

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1981, était employé par l'entreprise C_____ depuis le 7 mars 2011. A ce titre, il était assuré auprès de la Compagnie d'assurances Nationale Suisse (ci-après : la Nationale ou l'assureur) contre les accidents professionnels et non professionnels.
2. Le 12 novembre 2011, l'assuré a été retrouvé, inconscient, gisant au pied de son immeuble, suite à une défenestration d'environ 8 mètres.
3. Une lettre rédigée en ces termes par l'assuré a été trouvée dans sa chambre :

« Personnes n'est responsable de cet act. Je n'avais plus envie de vivre c'est tout. Pourquoi ? Car tout était devenu absurde. Je ne sais quoi faire de ma vie. Et j'en souffre beaucoup. Quoi que je pense de bien ou de mal. Il y a une pait qui ne veux pas. Qui refuse. Et je n'arrive pas à faire autrement ou plutôt penser autrement. Et cela est fatiguant. Et dure depuis trop longtemps...

Ne vous dites surtout pas si j'aurais fait ça ou qu'est-ce que j'aurais pu faire pour éviter ça. Je n'avais plus envie. Je me suis m'y tout seul dans cette situation. Je ne trouve pas la solution d'y sortir. Car mon ego est grand et ma fierté tout autant. Certes j'aurais voulu laisser autre chose que de la colère et de la tristesse. Désolé.... ».
4. L'assuré étant seul en cause, aucun rapport n'a été établi par la police.
5. Polytraumatisé, l'assuré a été hospitalisé aux hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 12 novembre 2011 au 2 mars 2012. Par la suite, il a été transféré au centre suisse des paraplégiques à Nottwil (Lucerne).
6. Le 27 décembre 2011, le père de l'assuré a précisé à la Nationale que son fils était tombé d'une fenêtre situé au 2^{ème} étage de leur maison le samedi 12 novembre 2011 à une heure inconnue. Il avait souvent l'habitude de s'asseoir sur l'une des trois fenêtres de sa chambre pour fumer une cigarette. Compte tenu de la lettre laissée par son fils, qui avait de la peine à s'accommoder à la société et se trouvait dans cet état depuis plusieurs années, il s'agissait d'un geste de désespoir.
7. Les médecins des HUG ont établi divers rapports en lien avec l'hospitalisation de l'assuré, parmi lesquels :
 - Le résumé de séjour des soins intensifs, daté du 24 décembre 2011, mentionnant notamment une tétraplégie de niveau C6, apparue suite à la défenestration, ainsi qu'un tentamen dans un contexte de trouble dépressif sévère et de personnalité schizoïde, apparu le 12 novembre 2011. L'assuré ne se rappelait pas de cet événement et ne manifestait aucune thymie ni recul face à son geste. Il était suivi depuis le 7 décembre 2011
 - Un rapport du 20 janvier 2012 faisant état d'un patient de 30 ans avec antécédents de dépression, qui s'était défenestré du 2^{ème} étage le 12 novembre 2011. Après avoir résumé les différentes interventions médicales nécessitées par

son état de santé, les médecins ont relevé que l'assuré avait récupéré la parésie des deux membres supérieurs mais qu'il restait paraplégique.

- La lettre de sortie adressée au Centre suisse des paraplégiques datée du 2 mars 2012, dont il ressort que les diagnostics retenus par les médecins étaient les suivants fracture de type C du bassin avec atteinte sacro-iliaque droite, hémorragie parenchymateuse frontale bilatérale et pariétale gauche avec contusion hémorragique, fracture compression du corps de C6 et du processus transverse de C6 à droite, hypertension intracrânienne ayant nécessité une craniectomie décompressive gauche, hématome épicerébral frontal gauche, post-craniectomie décompressive, pneumopathie infectieuse à enterobacter aérogènes et *pseudomonas aeruginosa*, hématome rétro-péritonéal, détresse respiratoire sur atélectasie gauche, et bronchopneumonie d'aspiration ainsi qu'embolie pulmonaire (diagnostics principaux) et fracture du processus transverse de L2, L3, L4 à droite et des processus épineux de L4 et de L5, fracture ischio pubienne droite, fractures des côtés droits de la première et de la 10^{ème} côte, fracture du processus transverse de C7 droit et probable contusion myocardique (diagnostics secondaires).
8. Le 10 février 2012, une inspectrice des sinistres de la Nationale s'est entretenue avec les parents de l'assuré. Selon le rapport du 13 février 2012 y relatif, ces derniers ont expliqué que leur fils se souvenait d'avoir rédigé le mot retrouvé dans sa chambre la veille de l'événement mais sans pour autant vouloir passer à l'acte. Il n'avait aucun souvenir de ce qui s'était passé par la suite et trouvait « fou de se défenestrer ». Selon la mère de l'assuré, ce dernier avait pour habitude d'écrire ses émotions sur papier. Il avait besoin de « coucher des mots sur ses états d'âme ». L'assuré n'avait jamais tenté de se suicider avant l'événement du 12 novembre 2011. Il n'avait aucun problème particulier que ce soit financier, sentimental ou encore professionnel. Il ne se droguait pas, ne buvait pas et était une personne sportive (foot et course à pied). Il y avait des antécédents dans la famille du père de l'assuré : la sœur de celui-ci ainsi qu'un de ses cousins s'étaient suicidés. En outre, le père avait fait une tentative par arme à feu en 1995 et toute la famille avait suivi une psychothérapie suite à cet événement. L'assuré avait notamment été hospitalisé en 2005 et 2010 et avait subi des décès d'amis proches qui l'avaient certainement perturbé. Il était sorti des soins intensifs trois semaines auparavant. Il était actuellement paralysé des membres inférieurs mais cela n'était pas forcément définitif, étant donné qu'il fallait attendre une année avant que les médecins ne puissent se prononcer.

En annexe à cette note figuraient les photographies de la maison de l'assuré ainsi qu'une copie du mot laissé par celui-ci.

9. A la demande du Centre suisse pour les paraplégiques, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a examiné l'assuré. Selon le rapport du 14 mars 2012, l'assuré lui avait expliqué qu'il allait souvent mal psychologiquement et qu'il était suicidaire. Il s'était toujours défendu contre un

traitement à base d'antidépresseurs et de psychothérapie. Il avait été hospitalisé en 2005 suite à un accès de colère lors duquel il avait détruit la porte de son armoire et s'était cassé la main. Une fois, un naturopathe lui avait dit qu'il avait une sœur jumelle qui était décédée pendant la grossesse et que c'était pour cette raison qu'il ne se sentait pas bien psychiquement. Cette information avait été un choc pour lui et il avait dû beaucoup pleurer. En 2010, il avait été hospitalisé à la clinique de Belle-Idée (HUG), pendant un mois et avait été mis sous Cipralex mais il n'avait pas l'impression que ce médicament l'avait aidé. Par la suite, il avait été suivi par une clinique de jour et avait mis un terme à son traitement en ne prenant plus le médicament. L'assuré avait voulu se suicider par trois fois : la première fois, il voulait se planter un couteau dans le foie et les deux autres fois, il s'était tenu au bord d'un gouffre. Les trois fois, effrayé, il avait renoncé. Il ne se souvenait pas de la défenestration du 12 novembre 2011. Il s'était senti très mal peu avant mais n'avait consommé ni alcool ni drogue. Une feuille, sur laquelle il avait écrit ses intentions suicidaires, avait été retrouvée dans sa chambre.

Lors de l'examen, l'assuré était d'une humeur légèrement dépressive, avec une labilité émotionnelle évidente. Il ne se sentait ni bien ni mal mais considérait que son avenir était sombre.

Pour la Dresse D_____, l'assuré souffrait depuis des années d'une dépression grave et était suicidaire. A cela s'ajoutaient notamment des troubles de la personnalité de type borderline avec des traits narcissiques, une incapacité d'entretenir une relation, de l'inconstance. La suicidalité (risque de suicide) constituait un problème particulier chez l'assuré. Quand bien même elle n'était par moment pas visible, l'assuré vivait depuis des années avec l'idée de se suicider et, dans ce contexte, il n'y a pas besoin d'une situation particulière pour qu'il devienne à nouveau manifestation suicidaire. L'existence d'une tentative de suicide par défenestration et d'idées suicidaires récurrentes plaident en faveur d'un important risque de décès par suicide. Le meilleur moyen pour prévenir un était de développer des relations solides avec d'autres personnes mais l'assuré n'en était pas capable. L'assuré souffrait de ses troubles psychiques mais il n'avait pas conscience de sa maladie. Il n'acceptait de suivre les traitements psychothérapeutiques et médicamenteux que pendant une courte période ou les interrompait même de sa propre initiative.

Compte tenu des constatations qui précèdent, la Dresse D_____ a posé les diagnostics de troubles borderline et de dépressions sévères avec suicidalité récurrente.

10. Par décision du 10 avril 2012, la Nationale a considéré, au vu des rapports des HUG des 24 décembre 2011 et 20 janvier 2012 ainsi que du mot qu'il avait rédigé, que l'assuré avait tenté de se suicider par défenestration, cet acte ayant d'ailleurs été prémédité. Par conséquent, conformément aux dispositions légales applicables, l'assureur a refusé de prendre en charge les suites de l'événement du 12 novembre 2011.

Copie de cette décision a été adressée à KPT/CPT l'assureur-maladie de l'assuré.

11. Par courrier du 18 mai 2012, l'assuré, sous la plume de l'association suisse des paraplégiques, a formé opposition à la décision du 10 avril 2012 considérant que son geste du 12 novembre 2011 était impulsif, sans idéation suicidaire consciente. Il estimait plus particulièrement ne pas avoir été capable de discernement lors de cet événement de sorte qu'il avait droit aux prestations de la Nationale. Enfin, il sollicitait le réexamen de son cas et la réalisation d'une expertise psychiatrique.
12. A la demande de l'assureur, les HUG lui ont transmis les documents suivants en date du 31 août 2012 :
 - Un rapport daté du 31 août 2012, dont il ressort que l'assuré avait été hospitalisé en 2010 à la clinique de Belle-Idée en raison d'idées suicidaires scénarisées de se jeter d'une fenêtre. Le diagnostic était alors celui de trouble dépressif récurrent, épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique.
 - Le résumé de séjour de l'hospitalisation du 19 au 24 novembre 2003, dont il ressort que le diagnostic principal retenu était celui d'épisode dépressif moyen (F32.1). Après avoir passé deux semaines avec ses grands-parents, il se sentait très mal. Il avait pris à la gorge son ex-amie puis l'avait relâchée avant de vouloir se suicider. Lors de ce séjour, l'assuré a notamment critiqué son idéation suicidaire, ne souhaitant en aucun cas mourir.
13. Par courrier du 18 septembre 2012, la docteure E_____, spécialiste FMH en médecine interne, spécialiste AMPP en médecine psychosociale et psychosomatique, a expliqué avoir suivi l'assuré du 24 septembre 2010 au 24 janvier 2011. Celui-ci avait été hospitalisé en milieu psychiatrique entre le 31 juillet et le 24 octobre 2010 en raison d'un épisode dépressif. Durant le suivi, l'état psychique de son patient s'était progressivement amélioré. En janvier 2011, il était encore sous traitement médicamenteux et envisageait la reprise d'une activité professionnelle. Durant tout le suivi, il était soutenu par sa famille. Comme il n'était pas actif professionnellement, elle ne lui avait pas délivré de certificat d'incapacité de travail.

En annexe à ce courrier figurait le résumé de séjour établi le 24 septembre 2010 par les HUG, concernant l'hospitalisation de l'assuré en service de psychiatrie du 31 juillet au 14 septembre 2010. Selon ce résumé, le diagnostic principal était celui d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Alors sans emploi, l'assuré vivait une recrudescence d'idées suicidaires par défenestration dans un contexte de perte de ses repères habituels suite à un déménagement et à l'impossibilité de faire face à une relation sentimentale devenue compliquée. Après être retourné vivre chez ses parents et avoir parlé de ses idées suicidaires avec sa mère, il avait été pris en charge par le Centre de thérapies brèves (CTB) et avait été hospitalisé suite à une aggravation de son état. Les médecins des HUG avaient remarqué, dès les premiers jours d'hospitalisation, une certaine ambivalence, avec la présence d'un sentiment de tristesses et par moments des idées noires, mais avec

la conscience de ne pas vouloir mourir et, au contraire, l'envie de rechercher toute l'aide possible, à travers les médicaments et l'hospitalisation ou la médecine alternative. A la fin de l'hospitalisation, l'assuré avait présenté, durant un congé et apparemment sans facteur déclenchant, des idées suicidaires actives avec le projet de se passer un sac autour du cou.

A la demande de la Nationale, le Dr F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et médecin-conseil, a procédé à une expertise sur dossier. Après avoir rappelé les trois questions posées par l'assureur et résumé les pièces pertinentes, ce médecin a retenu, dans son rapport du 14 janvier 2013, que l'assuré souffrait, avant et après l'événement du 12 novembre 2011, d'un trouble de la personnalité de type borderline (F69.10) et d'états dépressifs, ce qui correspondait à une faiblesse d'esprit au sens de la loi. Il a également relevé qu'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2) avait été diagnostiqué courant 2010. Lors de la défenestration le 12 novembre 2011, aucun élément ne parlait en faveur d'une symptomatologie dépressive aiguë, autre que légère chez un assuré qui n'était pas hospitalisé et occupait un emploi stable. Cette hypothèse était corroborée par les indications des parents concernant le moment de la défenestration. En outre, seul un diagnostic de trouble dépressif récidivant (F33.0) pouvait être posé. A titre de diagnostic différentiel, l'expert a considéré que les états dépressifs pouvaient également s'inscrire dans un contexte d'instabilité émotionnelle dans le cadre d'un trouble de la personnalité. Il n'y avait cependant aucun élément anamnestique, tel qu'un trouble dépressif sévère aigu, pour retenir une maladie mentale manifeste. Il n'y avait pas non plus d'éléments en faveur d'une intoxication ou d'une souffrance somatique sévère. Les notes manuscrites, non datées, retrouvées dans la chambre, s'inscrivaient vraisemblablement dans le contexte d'une symptomatologie dépressive telle qu'elle était apparue à plusieurs reprises chez l'assuré. Cela étant, selon les parents de l'assuré, celui-ci s'était distancié de ces notes. Dans la mesure où l'assuré occupait un emploi lors de l'événement, il n'y avait aucun élément pour une décompensation psychotique dans le contexte du trouble de la personnalité de type borderline diagnostiqué par la Dresse D_____. Un trouble délirant lors de la défenestration paraissait invraisemblable, voire même impossible. Des états dissociatifs graves pouvant apparaître avec le trouble borderline étaient également exclus.

En conséquence, le Dr F_____ a considéré que les notes manuscrites rédigées de manière ordonnée, l'absence d'éléments en faveur d'antécédents psychotiques et le passé d'états dépressifs dans le contexte de crises dépressives et de trouble borderline plaidaient en défaveur d'une diminution totale de la capacité de discernement en lien avec le geste suicidaire.

14. Par courrier du 18 janvier 2013, la Nationale a transmis à l'assuré le rapport du Dr F_____ et a maintenu sa position.
15. Le 26 avril 2013, l'assuré s'est prononcé sur le rapport du médecin précité. Après avoir rappelé qu'il souffrait de troubles psychiques depuis de nombreuses années et

qu'il avait été suivi par des professionnels, l'assuré a relevé qu'il avait toujours indiqué à ses médecins qu'il ne voulait pas mourir, souhaitant au contraire bénéficier de toute l'aide possible. S'agissant de la chute du 12 novembre 2011, ses parents avaient expliqué à la Nationale qu'il trouvait « fou de se défenestrer ». Compte tenu de ce contexte psychique, l'assuré a estimé qu'il existait des doutes suffisants sur sa capacité de discernement lors de la défenestration. Par ailleurs, dès lors que la question de la capacité de discernement lors d'un acte de suicide s'évaluait sur la base de faits internes, on ne pouvait avoir des exigences trop élevées relativement à la preuve. Au vu de son passé psychiatrique, il ne pouvait être exclu que la chute du 12 novembre 2011 et le motif fussent dus, au degré de la vraisemblance prépondérante, à une maladie mentale ou à un trouble de la conscience. Par ailleurs, dans la mesure où le rapport du Dr F_____ ne reposait que sur le dossier, il sollicitait une nouvelle expertise, lors de laquelle il souhaitait être entendu.

16. Par courrier du 10 mai 2013, l'assureur a considéré que la prise de position du Dr F_____ était différenciée, claire, circonstanciée et motivée et qu'elle disposait par conséquent d'une pleine valeur probante. En annexe au courrier figuraient les questions posées à ce médecin.
17. Dans un courriel du 17 mai 2013, l'assuré a indiqué à la Nationale qu'il restait dans l'attente de sa détermination s'agissant de la demande d'expertise avec son audition.
18. Par courrier du 24 mai 2013, l'assureur a réitéré ses doutes quant à la nécessité d'une expertise supplémentaire, impliquant une audition de l'assuré. Cependant, pour éliminer toute incertitude, il acceptait d'entrer en matière sur cette demande et proposait cinq experts, dont notamment les docteurs G_____ à Bern et H_____. Il mentionnait également la liste de questions à poser au médecin retenu.
19. Le 16 juillet 2013, l'assuré a accepté que le Dr G_____ fût mandaté pour expertise. Dans ce même courrier, il a indiqué que son nouveau médecin traitant était le Dr I_____.
20. Le Dr G_____ ne réalisant plus d'expertise, l'assuré a indiqué, le 19 juillet 2013, être d'accord que l'expertise fût confiée au Dr H_____.
21. Le 20 août 2013, le Dr I_____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin traitant de l'assuré, a expliqué qu'il suivait l'assuré depuis le mois de janvier 2013. Son patient n'était pas en traitement psychiatrique. Suite à une chute d'une hauteur de 8 mètres le 12 novembre 2011, il souffrait des atteintes suivantes : tétraplégie sensitivo motrice AIS – A, niveau C8, fracture de C6, traumatisme crânien sévère, fracture du bassin open-book, dysfonction autonome cardio-vasculaire, vésicale, intestinale et sexuelle, trouble de la personnalité borderline avec état dépressif récurrent. L'évolution était stable. Son patient bénéficiait d'un suivi spécialisé ainsi que d'un traitement sous forme de physiothérapie. Il vivait et travaillait en institution protégée à raison de 40%.

22. Mandaté par la Nationale, le Dr H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a effectué une expertise. Après s'être entretenu pendant 90 minutes avec l'assuré en date du 8 novembre 2013, l'expert a établi son rapport le 7 février 2014.

Selon le rapport précité, l'assuré a expliqué à l'expert que les photographies au dossier ne montraient pas la fenêtre depuis laquelle il était tombé, celle-ci se trouvant à l'étage supérieur, dans le toit. A cet étage se trouvaient d'ailleurs trois fenêtres, la première côté Salève, la deuxième côté Jura et la dernière au centre. Il avait l'habitude de fumer une cigarette en s'asseyant sur la fenêtre côté Jura ou sur celle côté Salève, en mettant les pieds sur la gouttière, mais jamais sur celle du centre. Or, il avait chuté depuis la fenêtre du centre. L'assuré ne se souvenait plus de la chute. Il avait écrit une lettre, qui n'était qu'une esquisse, pour prévenir la culpabilité des survivants, le jeudi ou le vendredi soir et avait des souvenirs flous des deux ou trois mois précédant la chute. L'assuré, qui admettait ressentir un mal-être, était convaincu de ne pas avoir voulu mettre fin à ses jours mais d'avoir fait une chute. Par le passé, l'assuré avait fait cinq dépressions mais il estimait mieux aller le jour de l'expertise. A plusieurs reprises, dans ses dépressions, il avait eu envie d'en finir mais ne l'avait jamais fait : « il faut du courage pour le faire. Mais une voix m'a dit de ne pas le faire. Ce n'est pas à nous de choisir quand on doit partir ».

A titre de diagnostics, le Dr H_____ a retenu un trouble mixte de la personnalité avec traits impulsifs et schizoïdes (F61.0) ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuellement en rémission, ces deux troubles n'entraînant pas de manière générale une abolition de la capacité de discernement. Le trouble de la personnalité impliquait des attitudes et des comportements nettement disharmonieux, à l'origine d'une souffrance personnelle considérable et d'une dégradation du fonctionnement professionnel et social. Le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline, n'était pas vraiment adéquat dans la mesure où l'impulsivité de l'assuré, même si elle était présente, n'était pas la caractéristique prédominante. L'assuré n'avait pas présenté de comportements explosifs répétitifs lors de contrariétés ou de critiques. Pour l'expert, les traits schizoïdes étaient nettement prédominants, avec l'idéalisation d'une relation fusionnelle, l'impression de ne jamais être vraiment compris ni aimé, le mal-être diffus et quasiment constant ainsi que l'hypersensibilité. A plusieurs reprises, ledit trouble de la personnalité avait conduit à des décompensations sur un mode dépressif. Lors des deux hospitalisations de l'assuré en milieu psychiatrique, le diagnostic posé était à chaque fois celui de trouble dépressif sévère, raison pour laquelle l'expert retenait également un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission.

Lors de la chute, le 12 novembre 2011, le trouble dépressif récurrent n'était pas particulièrement intense selon l'assuré et ses parents, lesquels n'évoquaient aucun état de crise particulier. Par conséquent, pour l'expert, au moment des faits, ledit

trouble était soit léger soit en rémission. Il excluait le diagnostic de schizophrénie en raison de l'absence d'une part de toute symptomatologie positive telle qu'hallucinations ou idées délirantes et d'autre part de toute symptomatologie négative telle qu'apragmatisme et perplexité. Il excluait également les diagnostics de trouble schizo-affectif en raison de l'absence de trouble schizophrénique, de trouble bipolaire en l'absence d'épisode d'élévation de l'humeur de type maniaque ou hypomane, de troubles liés à une dépendance à des produits psychotropes, l'assuré ne consommant plus de cannabis ni d'alcool de manière nuisible depuis des années et enfin de troubles organiques cérébraux, et en particulier de troubles post-commotionnel, de troubles anxieux ou phobiques, de trouble dissociatif ou de conversion, en l'absence de toute plainte et de tout symptôme évoquant de tels troubles.

Dans son appréciation, le Dr H_____ a relevé que l'assuré présentait des troubles psychiques tant lors de la chute du 12 novembre 2011 que lors de l'expertise. En raison de l'absence de pièces convaincantes dans le dossier, le Dr H_____ ne pouvait suivre l'assuré lorsque celui-ci estimait avoir fait une simple chute. Pour l'expert, l'assuré avait effectivement fait une tentative de suicide. Cela étant précisé, le Dr H_____ a considéré que la situation était la suivante lors de la chute : l'assuré présentait des troubles psychiques ainsi qu'une suicidalité de longue date, les idées suicidaires étant présentes de manière répétitive depuis de nombreuses années sans qu'il n'y ait eu eu passage à l'acte avant le 12 novembre 2011. Le mal-être ainsi que les épisodes dépressifs récurrents étaient présents depuis longtemps. On ignorait à quel moment l'assuré avait écrit les mots laissés, lesquels manifesteraient la présence d'un certain discernement au moment de l'acte. Les parents de l'assuré étaient absents lors de la chute, ce qui signifiait qu'ils n'estimaient pas que leur fils allait particulièrement mal à ce moment et qu'ils n'étaient pas particulièrement inquiets pour lui.

Pour l'expert, la modalité de la tentative de suicide du 12 novembre 2011 ne permettait pas d'exclure un raptus suicidaire, soit un acte totalement irréfléchi et subi, dans le sens où l'assuré a subitement « décidé de »/« du » se jeter par la fenêtre. En effet, contrairement à la pendaison ou l'intoxication au monoxyde de carbone, lesquelles impliquaient des actes préparatoires présupposant le plus fréquemment la présence de discernement, la défenestration était une modalité de suicide n'impliquant aucun acte préparatoire : il suffisait d'ouvrir la fenêtre et de se jeter par la fenêtre. Ainsi, la modalité du suicide, le sentiment exprimé par l'assuré de ne pas avoir voulu se suicider ainsi que l'étrangeté de l'acte à ses yeux évoquaient plutôt un acte subi, soit un raptus suicidaire, avec abolition de la capacité de discernement, plutôt qu'acte décidé et planifié.

Enfin, si d'un côté l'expert pouvait partager l'appréciation du Dr F_____ et considérer que la tentative de suicide du 12 novembre 2011 pouvait être considérée comme une décompensation dépressive sévère, sans abolition de la capacité de discernement, il pouvait également s'en distancier, la modalité du suicide, le trouble

de la personnalité de l'assuré ajouté au fait que rien ne laissait prévoir un acte suicidaire rendaient plutôt vraisemblable un raptus suicidaire. Dans tous les cas, aucun élément ne pourrait lever l'incertitude médicale concernant la capacité de discernement, l'assuré n'ayant été examiné les jours précédents le 12 novembre 2011 et personne n'ayant été présent peu avant la chute. Les médecins ne pouvaient dès lors qu'évoquer des hypothèses sur la capacité de discernement au moment des faits.

23. La position du Dr H_____ a été soumise, par la Nationale, au Dr F_____ qui s'est prononcé dans un complément daté du 13 février 2014. Pour le médecin-conseil de l'assureur, il pouvait adhérer à la position du Dr H_____ en ce qui concerne le fait que la modalité de tentative de suicide ne permettait pas d'exclure un raptus suicidaire. Différentes explications pour la tentative de suicide existaient cependant, étant précisé que selon la littérature, seuls 4% des suicides étaient planifiés de manière approfondie, la plupart des actes étant effectués dans le cadre d'une restriction émotionnelle sévère, souvent liée à une dépression. Dans le cas de l'assuré, deux possibilités s'opposaient : 1. la suicidalité de longue date et l'existence de textes à contenu suicidaire plaidaient en faveur d'un acte volontaire, ce qui excluait une abolition de la capacité de discernement sans toutefois exclure une réduction importante de cette capacité ; 2. le raptus suicidaire ne pouvait pas être exclu.
24. Dans un courrier du 14 février 2014, la Nationale a relevé que bien que le Dr H_____ fasse état d'une simple vraisemblance alors que la question de l'incapacité de discernement devait être tranchée au regard de la vraisemblance prépondérante, elle avait soumis le rapport au Dr F_____ lequel a relevé que les deux hypothèses étaient possibles mais qu'aucune n'était plus vraisemblable que l'autre. Cela étant, aucune des hypothèses du Dr H_____ n'était établie au degré de la vraisemblance prépondérante, raison pour laquelle la Nationale envisageait de rendre prochainement une décision de non entrée en matière.
25. Le 4 avril 2014, après avoir brièvement résumé certains aspects du rapport du Dr H_____, l'assuré a sollicité de la Nationale qu'elle demande au médecin précité si l'abolition de la capacité de discernement au moment des faits était vraisemblable, plus probable ou d'une vraisemblance prépondérante, cette question ne lui ayant jamais été posée.
26. Par courrier du 29 avril 2014, l'assureur a considéré que la question supplémentaire souhaitée par l'assuré n'était pas utile, dès lors que les questions posées au Dr H_____ lui avaient été soumises et qu'il n'avait pas jugé nécessaire de les compléter. Par ailleurs, il ressortait du rapport de ce médecin que son appréciation reposait sur des hypothèses lesquelles paraissaient toutes possibles mais aucune plus vraisemblable que les autres.
27. Par décision sur opposition du 3 juin 2014, la Nationale a écarté l'opposition du 18 mai 2012, considérant que l'hypothèse du Dr H_____ quant à un raptus

suicidaire n'apparaissait pas plus vraisemblable que les hypothèses développées par le Dr F_____. Le Dr H_____ relevait d'ailleurs lui-même que dans le cas d'espèce, il existait une incertitude et que les médecins en étaient réduits à des hypothèses. Dans un tel cas, et compte tenu de l'ensemble des circonstances, des antécédents de l'assuré et du contexte dans lequel s'était déroulée la défenestration, on ne pouvait considérer que l'incapacité totale de discernement était prouvée avec une vraisemblance prépondérante. Ainsi, faute d'incapacité totale de discernement, la responsabilité de l'assureur-accidents devait être niée.

28. Le 3 juillet 2014, l'assuré (ci-après : le recourant) a formé recours sous la plume de son conseil et a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision sur opposition attaquée et à la condamnation de l'assureur à la prise en charge des prestations d'assurance-accidents en lien avec l'accident du 12 novembre 2011, avec effet rétroactif à cette date et, subsidiairement, à l'annulation de la décision sur opposition querellée et au renvoi de la cause à l'assureur pour instruction complémentaire. A l'appui de ses conclusions, le recourant a relevé que les médecins l'ayant suivi avaient posé le diagnostic d'épisodes dépressifs sévères. A cela s'ajoutait le fait que l'expertise du Dr H_____ confirmait que la modalité du suicide et le trouble de la personnalité, ajoutés au fait que rien ne laissait prévoir un acte suicidaire, rendaient vraisemblable un raptus suicidaire avec abolition de la capacité de discernement. Par ailleurs, l'expert précité ne posait pas une simple hypothèse mais estimait vraisemblable l'existence d'un raptus suicidaire, avec abolition de la capacité de discernement. Par conséquent, compte tenu des éléments précités, il était établi au degré de la vraisemblance prépondérante que sa capacité de discernement était abolie.
29. Par réponse du 28 août 2014, l'intimée a persisté dans les termes de sa décision sur opposition.
30. Dans sa réplique du 2 octobre 2014, le recourant a relevé qu'il n'avait jamais signé le document, au demeurant non daté, que l'intimée qualifiait de « lettre d'adieu ». Il s'agissait en réalité d'une manière pour lui de maîtriser ses émotions en les écrivant sur un bout de papier. Par ailleurs, le fait qu'il ait trouvé fou de se défenestrer constituait un indice supplémentaire plaidant à l'encontre d'une lettre d'adieu. Se fondant sur l'expertise du Dr H_____, le recourant a également considéré que l'acte du 12 novembre 2011 était un acte subi, soit un raptus suicidaire et non un acte décidé et planifié. Il ne s'agissait ainsi pas d'une tentative de suicide intentionnellement provoquée, avec pour conséquence l'exclusion des prestations de l'intimée. Par ailleurs, à aucun moment, le dossier médical et notamment le résumé du séjour des soins intensifs aux HUG, ne faisaient état d'une amnésie provoquée par la chute. Par conséquent, l'absence de souvenir s'agissant de la chute devait être mise en rapport avec l'incapacité de discernement lors des faits et non pas avec une éventuelle amnésie provoquée par la chute.
31. Dans sa duplique du 6 novembre 2014, l'intimée a relevé que la tentative de suicide du recourant n'était pas une surprise pour son propre père, ce qui était d'ailleurs

corroboré par le dossier médical. Quant au Dr H_____, il utilisait des expressions telles que « ne permet pas d'exclure » ou « plutôt », lesquelles exprimaient clairement la simple hypothèse. Lors des faits, le recourant n'était pas en incapacité de travail pour des motifs psychiques ni en traitement suivi quand bien même il avait souffert, à plusieurs reprises, de troubles psychiatriques avec symptomatologie anxio-dépressive et idéations suicidaires. En outre, il avait écrit ses intentions suicidaires ainsi que les raisons qui l'y poussaient. Enfin, la modalité du suicide (la défenestration) n'était pas nouvelle. Par conséquent, au vu de tous ces éléments, il était établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'une incapacité totale de discernement au moment des faits faisait défaut.

32. Sur ce, la cause a été gardée 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; RS 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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A 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.

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).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

4. Est litigieux en l'espèce le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents ensuite des événements survenus le 12 novembre 2011 (tentative de suicide par défenestration).

5. a. En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA si la loi n'en dispose pas autrement, 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 (art. 4 LPGA).

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 par l'assurance de suicide ou l'automutilation est la conséquence évidente d'un accident couvert (art. 48 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA ; RS 832.202]). 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 1^{er} 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 (FRESARD/MOSER-SZELESS, Refus, réduction et suspension des prestations LAA, HAVE/REAS 2005 p. 128; KIESER, ATSG-Kommentar, no 17 ad art. 21).

b. 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 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC ; RS 210). 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 des assurances U 28/01 du 18 juillet 2002 consid. 4.1, U 160/95 du 25 octobre 1996 consid. 3a, U 165/94 du 10 septembre 1996 consid. 2b, U 223/94 du 22 mai 1996 consid. 1; KIND, Suizid oder «Unfall», Die psychiatrischen Voraussetzungen für die Anwendung von Art. 48 UVV, RSAS 1993 p. 276).

6. a. Celui qui prétend des prestations d'assurance doit apporter la preuve de l'existence d'un accident, soit également 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 au sens de l'art. 16 CC. Dans la procédure en matière d'assurance sociale,

régie par le principe inquisitoire, les parties ne supportent pas le fardeau de la preuve au sens de l'art. 8 CC. L'obligation des parties d'apporter la preuve des faits qu'elles allèguent signifie seulement qu'à défaut, elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve. Cette règle de preuve ne s'applique toutefois que lorsqu'il est impossible, en se fondant sur l'appréciation des preuves conformément au principe inquisitoire, d'établir un état de fait qui apparaisse au moins vraisemblablement correspondre à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et la référence; arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 379/2006 du 19 octobre 2006, consid. 2 et U 328/02 du 9 décembre 2003 consid. 3.1).

b. 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).

c/aa. Lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait écarter ces derniers aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en effet ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1c et les références). Le juge peut ainsi accorder une valeur probante aux rapports et expertises établis à la demande de l'assureur-accidents aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé ou de douter de l'objectivité des appréciations portées.

c/bb. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant

donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Cela étant, quand bien même la jurisprudence a toujours reconnu une valeur probante aux rapports établis par les médecins internes d'un assureur, il y a lieu de préciser qu'on ne peut leur attribuer, conformément à la pratique, la même valeur probante qu'au rapport de l'expert mandaté par un tribunal ou par l'assureur selon la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4).

c/cc. 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).

7. a. En l'espèce, il s'agit de déterminer si, au moment où il s'est défenestré, le recourant était, sans faute de sa part, totalement incapable de se comporter raisonnablement.

Il ressort du dossier que le recourant souffrait depuis de nombreuses années d'un trouble dépressif récurrent, lequel pouvait être sévère avec des idées suicidaires. Concrètement, avant le 12 novembre 2011, il avait voulu se suicider par trois fois mais y avait à chaque fois renoncé, effrayé. Il avait en outre été hospitalisé à deux reprises en milieu psychiatrique en raison d'un trouble dépressif sévère et d'idées suicidaires. En 2010, il avait notamment parlé de se jeter d'une fenêtre. En 2003, le recourant avait critiqué son idéation suicidaire, ne souhaitant en aucun cas mourir (voir rapport du 31 août 2012). En 2010, les médecins des HUG avaient remarqué, dès les premiers jours d'hospitalisation, une certaine ambivalence chez le recourant, avec la présence d'un sentiment de tristesses et par moments des idées noires, mais avec la conscience de ne pas vouloir mourir et, au contraire, l'envie de rechercher toute l'aide possible, à travers les médicaments et l'hospitalisation ou la médecine alternative (voir rapport du 24 septembre 2010). Cette ambivalence a notamment été confirmée par le recourant lors de son examen par le Dr H_____. En effet, à cette occasion, il a expliqué être qu'à plusieurs reprises, dans ses dépressions, il avait eu envie d'en finir mais ne l'avait jamais fait : « il faut du courage pour le faire. Mais une voix m'a dit de ne pas le faire. Ce n'est pas à nous de choisir quand on doit partir ».

Lors de la défenestration du 12 novembre 2011, le trouble dépressif récurrent n'était pas particulièrement intense, de sorte qu'il pouvait être qualifié de léger, voire en rémission (rapport du Dr H_____). Par ailleurs, une note faisant état d'un mal-être et d'idées suicidaires avait été rédigée la veille ou l'avant-veille. Le recourant s'était cependant distancié de cette note, qu'il qualifiait d'esquisse (rapport du Dr H_____), et de la tentative de suicide, trouvant « fou de se défenestrer ». Au Dr H_____, il a en outre expliqué que même s'il ressentait un

mal-être, il était convaincu de ne pas avoir voulu mettre fin à ses jours mais d'avoir fait une chute.

b/aa. Au regard des faits ainsi constatés, et en particulier des circonstances entourant la défenestration, l'intimée a mandaté deux médecins pour se prononcer sur la capacité de discernement du recourant au moment de la tentative de suicide.

Le premier rapport a été établi, sur dossier, le 14 janvier 2013, par le Dr F_____, médecin-conseil de l'intimée. Un second rapport a été rédigé par le Dr H_____ le 7 février 2014, à l'issue d'un entretien de 90 minutes avec le recourant.

Sur le fond, si le Dr F_____ et le Dr H_____ s'accordent sur le fait qu'au moment de la chute, le recourant ne souffrait pas d'un état dépressif sévère, les deux parlant d'une symptomatologie dépressive légère, voire même en rémission pour le Dr H_____, ils s'opposent cependant sur la capacité de discernement lors du geste suicidaire. Pour le Dr F_____, au vu de la note laissée par le recourant, de l'absence d'éléments plaidant en faveur d'antécédents psychotiques et du passé d'état dépressifs dans le contexte de crises dépressives et de trouble borderline, il n'y a pas eu diminution totale de la capacité de discernement lors du geste suicidaire. En revanche, pour le Dr H_____, la modalité de la tentative de suicide (défenestration), le sentiment exprimé par le recourant de ne pas avoir voulu se suicider ainsi que l'étrangeté de l'acte à ses yeux évoquaient plutôt un acte subi, avec abolition de la capacité de discernement, plutôt qu'un acte décidé et planifié.

b/bb. Il y a donc lieu, dans un premier temps, d'examiner la valeur probante de chaque rapport.

S'agissant tout d'abord du rapport du Dr F_____ du 15 janvier 2013, force est de constater qu'il a été établi par le médecin-conseil de l'intimée, lequel répondait à trois questions de l'intimée sur la base du seul dossier, ne contenant au demeurant aucune appréciation médicale portant sur la question précise de la capacité de discernement le 12 novembre 2011. En revanche, le rapport du Dr H_____ du 7 février 2014 a été rédigé à l'issue de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA : divers noms d'experts ont été proposés au recourant qui a retenu le Dr H_____ comme expert, les questions envisagées ont été soumises au recourant et ce médecin a établi son rapport sur la base du dossier et d'un entretien de 90 minutes avec le recourant. Dans ces circonstances, il y a lieu de retenir que l'expertise du Dr H_____ présente une valeur probante accrue par rapport au rapport du Dr F_____, conformément à la jurisprudence applicable en la matière (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

Cela étant précisé, force est de constater que sur le rapport du Dr H_____ se fonde sur l'étude du dossier médical complet, établit l'anamnèse de l'assuré et relate ses plaintes. Il a posé ses diagnostics - qui ne sont au demeurant pas contestés - après un entretien de 90 minutes avec le recourant et ses conclusions sont claires et motivées. Partant, une pleine valeur probante doit être attribuée à cet examen.

Dans ce contexte, il convient de constater que, contrairement à ce qu'allègue l'intimée, le Dr H_____ a clairement pris position en faveur d'une hypothèse - celle du raptus suicidaire - plutôt que d'une autre - celle de la tentative de suicide planifiée. Certes, il n'a jamais utilisé les termes « vraisemblance prépondérante » mais l'emploi du mot « plutôt » démontre qu'à ses yeux une hypothèse était plus vraisemblable qu'une autre. C'est également le lieu de rappeler que le principe de la vraisemblance prépondérante signifie simplement que les faits retenus qui, faute d'être établis de manière irréfutable, doivent apparaître comme les plus vraisemblables. En d'autres termes, doit paraître les plus probables. Or, dans le cas présent, si le recourant présente certes un passif d'idées suicidaires, il n'en demeure pas moins que par le passé, il n'a jamais souhaité aller au bout, y renonçant à chaque fois. Les médecins l'ayant examiné ont même considéré qu'il présentait une certaine ambivalence, avec des idées suicidaires mais avec la conscience de ne pas vouloir mourir et, au contraire, l'envie de rechercher toute l'aide possible, à travers les médicaments et l'hospitalisation ou la médecine alternative. Par ailleurs, lors de l'événement incriminé, le recourant présentait une symptomatologie dépressive au plus légère, voire en rémission, à tout le moins pas suffisamment importante pour inquiéter ses parents, qui étaient absents lors des faits.

Pour tous ces motifs, la chambre de céans considère que les conclusions du Dr H_____ sont les plus vraisemblables et le fait que le recourant, victime d'un raptus suicidaire lors de l'événement assuré, était selon toute vraisemblance, totalement incapable de discernement lors de la défenestration du 12 novembre 2011.

8. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision sur opposition du 3 juin 2014 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour calcul des prestations.

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition du 3 juin 2014.
4. Renvoie la cause à l'intimée dans le sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 3'000.- à titre de dépens.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Alicia PERRONE

Valérie MONTANI

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