

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 juillet 2011

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Zbinden, assesseur
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

D._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann,
avocat à Lausanne,

et

A. **AG.** à Lucerne, recourante,

et

P._____ **Assurances**, à Bâle, intimée, représentée par Me Didier Elsig,
avocat à Lausanne.

Art. 6 al. 1 et 37 al. 1 LAA; 48 OLAA

E n f a i t :

A. Le 3 avril 2005, D. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1979, est tombé du balcon de son domicile sis au quatrième étage de l'immeuble. Il a subi un polytraumatisme sévère avec des fractures multiples et un traumatisme crânio-cérébral sévère avec coma persistant.

Le rapport d'entrée en urgence au [...] indique sous la rubrique "motif d'admission": "chute du 4^{ème} étage (probable tentamen)".

Le 4 avril 2005, un policier intervenu dressait un rapport concernant une "tentative de suicide". Ce rapport a notamment la teneur suivante:

"Au jour et à l'heure précités, nos services étaient requis à l'endroit susmentionné par Madame [...] [...], pour un individu assis au 4^e étage sur la rambarde d'un balcon, les jambes dans le vide.

Sur place, dans un premier temps, nous n'avons rien constaté de particulier. Dès lors, nous nous sommes déplacés auprès de notre informatrice. Selon les dires de cette dernière, l'individu en question se trouvait tout d'abord debout sur son balcon. Par la suite, elle a remarqué qu'il s'était assis sur la rambarde, les jambes dans le vide. A cet instant, elle a décidé de faire appel à nos services. Toutefois, elle nous a déclaré que peu avant notre arrivée, l'intéressé avait regagné son logis.

Au vu de ces éléments, nous sommes redescendus dans la rue. A cet instant, alors que nous nous trouvions à proximité de l'immeuble numéro 3 de l'avenue [...], nous avons entendu l'impact du corps d'un homme, identifié par la suite comme étant M. D. _____, tombé sur la voie descendante de l'artère. Précisons que dans sa chute, il s'était empêtré dans le fil électrique sous tension d'une ligne aérienne. De plus, nous avons constaté que l'intéressé était inconscient, mais respirait.

Dès lors, il a été fait appel à une ambulance ainsi qu'au SMUR. Le SSI et le piquet des SI ont également été requis. Rapidement sur place, les pompiers ont sectionné l'alimentation et les sanitaires, secondés par le médecin du SMUR, ont pris en charge la victime [...].

De nos investigations, il est ressorti que M. D. _____ se serait volontairement défenestré depuis son studio, sis au 4^e étage, à 12.70 m du sol; Mme K. _____ [...], amie de la victime a été rencontrée au [...]. Elle nous a déclaré que depuis quelques temps, son compagnon passait des journées entières enfermé chez lui et qu'il se refermait sur lui-même. Mme K. _____ ajoutait également

qu'elle le soupçonnait de s'adonner à la consommation de produits stupéfiants."

Il résulte également de ce rapport qu'un prélèvement sanguin et d'urine a été effectué.

Selon un rapport du 9 avril 2005 de l'Institut universitaire de médecine légale, le taux d'alcoolémie était inférieur à 0.1 g/00. Dans une ordonnance de non-lieu rendue par le juge d'instruction de 13 octobre 2005, on peut lire que "tout porte à croire qu'il [l'assuré] a ainsi délibérément tenté de mettre fin à ses jours".

Dans une "lettre de transfert interne" du [...] du 14 avril 2005, on peut lire ce qui suit:

"Il s'agit d'un jeune polytoxicomane chronique de 25 ans, qui s'est jeté du quatrième étage sous l'influence d'un psychotrope..."

2. Le 13 mai 2005, un inspecteur de la P. _____ a rédigé un rapport dont il résulte qu'il a rencontré les patrons de l'assuré qui ont déclaré que celui-ci était une personne très joviale et qui n'avait pas d'ennemis. Il était volontaire et il avait beaucoup d'amis. Il était rarement malade sans absentéisme. Il avait d'excellents rapports avec ses patrons et ses collègues. Tout le monde a été très choqué et surpris de ce qu'il lui était arrivé. Il n'y avait pas eu de baisse de régime, de congé-maladie ou de troubles du comportement.

La soeur de l'assuré a indiqué qu'elle habitait le Tessin et qu'elle avait tout abandonné d'un jour à l'autre pour venir s'occuper de son frère. S'agissant de la personnalité de son frère, elle a déclaré que c'était quelqu'un de positif, de très joyeux et toujours de bonne humeur. Tout le monde l'aimait bien. Tous les gens de l'immeuble le connaissaient et il parlait avec tout le monde. On ne lui connaissait pas d'ennemis. Son comportement était jovial. Elle disait qu'elle n'avait pas remarqué de différence dans son comportement dans les entretiens téléphoniques qu'elle avait eus avec son frère. Celui-ci s'entendait bien avec sa famille. La soeur de l'assuré a émis l'hypothèse que celui-ci avait voulu débloquer une toile de tente.

L'inspecteur finissait son rapport en disant qu'il n'avait pas trouvé d'éléments accréditant la thèse d'un suicide.

3. Le 24 mai 2005, le service de médecine de l'Hôpital de [...] a écrit que l'assuré, qui avait été transféré dans ce dernier établissement le 28 avril 2005, était polytraumatisé suite à une défenestration sous emprise de drogue. L'assuré a de nouveau été hospitalisé au [...] du 4 mai au 8 juin 2005, date à laquelle il a été transféré à l'Institution de [...]. Dans un compte-rendu de physiothérapie du 5 juillet 2005, les médecins du [...] mentionnaient que les objectifs de traitement consistaient à stimuler l'éveil / la participation aux transferts, améliorer l'activité musculaire générale, la position assise, le redressement du tronc et l'équilibre, contrôler l'aspiration naso-trachéale et buccale ainsi que stimuler la déglutition. L'assuré a de nouveau été transféré au [...] le même jour en raison d'une embolie pulmonaire. Il est retourné à [...] début juillet 2005. Il a quitté cet établissement en février 2006 pour une fondation de [...]. On peut lire dans la lettre de sortie du 28 mars 2006 de l'Institution de [...] que malgré l'amélioration cognitive, l'assuré présentait des troubles neuropsychologiques importants surtout en ce qui concernait les fonctions exécutives, le calcul, un ralentissement psychomoteur. De plus il restait une sous- estimation de ses troubles, y compris une évaluation non réaliste de ses possibilités de travail pour l'avenir, il existait une certaine euphorie et des difficultés à contrôler ses émotions (rires incontrôlables). Si le patient arrivait à la fin de l'hospitalisation à contrôler ses rires, il restait assez distrait, euphorique et discrètement désinhibé. Les médecins de [...] jugeaient nécessaire un suivi du point de vue de son humeur et de son comportement pour aborder à temps une possible évolution défavorable. Il était encore écrit que vu la persistance des séquelles motrices (troubles de l'équilibre) et surtout des troubles neuropsychologiques décrits, le patient ne pourrait vraisemblablement pas mener une vie totalement autonome à domicile ni intégrer le marché libre du travail.

4. Le 15 juillet 2005, l'inspecteur de l'assurance a dressé un nouveau rapport après avoir rencontré l'amie de l'assuré. Celle-ci lui a parlé d'accident et surtout pas de suicide. Elle l'a décrit comme quelqu'un de très enjoué qui avait de très bons contacts avec tout le monde. Il avait

des fluctuations de moral comme tout le monde. Il allait commencer un certificat de barman et avait trouvé une place de travail à Zurich. Il prenait quelques joints entre amis, mais à son avis l'assuré ne prenait rien d'autre. En ce qui concerne le jour de l'accident, elle a déclaré que deux amis étaient venus voir le Grand prix de formule 1 à son domicile et que l'assuré avait refusé de fumer un joint du fait qu'il devait aller travailler. Les amis sont partis une heure avant l'accident. L'amie de l'assuré a encore dit qu'un voisin l'avait vu assis sur la balustrade appuyé contre le mur cinq à dix minutes avant la chute. L'assuré lui aurait dit qu'il prenait l'air avant d'aller au travail. Le voisin n'aurait pas été étonné de le voir assis sur la balustrade, car il le faisait souvent. L'amie de l'assuré a indiqué à l'inspecteur qu'elle s'asseyait également de cette manière. L'assuré aurait souvent parlé à sa compagne du suicide, car sa soeur aurait fait plusieurs tentatives dans sa jeunesse et il n'arrivait pas à comprendre comment elle avait pu en arriver là. Pour notamment ces raisons, elle ne pouvait imaginer qu'il s'agisse d'un suicide.

Le même inspecteur a rencontré le 24 octobre 2006 l'assuré et son conseil. L'assuré lui a déclaré qu'il pensait être sous l'influence de la drogue (pilules Thaï). Il n'a jamais eu d'idées de suicide et il a rappelé sa religion catholique. De plus, il était heureux dans sa vie. Son travail lui plaisait il avait beaucoup d'amis et était de nature joyeuse. Il n'avait pas de dettes et n'était pas déprimé. S'agissant de sa consommation de drogues, il a déclaré qu'il prenait de la cocaïne, des pilules Thaï (à deux reprises) étant précisé qu'il avait pris la 2^{ème} avant le 3 avril 2005. Selon son souvenir, cette pilule avait eu des effets délirants assez puissants. Par exemple, il s'est souvenu qu'une fois qu'il regardait la télévision, celle-ci a commencé à lui parler et lui a indiqué de prendre l'avion pour aller à Rome, car il allait être nommé comme nouveau pape. Une de ses voisines a pu confirmer ce fait, car l'assuré lui a dit qu'il devait partir à Rome. L'inspecteur a conclu son rapport disant que compte tenu des dires de l'assuré, de son entourage et de son employeur, il n'avait trouvé aucun élément venant étayer la thèse du suicide. L'inspecteur écrivait encore ce qui suit:

"Il [y] a fort à parier que nous nous trouvons en présence d'un accident (avec ou sans influence de drogue). Pour une fois que nous nous trouvons en présence d'une personne qui fait tout ce qu'elle peut pour s'en sortir et il serait bon que la P._____ fasse le nécessaire pour soutenir/aider ce dernier."

5. Après de multiples rappels effectués par la P._____, celle-ci a reçu les résultats des analyses effectuées par l'Institut universitaire de médecine légale sur un échantillon d'urine prélevée le 4 avril 2005 sur l'assuré selon lequel les analyses des échantillons biologiques n'avaient pas mis en évidence la présence d'amphétamines, de cannabis, de cocaïne, de LSD, d'opiacés et de GHB.

Le 24 octobre 2007, la P._____ a demandé à l'Institut universitaire de médecine légale qu'il lui fasse connaître la durée de détection sanguine et de détection urinaire pour le cannabis, les amphétamines, la méthamphétamine (pilule Thaï) et la cocaïne. L'institut a répondu le 5 novembre 2007 que les indications qu'il donnait ne pouvaient être que générales, car la durée et de détection d'une substance dans le sang ou dans l'urine pouvait être très variable d'un individu à l'autre, en fonction notamment de son habitude de consommation du produit. Il était précisé en outre que la dose consommée allait également avoir un effet sur la durée de détection dans les matrices précitées.

En ce qui concerne le cannabis, il était écrit qu'après inhalation d'une dose unique de THC la concentration urinaire maximale était atteinte dans un intervalle de temps de seize heures environ. Ainsi, le THC était détectable dans le sang moins d'un jour après la consommation, les métabolites étant détectables jusqu'à deux jours dans le sang. Dans l'urine la présence de l'indicateur de la consommation de cannabis pouvait être mise en évidence plusieurs jours, voire plusieurs semaines après la consommation de cannabis, en fonction de l'habitude de consommation de ce produit. Quant à l'amphétamine et à la méthamphétamine, elles étaient détectables entre un et deux jours dans le sang et jusqu'à trois à quatre jours dans l'urine en fonction notamment du pH de l'urine. Pour la cocaïne, il est précisé qu'il était possible de mettre en évidence une consommation

de cocaïne dans le sang jusqu'à un à deux jours après la consommation et jusqu'à trois à quatre jours dans l'urine.

6. a) Le 24 mai 2007, le Dr L._____, chirurgien orthopédique, a dressé un rapport à la requête de l'assurance-accidents. Il écrit notamment ce qui suit:

"Nous explique d'emblée qu'il ne voulait pas sauter, qu'il est assuré depuis l'âge de six ans et qu'il en veut à la P. _____ dont il mettrait volontiers le patron en plein désert... Explique cette position par le fait que l'assurance rechigne à lui verser les indemnités.

Se trouve dans une situation difficile financièrement, avec seule l'aide de l'assistance sociale et de sa soeur.

Lors de l'accident, il pense avoir eu un malaise, ne s'est pas suicidé; « jamais de la vie ».

[Le médecin a posé les diagnostics suivants :]

1. Fracture de C1 et C6 consolidées en position anatomique.
2. Fracture ouverte du fémur D consolidée avec raccourcissement de 1.5 cm.
3. Fracture du crâne avec hématome sous dural entraînant une souffrance cérébrale avec séquelles sous forme de troubles de l'équilibre et d'ordre neuropsychologique.
4. Drainage ventriculo-péritonéal en place.
5. Paralysie faciale droite partielle.
6. Status post trachéotomie et stomie abdominale."

La causalité naturelle avec l'accident du 3 avril 2005 est certaine. Il n'y avait pas d'indices pour d'autres pathologies ou suites d'accidents ayant une influence sur l'état de santé de l'assuré. Il n'y avait pas de sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré sur le plan orthopédique à attendre de la continuation du traitement médical. Il n'y avait pas d'incapacité sur le plan orthopédique, mais le médecin soulignait la nécessité d'une expertise neurologique et neuropsychologique.

ba) Le 20 septembre 2007, le Dr N._____, psychiatre, a établi un rapport à l'intention de l'assurance-accidents. Il est écrit que les circonstances de l'accident restaient peu claires, mais qu'elles se situaient dans un contexte de consommation de drogue (cocaïne, ecstasy, pilules thaï déjà bien avant l'accident). Selon le témoignage de la soeur, l'expertisé lui a téléphoné deux jours auparavant en tenant un discours complètement confus, voir halluciné, avec des voix qui lui auraient dit de

sauter par la fenêtre. L'expertisé n'aurait jamais eu l'idée de suicide auparavant, ce que confirme sa soeur qui le décrit comme de caractère gai et joyeux.

En ce qui concerne les plaintes, il est dit que l'assuré avait très peu d'amis ce que confirmait sa soeur en dehors de quelques rencontres de bistrot. L'assuré reconnaissait avoir consommé de la cocaïne et de l'ecstasy depuis l'âge de 24 ans ainsi que quelques pilules Thaï. Bien que ses souvenirs soient confus, il pouvait évoquer ses idées bizarres ayant précédé l'accident comme le projet d'aller rencontrer le pape à Rome. Il ne se souvenait pas avoir présenté de tels épisodes délirants ou confus auparavant. A noter que la cocaïne ainsi que les pilules Thaï sont connues pour provoquer des bouffées psychotiques.

Le psychiatre a posé les diagnostics suivants:

"- Symptomatologie dysexécutive concernant le fonctionnement cognitif et les interactions sociales sur sévère traumatisme crânio-cérébral du 3 avril 2005.

- Troubles de la personnalité et du comportement, de type frontal, liés au traumatisme crânio-cérébral."

Il était aussi dit que l'assuré ne présentait pas de trouble psychique particulier avant l'accident en dehors d'une consommation épisodique de cocaïne et d'ecstasy qui cependant à l'époque ne l'empêchait pas de poursuivre son activité de barman.

Et le médecin de répondre à la question suivante:

"6. Quand les troubles psychiques sont-ils apparus pour la première fois?

a) Avant l'accident?

Dans les jours précédents l'accident, sur la base des souvenirs de l'expertisé, bien que partiellement confus et peut-être reconstruits, ainsi que selon le témoignage de sa soeur, l'expertisé aurait présenté des épisodes confusionnels et délirants (projet d'aller visiter le pape à Rome, voix qui lui ordonnait de sauter par la fenêtre) très vraisemblablement liés à la consommation de drogues (cocaïne ou pilule thaï, substances connues pour pouvoir provoquer des bouffées psychotiques)."

Selon le Dr N._____, la possibilité ultérieure d'un retour au status quo ante pouvait être considérée comme très faible. Une reprise de l'activité comme barman n'était pas envisageable. Une reprise d'activité

professionnelle avec capacité de gain était fortement compromise dans toute autre activité. Il y avait peu d'espoir d'attendre une amélioration notable de nouvelles mesures de réadaptation. L'état de santé de l'expertisé n'était pas compatible avec une reprise d'activité rémunératrice impliquant une tolérance aux contraintes, des capacités d'attention, une tolérance à la frustration, la capacité de tenir compte des besoins d'autrui. En outre, l'expertisé ne nécessitait pas l'aide d'autrui de façon permanente pour se vêtir, se lever ou s'asseoir, manger, faire sa toilette, aller aux toilettes ou se déplacer. Toutefois, pour ce dernier point, en raison de troubles de l'orientation dans l'espace, l'expertisé devait être accompagné lorsqu'il se rendait dans un lieu nouveau pour lui. Une aide indirecte sous forme de surveillance et d'encadrement restait nécessaire pour l'organisation et la gestion de la vie quotidienne. L'aide directe était nécessaire pour la gestion du budget, la confection des repas et les obligations administratives.

Selon un rapport d'une psychologue joint à l'expertise en question, le handicap était encore massif malgré les importantes améliorations depuis la sortie du [...] puis de l'Institution de [...], la bonne volonté du patient et l'encadrement optimal actuel.

bb) Le 3 octobre 2007, répondant à des questions complémentaires de la P. _____, le Dr N. _____ a écrit ce qui suit:

"En préambule je remercie de m'avoir fait part des résultats de la recherche systématique de toxiques médicamenteux et de stupéfiants dans les échantillons biologiques, effectuée par l'Institut universitaire de médecine légale à [...], et dont je n'avais pas connaissance.

Dans les échantillons biologiques du 4 avril 2005, les résultats sont négatifs pour les amphétamines, cannabis, cocaïne, LSD, opiacés et alcool.

1. M. D. _____, au moment de l'acte du 3.4. 2005:

a. Était-il privé de toute possibilité de se déterminer et de se comporter raisonnablement?

Le premier aspect à prendre en compte dans le cas qui nous occupe concerne l'influence éventuelle d'une substance toxique sur le comportement de l'intéressé, étant donné qu'il est avéré qu'il était consommateur de cocaïne et à deux reprises avant l'accident de pilules Thai (Amphétamines, amphétamines-like).

Le témoignage de l'intéressé concernant le moment de l'accident n'est pas fiable en raison de l'amnésie pré et post - traumatique due au TCC.

Les résultats négatifs de la recherche des substances désignées ci-dessus rendent très peu probable la présence d'une intoxication aiguë aux amphétamines au moment même de l'accident. Par contre sa soeur témoigne de deux épisodes hallucinatoires et délirants: Un mois avant l'accident, après avoir consommé une pilule Thai, il croit voir son frère à la télévision (fausse reconnaissance) et lui téléphone en Italie pour le lui dire, à la surprise de ce dernier. Le vendredi avant l'accident, aussi après prise d'amphétamines, il croit voir le Pape à la télévision qui lui ordonnerait de sauter par la fenêtre et en parle à sa soeur. Celle-ci, inquiète, lui retéléphone le lendemain pour lui reparler de ces hallucinations, ce qui irrite M. D. _____ qui n'en avait plus le souvenir.

Ces 2 épisodes évoquent fortement une intoxication aiguë aux amphétamines. Il faut savoir en outre que cette substance peut provoquer un trouble psychotique induit qui peut durer plusieurs jours après sa consommation et cela même après des prises de faible importance. Une amnésie peut suivre de tels troubles psychotiques. La littérature spécialisée signale même des psychoses induites persistant pendant plusieurs années.

Dans le cas qui nous occupe, il est donc hautement vraisemblable que l'intéressé était privé de ses possibilités de se déterminer et de se comporter raisonnablement. Rappelons que l'intéressé avait été vu assis sur la rambarde de son balcon par une voisine qui, inquiète, avait alerté la Police qui est arrivée quasi simultanément à la chute.

a. Était-il totalement incapable de discernement?

L'expertisé présentait de façon hautement vraisemblable un trouble psychotique induit par les Amphétamines-like (pilules Thai), qui le mettait en incapacité de discernement.

b. Souffrait-il d'un grave trouble de la conscience?

Les troubles psychotiques induits peuvent être accompagnés d'une altération de la conscience avec état confusionnel, ce qui paraît hautement vraisemblable dans ce cas.

d. Souffrait-il d'une maladie mentale ou psychique? Si oui, quels étaient les symptômes psychopathologiques?

L'anamnèse et l'examen clinique ne parlent pas en faveur de la présence d'une maladie psychique ou mentale avant l'accident, en dehors d'un usage nocif pour la santé de cocaïne et de pilules Thai. Il ne souffrait pas de troubles psychotiques antérieurement ni de troubles dépressifs, ni d'idéation suicidaire.

e. Souffrait-il d'une faiblesse d'esprit?

Non.

2. Les motifs qui ont conduit l'expertisé à sauter du balcon ou à tout le moins s'asseoir sur la rambarde du balcon situé au 4^{ème} étage, les

jambes dans le vide, sont en relation hautement vraisemblable avec les réponses ci-dessus.

3. L'assuré ne présentait pas d'état dépressif avant et au moment des faits.

4. Le cas ne peut pas encore être considéré comme définitivement stabilisé étant donné que nous ne sommes pas encore dans le délai de 5 à 6 ans recommandé par la SUVA. Cependant une récupération d'une capacité de gain paraît fort peu probable, comme cela a pu être observé dans son récent séjour à la SUVA à Sion, en raison surtout de son anosognosie et de ses troubles relationnels et affectifs."

7. L'assuré a effectué un séjour à la clinique romande de réadaptation (CRR) à Sion en septembre 2007. Les médecins de cet établissement ont conclu que la sévérité des troubles cognitifs, principalement les troubles exécutifs, est un frein à toute insertion dans un milieu professionnel et qu'ils constituaient à eux seuls une incapacité totale de travail dans toute activité, dans un milieu non protégé.

L'incapacité de travail était de 100% à long terme.

8. Le 22 février 2008, à la requête de l'assurance-accidents, le Dr Q._____, neurologue, a établi une expertise qui a notamment la teneur suivante:

"A son admission au [...], au vu des circonstances de la chute, un bilan sanguin et urinaire sera pratiqué pour les amphétamines, le cannabis, la cocaïne, le LSD, les opiacés, le GHB et l'éthanol. L'ensemble des échantillons précités s'avérera négatif.

[...]

Rappelons que le bilan sanguin et urinaire pratiqué lors de l'admission au [...] après la chute n'a pas démontré de prise de drogue ou d'alcool. Néanmoins, le Dr N._____ a relevé que l'étude de la littérature montrait que l'utilisation notamment d'amphétamines pouvait conduire à des états psychotiques même à moyen et long terme.

[...]

En ce qui concerne la capacité de travail, sans prendre en compte l'aspect comportemental et neuropsychologique des atteintes faisant suite à l'événement du 3.4.2005, les troubles neurologiques présentés encore actuellement par M. D._____ représentent une incapacité de travail dans l'activité de barman ainsi que dans toute activité nécessitant des déplacements relativement importants, un engagement physique relativement lourd ainsi qu'une activité bimanuelle fine (sujet gaucher avec une atteinte pyramidale et cérébelleuse prédominant à droite). Dans une activité plus simple se faisant essentiellement en position assise, ne nécessitant pas une dextérité manuelle importante, la capacité de travail de M.

D._____ pourrait théoriquement atteindre 50% (plein temps avec un rendement de 50 %).

Il s'agit là d'une appréciation tout à fait médico-théorique, l'importance des troubles neuropsychologiques et comportementaux objectivés aux différents bilans neuropsychologiques pratiqués préalablement (difficultés retrouvées lors du présent examen) n'autorisant effectivement pas la reprise d'une activité professionnelle même adaptée et partielle. Le mieux qu'on puisse envisager effectivement (ce qui paraît également très important pour l'évolution psychique du sujet) est de trouver rapidement à M. D._____ une activité fortement encadrée dans un milieu protégé.

Par ailleurs, tout comme les observateurs préalables, je pense qu'il faut rapidement agir dans le but d'aider la soeur du patient qui est fortement mise à contribution dans la gestion de l'activité quotidienne de M. D._____ qui, effectivement, s'il ne présente pas d'impotence au sens strict du terme, présente une incapacité à gérer son ménage et ses affaires administratives.

En ce qui concerne la perte à l'intégrité, sans prendre en compte les éléments neuropsychologiques et psychiatriques qui ont déjà été appréciés par le Dr N._____, on peut retenir une perte à l'intégrité de 20 % sur le plan strictement neurologique en relation avec l'atteinte pyramidale et cérébelleuse, l'atteinte motrice faciale à droite, les troubles de l'audition et la dysarthrie."

Le Dr Q._____ conclut que les troubles neurologiques présents étaient en relation de causalité certaine avec l'événement du 3 avril 2005, que sur le plan strictement neurologique il n'y avait pas de traitement médical susceptible d'entraîner une amélioration significative de l'état de santé de l'assuré ou contribuer au maintien de cet état de santé et qu'une incapacité de travail totale existait.

9. Le 4 juin 2008, la P._____ a rendu un projet de décision qui a notamment la teneur suivante:

"Par déclaration du 04.04.2005, l'ancien employeur de votre mandant, la société [...] Sàrl, nous a déclaré l'événement survenu le 03.04.2005 vers 15h35. La description de l'accident n'a pas été complétée.

Le rapport de police de la Ville de [...], établi le 04.04.2005, précise que la police a été requise à l'Avenue [...] 3, par Mme [...], en raison d'un individu assis au 4^{ème} étage sur la rambarde d'un balcon, les jambes dans le vide. Après interrogation par les policiers, Mme [...] a indiqué que l'individu en question était tout d'abord debout sur son balcon, puis qu'il s'était assis sur la rambarde, les jambes dans le vide.

En se dirigeant au numéro 3 de l'Avenue [...], les agents de police entendirent l'impact du corps d'un homme, identifié par la suite comme étant M. D._____.

Les agents de police concluent leur rapport ainsi « De nos investigations, il est ressorti que M. D._____ se serait volontairement défenestré depuis son studio, sis au 4^{ème} étage, à 12,70 mètres du sol. Mme K._____ [...] nous a déclaré que depuis quelques temps, son compagnon passait des journées entières enfermés chez lui et qu'il se refermait sur lui-même. Mme K._____ a ajouté également qu'elle le soupçonnait de s'adonner à la consommation de produits stupéfiants.

Un examen toxicologique a été réalisé par l'Institut universitaire de médecine légale (IUML). Un dosage de l'alcool éthylique a été réalisé, en date du 04.04.2005 (prélèvement du 03.04.2005 à 17 h 15). Le résultat de l'analyse ne permet de déceler que des traces (moins de 0.1 gramme pour mille). L'IUML a également procédé à un examen d'urine, à la demande du [...]. Les analyses portant sur la recherche de la consommation de différentes substances (amphétamines, cannabis, cocaïne, LSD, opiacés, GHB et alcool éthylique) ont toutes été négatives.

Concernant la durée de détection des différentes substances, le Dr U._____ de l'IUML indique dans son courrier du 05.11.2007, que la durée de détection peut varier d'un individu à l'autre, en fonction par exemple de l'habitude de consommation du produit.

Le Dr. U._____ précise que les métabolites de la substance active du cannabis (delta-9 - tétrahydrocannabinol - THC) sont détectables jusqu'à deux jours dans le sang et peuvent être mises en évidence dans l'urine plusieurs jours voire plusieurs semaines après la consommation de cannabis en fonction de l'habitude de consommation du produit.

L'amphétamine et la méthamphétamine sont détectables entre un et deux jours dans le sang et jusqu'à trois à quatre jours dans l'urine, en fonction notamment du pH de l'urine. Quant à la cocaïne, il est possible de mettre en évidence sa consommation dans le sang jusqu'à un à deux jours après la prise et jusqu'à trois à quatre jours dans l'urine.

Il ne ressort pas de l'enquête de police qu'une lettre d'explication ou d'adieu n'a été retrouvée dans l'appartement de M. D._____.

L'ordonnance rendue par le juge d'instruction de l'arrondissement du [...], en date du 13.10.2005, a conclu que votre mandant s'est défenestré depuis son studio, que tout porte à croire qu'il a délibérément tenté de mettre fin à ses jours et que l'intervention d'une tierce personne paraît exclue. Le juge d'instruction retient également les propos tenus à la police par Mme K._____, amie de votre mandant, en particulier le fait qu'il passait depuis quelque temps des journées entières enfermés chez lui et se repliait sur lui-même.

Notre inspecteur de sinistres, M. [...], a procédé à quelques recherches complémentaires. Ses investigations ont permis de combler certaines lacunes de l'enquête policière.

De ses entretiens avec Mlle K. _____ et Mlle [...], soeur de notre assuré, il semblerait que ces dernières ne peuvent imaginer que M. D. _____ ait intenté à sa vie. Quant aux employeurs de M. D. _____, ils ne lui connaissent pas d'ennemis et n'ont pas constaté de baisse de régime, de congé maladie ou de trouble du comportement avant l'accident.

Toutefois, les déclarations de Mlle K. _____ à notre inspecteur de sinistres diffèrent grandement de ses déclarations de la première heure tenues aux policiers [...]. Il n'est plus fait mention de son état de prostration. Nous ne tiendrons compte, dans notre appréciation, que des propos tenus par Mlle K. _____ dans les heures qui ont suivi le drame et fournis à la police.

De l'entretien du 24.10.2006 que M. [...] a eu avec M. D. _____, en votre présence, notre assuré pense qu'il était sous l'influence de la drogue (pilules thaïes) lors de l'événement du 03.04.2005. Il a également précisé qu'il a essayé divers produits stupéfiants à plusieurs reprises. Il n'a pas pu expliquer son geste, ni indiquer précisément le déroulement des faits du 03.04.2005.

Selon l'art. 6 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20], 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 LPGGA [loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1]).

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, du 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 [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, 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.

L'entrée en vigueur de la LPGGA, le 01.01.2003, 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 LPGGA.

Selon la jurisprudence, celui qui prétend 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 au sens de l'art. 16 CC [Code civil suisse du 10 décembre 1907, RS 210] (arrêt A. du 19.06.1998 [U 182/96], in SVZ/RSA 66/2000 p. 201; RAMA 1996 no U 247 p. 171 consid. 2a, 1988 no U 55 p. 362 consid. 1b). 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.

Il convient d'abord d'examiner si l'atteinte à la santé de notre assuré est due à un accident ou à une tentative de suicide.

Il ressort de l'enquête de police et de l'ordonnance du juge d'instruction que M. D. _____ n'a pas été victime d'un acte criminel d'une tierce personne, mais qu'il s'est défenestré depuis son studio et que tout porte à croire qu'il a délibérément tenté de mettre fin à ses jours.

Selon le juge d'instruction, que les constatations de la police permettent d'établir que les lésions consécutives à la chute résultent d'une atteinte volontaire.

Il y a également lieu de prendre en compte les éléments soulevés par notre inspecteur de sinistres lors de son enquête sérieuse et complète. De son entretien avec les employeurs de M. D. _____, il apparaît que ceux-ci n'ont pas constaté de baisse de régime, de congé maladie ou de trouble du comportement avant l'accident. Ils décrivent leur employé comme une personne très joviale, volontaire, qui a beaucoup d'amis. En arrivant à leur service, il ne parlait que le suisse allemand. En quatre ans, il maîtrisait parfaitement le français. Il a débuté auprès de leur société comme plongeur, puis est passé au pass et enfin au bar. Les rapports avec ses collègues et supérieurs sont décrits comme excellents. Il en est de même avec les clients.

Mlle K. _____, compagne de M. D. _____ depuis 2003, le décrit également comme une personne très enjouée, avec de très bons contacts avec tout le monde. Selon elle, M. D. _____ allait commencer un certificat de barman. Pour ce faire, il s'était trouvé une place de travail à Zurich et devait débiter les cours en été 2005. Elle ne peut croire que son ami ait intenté à sa vie.

Nous devons nuancer ses propos. En effet, lors de son audition par la police, elle a précisé que M. D. _____ « passait des journées entières enfermé chez lui et qu'il se renfermait sur lui-même » (rapport de police de la Police municipale de [...] du 04.04.2005, page 2). Il y a donc une contradiction importante entre la notion « très enjouée » et son témoignage recueilli par les policiers peu de temps après l'événement qui nous occupe.

Quant à Mlle [...], soeur de notre assuré, elle le décrit, elle aussi, comme quelqu'un de positif, de très joyeux, toujours de bonne

humeur. Elle n'a pas constaté de changement de l'humeur de son frère, lors de leurs conversations téléphoniques d'avant l'événement du 03.04.2005. Elle précise encore que son frère ne comprenait pas les gens qui se suicidaient.

Là également, nous relevons une contradiction. Elle a pourtant témoigné de deux épisodes hallucinatoires et délirants, dont un s'est déroulé deux jours avant l'événement accidentel (cf. rapport d'expertise du Dr N. _____ du 03.10.2007, page 1 et 2). Il y a donc bien eu un changement de l'humeur de son frère. Ou alors, les épisodes hallucinatoires et délirants étaient fréquents chez lui et il a été victime de plus de deux épisodes.

Il sied encore de relever qu'à ce sujet notre inspecteur de sinistres suspectait que des éléments lui étaient cachés par Mlle [...] et Mlle K. _____, comme il le précise dans son rapport du 15.07.2005 (« je me suis entretenu qu'une heure avec chacune et j'ai bien senti qu'elles n'osaient pas tout me dire, car cela touche l'intimité »).

S'agissant du rapport d'expertise psychiatrique, rédigé par le Dr. D. N. _____, nous devons constater que ce dernier s'est basé uniquement sur les dires de la soeur de l'expertisé, pour ce qui a trait à son état antérieur ou à la description de l'événement survenu plus de deux ans avant l'expertise. Le rapport repose donc sur la seule déclaration (contradictoire) de la soeur de M. D. _____.

Concernant les idées suicidaires, l'expert utilise le conditionnel à juste titre (« l'expertisé n'aurait jamais eu d'idée de suicide auparavant »). L'indication fournie par la soeur que M. D. _____ était de caractère gai et joyeux ne correspond pas à ce que décrivait Mlle K. _____ à la police. A rappeler que Mlle K. _____ était la compagne de M. D. _____ depuis deux ans.

Le rapport complémentaire du Dr. D. N. _____ évoque que les amphétamines peuvent provoquer un trouble psychotique induit qui peut durer plusieurs jours après sa consommation et cela même après des prises de faible importance. Quelques lignes avant, il précisait que les « résultats négatifs de la recherche des substances désignées ci-dessus rendent très peu probable la présence d'une intoxication aiguë aux amphétamines au moment même de l'accident. » Le Dr N. _____ passe d'une simple possibilité à une quasi-certitude sans étayer plus avant son appréciation.

Le Dr. U. _____, de l'IUML, a précisé dans son écrit du 05.11.2007 la durée de détection de différentes substances. Il mentionne que la durée de détection peut varier d'un individu à l'autre, en fonction par exemple de l'habitude de consommation du produit. Ainsi, une consommation de drogue régulière et importante sera détectée sur une période plus longue qu'une consommation occasionnelle.

La consommation de cannabis est détectable jusqu'à deux jours dans le sang voire plusieurs jours ou plusieurs semaines dans l'urine. Pour l'amphétamine et la méthamphétamine, les substances sont décelables entre un et deux jours dans le sang et jusqu'à trois ou quatre jours dans l'urine. Il en est de même pour la cocaïne. Nous rappelons que les résultats des analyses de sang et d'urine ont toutes été négatives pour les substances suivantes amphétamines,

cannabis, cocaïne, LSD, opiacés. Une intoxication semble tout au plus possible.

Au vu de ce qui précède, l'ensemble des éléments au dossier exclut toute autre conclusion qu'une atteinte volontaire. Conformément à l'art. 37 al. 1 LAA, aucune prestation d'assurance n'est allouée.

Demeure réservé d'éventuel autre motif de non prise en charge du cas."

Le 23 juin 2008, la P. _____ a établi une décision reprenant le projet précédent. Cette décision a fait l'objet d'une opposition tant de l'assuré que de l'assurance-maladie.

Le 1^{er} décembre 2008, la P. _____ a rendu une décision sur opposition rejetant tant celle de l'assuré que celle de l'assurance-maladie.

Le 13 janvier 2009, l'assuré a recouru contre cette décision sur opposition. Tel a également été le cas, le 19 janvier 2009, de l'assurance maladie de l'assuré, A. _____. Les deux recourants ont conclu à ce que la P. _____ (ci-après: P. _____ ou l'intimée) soit tenue de prendre en charge les suites de l'événement du 3 avril 2005.

Par réponse du 16 février 2009, l'intimée a conclu au rejet.

Dans sa duplique du 8 juin 2009, l'intimée a notamment requis l'expertise du recourant par un psychiatre spécialisé en toxicologie.

En cours de procédure, le recourant a produit une lettre du Dr M. _____, médecin psychiatre à [...], qui confirme pour l'essentiel les explications du Dr N. _____. Il explique en outre que des troubles psychiques ayant existé précédemment peuvent avoir été cachés par l'usage de la substance et apparaître avec un effet retard au moment où les effets de la substance ou de l'alcool diminuent. Il est tout à fait possible que l'assuré ait été sous l'influence d'un trouble psychotique induit par une substance avec apparition tardive ou que par la consommation de telles substances stimulantes, un syndrome psychotique latent ait été revivifié. Selon l'expérience du médecin, il est tout à fait

possible que des manifestations psychotiques apparaissent bien que l'on ne trouve plus de substances nuisibles dans le sang ou l'urine.

10. Lors d'une audience du 14 avril 2010, plusieurs témoins ont été entendus:

a) R. _____ habitait en face de l'immeuble du recourant. Elle a vu celui-ci assis sur le rebord du balcon, les jambes dans le vide. Ce comportement lui a paru bizarre. Elle déclare avoir toujours pensé à un suicide, mais maintenant elle a des doutes. Elle est rentrée à l'intérieur de son appartement de peur de voir une chute. Quand la voiture de police est arrivée, il n'y avait plus personne sur le balcon ni aucun corps encore au sol. Ce n'est que lorsque les policiers sont partis de chez elle qu'elle a entendu un bruit et que les policiers lui ont dit avoir vu une personne tomber.

b) Le sergent B. _____ est intervenu sur les lieux. Il déclare avoir été appelé d'urgence puisqu'une personne était assise sur la rambarde d'un balcon. Arrivés sur les lieux, les policiers n'ont vu personne ni sur la façade de l'immeuble ni au sol. Ils sont alors montés chez leur informatrice et c'est en redescendant de chez elle, alors qu'ils arrivaient près de leur voiture, qu'ils ont vu une personne s'écraser au sol. Le recourant est tombé sur la route. En tombant, il s'est emmêlé dans les câbles qui soutiennent les lampadaires. Le policier est d'avis que même sans donner d'impulsion, une personne tomberait sur la route. Sur interpellation du conseil du recourant, le policier a précisé que dans un tel cas, l'important était d'exclure l'intervention d'une tierce personne.

c) La soeur du recourant a déclaré qu'elle était très proche depuis toujours de son frère qui avant les événements d'avril 2005, n'avait jamais souffert de troubles psychiatriques. Le vendredi soir précédant l'événement, très tard dans la soirée, son frère lui a téléphoné et lui a demandé si elle avait vu que le pape était mort. Elle l'a contredit en lui disant qu'il était très malade. Son frère lui a redit que le pape était mort et qu'il lui avait parlé. Il lui a notamment dit de sauter par la fenêtre. L'assuré

parlait alors naturellement. La soeur de l'assuré a essayé d'atteindre l'amie de celui-ci, mais sans succès. Le lendemain après-midi, la soeur de l'assuré a téléphoné à celui-ci à son travail et lui a demandé ce qu'il avait consommé. Il lui a dit: "rien de spécial, une petite pilule." Il lui a répété que le pape lui avait parlé. La soeur de l'assuré a encore déclaré qu'elle savait que celui-ci consommait de la drogue.

E._____ a expliqué qu'elle avait eu l'occasion de parler avec son frère du suicide puisque lorsqu'elle était adolescente, elle avait fait deux tentatives. Elle avait compris lors de ces discussions que son frère était opposé au suicide. Elle a encore déclaré que son frère aimait la vie, qu'il était très content de son travail, qu'il venait de suivre un cours et envisageait de suivre une formation complémentaire de barman. A l'époque, sa relation sentimentale avec son amie était bonne.

E._____ a aussi expliqué qu'environ un mois avant les événements, le recourant avait appelé leur frère qui vit à Genève et lui avait dit qu'il le voyait à la télévision. Comme le recourant est un blagueur, son frère a cru qu'il plaisantait. Il ignorait que le recourant consommait de la drogue. En revanche, l'amie de l'assuré qui assistait au téléphone s'est rendu compte qu'il ne s'agissait pas d'une blague, mais d'une hallucination. Elle a appelé E._____ pour en parler.

Dans les jours ou les semaines qui ont précédé l'accident, la soeur de l'assuré ne reconnaissait pas celui-ci au téléphone. Il lui paraissait plus distant et mis cette attitude sur le compte de la consommation de stupéfiants. Avant l'accident, elle ignorait que son frère et son amie s'asseyaient sur la rambarde du balcon. Elle trouve stupide de s'asseoir à cet endroit.

E._____ a précisé que c'était son frère qui avait rompu sa relation sentimentale lorsqu'il est sorti du coma. Elle a aussi indiqué que tout de suite après l'accident, alors qu'elle logeait chez son frère, elle a croisé des voisins qui lui ont dit que son frère n'arrêtait pas de parler du pape disant même qu'il était le nouveau pape. Cette famille a trouvé ces réflexions excentriques.

En ce qui concerne ses déclarations à l'inspecteur de l'intimée, E._____ a exposé qu'elle lui avait dit la même chose que ce qu'elle venait de déclarer à l'exception de la consommation de drogue qui à ses

yeux ne le regardait pas. A cet égard, elle précise que sa propre famille ignorait cette consommation expliquant que pour ses parents, il était très honteux de consommer de la drogue. Elle a aussi dit que son autre frère plus âgé d'une année que le recourant n'était pas non plus au courant. Pour elle, les hallucinations relevaient aussi de la sphère privée. Les seules personnes avec qui elle a évoqué ces problèmes sont les médecins. Ceux-ci, selon les dires d'E._____, ont dû sevrer le recourant. Ce sevrage a eu lieu durant le coma de celui-ci qui a duré cinq mois.

d) K._____, ex-amie du recourant, a exposé qu'elle connaissait le recourant depuis environ deux ans et demi. Petit à petit, le comportement de l'assuré s'est modifié en ce sens qu'il est devenu plus agressif. K._____ savait que son ami consommait des stupéfiants au début de manière occasionnelle puis pense-t-elle puisqu'elle n'était pas toujours avec lui, quotidiennement. Environ un mois avant l'événement, alors que les deux regardaient la télévision, son ami a téléphoné à son frère pour lui dire qu'il le voyait à la télévision. Pour elle, il ne plaisantait pas mais elle ne s'est pas inquiétée outre mesure, le recourant lui paraissant tout à fait normal. Il lui a aussi dit qu'il avait vu un virus manger l'écran de son ordinateur.

Environ un mois avant les événements, le recourant est devenu plus passif dans son attitude en ce sens qu'il ne sortait plus de chez lui sauf pour son travail.

Compte tenu de l'attitude agressive du recourant, une semaine avant la chute de celui-ci, K._____ a pris l'initiative de couper les ponts pour voir s'il changeait d'attitude. Pour elle, l'idée lui est venue de franchir la rambarde, mais la seule explication qu'elle voit à ce comportement est la consommation de stupéfiants. Elle ne voit aucune autre raison à ce geste, le recourant étant quelqu'un de très joyeux qui adorait la vie. Elle confirme qu'il leur arrivait de s'asseoir sur la barrière du balcon parfois les jambes dans le vide. Le recourant n'a jamais évoqué avec elle l'idée d'un suicide. Il ne lui a jamais dit qu'il était las de vivre. Elle a été étonnée que l'on évoque un suicide, mais comme il prenait des drogues hallucinogènes, elle s'est dit que c'était quelque chose qui avait pu lui passer par la tête comme il n'était pas dans son état normal. Selon elle, la famille du

recourant à l'exception de sa soeur ne savait pas que celui-ci se droguait ou au moins ne voulait pas le savoir.

Le recourant était très satisfait de son travail. Elle a toutefois ajouté qu'il n'avait en réalité pas de relations amicales. En ce qui concerne ses déclarations à l'inspecteur de l'intimée, le témoin a expliqué que si elle n'avait pas parlé d'autres drogues que quelques joints, c'était parce que cela ne regardait pas l'employé de l'intimée. En ce qui concerne le déroulement de la journée du 3 avril, le témoin a déclaré qu'elle n'avait pu dire que ce que l'on lui en avait raconté. Elle a confirmé que le recourant consommait aussi des pilules Thaï. Elle a enfin indiqué qu'elle n'avait jamais vu d'autres personnes que le recourant ou elle s'asseoir sur la rambarde.

e) T. _____, inspecteur de sinistres chez l'intimée, a déclaré avoir rencontré le recourant à une reprise avec son conseil. Il était impressionné par le dynamisme de l'assuré qui avait plein de projets. Pour affirmer dans son rapport du 26 octobre 2006 n'avoir aucun élément qui étayerait la thèse du suicide, le témoin s'est fondé sur les contacts qu'il avait eus avec l'employeur, la sœur et l'amie du recourant ainsi que sur le dynamisme de celui-ci lorsqu'il l'a rencontré. Le témoin a confirmé que ni la soeur du recourant ni le patron de celui-ci n'ont parlé de drogue. Seule l'amie a évoqué quelques joints. Seul le recourant a parlé de pilules Thaï.

E n d r o i t :

1. Formé dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]), compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de Noël (art. 38 al. 4 let. c LPGA); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

2. a) En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20) 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 LPGGA).

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 [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]).

L'entrée en vigueur de la LPGGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas entraîné de modification des art. 37 al. 1 LAA et 48 OLAA. Ces dispositions continuent dès lors à s'appliquer en cas de suicide ou de tentative de suicide, à l'exclusion de l'art. 21 al. 1 LPGGA (TFA U 432/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2 et la référence).

b) Selon la jurisprudence, le suicide en tant que 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 (Code civil suisse du 10 décembre 1907, 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 115 V 151 consid. 2b, publié dans RAMA 1989 n° U 84 p. 448; ATF 113 V 61 consid. 2; RAMA 1990 n° U 96 p. 182 consid. 2). 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 (TFA U 25/2005 du 21 février 2006, consid. 2 et les références; Kind, Suizid oder « Unfall », Die psychiatrischen Voraussetzungen für die Anwendung von Art. 48 UVV, RSA 1993 p. 291).

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, 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 cependant 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 261 consid. 3b et la référence; TFA U 379/2006 du 19 octobre 2006, consid. 2 et les références).

c) Lorsqu'il y a doute sur le point de savoir si la mort est due à un accident ou à un suicide, il convient de se fonder sur la force de l'instinct de conservation de l'être humain et de 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 se soit 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 (TFA U 328/2002 du 9 décembre 2003, consid. 3.1 et les références; Bühler, Der Unfallbegriff, in Haftpflicht- und Versicherungsrechtstagung 1995, St-Gall, Verlag Institut für Versicherungswirtschaft der Universität St. Gallen, p. 223).

d) 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.

3. En l'occurrence, le recourant fait valoir qu'il n'a pas voulu se suicider, mais qu'il était sous l'emprise de produits stupéfiants et en incapacité au sens de l'art. 16 CC ou qu'il a été victime d'un accident. L'assurance-maladie fait valoir les mêmes arguments et conteste que la chute du recourant était intentionnelle.

Pour étayer la thèse du suicide, l'intimée se fonde principalement sur le rapport de police et l'ordonnance rendue par le juge d'instruction au terme de l'enquête pénale menée. Avec les recourants, on

doit admettre que ces indices sont bien minces. Comme le soulignent les recourants le but de l'enquête est en effet d'exclure l'intervention d'un tiers mais non de se prononcer définitivement sur les causes d'une chute comme celle du recourant. Pour la justice pénale, il est évident qu'il importe peu que l'on soit en présence d'une chute ou d'un accident. De même, on ne peut rien conclure du rapport du [...] selon lequel on était en présence d'une probable défenestration. Ce rapport est en fait le protocole opératoire de l'opération du fémur pratiquée le soir même de la chute du recourant. Il ne repose sur aucun fait concret si ce n'est que le recourant avait chuté du quatrième étage. Les circonstances de cette chute devaient être totalement inconnues du médecin auteur du rapport. D'ailleurs, d'autres protocoles opératoires ne parlent pas de défenestration, mais simplement de chute.

Les autres documents du [...] qui font état de "probable tentamen" doivent aussi être appréciés avec prudence puisque rédigés sans que le recourant a été entendu.

Il est vrai que les relations entre l'assuré et l'amie de celui-ci n'étaient pas au beau fixe contrairement à ce que l'on peut lire notamment dans le rapport de l'inspecteur de sinistres de l'intimée. En effet, l'amie du recourant a expliqué lors de son audition qu'elle avait coupé les ponts une semaine avant l'événement en raison de l'agressivité de l'assuré. K. _____ a aussi évoqué le fait que l'assuré s'était renfermé depuis quelque temps ce qui est corroboré par la soeur de l'assuré qui a déclaré lors de son audition que dans les jours ou les semaines qui ont précédé l'accident, elle ne reconnaissait pas son frère au téléphone, car il paraissait plus distant.

Ces derniers éléments sont les seuls susceptibles de peut-être faire penser à un suicide mais ils paraissent néanmoins bien ténus. A l'inverse en effet, l'assuré est décrit que ce soit par sa soeur, son amie ou ses patrons comme quelqu'un de très jovial, de joyeux et qui aimait la vie. Il avait des projets professionnels. Il n'a jamais évoqué l'idée de se suicider. Ses patrons ont confirmé qu'il avait d'excellents rapports que ce

soit avec eux-mêmes ou ses collègues. Ils n'ont remarqué aucun signe avant-coureur d'un suicide notamment pas d'absentéisme ou de signes de dépression. Les enquêteurs n'ont trouvé en outre aucune lettre d'adieu. Le psychiatre mandaté par l'intimée a pour sa part indiqué que le recourant n'avait pas présenté de troubles psychiatriques avant l'événement d'avril 2005 hormis la consommation de produits stupéfiants. Au vu de l'ensemble de ces éléments, il n'y a pas de circonstances suffisamment convaincantes allant dans le sens d'un suicide du recourant pour que la présomption en faveur d'un accident s'en trouve renversée (cf. consid. 2c supra). Ce dernier point de vue est en outre partagé par l'inspecteur de sinistres de l'intimée qui bénéficie sans doute d'expérience de ce genre de cas et qui tant dans ses différents rapports que lors de son audition, a affirmé n'avoir trouvé aucun élément qui étayerait la thèse du suicide.

On relève par ailleurs que le déroulement des événements tels qu'ils se sont passés et qu'ils ont été décrits par la voisine du recourant et les policiers intervenus sur les lieux ne parlent pas non plus en faveur d'un suicide. Il est constant que la voisine a vu le recourant assis sur la rambarde du balcon ce qui l'a poussée à appeler la police. Il est aussi constant que lorsque la patrouille est arrivée en urgence sur les lieux, le recourant n'était plus assis à cet endroit puisque les policiers ne l'y ont pas vu. La voisine a d'ailleurs déclaré aux policiers que le recourant était rentré chez lui peu avant leur arrivée. Ce n'est qu'après que le recourant est tombé, soit lorsque les policiers regagnaient leur véhicule. Ce déroulement des faits accrédite la thèse de l'accident en ce sens que l'on peut tout à fait imaginer que l'assuré qui avait pour habitude de s'asseoir sur la rambarde - ce qui n'était certes pas très adéquat -, a pu oublier quelque chose, est rentré chez lui et est venu se réinstaller. Il semblerait d'ailleurs qu'un autre voisin n'ait pas été étonné de voir le recourant assis où il était. Certes, cette affirmation repose sur les dires de K._____. Toutefois, elle n'est plus l'amie du recourant de sorte qu'il n'y a pas de raison de mettre en doute la véracité de son témoignage. C'est aussi elle qui a indiqué que le recourant avait regardé un Grand prix de formule 1 en compagnie de deux amis avant sa chute. Il s'agit donc ici d'un souvenir très précis et c'est également elle qui a dit que le recourant avait refusé

de fumer un joint puisqu'il devait se rendre à son travail. Ces éléments font douter de l'incapacité totale de discernement avancée par les recourants. Il ne s'agit toutefois pas de remettre en cause l'expertise du Dr N._____, notamment son complément du 3 octobre 2007, mais de constater que celui-ci ne disposait d'aucun élément concret pour affirmer que ce jour-là, le recourant s'était comporté de manière telle que l'on puisse admettre une incapacité totale de discernement. Ceci est vrai bien sûr hormis le fait de s'asseoir sur la rambarde du balcon, mais ce geste semblait coutumier au recourant et à son amie d'ailleurs. Pour le surplus et pour autant qu'on le sache, le comportement du recourant ce jour-là a été normal. Il ne s'agit pas ici de contester les affirmations du Dr N._____ selon lesquelles la consommation de produits stupéfiants et notamment des pilules Thaï peut induire des effets psychotiques plusieurs jours après leur consommation et sans ainsi qu'il y ait forcément des traces de stupéfiants dans le sang ou dans l'urine. L'on se fonde sur ce que l'on sait de cette journée du 3 avril 2005 pour constater qu'il n'y a pas eu, au stade de la vraisemblance prépondérante, d'éléments faisant penser à une incapacité totale de discernement chez le recourant. Pour cette raison, la mise en œuvre d'une expertise par un spécialiste en toxicologie telle que le requiert l'intimée s'avérerait inutile.

On retient en définitive que le recourant n'a pas eu la volonté de se suicider, ou tout au moins que la présomption de l'accident n'a pas été renversée, ni qu'il était incapable de discernement.

4. Au vu de ce qui précède, bien-fondés, les recours sont admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision sur opposition rendue le 1^{er} décembre 2008 par la P._____, cette dernière étant tenue de prendre en charge les suites de l'événement du 3 avril 2005. A charge pour la P._____ d'examiner le cas échéant si ses prestations devront être réduites en raison d'une éventuelle négligence grave de la part du recourant.

Aux termes de l'art. 61 let. a LPGA, la procédure cantonale est en principe gratuite pour les parties.

D._____ obtenant gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, il y a lieu, de lui allouer une indemnité de dépens arrêtée à 2'500 francs (art. 61 let. g LPGA; 55 al. 1 LPA-VD [loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008, RSV 173.36]). A contrario, A._____ AG en tant qu'organisation chargée de tâches de droit public n'a pas droit à des dépens (ATF 112 V 44 consid. 3; TF 8C_264/2010 du 7 janvier 2011, consid. 7 et 8C_339/2007 du 6 mai 2008, consid. 4) ce d'autant, qu'elle n'a pas procédé en l'espèce par l'intermédiaire d'un avocat.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Les recours déposés le 13 janvier 2009 par D._____ et le 19 janvier 2009 par A._____ AG sont admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 1^{er} décembre 2008 par la Compagnie d'Assurances P._____ est annulée, la Compagnie d'Assurances P._____ étant tenue de prendre en charge les suites de l'événement du 3 avril 2005.
- III.** L'intimée versera au recourant D._____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens à la recourante A._____ AG.
- V.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Philippe Nordmann (pour D._____),
- A._____ AG,
- Me Didier Elsig (pour la P._____ Assurances),
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :