

## **GE\_GERICHTE A/923/2008 vom 29. April 2009**

GE Cour de justice, 2009-04-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_923\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_923_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/923/2008 du 29 avril 2009

IT: GE\_GERICHTE A/923/2008 del 29 aprile 2009

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 29.04.2009  
A/923/2008

A/923/2008 ATAS/491/2009 du 29.04.2009 ( LAA ) , ADMIS En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/923/2008  
ATAS/491/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES  
Chambre 4 du 29 avril 2009 En la cause INTRAS ASSURANCE-MALADIE, sise rue  
Blavignac 10, CAROUGE Monsieur R\_\_\_\_\_, domicilié à VANDOEUVRES,  
représenté par CAP Protection Juridique, Me Jean-Marie KIENER recourante recourant  
contre VAUDOISE GENERALE, COMPAGNIE D'ASSURANCES, sise Place de Milan,  
LAUSANNE intimée EN FAIT Monsieur R\_\_\_\_\_, né en 1964, est employé de la  
Banque X\_\_\_\_\_ à Genève et, à ce titre, est assuré contre les accidents professionnels  
et non professionnels et les maladies professionnelles par la VAUDOISE GENERALE  
COMPAGNIE D'ASSURANCE SA (ci-après : la VAUDOISE, l'intimée,  
l'assureur-accidents). En date du 15 octobre 2006, l'assuré a tenté de mettre fin à ses jours  
par pendaison à son domicile. Alertée par le bruit, son épouse, aidée de son fils, a pu couper  
la lanière à laquelle le corps était suspendu, mais ni l'un ni l'autre n'ont pu retenir  
l'intéressé qui, inconscient, est tombé lourdement sur le sol. La chute a engendré des  
dommages au niveau des dents et du nez (fractures). Appelés sur place, les services  
d'urgence ont pris en charge le blessé qui a été hospitalisé en raison d'un hématome laryngé  
avec contusion laryngée. Dans le cadre de l'instruction du dossier, la VAUDOISE a  
recueilli les propos de l'assuré en date du 17 janvier 2007. Celui-ci a précisé ne pas avoir  
laissé d'écrit avant de passer à l'acte, ledit passage s'étant déclenché en quelques secondes.  
Il a déclaré qu'il n'était pas être ivre ni sous l'emprise de drogue, mais qu'il avait pris des  
antidépresseurs qui pouvaient avoir des effets sur le comportement, voire des effets  
contraires surtout lors d'un changement de médication. Par le passé, il n'avait jamais tenté  
de mettre fin à ses jours, ni n'avait présenté d'idées noires ou été atteint de dépression,  
avant l'épisode contemporain. Il a précisé avoir agi sous le coup de la colère, dans un accès  
de folie, la pulsion ayant été provoquée par une violente dispute conjugale. Rien n'était  
organisé, il était simplement descendu à la cave chercher une lanière et était remonté se  
pendre. Il a encore ajouté que si son geste avait été prémédité, il ne l'aurait pas commis de  
façon si brutale en famille. Suite au tentamen, ses deux enfants (nés en 1996 et 1999) étaient  
effectivement perturbés et en traitement psychiatrique. La crise conjugale perdurait depuis  
quelques mois et avait causé, chez l'intéressé, une dépression. Il était suivi par un  
psychiatre, le docteur A\_\_\_\_\_, et les traitements avaient fréquemment changé, du fait  
de l'absence de résultats. Peu avant les faits, il avait consulté le Centre de thérapies brèves  
des Pâquis (ci-après : CTB), mais les médecins n'avaient pas jugé utile de l'hospitaliser.  
Répondant à un questionnaire de l'assureur-accidents, le docteur B\_\_\_\_\_, chef de  
clinique au CTB, a indiqué, dans un rapport du 17 avril 2007, que le patient avait été

adressé le 6 octobre 2006 par son psychiatre traitant et souffrait alors d'un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). Sans antécédents suicidaires, il présentait à ce moment des pensées de cet ordre. Si, de manière générale, l'intéressé était capable de discernement, il était très difficile, pour le spécialiste, de trancher la question de la capacité de discernement au moment du passage à l'acte, ce point lui paraissant relever d'un mandat d'expertise, quand bien même il apparaissait clair que l'affection dont était atteint le patient et l'important conflit de couple avaient eu un impact sur les possibilités de ce dernier de se déterminer librement. Par décision du 7 mai 2007, la VAUDOISE a décliné son devoir de prester au motif que les lésions annoncées faisaient suite à une tentative de suicide commise alors que l'assuré n'était pas totalement incapable de discernement. Le fait que l'essentiel des lésions ait été provoqué par les manœuvres de sauvetage plutôt que par le tentamen lui-même importait peu. Le 29 mai 2007, INTRAS (assureur-maladie obligatoire du recourant) a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. Elle a requis de l'assureur-accidents qu'il prenne en charge les suites de la chute (atteintes au nez, dents et arcade sourcilière), ainsi que les frais de transport à l'hôpital. En substance, elle a considéré que l'immixtion d'un tiers (lanière coupée par le fils et l'épouse) rompait la chaîne de causalité entre la tentative de suicide et les lésions subies suite à la chute d'une hauteur de plus d'un mètre, cette dernière remplissant dès lors les conditions légales pour être qualifiée d'accident. Contestant avoir été capable de discernement au moment des faits litigieux, mais pas de façon générale comme relaté par le docteur B \_\_\_\_\_, l'assuré a également formé opposition en date du 7 juin 2007. Il a mis en exergue l'absence de comportement suicidaire préalable, la brutalité et le caractère subi de l'acte, ainsi que les circonstances entourant ce dernier (présence des deux enfants en bas âge sur les lieux) qui tous plaident en faveur d'un comportement irréfléchi et insensé. L'intéressé a également reproché à la VAUDOISE d'avoir omis de prendre l'avis de son psychiatre traitant et requérait, en cas de non-admission de ses conclusions, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique pour trancher la question de son discernement au moment des faits. Partant du postulat que la détermination de la capacité de discernement au moment du passage à l'acte n'est pas en soi décisive, l'ensemble des circonstances préalables et en particulier l'existence d'une capacité de raisonnement même limitée avant l'acte suicidaire devant prévaloir, l'assureur-accidents a considéré, dans sa décision sur opposition du 15 février 2008, qu'il n'avait pas à revenir sur sa position initiale. En effet, il n'y avait pas de motif permettant de retenir, ni de présumer, une absence totale de discernement dans la période précédant le passage à l'acte, notamment eu égard aux considérations du docteur B \_\_\_\_\_. En pareil contexte, des investigations médicales complémentaires apparaissaient superflues. Enfin, le fait que l'essentiel du dommage corporel ait été dû aux manœuvres de sauvetage plutôt qu'à la strangulation n'était pas déterminant au regard des règles régissant la causalité naturelle, étant précisé que la causalité adéquate ne saurait être examinée en cas de dommage physique seul. En conséquence, les oppositions ont été rejetées. Par acte du 17 mars 2008, INTRAS interjette recours contre cette décision, dont elle requiert l'annulation, concluant implicitement à la prise en charge du cas par la VAUDOISE. En substance, elle estime que l'examen des faits permet de retenir deux actions distinctes ayant engendré des atteintes dommageables au corps humain, à savoir la tentative de suicide qui a causé une contusion pharyngée et la chute provoquée par l'intervention de l'épouse qui a coupé la lanière attachée autour du cou de l'assuré et qui a provoqué une fracture du nez, des dents et une blessure à l'arcade sourcilière. La deuxième action constitue un accident à part entière qui doit être pris en charge par l'assureur-accidents, le lien de causalité entre la tentative de

suicide et les lésions ayant été rompu par l'action d'un tiers. Pour le surplus, INTRAS estime que l'intimé a violé son devoir d'instruction en ne recherchant aucune information complémentaire permettant de trancher la question de la capacité de discernement au moment des faits initiaux. Le 1<sup>er</sup> avril 2008, l'assuré forme également recours contre la décision du 15 février 2008 de la VAUDOISE, dont il requiert l'annulation, concluant à la reconnaissance de son droit aux prestations LAA en relation avec l'événement du 15 octobre 2006. A titre préalable, il demande à ce que ses psychiatres, les docteurs A\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, dont il produit les rapports, soient entendus. Le premier nommé a attesté, dans un avis du 15 mars 2008, avoir eu en suivi le recourant du 12 juillet 2006 au 16 novembre 2006 pour un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites dans le contexte de difficultés conjugales. En sus des entretiens psychothérapeutiques, une médication antidépressive et anxiolytique avait été introduite. Vu l'aggravation de l'état clinique, le médecin avait adressé son patient au CTB pour une prise en charge plus intensive notamment. Ce dernier n'avait jamais verbalisé de projet suicidaire et avait décrit son geste comme étant impulsif et non prémédité suite à une nouvelle dispute de couple. Au terme de son suivi, le spécialiste avait posé le diagnostic d'état dépressif moyen à sévère chez un sujet présentant des traits de personnalité narcissique et anankastique. Chez des sujets souffrant de troubles de la personnalité narcissique, les passages à l'acte, en particulier par pendaison, étaient assez fréquents et, de l'avis du praticien, la tentative du recourant était à considérer comme une conséquence de ses troubles psychiques aigus et non comme un accident. Quant au docteur C\_\_\_\_\_, il a exposé être le thérapeute du recourant depuis le 28 novembre 2006. Il a également posé en fait que son patient n'avait aucun antécédent suicidaire. Le tentamen du 15 octobre 2006 avait eu lieu dans le contexte d'un épisode dépressif sévère et à un moment de stress et de désespoir intenses, ayant totalement inhibé le sens du discernement de l'intéressé, l'empêchant de se conduire de façon raisonnable. Un tel état était à qualifier d'irresponsabilité et il n'y avait aucune préméditation. Dans son argumentation, le recourant reprend, tout d'abord, les développements de son assureur-maladie INTRAS aux termes desquels les lésions qu'il a subies - à l'exception de la contusion du pharynx - sont à mettre en relation de causalité avec les manœuvres de sauvetage de son épouse et non avec la pendaison. Les conditions légales pour la prise en charge des suites d'un accident étant remplies, c'est à tort que l'intimée a nié son devoir de prêter. Ensuite, le recourant fait valoir son incapacité de discernement au moment du tentamen, confirmée par ses psychiatres. Pour le surplus, il reprend le raisonnement présenté dans son mémoire d'opposition. L'intimée conclut au rejet des recours. De son point de vue, le diagnostic d'état dépressif moyen à sévère ou sévère ne permet pas, selon la jurisprudence, de conclure à une incapacité totale de discernement lors du passage à l'acte. Par ailleurs, il apparaît aux yeux de l'assureur que l'acte du recourant ne saurait être qualifié d'insensé (selon la définition de la jurisprudence), mais bien plutôt de simple geste disproportionné au cours duquel l'intéressé a apprécié précipitamment sa situation de manière unilatérale dans un moment de désespoir. Dans ces circonstances, une expertise ne se justifie pas, tant il est clair que l'art. 48 OLAA ne trouve pas application. Enfin, la tentative de suicide - événement non assuré - étant la condition sine qua non des dommages corporels survenus lors du sauvetage, ceux-ci ne sauraient être assurés, peu important en effet que ce dernier facteur (le sauvetage), associé au premier, ait provoqué les atteintes. Après avoir joint les recours de l'assuré et d'INTRAS (ordonnance du 19 juin 2008), le Tribunal a entendu les parties lors d'une audience de comparution personnelle le 9 juillet 2008. A cette occasion,

le recourant a précisé avoir été hospitalisé durant deux semaines au HUG (tout d'abord aux urgences où il a été maintenu dans un état de coma artificiel, puis aux soins intensifs et enfin en unité générale où un psychiatre venait le voir tous les jours). La facture y relative n'était pas parvenue à l'assureur-accidents. Le recourant a fait savoir que selon lui, la question de la capacité de discernement devait faire l'objet d'une expertise. Quant à la recourante, elle a mentionné considérer que l'ensemble des suites de l'événement du 15 octobre 2006 était à la charge de l'intimée ; elle a donc étendu ses conclusions. INTRAS a fait parvenir (courrier du 19 août 2008) au Tribunal copie de quatre factures émanant des HUG portant sur l'intervention de ces derniers au domicile du recourant et sur son hospitalisation du 16 au 27 octobre 2006. La recourante a précisé avoir remboursé lesdites factures, n'étant pas au courant, à cette époque, des circonstances exactes dans lesquelles étaient intervenues les lésions de son assuré. Le même jour, les HUG ont transmis à la Juridiction de céans copie intégrale du dossier de leur patient. Il ressort de ce dernier notamment les éléments suivants : Le recourant a séjourné au sein de l'unité de soins intensifs du 16 octobre 2006 au 19 octobre 2006, date à laquelle il a été transféré dans le service 3-DL, puis en médecine interne générale. Jusqu'au 18 octobre, il a été placé sous intubation pour lui permettre de respirer, en raison de l'œdème laryngé qualifié d'important. Le 18 octobre 2006, l'intéressé critiquait sa tentative de suicide et il ne subsistait pas d'idée suicidaire. Les docteurs D \_\_\_\_\_ et E \_\_\_\_\_, du service de médecine interne, ont posé les diagnostics suivants : bronchopneumonie bilatérale probablement d'aspiration (au moment de la pendaison ou de la dé-pendaison), tentamen par pendaison, œdème laryngo-pharyngé secondaire, hépatite médicamenteuse, état dépressif sévère et status post tonsilectomie (rapport du 27 octobre 2006). Ils ont par ailleurs noté que suite au choc facial après la dé-pendaison, le patient avait présenté un hématome en lunette et une fracture de l'os propre du nez, non déplacée, traitée de manière conservative par antalgiques. Un scanner cérébral avait permis d'exclure un hématome interne. Enfin, le patient avait été intensément suivi par les médecins du service de psychiatrie de liaison durant son séjour. Une indication à une hospitalisation non volontaire n'avait pas été retenue, mais un suivi au CTB organisé. A propos des problèmes hépatiques, les médecins ont indiqué qu'ils étaient liés à la prise de médicaments lors de l'hospitalisation. Les examens sanguins avaient en effet montré des perturbations importantes au cours du séjour, alors qu'ils étaient normaux lors de l'admission (notamment les GGT qui sont utilisés dans la détermination de la consommation alcoolique moyenne). Un rapport (non signé) du 23 octobre 2006 fait quant à lui état d'un état dépressif réactionnel développé dans le cadre d'une situation conjugale conflictuelle, péjoré dans les deux - trois semaines précédant le tentamen (évocation à plusieurs reprises de projets suicidaires concrets à l'épouse et au psychiatre traitant). Le 16 octobre 2006, le patient avait profité d'une absence de l'épouse pour effectuer une pendaison dans le salon du domicile conjugal. Le recourant a pris position sur les éléments contenus dans le dossier des HUG en date du 17 septembre 2008. Selon lui, il ressort des pièces médicales qu'il n'était pas à même, au moment du passage à l'acte et de sa préparation, de se rendre compte de la portée de ses gestes et donc d'apprécier le danger auquel il s'exposait. Il conteste par contre avoir évoqué à plusieurs reprises des projets suicidaires concrets auprès de son psychiatre, tel que cela est relaté dans le rapport du 23 octobre 2006 du département de médecine interne. Une telle affirmation est par ailleurs en contradiction avec les remarques formulées par le docteur A \_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'époque. L'intimée a quant à elle transmis ses remarques par courrier du 16 septembre 2008. Elle estime que les informations contenues dans le dossier des HUG (notamment

l'absence de signe de la lignée psychotique, la péjoration d'un état dépressif réactionnel avec évocation de projets suicidaires dans les deux-trois semaines précédant l'acte et le diagnostic d'état dépressif réactionnel avec tentamen) confirment que le cas d'espèce relève d'une tentative de suicide dans un cas de dépression tout à fait classique et qu'il n'y a en conséquence pas à présupposer une incapacité totale de discernement dans la période précédant le passage à l'acte. Le cas ne relève donc pas de l'assurance-accidents, qu'il s'agisse des conséquences directes ou indirectes, telles les lésions dentaires et faciales subies à l'occasion des manœuvres de sauvetage. Le 20 octobre 2008, le Tribunal a informé les parties de ce que la cause était gardée à juger. Par acte du 27 octobre suivant, le recourant a toutefois réitéré sa requête en vue de l'audition de ses médecins psychiatres, ensuite de quoi l'instruction a été réouverte et une audience d'enquêtes convoquée le 10 décembre 2008. Lors de cet acte d'instruction, le docteur A\_\_\_\_\_ a déclaré avoir initialement posé le diagnostic de troubles du comportement avec perturbation mixte des émotions, mais, l'état de santé s'étant très rapidement aggravé, il avait pu affiner son évaluation et considérer que son patient présentait un état dépressif grave. En sus du traitement médicamenteux (antidépresseurs et benzodiazépines), il avait adressé l'intéressé au CTB pour y trouver un cadre plus structurant et entamer une thérapie de couple. A cette époque, le patient n'avait pas de projet suicidaire clair, mais il pouvait parler de colère, de violence verbale ou physique contre des objets. Il présentait également un comportement à risques sous forme d'excès de vitesse en voiture et des périodes d'alcoolisation. Le médecin expliquait le tentamen par une grande colère, une blessure narcissique, des traits obsessionnels compulsifs ainsi que des éléments dépressifs, mais il ne pouvait se prononcer de façon sûre sur la faculté qu'avait son patient de se déterminer au moment de l'acte. Il y avait peut-être une alcoolisation ou un surplus de médicaments ou une énième dispute avec son épouse comme élément déclencheur. Il lui semblait avoir compris qu'il n'y avait pas eu de processus de préparatifs, de projets concrets et l'acte avait été extrêmement rapide et violent. Toutefois, le geste du recourant n'avait pas véritablement étonné le psychiatre, ce type de passage à l'acte étant fréquent avec la pathologie présentée et l'aggravation de l'état de santé telle qu'un suivi au cabinet s'était révélé inadapté. Il avait envisagé l'hospitalisation, mais il pensait que son patient n'était pas preneur et, malgré les messages de l'épouse et de la belle-mère qui réclamaient un internement, les critères pour une hospitalisation non volontaire n'étaient pas remplis (à savoir que le patient présente un danger immédiat, dans les 5 minutes, pour lui-même ou autrui). Le docteur C\_\_\_\_\_ a quant à lui expliqué être le psychiatre traitant du recourant depuis le 26 novembre 2006. L'intéressé présentait alors un état dépressif sévère avec idéations suicidaires durant le mois précédant. Dans les discussions qu'il avait eues avec le recourant, celui-ci avait manifesté des regrets face à son geste, commis quasiment en présence de sa famille et de façon impulsive. Selon le médecin, le tentamen s'était inscrit dans une situation où la tension et le stress étaient devenus insupportables. Il y avait eu alors un raptus, à savoir que tout s'était brouillé dans la tête de l'intéressé qui ne pouvait plus gérer la situation et ne voyait pas d'issue. La tentative de suicide était un geste impulsif où toute la pensée et le discernement s'estompaient, sans préméditation ni théâtralisation et en l'absence d'idéation suicidaire de longue date avant ou après l'événement. Le docteur C\_\_\_\_\_ a encore exposé que dans le cas du raptus, le sens du discernement n'existe plus et que seul l'acte compte car il n'y a plus de solution ou d'issue. Selon lui, le recourant se trouvait, de façon certaine, dans une situation de raptus au moment du passage à l'acte. Dans ses remarques finales, l'intimée a considéré que les avis des médecins traitants du recourant, en particulier celui du

docteur C \_\_\_\_\_, n'étaient pas déterminants pour admettre l'abolition de la capacité de discernement. Elle a renvoyé à ce propos à ses écritures préalables et maintenu ses conclusions. Le recourant a également maintenu ses conclusions et arguments, estimant en particulier que le lien de causalité entre les lésions dues à la chute de un mètre occasionnée par le sauvetage n'étaient pas en relation de causalité avec la tentative de suicide qui, de toute manière, avait été commise dans un moment où la capacité de discernement faisait défaut. INTRAS ne s'est pas déterminée et la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjetés dans les forme et délai légaux compte tenu notamment des fêtes de Pâques (art. 56 à 60 LPGA), les recours sont recevables. Est litigieux en l'espèce le droit du recourant aux prestations (frais de soins et de guérison) de l'assurance-accidents ensuite des événements survenus dans la nuit du 15 au 16 octobre 2006 (tentative de suicide par pendaison et sauvetage subséquent du fait de l'épouse). 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 (art. 37 al. 1 LAA). 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 (art. 48 OLAA). Dans la mesure où elle conditionne le droit aux prestations à l'incapacité totale de l'assuré de se comporter raisonnablement, au moment des faits, cette dernière disposition est conforme à la loi (ATF 129 V 95 ). L'entrée en vigueur de la LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas entraîné de modification des art. 37 al. 1 LAA et 48 OLAA. Ces dispositions continuent à s'appliquer en cas de suicide ou de tentative de suicide, à l'exclusion de l'art. 21 al. 1 LPGA (cf. Frésard/Moser-Szeless, Refus, réduction et suspension des prestations LAA, HAVE/REAS 2005 p. 128; Kieser, ATSG-Kommentar, no 17 ad art. 21). Selon la jurisprudence, le suicide comme tel n'est un accident assuré, conformément à l'art. 48 OLAA, que s'il a été commis dans un état d'incapacité de discernement au sens de l'art. 16 CC. Par conséquent, il faut, pour entraîner la responsabilité de l'assureur-accidents, qu'au moment de l'acte et compte tenu de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives, l'intéressé ait été privé de toute possibilité de se déterminer raisonnablement, en raison notamment d'une maladie mentale ou d'une faiblesse d'esprit (ATF 113 V 62 consid. 2; RAMA 1990 no U 96 p. 185 consid. 2; ATF 115 V 151 consid. 2b publié dans RAMA 1989 no U 84 p. 448). L'existence d'une maladie psychique ou d'un grave trouble de la conscience doit être établie conformément à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il doit s'agir de symptômes psychopathologiques comme la folie, les hallucinations, la stupeur profonde, le raptus, etc. Le motif qui a conduit au suicide ou à la tentative doit être en relation avec les symptômes psychopathologiques. L'acte doit apparaître «insensé». Un simple geste disproportionné, au cours duquel le suicidaire apprécie unilatéralement et précipitamment sa situation dans un moment de dépression et de désespoir ne suffit pas (arrêts du Tribunal fédéral P. du 18 juillet 2002 [U 28/01] consid. 4.1, A. du 25 octobre 1996 [U 160/95] consid. 3a, B. du 10 septembre 1996 [U 165/94] consid. 2b, F. du 22 mai 1996 [U 223/94] consid. 1; Kind, Suizid oder «Unfall», Die psychiatrischen Voraussetzungen für die

Anwendung von Art. 48 UVV, RSA 1993 p. 291). Dans le cas d'espèce, le seul médecin à s'être prononcé de façon précise sur la capacité de discernement du recourant au moment de son geste suicidaire est le docteur C\_\_\_\_\_, psychiatre traitant actuel. Ce médecin a clairement exposé devant la Juridiction de céans, lors de son audition, pour quelles raisons il estimait que l'intéressé s'était trouvé dans une situation de raptus au moment des faits. La description du contexte, la pathologie sous-jacente (état dépressif sévère), l'absence de projets suicidaires préalables, la brutalité et l'impulsivité de l'acte, les circonstances dans lesquelles il est intervenu et les regrets formulés ultérieurement démontrent comment et pourquoi le recourant en est arrivé, à l'issue d'une énième dispute conjugale ayant provoqué un état de tension et de souffrance extrême insupportable, à perdre la maîtrise de son discernement et à agir de façon totalement irréfléchie et insensée. C'est en effet ce qualificatif qui convient le mieux aux événements litigieux du 15 octobre 2006. Il est relativement difficile de comprendre comment le recourant, qui avait passé une journée agréable et lors de laquelle on lui avait même fait le compliment de ne pas avoir eu l'air aussi bien depuis longtemps, songe soudainement à attenter à ces jours, à moins que cette volonté ne procède d'un raisonnement irraisonné. En outre, il apparaît pour le moins dépourvu de sens, de surcroît pour un homme étant attaché de façon quasi fusionnelle à sa famille comme le décrit le docteur C\_\_\_\_\_, de décider de mettre fin à ses jours au milieu de son appartement (le recourant s'est pendu dans son salon) alors que son épouse et ses jeunes enfants se trouvaient dans l'appartement. Une action réfléchie eut voulu que l'intéressé s'isole de la vue de ses enfants à tout le moins et passe à l'acte en un lieu où il eut été moins aisé de le retrouver (ceci afin de s'assurer de la non-compromission de l'entreprise par des mesures de sauvetage éventuelles). Par ailleurs, rien ne laissait présager un tel comportement ; si le psychiatre traitant de l'époque, le docteur A\_\_\_\_\_, avait constaté une aggravation de l'état de santé de son patient peu de temps avant le tentamen - et adressé en conséquence l'intéressé au CTB pour un suivi plus soutenu -, il n'en demeure pas moins que ce dernier ne présentait de danger immédiat ni pour lui-même ni pour autrui justifiant une hospitalisation non volontaire. Contrairement à l'opinion défendue par l'intimée, il y a donc lieu de considérer que le recourant avait perdu toute capacité cognitive et volitive, soit sa capacité de discernement au sens de l'art. 16 CC, au moment de la tentative de suicide. Les présupposés non étayés avancés par l'assureur-accidents - selon lesquels une personne atteinte de dépression sévère présenterait toujours un certain discernement lors du passage à l'acte suicidaire - ne sont ici aucunement pertinents. En effet, ce ne sont pas des considérations générales qu'il convient d'examiner, mais bien les circonstances concrètes du cas d'espèce au moment déterminant du suicide ou de la tentative (cf. la jurisprudence mentionnée ci-avant). Au demeurant, on note que les autres avis médicaux au dossier ne contredisent nullement l'opinion émise avec un degré de certitude par le docteur C\_\_\_\_\_. Le docteur B\_\_\_\_\_ a renoncé à se prononcer sur la capacité de discernement au moment des faits en cause et le témoignage du docteur A\_\_\_\_\_ a plutôt tendance à corroborer, sans toutefois l'affirmer, la position du docteur C\_\_\_\_\_. Le seul élément contradictoire est la mention, par les médecins des HUG, de projets suicidaires évoqués par l'assuré dans les semaines ayant précédé le geste lui-même. Or, ces circonstances ont été démenties par les propos du docteur A\_\_\_\_\_ (cf également les avis du Dr B\_\_\_\_\_). Enfin, le fait que les conclusions sur lesquelles se fonde le Tribunal pour trancher la question de la capacité de discernement au moment du tentamen émanent du psychiatre traitant du recourant n'est pas de nature à douter de leur bien-fondé. En effet, l'élément déterminant pour juger de la valeur probante d'un avis

médical n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a). Or, le témoignage du docteur C\_\_\_\_\_ est clair et concis, ses conclusions sont dûment motivées et corroborées par les pièces du dossier et procèdent d'une analyse complète de la situation. Elles ne sont enfin - comme on vient de le voir - pas contredites, de sorte qu'il y a lieu de leur accorder pleine valeur probante. Il résulte de ce qui précède que les suites de la tentative de suicide dans leur ensemble (transport en cardiomobile, hospitalisation et soins ultérieurs en relation directe avec la chute provoquée par les manœuvres de sauvetage) sont à la charge de l'assureur-accidents. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens fixée en l'espèce à 4'000 fr. La recourante INTRAS, assureur social agissant de surcroît sans être représenté par un mandataire professionnel, n'a par contre pas droit à une telle indemnité (art. 61 let. g LPGA). **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare les recours recevables. Au fond : Les admet. Annule la décision de l'intimée du 15 février 2008. Condamne l'intimée à prendre en charge les frais résultant des événements des 15/16 octobre 2006. Condamne l'intimée à verser au recourant la somme de 4'000 fr. à titre de participation à ses dépens. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ 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.