

GE_GERICHTE A/97/2015 vom 1. Juni 2016

GE Cour de justice, 2016-06-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_97_2015

FR: GE_GERICHTE A/97/2015 du 1 juin 2016

IT: GE_GERICHTE A/97/2015 del 1 giugno 2016

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Enfant mineur A_____ B_____, domicilié à THÔNEX, représenté par Maître Michel VALTICOS, curateur recourant contre BALOISE ASSURANCE SA, Service juridique, sise Aeschengraben 21, BÂLE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian GROSJEAN intimée EN FAIT 1. Monsieur B_____ (ci-après : l'assuré ou le défunt), né le _____ 1954, a travaillé dès le 1^{er} juin 2008 en tant que responsable informatique de C_____ (ci-après : C_____). À ce titre, il était couvert en assurance-accidents professionnels et non professionnels par la Bâloise assurance SA (ci-après : l'assureur).¹ Le 25 mai 2012, l'assuré a été retrouvé sans vie sur la voie publique, gisant au pied de son immeuble, suite à une chute du quatrième étage.² Selon le rapport de levée de corps du 25 mai 2012, les premiers éléments de l'enquête faisaient apparaître que le défunt était tombé du balcon de son domicile au quatrième étage. La porte de l'appartement n'était pas fermée à clef. Toutes les lumières de l'appartement étaient éteintes. Le défunt était probablement en train de manger un yaourt juste avant de chuter puisque celui-ci et son contenu partiel avaient été retrouvés au sol à côté de lui. Aucune trace de lutte, de fouille ou de vol n'avait été constatée dans l'appartement. Aucun message d'adieu ou pouvant laisser penser que le défunt était suicidaire n'avait été retrouvé chez lui. Le médecin venu sur les lieux pour procéder aux examens d'usage avait relevé la présence dans l'appartement de médicaments antidépresseurs.³ Par ordonnance du Ministère public du 25 mai 2012, l'officier de service a conclu à une cause de décès probablement accidentelle et a ordonné la mise en sûreté du cadavre au Centre universitaire romand de médecine légale (ci-après : CURML) aux fins d'autopsie et d'examens toxicologiques.⁴ Le 14 juin 2012, l'employeur a annoncé le décès à l'assureur.⁵ D'après l'expertise toxicologique du CURML du 26 juillet 2012, les analyses des échantillons biologiques indiquaient la présence dans le sang et l'urine de Citalopram, de Norcitalopram, soit des antidépresseurs, et de caféine. Toutefois les concentrations des antidépresseurs déterminées dans le sang se situaient en dessous de la fourchette des valeurs thérapeutiques. Les analyses n'avaient pas révélé la présence d'autres toxiques, stupéfiants ou médicaments courants en concentrations considérées comme significatives sur le plan toxicologique.⁶ Selon le rapport d'autopsie du CURML du 14 août 2012, le médecin présent lors de la levée du corps a précisé qu'on lui avait indiqué qu'un pot de yaourt éclaté de même qu'une cuillère se trouvaient au sol à proximité du corps. D'après ses constatations sur place, la porte-fenêtre de la cuisine était ouverte sur le balcon qui était bordé par une rambarde haute de 90 cm. Sur la droite de la rambarde, dans la direction du corps en contrebas qui se trouvait plusieurs mètres en avant de la rambarde, il a observé une trace de ripage sous la forme d'un décollement de peinture. Au premier étage, il y avait une marquise située juste en-dessous des balcons. Un skate-board se trouvait sur le

sol juste à côté de la rambarde. Sur la table de nuit, il y avait des emballages de deux hypnotiques (Stilnox® et Zolpidem®) et d'une benzodiazépine (Temesta®) ainsi qu'une ordonnance pour du Cipralex® (antidépresseur), établie le 24 mai 2012 par le docteur D _____, médecin psychiatre FMH. Dans la salle de bains, se trouvait également du Tranxilium®, une benzodiazépine. Les analyses concernant le dosage de l'alcool éthylique étaient négatives. Les informations transmises par la police faisaient état d'un divorce un an auparavant jour pour jour. Le couple avait deux enfants. Le défunt était suivi et traité pour un état dépressif associé à des troubles du sommeil. Il avait été vu en consultation par le Dr D _____ le 24 mai 2012 à 11h00. Les médecins légistes ont constaté notamment une athérosclérose coronarienne et généralisée modérée ainsi que des signes d'une cholestérolose. Ils ont conclu à un décès consécutif à un polytraumatisme sévère. L'ensemble des lésions constatées était compatible avec une chute d'une hauteur du quatrième étage.![endif]>![if> 8. Par courriel du 23 septembre 2012 se référant à divers entretiens téléphoniques antérieurs, Madame E _____ (ci-après : l'ex-épouse) a demandé à l'assureur de statuer sur le droit à une rente d'orphelin en faveur de ses enfants mineurs, F _____ (ci-après : le fils aîné) né le _____ 1995, et A _____ (ci-après : le fils cadet ou le recourant) né le _____ 1999.![endif]>![if> 9. Dans son courriel du 28 septembre 2012, l'assureur a notamment requis de l'ex-épouse la production du jugement de divorce et les décisions de rentes AVS.![endif]>![if> 10. Le 23 novembre 2012, l'ex-épouse a transmis à l'assureur le jugement de divorce du 29 mars 2011 qui prévoyait une autorité parentale conjointe et une garde alternée, mais pas de pension alimentaire pour l'ex-épouse, ainsi que la décision de l'AVS du 6 novembre 2012 lui allouant dès le 1 er juin 2012 une rente ordinaire de survivant ainsi qu'à chacun de ses enfants.![endif]>![if> 11. Selon le rapport de l'inspecteur de sinistres du 5 décembre 2012, il ressortait de l'entretien téléphonique qu'il avait eu avec Monsieur G _____, secrétaire général de C _____ (ci-après : le supérieur hiérarchique) que le défunt avait été engagé en 2008 en qualité de responsable informatique afin de mettre en place le nouveau système informatique propre à C _____ et intégrant les nouveaux services et ressources repris de la Fédération de soins et d'aide à domicile. Il avait souhaité exercer une activité à responsabilité mais sédentaire, en regard de sa situation familiale, notamment de la garde alternée de ses enfants. Il était décrit comme très efficace professionnellement, apprécié de ses collaborateurs et avec la capacité de supporter une charge de travail supérieure à la moyenne. Il n'avait présenté ni absentéisme, ni signes de mal-être ou de problèmes particuliers.![endif]>![if> 12. Sur demande de l'assureur, l'ex-épouse lui a précisé par courriel du 9 janvier 2013 que le défunt avait consulté le docteur H _____, spécialiste FMH en médecine interne et en gériatrie auprès du centre médico-chirurgical des Eaux-Vives.![endif]>![if> 13. Selon le résumé de l'entretien téléphonique du 22 janvier 2013 entre le Dr H _____ et le médecin-conseil de l'assureur, le premier avait soigné l'assuré pour un état dépressif qui avait justifié une incapacité de travail d'un mois à un mois et demi. A son avis, il s'agissait d'une déféstration. Il avait prescrit un traitement de Cipralex® et l'évolution avait été plutôt favorable. Le défunt avait repris le travail peu avant son décès. « Ainsi, le Dr H _____ considérait qu'il ne s'agissait pas d'un accident ». Il n'était pas exclu que la désinhibition sous traitement antidépresseur ait permis le passage à l'acte. Le jour du décès semblait également correspondre au jour anniversaire de son fils cadet ainsi que de son divorce.![endif]>![if> 14. Le 24 janvier 2013, l'assureur a obtenu de l'assurance-maladie le décompte des diverses factures payées en faveur du défunt du 1 er janvier 2011 au 25 mai 2012.![endif]>![if> 15. Dans un rapport du 11 février 2013, le Dr H _____ a précisé que

lors de la première consultation du 26 octobre 2011, l'assuré avait déclaré être déprimé depuis le début 2011. Il avait été mis sous traitement de Deprivita®. Au début novembre 2011, l'assuré avait contacté le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Lors de la consultation suivante du 4 mai 2012, il se plaignait d'une thymie fluctuante, sans idéation suicidaire, ni de la lignée psychotique. Il avait une capacité de discernement complète. Il était suivi par le Dr D_____ qui avait prescrit du Zoloft® (antidépresseur) mal supporté, puis du Cipralex®. Il avait été mis en incapacité de travail du 7 au 14 mai 2012. Le Dr H_____ n'avait pas d'arguments personnels concernant la déféstration.![endif]>![if> 16. Par ordonnance du 2 avril 2013, le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant a instauré une curatelle de représentation en faveur des deux fils et a désigné Maître Michel VALTICOS en tant que curateur aux fins de les représenter dans la succession du défunt.![endif]>![if> 17. Selon le certificat d'héritier du 19 mars 2013, l'assuré avait établi un testament olographe le 8 janvier 2012, ayant fait l'objet d'un acte de dépôt dressé par notaire le 22 juin 2012. Selon ses dispositions testamentaires, outre des legs en faveur de sa mère, il avait institué pour héritiers ses deux fils, par égales parts entre eux.![endif]>![if> 18. Le 24 juin 2013, l'assureur a obtenu de l'assurance-maladie les copies des diverses factures payées en faveur du défunt du 3 novembre 2011 au 21 mai 2012. Il en ressortait que les consultations données par le Dr H_____ les 8 et 14 mai 2012 consistaient en consultations téléphonique de 5 minutes. En outre, le défunt avait consulté le Dr I_____ les 3, 8, 17 et 24 novembre 2011, les 6 et 20 décembre 2011, les 10, 17 et 24 janvier 2012. Il avait également été examiné en urgence le 28 décembre 2011, à Veysonnaz et s'était fait prescrire du Temesta®. Puis, il avait consulté le Dr D_____ les 31 janvier 2012, 3 (consultation téléphonique) et 8 février 2012, 1 er , 14 et 22 mars 2012, 5, 18, 27 (consultation téléphonique) et 30 avril 2012 (consultation téléphonique), puis le 1 er mai 2012, ainsi que le Dr J_____, spécialiste FMH en anesthésiologie et hypnose, les 20 mars 2012, 19 et 24 avril 2012, puis le 1 er mai 2012. Il avait suivi un traitement de shiatsu auprès de Monsieur K_____, praticien, les 10, 14 et 21 mai 2012. Sur prescription du Dr D_____, il s'était fait délivrer le 12 mai 2012 du Seroquel®, puis le 17 mai 2012 du Temesta® et du Stilnox®. Le docteur L_____, urologue FMH, lui avait prescrit le 30 avril 2012 du Levofloxacin®, un antibiotique utilisé notamment en cas d'infections urinaires compliquées (<https://compendium.ch/mpro/mnr/21995/html/fr?Platform=Desktop>).![endif]>![if> 19. Dans son rapport du 30 octobre 2013 adressé à l'assureur, le Dr D_____ a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). La première consultation remontait à janvier 2012 et il s'agissait d'une rechute. Le traitement avait consisté en antidépresseurs et soutien psychothérapeutique. Il n'y avait pas eu d'incapacité de travail. Lors des consultations, l'assuré était déprimé, voulant faire face à ses obligations professionnelles et familiales. Il présentait des idées suicidaires puisque cet élément faisait partie de l'état dépressif majeur. Ce spécialiste avait prescrit pendant plusieurs mois des antidépresseurs sous forme d'Escitalopram (Cipralex®), traitement qui n'avait pas pu favoriser un passage à l'acte.![endif]>![if> 20. Le 13 mars 2014, l'assureur a informé l'ex-épouse que son médecin-conseil ne pouvait pas prendre clairement position sur le dossier, raison pour laquelle il confiait un mandat d'expertise au docteur M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, afin notamment d'examiner si la thèse d'un suicide ou d'un acte auto-agressif pouvait être retenue et si au moment de l'acte en question, la capacité de discernement de l'assuré était totalement abolie.![endif]>![if> 21. Dans le cadre de son mandat, l'expert a eu un entretien avec la mère du défunt au domicile

de celle-ci le 15 mai 2014 et un entretien téléphonique avec le Dr D_____ le 17 juin 2014. Il a également posé des questions complémentaires à ce médecin. Dans sa réponse du 29 juin 2014, le Dr D_____ a précisé que le 24 mai 2012, l'assuré présentait les signes et les symptômes de sa dépression sévère. Ce dernier avait fait état de nouveaux facteurs de stress depuis quelques semaines, à savoir la mise en évaluation de son activité professionnelle et l'hospitalisation récente de son fils (ndlr cadet). En dehors du diagnostic d'épisode dépressif sévère, le Dr D_____ n'avait pas constaté des antécédents personnels de tentative de suicide de l'assuré ou dans sa famille. Celui-ci ne lui était pas apparu comme une personne impulsive capable de passage à l'acte en situation de crise. Il ne s'était pas montré particulièrement désespéré au cours des dernières consultations, notamment celle du 24 mai 2012. Son état de dépression était sévère mais chronique, non aggravé. Il y avait plusieurs possibilités expliquant le taux sérique post-mortem de Citalopram inférieur au seuil de détection, à savoir l'absence de compliance usuelle, un oubli de la prise durant un jour ou encore un métabolisme particulièrement actif. Il ne lui était pas possible de dire quelle possibilité expliquerait une concentration basse.!

!> Selon les déclarations de la mère du défunt, celui-ci n'avait jamais présenté de troubles psychiatriques jusqu'aux faits en cause, n'avait jamais fait de tentative de suicide, ni proféré de simple menace. Le fils cadet avait toujours été sensible et était devenu difficile ces dernières années. Il avait été hospitalisé dans le service de pédiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) en raison d'un comportement difficile. Cette décision avait été prise en urgence par l'ex-épouse sans que l'assuré n'ait été consulté. Toutefois, celui-ci était optimiste pour la santé de son fils. La veille du décès, elle était rentrée de Bucarest et l'assuré était venu la chercher à l'aéroport. Il semblait aller tout à fait bien. Il était bien habillé et sortait d'un cocktail organisé pour fêter avec son équipe le succès d'un projet professionnel difficile. Il l'avait conduite chez elle et n'était pas resté pour manger avec elle comme il en avait l'habitude, prétextant qu'il avait « quelque chose » ce soir-là. Son ex-épouse partant en voyage quelques jours avec son compagnon, il avait prévu de prendre ses deux fils à son domicile le lendemain. Il avait préparé les cadeaux pour l'anniversaire du fils cadet auquel elle était invitée ainsi que les beaux-parents et peut-être des amis. Il avait acheté la nourriture pour le repas d'anniversaire. Au vu de tous ces éléments, elle considérait comme hautement improbable que son fils se fût suicidé. Elle a relevé que comme l'assuré avait l'habitude de faire des exercices respiratoires sur son balcon lorsqu'il souffrait d'insomnies, il avait pu buter sur la planche à roulettes des enfants et tomber accidentellement dans le vide avec son yaourt à la main. Au vu des traces laissées par la planche à roulettes sur la droite du balcon, si le défunt était tombé depuis cet endroit, sa trajectoire serait passée par la marquise du rez-de-chaussée et on ne pouvait pas faire l'hypothèse d'une prise d'élan pour délibérément éviter cet obstacle. Elle ne comprenait pas pourquoi la porte d'entrée n'était pas verrouillée de l'intérieur ni pour quel motif les lumières étaient éteintes. En effet, l'assuré avait l'habitude de tirer la porte d'entrée de son appartement puis de la verrouiller de l'intérieur, de sorte que se posait la question de la présence d'un tiers qui aurait ensuite quitté l'appartement. 22.

Dans son rapport du 18 juillet 2014, l'expert a diagnostiqué un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2). Il n'y avait aucun indice pour une pathologie comorbide qui serait survenue après la dernière consultation chez le psychiatre traitant. Selon lui, au vu des circonstances du décès et la nature de la pathologie psychiatrique, le suicide demeurait l'hypothèse la plus probable et ce avec une vraisemblance prépondérante (plus de 50%). Au cas où le suicide serait retenu, il était convaincu qu'au moment de l'acte, l'assuré n'était pas totalement incapable d'agir

raisonnablement et ce avec un degré de vraisemblance prépondérante (plus de 75%). L'expert a observé que la première consultation pour troubles psychiques remontait au 26 octobre 2011 lors de laquelle du Deprivita® lui avait été prescrit, soit un extrait de millepertuis préconisé pour les dépressions légères. Le défunt avait demandé des soins à plusieurs autres médecins pour ses problèmes psychiques, notamment le Dr I_____, puis avait débuté un traitement auprès du Dr D_____ dès le mois de janvier 2012. Il ne semblait pas qu'il eût une compagne. S'il avait respecté la prescription médicale, il aurait dû être sous Escitalopram (Cipralox®) lors du décès et non pas sous Citalopram. D'après l'expert, le défunt souffrait d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques selon la dénomination de la CIM-10 (classification internationale des troubles mentaux et du comportement) ou d'un trouble dépressif majeur, épisode isolé, état actuel sévère, sans caractéristique psychotique selon la terminologie du DSM IV (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). Bien que le dossier ne permettait pas de répertorier l'entier des éléments ayant conduit à poser le diagnostic d'épisode dépressif sévère, l'expert était convaincu d'un tel diagnostic au vu des explications données par le médecin psychiatre traitant. Le trouble dépressif avait été suffisamment grave pour justifier une attestation d'incapacité de travail du 7 au 14 mai 2012. Même en souffrant d'un tel trouble, il était tout à fait possible que le défunt fût à même de sauver la face dans certaines situations et même avoir un rendement proche de la normale au travail s'il ne présentait pas de ralentissement marqué, ni d'importantes difficultés à penser et à se concentrer. Le dossier rapportait des fluctuations de la thymie et par conséquent, des légers mieux de plus ou moins longue durée. Statistiquement, 10 à 15% des patients ayant présenté un épisode dépressif majeur modéré ou sévère au cours de leur vie allaient mourir par suicide. De plus, le défunt présentait deux autres facteurs de risque statistiques, à savoir le sexe masculin et la sévérité de l'épisode dépressif. Quant aux autres facteurs de risque, soit ils n'étaient pas réalisés, soit ils n'étaient pas prouvés. Dans les facteurs de risque généraux et indépendants de la dépression, il fallait retenir la notion de séparation et de divorce, les problèmes familiaux et la probabilité de difficultés professionnelles. En effet, chez ce sujet dépressif depuis 2011, il n'était pas exclu que l'efficacité au travail eût baissé et que les rapports avec les collègues et la hiérarchie se fussent détériorés. Le rôle de la médication psychotrope devrait être écarté dès lors que le taux sérique mesuré lors de l'autopsie était inférieur à la zone thérapeutique et que ce type de problème se posait ordinairement une dizaine de jours après l'introduction de l'antidépresseur. En revanche, on pouvait se poser la question de l'observance de la prescription médicamenteuse et d'une diminution de la posologie dans les jours ou la semaine précédant le décès, ce qui aurait aussi pu constituer un facteur de risque suicidaire supplémentaire. La présence d'un yaourt et d'une cuillère à côté du corps n'excluaient pas un suicide. Dans un contexte de désespoir et de ruminations suicidaires, ces objets avaient pu être jetés préalablement au sol avant le passage à l'acte ou être gardés à la main lorsque l'assuré s'était précipité dans le vide. En cas d'incapacité totale de discernement, il était souvent fait référence à un raptus, à savoir une émotion paroxystique immédiatement transformée en passage à l'acte. L'épisode dépressif sévère ne validait pas une totale incapacité de discernement per se. Le défunt n'était pas particulièrement impulsif, il n'y avait pas de notion d'une quelconque instabilité sur le plan personnel, professionnel ou social et il n'avait jamais été question d'un trouble de la personnalité. Par conséquent, la notion de raptus ne cadrerait pas avec ce qu'on savait du défunt.![endif]>![if> 23. Par décision du 5 septembre 2014, l'assureur a refusé toutes prestations d'assurance, à l'exception de l'indemnité pour frais funéraires, aux motifs que, selon l'expert, le suicide

demeurait l'hypothèse la plus probable au degré de la vraisemblance prépondérante et que le défunt n'avait pas présenté de raptus au moment des faits.![endif]>![if> 24. Le 8 octobre 2014, le curateur a formé opposition au nom des deux fils. Il a relevé que le rapport d'expertise se fondait largement sur le caractère dépressif du défunt pour admettre un suicide avec une probabilité de 50%. Or, il existait dans le dossier de nombreux éléments tendant à prouver que le défunt ne s'était pas suicidé ou à tout le moins que le suicide n'était pas la cause la plus probable du décès. Il s'est référé au contenu des divers rapports médicaux et a souligné que le défunt avait déjà traversé des périodes de dépression bien plus profondes et s'en était sorti. Professionnellement, au vu de l'heureuse issue du projet informatique confié par son employeur et de l'excellente appréciation de son supérieur hiérarchique, le défunt aurait eu de quoi être confiant pour l'avenir et serein. On peinait à envisager qu'il se fût donné la mort le jour de l'anniversaire de son fils cadet au vu de l'affection qu'il portait à ses enfants et des efforts professionnels qu'il avait entrepris pour être plus présents avec eux. La thèse de l'expert pour expliquer la présence du yaourt et de la cuillère à côté du corps lors du suicide n'était absolument pas crédible. Cet élément accréditait fortement, voire confirmait la thèse de l'accident. L'ex-épouse avait récemment appris que le défunt avait planifié et payé un voyage à Rhodes (recte : en Crète) avec Madame I_____ (ci-après : l'amie), sa nouvelle amie. Cet élément confirmait que le défunt connaissait une période de renouveau tant sur le plan professionnel que personnel. Non seulement, il n'existait pas d'indices sérieux excluant la thèse de l'accident, mais compte tenu de l'ensemble des circonstances, la thèse de l'accident était hautement probable. Par conséquent, la présomption naturelle du caractère involontaire de la mort n'était pas renversée et, selon la jurisprudence, il appartenait à l'assureur de supporter les conséquences d'un accident aux origines incertaines.![endif]>![if> 25. Par décision du 24 novembre 2014, l'assureur a rejeté l'opposition. Il a rappelé que, selon la jurisprudence, il appartenait au requérant de prouver le caractère involontaire du dommage. Il ne voyait aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expertise. L'argument selon lequel, le défunt n'avait jamais présenté de troubles psychiques avant cet épisode et n'avait jamais proféré de simples menaces de suicide ne suffisait pas à prouver l'accident, pas plus que la présence du yaourt près du corps ou l'absence d'une lettre d'adieu.![endif]>![if> 26. Par acte du 12 janvier 2015, le fils cadet représenté par son curateur a recouru contre ladite décision. Il conclut, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente d'orphelin et subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Il reprend la même argumentation que dans son opposition. Il relève au surplus que de nombreux éléments permettent de considérer que le défunt a été victime d'un accident au degré de la vraisemblance prépondérante, de sorte qu'il ne supporte pas le fardeau de l'absence de preuve d'un accident. En outre, selon la jurisprudence, lorsque les indices parlant en faveur d'un suicide ne sont pas suffisamment convaincants pour renverser objectivement la présomption que la mort est due à un accident, il appartient à l'assureur d'en supporter les conséquences. Une telle présomption était une pure question de droit, étant précisé qu'une expertise ne se prononce que sur des faits. En l'occurrence, les conclusions extrêmement nuancées de l'expertise et la présence d'éléments rendant vraisemblable la thèse de l'accident auraient dû conduire l'intimée à retenir celle-ci, ce d'autant plus que les prestations en jeu ne concernaient qu'une rente d'orphelin, voire deux, d'une durée par définition très limitée dans le temps.![endif]>![if> Il a produit dans la procédure une quittance de paiement du 24 avril 2012, établie par une agence de voyage et concernant le paiement par le défunt du solde de voyage en Crète au moyen de sa carte de crédit. 27. Dans sa réponse du 9 février 2015, l'intimée s'en est

rapportée à justice quant à la recevabilité du recours et, sur le fond, a conclu à son rejet. Elle s'est référée à deux arrêts du Tribunal fédéral pour en conclure que dans le cas du défunt, au vu du diagnostic psychiatrique, des statistiques et du dosage sérique de Citalopram inférieur au seuil de détection, il existait des indices sérieux de nature à renverser la présomption du caractère involontaire de la chute. En l'absence d'indice concret permettant de douter du bienfondé de l'expertise, celle-ci revêtait une pleine valeur probante. De plus, le recourant n'apportait aucun indice probant qui n'aurait pas été pris en compte par l'expert. Selon l'intimée, au vu de la hauteur de la rambarde, il était quasiment impossible que le défunt ait accidentellement basculé par-dessus le garde-corps. 28. Le 25 mars 2015, la chambre de céans a procédé à une comparution personnelle des mandataires. Selon le mandataire du recourant, le voyage en Crète avait été annulé pour une raison inconnue. Il n'avait pas eu de contact avec l'amie. Les enfants du défunt ne connaissaient apparemment pas celle-ci. Le recourant avait été hospitalisé brièvement pour un problème comportemental et était sorti de l'hôpital. Il devait passer quelques jours chez son père à partir du 25 mai 2012. Il a produit une facture du 4 juillet 2012 établie par une agence de voyage, au nom du défunt ainsi que de la compagne, et annulant le 10 mai 2012 le séjour en Crète prévu du 16 au 23 mai 2012 avec vol et logement en chambre double à l'hôtel. Il a également produit un certificat médical, établi le 14 mai 2012 par le Dr H_____, attestant que le patient ne pouvait pas voyager en Grèce du 16 au 23 mai 2012, en raison de son état de santé. 29. Le 26 mars 2015, la chambre de céans a requis du centre médico-chirurgical des Eaux-Vives le dossier médical du défunt, suivi par le Dr H_____, décédé depuis lors. 30. Par écriture du 26 mars 2015, le recourant a produit un courrier de l'agence de voyage du 25 mars 2015 attestant que celle-ci n'avait aucune information en sa possession relative à l'amie du défunt. 31. Lors de l'audience du 3 juin 2015, la chambre de céans a entendu le supérieur hiérarchique et le Dr D_____. Le supérieur hiérarchique a déclaré que le défunt avait occupé un poste à plein temps de directeur informatique et à ce titre, avait dirigé une équipe de 25 à 30 personnes. Le défunt avait été chargé d'un projet informatique afin d'améliorer celle-ci. Il avait dû parfois avoir recours à des personnes externes pour aller plus vite et prendre des décisions. Monsieur N_____ avait été son supérieur hiérarchique direct. Pour sa part, à l'époque, le témoin était secrétaire général de C_____. Il a confirmé qu'il y avait eu un cocktail en mai 2012, à un moment dont il ne pouvait préciser la date. Il s'agissait de fêter l'aboutissement d'une étape dans le projet informatique. En termes d'informatique, c'était une réussite. Il pensait que le défunt avait participé à ce cocktail. Depuis l'engagement du défunt, il n'avait pas noté de changement dans son comportement, de fatigabilité, de manque de concentration, voire d'une humeur dépressive. Ils ne se voyaient qu'une fois par mois. Le défunt n'était pas un extraverti, mais plutôt renfermé sur lui-même. Il réfléchissait beaucoup. Il ne parlait pas de sa vie personnelle, en tout cas pas au témoin. Il n'avait pas d'absentéisme. Le témoin n'avait pas noté de tristesse chez lui. À sa connaissance, l'assuré n'avait pas été en arrêt de travail en mai 2012. Le Dr D_____ a déclaré qu'il était le psychiatre traitant du défunt depuis début 2012. Ce dernier souffrait d'un état dépressif sévère et oscillant. Il présentait un état d'anxiété, des insomnies, de la tristesse et un manque d'allant. Il avait eu un divorce difficile en 2010-2011. Il avait un peu dépassé cette situation mais avait toujours ceci en arrière-pensée. Il voyait la vie familiale comme un but à atteindre. C'était quelque chose d'essentiel pour lui et il avait été déçu. Il avait déjà souffert de dépression entre 2010 et 2011 et avait été soigné à l'époque par le Dr I_____. Il lui avait beaucoup parlé de son travail qui se passait bien. Il avait toutefois des inquiétudes

parce qu'il avait l'impression qu'un audit allait être réalisé, ce qui lui avait été confirmé par la suite. C'était un homme très perfectionniste. Il ne lui avait pas fait part d'un conflit, de harcèlement ou autre. Le témoin ne lui avait jamais prescrit d'arrêt de travail et à sa connaissance, il n'avait pas arrêté de travailler. Il voulait à tout prix maintenir son activité. Avec le manque de sommeil, on pouvait postuler une diminution d'efficacité. Toutefois, comme le défunt était extrêmement efficace, on pouvait penser qu'il arrivait à maintenir son efficacité à un niveau acceptable. Il était à la fois très inquiet sur certains aspects de ses relations avec ses deux fils et à la fois très content des week-ends qu'ils passaient ensemble. Avant l'événement, à une date que le témoin ne pouvait préciser, le recourant avait souffert d'un problème psychologique qui avait nécessité une hospitalisation en pédiatrie dans une unité spécialisée. L'assuré était déterminé à aller le voir et à s'occuper de lui. Il lui avait parlé d'une relation qu'il avait eue après son divorce, mais depuis plusieurs mois il n'avait plus de relation. Il ne lui avait pas parlé d'une nouvelle relation ni d'un projet de voyage. Le témoin avait toutefois rédigé un certificat aux termes duquel l'assuré n'était pas en état de quitter la Suisse car il était trop déprimé, anxieux et insomniaque. Il ne saurait dire si c'était en relation avec ce voyage. Il avait examiné l'assuré le 24 mai 2012. Comme lors des autres consultations, il était arrivé très déprimé et parti amélioré en disant qu'il allait faire ce qu'il fallait. Il avait cette responsabilité à l'égard du recourant. Le témoin n'avait pas souvenir qu'il eût évoqué un quelconque problème avec quelqu'un de particulier à son travail. Si tel avait été le cas, il l'aurait décelé. Cela ne l'étonnait guère que l'entourage professionnel ne se fût pas aperçu de l'état dépressif. En effet, le défunt avait de réelles compétences, il voulait maintenir son poste, réaliser des choses et avait pu dissimuler son état, ce que d'autres patients ne parvenaient pas à faire. Au cours des consultations, il avait verbalisé des idées suicidaires. Ce n'était pas une velléité mais des idées parasites qui venaient à beaucoup de personnes. Il avait souffert à la fin de l'année précédente de douleurs dans le bras qui avaient disparu avec un anxiolytique. Il avait dit « si j'étais mort cela aurait réglé beaucoup de chose ». Chez les personnes déprimées, ce discours était fréquent. Pour le passage à l'acte, il fallait la volonté « je ne veux plus vivre » et les modalités du passage à l'acte (révolver, corde), ce qu'on appelle un projet suicidaire. D'après le témoin, il n'avait pas de projet suicidaire mais des idées qui le dérangeaient. À aucun moment, lorsqu'il l'avait examiné la veille de l'événement, il avait eu le sentiment qu'il allait passer à l'acte. Le défunt faisait partie des gens qui parlaient d'idées suicidaires mais sans projet suicidaire, à savoir sans la volonté. Lorsqu'un patient avait un projet suicidaire, il avait des idées très précises lorsqu'on le questionnait. Le témoin avait questionné l'assuré qui ne lui avait jamais dit avoir un tel projet. S'il avait constaté les conditions d'un projet suicidaire avec état confusionnel, il aurait signé un bon d'entrée non volontaire en clinique psychiatrique. Il existait également la notion de raptus suicidaire. C'était une possibilité. En général, il survenait chez des personnalités moins bien structurées que le défunt, mais on ne pouvait pas l'exclure. Il ne pouvait pas dire quelle était la probabilité de passage à l'acte chez les patients qui n'avaient pas de projet suicidaire. Il restait très étonné que quelqu'un enjambât un balcon avec un pot de yaourt à la main. Il a confirmé avoir prescrit du Cipralax® dont la substance active est le Citalopram alors que le Norcitalopram est un métabolique du Citalopram. Lors de la dernière consultation, ils avaient surtout parlé de l'hospitalisation du recourant. L'assuré se faisait beaucoup de soucis. Le témoin a précisé que celui-ci avait été très déprimé au moment du divorce, s'était senti mieux en été 2011, puis son état de santé avait fluctué pour être mieux en janvier 2012 avant d'être moins bien par la suite. Il pensait que cet état était dû à l'hospitalisation du recourant et auparavant aux difficultés

professionnelles, à savoir la crainte de l'évaluation. 32. Le 12 juin 2015, le centre médico-chirurgical des Eaux-Vives a transmis à la chambre de céans les pièces du dossier médical du défunt. Selon les notes du Dr H_____, lors de la consultation du 4 mai 2012, le patient présentait une thymie dépressive fluctuante. Il avait consulté le Dr I_____ qui avait prescrit du Zoloft® qu'il avait mal supporté, puis du Cipralex®. Il avait développé des insomnies. Il était suivi par le Dr D_____. Depuis deux jours, il prenait du Remeron 15 mg. Il voulait des conseils. Il disait avoir des idées suicidaires. Le Dr H_____ a accordé un arrêt de travail à 100% du 7 au 14 mai 2012. Lors du téléphone du 14 mai 2012, le patient disait aller mieux. Selon le rapport du 23 mai 2012 du docteur O_____, médecin neurologue au laboratoire de sommeil des HUG, lors de l'examen du 10 mai 2012, le patient signalait des troubles du sommeil caractérisés par des réveils fréquents avec des difficultés à se rendormir. Divorcé depuis un an, le patient avait développé un état dépressif avec des troubles du sommeil s'aggravant depuis cinq mois. Initialement, il avait été traité pour sa dépression par Millepertuis. Depuis deux jours le traitement avait été modifié pour du Cipralex®. Concernant son sommeil, il avait pris auparavant du Dalmadorm® qui n'avait eu aucun effet. Actuellement, il se couchait vers 22h30 et présentait fréquemment un réveil vers 3h00 avec impossibilité de se rendormir, raison pour laquelle il s'était habitué lors de son réveil à prendre du Stilnox® afin de se rendormir une demi-heure plus tard. Il faisait souvent du stretching vers 22h00 pour se décontracter le dos et les mollets. Le Dr O_____ proposait de rediscuter avec son médecin l'introduction d'un antidépresseur sédatif de type Mirtazapine® (Remeron) au coucher. Il lui avait expliqué les pratiques de « contrôle des stimulus » selon lesquelles si après quinze à vingt minutes au lit, le sommeil ne venait pas, il fallait quitter le lit et pratiquer une activité relaxante jusqu'à ce que la somnolence réapparaisse.![endif]>![if> 33. Le 24 juin 2015, le Dr D_____ a transmis à la chambre de céans le certificat qu'il avait établi en date du 8 mai 2012 attestant que l'assuré ne pouvait voyager à l'étranger durant les deux semaines à venir pour raison de maladie.![endif]>![if> 34. Le 25 juin 2015, le recourant a indiqué qu'il renonçait à l'audition du directeur de l'époque de C_____. Il n'avait pas connaissance d'amis du défunt susceptibles d'apporter un témoignage pertinent.![endif]>![if> 35. Le 19 août 2015, la chambre de céans a procédé à l'audition du Dr M_____.![endif]>![if> L'expert a précisé que le diagnostic d'état dépressif sévère n'existait pas selon la nomenclature officielle. Il avait parlé avec le Dr D_____ et ils étaient d'accord sur le diagnostic d'épisode dépressif sévère. Pour retenir ce diagnostic et les critères diagnostics, en intervenant après coup, il n'avait pu se fonder que sur les pièces du dossier et sur l'entretien qu'il avait eu avec le psychiatre traitant. Sur la base du dossier, il n'avait pas pu retrouver les huit critères nécessaires qui devaient être présents pendant deux semaines au moins pour poser un diagnostic d'épisode dépressif. Toutefois, cela ne voulait pas dire qu'ils n'étaient pas présents, car on ne demandait pas au médecin traitant de mentionner dans son rapport la totalité des critères, puisqu'il n'était pas dans une situation d'expertise. Dans le cas présent, il y avait eu un épisode dépressif sévère avec des fluctuations, mais il n'y avait jamais eu de rémission d'après les informations à disposition. Par conséquent, on ne pouvait pas parler de trouble dépressif récurrent, diagnostic qui était retenu lorsqu'il y avait récurrence, avec des intervalles plus ou moins libres. Un épisode dépressif sévère pouvait fluctuer en intensité tout en restant sévère, à savoir entre 27 et 52 à l'échelle de Hamilton. Toutefois, en début d'année, l'épisode sévère était d'intensité moindre. Sur question, il a précisé qu'il n'excluait pas un accident. Il ne pouvait pas répondre par oui ou par non. Il avait été obligé de procéder avec la méthode du degré de vraisemblance. C'était une situation difficile, il

était venu à Genève rencontrer la maman du défunt, il s'était également rendu au bas de l'immeuble ; il avait fait tout ce qu'il pouvait pour avoir le plus d'informations possibles. Le patient avait des difficultés existentielles importantes. Le recourant venait d'être hospitalisé et devait, à son souvenir, sortir le lendemain de l'accident ou du suicide. Il était resté à l'hôpital six à dix jours. A son souvenir, c'est le défunt qui devait aller le chercher à l'hôpital. Parmi les difficultés existentielles, il y avait un père qui avait énormément investi dans ses enfants et le fait que le recourant était problématique. Le défunt avait vécu une séparation une année auparavant. Ce n'était probablement pas lui qui l'avait demandée, mais son épouse. Peut-être que c'était difficile à accepter pour cet homme. Il y avait le fait aussi que son ex-épouse était absente ce week-end-là, en raison d'un voyage ou d'un week-end avec son compagnon. Il y avait également le fait, et cela était très important pour le témoin, que le défunt aurait été l'objet d'une évaluation au travail, qui était plus qu'une évaluation, mais probablement un audit, car cela n'allait pas bien. Compte tenu des troubles psychiques et des difficultés existentielles, il lui avait semblé plus vraisemblable qu'il s'agissait d'un geste suicidaire, à plus de 50% (prépondérant). Le projet de partir en voyage n'était pas incompatible avec un épisode dépressif sévère. À la question de savoir comment il était possible que le défunt ait pu continuer à assumer son travail malgré l'état dépressif sévère, le témoin a répondu qu'il pensait qu'il ne lui était pas possible de bien travailler. Certaines personnes préféreraient aller travailler lorsqu'ils étaient dans cet état-là. Un autre élément qui pourrait faire penser que ce n'était pas un suicide, était le fait que le défunt avait tout préparé pour un anniversaire le lendemain. Cela pouvait être un peu étonnant, mais là encore, cela pouvait se décider en un quart d'heure. Le témoin a confirmé que le Norcitalopram est un métabolique du Citalopram. Au vu des résultats des analyses toxicologiques, on pouvait dire que le défunt était soit non observant, soit métaboliseur rapide, cette dernière hypothèse étant moins probable. Il avait l'impression, d'après le dossier, que le défunt était peu favorable aux médicaments et probablement peu observant. Il ne pensait pas que la présence dans le sang d'un taux infra-thérapeutique permettait de tirer les conclusions d'un suicide ou d'un accident. Ce n'était pas un élément assez puissant. Sur question, l'expert a déclaré que le fait que l'assuré était en train de manger un yaourt l'avait beaucoup travaillé. Cependant, il pensait qu'on ne pouvait rien en tirer. Dans le bon sens général, on se disait qu'on n'allait pas manger un yaourt sur la terrasse avant de se suicider. Selon lui, lors du passage à l'acte, l'incapacité totale de discernement se rencontrait chez d'autres personnalités, ce qu'il avait encore fait confirmer par le Dr D_____. Il devait s'agir d'une situation de raptus que l'on voyait en général chez des gens très impulsifs, qui maîtrisaient mal leur agressivité et qui, le plus souvent, étaient encore sous l'effet de substances psychoactives, alcool ou autre. En l'occurrence, il lui semblait improbable qu'il y ait eu raptus. Toutes les situations de raptus qu'il avait connues s'étaient produites chez des gens qui avaient des antécédents psychiatriques avec une instabilité personnelle, des problèmes personnels et le plus souvent des problèmes de drogue. Le témoin a répondu affirmativement à la question de savoir si les projets du défunt d'aller chercher le recourant à l'hôpital n'auraient pas dû plutôt le retenir à la vie et s'il n'aurait pas laissé une lettre vu sa personnalité. Il pensait cependant que le défunt souffrait de problèmes existentiels sévères, ce qui pourrait être un élément très important, et que les idées suicidaires étaient présentes depuis longtemps. En réalité, on ne savait pas s'il n'avait pas des projets suicidaires et s'il disait tout au Dr D_____. Selon lui, c'était dans l'air depuis pas mal de temps et il y avait eu une conjonction d'événements qui avait fait que cela s'était passé ce soir-là. Il ne pensait pas qu'il avait planifié de se suicider à ce moment-là. D'après

lui, il y avait pensé depuis plusieurs jours ou dans les heures qui avaient précédé l'événement. Il était aussi possible qu'il eût glissé sur le skate-board et basculé au-dessus de la rambarde qui n'était pas très haute, alors que le défunt était plutôt grand. Toutefois, le plus probable était un suicide et l'expert ne pensait pas qu'il y ait eu un raptus. Ce qui l'avait le plus gêné était le fait qu'il avait préparé l'anniversaire de son fils cadet. Lorsque le défunt était allé chercher sa mère à l'aéroport en fin d'après-midi ou en début de soirée, il était très bien habillé et avait des chaussures neuves. Sur question, le témoin a précisé que le pourcentage de vraisemblance qu'il avait émis dans ses conclusions (page 13) était un pourcentage usuel et qu'il n'utilisait pas par exemple le taux de 60%, mais uniquement les taux de 50 ou 75%. En page 12 de son rapport, il avait mentionné « pour le cas où le suicide serait retenu » parce que cette conclusion ne dépendait pas de lui. C'était au tribunal de répondre à cette question. 36. Par courrier du 15 septembre 2015, le Dr M_____ a signalé à la chambre de céans que, même s'il n'avait pas à se mêler d'une enquête de police qui avait été bâclée, l'exploitation des données du téléphone portable, des ordinateurs, des cartes de crédit et des derniers mouvements bancaires apportaient parfois la réponse aux questions qui se posaient tardivement. 37. Le 16 septembre 2015, la chambre de céans a procédé à l'audition de l'ex-épouse. Celle-ci a déclaré que dans le cadre de l'autorité parentale et de la garde conjointes de leurs deux enfants, ceux-ci séjournaient alternativement une semaine chez leur père et chez elle. Cela se passait bien, parce que le défunt avait trouvé un appartement à deux minutes à pied de chez elle, ce qui simplifiait les choses pour les enfants. Elle avait gardé des contacts avec lui, pour les enfants. Le défunt ne lui avait jamais fait part d'un quelconque souci à son travail et elle n'avait rien remarqué non plus dans son comportement, notamment quant à un éventuel état dépressif. Elle ignorait qu'il était suivi par un psychiatre et l'avait appris par le CURML. Elle a expliqué que le défunt était une personne très rigoureuse dans sa vie et qui ne se laissait pas aller. Quelles que fussent les circonstances dans la vie, il fallait que tout fût rigoureusement bien fait. Elle ne savait pas que le défunt avait prévu un voyage en mai 2012. Elle avait appris qu'il avait une compagne par son fils aîné lorsqu'il était rentré à la maison avec un grand sourire, après une visite à son père chez qui il avait vu une jeune femme. Cela devait être probablement quelques mois avant l'évènement, mais elle n'en était plus sûre. Ses enfants n'avaient pas connu l'amie de leur père de manière plus proche. L'ex-épouse a expliqué que l'hospitalisation aux HUG du recourant avait duré du 11 mai au 19 juin 2012. Durant cette période, le recourant avait des droits de sortie, lors desquels il devait être sous la surveillance d'un parent. Cette hospitalisation pour des motifs psychiatriques avait été un choc et les avait tous affectés. Il était exact qu'elle avait réservé avec son ami un séjour à partir du dimanche 27 mai au soir. À son souvenir, elle devait aller chercher le recourant à l'hôpital le matin du 25 mai, et ensuite, l'amener chez son père en début d'après-midi, parce que c'était son anniversaire. Elle avait d'ailleurs trouvé sur la table de la cuisine une grande boîte de Lego qu'elle avait amenée à son fils en lui disant que c'était un cadeau du paradis. Lors de l'hospitalisation du recourant, ils avaient prévu de voir leur fils à l'hôpital chacun un jour, en alternance. Cela étant, le recourant lui avait dit récemment que son père était venu en fait le voir tous les jours à l'hôpital. L'ex-épouse a confirmé s'être occupée de ranger l'appartement du défunt et de résilier le bail suite au décès. Sur question, elle a confirmé que la barrière sur le balcon semblait assez basse. D'ailleurs, après le décès, le recourant lui avait confié avoir dit à son père qu'il fallait faire des travaux pour rehausser cette barrière. Il était triste et avait de la colère. Selon elle, un suicide ne correspondrait pas à l'homme qu'elle avait connu. Cette rigueur et cette maîtrise de soi ne correspondaient pas

avec un suicide. Elle l'avait toujours vu faire face aux problèmes de la vie, elle ne l'avait jamais vu abattu. Le défunt avait vendu sa société d'informatique en 1999, probablement. Ensuite, il avait travaillé chez P_____, une grande multinationale, dont il était devenu directeur. Il avait toujours aspiré à un poste de management, car il aimait gérer des équipes. Après son licenciement, il s'était retrouvé au chômage en 2001 ou 2002. Il n'avait toutefois pas ressenti cette situation de manière catastrophique. Pendant cette période de chômage, il avait réalisé un projet qui lui tenait à cœur depuis longtemps, à savoir devenir pilote d'avion. Il avait pris des cours à l'aérodrome d'Annemasse et avait passé son brevet de pilote. Cette période n'était donc pas sombre et elle ne l'avait pas vu démolir. Il s'appliquait toujours à essayer de faire quelque chose, elle ne l'avait jamais vu sombrer. Même lorsqu'il occupait un poste de subalterne à l'État, soit pendant deux ans depuis 2003, il allait au travail toujours très bien habillé, c'était sa manière de vivre. Il avait une très grande rigueur. Ensuite, il avait été promu, puis était entré à C_____ en 2007, selon ses souvenirs. Depuis qu'il était entré à l'État, à sa connaissance, tout allait bien sur le plan professionnel. Même lorsqu'il n'avait pas fait de management pendant les deux premières années, elle ne l'avait jamais vu malheureux. Depuis 2003, cela allait de mieux en mieux, il était arrivé à C_____ dans un poste de direction, c'était ce qu'il voulait faire. Ses enfants ne lui avaient pas non plus rapporté avoir perçu quelque chose de particulier dans le comportement de leur père les semaines précédant l'événement. Le défunt adorait ses fils, il avait toujours su établir et maintenir de bons contacts avec eux.![endif]>![if> L'ex-épouse a produit la facture du séjour du recourant aux HUG, datée du 26 juin 2012, mentionnant une hospitalisation du 11 mai au 19 juin 2012. 38. Par courrier du 20 octobre 2015 adressé à la chambre de céans, l'ex-épouse a ajouté quelques éléments à ses déclarations. Elle a relevé que les marques trouvées sur la barrière du balcon renforçaient la thèse d'un choc accidentel plutôt que d'un saut volontaire qui n'aurait pas laissé de pareilles traces. Sa mère lui avait d'ailleurs rappelé récemment que le défunt avait eu un léger malaise lors d'une visite qu'ils avaient faite ensemble à leur fils cadet à l'hôpital, vraisemblablement entre le 11 et le 25 mai 2012. En sortant de l'hôpital, il avait porté sa main à sa poitrine et avait dû s'asseoir quelques minutes avant de repartir. Il ne pouvait pas être exclu qu'il ait pu avoir un nouveau malaise avant son décès. Elle a précisé encore qu'en février 2009, ils avaient déjà dû amener le recourant consulter un psychiatre. Étant donné que la convention de divorce avait été signée en décembre 2010 et que l'assuré avait quitté le domicile familial en janvier 2011, les soucis concernant le recourant n'étaient pas nouveaux. Cet élément était apparemment méconnu de l'expert.![endif]>![if> 39. Le 4 novembre 2015, la chambre de céans a procédé à l'audition du Dr J_____.![endif]>![if> Le témoin a déclaré ignorer que le patient était décédé. Ce dernier lui avait parlé de sa situation familiale difficile. Il avait été envoyé par le Dr D_____ qui pensait que l'hypnose pouvait l'aider pour ses troubles du sommeil. Il était également en investigation pour un éventuel cancer de la prostate ce qui engendrait chez lui une certaine inquiétude. Sur les cinq consultations, il avait fait trois séances d'hypnose. Dans un premier temps, cela avait aidé le défunt qui contrôlait bien la démarche et était actif. Il était anxieux et avait l'attitude d'une personne souffrant de dépression. Il aurait dû encore venir à une consultation prévue au mois de mai (recte : le 12 juin) qu'il avait annulée. Il ne connaissait pas le nom du médecin qu'il consultait pour son problème de prostate. Selon le témoin, les troubles du sommeil étaient liés au contexte. 40. Le 9 novembre 2015, le Dr J_____ a produit ses notes personnelles concernant le défunt. Lors de la séance du 20 mars 2012, il a mentionné sous la rubrique « troubles du sommeil » une séparation intervenue un an auparavant après 18 ans de vie commune suivie de six mois

d'hyperactivité, puis de dépression fluctuante (pas d'envie, apathie, ruminait). En novembre 2011, le Zoloft® avait provoqué des effets secondaires – attaques de panique. Il y avait eu une aggravation après Noël avec augmentation des troubles du sommeil, tension thoracique, palpitations. Lors de la consultation, le patient avait mentionné un état général bon, mais des troubles du sommeil se manifestant sous forme de réveil vers 4h00 sans pouvoir se rendormir ou seulement après une heure. Le lever vers 6h30 était difficile. Les facteurs aggravants consistaient en contrariétés familiales et les facteurs améliorants en sport, activité physique et week-ends. Les conséquences étaient une anxiété avec une perte de performance, une dichotomie corps-esprit, une baisse de dynamisme. Sa vie sociale avait repris, mais il ne pouvait plus se projeter dans le futur. Lors de la consultation du 19 avril 2012, le Dr J_____ a noté l'absence d'évolution et une « alerte santé » concernant la prostate avec une PSA augmentée. Lors de la consultation du 24 avril 2012, il a mentionné : « harmonie (corps-esprit) – futur – projeter », de l'anxiété (cancer de la prostate ?) avec une biopsie le 2 mai 2012, des nuits plus difficiles. Lors de la consultation du 10 mai 2012, il a noté que la biopsie de la prostate n'avait pas révélé de cancer. Cela était émotionnellement pénible. Il avait des difficultés de concentration. 41. Dans son écriture après enquêtes du 15 décembre 2015, l'intimée a considéré qu'aucun élément n'accréditait la thèse d'un accident. Les circonstances étaient suffisamment convaincantes pour renverser la présomption du caractère involontaire de la mort, à savoir le divorce difficile, le diagnostic psychiatrique, les idéations suicidaires, les statistiques de suicide, le taux sérique post-mortem de Citalopram inférieur au seuil de détection, l'aggravation de l'état psychique depuis le début 2012, l'audit professionnel en cours, l'annulation du voyage pour raisons médicales, les troubles du sommeil aggravés depuis le début 2012, l'hospitalisation du recourant pour des motifs psychiatriques et l'investigation pour un cancer de la prostate. Pour le surplus, elle a répété ses arguments précédents concernant la capacité de discernement lors de l'événement et a persisté dans ses conclusions. 42. Dans son écriture après enquêtes du 15 décembre 2015, le recourant a relevé que lors de l'expertise, le Dr M_____ n'avait pas connaissance des résultats réjouissants de la biopsie pratiquée le 3 mai 2012, que les soucis de ses parents concernant son état de santé étaient bien antérieurs à leur séparation et que son père pouvait être sujet à des malaises, éléments qui auraient pu conduire l'expert à une conclusion différente, eu égard à ses hésitations. Par ailleurs, au jour de l'accident, la situation professionnelle du défunt était bonne, l'absence avérée de préméditation et de raptus entraînait en totale contradiction avec l'hypothèse d'un décès volontaire. Il a observé que personne ne pouvait et ne pourrait jamais affirmer avec certitude que la mort de son père était volontaire ou accidentelle. Néanmoins, les procédures et les enquêtes avaient permis d'écarter le caractère prépondérant de la thèse du suicide. Au contraire, de nombreux indices sérieux militaient en faveur de la thèse du décès accidentel, notamment l'absence de projet suicidaire contrairement à ce qu'avait retenu l'expert, la planification d'un voyage qui démontrait que son père envisageait un certain avenir aux côtés de sa nouvelle amie, l'achat d'un cadeau pour son anniversaire, une barrière sur le balcon plus basse que le centre de gravité d'un homme mesurant environ 180 cm et le projet d'aller le chercher à la sortie de l'hôpital. Il a maintenu ses conclusions précédentes. 43. Le recourant a versé à la procédure un rapport de laboratoire du 3 mai 2012 relatif à des biopsies prostatiques droite et gauche pratiquées le 2 mai 2012, à la demande du Dr L_____. Ledit rapport a conclu à des signes de prostatite chronique localement active, une hyperplasie glandulaire avec zones d'atrophie et à l'absence de signe de malignité. 43. Dans son écriture spontanée du

17 décembre 2015 faisant suite aux conclusions après enquêtes de l'intimée, le recourant a principalement relevé que les jurisprudences invoquées par celle-ci s'agissant de cas de déféstration reconnus comme étant des suicides n'étaient pas citées correctement et n'avaient rien de comparables avec l'accident du défunt. Par conséquent, elles ne permettaient pas d'apprécier le caractère volontaire ou accidentel du décès de son père. Il a persisté dans ses conclusions précédentes.

44. Sur ce, la chambre de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et 89C let. c LPA-GE).

5. En l'espèce, le recours a été formé le 12 janvier 2015 contre la décision expédiée le 24 novembre 2014 et reçue le lendemain. Le délai de recours a débuté le 26 novembre 2014 et est arrivé à échéance le samedi 10 janvier 2015, partant a été reporté au lundi 12 janvier 2015 (art. 38 al. 3 LPGA et 17 al. 3 LPA-GE), compte tenu de la suspension du délai susmentionnée. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est ainsi recevable, en vertu des art. 56ss LPGA et 89B LPA-GE.

6. Le litige porte sur le point de savoir si le décès de l'assuré est dû à un accident ou à un suicide et, le cas échéant, si, au moment où elle a agi, la victime était, sans faute de sa part, totalement incapable de se comporter raisonnablement, respectivement si le recourant a droit à des prestations de la part de l'intimée.

7. a) En vertu de l'art. 4 LPGA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

8. D'après 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. Aux termes de l'art. 48 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), même s'il est prouvé que l'assuré entendait se mutiler ou se donner la mort, l'art. 37 al. 1 LAA n'est pas applicable si, au moment où il a agi, l'assuré était, sans faute de sa part, totalement incapable de se comporter raisonnablement, ou si le suicide, la tentative de suicide ou l'automutilation est la conséquence évidente d'un accident couvert par l'assurance.

9. b) Selon la jurisprudence, celui qui prétend à des prestations d'assurance doit apporter la preuve de l'existence d'un accident, donc aussi la preuve du caractère involontaire de l'atteinte et, en cas de suicide, la preuve de

l'incapacité de discernement au moment de l'acte (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 328/02 du 9 décembre 2003 et U 182/96 du 19 juin 1998, in SVZ/RSA 68/2000 p. 201; RAMA 1996 n° U 247 p. 171 consid. 2a, 1988 n° U 55 p. 362 consid. 1b). La procédure en matière d'assurance sociale est régie par le principe inquisitoire. Si ce principe dispense les parties de l'obligation d'apporter la preuve des faits, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3; ATF 117 V 264 consid. 3b; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). Lorsqu'il y a doute sur le point de savoir si la mort est due à un accident ou à un suicide, il faut se fonder sur la force de l'instinct de conservation de l'être humain et poser comme règle générale la présomption naturelle du caractère involontaire de la mort, ce qui conduit à admettre la thèse de l'accident. Le fait que l'assuré s'est volontairement enlevé la vie ne sera considéré comme prouvé que s'il existe des indices sérieux excluant toute autre explication qui soit conforme aux circonstances. Il convient donc d'examiner dans de tels cas si les circonstances sont suffisamment convaincantes pour que soit renversée la présomption du caractère involontaire de la mort. Lorsque les indices parlant en faveur d'un suicide ne sont pas suffisamment convaincants pour renverser objectivement la présomption qu'il s'est agi d'un accident, c'est à l'assureur-accidents d'en supporter les conséquences (voir arrêts du Tribunal fédéral 8C_324/2010 du 16 mars 2011 consid. 3.2 et 8C_550/2010 du 6 septembre 2010 consid. 2.3; RAMA 1996 n° U 247 p. 172 consid. 2b). En revanche, la question de savoir si un assuré a volontairement porté atteinte à sa santé (automutilation) ou s'il s'agissait d'un accident doit être tranchée à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.1). 6. Le suicide comme tel n'est un accident assuré que s'il a été commis dans un état de totale incapacité de discernement. Cette règle, qui découle de la jurisprudence, est exprimée à l'art. 48 OLAA. Par conséquent, pour entraîner la responsabilité de l'assureur-accidents, il faut qu'au moment de l'acte et compte tenu de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives, en relation aussi avec l'acte en question, l'intéressé ait été privé de toute possibilité de se déterminer raisonnablement en raison notamment d'une déficience mentale ou de troubles psychiques (ATF 140 V 220 consid. 3; ATF 129 V 95 ; ATF 113 V 61 consid. 2a; 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). Le suicide doit avoir pour origine une maladie mentale symptomatique. 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; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b). Il doit s'agir de symptômes psychopathologiques comme la folie, les hallucinations, la stupeur profonde, le raptus, etc. Le motif qui a conduit au suicide ou à la tentative doit être en relation avec les symptômes psychopathologiques. En principe, l'acte doit être insensé. Un simple geste disproportionné, au cours duquel le suicidaire apprécie unilatéralement et précipitamment sa situation dans un moment de

dépression ou de désespoir ne suffit pas (voir par exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C_916/2011 du 8 janvier 2013 consid. 2.2 et les références). 7. a) 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). b) 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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). c) 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). d) Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). e) 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 peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). 8. 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).

9. Selon la jurisprudence, lorsqu'il y a doute sur le point de savoir si la mort est due à un accident ou à un suicide, il faut dans un premier temps se fonder sur la force de l'instinct de vie et retenir le caractère involontaire de l'acte, de sorte qu'il y a accident et droit aux prestations LAA. Dans un deuxième temps, il faut examiner si la présomption du caractère involontaire de l'acte déterminant est renversée au regard des circonstances objectives (arrêt du Tribunal fédéral 8C_271/2012 du 7 juillet 2012 consid. 6.1).

10. Par conséquent, dans un premier temps, il convient d'examiner s'il y a des doutes sur le point de savoir si la mort est due à un accident ou à un suicide, respectivement si le rapport d'expert a valeur probante.

a) En l'espèce, d'après le rapport de levée de corps du 25 mai 2012, ce dernier gisait sur la voie publique à une distance de plusieurs mètres en avant et sur la droite de la rambarde du quatrième étage. Celle-ci présentait sur la droite une trace de ripage sous la forme de décollement de la peinture. Au premier étage, une marquise est située juste en-dessous du balcon. Un skate-board se trouvait sur le balcon juste à côté de la rambarde. Dans l'appartement, les lumières étaient éteintes. Aucun message d'adieu ou pouvant laisser penser que le défunt était suicidaire n'a été retrouvé à son domicile. Selon les informations données par la police, un pot de yaourt éclaté et une cuillère ont été retrouvés sur le sol à proximité du corps. Par ordonnance du 25 mai 2012, le Ministère public a conclu à une cause de décès probablement accidentelle.

Lors d'un entretien téléphonique le 22 janvier 2013, entre le médecin-conseil de l'intimée et le Dr H_____, celui-ci a émis l'avis que le défunt s'était défenestré en précisant que son état dépressif avait justifié une incapacité de travail d'un mois à un mois et demi. Toutefois, faute de motivation sur les éléments parlant en faveur d'une défenestration, cette appréciation du 22 janvier 2013 n'a pas de valeur probante, ce d'autant plus que le défunt n'a présenté aucune incapacité de travail d'un mois à un mois et demi et que, dans un rapport du 11 février 2013, ce même médecin a indiqué n'avoir pas d'arguments personnels concernant la défenestration.

b) Pour sa part, dans son rapport d'expertise du 18 juillet 2014, le Dr M_____ conclut avec vraisemblance prépondérante (plus de 50%) à un suicide au vu des circonstances du décès et de la pathologie psychiatrique. Dans ledit rapport, l'expert relève que la première consultation pour troubles psychiques a eu lieu le 26 octobre 2011 auprès du Dr H_____. Toutefois, selon le rapport du Dr H_____ du 11 février 2013 et le relevé de prestations de l'assurance-maladie, la première prise en charge effectuée par un médecin psychiatre, à savoir le Dr I_____, remonte à novembre 2011. En effet, ledit relevé démontre que le défunt a consulté le Dr I_____ les 3, 8, 17 et 24 novembre 2011, puis les 6 et 20 décembre 2011, enfin les 10, 17 et 24 janvier 2012. Or, pour établir son rapport, l'expert n'a pris contact qu'avec le Dr D_____ et non pas avec le premier psychiatre traitant qui aurait certainement pu lui donner des renseignements utiles pour exécuter son mandat. Il n'a pas davantage cherché à obtenir des renseignements de la part du Dr J_____ qui a pourtant prodigué au défunt des séances d'hypnose peu avant son décès, la dernière datant du 10 mai 2012. Par conséquent, son rapport repose sur un dossier médical incomplet. Bien qu'il ne répertorie pas tous les critères lui permettant de poser un diagnostic d'épisode dépressif sévère, l'expert est convaincu de ce diagnostic au vu des explications données par le Dr D_____ et au motif que le trouble dépressif était suffisamment grave pour justifier une

attestation d'incapacité de travail du lundi 7 au lundi 14 mai 2012. Or, ledit arrêt de travail n'a pas été accordé par le psychiatre traitant, mais par l'interniste traitant, le Dr H_____, ce qui permet de douter qu'il soit en lien avec les troubles psychiques. Selon le rapport du 11 février 2013 de ce dernier, lors de la consultation du 4 mai 2012 au cours de laquelle l'arrêt de travail a été accordé, l'assuré se plaignait d'une thymie fluctuante sans idéation suicidaire. Il ressort des notes du Dr H_____ que lors de la consultation du 4 mai 2012, le patient voulait des conseils et disait avoir des idées suicidaires. Même si cette annotation est sujette à caution au vu de sa contradiction avec le rapport de ce même médecin du 11 février 2013, il est étonnant qu'en présence d'un trouble dépressif qui serait suffisamment grave pour justifier un arrêt de travail, le défunt n'ait pas consulté son psychiatre traitant. Or, il n'a pas du tout consulté le Dr D_____ du 2 au 23 mai 2012, soit pendant trois semaines, alors que depuis le 1^{er} mars 2012, il se rendait chez ce médecin toutes les une à deux semaines. Au demeurant, durant la période correspondant audit arrêt de travail, le défunt a consulté le Dr O_____ le 10 mai 2012, qui n'a nullement fait état d'un trouble dépressif suffisamment grave pour justifier un arrêt de travail. Le même jour, il a également consulté le Dr J_____ à qui il a annoncé les résultats encourageants de la biopsie de la prostate du 2 mai 2012 et s'est plaint uniquement de difficultés de concentration. En outre, selon les déclarations du supérieur hiérarchique lors de son audition par la chambre de céans, le défunt n'a pas été en arrêt de travail au mois de mai. Toutefois, il est vrai qu'il a annulé le 10 mai 2012, sur présentation d'un certificat médical, le voyage en Crète avec son amie prévu du 16 au 23 mai 2012 et qu'il avait payé le 24 avril 2012, soit un peu plus de deux semaines auparavant. Ledit certificat attestant que l'état de santé actuel du patient ne lui permettait pas de se rendre en Grèce du 16 au 23 mai 2012 a été établi le 14 mai 2012 par le Dr H_____. Or, selon le décompte des prestations de l'assurance-maladie, en date du 14 mai 2012, le Dr H_____ n'a pas examiné son patient mais a seulement procédé à une consultation téléphonique. Le Dr D_____ a également établi le 8 mai 2012, un certificat attestant que l'état de santé de son patient ne lui permettait pas de voyager hors de Suisse durant les deux semaines à venir. Or, comme déjà relevé, le Dr D_____ n'a pas examiné le défunt entre le 2 et le 23 mai. Interrogé à ce sujet par la chambre de céans, il a confirmé avoir rédigé un tel certificat en raison d'un état trop déprimé, anxieux et insomniaque. Toutefois, il n'a pas pu dire s'il avait rédigé ce certificat en relation avec ce voyage. Par conséquent, aucun de ces médecins n'a pu constater, lors d'un examen personnel du défunt en date du 8 ou 10 mai 2012, que son état de santé lui interdisait un voyage en Crète. Aussi, la gravité de l'épisode dépressif notamment invoquée par l'expert pour retenir au degré de la vraisemblance prépondérante l'existence d'un suicide n'est pas établie puisqu'en réalité, le défunt a continué à travailler. En outre, l'arrêt de travail n'a pas été accordé par un médecin psychiatre ce qui permet de douter de son lien avec les troubles psychiques. Lors de son audition par la chambre de céans, l'expert a indiqué fonder également ses conclusions sur la présence chez le défunt de difficultés existentielles importantes, à savoir un fils qui avait des problèmes psychiques et qui venait d'être hospitalisé pour une période de six à dix jours ainsi qu'un divorce, et surtout des difficultés professionnelles puisqu'il faisait l'objet d'un audit. Or, l'expert n'a pas eu connaissance du fait que le défunt avait une amie et avait prévu, le 24 avril 2012, de partir trois semaines plus tard en voyage en Crète avec elle pendant une semaine. De plus, le jour de son décès, le recourant devait sortir de l'hôpital. Par conséquent, ces événements heureux ne rendent pas vraisemblable que ses difficultés existentielles auraient poussé le défunt à se suicider. L'expert considère également que le défunt présentait des idées suicidaires depuis

longtemps et qu'« on ne savait pas s'il n'avait pas des projets suicidaires et s'il disait tout au Dr D_____ ». Selon lui, l'assuré aurait pensé à se suicider depuis plusieurs jours ou dans les heures qui avaient précédé l'événement. La chambre de céans constate cependant que l'expert ne motive pas de façon convaincante son hypothèse en se référant à des faits précis. Or, d'après les déclarations du Dr D_____ à la chambre de céans, le défunt n'avait pas de projets suicidaires mais uniquement des idéations suicidaires qui font partie des critères nécessaires pour poser le diagnostic d'épisode dépressif sévère. Il a expliqué que lorsqu'un patient a un projet suicidaire, il a des idées très précises pour le réaliser lorsqu'on le questionne. En l'occurrence, il a questionné le défunt qui ne lui a jamais dit avoir un tel projet. S'agissant enfin des difficultés professionnelles, elles ne sont pas avérées contrairement à ce qu'affirme l'expert puisque le témoignage de son supérieur hiérarchique établit au contraire que le défunt donnait toute satisfaction. Même si le projet informatique difficile qu'il menait faisait l'objet d'un audit, le défunt a fêté avec son équipe le succès d'étape dudit projet qui, selon son supérieur hiérarchique, était une réussite. Dès lors, les difficultés professionnelles ne peuvent pas davantage expliquer un suicide. Au demeurant, selon le rapport du Dr D_____ du 29 juin 2014, malgré ces nouveaux facteurs de stress, son état de dépression était sévère mais non aggravé. Par conséquent, même si l'expert prétend que ses conclusions se basent sur les circonstances du décès, force est de constater qu'elles reposent avant tout sur des hypothèses qui ne sont pas vérifiées dans les faits, voire même infirmées par plusieurs éléments du dossier. De plus, lors de son audition par la chambre de céans, il a fait part de ses interrogations, notamment quant au fait que le défunt ait préparé l'anniversaire du recourant et qu'il était en train de manger un yaourt sur son balcon. Il a même précisé qu'il n'excluait pas un accident, mais qu'il ne pouvait pas répondre par oui ou par non et que cette question devait être tranchée par la chambre de céans. Au vu de la nature du mandat conféré, l'expertise a eu lieu uniquement sur dossier qui, toutefois, ne contenait pas tous les éléments médicaux à disposition et était, partant, incomplet. En outre, les interrogations que l'expert a exprimées lors de son audition et le constat qu'il n'est pas en mesure de répondre par oui ou par non à la question de savoir s'il y a eu un accident apparaissent en contradiction avec la vraisemblance prépondérante (plus de 50% mais moins de 75%) qu'il a mentionnée dans les conclusions de son expertise quant à l'existence d'un suicide. En définitive, pour toutes ces raisons, son rapport d'expertise n'a pas de valeur probante. Toutefois, l'instruction médicale a apporté tous les précisions nécessaires pour trancher la question litigieuse, étant précisé que tous les médecins interrogés s'accordent à considérer que tant un raptus suicidaire que l'absence de capacité de discernement ne sont pas vraisemblables, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner une expertise judiciaire. 11. Sur le plan médical, il ressort des divers rapports médicaux, décomptes de prestations et auditions des témoins que l'assuré était très déprimé au moment de sa séparation en janvier 2011, puis qu'il a eu une période d'hyperactivité pendant six mois avant de souffrir d'un état dépressif sévère fluctuant marqué par l'absence d'envie, de l'apathie, des ruminations et des insomnies. Cet état s'est aggravé fin octobre 2011 ce qui l'a amené à consulter son médecin traitant le 26 octobre 2011, puis des psychiatres, à savoir le Dr I_____ du 3 novembre 2011 au 24 janvier 2012 et le Dr D_____ dès le 31 janvier 2012. La prise de Zoloft® a provoqué des attaques de panique qui ont nécessité une consultation en urgence pendant ses vacances le 28 décembre 2011 et une modification de l'antidépresseur. Son état de santé s'est amélioré en janvier 2012, puis s'est de nouveau aggravé par la suite en raison de la crainte d'une évaluation professionnelle ou d'un audit, de troubles de la prostate en avril 2012 ayant nécessité une biopsie le 2 mai 2012 qui n'a pas

révélé de cancer, puis de l'hospitalisation du recourant à partir du 11 mai 2012. L'assuré suivait également un traitement d'hypnose depuis le 20 mars 2012 pour améliorer ses troubles du sommeil liés au contexte. Son médecin traitant lui aurait prescrit un arrêt de travail du 7 au 14 mai 2012 sans examen personnel et pour des raisons inconnues, puisque celles-ci ne sont pas mentionnées dans le dossier médical. Ledit médecin étant décédé en mai 2014, il n'a pas été possible d'obtenir des précisions à ce sujet. Toutefois, selon les déclarations du supérieur hiérarchique, l'assuré a continué à travailler. À la consultation du Dr D_____ du 24 mai 2012 à 11h00, soit treize heures avant le décès, l'assuré est arrivé très déprimé comme lors des autres consultations et est reparti avec un état amélioré en disant qu'il « allait faire ce qu'il fallait ». Durant les consultations, il a verbalisé des idées suicidaires mais sans avoir de projet suicidaire. Lors de la consultation du 24 mai 2012, le Dr D_____ n'a eu à aucun moment le sentiment que l'assuré allait passer à l'acte. Même si pour lui, un raptus suicidaire est une éventualité, il est d'avis qu'il se produit en général chez des personnes moins bien structurées que l'assuré. S'agissant de sa situation personnelle, selon le Dr D_____, le défunt voyait la vie familiale comme un but à atteindre et avait très mal vécu son divorce survenu après seize ans de vie conjugale. Il avait un peu dépassé cette situation, mais il l'avait toujours en arrière-pensée. Cette appréciation est confirmée par le Dr O_____ qui, lors de la consultation du sommeil du 10 mai 2012, a noté que divorcé depuis un an, le patient avait développé un état dépressif avec des troubles du sommeil. Il en va de même du Dr J_____ qui, lors de la première séance d'hypnose le 20 mars 2012, a mentionné des troubles du sommeil en rapport avec une séparation intervenue un an auparavant, tout en notant comme facteurs aggravants les contrariétés familiales. Même si la vie sociale du patient avait repris, il ne pouvait plus se projeter dans le futur et présentait une dichotomie corps-esprit. Puis, lors de la consultation du 24 avril 2012, bien qu'il devait investiguer des troubles de la prostate, il a fait état d'une harmonie retrouvée corps-esprit et d'une projection dans le futur. D'ailleurs, ce même 24 avril 2012, l'assuré a payé un voyage en Crète du 16 au 23 mai 2012 avec son amie qu'il a cependant annulé le 10 mai 2012, pour des raisons peu claires. En effet, si le 8 mai 2012, le Dr D_____ a établi un certificat médical attestant que l'assuré n'était pas en mesure de voyager durant les deux semaines à venir pour raison de maladie, force est de constater que le décompte de prestations de l'assurance-maladie ne mentionne aucune consultation à cette date, de sorte qu'il apparaît au degré de la vraisemblance prépondérante que ledit certificat a été rédigé à l'attention de l'assurance-annulation pour obtenir le remboursement des frais du voyage, sans qu'il puisse être établi qu'il soit en lien avec une subite aggravation de l'état de santé du défunt qui l'empêchait de voyager alors qu'il a pu travailler normalement durant cette période. Au demeurant, ni le Dr D_____ lors de sa consultation du 24 mai 2012, ni le Dr J_____ lors de sa consultation du 10 mai 2012 ne font état d'une telle aggravation, ce dernier se bornant à mentionner des difficultés de concentration et une situation émotionnellement pénible en lien avec la biopsie de la prostate. En outre, lors de la consultation téléphonique du 14 mai 2012, l'assuré a déclaré au Dr H_____ qu'il allait mieux, de sorte que le certificat médical que ce dernier a établi le jour-même, qui fait état de l'incapacité de son patient à se rendre en voyage en Grèce du 16 au 23 mai 2012 en raison de son état de santé, semble confirmer la remise d'un certificat dans le but d'obtenir un remboursement du voyage qu'il devait annuler. Au vu de son fort investissement sur le plan familial et de la quasi concordance entre le début de l'hospitalisation en urgence du recourant au service psychiatrique des HUG (le 11 mai 2012 à 1 h 59) et la date d'annulation du voyage, l'on peut se demander si le défunt n'a pas procédé à cette

annulation en raison de l'état de santé psychique du recourant afin de pouvoir aller lui rendre visite tous les jours à l'hôpital. Toutefois, cette hypothèse ne peut pas être confirmée au vu de la méconnaissance des coordonnées de l'amie du défunt qui auraient permis de l'entendre à titre de témoin, du décès du Dr H_____ et de l'écoulement du temps faisant que le Dr D_____ ne se souvient plus s'il a établi un tel certificat en relation avec ledit voyage. En définitive, au vu des troubles dépressifs présentés par l'assuré et l'évolution de sa situation personnelle, familiale et professionnelle dans les jours précédant le décès, il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le décès est dû à un accident ou à un suicide. Par conséquent, au vu des doutes en la matière, il y a lieu de présumer que le défunt ne s'est pas suicidé. 12. Il reste à examiner si les circonstances objectives renversent cette présomption.!

[endif]>![if> La veille de son décès, outre la consultation du Dr D_____ à 11h00, selon les témoignages concordants de la mère du défunt et du supérieur hiérarchique, l'assuré a fêté avec son équipe informatique le succès d'étape d'un projet difficile qu'il menait et ayant pour but d'améliorer l'informatique de son employeur. À cette occasion, il était bien habillé et portait des souliers neufs, puis il a été accueillir sa mère à l'aéroport. Toutefois, après l'avoir conduite chez elle et contrairement à son habitude, il n'est pas resté manger avec elle déclarant avoir « quelque chose » ce soir-là. En vue de l'anniversaire du recourant, il a acheté des cadeaux, notamment une boîte de Lego, ainsi que de la nourriture pour le repas d'anniversaire qui devait avoir lieu chez lui le jour de son décès et auquel il a convié sa mère, son fils aîné et ses beaux-parents. Avant ledit repas, il devait aller chercher le recourant aux HUG ou, selon la version de son ex-épouse, le réceptionner chez lui en début d'après-midi avec son autre fils. Puis, aux petites heures du 25 mai 2012, alors qu'il se trouvait sur son balcon vraisemblablement en train de manger un yaourt avec une cuillère, les lumières éteintes, il est tombé du quatrième étage. Aucun témoin n'ayant assisté à cette scène, personne ne l'a vu enjamber la barrière haute de 90 cm. En revanche, il existe des traces de ripage avec peinture écaillée sur le côté droit de ladite barrière, à la hauteur de l'endroit où le corps a été retrouvé, qui rendent vraisemblable un choc contre ladite barrière. La présence du skate-board de ses enfants sur le sol du balcon permet d'envisager l'hypothèse que, dans l'obscurité, il a trébuché sur la planche à roulettes alors qu'il mangeait son yaourt et qu'il est tombé par-dessus le balcon au vu de la faible hauteur de la barrière et au regard de sa taille de 180 cm. La marquise en béton située au-dessus du rez-de-chaussée de l'immeuble et sise sur toute sa longueur accrédite cette hypothèse car sinon, l'on ne comprendrait pas pourquoi, sans choc ayant eu un effet propulsant, le corps n'a pas heurté ladite marquise qui est un peu plus profonde que le balcon. Une autre hypothèse consiste en un brusque malaise ou une perte de connaissance survenue pendant que l'assuré mangeait un yaourt sur son balcon et qui a entraîné sa chute par-dessus la barrière. Une telle hypothèse est rendue vraisemblable par les déclarations de l'ex-épouse qui a assisté à un tel malaise à la sortie de l'hôpital après une visite commune au recourant et par la présence, à l'autopsie, d'une athérosclérose coronarienne généralisée modérée avec signes d'une cholestérolose. En définitive, même si le défunt souffrait d'un épisode dépressif sévère depuis sa séparation intervenue au début de l'année 2011 avec des périodes d'amélioration et d'aggravation, ces dernières étant dues soit aux médicaments mal supportés, soit à des événements stressants, il n'a toutefois jamais présenté d'incapacité de travail. Si l'idéation suicidaire est un des critères faisant partie du diagnostic d'épisode dépressif sévère, en revanche, le défunt ne présentait pas de projets suicidaires, étant précisé qu'il a été questionné à ce sujet par le Dr D_____. La veille de son décès, il a vécu des événements heureux puisqu'il a fêté la réussite d'une étape importante du projet

informatique qu'il conduisait et a revu sa mère qui rentrait de voyage. Le jour-même de son décès, il avait également des perspectives d'événements heureux puisqu'il devait passer le week-end avec ses fils et fêter l'anniversaire du recourant. Par conséquent, ces perspectives heureuses rendent peu vraisemblable une aggravation subite de son épisode dépressif dans un contexte de désespoir et dont la seule issue résidait dans le suicide. À cet égard, le Dr D_____ a précisé dans son rapport du 29 juin 2014 que, lors de son examen du 24 mai à 11h00, il n'a pas constaté un état particulièrement désespéré et l'on ne voit pas en quoi son état psychique aurait dû être différent 14 heures plus tard. Au demeurant, la présence d'un pot de yaourt et d'une cuillère à côté du corps, l'achat d'un cadeau et de la nourriture pour le repas d'anniversaire de son fils ainsi que l'absence de lettre d'adieu ou de message expliquant son acte chez une personne décrite comme perfectionniste et très investie dans ses relations avec ses enfants ne rendent pas vraisemblable l'hypothèse d'un suicide. En définitive, la chambre de céans considère que les indices en faveur d'un suicide ne sont pas suffisamment convaincants pour exclure toute autre explication résultant des circonstances et renverser la présomption que la mort a été causée par un accident. Aussi, il appartient à l'intimée d'en supporter les conséquences. 13. a) Lorsque l'assuré décède des suites de l'accident, le conjoint survivant et les enfants ont droit à des rentes de survivants (art. 28 LAA). Les enfants de l'assuré décédé ont droit à une rente d'orphelin. S'ils ont perdu un de leurs parents, ils ont droit à une rente d'orphelin de père ou de mère (art. 30 al. 1 1^{ère} phrase LAA). Le droit à la rente prend naissance le mois qui suit le décès de l'assuré ou celui du parent qui a survécu. Il s'éteint par l'accomplissement de la 18^e année, par le décès de l'orphelin ou par le rachat de la rente. Pour les enfants qui font un apprentissage ou des études, le droit à la rente dure jusqu'à la fin de l'apprentissage ou des études, mais au plus tard jusqu'à l'âge de 25 ans révolus (art. 30 al. 3 LAA). En vertu de l'art. 31 LAA, les rentes de survivants se montent, en pour-cent du gain assuré : pour les veuves et les veufs : à 40%, pour les orphelins de père ou de mère: à 15%, pour les orphelins de père et de mère: à 25%. En cas de concours de plusieurs survivants à 70% au plus et en tout (al. 1). Si les survivants ont droit à des rentes de l'assurance-vieillesse et survivants ou de l'assurance-invalidité, l'assurance-accidents leur alloue une rente complémentaire dont le montant correspond, en dérogation à l'art. 69 LPGA à la différence entre 90% du gain assuré et la rente de l'assurance-vieillesse et survivants ou de l'assurance-invalidité, mais au plus au montant prévu à l'al. 1 (al. 4). b) En vertu de ces dispositions légales, il appartient à l'intimée d'allouer au recourant une rente d'orphelin dès le 1^{er} juin 2012. Le dossier lui est renvoyé pour le calcul des prestations dues. 14. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 24 novembre 2014 annulée. Le recourant représenté par son curateur obtient gain de cause. Selon la jurisprudence, l'avocat désigné comme curateur ou tuteur qui mène avec succès le procès de son pupille peut prétendre des dépens s'il obtient gain de cause (ATF 124 V 338 consid. 4). Par conséquent, une indemnité de CHF 4'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :**