

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1508/2008

ATAS/900/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 octobre 2018

6^{ème} Chambre

En la cause

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

contre

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

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Christine WEBER-FUX,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1969, marié le 16 janvier 1997, père de deux enfants nés le _____ 1997 et le _____ 2004, est décédé le _____ 2006; il travaillait comme account manager pour B_____ AG (ci-après : l'employeur) depuis le 19 décembre 2001 et était assuré à ce titre contre le risque accident selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA – RS 832 20) auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : SUVA).
2. Le rapport de levée de corps du _____ 2006 mentionne que l'épouse de l'assuré, Madame A_____ (ci-après : la recourante), a déclaré avoir discuté avec son époux le matin même sans rien remarquer de particulier, puis elle s'est rendue à l'école pour 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, la recourante 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 B_____, 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 C_____. 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 C_____ était en vacances, et mon mari est allé voir le Dr D_____, 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 D_____ qu'il avait déjà pris le même antidépresseur lorsque notre fille est née, ce qui a dû motiver le Dr D_____ à lui en prescrire à nouveau.

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

Je précise que, depuis le décès de A_____, 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 D_____, ce dernier m'a confié que lorsqu'il avait vu A_____ 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 financiers ou de couple.

Ainsi, je pense que si A_____ 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 la recourante, 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, la recourante 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 D_____, médecin traitant et le Dr C_____, 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 D_____ qui lui prescrit un générique du Deroxat, le Paroxétine-Mepha, et du Lexotanil qu'il a pris le soir du _____ et le matin du _____ 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, la recourante 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 C_____ 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 D_____ 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 C_____ ; 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 C_____, ce dernier étant absent pour 4 semaines encore."

Le diagnostic était celui d'état anxieux et dépressif.

11. Le 24 septembre 2007, la recourante a transmis à la SUVA des informations concernant les médicaments pris par l'assuré ainsi qu'une ordonnance du 25 août 2004 du Dr C_____ en faveur de l'assuré pour du Deroxat comprimé D98 cp un comprimé le matin et une ordonnance du 16 mars 2006 du Dr D_____ 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 E_____, 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, la recourante 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, la recourante, 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 D_____ avait indiqué qu'il n'y avait pas de tendance suicidaire, tout comme le Dr C_____.

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.

La recourante a requis une éventuelle expertise comprenant l'audition des Drs D_____, C_____, MM. F_____, G_____, H_____, I_____ et elle-même.

16. Le 7 décembre 2007, la recourante a transmis à la SUVA un article sur les découvertes du psychiatre J_____ concernant les effets secondaires du Derogat 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 E_____ 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 la recourante au motif que le Dr E_____ avait maintenu son appréciation le 13 février 2008.
19. Le 30 avril 2008, la recourante, représentée par un avocat, a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (devenu 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 E_____ étaient en contradiction flagrante 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 facultés 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 K_____, médecin de la SUVA, a rendu une appréciation suite à l'entretien du 20 août 2008 avec la recourante.

Celle-ci avait 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 d'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, la recourante a écrit à la Dresse K_____ que le Dr E_____ 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 K_____ a encore pris position sur les documents transmis par la recourante 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, la recourante a écrit à la SUVA que la Dresse K_____ 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 D_____ et C_____, 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 D_____ a transmis à la recourante 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 C_____ 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 L_____, 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 L_____ et indiqué que la société Glaxosmithkline (ci-après : GSK) avait en mai 2006 rendu les médecins attentifs quant à une modification de l'aggravation clinique et au risque de suicide relativement au Paxil.

GSK savait depuis 1989 que le traitement au Paxil comportait, pour certains patients, un risque accru de suicidabilité, 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 K_____.
30. Le 31 octobre 2009, le docteur M_____, 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 Bromazépam le _____ et le _____ au matin. Les médicaments SSRI pouvaient provoquer des états d'anxiété, d'agitation, des crises de panique, d'insomnie, d'impulsivité et d'acathisie (agitation psychomotrice), états qui étaient associés au suicide. L'acathisie 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. Le Bromazépam 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 K_____ 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 Bromazépam) pouvaient causer.

Les études citées par la Dresse K_____ 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 le suicide de l'assuré 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 les 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 de céans a rejeté le recours en considérant que l'assuré n'était, au degré de la 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 une expertise au Professeur N_____.
36. Le 18 mars 2013, la recourante a proposé de nommer le Professeur O_____, connaisseur des antidépresseurs et anxiolytiques.
37. Par ordonnance du 12 avril 2013, la chambre de céans a confié l'expertise au Prof. O_____.
38. Après plusieurs rappels de la chambre de céans, le Prof. O_____ 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 Doctoresse P_____, 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 Dresse P_____, 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. L'experte 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 molécules 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 l'assuré avait déjà pris en 2004 un traitement de Derogat.

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 (selon rapports et références des Drs L_____ et M_____). 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. M_____ mais pas avec celui de la Dresse K_____ car celle-ci ne reconnaissait pas les effets indésirables, à type de réaction paradoxale, associées 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'effets indésirables 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 conclu que l'assuré était, au degré de la vraisemblance prépondérante, privé, au moment de l'acte, 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 telles 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 Q_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, un avis du Docteur R_____, spécialiste en médecine du travail et en médecine générale et un avis du Professeur S_____, 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. S_____ 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 Bromazépam 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 T_____ et M_____ 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 S_____ relevait la rareté des effets paradoxaux du Bromazépam 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 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 R_____ 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 D_____.

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'Office fédéral de la santé publique (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 Q_____ 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'études 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'atténaient 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 condamné 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.

Il a considéré que le rapport d'expertise de la Dresse P_____ ne permettait pas à lui seul de retenir, avec un degré de vraisemblance prépondérante, une incapacité de discernement de l'assuré au moment de son passage à l'acte ; l'instruction était restée lacunaire en l'absence de l'avis d'un expert psychiatre.

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, à Genève et au Professeur V_____, spécialiste FMH en psychiatrie, médecin chef de service au service des mesures institutionnelles, à 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 motif 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 motif 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 pourcentages 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.
61. Par ordonnance du 18 octobre 2016, la chambre de céans a confié une expertise bidisciplinaire à la Dresse U_____ et au Prof. V_____.
62. Le 15 mai 2017, le Prof. V_____ a rendu son rapport d'expertise, fondé notamment sur des entretiens avec l'épouse de l'assuré, les Drs D_____ et C_____ et Monsieur W_____.

Il convenait, dans cette situation, de trouver des sources de renseignements fiables pour retracer l'histoire de vie de l'assuré, définir ses traits de personnalité, examiner in fine les déterminants de ses décompensations psychiques et leur temporalité, travail qui n'avait pas pu être effectué de manière appropriée en

l'absence de sources fiables d'hétéro-anamnèse ; un seul témoignage, celui de M. W_____, ami de l'assuré, était nouveau, lequel avait attesté que l'assuré était réservé, studieux, très fiable, sans tendances dépressives, loin d'un comportement séducteur, très intelligent, discret, organisé, méthodique, plutôt introverti, buvant et fumant peu, se confiant difficilement ; il n'avait rien observé dans le comportement de l'assuré pouvant suspecter un passage à l'acte.

L'expertise psychiatrique devait donc être considérée comme peu fiable ; néanmoins l'expert pouvait confirmer les éléments suivants :

- L'assuré ne présentait pas une pathologie du caractère patente associée à une augmentation de l'impulsivité qui pourrait prédisposer à un passage à l'acte abrupt.
- Son univers relationnel était essentiellement orienté vers la famille qu'il avait créée (femme, enfants) de façon à ce qu'une vision objective, davantage détachée du conflit asséculo-logique, était actuellement impossible.
- Les traits de sa personnalité faisaient référence à une organisation obsessionnelle ayant peu d'étayage relationnel avec une exposition à des réactions de stress mais sans antécédents de rupture de trajectoire de vie (autres que ceux qui avaient occasionné le suivi chez le Dr C_____).

Il convenait de se baser sur l'expertise de la Dresse U_____ avec laquelle il était entièrement d'accord.

63. Le 30 mai 2017, la Dresse U_____ a rendu son rapport d'expertise.

Entre les 16 et 17 mars 2006, l'assuré avait pris deux comprimés de Paroxétine 20mg et deux comprimés de Bromazépam 1.5mg.

Les ISRS, comme la Paroxétine, pouvaient entraîner une anxiété initiale, ainsi qu'un phénomène nommé acathisie, qui se caractérisait par une sensation de mal être intérieur qui pouvait être marqué et une agitation psychomotrice. Le mécanisme de l'acathisie n'était pas totalement élucidé, mais impliquerait une dysbalance entre les voies dopaminergiques et cholinergiques, d'une part, et dopaminergiques et sérotoninergiques, d'autre part. Il s'agirait donc de ce qu'on appelle un effet indésirable « pharmacologique » c'est-à-dire lié au mécanisme d'action de la substance sur l'organisme (ici le renforcement de la communication sérotoninergique) et non pas d'un effet paradoxal (terme qui qualifie un effet inverse du mécanisme d'action de la molécule). Sous Paroxétine, cet effet était décrit dans les monographies (informations pour les professionnels ou pour les patients) aux doses thérapeutiques et était, au même titre que l'anxiété initiale, à la source des recommandations de suivi rapproché des patients en début de traitement. L'acathisie était considérée comme une des explications des actes

impulsifs parfois (auto)dommageables, commis par certains patients sous ISRS ou sous antipsychotiques, qu'on pouvait interpréter comme une perte de la raison, de contrôle, ou de la capacité de discernement, encore que ces termes aient des définitions plus larges.

Les effets indésirables étaient ceux d'une acathisie, anxiété, attaque de panique et hallucinations. Il existait un risque accru de comportement suicidaire en lien avec la Paroxétine. La fréquence de cet effet indésirable était rare (probablement autour de 1 %) ; on pouvait admettre en pratique clinique qu'un risque de suicide associé à la Paroxétine était à considérer lorsqu'on prescrivait cet antidépresseur.

Les conditions dans lesquelles un traitement était prescrit étaient toujours importantes mais il n'était pas formellement recommandé de mettre en place une prise en charge psychothérapeutique simultanée ; en l'occurrence, l'indice de masse corporelle de l'assuré était encore considéré dans la norme et ne nécessitait pas de réduction de dose de médicaments ; quant à l'insomnie, aucune donnée n'indiquait qu'elle était un facteur de risque de développer des effets indésirables ou d'accentuer des effets psychopathologique en lien avec la Paroxétine. Le contexte dans lequel le traitement avait été ordonné, soit en l'absence de traitement antérieur, en présence d'insomnies et d'une perte de poids de l'assuré, n'était pas un facteur aggravant le risque d'effets secondaires du traitement.

Il n'y avait pas de données de la littérature allant dans le sens d'une augmentation de l'effet indésirable de la Paroxétine en combinaison avec du Bromazépam.

Dans le cas de l'assuré, la prescription conjointe de Paroxétine et de Bromazépam était conforme aux règles de l'art médical.

La tolérance antérieure d'un traitement de Paroxétine et Bromazépam n'était pas un garant d'efficacité et de tolérance dans le futur.

La détermination d'une imputabilité médicamenteuse dans la survenue d'un effet indésirable (c'est-à-dire l'évaluation d'une relation de cause à effet) était une démarche probabiliste, qui se basait sur différents critères. Les critères utilisés étaient ceux de l'OMS et c'était ceux-ci qui servaient à déterminer l'imputabilité en pharmacovigilance, qui était la science et l'activité liées à la détection, l'évaluation, la compréhension et la prévention des effets indésirables ou n'importe quel autre problème associé au médicament.

Selon ce système, on qualifiait l'imputabilité de certaine, probable, possible, incertaine, conditionnelle ou inévaluable. Une causalité était qualifiée de possible lorsque l'évènement survenait avec une relation chronologique cohérente avec l'administration de la substance, mais lorsqu'elle pouvait aussi s'expliquer par une pathologie concomitante ou un traitement concomitant. L'imputabilité était qualifiée de probable, lorsque l'évènement n'était pas expliqué par une pathologie

concomitante ou un traitement concomitant. A ces critères relevant de la situation clinique, s'ajoutait un critère propre au médicament, la présence de données pharmacologiques ou épidémiologiques étayant la plausibilité de l'effet indésirable considéré.

L'acathisie qui aurait pu entraîner la perte de possibilité de discernement était décrite sous Paroxétine et pouvait apparaître en début de traitement. De même, il était admis que la Paroxétine était associée à un risque de suicidalité. En l'occurrence, s'agissant de la relation chronologique, même s'il y en avait à l'évidence une, la séquence des événements se déroulait en moins d'une heure, chez un sujet qui avait effectué pendant ce laps de temps un certain nombre d'actes cohérents (s'habiller, se raser), suggérant que la montée de mal être et sa conséquence directe (le suicide) étaient survenues de manière extrêmement brusque. Le fait que la prise du premier comprimé la veille ait été bien supportée sans aucune manifestation anxieuse allait dans le même sens. Or même s'il pouvait s'agir d'un phénomène rapide, cet intervalle de temps semblait court cliniquement, si on considérait le temps que le médicament soit absorbé et atteigne sa cible dans le système nerveux central, si on en croyait le mécanisme postulé, impliquant les voies sérotoninergiques. Finalement, il convenait de considérer comme pathologie alternative, un épisode anxio-dépressif chez une personne, décrite comme stressée au point qu'on lui avait recommandé de consulter un médecin et qui avait présenté deux antécédents d'épisodes similaires. Le diagnostic évoqué par le médecin traitant et les antécédents psychiatriques étaient en soi associés à un risque suicidaire. L'imputabilité de la Paroxétine dans l'acathisie et potentiellement la perte de discernement qui en aurait découlé ainsi que le geste suicidaire était donc possible, selon les critères de l'OMS. Toutefois, compte tenu du contexte clinique au moment du décès et même en l'absence d'idées suicidaires exprimées, le degré de vraisemblance prépondérante (soit plus de 50 % de probabilité) n'était pas atteint. Le Lexotanil n'était vraisemblablement pas impliqué.

Elle ne partageait pas le point de vue du Dr M_____ concernant l'addition des effets désinhibiteurs de la Paroxétine et du Bromazépam, ni sur l'interprétation des faits concernant le suicide, en particulier sur l'affirmation que l'assuré n'avait pas de problème majeur ou insurmontable suggérant qu'il commette un suicide (son épouse craignait un burn-out, son employeur lui suggérait de consulter un médecin, l'assuré se disait stressé par son travail et en raison de travaux en cours dans l'appartement); elle n'était donc pas d'accord avec la conclusion du Dr M_____ selon laquelle il était hautement probable (80 %) que la Paroxétine combinée au Bromazépam ait causé le suicide, ni avec celui de la Dresse L_____ car celle-ci ne tenait pas compte du contexte clinique.

Elle n'était pas d'accord avec les avis de la Dresse K_____ car la relation causale entre la prise de la médication et le suicide était possible et non pas improbable.

Elle n'était pas d'accord avec l'expertise de la Dresse P_____ car il n'y avait pas de réaction paradoxale de la Paroxétine mais un effet direct de la molécule sur les voies sérotoninergiques.

Elle nuancait les conclusions du Dr R_____ et du Prof. S_____ car même si le lien de causalité n'atteignait pas le degré de la prépondérance vraisemblable cliniquement, le lien était possible d'un point de vue pharmacologique.

64. Le 6 juillet 2017, la recourante s'est déterminée sur les deux expertises judiciaires en relevant que l'expertise de la Dresse P_____ gardait pleine valeur probante et en sollicitant que la Dresse P_____ se détermine sur les expertises judiciaires.
65. Le 14 août 2017, la SUVA s'est déterminée sur les deux expertises judiciaires en relevant que le défaut de preuve dans le dossier psychiatrique ne pouvait profiter à la recourante ; il convenait de suivre les conclusions de l'expertise pharmacologique de la Dresse U_____ et de reconnaître que celle de la Dresse P_____ n'avait pas de valeur probante ; en conclusion, le suicide de l'assuré ne constituait pas un accident.
66. Le 15 septembre 2017, la chambre de céans a requis des experts U_____ et V_____ des renseignements complémentaires. Ceux-ci ont rendu un rapport le 9 novembre 2017.

Selon la Dresse U_____, la vitesse d'absorption de la Paroxétine était de trois à sept heures (en moyenne cinq heures) ; dans ce sens, une manifestation aboutissant à son paroxysme en moins d'une heure semblait rapide cliniquement, comme mentionné dans l'expertise, mais n'excluait pas un rôle de la Paroxétine dans une acathisie.

Le paramètre qui déterminait la durée de vie du médicament dans l'organisme était la « demi-vie », qui correspondait au temps nécessaire pour diminuer la concentration sanguine de la substance de moitié. Un médicament était considéré comme totalement éliminé de l'organisme en sept demi-vies (< 1% de la concentration initiale restante). La demi-vie de la Paroxétine était variable, de six à septante-et-une heures, mais était en moyenne de vingt-quatre heures. Dès lors le comprimé de la veille, même en phase d'élimination de l'organisme, aurait pu entraîner une réaction psychopathologique chez l'assuré.

On pouvait estimer qu'au moment du drame, soit moins d'une heure après la prise du deuxième comprimé, le cumul des deux comprimés pris par l'assuré était faible, mais il avait néanmoins pu entraîner une réaction psychopathologique chez

l'assuré. Il y avait indéniablement un lien chronologique puisque le drame était survenu après la prise de deux comprimés. Sa nuance provenait du fait que si on expliquait le symptôme par une réaction pharmacologique, c'est-à-dire en lien avec la quantité du médicament dans l'organisme, comme elle l'avait fait dans l'expertise, elle se serait attendue à un effet qui se développait progressivement déjà après la prise du premier comprimé. Néanmoins, cette constatation théorique, étayée par des arguments pharmacocinétiques, n'excluait en aucun cas le rôle de la Paroxétine, dont l'imputabilité restait possible.

Si on attribuait le symptôme au médicament, par le biais d'un mécanisme pharmacologique qui survenait rapidement, le fait que la personne présentait le même symptôme (l'acathisie) à chaque prise, renforçait l'imputabilité. Cette affirmation était une nuance dans la réflexion pharmacologique, mais ne permettait pas d'exclure un rôle de la Paroxétine.

L'absence d'agitation la veille du drame n'excluait pas la survenance d'une réaction psychopathologique à la prise du deuxième comprimé.

Elle n'était pas d'accord avec l'avis du Prof. M_____ et sa manière de poser l'imputabilité, en particulier avec son interprétation du contexte clinique qui lui semblait être un déterminant majeur, puisqu'effectivement il pouvait exister un lien entre la Paroxétine et le suicide et que la question ici était de le déterminer au mieux, dans une situation précise. S'agissant en particulier de sa position sur le lien entre le dosage et l'élément temporel et une probabilité haute de cause à effet, il était à relever que le Prof. M_____ se basait sur un travail qu'il avait publié en 2004 et qu'il citait en référence. Ce travail, qui avait analysé les rapports de pharmacovigilance (notification d'effets indésirables) par les patients et les professionnels de santé, avait permis d'observer qu'un certain nombre de comportements suicidaires sous Paroxétine se passaient en début de traitement et en lien avec une variation de dose. Il était à relever toutefois que, s'agissant de la dose, l'information n'était disponible que sur trente-sept cas sur les nonante-et-un analysés, soit 40%, et que s'agissant du délai entre la prise et le comportement suicidaire, que sur trente-quatre cas sur les nonante-et-un (37%). En d'autres termes, dans 60% des cas l'information sur la dose et le délai était manquante. Concernant le délai, dix rapports faisaient état de comportements suicidaires dans les deux jours mais seize dans la semaine après le début du traitement. Concernant la dose, onze rapports reliaient les comportements avec une augmentation de dose mais seize avec une diminution de dose. Au total, ces observations attiraient l'attention sur un potentiel lien entre une variation de dose dans l'organisme et un délai d'action rapide, mais ne permettaient pas, à son sens, d'estimer que la relation temporelle et le dosage rendaient hautement probable que la prise de Paroxétine ait causé le suicide. Compte tenu du nombre de données manquantes,

ces observations n'étaient qu'un élément de plus qui rendait l'imputabilité de la Paroxétine possible.

Elle n'était pas d'accord avec l'avis de la Dresse P_____, qui basait son analyse sur un effet paradoxal de la Paroxétine, dont on n'expliquait pas le mécanisme. On disposait d'une littérature sur les effets paradoxaux des benzodiazépines (comme le Bromazépam, par exemple), mais pas, à sa connaissance, sur de tels effets sous antidépresseurs et c'était la raison pour laquelle elle attribuait le comportement suicidaire sous antidépresseurs à l'acathisie, effet indésirable bien documenté et d'origine pharmacologique. Les mécanismes psychopharmacologiques de ces effets paradoxaux n'étant pas connus et selon la Dresse P_____ elle-même « ...ni les facteurs de risque, ni les facteurs prédictifs ne sont connus... », elle n'était pas en mesure d'expliquer pourquoi la Dresse P_____ affirmait que « le fait que l'assuré ait présenté un comportement inattendu et irréversible moins de vingt-quatre heures après la prise des médicaments » plaidait en faveur de symptômes psychopharmacologiques causés par les médicaments, notamment la Paroxétine.

Les experts ont procédé à une appréciation consensuelle du cas. Sur le plan psychiatrique, ils ont rappelés les éléments retenus dans le rapport du Prof. V_____ du 15 mai 2017. Ils ont indiqué ensuite que le passage à l'acte abrupt qui faisait l'objet de l'expertise demandée ne pouvait pas être expliqué par l'aggravation d'un tableau clinique avec persistance d'idées passives de mort ou suicidaires. Tout au moins, on ne retrouvait aucun témoignage pouvant soutenir une telle hypothèse. Ainsi, et sous réserve des omissions possibles dans les témoignages en lien avec le temps écoulé ou avec la nature du rapport des personnes interrogées avec le défunt, on devait retenir un raptus auto-agressif en l'absence d'un trouble franc de la personnalité ou une aggravation notable des symptômes dépressifs. Les déterminants de ce raptus restaient impossibles à préciser en l'absence d'une connaissance plus approfondie de l'intimité du défunt, de ses préoccupations du moment et des distorsions cognitives qui avaient pu le guider dans la démarche. La littérature sur le risque conféré par les traits obsessionnels sur la survenue d'un suicide grave chez des personnes présentant un état dépressif était positive mais restait anecdotique. Il n'était dès lors pas possible d'incriminer avec certitude ou même avec vraisemblance prépondérante une pathologie du caractère. Dans le même ordre d'idées, l'absence d'addiction à l'alcool ou d'un trouble anxieux privait d'une autre théorie explicative, ces deux facteurs étant connus pour leur association avec le raptus suicidaire chez les jeunes hommes sans problèmes psychosociaux. On pouvait estimer qu'au moment des faits, la victime avait présenté un raptus anxieux, soit qu'il avait été privé subitement de toute possibilité de se déterminer raisonnablement au degré de la

vraisemblance prépondérante (soit à plus de 50%). Néanmoins, les déterminants de ce raptus anxieux étaient impossibles à préciser rétrospectivement. D'un point de vue pharmacologique, l'imputabilité de la Paroxétine dans l'acathisie et potentiellement la perte de discernement qui en aurait découlé ainsi que le geste suicidaire était à considérer comme possible, selon les critères de l'OMS, mais n'atteignait pas le degré de la vraisemblance prépondérante (soit à plus de 50%).

67. Le 13 décembre 2017, la recourante a observé qu'il était établi que le décès de l'assuré était dû à un raptus anxieux, soit qu'il avait été privé subitement de toute possibilité de se déterminer raisonnablement, au degré de la vraisemblance prépondérante ; l'assuré étant totalement incapable de discernement, un accident était réalisé.
68. Le 23 janvier 2018, la SUVA a communiqué un avis de la Doctoresse X_____, médecin conseil de la SUVA, du 11 janvier 2018. Selon celle-ci, il n'y avait dans le cas de l'assuré pas de maladie psychiatrique grave qui aurait pu justifier au moment du suicide, une absence de capacité de discernement ; le terme de raptus n'était adéquat que s'il existait un trouble psychiatrique grave, lequel avait été exclu dans le cas de l'assuré par le Prof. V_____.

La SUVA a relevé qu'au plan pharmacologique, les experts réitéraient qu'aucune perte de discernement ne pouvait, au degré de la vraisemblance prépondérante, être imputée aux traitements médicamenteux suivis par l'assuré ; au plan psychique, les experts s'écartaient de leur première appréciation ; l'expert psychiatre avait, dans un premier temps, estimé qu'une expertise ne pouvait être rendue, que le suicide de l'assuré restait pour l'essentiel incompréhensible et ne pouvait donner lieu à une analyse convaincante, au vu du manque de renseignements à disposition ; dans son complément, l'expert estimait que l'assuré avait présenté un raptus anxieux ; les motifs pour admettre celui-ci n'étaient cependant pas expliqués et l'expert se fondait sur le fait que l'instruction, lacunaire, n'avait pas permis de trouver une explication au passage à l'acte de l'assuré.

Le complément d'expertise n'établissait toutefois pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré avait été privé de discernement au moment du passage à l'acte, ce d'autant que l'expert avait expliqué être dans l'impossibilité de fournir une opinion médicale fiable, en raison du manque d'éléments à disposition.

Par ailleurs, il était contradictoire selon la Dresse X_____ d'admettre la survenance d'un raptus sans y associer un trouble psychiatrique grave. Les experts exprimaient l'impossibilité de déterminer les circonstances médicales pertinentes, de sorte qu'il existait un défaut de preuve dont la recourante assumait le fardeau.

69. Le 22 février 2018, la recourante a observé que l'attitude de la SUVA, qui contestait l'expertise bidisciplinaire, était incompréhensible et inadmissible dès lors que deux expertises judiciaires avaient conclu à l'incapacité de discernement de l'assuré ; un accident devrait être admis et la SUVA condamnée à verser les prestations légales.

70. Le 18 avril 2018, la chambre de céans a requis de la Dresse U_____ des renseignements complémentaires ; en particulier, il lui était demandé de se prononcer à nouveau sur le lien de causalité entre la prise de Paroxétine par l'assuré et le suicide de celui-ci, au regard des éléments retenus dans l'appréciation consensuelle du cas, ayant conduit à la reconnaissance de la survenance, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'un raptus auto-agressif chez l'assuré au moment de son suicide.

71. Le 4 mai 2018, la Dresse U_____ a rendu un complément d'expertise.

Elle a complété l'appréciation consensuelle du cas comme suit : « Au total on peut estimer qu'au moment des faits, la victime a présenté un raptus anxieux, soit qu'il ait été privé de toute possibilité de se déterminer raisonnablement au degré de la vraisemblance prépondérante (soit à plus de 50 %). Néanmoins, les déterminants de ce raptus anxieux étant impossibles à préciser, c'est-à-dire que la possibilité d'un raptus anxieux non lié au médicament ne peut être exclue, d'un point de vue pharmacologique, l'imputabilité de la Paroxétine dans l'acathisie et potentiellement la perte de discernement qui en aurait découlé ainsi que le geste suicidaire est à considérer comme possible, selon les critères de l'OMS, mais n'atteignant pas le degré de la vraisemblance prépondérante (soit à plus de 50 %). » Il existait un diagnostic alternatif à l'origine médicamenteuse, ici le raptus anxieux auto-agressif.

Concernant les éléments qu'elle avait retenus comme pathologie ou facteurs de risque concomitants, lors de l'expertise initiale, elle s'était basée sur les notes du dossier médical et les antécédents psychiatriques du patient. Ces éléments avaient bel et bien été pris en compte dans l'appréciation consensuelle.

La présence de symptômes évoquant un épisode anxio-dépressif, tels que relatés dans le dossier, n'était pas écartée. L'expérience et l'expertise clinique du Prof. V_____ l'avaient mené à considérer ces éléments mais il les avait intégrés dans ce qu'il retenait comme appréciation, à savoir un raptus anxieux auto-agressif.

72. Le 11 juin 2018, la recourante a observé que, puisque les experts confirmaient que le décès de l'assuré était dû à une impulsion violente, soudaine et involontaire (raptus anxieux auto-agressif), lors de laquelle l'assuré était totalement incapable de discernement, le décès relevait de l'accident.

73. Le 25 juin 2018, la SUVA a observé que l'experte ne retenait qu'un rapport de causalité possible entre la prise de la Paroxétine et potentiellement la perte de discernement dont aurait découlé le geste suicidaire, de sorte que la SUVA confirmait ses conclusions.

EN DROIT

1. Par arrêt du 20 juillet 2016, le Tribunal fédéral a annulé l'arrêt de la chambre de céans du 28 septembre 2015 et renvoyé la cause à celle-ci pour instruction complémentaire et nouvelle décision, de sorte que le recours sera déclaré recevable.
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. Le suicide comme tel n'est un accident assuré que s'il a été commis dans un état d'incapacité de discernement. Cette règle, qui découle de la jurisprudence, est exprimée à l'art. 48 OLAA. Par conséquent, il faut, pour entraîner la responsabilité de l'assureur-accidents, que, au moment de l'acte et compte tenu de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives, en relation aussi avec l'acte en question, l'intéressé ait été privé de toute possibilité de se déterminer raisonnablement en raison notamment d'une déficience mentale ou de troubles psychiques (ATF 140 V 220 consid. 3 p. 222; 129 V 95; 113 V 61 consid. 2a p. 62 ss; RAMA 1990 n° U 96 p. 182 consid. 2). L'incapacité de discernement n'est donc pas appréciée dans

l'abstrait, mais concrètement, par rapport à un acte déterminé, en fonction de sa nature et de son importance, les facultés requises devant exister au moment de l'acte (principe de la relativité du discernement; voir par exemple ATF 134 II 235 consid. 4.3.2 p. 239). Le suicide doit avoir pour origine une maladie mentale symptomatique (arrêt du Tribunal fédéral 8C 195/2015 du 10 février 2016). 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C 916/2011 du 8 janvier 2013, U 25/05 du 21 février 2006).

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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C 916/2011, consid. 2.2, du 8 janvier 2013).

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 LPGA), 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 LPGa 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. a. 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, la procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après 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 193 consid. 2 p. 195 et les références; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2 p. 183). 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 seulement 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 142 V 435 consid. 1 p. 438; 126 V 353 consid. 5b p. 360; 125 V 193 consid. 2 p. 195; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 p. 324 s.). Par ailleurs, il incombe à celui qui réclame des prestations de l'assurance-accidents de rendre plausible que les éléments d'un accident sont réunis. S'il ne satisfait pas à cette exigence, en donnant des indications incomplètes, imprécises ou contradictoires, qui ne rendent pas vraisemblable l'existence d'un accident, l'assurance n'est pas tenue de prendre en charge le cas (ATF 116 V 136 consid. 4b p. 140 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C 832/2017 du 13 février 2018).

b. En particulier, savoir si le suicide ou la tentative de suicide a été commis dans un état d'incapacité de discernement doit être résolu selon la règle du degré de la vraisemblance prépondérante généralement appliquée en matière d'assurances sociales. Le juge retiendra alors, parmi plusieurs présentations des faits, celle qui lui apparaît comme la plus vraisemblable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_916/2011 du 8 du janvier 2013 consid. 2.2 et les références). Il n'existe donc pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a p. 322 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C 195/2015 du 10 février 2016).

6. En l'occurrence, le Tribunal fédéral a renvoyé la cause à la chambre de céans pour instruction complémentaire par le biais d'une expertise judiciaire psychiatrique et pharmacologique ; une expertise bidisciplinaire a, en conséquence, été ordonnée et confiée au Prof. V_____ et à la Dresse U_____, lesquels ont rendu leur rapport, respectivement, les 15 et 30 mai 2017. A la demande de la chambre de céans, les experts ont rendu un complément d'expertise le 9 novembre 2017,

comprenant une appréciation consensuelle du cas et la Dresse U_____ a encore été sollicitée pour un complément d'expertise le 4 mai 2018.

7. a. S'agissant de l'expertise pharmacologique, l'experte a confirmé l'expertise de la Dresse P_____ dans le sens qu'il existait un risque accru de comportements suicidaires en lien avec la Paroxétine en début de traitement, même si cet effet indésirable était rare (expertise U_____ pp. 3 et 4). De même, elle a indiqué qu'il n'y avait pas de données de la littérature allant dans le sens d'une augmentation de l'effet indésirable de la Paroxétine due à sa combinaison avec le Bromazépam (expertise U_____ p. 5). La prise concomitante de Bromazépam était même plutôt susceptible de diminuer l'acathisie et l'anxiété initiale (expertise U_____ p. 5), de sorte que le Lexotanil (Bromazépam) n'était vraisemblablement pas impliqué (expertise U_____ p. 7). Il n'y avait pas d'élément prouvé d'aggravation du risque de symptômes psychopathologiques (agitation/acathisie) dû à la combinaison des deux médicaments Paroxétine et Bromazépam (expertise U_____ p. 5). L'experte a, contrairement à la Dre P_____, exclu une réaction paradoxale du Bromazépam pouvant se manifester par une anxiété car elle était très rare et considérée chez de jeunes enfants, mais elle était cliniquement peu vraisemblable chez un adulte de 37 ans (expertise U_____ p. 5)

Enfin, l'experte a conclu qu'il était possible que la Paroxétine ait pu entraîner une acathisie, causant l'acte suicidaire. Cependant, ce lien n'était que possible et non pas probable ; l'experte a mis en avant le fait que l'absence d'idées suicidaires avait été relevée par le Dr D_____ mais pas par le Dr C_____, que le fait de consulter son médecin traitant n'était pas antinomique avec le fait d'avoir des idées suicidaires, que l'assuré se disait stressé au travail et en raison de travaux dans son appartement, que son employeur lui suggérait de consulter un médecin et que son épouse craignait un burn out, de sorte qu'on ne pouvait affirmer, comme l'avait fait le Dr M_____, que l'assuré n'avait pas de problèmes majeurs ou insurmontables suggérant qu'il commette un suicide ; par ailleurs, la montée du mal-être était survenue de façon extrêmement brusque, vu la séquence des événements se déroulant en moins d'une heure ; or, cet intervalle de temps semblait court cliniquement en considérant que le médicament devait être absorbé et avoir atteint sa cible dans le système nerveux central, le mécanisme postulé impliquant les voies sérotoninergiques et le temps nécessaire pour que la concentration sanguine de la Paroxétine soit maximale étant de trois à sept heures (en moyenne cinq heures); de plus, l'assuré avait bien supporté la prise du premier comprimé de Paroxétine ; or, même si l'absence d'agitation après la prise du premier comprimé de Paroxétine n'excluait pas la survenue d'une réaction psychopathologique à la prise du deuxième comprimé, le fait qu'une personne présente le même symptôme à chaque prise du médicament renforçait

l'imputabilité. En outre, le cumul des deux comprimés de Paroxétine était faible au moment du drame.

L'étude menée par le Professeur M_____ en 2004 ne permettait pas d'estimer que la relation temporelle et le dosage du médicament rendaient hautement probable que la prise de Paroxétine ait causé le suicide ; ces observations n'étaient qu'un élément de plus qui rendait l'imputabilité de la Paroxétine possible.

En conclusion, l'imputabilité de la Paroxétine dans l'acathisie et potentiellement la perte de discernement qui en aurait découlé ainsi que le geste suicidaire était à considérer comme possible, selon les critères de l'OMS, mais n'atteignant pas le degré de la vraisemblance prépondérante (soit plus de 50 %) ; la possibilité d'un raptus anxieux non lié au médicament ne pouvait être exclue. Ainsi, la survenance d'un épisode anxio-dépressif chez l'assuré, qui était stressé et avait présenté deux antécédents d'épisodes similaires, était plus probable, même en l'absence d'idées suicidaires.

b. La chambre de céans constate que l'expertise judiciaire pharmacologique du 30 mai 2017, complétée les 9 novembre 2017 et 4 mai 2018, répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnue une pleine valeur probante.

Fondée sur un entretien avec la recourante ainsi que sur une littérature médicale appropriée, elle explique de façon convaincante les effets de la Paroxétine et du Bromazépam ainsi que l'exclusion d'un rôle causal du Bromazépam dans l'acte de suicide, et la reconnaissance d'un lien seulement possible et non pas probable de celui-ci avec la prise de Paroxétine.

Il convient encore de relever que l'appréciation consensuelle du cas effectuée par les experts pharmacologue et psychiatre conclut à la présence d'un raptus anxieux ayant privé l'assuré de se déterminer raisonnablement, sur la base de l'analyse du contexte clinique, tout en excluant un rôle probable de la Paroxétine dans l'acathisie, en tenant compte de ce même contexte clinique. L'interprétation de ce dernier, donnée par l'experte pharmacologue, diffère de celle de l'expert psychiatre, ce qui paraît contradictoire. En effet, l'appréciation de l'expert psychiatre exclut la présence d'une maladie psychiatrique (trouble franc de la personnalité ou aggravation notable des symptômes dépressifs), qui aurait pu expliquer l'acte suicidaire, et celle de l'experte pharmacologue, sur la base de la même situation clinique, estime qu'il convient de considérer une pathologie alternative, soit un épisode anxio-dépressif pouvant expliquer le suicide, le contexte clinique ne comportant, selon cette experte, pas d'élément déterminant permettant d'admettre un rôle probable de la Paroxétine.

Cependant, cette contradiction n'est qu'apparente, l'examen de l'imputabilité de la Paroxétine effectué par l'experte prenant également en compte des éléments

relevant de la pharmacologie, qui, même s'ils n'excluent pas un rôle possible de la Paroxétine, plaident contre la reconnaissance d'un rôle probable de cette molécule, soit :

- Une manifestation aboutissant à son paroxysme en moins d'une heure, ce qui semble rapide cliniquement au regard de la vitesse d'absorption de la molécule.
- Un faible cumul des deux prises de Paroxétine, compte tenu des paramètres pharmacocinétiques connus.
- L'absence d'effets indésirables, après la prise par l'assuré du premier comprimé de Paroxétine, signifiant que celui-ci avait été bien supporté.
- Le constat que la prise concomitante de Bromazépam est plutôt susceptible de diminuer une acathisie et une anxiété initiale.

Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre que les conclusions de l'experte pharmacologue permettent d'exclure tout rôle causal de la prise de la Paroxétine et du Bromazépam, au degré de la vraisemblance prépondérante, dans la survenance d'une acathisie chez l'assuré le jour du drame.

8. a. S'agissant de l'expertise psychiatrique, l'expert a, dans un premier temps, mis en avant certains éléments, tout en indiquant qu'il n'avait pas pu, en l'absence de sources de renseignements fiables, effectuer un travail psychiatrique de manière appropriée et éclairante pour la chambre de céans ; il a néanmoins souligné, d'une part, que l'assuré ne présentait pas une pathologie du caractère patente associée à une augmentation de l'impulsivité qui pourrait prédisposer à un passage à l'acte abrupt et, d'autre part, que ses traits de la personnalité faisaient référence à une organisation obsessionnelle ayant peu d'étayage relationnel avec une exposition à des réactions de stress, mais sans antécédents de rupture de trajectoire de vie. L'expert s'en est donc remis aux conclusions de l'expertise pharmacologique, en déclarant qu'il était entièrement d'accord avec celle-ci.

A la demande de la chambre de céans, l'expert psychiatre a rendu un complément d'expertise le 9 novembre 2017 en procédant, en particulier, à une appréciation consensuelle du cas avec l'experte en pharmacologie. L'expert a conclu qu'en se fondant uniquement sur des témoignages externes, dont la fiabilité était à fortiori variable, on devait retenir un raptus auto-agressif, en l'absence d'un trouble franc de la personnalité ou d'une aggravation notable des symptômes dépressifs ; au total on pouvait estimer qu'au moment des faits, la victime avait présenté un raptus anxieux, soit qu'il avait été privé subitement de toute possibilité de se déterminer raisonnablement au degré de la vraisemblance prépondérante. Néanmoins, les déterminants de ce raptus anxieux étaient impossibles à préciser rétrospectivement.

L'expert psychiatre estime ainsi que l'assuré a été victime d'un raptus anxieux le privant subitement de toute possibilité de se déterminer raisonnablement et cela au degré de la vraisemblance prépondérante, mais que les mécanismes de celui-ci ne sont pas connus.

b. La recourante estime que cette expertise est probante et que l'affirmation par l'expert de la présence d'un raptus auto-agressif chez l'assuré le jour du drame, permet de reconnaître la survenance d'un accident, lequel lui donne droit aux prestations de l'intimée. Quant à celle-ci, elle considère que l'expertise psychiatrique n'est pas probante, l'expert ayant retenu la présence d'un raptus auto-agressif, tout en ayant, dans un premier temps, exposé qu'il était dans l'impossibilité de fournir une opinion médicale fiable.

c. La chambre de céans constate que les motifs retenus par l'expert psychiatre pour admettre la présence d'un raptus anxieux ne sauraient être qualifiés de suffisants pour considérer que ce dernier était présent, au degré de la vraisemblance prépondérante.

A cet égard, l'expert ne mentionne tout d'abord aucun élément qui pourrait attester d'un trouble psychotique manifeste (hallucination ou idées délirantes) chez l'assuré avant le drame ou d'une autre maladie psychiatrique, propre à porter atteinte à la capacité de discernement de l'assuré (à cet égard arrêt du Tribunal fédéral 8C 195/2015 du 10 février 2016). Les facultés cognitive et volitive de l'assuré n'étaient ainsi, au degré de la vraisemblance prépondérante, pas totalement altérées par un trouble psychique au moment du suicide. En outre, l'addiction à l'alcool et le trouble anxieux, facteurs connus pour leur association avec un raptus suicidaire, hors problèmes psychologiques, n'étaient pas présents chez l'assuré. L'expert admet ensuite que la prise de la Paroxétine et du Bromazépam par l'assuré n'a pas joué de rôle causal dans la survenance du raptus, conformément aux conclusions de l'expertise pharmacologique. L'hypothèse du raptus auto-agressif est en réalité fondée sur le constat que le suicide ne peut être expliqué par l'aggravation d'un tableau clinique avec persistance d'idées passives de mort ou suicidaires ou par un trouble franc de la personnalité ou par une pathologie du caractère assortie à une augmentation de l'impulsivité et que l'assuré ne présentait donc pas un tableau psychiatrique expliquant son geste. Or, 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C 916/2011 du 8 janvier 2013). Cela dit, l'expert relève néanmoins qu'un suicide peut aussi être expliqué par la présence de traits obsessionnels, même si ces cas sont anecdotiques, et que l'assuré présentait une organisation obsessionnelle, suggérant ainsi une explication possible à l'acte suicidaire.

L'expert psychiatre relativise aussi dès le départ son hypothèse en relevant qu'elle est uniquement fondée sur des témoignages dont il dit lui-même que la fiabilité est variable, vu notamment le temps écoulé depuis le drame. Enfin, l'expert ne motive pas suffisamment, dans son complément d'expertise, l'admission probable de la survenance d'un raptus anxieux chez l'assuré le jour du drame, en particulier par rapport à sa première position, exprimée dans son rapport d'expertise du 15 mai 2017, en vertu de laquelle il estimait que la dimension psychiatrique ne pouvait pas être valablement prise en considération, de sorte qu'il adhérait à la conclusion de l'expertise pharmacologique, laquelle a exclu la présence d'un raptus anxieux dû à la prise des médicaments en cause, en particulier compte tenu du contexte clinique de l'assuré au moment du décès.

Au vu de ce qui précède, l'expertise psychiatrique ne permet pas de retenir, compte tenu du contexte psychiatrique décrit par l'expert, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un raptus anxieux chez l'assuré ayant causé son suicide.

9. La recourante requiert que l'expertise judiciaire pharmacologique soit soumise à la Dresse P_____ pour détermination.

Il sera cependant renoncé, par appréciation anticipée des preuves, à cette mesure d'instruction supplémentaire, le rapport de la Dresse P_____ ayant été écarté par le Tribunal fédéral, lequel a estimé qu'une nouvelle expertise pharmacologique était nécessaire.

10. Compte tenu du fardeau de la preuve, qui incombe à la recourante, il y a lieu de constater que la présence chez l'assuré, au moment du suicide, d'un raptus l'empêchant de se comporter raisonnablement, n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante, un rôle causal des médicaments absorbés par l'assuré ayant été exclu par l'expertise pharmacologique et la conclusion de l'expertise psychiatrique ne pouvant, pour les motifs expliqués ci-avant, être suivie.
11. Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite.

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

Statuant

À 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

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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