré de vraisemblance prépondérante, pas totalement incapable de discernement au moment du suicide, de sorte que celui-ci n'était pas un accident.
34. Par arrêt du 8 janvier 2013 (8C\_916/2011), le Tribunal fédéral a admis le recours déposé par la recourante et annulé l'arrêt du 27 octobre 2011 en renvoyant la cause à la chambre de céans pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
35. Le 7 février 2013, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier l'expertise au Professeur O\_\_\_\_\_.
36. Le 18 mars 2013, la recourante a proposé de nommer le Professeur P\_\_\_\_\_, connaisseur des antidépresseurs et anxiolytiques.
37. Par ordonnance du 12 avril 2013, la chambre de céans a confié l'expertise au Prof. P\_\_\_\_\_.
38. Après plusieurs rappels de la chambre de céans, le Prof. .P\_\_\_\_\_ a finalement retourné le dossier le 2 octobre 2014, en renonçant à effectuer l'expertise.
39. Le 8 octobre 2014, la chambre de céans a décidé de confier l'expertise à la Dresse Q\_\_\_\_\_, FMH pharmacologie et toxicologie cliniques.
40. Le 21 octobre 2014, l'intimée a sollicité une expertise psychiatrique, conjointement à l'expertise pharmacologique.
41. Le 30 octobre 2014, la recourante s'est opposée à l'ordonnance d'une expertise psychiatrique.

42. Les 27 novembre et 2 décembre 2014, la recourante et l'intimée ont respectivement proposé une question complémentaire.
43. Par ordonnance du 4 décembre 2014 (ATAS/1249/2014), la chambre de céans a confié l'expertise à la doctoresse Q\_\_\_\_\_, en relevant qu'au vu de l'arrêt du Tribunal fédéral du 8 janvier 2013, il ne se justifiait pas d'ordonner une expertise psychiatrique.
44. Celle-ci a rendu son rapport le 14 février 2015.

Elle a indiqué que la Paroxétine pouvait, dans certains cas, provoquer une perte soudaine de la raison et de tout contrôle entraînant une incapacité de discernement; s'agissant de l'explication du processus, elle n'avait pas trouvé de réponse mais a cité une étude, soit une observation expérimentale (1999) chez l'animal, qui avait montré une augmentation des réactions d'auto-mutilation sous stress des animaux lors d'administration préalable de Paroxétine; il s'agissait d'une observation inattendue qui n'était pas expliquée; il se pouvait que ce modèle animal puisse également servir de modèle d'étude pour les comportements d'auto-mutilation chez des personnes valides dans certaines situations de stress. Les comportements d'auto-mutilation pourraient servir de soupape à des stressés indépendants de la volonté, comme un conflit interpersonnel. La Paroxétine pouvait, chez certaines personnes, entraîner des symptômes psychopathologiques (tels que la folie, des hallucinations, une stupeur profonde, un raptus, une acathisie, une crise de panique, une impulsivité). La littérature médicale rapportait des cas où les symptômes qu'on voulait soulager étaient exacerbés par le traitement; ces cas étaient rares par définition, sans quoi le médicament n'aurait même pas été autorisé. La Paroxétine était mentionnée (2005), parmi d'autres médicaments comme pouvant avoir des effets paradoxaux; l'experte a indiqué, en se référant à une analyse de population sur dossier de patients en Hollande, que la Paroxétine n'avait pas l'effet d'aggraver le risque de comportement suicidaire; il n'y avait, à sa connaissance, pas de conditions spéciales à respecter avant la prise de Paroxétine. Il manquait des études cliniques sur les événements indésirables survenant lors de la prise conjointe de Paroxétine et Bromazépam. La littérature médicale était plus abondante pour étudier l'efficacité que l'innocuité des nouvelles entités chimiques et c'était avec l'usage sur la durée que les événements indésirables étaient collectés; une collection de cas venait d'être publiée. Selon ces observations cliniques, il existait un danger dans l'association des SSRI dont faisait partie la Paroxétine et la consommation d'alcool; les benzodiazépines partageaient une même cible d'action au niveau moléculaire cérébral que l'alcool; certaines personnes exposées aux deux molécules avaient présenté une augmentation involontaire de leur consommation d'alcool, ou avaient présenté des signes d'intoxication alcoolique à des valeurs de

consommation usuelle non toxique ou présenté l'apparition de comportements violents (homicide) et d'une amnésie circonstancielle. Il n'existait pas d'évidence permettant d'affirmer que la Paroxétine combinée au Bromazépam augmentait le risque, dans certains cas, de comportement suicidaire. La Paroxétine pouvait causer des événements indésirables sous la forme d'une suicidalité chez les jeunes adultes ou de réaction paradoxale; une intensification était fortement suspectée sur la base de la collection de données publiées récemment en cas d'association à l'alcool. Il n'y avait pas à sa connaissance de données comparables en terme qualitatif permettant d'admettre raisonnablement une telle intensification lors de la prise concomitante de Paroxétine et de bromazépam, mais l'une et l'autre molécule étaient décrites pour avoir été associées à des réactions paradoxales et le bromazépam et l'alcool partageaient certaines cibles moléculaires au niveau du système nerveux central.

La prescription faite à l'assuré était conforme aux règles de l'art médical.

Le raptus ne répondait pas à une intolérance à la molécule active et n'était donc pas exclu du seul fait que M. A\_\_\_\_\_ avait déjà pris en 2004 un traitement de Deroxat.

Les conditions dans lesquelles l'assuré avait débuté son traitement (insomnie, perte de poids, absence de traitement antérieur) n'étaient pas déterminantes.

L'experte a conclu qu'en l'espèce, au moment de l'acte et au regard de toutes les circonstances du cas, l'assuré était privé, au degré de la vraisemblance prépondérante (soit à plus de 50 % de probabilité), de toute possibilité de se déterminer raisonnablement, en raison de symptômes psychopathologiques causés par la prise conjointe de la Paroxétine-Mepha et du Lexotanil.

Bien que rares, de telles situations étaient décrites dans la littérature médicale spécialisée (voir rapports et références des Drs M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_). Elle se réservait quant à savoir si c'était l'une des deux molécules actives ou la conjonction des deux molécules qui devait être retenue comme causale. En effet, des effets paradoxaux étaient décrits pour chacune de ces molécules indépendamment. Elle n'avait pas trouvé de rapport de cas permettant de conclure que c'était la combinaison des deux molécules qui augmentait le risque d'évènement paradoxal.

La Paroxétine et le Bromazépam étaient connus pour des cas de réaction paradoxale; la dose n'était pas déterminante. Elle était d'accord avec l'avis du Prof. N\_\_\_\_\_ mais pas avec celui de la Dresse L\_\_\_\_\_ car celle-ci ne reconnaissait pas les effets indésirables à ce type de réaction paradoxale associée à la prise de benzodiazépine et relevait la bonne tolérance de l'assuré à la Paroxétine en 2004, ce qui n'était pas une garantie d'absence d'effet indésirable ultérieurs.

Les indices fournis, tant dans l'anamnèse que dans les rapports d'expérience clinique en lien avec l'usage de la Paroxétine, soutenaient, avec un degré de vraisemblance élevé, que le décès de l'assuré n'était pas planifié. Dans l'ensemble, tous les éléments examinés dans le dossier concouraient à un diagnostic de raptus suicidaire. Par ailleurs, la prescription des médicaments était justifiée cliniquement.

45. Le 18 mars 2015, la recourante a observé que l'expert avait démontré que la Paroxétine pouvait causer des événements indésirables sous la forme de suicidalité chez les jeunes adultes ou des réactions paradoxales et conclut que l'assuré était, au degré de la vraisemblance prépondérante, au moment de l'acte privé de toute possibilité de se déterminer raisonnablement en raison de symptômes psychopathologiques causés par la prise de Paroxétine-Mepha et/ou de Lexotanil.

Le décès était donc dû à un raptus suicidaire et constituait un accident.

46. Le 15 avril 2015, la SUVA a estimé que l'experte se contredisait, d'une part en niant que la Paroxétine aggravait le risque de comportement suicidaire de manière générale, d'autre part, en confirmant que la prise de Paroxétine avait entraîné un état d'angoisse et de panique soudaine incontrôlable qui avait causé le suicide de l'assuré. Il convenait en conséquence de poser des questions complémentaires à l'experte.
47. A la demande de la chambre de céans, l'experte a rendu le 7 mai 2015 un rapport d'expertise complémentaire.

Elle a précisé que l'apparente contradiction dans ses réponses pouvait être levée car elle distinguait le risque de passage à l'acte violent impulsif non prémédité du risque d'une aggravation d'un comportement ou d'une inclination ou intentionnalité préalable de nature suicidaire. L'assuré n'avait pas, à la lecture du dossier, d'intentionnalité suicidaire; le jeune adulte était un adulte de 18 à 24 ans voire 30 ans mais cette définition de l'âge n'était pas pertinente dans le contexte des actes violents non prémédités.

L'acte suicidaire de l'assuré répondait avec vraisemblance à un acte tel que rapporté dans la littérature médicale sous la forme d'une bouffée non préméditée de violence dirigée contre soi, sans pour autant avoir présenté au préalable les signes d'un comportement suicidaire. Pour étayer cette conclusion, l'experte se fondait sur le contexte, les antécédents, la chronologie, la vraisemblance médicale et l'effet paradoxal.

L'histoire de l'assuré révélait des signes de stress pour lesquels il recherchait une aide médicale. Aucun signe apparent de tendance ou d'intention de nature suicidaire ne pouvait être déduit du dossier, qui contenait les témoignages de son

épouse et du dernier médecin consulté. Il n'y avait pas non plus d'élément permettant de démontrer un abus médicamenteux. Il avait connu des symptômes similaires deux ans auparavant et avait bénéficié d'un traitement médical avec succès, qui avait dès lors été réintroduit. Rien ne laissait suspecter à ce moment précis que l'assuré présentait une contre-indication ou une intolérance aux médicaments prescrits. Moins de vingt-quatre heures après la prise de médicaments, l'assuré présentait un comportement inattendu et irréversible.

Ce type de comportement inattendu, violent, dirigé contre soi ou contre autrui était décrit dans le contexte particulier de la prise de certains types d'antidépresseurs et d'autres substances psychotropes tel que l'alcool, avec disparition du comportement violent à l'arrêt des psychotropes. Bien que le mécanisme psychopharmacologique n'était pas élucidé, des indices soutenaient l'hypothèse d'un effet sur la biologie du cerveau, indépendant de la volonté des sujets exposés. A la connaissance de l'experte, ni les facteurs de risque ni les facteurs prédictifs n'étaient connus, ce qui, pour autant, n'en excluait pas la réalité.

L'effet paradoxal n'était pas un effet secondaire classique : il se trouvait que d'autres substances médicamenteuses présentaient des effets inattendus qui ne répondaient pas à la définition d'effets dits secondaires, c'est-à-dire non recherchés mais qui s'expliquaient par les mécanismes d'action pharmacodynamiques ou pharmacocinétiques connus. Les événements paradoxaux étaient rares, touchaient des substances diverses, notamment des médicaments à visée calmante tel que le bromazépam (Lexotanil). Dans ce cas, ils pouvaient se manifester par une agitation aiguë. Ils étaient réversibles à l'arrêt du médicament, ce qui permettait de retenir un lien de causalité. Les bouffées de violence observées sous certains types de psychotropes se distinguaient d'une aggravation des idées suicidaires préexistantes. Cette aggravation était attribuée à une levée de l'inhibition psychique avec risque de passage à l'acte et impliquait un effet biologique. L'aggravation des symptômes suicidaires en l'occurrence était un effet secondaire relié à l'exposition médicamenteuse, alors que la bouffée de violence contre soi ou contre autrui, qui plus était considérant la brièveté entre le début du traitement et les événements dans le cas particulier de l'assuré, moins de vingt-quatre heures, évoquait au contraire un effet paradoxal.

L'experte retenait la survenue brutale, inattendue et involontaire d'une bouffée de violence telle que décrite dans la littérature médicale dans des circonstances similaires d'exposition médicamenteuse à brève échéance.

48. Le 8 juin 2015, la recourante a observé que l'expertise était claire et que le décès de l'assuré constituait bien un accident.

49. Le 25 juin 2015, la SUVA a transmis un avis de la Doctoresse R\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, un avis du Docteur S\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du travail et en médecine générale et un avis du Professeur T\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du travail, responsable de l'unité de toxicologie de la SUVA et indiqué que ceux-ci relevaient que l'expertise judiciaire n'était pas probante.
50. Dans son avis du 22 juin 2015, le Prof. T\_\_\_\_\_ a estimé que les effets indésirables et paradoxaux étaient rares, et qu'il n'était pas possible, sur dossier, d'exclure des intentions réelles de suicide. Les effets paradoxaux du bromazépan comme l'agitation, l'excitation, le besoin de bouger, l'accès de colère, l'agressivité étaient rares et surtout observés chez les enfants et les personnes âgées. L'étude citée par l'experte s'agissant de la Paroxétine et montrant des comportements suicidaires plus fréquents pour les patients sous Paroxétine présentant des épisodes dépressifs majeurs (MDD) était tout juste significative. On ne pouvait mettre en évidence de manière définitive un lien de causalité entre la prise de Paroxétine et la suicidabilité chez des adultes souffrant de dépression.

La publication citée par l'experte de MENKES et HERXHEIMER relatant des comportements violents consécutifs à la prise simultanée d'antidépresseurs et d'alcool dans des groupes d'âges variés n'était pas une étude classique; le phénomène décrit était rare.

On ne pouvait conclure à l'absence de suicidabilité simplement parce que le dossier de l'assuré ne comportait pas d'indice évoquant ce trouble.

Il n'était pas compréhensible que l'experte conclue à un suicide consécutif aux médicaments car le manque de signe évocateur de suicidabilité ne permettait pas de conclure à l'absence de pensées et de comportements suicidaires; le Dr T\_\_\_\_\_ relève la rareté des effets paradoxaux du bromazépan et l'augmentation de suicide de personnes sous Paroxétine.

L'expertise était insuffisante et contradictoire : l'étude de comportements animaux ne pouvait être appliquée aux processus cognitifs complexes de l'être humain; l'alcool et les benzodiazépines différaient, même s'ils se fixaient sur les mêmes récepteurs et ne pouvaient donc être comparés.

L'experte se contredisait en disant que le suicide était attribuable aux médicaments et que le raptus ne répondait pas à une intolérance à la molécule active mais répondait à un acte involontaire.

La probabilité d'une réaction paradoxale à l'origine du suicide était loin d'atteindre la limite des 50 %.

51. Dans son avis du 26 mai 2015, le Dr S\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré avait subi un stress professionnel début 2006 et que c'était sur le conseil de son supérieur qu'il avait consulté le 16 mars 2006 le Dr E\_\_\_\_\_.

Il était étonnant que l'experte élude toute la composante psychique en relevant seulement qu'aucun élément ne permettait de conclure à une intentionnalité suicidaire. Un effet secondaire dû à la dose des médicaments était peu vraisemblable, de surcroît cet effet était rare. Les circonstances du drame n'évoquaient pas une brusque altération de l'état de conscience, même s'ils ne l'excluaient pas formellement. Selon une étude de l'OFSP de 2005, le suicide était une cause fréquente des décès en Suisse, les pensées suicidaires étaient peu exprimées, les dépressions étaient une cause importante des suicides et ceux-ci étaient rarement prémédités.

Il était donc impossible de retenir une relation de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante entre le suicide de M. A\_\_\_\_\_ et une hypothétique réaction paradoxale des médicaments. L'expertise était partielle.

52. Dans son avis du 9 juin 2015, la Dresse R\_\_\_\_\_ a relevé que la documentation relative au moment précédent le suicide était rudimentaire; il était arbitraire de conclure à l'absence de suicidalité ou de tendance suicidaire; ce risque était accru lors d'épisodes dépressifs majeurs et les personnes concernées ne faisaient pas toujours état de leurs tendances suicidaires. Elle ne comprenait pas comment l'experte pouvait conclure à l'absence de suicidalité.

Les résultats d'étude portant sur le déclenchement possible d'actes suicidaires sous Paroxétine chez de « jeunes adultes » âgés de 18 à 24 ans ne pouvaient s'appliquer à un homme adulte âgé de 37 ans (vu le temps de maturation du système nerveux central et du cortex frontal). L'assuré se trouvait dans la catégorie des adultes de 25 à 64 ans, sans augmentation de la fréquence des comportements suicidaires.

L'assuré ne pouvait avoir été victime d'un effet paradoxal des médicaments dès lors qu'il avait subi un traitement identique antérieurement.

L'argumentation avancée par l'experte n'était pas suffisamment rigoureuse et ses conclusions manquaient de clarté, qu'il s'agisse de son expertise pharmacologique ou des réponses qu'elle apportait aux questions supplémentaires posées par le Tribunal, ces deux documents se fondaient essentiellement sur des travaux scientifiques dont l'application à la situation psychiatrique clinique du suicide de l'assuré était problématique à plusieurs égards; par conséquent, cette approche devait être réexaminée de manière critique.

Selon la littérature, les personnes de moins de 24 ans étaient particulièrement à risque lors de la prise d'ISRS et des états particulièrement aversifs pouvaient se

manifester dans des cas rares, au début d'un traitement par ISRS, pouvant provoquer des actes suicidaires.

Avec les ISRS, les symptômes dépressifs s'atténuaient de manière non coordonnée, la perte d'énergie et son effet relativement « antisuicidaire » pouvaient déjà avoir disparu alors que l'idéation et le ressenti dépressifs ainsi qu'une possible suicidalité étaient encore présents ; c'était pourquoi un benzodiazépine était généralement prescrit avec un ISRS, afin d'accroître un état d'inactivité, rempart à d'éventuels comportements suicidaires.

Dans des cas extrêmement rares, il arrivait que des états d'agitation très difficilement tolérables apparaissent au début d'un traitement à base d'ISRS et entraînent la suicidalité. Dans ce contexte et d'un point de vue psychiatrique clinique, il était certes possible que la prise de Paroxétine, de bromazépam ou de ces deux principes actifs en association soit à l'origine de l'acte suicidaire, mais cette probabilité était faible.

L'expertise judiciaire n'était pas probante.

53. Dans sa détermination du 25 juin 2015, la SUVA s'est fondée sur l'avis de ses médecins pour considérer que l'expertise judiciaire n'était pas probante et a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours.
54. Le 28 juillet 2015, la recourante a observé que la SUVA affirmait abusivement que l'expertise était partielle, qu'elle soulevait des objections uniquement parce que les conclusions de l'expertise ne lui étaient pas favorables, que dans le cas où la chambre de céans ne serait pas convaincue par l'expertise, les avis médicaux accompagnant la réponse de la SUVA devaient être soumis à l'experte pour détermination.
55. Par arrêt du 28 septembre 2015 (ATAS/714/2015), la chambre de céans a admis le recours, annulé la décision litigieuse et condamner l'intimé à prendre en charge les suites de l'accident : elle a considéré qu'il convenait de suivre les conclusions de l'expertise judiciaire et d'admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré, compte tenu de l'ensemble des circonstances, avait été, au moment de l'acte, privé de toute possibilité de se déterminer raisonnablement, en raison de la survenance d'une bouffé soudaine de violence qu'il avait retournée contre lui-même, de sorte que l'acte de suicide du 17 mars 2006 devait être qualifié d'accident au sens des art.4 LPGA et 6 LAA.
56. Par arrêt du 20 juillet 2016 (8C 812/2015), le Tribunal fédéral a admis le recours interjeté par la SUVA à l'encontre de l'arrêt du 28 septembre 2015 et annulé celui-ci ; il a renvoyé la cause à la chambre de céans pour instruction complémentaire par le biais d'une expertise pharmacologique et psychiatrique et nouvelle décision.

57. Le 15 août 2016, la chambre de céans a rouvert la procédure.
58. Le 4 octobre 2016, la chambre de céans a informé les parties du fait qu'elle entendait, suite à l'arrêt du Tribunal fédéral du 20 juillet 2016, confier une expertise bidisciplinaire à la Doctoresse U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pharmacologie et toxicologie cliniques, Unité de psychopharmacologie clinique, Belle-Idée, chemin du Petit Bel-Air 2, 1225 Genève et au Professeur V\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, Site de Belle-Idée, chemin du Petit Bel-Air 2, 1225 Chêne-Bourg et leur a fixé un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation des experts et sur la mission d'expertise.
59. Le 13 octobre 2016, la recourante a observé qu'elle n'avait pas de motifs de récusation à faire valoir et requis l'ajout d'une question.
60. Le 14 octobre 2016, l'intimée a observé qu'elle n'avait pas de motifs de récusation à l'encontre des experts et requis, d'une part, la suppression de la référence à « une probabilité supérieure à 50 % » dans la mission d'expertise, la notion de vraisemblance prépondérante se comprenant sans égard à des pourcentage de probabilité précis et arrêtés et, d'autre part, la suppression du verbe pouvoir, qui exprime une possibilité, aux questions III F 4. e) et V 2.

### **EN DROIT**

1. Par arrêt du 20 juillet 2016, le Tribunal fédéral a renvoyé la cause à la chambre de céans pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
2. Selon l'art. 6 al. 1 de la Loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Selon l'art 4 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), 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.

Selon l'art. 28 LAA, lorsque l'assuré décède des suites de l'accident, le conjoint survivant et les enfants ont droit à des rentes de survivants.

Selon l'art. 37 al. 1 LAA, si l'assuré a provoqué intentionnellement l'atteinte à la santé ou le décès, aucune prestation d'assurance n'est allouée, sauf l'indemnité pour frais funéraires.

Selon l'art.48 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), 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.

3. 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 61 consid. 2a p. 62; RAMA 1990 no U 96 p. 182 consid. 2; ATF 115 V 151 consid. 2b publié dans 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 119 V 335 consid. 1 p. 338, 118 V 286 consid. 1b p. 289 s.). Il doit s'agir de symptômes psychopathologiques comme la folie, les hallucinations, la stupeur profonde, le raptus, etc. Le motif qui a conduit au suicide ou à la tentative doit être en relation avec les symptômes psychopathologiques. L'acte doit apparaître "insensé". Un simple geste disproportionné, au cours duquel le suicidaire apprécie unilatéralement et précipitamment sa situation dans un moment de dépression et de désespoir ne suffit pas (voir p. ex. arrêt U 25/05 du 21 février 2006 consid. 2.2; KIND, Suizid oder "Unfall", Die psychiatrischen Voraussetzungen für die Anwendung von Art. 48 UVV, RSA 1993 p. 291).

Pour établir l'absence de capacité de discernement, il ne suffit pas de considérer l'acte de suicide et, partant, d'examiner si cet acte est déraisonnable, inconcevable ou encore insensé. Il convient bien plutôt d'examiner, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier du comportement et des conditions d'existence de l'assuré avant le suicide, 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 (RAMA 1996 n° U 267 p. 309 consid. 2b et les références) (ATF du 8 janvier 2013 8C 916/2011, consid. 2.2.).

4. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit 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 351 consid. 3b/bb).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

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/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

5. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision 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 seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 126 V 353 consid. 5b p. 360 et les références; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 p. 88 et les références). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a p. 322 ; ATF 135 V 39).
6. En l'occurrence, le Tribunal fédéral renvoyé la cause à la chambre de céans pour instruction complémentaire par le biais d'une expertise judiciaire psychiatrique et pharmacologique ; une expertise bidisciplinaire sera en conséquence ordonnée et confiée à la Dresse U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pharmacologie et toxicologie cliniques, unité de psychopharmacologie clinique, Belle-Idée, chemin du Petit Bel-Air 2, 1225 Genève et au Prof. V\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, Site de Belle-Idée, chemin du Petit Bel-Air 2, 1225 Chêne-Bourg.

Conformément à la demande de la recourante, une question III 5. f) sera ajoutée à la mission d'expertise.

Concernant les observations de l'intimée, il convient de relever ce qui suit : s'agissant de la référence à une probabilité supérieure à 50 %, elle sera maintenue, celle-ci étant régulièrement utilisée en matière d'évaluation médicale et précise de manière adéquate la notion de vraisemblance prépondérante (arrêts du Tribunal fédéral U 233/02 du 14 juin 2004, U 509/2006 du 31 octobre 2007, 8C 678/2010 du 20 janvier 2011) ; cela dit cette dernière définition figure au considérant 5 de la présente ordonnance qui sera notifiée aux experts. Enfin, les questions III F. 4. e) et V 2. seront modifiées dans le sens voulu par l'intimée.

\*\*\*

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

**Statuant préparatoirement**

- I. Ordonne une expertise bidisciplinaire.
- II. La confie à la Dresse U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pharmacologie et toxicologie cliniques, Unité de Psychopharmacologie clinique, Belle-Idée, chemin du Petit Bel-Air 2, 1225 Genève, et au Prof. V\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, Site de Belle-Idée, chemin du Petit Bel-Air 2, 1225 Chêne-Bourg.

Dit que la mission sera la suivante :

III. **Du point de vue pharmacologique/toxicologique :**

- A. Prendre connaissance de l'intégralité du dossier.
- B. Prendre, si nécessaire, tous renseignements auprès des médecins ayant traité feu Monsieur B\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_, en particulier les Drs E\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_.
- C. Entendre Madame A\_\_\_\_\_.
- D. Entendre toute autre personne, si nécessaire.
- E. Cela fait, établir l'anamnèse sur la base du dossier.
- F. Répondre aux questions suivantes :
1. Quels médicaments (molécules) feu M. B\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_ a-t-il pris les 16 et 17 mars 2006 ?
  2. a) La Paroxétine peut-elle, dans certains cas, provoquer une perte soudaine de la raison et de tout contrôle entraînant une incapacité de discernement? Si oui, de quelle manière ?  
b) La Paroxétine peut-elle en particulier, chez certaines personnes, entraîner des symptômes psychopathologiques (tels que la folie, des hallucinations, une stupeur profonde, un raptus, une acathésie, une crise de panique, une impulsivité) ?  
c) La Paroxétine peut-elle avoir, dans certains cas, un effet d'aggraver le risque de comportement suicidaire ? En d'autres termes, le suicide est-il un risque possible du traitement à la Paroxétine ?  
d) Les conditions dans lesquelles un traitement de Paroxétine est administré sont-elles importantes ? En particulier, l'apparition de symptômes psychopathologiques chez le patient peut-elle être accentuée par l'absence de traitement psychothérapeutique antérieur ou simultané, une perte de poids récente et un contexte d'insomnies ?

3. a) La Paroxétine, combinée au Bromazépam, peut-elle, dans certains cas, provoquer une perte soudaine de la raison et de tout contrôle entraînant une incapacité de discernement? Si oui, ce risque est-il augmenté dans une mesure plus importante que si la Paroxétine est prise seule?
- b) La Paroxétine, combinée au Bromazépam, peut-elle avoir, dans certains cas, un effet d'augmenter le risque de comportement suicidaire? Si oui, ce risque est-il augmenté dans une mesure plus importante que si la Paroxétine est prise seule?
- c) Si vous admettez que la Paroxétine peut causer un symptôme psychopathologique, celui-ci est-il intensifié par la prise conjointe de Bromazépam ?
- d) Est-il exact, concernant la Paroxétine, que dans le compendium suisse des médicaments, destiné aux médecins, il est fortement recommandé une observation de deux semaines chez un patient qui commence, recommence un traitement ou chez qui le dosage est modifié ?
4. a) En l'espèce, dans le contexte qui était celui de feu M. B\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_, la prescription conjointe de Paroxétine et de Bromazépam était-elle conforme aux règles de l'art médical ?
- b) En l'espèce, est-il exclu, au degré de la vraisemblance prépondérante (soit à plus de 50% de probabilité), que feu M. B\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_ se soit trouvé en état d'incapacité de discernement dû à la prise de Paroxétine et de Bromazépam, du seul fait qu'il avait pris en 2004 un traitement de Deroxat?
- c) En l'espèce, le fait que la prise de Paroxétine-Mepha associée au Lexotanil se soit produite sans traitement antérieur, dans un contexte d'insomnies et à la suite d'une perte de poids de feu M. B\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_, est-il un facteur aggravant le risque d'effets secondaires possibles du traitement médicamenteux?
- d) En l'espèce, au moment de l'acte et au regard de toutes les circonstances du cas, feu M. B\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_ était-il privé, au degré de la vraisemblance prépondérante (soit à plus de 50% de probabilité), de toute possibilité de se déterminer raisonnablement, en raison de symptômes psychopathologiques causés par la prise conjointe de la Paroxétine-Mepha et du Lexotanil?
- e) En d'autres termes, au regard de toutes les circonstances du cas d'espèce, la prise de Paroxétine-Mepha et de Lexotanil par feu M. B\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_, (selon les doses prescrites par le Dr E\_\_\_\_\_) les 16 et 17 mars 2006 a-t-elle, au degré de la vraisemblance prépondérante (soit à plus de 50 % de probabilité), altéré le comportement de feu M. B\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_ au point de lui ôter toute capacité de discernement? En particulier, a-t-elle entraîné

un état d'angoisse et de panique soudaine et incontrôlable, provoquant le suicide de feu M. B\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_ ?

5. a) Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr N\_\_\_\_\_ du 31 octobre 2009 ? En particulier, avec la conclusion selon laquelle la prise de Paroxétine combinée au Bromazepam par feu M. B\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_ a, dans une probabilité de plus 80%, entraîné un état d'angoisse et de panique soudaine et incontrôlable, qui a causé le suicide de feu M. B\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_ ? Si non, pour quels motifs ?
  - b) Etes-vous d'accord avec les avis de la Dresse L\_\_\_\_\_ des 3 septembre et 22 octobre 2008? En particulier, avec la conclusion selon laquelle il est improbable que la médication prise par feu M. B\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_ ait entraîné un état d'anxiété ou d'excitation massif dans le cadre duquel le suicide se serait produit? Si non, pour quels motifs?
  - c) Etes-vous d'accord avec l'expertise de la Dresse Q\_\_\_\_\_ du 14 février 2015 et son complément du 7 mai 2015 ? Si non pourquoi ?
  - d) Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr S\_\_\_\_\_ du 26 mai 2015 ? Si non pourquoi ?
  - e) Etes-vous d'accord avec l'avis du Prof. T\_\_\_\_\_ du 22 juin 2015 ? Si non pourquoi ?
  - f) Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr M\_\_\_\_\_ du 15 mars 2009 ? En particulier, avec la conclusion selon laquelle le décès de feu M. B\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_ a été causé par la prise de Paroxétine ? Si non, pour quels motifs ?
6. Faire toute remarque ou suggestion utile.

#### **IV. Du point de vu psychiatrique :**

- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- B. Prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité feu M. B\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_, en particulier les Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_.
- C. Entendre Mme A\_\_\_\_\_.
- D. Entendre toute autre personne si nécessaire.
- E. Répondre aux questions suivantes :
  1. Quelle est l'anamnèse ?
  2. Quelle est l'atteinte à la santé dont a souffert feu M. B\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_ d'un point de vue psychiatrique (diagnostics et dates d'apparition) ?
  3. a) Feu M. B\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_ a-t-il présenté des idées suicidaires ? Pour quels motifs était-il en possession d'armes à feu ?

- b) Quelles étaient les circonstances entourant le suicide ?
- c) Feu M. B\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_ a-t-il présenté une perte de poids et souffert d'insomnies au cours des mois/semaines précédant le suicide ?
- d) Dans toute la mesure du possible décrire l'état psychique dans lequel se trouvait feu M. B\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_ peu avant le suicide.
4. a) En l'espèce, au moment de l'acte et au regard de toutes les circonstances du cas, feu M. B\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_ était-il privé, au degré de la vraisemblance prépondérante (soit à plus de 50% de probabilité), de toute possibilité de se déterminer raisonnablement ? Si oui pourquoi ?
- b) En d'autres termes, au regard de toutes les circonstances du cas d'espèce, au moment où feu M. B\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_ a agi, était-il sans faute de sa part totalement incapable de se comporter raisonnablement ? En particulier, S'est-il retrouvé dans un état d'angoisse et de panique soudaine et incontrôlable, provoquant son suicide ? Si oui pourquoi ?
5. a) Etes-vous d'accord avec les avis du Dr F\_\_\_\_\_ des 3 octobre 2007 et 13 février 2008 ? Si non, pourquoi ?
- b) Etes-vous d'accord avec les avis de la Dresse L\_\_\_\_\_ des 3 septembre 2008 et 22 octobre 2008 ? Si non pourquoi ?
- c) Etes-vous d'accord avec l'avis de la Dresse R\_\_\_\_\_ du 9 juin 2015 ? Si non pourquoi ?
- d) Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr S\_\_\_\_\_ du 26 mai 2015 ? Si non pourquoi ?

**V. Appréciation consensuelle du cas :**

1. En l'espèce, au moment de l'acte et au regard de toutes les circonstances du cas, feu M. B\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_ était-il privé, au degré de la vraisemblance prépondérante (soit à plus de 50% de probabilité), de toute possibilité de se déterminer raisonnablement ? Si oui cet état a-t-il été causé par la survenance de symptômes psychopathologiques eux-mêmes causés par la prise conjointe de la Paroxétine-Mepha et du Lexotanil?
2. En d'autres termes, au regard de toutes les circonstances du cas d'espèce, la prise de Paroxétine-Mepha et de Lexotanil par feu M. B\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_, (selon les doses prescrites par le Dr E\_\_\_\_\_) les 16 et 17 mars 2006 a-t-elle, au degré de la vraisemblance prépondérante (soit à plus de 50% de probabilité), altéré le comportement de feu M. B\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_ au point de lui ôter toute capacité de discernement? En particulier, a-t-elle entraîné

un état d'angoisse et de panique soudaine et incontrôlable, provoquant le suicide de feu M. B\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_?

3. Faire toute remarque ou suggestion utile.

VI. Réserve la suite de la procédure.

VII. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le