

GE_GERICHTE ATAS/714/2015 vom 28. September 2015

GE Cour de justice, 2015-09-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_714_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/714/2015 du 28 septembre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/714/2015 del 28 settembre 2015

Regeste

Résumé: Selon la chambre de céans : Le suicide d'un homme de 37 ans dans les 24 heures après la prise de Paroxétine combinée au Bromazépam prescrits par son médecin en raison d'un état dépressif et anxieux peut, selon la littérature médicale, être en lien avec une réaction paradoxale susceptible d'être provoquée par ces molécules. Selon l'expertise pharmacologique mise en oeuvre par la chambre des assurances sociales et qui a toute valeur probante, tous les éléments du dossier permettent de conclure que le défunt avait répondu avec vraisemblance prépondérante à un acte 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. L'expert a en particulier relevé que le suicide du défunt s'est produit le lendemain du début du traitement, moment qui correspond aux études citées relatant des réactions extrêmes survenant dans les quelques jours suivant le début du traitement à la Paroxétine et que les effets de la combinaison Paroxétine / Bromazépam sont similaires à ceux de la combinaison des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (SSRI) avec de l'alcool. Par conséquent, il conclut qu'au moment de l'acte et au regard de toutes les circonstances du cas, notamment le contexte, les antécédents, la chronologie, la vraisemblance médicale et l'effet paradoxal, le défunt était privé, au degré de la vraisemblance prépondérante, de toute possibilité de se déterminer raisonnablement, en raison de symptômes psychopathologiques causés par la prise conjointe de la Paroxétine et de Bromazépam. Au vu de ces conclusions, la chambre de céans condamne l'assureur-accidents à prendre en charge les suites de l'accident du défunt. Selon le Tribunal fédéral : Contrairement à l'avis des premiers juges, le rapport d'expertise pharmacologique ne permet pas à lui seul de retenir avec un degré de vraisemblance prépondérante une incapacité de discernement de l'assuré décédé au moment de son passage à l'acte. Le fait que le suicide est survenu moins de 24 heures après la prise de médicaments ne paraît reposer que sur le postulat post hoc ergo propter hoc, ce qui n'est pas suffisant pour établir le rapport de causalité naturelle. La vraisemblance médicale invoquée est une considération trop abstraite pour que l'on puisse en tirer une conclusion quant à l'incidence de la médication dans le décès de l'assuré. En l'absence de l'avis d'un expert psychiatre, l'instruction est restée lacunaire. Il convient dès lors de renvoyer la cause à la juridiction cantonale pour mise en oeuvre d'une nouvelle expertise pharmacologique et psychiatrique.

Erwägungen

E. 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.

E. 35

Le 7 février 2013, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier l'expertise au Prof. P_____.

E. 36

Le 18 mars 2013, la recourante a proposé de nommer le Professeur Q_____, connaisseur des antidépresseurs et anxiolytiques.

E. 37

Par ordonnance du 12 avril 2013, la chambre de céans a confié l'expertise au Prof. Q_____.

E. 38

Après plusieurs rappels de la chambre de céans, le Prof. Q_____ a finalement retourné le dossier le 2 octobre 2014, en renonçant à effectuer l'expertise.

E. 39

Le 8 octobre 2014, la chambre de céans a décidé de confier l'expertise à la Dresse R_____, FMH pharmacologie et toxicologie cliniques.

E. 40

Le 21 octobre 2014, l'intimée a sollicité une expertise psychiatrique, conjointement à l'expertise pharmacologique.

E. 41

Le 30 octobre 2014, la recourante s'est opposée à l'ordonnance d'une expertise psychiatrique.

- 12/29-

A/1508/2008

E. 42

Les 27 novembre et 2 décembre 2014, la recourante et l'intimée ont respectivement proposé une question complémentaire.

E. 43

Par ordonnance du 4 décembre 2014, la chambre de céans a confié l'expertise à la doctoresse R_____.

E. 44

Celle-ci a rendu son rapport le 14 février 2015.

Elle a indiqué que la Paroxétine pouvait, dans certains cas, provoquer une perte soudaine de la raison et de tout contrôle entraînant une incapacité de discernement; s'agissant de l'explication du processus, elle n'avait pas trouvé de réponse mais a cité une étude, soit une observation expérimentale (1999) chez l'animal, qui avait montré une augmentation des réactions d'auto-mutilation sous stress des animaux lors d'administration préalable de Paroxétine; il s'agissait d'une observation inattendue qui n'était pas expliquée; il se pouvait que ce modèle animal puisse également servir de modèle d'étude pour les comportements d'auto-mutilation chez des personnes valides dans certaines situations de stress. Les comportements d'auto-mutilation pourraient servir de soupape à des stressés indépendants de la volonté, comme un conflit interpersonnel. La Paroxétine pouvait, chez

certaines personnes, entraîner des symptômes psychopathologiques (tels que la folie, des hallucinations, une stupeur profonde, un raptus, une acathisie, une crise de panique, une impulsivité). La littérature médicale rapportait des cas où les symptômes qu'on voulait soulager étaient exacerbés par le traitement; ces cas étaient rares par définition, sans quoi le médicament n'aurait même pas été autorisé. La Paroxétine était mentionnée (2005), parmi d'autres médicaments comme pouvant avoir des effets paradoxaux; l'experte a indiqué, en se référant à une analyse de population sur dossier de patients en Hollande, que la Paroxétine n'avait pas l'effet d'aggraver le risque de comportement suicidaire; il n'y avait, à sa connaissance, pas de conditions spéciales à respecter avant la prise de Paroxétine. Il manquait des études cliniques sur les événements indésirables survenant lors de la prise conjointe de Paroxétine et Bromazépam. La littérature médicale était plus abondante pour étudier l'efficacité que l'innocuité des nouvelles entités chimiques et c'était avec l'usage sur la durée que les événements indésirables étaient collectés; une collection de cas venait d'être publiée. Selon ces observations cliniques, il existait un danger dans l'association des SSRI dont faisait partie la Paroxétine et la consommation d'alcool; les benzodiazépines partageaient une même cible d'action au niveau moléculaire cérébral que l'alcool; certaines personnes exposées aux deux molécules avaient présenté une augmentation involontaire de leur consommation d'alcool, ou avaient présenté des signes d'intoxication alcoolique à des valeurs de consommation usuelle non toxique ou présenté l'apparition de comportements violents (homicide) et d'une amnésie circonstancielle. Il n'existait pas d'évidence

- 13/29-

A/1508/2008 permettant d'affirmer que la Paroxétine combinée au Bromazépam augmentait le risque, dans certains cas, de comportement suicidaire. La Paroxétine pouvait causer des événements indésirables sous la forme d'une suicidalité chez les jeunes adultes ou de réaction paradoxale; une intensification était fortement suspectée sur la base de la collection de données publiées récemment en cas d'association à l'alcool. Il n'y avait pas à sa connaissance de données comparables en terme qualitatif permettant d'admettre raisonnablement une telle intensification lors de la prise concomitante de Paroxétine et de bromazépam, mais l'une et l'autre molécule étaient décrites pour avoir été associées à des réactions paradoxales et le bromazépam et l'alcool partageaient certaines cibles moléculaires au niveau du système nerveux central.

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

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

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

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

Bien que rares, de telles situations étaient décrites dans la littérature médicale spécialisée (voir rapports et références des Drs N_____ et O_____). 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. O _____ mais pas avec celui de la Dresse M _____ car celle-ci ne reconnaissait pas les effets indésirables à ce type de réaction paradoxale associée à la prise de benzodiazépine et relevait la bonne tolérance de l'assuré à la Paroxétine en 2004, ce qui n'était pas une garantie d'absence d'effet indésirable ultérieurs.

Les indices fournis, tant dans l'anamnèse que dans les rapports d'expérience clinique en lien avec l'usage de la Paroxétine, soutenaient, avec un degré de

- 14/29-

A/1508/2008 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.

E. 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 jeune adultes ou des réactions paradoxales et conclut que l'assuré était, au degré de la vraisemblance prépondérante, au moment de l'acte privé de toute possibilité de se déterminer raisonnablement en raison de symptômes psychopathologiques causés par la prise de Paroxétine-Mepha et/ou de Lexotanil.

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

E. 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.

E. 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

- 15/29-

A/1508/2008 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 24 heures après la prise de médicaments, l'assuré présentait un comportement inattendu et irréversible.

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

L'effet paradoxal n'était pas un effet secondaire classique : il se trouvait que d'autres substances médicamenteuses présentaient des effets inattendus qui ne répondaient pas à la définition d'effets dits secondaires, c'est-à-dire non recherchés mais qui s'expliquaient par les mécanismes d'action pharmacodynamiques ou pharmacocinétiques connus. Les événements paradoxaux étaient rares, touchaient des substances diverses, notamment des médicaments à visée calmante tel que le bromazépam (Lexotanil). Dans ce cas, ils pouvaient se manifester par une agitation aiguë. Ils étaient réversibles à l'arrêt du médicament, ce qui permettait de retenir un lien de causalité. Les bouffées de violence observées sous certains types de psychotropes se distinguaient d'une aggravation des idées suicidaires préexistantes. Cette aggravation était attribuée à une levée de l'inhibition psychique avec risque de passage à l'acte et impliquait un effet biologique. L'aggravation des symptômes suicidaires en l'occurrence était un effet secondaire relié à l'exposition médicamenteuse, alors que la bouffée de violence contre soi ou contre autrui, qui plus était considérant la brièveté entre le début du traitement et les événements dans le cas particulier de l'assuré, moins de 24 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.

E. 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.

E. 49

Le 25 juin 2015, la SUVA a transmis un avis de la doctoresse S_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, un avis du docteur T_____, spécialiste en médecine du travail et en médecine générale et un avis du

- 16/29-

A/1508/2008 Professeur U_____, 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.

E. 50

Dans son avis du 22 juin 2015, le Prof. U_____ 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 V_____ et O_____ 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 U_____ relève 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 répondait à un acte involontaire.

La probabilité d'une réaction paradoxale à l'origine du suicide était loin d'atteindre la limite des 50%. 51. Dans son avis du 26 mai 2015, le Dr T_____ 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_____.

- 17/29-

A/1508/2008

Il était étonnant que l'experte élude toute la composante psychique en relevant seulement qu'aucun élément ne permettait de conclure à une intentionnalité suicidaire. Un effet

secondaire dû à la dose des médicaments était peu vraisemblable, de surcroît cet effet était rare. Les circonstances du drame n'évoquaient pas une brusque altération de l'état de conscience, même s'ils ne l'excluaient pas formellement. Selon une étude de l'OFSP de 2005, le suicide était une cause fréquente des décès en Suisse, les pensées suicidaires étaient peu exprimées, les dépressions étaient une cause importante des suicides et ceux-ci étaient rarement prémédités.

Il était donc impossible de retenir une relation de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante entre le suicide de M. A_____ et une hypothétique réaction paradoxale des médicaments. L'expertise était partielle. 52. Dans son avis du 9 juin 2015, la Dresse S_____ a relevé que la documentation relative au moment précédent le suicide était rudimentaire; il était arbitraire de conclure à l'absence de suicidalité ou de tendance suicidaire; ce risque était accru lors d'épisodes dépressifs majeurs et les personnes concernées ne faisaient pas toujours état de leurs tendances suicidaires. Elle ne comprenait pas comment l'experte pouvait conclure à l'absence de suicidalité.

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

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

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

Selon la littérature, les personnes de moins de 24 ans étaient particulièrement à risque lors de la prise d'ISRS et des états particulièrement aversifs pouvaient se manifester dans des cas rares, au début d'un traitement par ISRS, pouvant provoquer des actes suicidaires.

- 18/29-

A/1508/2008

Avec les ISRS, les symptômes dépressifs s'atténuent 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. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Par arrêt du 8 janvier 2013, le Tribunal fédéral a renvoyé la cause à la chambre de céans pour instruction complémentaire et nouvelle décision. 2. Selon l'art. 6 al. 1 de la Loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art 4 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Selon l'art. 28 LAA, lorsque l'assuré décède des suites de l'accident, le conjoint survivant et les enfants ont droit à des rentes de survivants.

- 19/29-

A/1508/2008 Selon l'art. 37 al. 1 LAA, si l'assuré a provoqué intentionnellement l'atteinte à la santé ou le décès, aucune prestation d'assurance n'est allouée, sauf l'indemnité pour frais funéraires. Selon l'art.48 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), même s'il est prouvé que l'assuré entendait se mutiler ou se donner la mort, l'art. 37, al. 1, de la loi n'est pas applicable si, au moment où il a agi, l'assuré était, sans faute de sa part, totalement incapable de se comporter raisonnablement, ou si le suicide, la tentative de suicide ou l'automutilation est la conséquence évidente d'un accident couvert par l'assurance. 3. Il faut, pour entraîner la responsabilité de l'assureur-accidents, qu'au moment de l'acte et compte tenu de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives, l'intéressé ait été privé de toute possibilité de se déterminer raisonnablement, en raison notamment d'une maladie mentale ou d'une faiblesse d'esprit (ATF 113 V 61 consid. 2a p. 62; RAMA 1990 no U 96 p. 182 consid. 2; ATF 115 V 151 consid. 2b publié dans RAMA 1989 no U 84 p. 448). L'existence d'une maladie psychique ou d'un grave trouble de la conscience doit être établie conformément à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 119 V 335 consid. 1 p. 338, 118 V 286 consid. 1b p. 289 s.). Il doit s'agir de symptômes psychopathologiques comme la folie, les hallucinations, la stupeur profonde, le raptus, etc. Le motif qui a conduit au suicide ou à la tentative doit être en relation avec les symptômes psychopathologiques. L'acte doit apparaître "insensé". Un simple geste disproportionné, au cours duquel le suicidaire apprécie unilatéralement et précipitamment sa situation dans un moment de dépression et de désespoir ne suffit pas (voir p. ex. arrêt U 25/05 du 21 février 2006 consid. 2.2; KIND, Suizid oder "Unfall", Die psychiatrischen Voraussetzungen für die Anwendung von Art. 48 UVV, RSA 1993 p. 291).

Pour établir l'absence de capacité de discernement, il ne suffit pas de considérer l'acte de suicide et, partant, d'examiner si cet acte est déraisonnable, inconcevable ou encore insensé. Il convient bien plutôt d'examiner, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier du comportement et des conditions d'existence de l'assuré avant le suicide, s'il

était raisonnablement en mesure d'éviter ou non de mettre fin ou de tenter de mettre fin à ses jours. Le fait que le suicide en soi s'explique seulement par un état pathologique excluant la libre formation de la volonté ne constitue qu'un indice d'une incapacité de discernement (RAMA 1996 n° U 267 p. 309 consid. 2b et les références) (ATF du 8 janvier 2013 8C 916/2011, consid. 2.2.). 4. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de

- 20/29-

A/1508/2008 l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

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

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

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écartier 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).

- 21/29-

A/1508/2008

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

- 22/29-

A/1508/2008 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. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 6. En l'occurrence, la chambre de céans a confié une expertise à la Dresse R_____, spécialiste FMH en pharmacologie et toxicologie cliniques et considéré que vu de l'arrêt du Tribunal fédéral du 8 janvier 2013, lequel estimait utile de confier la réalisation de l'expertise à un médecin spécialisé en pharmacologie, il ne se justifiait pas d'ordonner une expertise psychiatrique. 7. La Dresse R_____ a rendu son rapport d'expertise le 14 février 2015 et l'a complété, à la demande de la chambre de céans, le 7 mai 2015. Contrairement à l'avis de l'intimée, cette expertise judiciaire répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Il convient préalablement de rappeler qu'en application de l'arrêt du Tribunal fédéral du 8 janvier 2013, il incombait à la chambre de céans d'ordonner une expertise judiciaire afin de départager les avis contradictoires des Profs M_____ et O_____; en particulier, le Tribunal fédéral a relevé que le Dr W_____ n'avait pas exposé les raisons pour lesquelles une réaction totalement différente (extrême) à la prise de médicament avait pu survenir moins de deux ans plus tard, l'assuré ayant subi un traitement identique en 2004 et en 2006; quant à la Dresse M_____, elle avait nié l'effet négatif de la médication sans prendre en considération l'agitation psychomotrice (soudaine et extraordinaire) que pouvait causer la Paroxétine assimilée à un tranquillisant. Le rapport de l'experte judiciaire permet de départager ces deux dernières opinions et de donner la préférence à l'hypothèse développée par le Dr O_____ plutôt qu'à celle développée par la Dresse M_____.

- 23/29-

A/1508/2008 8. L'expertise judiciaire conclut que, selon la littérature médicale, des effets paradoxaux peuvent survenir en cas de prise de Paroxétine (expertise, p. 3). Elle précise qu'elle distingue le risque d'aggravation suicidaire avec celui de passage à un acte violent impulsif non prémédité et retient, dans le cas d'espèce, que l'assuré ne présentait pas, au vu du dossier, une intentionnalité suicidaire (complément d'expertise, p. 2), que celle-ci n'était de toute façon pas augmentée par la prise de Paroxétine ou par la prise de celle-ci combinée au Bromazépam (expertise, pp. 5 et 7). Les effets paradoxaux des médicaments autorisés étaient rares par définition dès lors qu'ils n'auraient, dans le cas contraire, pas atteint le seuil d'admission pour des motifs de sécurité publique (expertise, p. 5). L'intensification d'éléments indésirables était fortement suspectée en cas d'association de Paroxétine et d'alcool et le Bromazépam partageait avec l'alcool certaines cibles moléculaires au niveau du système nerveux central (expertise, p. 7). Cependant, il n'était pas possible de dire si l'effet paradoxal qui s'était produit chez l'assuré dès le début du traitement était lié à la prise de Lexotanil, de Deroxat ou des deux molécules conjointement. Tous les éléments du dossier concluaient à un diagnostic de raptus suicidaire; l'assuré répondait avec vraisemblance prépondérante à un acte 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. L'experte judiciaire a déclaré qu'elle rejoignait les conclusions du rapport du Dr O_____; à cet égard, l'experte a en particulier relevé que le suicide de

l'assuré s'était produit le lendemain du début du traitement, moment qui correspondait aux études citées relatant des réactions extrêmes survenant dans les quelques jours suivant le début du traitement à la Paroxétine (avis O_____ p. 2 et expertise p. 10; expertise complémentaire pp. 3 et 4) et que les effets de la combinaison Paroxétine / Bromazépam étaient similaires à ceux de la combinaison des SSRI avec de l'alcool (avis O_____ p. 2; expertise pp. 6-7). S'agissant du traitement similaire bien supporté suivi en 2004 par l'assuré, l'experte a clairement expliqué que ce fait n'excluait pas un raptus lié à ce traitement deux ans plus tard, le raptus ne répondant pas à une intolérance à la molécule active (expertise, p. 9). Par ailleurs, l'experte a indiqué que l'effet paradoxal pouvait être en lien avec la prise de Paroxétine, voire de la conjonction de celui-ci avec le Bromazépam. 9. La chambre de céans constate que les avis des médecins-conseils de l'intimée ne sont pas à même de remettre en cause les conclusions de l'expertise.

- 24/29-

A/1508/2008

a) S'agissant de l'avis de la Dresse M_____ du 3 septembre 2008, il est contesté de façon convaincante par l'experte, laquelle considère qu'un effet paradoxal du traitement ordonné en 2006 est possible, nonobstant le fait qu'il avait été bien supporté par l'assuré en 2004. De surcroît, en 2006, l'assuré n'avait pas suivi un traitement de Bromazépam à côté du Derogat et l'experte a expliqué que l'effet paradoxal pouvait aussi être lié à la prise conjointe de la Paroxétine et du Bromazépam. Enfin, le fait, souligné par la Dresse M_____ qu'aucune manifestation psychologique de dépression, qu'aucun état d'excitation et aucune attaque de panique n'avaient été observés chez l'assuré (avis M_____ p. 6) va plutôt dans le sens de l'apparition brutale chez l'assuré, le matin du 17 mars 2006, d'une bouffée non préméditée de violence, dirigée contre lui-même. b) S'agissant de l'avis du Dr U_____ du 22 juin 2015, il conteste les conclusions de l'expertise judiciaire, en relevant que les effets indésirables ou paradoxaux étaient rares et que l'on ne pouvait exclure l'intention réelle de suicide de la part de l'assuré; il relève en particulier, qu'un effet paradoxal dû à la prise de Lexotanil était rare et concernait plutôt des enfants ou personnes âgées. Concernant la Paroxétine, il n'y avait pas d'étude significative démontrant une augmentation de la suicidalité, en particulier chez les adultes souffrant d'une dépression. L'étude citée de V_____ et O_____ (2014), relatant des comportements violents suite à la prise simultanée d'antidépresseurs et d'alcool dans des groupes d'âge variés, était une liste de cas tirés de la pratique, laquelle ne permettait pas de formuler de conclusion satisfaisante significative et avait été publiée dans un journal sans facteur d'impact officiel. A cet égard, l'experte a expliqué que les éléments indésirables survenant lors de la prise concomitante de Paroxétine et de Bromazépam étaient mis en évidence par des études cliniques car la littérature médicale était plus abondante pour étudier l'efficacité que l'innocuité des nouvelles entités cliniques et que c'était avec l'usage sur la durée que les événements indésirables étaient progressivement collectés, formant des signaux au sens de la pharmacovigilance. Elle a, à cet égard, cité l'étude de V_____ et O_____ de 2014. Le fait que la publication en cause se base sur une étude clinique ne permet ainsi pas de l'écarter purement et simplement. De la même manière, on ne saurait écarter pour ce motif les correspondances cliniques citée par l'experte relatives aux effets paradoxaux (expertise, p. 5). En toute hypothèse, l'experte ne se fonde pas sur l'étude de V_____ et O_____ pour expliquer un effet paradoxal puisqu'elle admet qu'elle ne peut affirmer que ce dernier soit dû à la combinaison de la Paroxétine et du Bromazépam, une seule de ces molécules ayant pu

le provoquer. Le Dr U_____ semble également remettre en cause l'étude concernant les personnes sous traitement de Paroxétine et souffrant d'épisodes dépressifs

- 25/29-

A/1508/2008 moyens, en exposant qu'on ne peut mettre en évidence de manière définitive un lien de causalité entre la prise de Paroxétine et la suicidalité chez des adultes souffrant de dépression. Or, comme le Dr U_____ le relève lui-même, l'information professionnelle du compendium suisse des médicaments pour le "Deroxat, comprimés enrobés" mentionne chez l'adulte souffrant de MDD, dans tous les groupes d'âge, une augmentation statistique significative de la fréquence de comportements suicidaires chez les patients traités par la Paroxétine. Cependant, ce qui est déterminant en l'espèce, comme relevé par l'experte, c'est non pas le risque d'augmentation de suicides chez l'adulte, mais la survenue brutale, inattendue et involontaire d'une bouffée de violence tournée contre lui-même (complément expertise p. 4). Or, ce phénomène n'est pas relié à la catégorie "jeune adulte", mais figure dans l'information professionnelle précitée comme suit : "La survenue de certains symptômes comme une agitation, une acathisie ou manie, peut être imputable à l'état de santé ou au traitement médicamenteux; en particulier, l'utilisation de la Paroxétine peut être associée à l'apparition d'acathisie, surtout dans les premières semaines de traitement." Les effets paradoxaux précités ont ainsi été officiellement reconnus, puisqu'ils figurent dans la notice d'emballage du médicament en cause. Les autres médecins-conseils de l'intimé l'admettent d'ailleurs également en relevant que dans des cas extrêmement rares, il arrive que des états d'agitation très difficilement tolérables apparaissent au début d'un traitement à base d'ISRS et entraînant de la suicidalité (avis S_____ p. 7), ou encore que la réaction paradoxale aux médicaments décrite par l'experte est un cas rare (avis T_____ p. 2). Il est ainsi à constater que le risque d'effets paradoxaux liés à la prise de Paroxétine est admis par les différents médecins/experts qui se sont prononcés. Tous s'accordent pour dire qu'il s'agit de cas rare, ce que l'expertise judiciaire a confirmé. Enfin, la constatation faite par le Dr U_____ que le risque de commettre un suicide en raison d'une dépression est beaucoup plus élevé que le fait de se donner la mort en raison des effets paradoxaux ou indésirables du Bromazépam ou de la Paroxétine, n'est pas pertinente dès lors l'experte ne conteste pas qu'il s'agit d'une réaction paradoxale rare, mais qu'au vu de toutes les circonstances de cas, il apparaît, au degré de la vraisemblance prépondérante, que cette réaction paradoxale s'est produite chez l'assuré. c) Le Dr T_____ conteste également la valeur probante de l'expertise judiciaire en estimant qu'il est impossible de retenir une relation de causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante, entre le suicide et une hypothétique réaction paradoxale de la Paroxétine Mepha et du Lexotanil. Il affirme que vu les faibles doses de Paroxétine et de Lexotanil prises par l'assuré, il était peu vraisemblable que ce traitement ait pu provoquer un effet secondaire (avis T_____, p. 2).

- 26/29-

A/1508/2008 Cet avis, émanant d'un médecin non spécialisé en pharmacologie et toxicologie, est clairement contredit par l'experte, laquelle a exposé que quel que soit la dose, les deux molécules sont connues pour des cas de réaction paradoxale (expertise, p. 10). Le Dr T_____ se réfère par ailleurs longuement à une étude de l'OFSP sur le suicide et la prévention de suicide en Suisse pour démontrer que le suicide est fréquent en Suisse. Ce fait n'est pas contesté, en particulier par l'experte, et ne permet pas de considérer que l'effet paradoxal de certains médicaments, pouvant conduire au suicide, serait inexistant. Il n'a d'ailleurs jamais été contesté que l'effet paradoxal soit un cas rare et que la majorité des

cas de suicide ne provient pas d'un effet secondaire d'un traitement médicamenteux. En particulier, l'expertise judiciaire ne remet pas en cause ce fait. L'experte explique de façon convaincante que, compte tenu de plusieurs éléments au dossier, elle peut affirmer, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'en l'espèce, l'assuré a été victime de symptômes psychopathologiques causés par la prise de son traitement, soit une bouffée de violence qu'il a retournée contre lui; en particulier, elle a relaté que l'assuré avait cherché une aide médicale au moment où il avait ressenti des symptômes de stress et s'était attaché à reprendre le même traitement qui l'avait aidé deux ans auparavant, qu'il n'avait pas planifié son décès, alors qu'il était très organisé et méticuleux, que la recourante et le dernier médecin consulté n'avaient pas relevé non plus d'intentions chez l'assuré de se suicider (le Dr D_____ relève en effet le 17 mars 2006 qu'il n'avait pas remarqué de signes de suicidalité) et que le comportement inattendu et violent dirigé contre lui s'était produit moins de 24 heures après la prise de médicaments, ce qui correspondait à d'autres observations. A cet égard, l'experte rejoint l'analyse du Dr O_____, lequel a également considéré que plusieurs faits contredisaient un acte suicidaire conscient de l'assuré et que le fait que celui-ci s'était comporté normalement avant de passer à l'acte indiquait justement qu'il avait été soudainement surpassé par une angoisse et une panique extraordinaires (avis O_____ p. 3). d) S'agissant de la Dresse S_____, elle conteste également la conclusion de l'expertise judiciaire quant à l'absence de suicidalité chez l'assuré; or, même si ce fait est difficile à démontrer, il n'en demeure pas moins que les circonstances décrites par la Dresse R_____ constituent des indices en faveur de l'absence de suicidalité chez l'assuré, dont il convient de tenir compte et cela même si, comme le relève la Dresse S_____, certaines personnes ne font pas toujours état de leurs tendances suicidaires. La Dresse S_____ relève que les résultats d'études portant sur les déclenchement possible d'actes suicidaires sous Paroxétine chez de jeunes adultes (18 à 24 ans) ne pouvaient s'appliquer à un homme de 37 ans, en raison de la différence de maturation du système nerveux central. L'assuré appartenait à la

- 27/29-

A/1508/2008 catégorie des adultes âgés de plus de 30 ans ou au groupe d'âge de 25 à 64 ans pour lesquels il n'y avait pas d'augmentation de la fréquence de comportements suicidaires. A cet égard, l'experte s'est référée à la monographie du Deroxat, laquelle précise que « chez les adultes souffrant de MDD (tous les groupes d'âge), une augmentation statistiquement significative de la fréquence des comportements suicidaires a été mise en évidence chez les patients traités par Paroxétine en comparaison avec les patients traités par placebo (11/3455 [0,32%] versus 1/1978 [0,05%]; il s'agissait pour tous les événements de tentatives de suicide). La plupart de ces tentatives de suicide lors d'un traitement par la Paroxétine (8 sur 11) ont toutefois été répertoriées chez des jeunes adultes âgés de 18 à 30 ans. Ces données de patients souffrant de MDD suggèrent que la fréquence plus élevée de comportements suicidaires observée chez les jeunes adultes souffrant de divers troubles psychiatrique pourrait également s'étendre aux patients âgés de plus de 24 ans. » L'interprétation faite par la Dresse S_____ des études qu'elle cite est ainsi trop restrictive; contrairement à l'avis de cette dernière, ces études ne permettent pas d'affirmer que l'assuré se trouvait dans une catégorie de personne pour laquelle aucun comportement suicidaire sous Paroxétine n'aurait été observé. Au contraire, la monographie du Deroxat suggère que les patients atteints de MDD, âgés de plus de 24 ans, pourraient être concernés par une fréquence plus élevée de comportement suicidaire sous traitement de Paroxétine. La Dresse S_____ conteste, en

outre, la possibilité d'un effet paradoxal de la Paroxétine, au vu du traitement antérieur bien supporté, ce qui a été clairement contesté par l'experte. La Dresse S_____ admet qu'au début d'un traitement par ISRS, des états particulièrement aversifs, des états d'agitation difficilement tolérables entraînant de la suicidalité, peuvent se manifester dans des cas rares. Elle part toutefois du principe que la combinaison d'un médicament ISRS avec un médicament sédatif (benzodiazépine) pallie en général ce problème. A cet égard, l'experte a, au contraire, relevé qu'il était aussi probable, même si les études citées se référaient à la combinaison Paroxétine / alcool que la conjonction de la Paroxétine et du Bromazépam ait pu provoquer un effet paradoxal, ce qui permet d'exclure que le traitement administré à l'assuré le 16 mars 2006, soit du Deroxat et du Lexotanil, empêche tout effet paradoxal, notamment la survenance d'une bouffée de violence retournée contre l'intéressé et se traduisant par un suicide. Enfin, la Dresse S_____ indique que l'expertise cite de façon inexacte des travaux, par rapport au texte original, mais ne donne à cet égard aucune précision. Les critiques de la Dresse S_____ ne sont ainsi pas à même de remettre en cause la valeur probante de l'expertise, étant relevé qu'on peut se poser la question d'une approche objective du dossier par cette médecin, laquelle s'est limitée à

- 28/29-

A/1508/2008 établir si on pouvait « mettre en évidence des omissions, des manques, des erreurs d'appréciations médicales ou des contradictions susceptibles de remettre en cause l'expertise judiciaire. » (avis S_____ p. 1). 10. Au vu de ce qui précède, il convient 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, a été, au moment de l'acte, privé de toute possibilité de se déterminer raisonnablement, en raison de la survenance d'une bouffée soudaine de violence qu'il a retournée contre lui-même, de sorte que l'acte de suicide du 17 mars 2006 doit être qualifié d'accident au sens des art. 4 LPGA et 6 LAA. 11. Partant, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et l'intimée sera condamnée à prendre en charge les suites de l'accident de l'assuré du 17 mars 2006; la cause sera ainsi renvoyée à l'intimée pour le calcul des rentes de survivant, au sens de l'art. 28 LAA, en faveur de la recourante et de ses enfants. 12. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 4'000.- lui sera allouée, à charge de l'intimée.

- 29/29-

A/1508/2008 PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet. 3. Annule la décision du 12 mars 2008 de l'intimée. 4. Condamne l'intimée à prendre en charge les suites de l'accident de feu Monsieur E_____. 5. Renvoie la cause à l'intimée, dans le sens des considérants. 6. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 4'000.- à titre de dépens. 7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification 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), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne); 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

Alicia PERRONE

La présidente

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

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.