

David Ionta

Suicide et assurances sociales

En Suisse, le suicide constitue la quatrième cause de mort précoce en termes d'années de vie potentielles perdues, après le cancer, les maladies cardiovasculaires et les accidents. Des actes suicidaires existent dans toutes les classes d'âge, chez les hommes comme chez les femmes et dans toutes les catégories socio-économiques. Face à cette réalité sociétale, comment les principales branches de l'assurance sociale abordent-elles le problème du suicide ?

Catégories d'articles : Contributions

Domaines juridiques : Droit des assurances sociales, Droit de la santé, Euthanasie. Mort

Proposition de citation : David Ionta, Suicide et assurances sociales, in : Jusletter 30 mars 2020

Table des matières

1. Introduction
2. Quelques notions importantes
 - a. Suicide et tentative de suicide
 - b. Tentative de suicide et automutilation
 - c. Accident et maladie
 - d. Champ d'application de la LPGA
 - e. Prestations en nature et prestations en espèces
3. Suicide et LAA
 - a. Généralités
 - b. Evolution de la jurisprudence
 - c. Suicide ou accident ?
 - d. Suicide en l'absence de discernement
 - e. Suicide en tant que conséquence d'un état imputable à un accident assuré
4. Suicide et LAMal
5. Suicide et AI
6. Suicide et AVS
7. Suicide et prévoyance professionnelle obligatoire
8. Suicide et assurance militaire
9. Quid du suicide assisté ?
10. Conclusion

1. Introduction

[1] L'homme est connu pour être un être libre et a aussi la possibilité de mettre fin à sa propre vie, contrairement à l'animal¹.

[2] Le suicide est l'une des causes les plus fréquentes de mort chez les jeunes dans les pays occidentaux². Chaque année, plus de 800'000 personnes se suicident dans le monde, soit une personne toutes les 40 secondes. Les jeunes figurent parmi les plus touchés et le suicide est désormais la deuxième cause de mortalité chez les 15–29 ans à l'échelle mondiale³.

[3] En Suisse, le suicide constitue la quatrième cause de mort précoce en termes d'années de vie potentielles perdues, après le cancer, les maladies cardio-vasculaires et les accidents⁴. Avec la diminution des décès dus aux accidents de la route et de ceux liés au sida, le suicide est devenu la première cause de mortalité chez les hommes âgés de 15 à 44 ans⁵. Des actes suicidaires existent dans toutes les classes d'âge, chez les hommes comme chez les femmes et dans toutes les catégories socio-économiques⁶.

[4] Les taux de suicide sont relevés en Suisse depuis 1876, c'est-à-dire depuis l'introduction de la statistique des causes de décès. Les taux ont atteint des sommets au tournant du XX^e siècle ainsi

¹ HANS KIND, Suizid oder « Unfall », Die psychiatrischen Voraussetzungen für die Anwendung von Art. 48 UVV, RSA 1993, p. 284.

² ALEXANDRE HENZEN et al., Antidépresseurs et suicidalité : état des lieux – A propos d'une série de cas, in : Revue Médicale Suisse, 2013, n° 409, p. 2300, et référence citée.

³ « Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial », Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2014, p. 11

⁴ Observatoire romand des tentatives de suicide, Rapport final de mars 2018, établi par le Groupe romand Prévention Suicide sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique, p. 1 et les références.

⁵ Le suicide et la prévention du suicide en Suisse, Rapport de l'OFSP répondant au postulat Widmer (02.3251), avril 2005 [ci-après, cité « Rapport de l'OFSP répondant au postulat Widmer »], p. 4.

⁶ « La prévention du suicide en Suisse, contexte, mesures à prendre et plan d'action, Rapport sur mandat du Dialogue Politique nationale de la santé », Office fédéral de la santé publique (OFSP), novembre 2016, p. 27.

que dans les années 1930 et 1980, périodes marquées par des crises économiques. Les taux de suicide reflètent donc les variations de la conjoncture à court, moyen et long termes. Pendant les phases de récession, le taux de suicide augmente, pendant les périodes de prospérité, il baisse ; le taux de suicide des hommes est en forte corrélation avec les ventes forcées, les faillites et le chômage – donc avec des variables qui révèlent des crises économiques⁷.

[5] Le rapport sur les problèmes de la vieillesse en Suisse de novembre 1979 relevait qu'une des maladies fréquentes de la vieillesse est la dépression, responsable de l'augmentation des suicides au troisième âge⁸.

[6] Les événements de vie, quand ils interviennent à un moment crucial de l'existence et notamment lors d'une crise suicidaire, peuvent avoir un rôle précipitant : humiliations, déceptions, pertes d'objets sont plus souvent retrouvés la semaine précédant le suicide que précédant une mort naturelle. Peu d'enquêtes ont étudié les facteurs de protection, notamment le rôle du support social : présence de la famille, proximité d'amis pouvant être contactés facilement, etc.⁹

[7] Le suicide est habituellement associé à un trouble psychiatrique. Les diagnostics le plus souvent représentés sont la dépression, l'alcoolisme, la schizophrénie, les troubles anxieux et les personnalités pathologiques¹⁰.

[8] En 2017, 66'971 personnes sont décédées en Suisse (34'566 femmes¹¹, 32'405 hommes¹²), dont 1'043 par suicide (773 hommes¹³ et 270 femmes¹⁴). Cela représente deux à trois suicides par jour. A titre de comparaison, le nombre de décès dus aux accidents de la route en 2017 était de 261 (196 hommes¹⁵ et 65 femmes¹⁶).

[9] Au milieu des années 1980, on comptait plus de 1'600 suicides par an et plus de 1'400 cas en 1995. La probabilité du suicide s'est réduite à peu près de moitié entre 1991 et 2010, passant de 39 à 20 pour 100'000 chez les hommes, de 12 à 7 pour 100'000 chez les femmes. La tendance à la baisse semble avoir pris fin en 2010. Depuis 2011, le taux de suicide est relativement stable¹⁷.

[10] En comparaison internationale, la Suisse a un taux de suicide supérieur à la moyenne, après la Russie, la Hongrie, la Slovénie, la Finlande et la Croatie, et au même niveau que l'Autriche, la

⁷ Rapport de l'OFSP répondant au postulat Widmer, p. 12.

⁸ Rapport sur les problèmes de la vieillesse en Suisse, novembre 1979, résumé in RCC 1980, p. 16 ; résultats similaires en France évoqués par MARIE-CLAUDE FRÉNISSY/CLAUDE PLASSARD, Le suicide des personnes âgées, in : Soins, Vol 62, N° 814, avril 2017, p. 39-41 : « Le suicide des personnes âgées est un véritable problème de santé publique, qui a fait l'objet d'un plan national de prévention. Il est très fréquemment lié à une dépression. »

⁹ THÉRÈSE LEMPERIÈRE/ANDRÉ FÉLINE/JEAN ADÈS/PATRICK HARDY/FRÉDÉRIC ROUILLON, Psychiatrie de l'adulte, Collection Abrégés de médecine, Ed. Masson, 2^e édition, 2006 [ci-après, cité : « Psychiatrie de l'adulte »], p. 271.

¹⁰ Psychiatrie de l'adulte, p. 272.

¹¹ Tableau « Nombre de décès et taux de mortalité selon les principales causes de décès et selon l'âge, femmes », année 2017, Office fédéral de la statistique (OFS), 16 décembre 2019.

¹² Tableau « Nombre de décès et taux de mortalité selon les principales causes de décès et selon l'âge, hommes », année 2017, Office fédéral de la statistique (OFS), 16 décembre 2019.

¹³ Tableau « Nombre de décès et taux de mortalité selon les principales causes de décès et selon l'âge, hommes », année 2017.

¹⁴ Tableau « Nombre de décès et taux de mortalité selon les principales causes de décès et selon l'âge, femmes », année 2017.

¹⁵ Tableau « Nombre de décès et taux de mortalité selon les principales causes de décès et selon l'âge, hommes », année 2017.

¹⁶ Tableau « Nombre de décès et taux de mortalité selon les principales causes de décès et selon l'âge, femmes », année 2017.

¹⁷ Suicide et assistance au suicide en Suisse 2014, communiqué de presse de l'Office fédéral de la statistique (OFS) du 11 octobre 2016.

Belgique et la France¹⁸. On ne dispose guère de connaissances scientifiques permettant d'expliquer pourquoi la Suisse enregistre un taux de suicide relativement élevé par rapport à ses voisins ; il n'existe pas d'explication unanimement admise sur ce phénomène¹⁹.

[11] En Suisse, le taux de suicide annuel varie de 15 pour 100'000 habitants (Tessin, Suisse centrale) à 25 pour 100'000 (Appenzell, Bâle, Berne). Les cantons réformés ont généralement un taux de suicide plus élevé que les cantons catholiques. La proportion de population urbaine se reflète également dans le taux, c'est-à-dire que plus un canton est urbain, plus le taux de suicide est élevé. Un phénomène particulier et mal compris jusqu'à présent est le taux de suicide élevé dans les cantons d'Appenzell Rhodes extérieures et Appenzell Rhodes intérieures. Depuis les années 1970, le décalage intercantonal des taux de suicide a cependant nettement diminué²⁰.

[12] Si les occurrences de suicides sont généralement bien documentées à travers le monde, il n'en va pas de même des tentatives de suicide et du self-harm²¹ intentionnel. Pourtant, la présence de tentative(s) de suicide antérieure(s) constitue le facteur de risque le plus important du suicide avéré. Le pourcentage de suicide se situe entre 0.5% et 2% dans l'année qui suit la tentative et au-dessus de 5% neuf ans plus tard. Dans cette population de personnes suicidantes, le risque de suicide est donc plusieurs centaines de fois plus élevé que dans la population générale. Ainsi, mieux comprendre le phénomène des tentatives de suicide permet de contribuer, à tous les niveaux, de manière directe à la prévention du suicide²².

[13] Aucun pays ne collecte de façon systématique les données sur les tentatives de suicide, d'où la difficulté d'études sur l'évolution dans le temps et les disparités selon les régions et les pays. L'enquête multicentrique européenne menée entre 1989 et 1992 dans 16 villes montre une très grande disparité dans les taux de tentatives de suicide, avec un gradient de décroissance selon un axe nord-sud²³.

[14] Contrairement aux suicides, les tentatives de suicide ne font pas l'objet d'un recensement national. Selon plusieurs estimations, quelques 10'000 tentatives de suicide font chaque année l'objet d'une prise en charge médicale en Suisse. Toutefois, ces chiffres pourraient être plus élevés, car nombre de tentatives de suicide ne sont pas reconnues comme telles ou pas déclarées et ne sont donc pas prises en charge²⁴.

[15] Une étude comparative a été menée dans la région de Berne sur le nombre de tentatives de suicides qui se soldent par un traitement médical et le taux de mortalité correspondant. Il en est ressorti que pour 100'000 habitants, près de 27 suicides et environ 131 tentatives de suicides ont

¹⁸ Rapport de l'OFSP répondant au postulat Widmer, p. 9.

¹⁹ Rapport de l'OFSP répondant au postulat Widmer, p. 4.

²⁰ Rapport de l'OFSP répondant au postulat Widmer, p. 10.

²¹ En français, lésion auto-infligée ou geste auto-agressif.

²² Observatoire romand des tentatives de suicide, Rapport final de mars 2018, établi par le Groupe romand Prévention Suicide sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique, p. 2 et les références.

²³ Psychiatrie de l'adulte, p. 274 ; SCHMIDTKE A/BILLE-BRAHE U/DELEO D et al., Attempted suicide and sociodemographic characteristics of A during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide, Acta Psychiatr Scand 1996 : 93 : 327–338.

²⁴ « La prévention du suicide en Suisse, contexte, mesures à prendre et plan d'action [...] », OFSP, novembre 2016, p. 6 et références citées.

été enregistrés, soit un rapport de 1 à 4,8. Ce rapport ne tient pas compte des tentatives de suicide pour lesquelles aucun traitement médical n'a été demandé ou souhaité²⁵.

[16] Dans sa réponse du 20 novembre 2013 à l'interpellation de BÉA HEIM (13.3685 « Quelle est l'étendue réelle de la suicidalité en Suisse ? »), le Conseil fédéral a évoqué que des estimations parlent d'un total de 15'000 à 25'000 tentatives par année en Suisse et du fait que 10% environ de la population en a fait une, au moins une fois dans sa vie.

[17] Parmi la population résidante permanente suisse, 2% des jeunes âgés de 15 à 29 ans ont des pensées suicidaires tous les jours ou tous les deux jours²⁶. Cette proportion concerne près de 30'000 jeunes. 1% des adultes de 30 à 69 ans et 0,5% des personnes de 70 ans et plus ont de telles pensées tous les deux jours au moins²⁷.

[18] Les facteurs de risque psychopathologiques des tentatives de suicide sont différents de ceux du suicide. Si les suicides sont avant tout le fait des déprimés et des schizophrènes, les tentatives de suicide concernent davantage les patients ayant un trouble de la personnalité ou vivant des situations de crise²⁸. Les facteurs de risque sociodémographiques du suicide tels que les niveaux socio-économique et socio-éducatif et les conditions socioprofessionnelles sont les mêmes pour les tentatives de suicide que pour les suicides. L'existence d'une tentative de suicide représente, quel que soit le diagnostic psychiatrique associé, un facteur de risque de suicide réussi²⁹.

[19] Entre 2004 et 2013, 10'779 personnes ont mis fin à leurs jours en Suisse, soit plus de 1'100 suicides par an en moyenne. Sur ces 10'779 suicides, 29% ont été commis par pendaison, 22% par arme à feu, 15% par intoxication, 13% par saut dans le vide, 10% par impact véhiculaire (principalement sur la voie ferrée), 5% par noyade et 6% par des méthodes non précisées³⁰.

[20] Pour la période entre 2008 et 2017, 10'721 personnes ont mis fin à leurs jours en Suisse. Sur ces 10'721 suicides, 29.89% ont été commis par pendaison, 20.14% par arme à feu et 15.47% par empoisonnement³¹. Pour mettre fin à leurs jours, les hommes ont recours à des méthodes qui présentent une forte létalité : 32.19% d'entre eux se suicident par pendaison et 26.72% par arme à feu. Pour les femmes, les pourcentages sont de 23.77%, respectivement 2.69%³².

²⁵ Réponse du Conseil fédéral du 9 janvier 2002 à la question d'Andreas Gross 01.1105 « Suicides et tentatives de suicide. Statistiques ».

²⁶ L'Enquête suisse sur la santé effectuée en 2012 incluait pour la première fois une question concernant les pensées suicidaires : « Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous pensé qu'il vaudrait mieux mourir ou envisagé de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre ? ».

²⁷ A noter qu'un pourcentage élevé (15%) de personnes âgées de 75 ans et plus ne répondent pas à la question (*missing value*).

²⁸ Psychiatrie de l'adulte, p. 275 ; cf. ég. DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Edition Elsevier Masson, 2015 [ci-après, cité DSM-5], p. 128 (schizophrénie), p. 134 (trouble schizoaffectif), p. 165 (trouble bipolaire de type I), p. 173 (trouble bipolaire de type II), p. 207 (trouble dépressif caractérisé), p. 251 (phobie spécifique), p. 265 (trouble panique), p. 305 (trouble obsessionnel-compulsif), p. 384 (trouble dissociatif de l'identité), p. 641 (troubles mentaux induits par une substance/un médicament), p. 863 (personnalité borderline).

²⁹ Psychiatrie de l'adulte, p. 275.

³⁰ « La prévention du suicide en Suisse, contexte, mesures à prendre et plan d'action [...] », OFSP, novembre 2016, p. 23.

³¹ Tableau « Méthodes de suicide, selon la classe d'âge et le sexe », OFS, 16 décembre 2019, cumul des années 2008 à 2017.

³² Tableau « Méthodes de suicide, selon la classe d'âge et le sexe », publié par l'OFS ; moyenne des années 2009 à 2014 ; des résultats similaires ont été constatés par Iwanikow et al., Suicides typology of Toulouse forensic institute and comparison to CepiDc data, Revue de médecine légale, Vol 8, N° 3, septembre 2017, p. 89-96 : « Les suicides par pendaison et arme à feu étaient significativement plus fréquents ($p < 0,05$) chez les hommes et les suicides par noyade, chutes et intoxication significativement plus fréquents chez les femmes. Les intoxications étaient principalement médicamenteuses et dues aux psychotropes. »

[21] Sur une période plus longue, de 1969 à 2000, il est constaté que 32,2% des hommes ont recours à des armes à feu, 28,1% à la pendaison, 9,4% à l'intoxication par des substances solides ou liquides et 7,5% par intoxication par gaz. Pour les femmes, 24,5% d'entre elles se suicident par intoxication par des substances solides ou liquides, 19,2% par pendaison, 17,7% par noyade et 16,9% par saut dans le vide³³.

[22] Quand le suicide est dû à une intoxication médicamenteuse, le sujet utilise habituellement des substances facilement accessibles ; il absorbe généralement les médicaments qui lui ont été prescrits et son geste fait suite, dans la moitié des cas, à une consultation avec un médecin, au cours de la semaine précédente³⁴.

[23] Les données tendent à démontrer l'existence de variations saisonnières des taux de suicides et des moyens utilisés avec un pic principal de suicides au printemps et un second pic en automne qui semble corrélérer avec les symptômes dépressifs³⁵.

[24] Les facteurs qui augmentent le risque de suicide et de tentative de suicide d'un individu sont complexes et concomitants. Les suicides et les tentatives de suicide ne sont que rarement prémédités de longue date et commis sur une décision librement prise (suicide de bilan). Dans la plupart des cas, l'acte suicidaire découle d'une situation de crise et est le résultat de l'enchaînement de plusieurs facteurs. Cela explique les difficultés à prévoir les suicides et les tentatives de suicide de manière fiable. En plus des facteurs démographiques comme l'âge et le sexe, le risque individuel de commettre un suicide ou une tentative de suicide est influencé par des facteurs psychiques, biologiques, sociaux et environnementaux, ainsi que par le vécu de l'intéressé. Bien souvent, on peut établir une certaine corrélation, sans pour autant pouvoir en déduire une relation de cause à effet³⁶.

[25] Face à cette réalité sociétale, comment les principales branches de l'assurance sociale abordent-elles le problème du suicide ?

2. Quelques notions importantes

a. Suicide et tentative de suicide

[26] Il convient de distinguer, d'une part, le suicide de la tentative de suicide et, d'autre part, la tentative de suicide de l'automutilation.

[27] Le terme « suicide » vient du latin *sui caedere* : se tuer. Le suicide est donc avant tout un acte d'autodestruction, non une maladie³⁷. Selon le DSM-5, le suicide est le fait de causer intentionnellement sa propre mort³⁸.

[28] Une tentative de suicide est un comportement que l'individu a entrepris avec une certaine intention de mourir. Le comportement peut ou non conduire à une blessure ou à des conséquences

³³ Rapport de l'OFSP répondant au postulat Widmer, tableau 2, p. 12.

³⁴ Psychiatrie de l'adulte, p. 272.

³⁵ V. BENARD/P.A. GEOFFROY/F. BELLIVIER, Saisons, rythmes circadiens, sommeil et vulnérabilité aux conduites suicidaires, in : L'encéphale, Vol 41 – N° 4 S1, p. S29-S37 – septembre 2015.

³⁶ Rapport de l'OFSP répondant au postulat Widmer, p. 18.

³⁷ La prévention du suicide en Suisse, Contexte, mesures à prendre et plan d'action, édité par l'OFSP, novembre 2016, p. 9.

³⁸ DSM-5, p. 1074 (glossaire des termes techniques).

médicales sérieuses. Plusieurs facteurs peuvent influencer les conséquences médicales de la tentative de suicide, incluant une absence de préparation, un manque de connaissance sur la létalité de la méthode choisie, une faible intentionnalité ou une ambivalence, ou une intervention fortuite par d'autres personnes après que le comportement ait été engagé³⁹.

[29] Les tentatives de suicide sont plus difficiles à définir que les suicides. Dans les études multicentriques de l'OMS/Europe menées à Bâle et à Berne, la tentative de suicide est définie comme « une action sans issue fatale, par laquelle un individu commence à adopter un comportement inhabituel qui, sans l'intervention d'un tiers, peut provoquer une atteinte à soi-même, ou par laquelle l'individu absorbe intentionnellement une substance à une dose dépassant celle qui est habituellement prescrite ou généralement considérée comme thérapeutique et ayant pour but de produire des modifications par les conséquences actuelles ou attendues »⁴⁰.

[30] En résumé, le terme de « suicide » vise l'acte réussi par lequel une personne s'est effectivement donné la mort, alors que celui de « tentative de suicide » s'applique au cas où l'acte par lequel quelqu'un a tenté de se donner la mort a échoué.

b. Tentative de suicide et automutilation

[31] La tentative de suicide telle que définie ci-dessus doit être distinguée, quant à elle, de l'automutilation qui est le fait de s'infliger des sévices à soi-même sans volonté de se donner la mort. C'est donc l'intention qui différencie les deux notions.

[32] Contrairement au suicide, l'automutilation ne vise pas à l'autodestruction, mais à l'atteinte à l'intégrité physique. Les motifs peuvent être de différentes sortes. MAURER donnait quelques exemples : l'un verse délibérément de l'eau chaude sur ses pieds pour obtenir une dispense de son futur service militaire ; l'autre se coupe un doigt avec une hache dans l'idée de recevoir une rente ou une indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents ; un troisième aime la *dolcefarniente* et prolonge artificiellement l'incapacité de travailler causée par un accident en retardant la guérison de la blessure par toutes sortes de moyens⁴¹.

c. Accident et maladie

[33] Il importe de relever préliminairement qu'on ne saurait tracer des limites différentes à l'assurance-maladie, d'une part, et à l'assurance-accidents, d'autre part, selon qu'on raisonne dans le cas d'une personne assurée contre la maladie ou dans celui d'une personne assurée contre les accidents. Il en résulterait des lacunes ou des cumuls dans le système des assurances sociales, alors que l'administration et le juge ont au contraire pour mission de coordonner le plus harmonieusement possible les éléments de ce système⁴².

[34] L'assurance-maladie et l'assurance-accidents tendent chacune à prester en faveur de l'assuré atteint dans sa santé ou à le dédommager de certaines conséquences économiques de l'affection

³⁹ DSM-5, p. 1033 (trouble conduite suicidaire).

⁴⁰ La prévention du suicide en Suisse, Contexte, mesures à prendre et plan d'action, édité par l'OFSP, novembre 2016, p. 9 et les références.

⁴¹ ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 198 s.

⁴² ATF 97 V 1 consid. 1a et la référence.

dont il souffre. La nature de l'atteinte à la santé n'est pas en soi un critère pour mettre un sinistre à la charge de l'une des assurances plutôt qu'à la charge de l'autre. C'est la cause immédiate de cette atteinte et la façon dont elle est survenue qui sont déterminantes. En effet, selon la définition donnée depuis le début de son activité par le Tribunal fédéral des assurances, on entend par accident une atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure plus ou moins exceptionnelle (définition reprise depuis le 1^{er} janvier 2003 par l'art. 4 LPG⁴³, sous une forme rédactionnelle différente). La notion de maladie se prête en revanche plus difficilement à une définition stricte⁴⁴. Afin de délimiter les domaines respectifs de l'assurance-maladie et de l'assurance-accidents sociales, sans que cela ne conduise à des lacunes de l'assurance, il faut toutefois considérer comme maladie toute atteinte dommageable à la santé physique ou psychique qui n'est pas due à un accident ou à ses conséquences directes⁴⁵. La LPG a repris la même logique pour la définition de la maladie⁴⁶.

[35] Par ailleurs, la définition juridique de la maladie – au sens de l'art. 3 al. 1 LPG – ne se recoupe pas nécessairement avec la définition médicale de la maladie⁴⁷.

d. Champ d'application de la LPG

[36] En vertu de l'art. 2 LPG, les dispositions de la LPG sont applicables aux différentes branches d'assurance sociale, si et dans la mesure où les lois spéciales sur les assurances sociales le prévoient.

[37] La LPG est une loi atypique, dans la mesure où elle ne définit pas elle-même son champ d'application, mais laisse le soin aux lois spéciales des assurances sociales de la déclarer applicable dans leur domaine respectif et de prévoir, le cas échéant, des exceptions à ce sujet. La LPG ne se comprend dès lors pas par elle-même ; elle doit toujours être lue en parallèle avec la ou les lois spéciales qui entrent en considération en fonction du problème qui se pose⁴⁸.

[38] La LPG ne constitue pas une loi d'ordre supérieur aux lois spéciales, mais occupe la même place qu'elles, du point de vue de la hiérarchie des normes. Cet aspect doit être pris en considération lorsqu'il s'agit d'interpréter une loi spéciale à la lumière de la LPG⁴⁹.

[39] Depuis le 1^{er} janvier 2003, la norme de base pour la réduction des prestations est l'art. 21 LPG. Cette disposition a pour but principal d'offrir la base légale indispensable à la sanction des personnes assurées qui ont influencé la réalisation du risque et/ou la gravité de ses conséquences, ou qui n'ont pas contribué à réduire leur dommage, contrairement à leurs obligations⁵⁰. Les réductions des prestations n'ont pas de caractère pénal. Afin d'éviter autant que possible un

⁴³ Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1.

⁴⁴ Cf. ATFA 1968 p. 238 consid. 3.

⁴⁵ ATF 97 V 1 consid. 1b ; 98 V 144 consid. 3.

⁴⁶ Art. 3 al. 1 LPG : est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

⁴⁷ Commentaire romand LPG, STÉPHANIE PERRENOUD, art. 3 LPG N 10 et les références.

⁴⁸ Commentaire romand LPG, MARGRIT MOSER-SZELESS, art. 2 LPG N 3.

⁴⁹ Commentaire romand LPG, MARGRIT MOSER-SZELESS, art. 2 LPG N 6 et les références.

⁵⁰ Commentaire romand LPG, ANNE-SYLVIE DUPONT, art. 21 LPG N 5.

effet de sanction, des exigences strictes doivent être imposées quant à la condition de causalité entre le motif de la réduction et l'accident ou l'atteinte à la santé⁵¹.

[40] L'art. 21 al. 1 LPGA, que nous verrons tout au long de notre contribution, a la teneur suivante : « Si l'assuré a aggravé le risque assuré ou en a provoqué la réalisation intentionnellement ou en commettant intentionnellement un crime ou un délit, les prestations en espèces peuvent être temporairement ou définitivement réduites ou, dans les cas particulièrement graves, refusées ». L'adverbe « intentionnellement » ne se rapporte pas directement à l'aggravation du risque. Il faut pourtant admettre que, de manière générale, c'est-à-dire également dans l'éventualité d'une aggravation du risque, une réduction ou un refus de prestations d'assurance pour faute grave non intentionnelle n'est pas admissible en vertu de l'art. 21 al. 1 LPGA. Cela ressort clairement des versions allemande et italienne du texte : dans la première de ces versions, le mot « vorsätzlich » se rapporte aussi bien à « herbeigeführt » qu'à « verschlimmert » ; de même, dans la seconde, l'adverbe « intenzionalmente » se rapporte autant à « provocato » qu'à « aggravato ». Cette interprétation est du reste la seule qui corresponde à la volonté clairement exprimée du législateur⁵². Il en résulte que l'art. 21 al. 1 LPGA exclut de manière générale une réduction des prestations à raison d'une faute grave non intentionnelle⁵³.

e. Prestations en nature et prestations en espèces

[41] Les prestations des assurances sociales sont réparties en deux catégories dans la LPGA : les prestations en nature (art. 14 LPGA) et les prestations en espèces (art. 15 LPGA).

[42] Comme nous l'avons vu, l'art. 21 al. 1 LPGA prévoit que les prestations en espèces peuvent être réduites ou refusées en cas de réalisation intentionnelle du risque.

[43] Les prestations en espèces comprennent, en particulier, les indemnités journalières, les rentes, les prestations complémentaires annuelles, les allocations pour impotents et leurs compléments ; elles n'englobent pas le remplacement d'une prestation en nature à la charge d'une assurance (art. 15 LPGA).

[44] Constituent des prestations en nature notamment les traitements ou les soins, les moyens auxiliaires, les mesures individuelles de prévention et de réadaptation, les frais de transport et les prestations analogues qui sont fournis ou remboursés par les différentes assurances sociales (art. 14 LPGA).

[45] Comme le texte des dispositions légales le laisse entendre, il s'agit de listes non exhaustives.

⁵¹ KASPAR GEHRING, in UVG Kommentar, 2018, n. 1 ad Art. 37 UVG.

⁵² Rapport du 26 mars 1999 de la Commission du Conseil national de la sécurité sociale et de la santé, FF 1999 p. 4211 ss.

⁵³ ATF 130 V 546 consid. 3 et les références.

3. Suicide et LAA

a. Généralités

[46] Selon l'art. 1 al. 1 LAA⁵⁴, les dispositions de la LPGGA s'appliquent également à l'assurance accidents, sous réserve de dérogations expressément prévues. Celles-ci se trouvent dans l'art. 37 LAA et l'art. 39 LAA en ce qui concerne la réduction des prestations. Par conséquent, ces dispositions de la LAA l'emportent sur celles de la LPGGA.

[47] La notion d'accident sert à délimiter le champ d'application de la LAA par rapport à l'assurance-maladie. A noter que l'assurance-maladie alloue ses prestations (telles que prévues par la LAMal⁵⁵) en cas d'accident, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge (art. 1a al. 2 lit. b LAMal).

[48] Dans son mémoire sur l'introduction en Suisse de l'assurance contre les accidents du 15 novembre 1889, LUDWIG FORRER⁵⁶ mentionne que l'accident (de travail) peut être défini comme suit : « toute atteinte portée au corps humain par une influence extérieure, dommageable, fortuite et étrangère à la volonté de celui qui en est victime⁵⁷ ». Il n'a en revanche pas examiné la question de savoir s'il y a accident quand la victime elle-même en est l'auteur (suicide ou mutilation d'un individu sain d'esprit)⁵⁸.

[49] Sous le régime de la LAMA⁵⁹, la loi ne donnait pas de définition de l'accident. La jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances qualifiait d'accident l'atteinte dommageable, soudaine et involontaire portée au corps humain par une cause extérieure plus ou moins exceptionnelle⁶⁰.

[50] Lors de l'entrée en vigueur de la LAA et de son ordonnance le 1^{er} janvier 1984, cette définition a été reprise – sous réserve d'une modification formelle – à l'art. 9 al. 1 OLAA, selon lequel, par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire.

[51] Depuis le 1^{er} janvier 2003, entrée en vigueur de la LPGGA, la notion d'accident est ainsi définie : est réputée 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).

[52] A la lecture des définitions successives, le caractère involontaire d'une atteinte constitue l'un des éléments essentiels de la notion d'accident.

[53] Ainsi, l'exclusion des prestations d'assurance en cas de décès intentionnel ou d'atteinte intentionnelle à la santé au sens de l'art. 37 al. 1 LAA n'exige en soi aucune disposition légale. Dans ce cas, la notion d'accident, qui présuppose une atteinte dommageable involontaire portée au corps

⁵⁴ Loi fédérale sur l'assurance-accidents ; RS 832.20.

⁵⁵ Loi fédérale sur l'assurance-maladie ; RS 832.10.

⁵⁶ Reprenant HEINRICH ROSIN, *Der Begriff des Betriebsunfalls als Grundlage des Entschädigungsanspruchs nach den Reichsgesetzen über die Unfallversicherung*, Fribourg en B. 1888.

⁵⁷ Mémoire sur l'introduction en Suisse de l'assurance contre les accidents, annexe II au Message du 28 novembre 1889 du Conseil fédéral concernant la compétence législative à accorder à la Confédération en matière d'assurance contre les accidents et les maladies [ci-après, cité « Mémoire sur l'introduction en Suisse de l'assurance contre les accidents »], FF 1890 I p. 397.

⁵⁸ Mémoire sur l'introduction en Suisse de l'assurance contre les accidents, FF 1890 I p. 437.

⁵⁹ Loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents ; RS 8 283 ; entrée en vigueur le 13 juin 1911.

⁶⁰ ATF 112 V 23 consid. 3b, 102 V 132 consid. a, 100 V 76 consid. 1a ; cf. également ATF 35 II 160 consid. 5.

humain, n'est pas remplie. A cet égard, la situation juridique objective (sous réserve du droit aux frais funéraires) serait la même si l'exclusion de l'art. 37 al. 1 LAA n'existait pas⁶¹. Si la négligence grave (art. 37 al. 2 LAA) est compatible avec la notion de l'accident, l'intention est en contradiction avec la définition même de l'accident ; l'acceptation en accident n'est donc pas possible et les prestations d'assurances sont exclues⁶².

[54] Il n'y a pas d'accident si l'atteinte à la santé est volontaire. L'intention doit porter sur l'atteinte à la santé et non sur le comportement qui conduit à l'atteinte dommageable⁶³. La personne doit avoir agi avec conscience et volonté⁶⁴.

[55] L'art. 37 al. 1 LAA apporte une précision supplémentaire : 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 funéraires⁶⁵. Cette disposition vise les cas de suicide (ou de tentative de suicide) ou d'automutilation, qui ne répondent pas à la notion d'accident et ne sont donc pas constitutifs d'un risque couvert par l'assurance⁶⁶. C'est la raison pour laquelle la LAA déroge sur ce point – et de manière plus restrictive – à l'art. 21 al. 1 LPGA qui pose en cas d'acte intentionnel le principe de la réduction temporaire ou définitive, voire sous certaines conditions le refus des prestations en espèces des assurances sociales⁶⁷.

[56] Le législateur n'a pas voulu traiter le suicide et la tentative de suicide d'une manière fondamentalement différente en LAA que dans l'ancienne LAMA : l'atteinte dommageable intentionnelle ne constitue pas un accident au sens juridique du terme. Les demandes de la minorité qui voulaient introduire une obligation limitée de verser des prestations d'assurance-accidents en cas de suicide ou de tentative de suicide⁶⁸ sont restées infructueuses au Conseil national⁶⁹ et au Conseil des Etats⁷⁰.

[57] Dans son rapport du 26 mars 1999, la Commission du Conseil national de la sécurité sociale et de la santé précisait : « L'art. 27 al. 1 LPGA [devenu l'actuel article 21] autorise dans ces cas la réduction ou le refus des prestations à l'assuré. Dans la LAA toutefois, on part de l'idée que l'on n'est pas en présence d'un accident si l'assuré a provoqué intentionnellement l'atteinte à la santé ou le décès. Il ne s'agit dès lors plus d'un risque couvert, ni d'un cas d'assurance. De ce point de vue, la commission estime que l'art. 37 al. 1 LAA ne constitue pas une dérogation à la LPGA et

⁶¹ HANS FLEISCHLI, Suizid und Suizidversuch (II) – in der Rechtsprechung der sozialen Unfallversicherung, in Schweizer Versicherung 01/98 du 15 janvier 1998.

⁶² ATF 100 V 76 consid. 3.

⁶³ ATF 115 V 152 consid. 4.

⁶⁴ JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire (avec des aspects de l'assurance militaire), in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^{ème} éd., 2016 [ci-après : cité « L'assurance-accidents obligatoire »], n. 80 p. 920.

⁶⁵ Cf. ég. Rapport de la commission d'experts chargée d'examiner la révision de l'assurance-accidents du 14 septembre 1973, ch. 5.3.3.2.1, p. 101 s.

⁶⁶ RAMA 1996 n° U 247, p. 168.

⁶⁷ FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, n. 389 p. 1017.

⁶⁸ Proposition de la minorité : « Si le décès ou l'atteinte à la santé résultent d'un suicide ou d'une tentative de suicide, il existe un droit aux prestations pour les soins, au remboursement des frais et à la moitié des prestations en espèces. Si l'assuré a agi alors qu'il était totalement incapable de discernement, le droit aux prestations prévues par cette loi est entièrement maintenu. »

⁶⁹ Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale, séance du 15 mars 1979, objet n° 76.069 « Assurance-accidents. Loi », intervention Hürlimann, 1979 p. 251 ss.

⁷⁰ Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale, séance du 30 septembre 1980, objet n° 76.069 « Assurance-accidents. Loi », 1980 III p. 481 ss.

qu'il peut donc être laissé inchangé. Si l'on ne veut pas adopter ce point de vue (l'art. 37 LAA est bel est bien placé sous le titre de chapitre Réduction et refus des prestations d'assurance), il faudrait alors introduire une norme dérogatoire très complexe »⁷¹.

[58] Compte tenu de la formulation large de l'art. 37 al. 1 LAA – qui ne fait pas directement référence à un accident – on doit admettre que la maladie professionnelle causée intentionnellement ne donne pas non plus droit à des prestations d'assurance. On peut songer ici à l'exposition volontaire à une substance nocive⁷².

[59] L'art. 48 OLAA⁷³ vient, quant à lui, modérer le refus des prestations prévu à l'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. Dans la mesure où l'art. 48 OLAA se réfère à une incapacité *totale* de se comporter raisonnablement (en fait à l'absence de capacité de discernement), il s'inscrit dans le contexte du droit aux prestations en cas de suicide ou d'automutilation par rapport à la notion d'accident⁷⁴.

[60] En définissant, à l'art. 48 OLAA, les conditions auxquelles un suicide ou une tentative de suicide peut exceptionnellement donner lieu à l'allocation de prestations de l'assureur-accidents, le Conseil fédéral n'a pas limité – contrairement à ce que laisse entendre son libellé – le champ d'application de l'art. 37 LAA, mais a complété la notion d'accident⁷⁵.

[61] L'art. 48 OLAA déclare inapplicable l'art. 37 al. 1 LAA, quand les conditions requises sont réalisées. Il va de soi que l'art. 21 al. 1 LPGA n'est alors pas non plus applicable et que donc l'intéressé a droit aux pleines prestations d'assurance⁷⁶.

[62] Par ailleurs, l'entrée en vigueur de la LPGA 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, excluant l'application de l'art. 21 al. 1 LPGA⁷⁷.

[63] Même lorsque le suicide est commis par une personne incapable de discernement, le droit aux prestations de l'assurance-accidents obligatoire n'existe que si les critères constitutifs de la notion d'accident sont réalisés (en particulier, le caractère de soudaineté)⁷⁸.

[64] Lorsqu'il n'est pas sûr que la mort de l'assuré ait été provoquée par un accident ou un suicide, il y a lieu de présumer que le défunt ne s'est pas suicidé. Cette présomption, selon laquelle en cas de doute, la mort est due à un acte involontaire et donc à un accident, est fondée sur l'instinct de survie de l'être humain. Le fait que l'assuré s'est volontairement enlevé la vie ne sera considéré comme prouvé que s'il existe des indices sérieux excluant toute autre explication qui soit conforme aux circonstances. Dans de tels cas, il faut donc d'abord supposer qu'il existe une présomption, découlant de l'instinct de conservation, qu'il n'y a pas de suicide, et ensuite il faut

⁷¹ FF 1999 p. 4214 et p. 4346.

⁷² FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, n. 391 p. 1017.

⁷³ Ordonnance sur l'assurance-accidents; RS 832.202.

⁷⁴ Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi (ATF 129 V 95).

⁷⁵ ATF 113 V 61 consid. 2c.

⁷⁶ FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, n. 395 p. 1018.

⁷⁷ Cf. JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, Refus, réduction et suspension des prestations LAA, HAVE/REAS 2005 p. 128.

⁷⁸ FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, n. 82 p. 920.

se demander s'il existe des circonstances aussi convaincantes pour que cette présomption soit réfutée⁷⁹. Cette présomption ne vaut toutefois pas en cas d'automutilation : dans ce cas, c'est la règle de la vraisemblance prépondérante qui s'applique⁸⁰.

[65] La disparition effective d'une personne, constatée par une déclaration d'absence au sens de l'art. 35 CC⁸¹, ne suffit pas pour admettre un suicide⁸².

[66] Quant à l'automutilation (ou artefact), elle est exclue de la couverture d'assurance en raison de son caractère volontaire. A la différence du suicide, le motif de l'automutilation réside en général dans la volonté d'obtenir un avantage. La preuve d'un acte volontaire est souvent difficile à rapporter et l'on appliquera à cet égard la règle de la vraisemblance prépondérante⁸³. S'il y a une incapacité de discernement, ce sont les mêmes règles qu'en cas de suicide qui prévalent⁸⁴.

b. Evolution de la jurisprudence

[67] Jusqu'en 1934, le suicide était considéré soit comme un acte intentionnel excluant tous droits aux prestations (autres que les frais funéraires), soit comme le fait d'une personne privée de discernement et apparaissant comme la conséquence plus ou moins normale d'une maladie psychique, ne relevant donc pas de l'assurance contre les accidents⁸⁵.

[68] A partir de 1934, le Tribunal fédéral des assurances a admis que le suicide devait être assimilé à un accident ouvrant droit aux prestations de l'assurance-accidents obligatoire, lorsque l'assuré l'avait commis en état d'irresponsabilité⁸⁶.

[69] Dans les ATFA 1941 p. 32 ss et 1944 p. 87 ss, le Tribunal fédéral des assurances est allé un peu plus loin en faveur des assurés et de leurs survivants en déclarant que l'accident était également survenu si la personne assurée avait mis fin à ses jours ou avait causé une blessure en état de responsabilité considérablement réduite. Cet argument n'a pas été confirmé par la suite⁸⁷.

[70] Dès 1963 la pratique instaurée en 1934 a été précisée en ce sens que seul le suicide commis en état d'irresponsabilité totale pouvait constituer une cause déterminante de l'atteinte, tandis que celui commis en état de responsabilité restreinte n'ouvrait (toujours à l'exception des frais funéraires) aucun droit aux prestations d'assurance, parallèle étant fait avec une infraction pénale commise en état de responsabilité diminuée au sens de l'art. 11 CP⁸⁸.

[71] Peu après, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que lorsqu'il y a doute sur le point de savoir si la mort est due à un accident ou à un suicide, il faut se fonder sur la force de l'instinct

⁷⁹ Arrêts du Tribunal fédéral 8C_663/2009 du 27 avril 2010 consid. 2.3 et les références ; 8C_453/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2.

⁸⁰ FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire*, n. 390 p. 1017 et référence citée ; KASPAR GEHRING, in : *UVG Kommentar*, 2018, n. 44 ad Art. 37 UVG.

⁸¹ Code civil ; RS 210.

⁸² Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 44/99 du 27 avril 2000 consid. 3.

⁸³ Arrêt du Tribunal fédéral 8C_663/2009 du 27 avril 2010 consid. 2.4 ; RAMA 1996 n° U 247, p. 168.

⁸⁴ FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire*, n. 87 p. 921.

⁸⁵ Voir les considérants de l'arrêt publié aux ATFA 1934 p. 81 ss.

⁸⁶ ATFA 1934 p. 81 ss ; ALFRED MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, 1985, p. 195 s.

⁸⁷ Arrêts non publiés dans l'affaire Benz du 19 décembre 1956 et dans l'affaire Dändliker du 15 janvier 1962 ; cf. ATFA 1963 p. 18.

⁸⁸ ATFA 1963 p. 18 ss ; ALFRED MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, 1985, p. 196 s.

de conservation de l'être humain, conduisant à admettre la thèse de l'accident. Le fait que l'assuré s'est volontairement enlevé la vie ne sera considéré comme prouvé que s'il existe des indices sérieux rendant improbable toute autre explication qui soit conforme aux circonstances. La présomption donnée par l'instinct de conservation, qui parle contre le suicide, doit d'abord et avant tout être présumée et il faut se demander s'il existe des circonstances tellement convaincantes que cette présomption soit renversée. Quant aux exigences relatives à cette preuve, elles ne doivent pas être excessives⁸⁹. Par exemple, si le suicide par saut dans l'eau n'est pas plus probable que la noyade à la suite d'un accident, il y a lieu de retenir l'hypothèse d'une mort involontaire⁹⁰.

[72] Dans l'ATF 100 V 76 du 4 juillet 1974, le Tribunal fédéral des assurances a rappelé que, selon la pratique établie, le suicide accompli et la tentative de suicide sont traités sur un pied d'égalité en droit⁹¹. La question de savoir si le suicide peut être considéré comme un accident (au sens de l'art. 67 al. 1 LAMA) est déterminée par le fait que l'acte ayant entraîné la mort a été commis intentionnellement, c'est-à-dire avec conscience et volonté de la personne concernée. Si tel est le cas, le suicide ne doit pas être considéré comme un accident, ce qui exclut d'emblée toute responsabilité de l'assurance-accidents obligatoire. Toutefois, si cette conscience et cette volonté font défaut dans le cas particulier, le suicide doit être considéré comme un accident. Il en va ainsi lorsque l'acte a été commis par une personne en état d'irresponsabilité totale, pour autant que l'intéressé ne se soit pas mis fautivement dans cet état. Si, au moment de la commission de l'acte, l'état de responsabilité était seulement plus ou moins fortement diminué, on doit admettre que l'assuré n'était pas entièrement privé de son pouvoir de décision. Un suicide commis dans cet état ne remplit donc pas non plus la condition du caractère involontaire et donc la définition de l'accident, ce qui entraîne l'exclusion de la responsabilité de l'assurance-accidents obligatoire⁹².

[73] Par ailleurs, l'assurance-accidents répond des conséquences d'un suicide si celui-ci a un lien de causalité adéquate avec un événement assuré. Un tel lien de causalité existe si l'événement assuré précédent – une maladie professionnelle ou un accident – a psychiquement et physiquement influencé la prise de décision et l'exercice de la volonté de la personne concernée au point de pousser l'intéressé à se suicider. Il s'ensuit que le suicide donne droit à des prestations si l'événement préalable assuré a affaibli, par suite d'épuisement, de dépression psychologique ou de dépression nerveuse, la résistance morale de l'intéressé et a fatalement développé en lui l'idée de mettre fin à ses jours. Il en va de même si l'assuré a été poussé à se donner la mort sans être atteint de troubles sérieux de sa capacité de jugement, mais simplement parce qu'il ne supporte plus son état⁹³.

[74] Le Tribunal fédéral des assurances a souligné les différences notables, quant à la réduction ou le refus des prestations, entre l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité. Notre Haute Cour a estimé qu'il n'y avait aucune raison pour une réécriture aussi fondamentale du terme « accident » dans le seul but que des prestations devraient également être prévues dans l'assurance-accidents obligatoire en cas de suicide ou de tentative de suicide⁹⁴.

⁸⁹ ATFA 1969 p. 25 s.

⁹⁰ Arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 26 février 1965 en la cause Hehli, in SJZ 62/1966 p. 76.

⁹¹ ATF 100 V 76 consid. 1d.

⁹² ATF 100 V 76 consid. 1b.

⁹³ ATF 100 V 76 consid. 1b.

⁹⁴ ATF 100 V 76 consid. 3.

[75] Dans l'ATF 113 V 61, le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le texte de l'art. 48 OLAA fait référence à l'absence de capacité de discernement au sens de l'art. 16 CC et non à la responsabilité pénale (art. 10 ss aCP). Dès lors, la jurisprudence valable sous le régime de la LAMA, qui a principalement déclaré que l'état d'irresponsabilité était déterminant, ne peut être maintenue.

[76] MAURER n'est pas convaincu que la jurisprudence rendue sous la LAMA soit également compatible avec la nouvelle réglementation légale, le sens et le libellé de l'art. 37 al. 1 LAA tendant à conduire au résultat contraire. Selon lui, le facteur décisif est ce qui était prévu, en prenant l'exemple suivant : si la personne assurée voulant se suicider d'une balle dans la tête ne décède pas mais devient aveugle, il voulait la mort et non la cécité. Même si l'on suppose qu'il aurait accepté la cécité, cela n'est pas considéré comme un dommage délibéré ; MAURER estime que le simple dol éventuel n'exclut pas la notion d'accident⁹⁵.

[77] Dans l'ATF 115 V 151 du 15 juin 1989, le Tribunal fédéral des assurances a examiné la teneur des art. 98 al. 1 LAMA et 37 al. 1 LAA. Selon la LAMA, l'assuré doit avoir causé l'accident intentionnellement, alors que, selon la LAA, il doit avoir provoqué intentionnellement l'atteinte à la santé ou le décès. Le législateur n'a pas voulu traiter le suicide et la tentative de suicide d'une manière fondamentalement différente que dans la loi précédente, tel qu'exprimé dans le Message du Conseil fédéral du 18 août 1976 : « Lorsque l'assuré s'est intentionnellement causé à lui-même un dommage, il n'y a pas accident au sens juridique du terme, car la condition d'une atteinte dommageable portée involontairement au corps humain fait défaut. En pareil cas, aucune prestation d'assurance ne devrait être versée. Toutefois, conformément à ce que prévoit le droit en vigueur, la contribution aux frais funéraires sera allouée lorsque l'assuré décède des suites du dommage qu'il s'est causé à lui-même. On ne pourrait guère justifier l'assimilation du suicide commis consciemment à un accident ; il convient cependant de remarquer que les prestations de l'AVS sont entièrement allouées en cas de suicide⁹⁶ ». Comme auparavant, l'atteinte dommageable intentionnelle ne constitue donc pas un accident au sens juridique du terme. Selon la volonté claire de la loi, en cas de suicide ou de tentative de suicide, l'assuré ou ses survivants n'ont pas droit aux prestations d'assurance de l'assurance-accidents, la caractéristique non intentionnelle du dommage n'étant pas remplie⁹⁷. Notre Haute Cour a souligné qu'il faut faire une distinction entre l'atteinte portée au corps humain d'une part, et les éventuelles suites de l'atteinte d'autre part (telles que la mort, l'invalidité, les troubles passagers de la santé). L'intention ou le caractère involontaire doit être dirigée contre l'atteinte à la santé elle-même et non contre l'acte ayant causé le dommage⁹⁸. Les juges fédéraux ont conclu que, dans la volonté de se suicider, est nécessairement comprise l'intention de porter atteinte à sa propre intégrité corporelle, indépendamment du fait que, par l'atteinte portée au corps humain, le résultat visé se réalise ou non. Le suicide et la tentative de suicide doivent donc être traités de la même manière au sens de l'art. 37 al. 1 LAA⁹⁹.

[78] MAURER développe son argumentation en faveur de la prise en charge de la tentative de suicide par l'assurance-accidents dans un article du Colloque de Lausanne de 1989 portant sur

⁹⁵ ALFRED MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, 1985, p. 199 s.

⁹⁶ Message du 18 août 1976 à l'appui d'un projet de loi fédérale sur l'assurance-accidents, in : FF 1976 III p. 200.

⁹⁷ ATF 115 V 151 consid. 4 p. 152.

⁹⁸ ATF 87 II 379 consid. 1 ; ATF 100 V 82 doit également être comprise dans ce sens ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_552/2019 du 23 décembre 2019 consid. 5.4 et la référence.

⁹⁹ ATF 115 V 151 consid. 4 p. 153 ; KASPAR GEHRING, in : UVG Kommentar, 2018, n. 24 ad Art. 37 UVG.

les risques totalement ou partiellement exclus de l'assurance sociale¹⁰⁰. Il y affirme qu'il faut comprendre l'art. 37 al. 1 LAA comme suit : « Est déterminant ce que l'assuré a vraiment voulu, à savoir ou une atteinte à la santé, ou la mort ». Il en déduit que l'assuré qui entendait se donner la mort mais qui n'est pas décédé de ses blessures et doit vivre, par exemple, comme invalide a droit aux prestations de l'assurance-accidents. MAURER n'est pas convaincu par le renvoi de l'ATF 115 V 151 aux motifs du législateur et à KOENIG¹⁰¹ car, selon lui, ni le législateur, ni KOENIG n'ont posé ou discuté cette question. Il met en évidence, de surcroît, la manière apodictique dont le Tribunal fédéral a abouti à la conclusion que la volonté de se suicider incluait nécessairement l'intention de porter atteinte à son corps, que le résultat visé soit obtenu ou non immédiatement après l'atteinte portée à celui-ci. MAURER précise encore qu'en droit des assurances sociales le dol éventuel n'est pas assimilé à l'intention. Il en déduit que le dol éventuel ne suffit pas non plus dans le cadre de l'art. 37 al. 1 LAA pour refuser les prestations d'assurance en cas de tentative de suicide. Il procède ensuite à un raisonnement *a contrario* en vertu duquel il serait, d'après lui, conforme au texte de loi et au bon sens d'obliger l'assureur-accidents à verser ses prestations en cas de décès d'une personne qui n'entendait pas se suicider, mais seulement se blesser pour attirer l'attention de son entourage sur sa situation désespérée¹⁰².

[79] GHÉLEW/RAMELET/RITTER partagent l'opinion de MAURER, précisant qu'eu égard au tragique de pareilles situations, le principe de la solidarité qui domine tout le droit des assurances sociales doit l'emporter sur le principe de la mutualité¹⁰³.

[80] Se fondant en particulier sur les travaux législatifs ayant conduit à l'édiction de l'art. 37 al. 1 LAA, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion que l'art. 48 OLAA, dans la mesure où il conditionne le droit aux prestations en cas de suicide ou de tentative de suicide à l'incapacité totale de l'assuré de se comporter raisonnablement, au moment des faits, était conforme à la volonté du législateur. Il a, de plus, constaté que, si l'on voulait donner à l'art. 37 al. 1 LAA une autre portée, comme le soutient une partie de la doctrine, il faudrait que le législateur le décide, la voie jurisprudentielle n'étant pas ouverte¹⁰⁴. Notre Haute Cour mentionne d'ailleurs que si le juge ne tenait pas compte de cette volonté historique du législateur et s'il accordait, par le biais d'un développement jurisprudentiel, des droits aux prestations allant au-delà de l'art. 48 OLAA, cela irait directement à l'encontre du but législatif¹⁰⁵.

[81] Le Tribunal fédéral a également jugé que l'argumentation de la personne relative à sa capacité de discernement partielle et au fait qu'elle n'avait pas l'intention de se rendre invalide en tentant de se suicider était mal fondée et que les conditions d'un revirement de jurisprudence n'étaient pas réunies¹⁰⁶.

¹⁰⁰ ALFRED MAURER, Le suicide et la tentative de suicide dans l'assurance-accidents (LAA/OLAA), in : Actes du Colloque de Lausanne, 1989, de l'Institut de recherches sur le droit de la responsabilité civile et des assurances, Risques totalement ou partiellement exclus de l'assurance sociale (y compris la prévoyance professionnelle), Lausanne 1990, p. 51 ss (version originale en allemand : p. 45 ss) [ci-après, cité « Le suicide et la tentative de suicide dans l'assurance-accidents »].

¹⁰¹ WILLY KOENIG, Schweizerisches Privatversicherungsrecht : System des Versicherungsvertrages und der einzelnen Versicherungsarten, dritte ergänzte und erweiterte, Auflage, Berne 1967, p. 453.

¹⁰² STÉPHANE MOHAROS, Le suicide en assurances sociales, in : Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 25-2000, p. 104 s.

¹⁰³ GHÉLEW/RAMELET/RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Lausanne 1992, p. 146.

¹⁰⁴ ATF 129 V 95 consid. 3.2 à 3.4.

¹⁰⁵ ATF 129 V 95 consid. 3.2.

¹⁰⁶ Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 25/05 du 21 février 2006 consid. 3.3 et les références.

[82] La jurisprudence du Tribunal fédéral est restée longtemps sans réponse quant à la question de savoir si une action par dol éventuel peut être assimilée à la survenance intentionnelle de l'événement assuré. Il a été répondu par l'affirmative à cette question par l'ATF 143 V 285, motif pris qu'il n'était pas concevable de traiter différemment l'acceptation d'atteintes à la santé et la volonté directe de nuire à la santé ou des conséquences de violences, lesquelles ne sont pas supportées par la communauté assurée¹⁰⁷. Le facteur décisif pour la question de l'existence du dol éventuel ne peut être la gravité de la blessure, mais uniquement le comportement intérieur de la personne assurée. Dans le cadre d'une évaluation globale, celle-ci doit être déterminée sur la base de toutes les circonstances, la gravité des atteintes à la santé ne devant jouer qu'un rôle mineur voire nul. Cela est d'autant plus vrai que, selon une jurisprudence constante, le dol éventuel ne peut être présumé qu'avec retenue, même dans le cas d'actes dangereux¹⁰⁸.

c. Suicide ou accident ?

[83] Une des questions qui se pose est de savoir si nous sommes en présence d'un accident ou d'un acte volontaire. Il faut en premier lieu répondre à la question de savoir si nous avons affaire à un suicide ou à une tentative de suicide et non pas à un autre événement fortuit. En cas de décès, il faut également déterminer si l'intervention d'un tiers est exclue. Un homicide perpétré à l'encontre d'une personne assurée est un accident et ne saurait être qualifié de suicide.

[84] Dans les cas de décès d'une personne atteinte de somnambulisme, le somnambule peut avoir la volonté de se suicider dans ses fausses conceptions et donc d'effectuer un saut en avant depuis une certaine hauteur. Comme l'assuré semble totalement incapable de discernement en cas de somnambulisme – du moins c'est la règle – le saut du somnambule doit être considéré comme un accident¹⁰⁹.

[85] Lorsqu'il y a doute sur le point de savoir si la mort est due à un accident ou à un suicide, il faut se fonder sur la force de l'instinct de conservation de l'être humain et poser comme règle générale la présomption naturelle du caractère involontaire de la mort, ce qui conduit à admettre la thèse de l'accident. Le fait que l'assuré s'est volontairement enlevé la vie ne sera considéré comme prouvé que s'il existe des indices sérieux excluant toute autre explication qui soit conforme aux circonstances. Il convient donc d'examiner dans de tels cas si les circonstances sont suffisamment convaincantes pour que soit renversée la présomption du caractère involontaire de la mort. Lorsque les indices parlant en faveur d'un suicide ne sont pas suffisamment convaincants pour renverser objectivement la présomption qu'il s'est agi d'un accident, c'est à l'assureur-accidents d'en supporter les conséquences¹¹⁰.

[86] L'appréciation de la présence d'un suicide (tentative de suicide) ou d'un accident doit être déterminée au degré de la vraisemblance prépondérante. Le Tribunal fédéral a explicitement précisé : « La présomption [de l'absence d'intention d'un suicide] n'interdit cependant pas de tirer des conclusions sur l'existence d'un suicide à partir du fait que, au vu des circonstances, la mort non intentionnelle semble moins probable que le suicide ». Toutes les variantes possibles ne

¹⁰⁷ KASPAR GEHRING, in : UVG Kommentar, 2018, n. 30 ad Art. 37 UVG.

¹⁰⁸ KASPAR GEHRING, in : UVG Kommentar, 2018, n. 34 ad Art. 37 UVG.

¹⁰⁹ ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 198.

¹¹⁰ Arrêt du Tribunal fédéral 8C_453/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2 et les références.

doivent pas être exclues avec certitude. En outre, le fait qu'il n'y ait pas eu de troubles psychiques, que le type de blessure soit atypique pour un suicide et qu'aucune lettre d'adieu n'ait été trouvée ne contredit pas l'existence d'un acte suicidaire¹¹¹.

[87] Il est le lieu de préciser que le renversement de la présomption n'a lieu qu'en ce qui concerne la question de savoir si la mort est due à un accident ou à un suicide, et ne se rapporte pas à la capacité (respectivement l'incapacité) de discernement¹¹².

[88] Par ailleurs, la simple intention d'accomplir l'acte ayant causé l'atteinte à la santé ou la mort ne constitue pas une intention au sens de l'art. 37 al. 1 LAA¹¹³. L'intention en matière d'atteinte à la santé ou de décès ne peut être affirmée que si le risque assuré est survenu à la suite de l'action envisagée. Si le risque assuré ne survient pas dans l'acte prévu et voulu, il n'y a pas de cas d'application de l'art. 37 al. 1 LAA (par ex. si un assuré veut se suicider en sautant devant un train, mais décède sur le chemin en allant vers la voie ferrée, en étant heurté sur le passage piéton)¹¹⁴.

[89] Le Tribunal fédéral attache une grande importance aux « premières déclarations » de l'assuré victime d'un accident. S'agissant d'apprécier les preuves dans le cas d'une tentative de suicide, les déclarations de la première heure sont en général plus spontanées et plus fiables que les déclarations ultérieures, consciemment ou inconsciemment influencées par des réflexions de droit des assurances ou d'une autre nature¹¹⁵. C'est pourquoi, lorsque l'assuré modifie sa déclaration avec le temps, on accordera plus de poids à celle qu'il avait faite peu après l'accident. En règle générale, il est accordé une valeur de preuve supérieure aux déclarations faites sur le vif.

[90] En outre, une distinction doit être faite s'agissant de « l'atteinte volontaire ». Il ne faut pas confondre un suicide – ou sa tentative – et un mouvement irréfléchi, dû à la colère. Dans le cas d'une personne assurée ayant tapé du pied le sol en béton, dans un moment de grande colère, engendrant une fracture interne du calcanéum droit, l'assurance-accidents avait considéré dans sa décision que le caractère involontaire de l'événement faisait défaut et ainsi il n'y avait pas d'accident au sens de la loi. Le tribunal cantonal a admis le recours de la personne assurée, confirmant la prise en charge de l'atteinte¹¹⁶.

[91] Notre Haute Cour a rappelé que le fait que la personne assurée ne laisse pas de lettre de suicide et qu'elle n'a jamais exprimé de pensées suicidaires à quiconque n'exclut pas non plus le suicide¹¹⁷. Par ailleurs, il n'est pas rare qu'un suicide apparaisse aux yeux des membres de la famille ou des proches comme un événement totalement imprévisible et inexplicable¹¹⁸.

[92] Il y a donc lieu de déterminer si nous sommes en présence d'un accident dont a été victime la personne assurée ou d'un acte volontaire commis par l'intéressé.

¹¹¹ Arrêt du Tribunal fédéral 8C_552/2019 du 23 décembre 2019 consid. 5.1 et les références.

¹¹² Arrêt du Tribunal cantonal du canton de Vaud, Cour des assurances sociales, du 12 août 2010 consid. 2c (AA 109/08 et AA 110/08 - 106/2010, confirmé par le Tribunal fédéral [arrêt 8C_936/2010 du 14 juin 2011]).

¹¹³ KASPAR GEHRING, in : UVG Kommentar, 2018, n. 27 ad Art. 37 UVG et les références.

¹¹⁴ KASPAR GEHRING, in : UVG Kommentar, 2018, n. 28 ad Art. 37 UVG et les références.

¹¹⁵ voir ATF 142 V 590 consid. 5.2 p. 594 s. ; 121 V 45 consid. 2a p. 47 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6 ; 8C_388/2017 du 6 février 2018 consid. 4.2.

¹¹⁶ Jugement de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice de la République et canton de Genève du 7 décembre 2011 (ATAS/1227/2011) ; l'atteinte involontaire n'était plus contestée par l'assurance-accidents lors du recours au Tribunal fédéral mais uniquement l'appréciation de l'art. 9 al. 2 aOLAA (ATF 139 V 327).

¹¹⁷ Arrêt du Tribunal fédéral 8C_773/2016 du 20 mars 2017 consid. 4.2.3.

¹¹⁸ Arrêt du Tribunal fédéral 8C_453/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2 et la référence.

[93] Voici quelques exemples tirés de la jurisprudence pour illustrer nos propos.

Arrêt du Tribunal fédéral U 328/02 du 9 décembre 2003

[94] Le 14 mars 1998, l'assuré, contremaître né en 1958, a été retrouvé mort au cimetière. Selon le rapport de la gendarmerie cantonale, le corps a été découvert par une personne qui se rendait au cimetière et qui l'avait trouvé pendu à un arbre. Les pandores ont retrouvé les vêtements de ville du défunt et sa carte d'identité. Des conclusions du rapport d'autopsie, le décès était la conséquence d'un processus asphyxique par pendaison, une intoxication concomitante n'étant pas exclue. A l'issue d'examens complémentaires, ils ont indiqué que le sang du défunt ne contenait pas d'alcool et que l'analyse toxicologique systématique s'était révélée négative.

[95] Selon les juges cantonaux, le rapport de la gendarmerie et les premières constatations des médecins légistes sont incomplets, de sorte qu'il existe des doutes quant à la chronologie des événements qui ont conduit au décès. Il n'en demeure pas moins que les constatations de la gendarmerie et les conclusions des médecins permettent de constater, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le décès résulte d'un suicide. En effet, la veuve et ses enfants, recourants, n'ont apporté aucun élément de fait permettant de mettre en doute le bien-fondé de la décision de classement de la procédure pénale ou l'exactitude des conclusions des médecins légistes.

[96] Selon le Tribunal fédéral, on peut certes concéder à la veuve et aux orphelins que tous les détails au sujet du décès de l'assuré n'ont pas été élucidés. Il n'en demeure pas moins que les éléments ressortant du dossier sont suffisants pour conclure à l'existence d'un suicide. En particulier, il n'existe pas de trace d'intervention extérieure. Or, il n'est pas vraisemblable que la commission d'un acte consistant en l'exécution, par pendaison à la branche d'un arbre, d'une personne de quatre-vingts kilos, sans son consentement, ne laisse pas la moindre trace d'intervention de tiers. Par ailleurs, les médecins légistes ont attesté que le sang du défunt ne contenait ni alcool ni produit toxique, de sorte qu'il est exclu que des tiers aient pu agir en mettant à profit le fait qu'il était inconscient. Au demeurant, les conclusions de la police et du procureur général quant à la cause du décès sont claires. Enfin, des explications à ce geste ne manquent pas si l'on considère que l'assuré a fait part à différentes personnes de ses problèmes relationnels dans sa vie privée et dans ses rapports de travail.

Arrêt du Tribunal fédéral U 379/06 du 19 octobre 2006

[97] Le vendredi 26 novembre 2004, l'assuré, aide de production né en 1959, a été mortellement happé par un train.

[98] Des investigations, il ressort que le jour en question, l'assuré a dîné en compagnie de son épouse et d'une de ses filles. Aux environs de 15 heures, il s'est rendu à un café où il a consommé de la bière et a discuté avec des clients. Peu après 17 heures, il a quitté l'estaminet. Il a été aperçu au milieu de la voie de chemin de fer à la hauteur d'une gare désaffectée. Un train voyageur l'a mortellement happé.

[99] La cour cantonale a retenu que malgré l'avertisseur sonore, le défunt est resté immobile au milieu de la voie de chemin de fer, sur son côté gauche, le visage face au Rhône. Cette attitude résignée parlait en faveur d'une décision irrémédiable de mettre fin à ses jours.

[100] Selon le Tribunal fédéral, même si l'un des deux conducteurs du train admet avoir fermé les yeux lorsque le choc devenait inévitable, il était, jusqu'au dernier moment, particulièrement bien placé pour observer le comportement du défunt.

[101] L'hypothèse selon laquelle l'assuré aurait traversé les voies ferrées pour se rendre sur son lieu de travail et aurait été tétanisé par la peur, expliquant ainsi sa présence au milieu des rails et son immobilisme, n'a pas été retenue par le Tribunal fédéral. D'une part, il ne ressort pas des témoignages recueillis que l'assuré aurait eu l'intention de se rendre à son travail le jour du drame ; d'autre part, la veuve n'allègue pas de motifs précis et convaincants qui auraient pu inciter son mari à se rendre à l'usine un vendredi en fin de journée, alors qu'il avait pris quelques jours de congé. Enfin, rien ne justifiait qu'il se soit trouvé sur les voies à cet endroit et à ce moment. Selon le Tribunal fédéral, on doit conclure dans le cas d'espèce que l'assuré est volontairement demeuré immobile sur la voie ferrée lorsque le train voyageur l'a happé. Objectivement, la présomption qu'il s'est agi d'un accident est donc renversée.

[102] En ce qui concerne la raison de cet acte, le tribunal cantonal a relevé les indices, tirés des divers témoignages, plaidant en faveur de l'existence de soucis, fondés ou non, tant sur le plan personnel que financier auxquels le défunt était en proie à l'époque du drame (75 actes de défauts de bien pour un montant total de 62'500 fr).

Arrêt du Tribunal cantonal du canton de Vaud, Cour des assurances sociales, du 29 octobre 2009 (AA 58/08 - 2/2010)

[103] L'assuré, gendarme né en 1952, est décédé le 8 septembre 2005. Son corps a été retrouvé flottant dans un canal.

[104] Le médecin légiste a indiqué qu'au vu des préparatifs (voiture fermée à clé, clé dans la poche de pantalon, chaussures et lunettes retirées et déposées soigneusement sur la rive) et l'absence de traces de violence extérieure, l'on peut conclure selon toute vraisemblance à un geste volontaire. Le motif n'est pas clairement établi. Il n'y a pas de lettre d'adieu. Selon le rapport de la police cantonale, il y avait lieu de penser, compte tenu de la situation, de l'appréciation de la police criminelle et de l'inspection légale du médecin, que l'assuré avait volontairement mis fin à ses jours. Selon le rapport de l'institut médico-légal, il s'agissait d'un cas typique de noyade en pleine conscience, une intervention extérieure était exclue, le corps de l'intéressé était en parfaite santé, sans indice de maladie. Il était en outre précisé que l'assuré était probablement alcoolisé au moment des faits et qu'une biopsie et une analyse avaient dès lors été ordonnées.

[105] L'autopsie médico-légale a permis de constater les signes d'une noyade typique : poumons secs et fortement distendus et contenu intestinal aqueux. Dans le liquide de prélèvement pulmonaire périphérique, des diatomées ont en outre été retrouvées. Leur présence prouve la mort par noyade. Les constatations ont de même indiqué que l'assuré s'est noyé alors qu'il était conscient. Ceci, en l'absence d'autres constatations sur les causes de la mort, permet de conclure selon toute vraisemblance à un suicide. L'analyse chimique et toxicologique du sang a montré un taux d'alcoolémie de 1,0. Cela prouve que l'assuré était sous l'influence de l'alcool au moment de l'événement.

[106] Dans le cadre de la procédure d'opposition, une expertise médicale a été confiée à un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il a répondu négativement à la question de savoir si l'assuré était incapable de se déterminer raisonnablement – en raison notamment d'une maladie mentale ou d'une faiblesse d'esprit ou encore d'un grave trouble de la conscience – au moment de l'acte. Il estimait qu'il n'y avait pas d'élément manifeste évoquant un geste ou une pulsion irrésistible (raptus), dès lors que l'assuré avait soigneusement parké sa voiture, rangé quelques affaires sur l'herbe et plus ou moins sciemment conservé quelques autres ayant une valeur symbolique avec lui et que les raptus consistaient le plus souvent en des défenestrations ou des actes

beaucoup plus violents et incontrôlables. S'agissant du contexte familial au moment des faits, le médecin-expert était d'avis que l'intéressé n'avait probablement pas réussi à faire face à un échec professionnel et à la maladie de sa fille, qui venaient détruire l'image idéalisée et inébranlable qu'il souhaitait avoir de son parcours de vie et familial, ainsi que de son existence qui semblait ordonnée dans le moindre détail jusqu'à son terme.

[107] Selon le tribunal cantonal, il existe un faisceau d'indices sérieux excluant toute autre explication qui soit conforme aux circonstances. La femme et les enfants du défunt ont fourni quelques explications à ce sujet mais elles ne permettent toutefois pas une appréciation différente. La thèse du malaise évoquée par les recourantes se voit notamment affaiblie par les constatations de la police cantonale et de l'institut médico-légal, selon lesquelles le corps de l'intéressé était en parfaite santé, sans aucun indice de maladie. Enfin, au stade de leur opposition, les recourantes n'excluaient pas la possibilité d'un suicide. Les juges cantonaux ont retenu que les circonstances du décès sont suffisamment et objectivement convaincantes pour renverser la présomption du caractère involontaire de la mort et pour conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, à un suicide.

Arrêt du Tribunal fédéral 8C_453/2016 du 1^{er} mai 2017

[108] Le 25 mai 2012, vers une heure du matin, l'assuré, responsable informatique, a été retrouvé sans vie sur la voie publique, gisant au pied de son immeuble. Selon le rapport de levée de corps de la police, il ressortait des premiers éléments de l'enquête que le défunt était tombé du balcon de son domicile, au quatrième étage. La porte de son appartement était fermée, mais pas verrouillée. Toutes les lumières de l'appartement étaient éteintes. Le défunt était probablement en train de manger un yaourt juste avant de chuter, ce yaourt et son contenu partiel ayant été retrouvés au sol à côté de lui. Aucune trace de lutte, de fouille ou de vol n'a été constatée dans l'appartement. Aucun message d'adieu n'a été trouvé.

[109] Le rapport d'autopsie revient plus précisément sur les constatations faites sur place. La porte-fenêtre de la cuisine était ouverte sur le balcon qui était bordé par une rambarde haute de 90 cm. Sur la droite de la rambarde, dans la direction du corps en contrebas qui se trouvait plusieurs mètres en avant de la rambarde, il a été observé une trace de ripage sous la forme d'un décollement de peinture. Au premier étage, il y avait une marquise située juste en-dessous des balcons. Un skateboard se trouvait sur le sol juste à côté de la rambarde. Sur la table de nuit, il y avait des emballages de deux hypnotiques (Stilnox® et Zolpidem®) et de benzodiazépine (Temesta®), ainsi qu'une ordonnance pour du Cipralex® (antidépresseur) établie le 24 mai 2012. Dans la salle de bains se trouvait du Tranxilium® (benzodiazépine). Les médecins légistes ont conclu à un décès consécutif à un polytraumatisme sévère. L'ensemble des lésions constatées était compatible avec une chute d'une hauteur du quatrième étage.

[110] De l'enquête réalisée par l'assurance-accidents, il ressort que l'assuré avait consulté un psychiatre dès janvier 2012. Ce médecin a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et a précisé qu'il s'agissait d'une rechute.

[111] L'assurance-accidents a mis en œuvre une expertise, confiée à un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. L'expert s'est entretenu, entre autres, avec la mère du défunt. Selon elle, son fils n'avait jamais présenté de troubles psychiatriques jusqu'aux faits en cause. La veille du décès, l'assuré était venu la chercher à l'aéroport. Il semblait aller tout à fait bien. Il l'avait conduite chez elle et n'était pas resté pour manger avec elle comme il en avait l'habitude, prétextant qu'il avait « quelque chose » ce soir-là. Toujours selon sa mère, il avait prévu de prendre ses deux fils à son

domicile le lendemain. Il avait préparé les cadeaux pour l'anniversaire du fils cadet auquel elle était invitée ainsi que les beaux-parents et peut-être des amis. Il avait acheté la nourriture pour le repas d'anniversaire. Au vu de tous ces éléments, la mère considérait comme hautement improbable que son fils se soit suicidé. L'expert estime que la présence d'un yaourt et d'une cuillère à côté du corps n'exclut pas l'éventualité d'un suicide. Dans un contexte de désespoir et de ruminations suicidaires, ces objets ont pu être jetés préalablement au sol avant le passage à l'acte ou être gardés à la main lorsque l'assuré s'est précipité dans le vide. L'expert retient un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2) et conclut qu'au regard des circonstances du décès et de la nature de la pathologie psychiatrique, il considère que le suicide demeure l'hypothèse la plus probable et ce, avec une vraisemblance prépondérante (> 50%). Il se déclare convaincu, pour le cas où le suicide serait retenu, que l'assuré n'était pas totalement incapable d'agir raisonnablement au moment de l'acte.

[112] Selon le Tribunal fédéral, on peut tout d'abord exclure l'intervention d'une tierce personne, de même qu'une chute accidentelle sous l'emprise de médicaments ou de l'alcool.

[113] La thèse selon laquelle l'assuré a pu trébucher sur le skateboard qui se trouvait sur le balcon, avec un effet propulsant, relève de la pure conjecture. Rien ne dit que les traces de ripage relevées sur le balcon aient un quelconque lien avec la chute. On peine au demeurant à imaginer que le simple fait de trébucher ait pu entraîner un effet propulsant. Affirmer par ailleurs que l'assuré a pu être victime d'un malaise est une simple supposition. A aucun moment, les médecins légistes ne semblent considérer que l'affection coronarienne – signalée par eux dans une importante liste de diagnostics anatomo-pathologique – aurait pu jouer un rôle dans le décès. On peut au demeurant penser qu'en cas de malaise, l'homme se serait affaissé et le corps, à supposer qu'il ait basculé par-dessus la rambarde, aurait vraisemblablement heurté la marquise en tombant. Le fait que le corps n'a pas heurté cet obstacle donne au contraire à penser que l'assuré s'est élancé de son propre mouvement dans le vide.

[114] En ce qui concerne le diagnostic, on ne saurait guère nier l'existence d'un état dépressif sévère clairement attesté par le psychiatre-traitant, lequel a encore vu son patient quelques heures avant son décès.

[115] Le Tribunal fédéral conclut qu'à l'aune du degré de vraisemblance prépondérante, la thèse du suicide doit être retenue.

d. Suicide en l'absence de discernement

[116] Les problèmes qui se posent le plus souvent sont ceux qui ont trait à la question de l'absence – totale ou partielle – de discernement de la victime au moment de la commission de l'acte.

[117] Dans le cas d'une personne atteinte de schizophrénie paranoïde lors de la tentative de suicide, le Tribunal fédéral des assurances a jugé que, même s'il ne pouvait faire de doute que l'état de responsabilité était considérablement restreint, il n'était pas établi avec une vraisemblance prépondérante que la victime eût entièrement perdu son libre arbitre et sa faculté de jugement. Le Tribunal fédéral des assurances a précisé que même une sérieuse atteinte psychique comme la schizophrénie paranoïde ne permet de conclure *ipso facto* à une irresponsabilité totale¹¹⁹. En

¹¹⁹ Arrêt non publié L. du 20 mars 1984 (CNA 1984/7).

revanche, il a admis cet état dans le cas d'une assurée qui, au moment déterminant, souffrait de troubles de mélancolie délirante et se trouvait sous l'effet d'un raptus autodestructeur entraînant la perte de tout contrôle rationnel de ses propres actes¹²⁰. Enfin, les juges fédéraux ont encore statué qu'une maladie mentale ne permet pas de conclure nécessairement à une incapacité de discernement telle qu'il faille exclure toute influence de la volonté sur l'acte autodestructeur de la victime¹²¹.

[118] Cette jurisprudence a été critiquée par la doctrine, tant par son caractère restrictif qu'en raison du fait qu'elle se référait aux notions de la responsabilité et de l'irresponsabilité du droit pénal plutôt qu'à celles de la capacité et de l'incapacité de discernement du droit civil¹²². La condition de l'irresponsabilité, qui permet d'assimiler le suicide à l'accident, a été posée pour la première fois en 1934¹²³.

[119] Dans l'arrêt du 6 février 1987¹²⁴, le Tribunal fédéral des assurances a examiné en particulier l'art. 48 OLAA. Se référant à KIND¹²⁵, il a jugé que le texte de cette disposition fait référence à l'absence de capacité de discernement au sens de l'art. 16 CC et non à la responsabilité pénale (art. 10 ss aCP)¹²⁶. Dès lors, la jurisprudence valable sous le régime de la LAMA, qui a principalement déclaré que l'état d'irresponsabilité était déterminant, ne peut être maintenue. Le droit des assurances sociales ne se concentre pas sur la responsabilité pénale mais sur le discernement, qui doit être examiné au regard de l'acte concret en question et en évaluant les circonstances objectives et subjectives existant au moment où ce dernier a été accompli. Le seul facteur déterminant est de savoir si, au moment décisif, cette capacité minimale de raisonnement était présente pour le contrôle conscient des processus endothymiques (c'est-à-dire surtout des processus instinctifs mentaux)¹²⁷. En d'autres termes, pour que l'assureur-accident soit tenu de verser des prestations, il doit exister des preuves de maladie mentale ou de faiblesse d'esprit notamment qui, au moment de l'exécution de l'acte et compte tenu des circonstances objectives et subjectives, ont complètement aboli la faculté d'agir de manière rationnelle.

[120] Ainsi, sous l'angle de l'assurance-accidents et conformément à l'art. 48 OLAA, l'intention suppose la capacité de discernement de l'auteur selon l'art. 16 CC¹²⁸. L'intention comprend donc un élément intellectuel (élément cognitif), à savoir la faculté d'apprécier la nature de l'acte, et un élément volontaire (élément volitif), soit la faculté de l'auteur de diriger son comportement d'une manière conforme à l'appréciation qu'il a faite. Les deux composantes (cognition et volition) doivent être présentes pour parler de capacité de discernement¹²⁹. En outre, la capacité

¹²⁰ Arrêt non publié B. du 23 avril 1982.

¹²¹ Arrêts non publiés W. du 4 juin 1980 (CNA 1980/3), P. du 28 juillet 1986 ; GUSTAVO SCARTAZZINI, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, 1991 [ci-après, cité « Les rapports de causalité »] p. 84.

¹²² SCARTAZZINI, Les rapports de causalité, p. 85.

¹²³ ATFA 1934 p. 81 ss.

¹²⁴ ATF 113 V 61 ; cf. également ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Ergänzungsband, 1989, p. 20 s.

¹²⁵ HANS KIND, Suizid oder Unfall ? Psychiatrische und versicherungsrechtliche Probleme, in : SZS 1986, p. 136.

¹²⁶ ATF 113 V 61 consid. 2c.

¹²⁷ ATF 113 V 61 p. 63 ; HANS KIND, Suizid oder Unfall ? Psychiatrische und versicherungsrechtliche Probleme, in : SZS 1986, p. 138.

¹²⁸ ATF 113 V 61 ; voir aussi RAMA 1989 U 84, p. 448, cons. 2b non publié in ATF 115 V 151.

¹²⁹ ULRIKE HOFFMANN-RICHTER, Expertise des cas de suicide dans le cadre de la LAA, in : Suva Medical 2012 [ci-après, cité « Expertise des cas de suicide »], p. 195.

de discernement est une notion relative qui doit toujours être considérée par rapport à un acte déterminé¹³⁰.

[121] Le discernement est présumé tant qu'il n'y a pas de signes contraires et qu'il ne fait aucun doute que la personne a la capacité d'agir rationnellement¹³¹.

[122] Par conséquent, pour entraîner la responsabilité de l'assureur-accidents, il faut que, au moment de l'acte et compte tenu de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives, en relation aussi avec l'acte en question, l'intéressé ait été privé de toute possibilité de se déterminer raisonnablement en raison notamment d'une déficience mentale ou de troubles psychiques¹³². L'incapacité de discernement n'est donc pas appréciée dans l'abstrait, mais concrètement, par rapport à un acte déterminé, en fonction de sa nature et de son importance, les facultés requises devant exister au moment de l'acte¹³³. 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 par exemple la folie, les hallucinations, la stupeur profonde, le raptus¹³⁴. Le suicide doit avoir pour origine une maladie mentale symptomatique. 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 pas¹³⁵.

[123] La notion de raptus se réfère à la notion d'être porté, ravi, littéralement enlevé de façon paroxystique, ici vers un geste désespéré. L'émotion instantanée est immédiatement transformée en passage à l'acte. L'image de la réaction de « court-circuit » illustre un raccourci psychologique qui évite les mécanismes de contrôle que possède un sujet en situation normale. Le raptus doit présupposer un fondement psychopathologique des axes I ou II du DSM-IV¹³⁶, qui doit être documenté par le travail d'expertise, puisque se pose ici toujours la question de savoir si le motif qui conduit au geste suicidaire est en rapport avec les troubles psychiques constatés. Ces problèmes psychiques peuvent, entre autres choses, relever d'un trouble de la personnalité, d'un trouble affectif (état dépressif), d'une intoxication à des substances psychoactives (alcool, drogues) ou encore d'un trouble psychotique. Le plus souvent doivent être évoqués des facteurs psychopathologiques multiples intervenant dans des circonstances particulières et de façon intriquée. Il ne s'agit pratiquement jamais d'une causalité linéaire où une maladie mentale donnée aboutit au geste suicidaire « insensé » valant pour accident¹³⁷.

¹³⁰ SCARTAZZINI, Les rapports de causalité, p. 82 s ; ODILE PELET, La capacité de discernement est-elle expertisable ?, in : Douleur analg. (2011) 24 :pp.14–28 [ci-après, cité « La capacité de discernement est-elle expertisable ? », p. 17 s., cf. ég. p. 22.

¹³¹ KASPAR GEHRING, in : UVG Kommentar, 2018, n. 7 ad Art. 37 UVG.

¹³² ATF 140 V 220 consid. 3 p. 222 ; 129 V 95 ; ATF 113 V 61 consid. 2, qui se réfère à la maladie mentale et à la faiblesse d'esprit prévues par l'art. 16 aCC (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2012) ; RAMA 1990 no U 96 p. 185 consid. 2 ; ATF 115 V 151 consid. 2b publié dans RAMA 1989 no U 84 p. 448.

¹³³ Principe de la relativité du discernement ; voir par exemple ATF 134 II 235 consid. 4.3.2 p. 239.

¹³⁴ Le raptus est un état soudain d'excitation, d'émotion paroxystique ; cf. arrêts du Tribunal fédéral U 55/99 du 11 juillet 2001 consid. 2c ; 8C_453/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 3.2 ; HANS KIND, Suizid oder « Unfall », Die psychiatrischen Voraussetzungen für die Anwendung von Art. 48 UVV, RSA 1993, note no 6.

¹³⁵ 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 ; HANS KIND, Suizid oder « Unfall », Die psychiatrischen Voraussetzungen für die Anwendung von Art. 48 UVV, RSA 1993 p. 291 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, n. 81 p. 920.

¹³⁶ NDR : le DSM-5 adopte désormais une présentation non axiale du diagnostic (en remplacement des axes I, II et III) [DSM-5, Introduction, Système multiaxial, p. 18].

¹³⁷ PIERRE-ANDRÉ FAUCHÈRE, Le suicide comme accident, in : L'expertise médicale, De la décision à propos de quelques diagnostics difficiles, Volume 2, 2005 [ci-après, cité « Le suicide comme accident »], ch. 5.5, p. 138.

[124] Au titre des causes passagères, le Code civil ne mentionne que l'ivresse et « d'autres causes semblables ». Il ne s'agit pas, par cette formulation, d'étendre de manière générale l'énumération des causes d'altération, mais simplement de permettre d'inclure les causes provoquant des effets similaires à l'alcool. Selon la jurisprudence, il faut entendre principalement les états suivants : le sommeil, le somnambulisme, l'hypnose, le délire fébrile et l'intoxication due aux stupéfiants. Il doit ainsi s'agir « d'états physiologiques temporaires, qui rendent impossible une appréciation de la situation et/ou du comportement en cause ». En revanche, des émotions telles qu'une « forte passion » ou un mouvement de colère seraient exclus, au motif que ces états physiologiques ne seraient pas de nature à provoquer des effets semblables chez tous les êtres humains¹³⁸.

[125] Pour établir l'absence de capacité de discernement, il ne suffit pas de considérer l'acte de suicide et, partant, d'examiner si cet acte est déraisonnable, inconcevable ou encore « insensé ». Il convient bien plutôt d'examiner, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier du comportement et des conditions d'existence de l'assuré avant le suicide, s'il était raisonnablement en mesure d'éviter ou non de mettre fin ou de tenter de mettre fin à ses jours. Le fait que le suicide en soi s'explique seulement par un état pathologique excluant la libre formation de la volonté ne constitue qu'un indice d'une incapacité de discernement¹³⁹.

[126] Pour qu'on puisse considérer l'acte commis par l'assuré contre lui-même comme un accident sur la base de l'art. 48 OLAA, deux conditions doivent être remplies : l'incapacité de se comporter raisonnablement doit être totale et elle doit, en plus, être non fautive¹⁴⁰. Par raisonnable, il faut ainsi entendre « la capacité d'utiliser sa raison pour arriver à une décision prise librement » et non la prise d'une décision sensée¹⁴¹.

[127] Seule une incapacité *totale* de discernement permet de conclure à l'accident. Pour répondre à la question de savoir si l'assuré était totalement incapable de discernement, une expertise psychiatrique est nécessaire. Il sera alors difficile de tracer la limite entre l'incapacité totale de discernement, d'une part, et la capacité de discernement qui est seulement très fortement réduite, d'autre part¹⁴².

[128] Un minimum de capacité de discernement au moment de l'acte exclut l'application de l'art. 48 OLAA. Seule une incapacité *totale* de discernement permet de conclure à un accident. Dans la règle, il ne peut donc s'agir que d'actes soudains, imprévisibles et non préparés. Le fait que l'intéressé ait écrit une lettre d'adieux ou informé préalablement des tiers de son intention ou encore effectué des préparatifs (quérir ou acquérir une arme, une corde, effectuer le trajet vers un lieu propice, etc.) doit en règle générale exclure la totale incapacité de discernement. Le moyen utilisé présuppose par conséquent une disponibilité immédiate. C'est pourquoi la défenestration se démarque comme le moyen de suicide le plus souvent en cause dans les cas où suicide et tentative de suicide sont assimilés à un accident¹⁴³.

¹³⁸ PELET, La capacité de discernement est-elle expertisable ?, p. 17 et les références.

¹³⁹ Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 328/02 du 9 décembre 2003 ; RAMA 1996 n° U 267 p. 309 consid. 2b et les références.

¹⁴⁰ « sans faute de sa part » selon le texte de la disposition.

¹⁴¹ PELET, La capacité de discernement est-elle expertisable ?, p. 23.

¹⁴² ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Ergänzungsband, 1989, p. 22 ; MAURER, Le suicide et la tentative de suicide dans l'assurance-accidents, p. 54.

¹⁴³ FAUCHÈRE, Le suicide comme accident, ch. 5.4, p. 138.

[129] En vue de clarifier la capacité de discernement en cas de suicide ou de tentative de suicide, la jurisprudence a concrétisé ces dispositions de la manière suivante :

- les expertises psychiatriques doivent en principe s'appuyer sur un examen individuel¹⁴⁴.
- Il est nécessaire d'établir une anamnèse incluant les aspects personnels, familiaux et socio-professionnels.
- Ceci signifie qu'il faut interroger les plus proches parents en cas de suicide accompli, le suicidant en cas de survie et, dans les deux cas, d'autres proches aussi si nécessaire.
- Si cette enquête personnelle n'est pas jugée nécessaire, ceci doit être justifié.
- Une simple appréciation sur dossier n'est pas en soi irrecevable ; elle suffit s'il ne s'agit pour l'essentiel que d'apprécier une situation médicale déterminée et que de nouveaux examens sont inutiles¹⁴⁵.

[130] Toute une série d'étapes sont par conséquent nécessaires dans les mandats d'expertise destinés à évaluer la capacité de discernement au regard d'un suicide ou d'une tentative de suicide :

- comme pour toute expertise psychiatrique, la base est constituée par le recueil de la biographie et de la situation sociale,
- le recueil de l'histoire de la maladie et l'analyse du dossier à la recherche d'éventuels troubles psychiques et
- l'analyse des documents d'investigation sur la situation en cause, ainsi que ses tenants et ses aboutissants¹⁴⁶.

[131] Ces bases sont complétées par :

- la reconstitution des observations concernant le moment en question ou des indices sur des symptômes psychiques,
- la reconstitution du diagnostic ou des indices d'un diagnostic et la discussion des diagnostics différentiels possibles,
- l'élucidation de la question de savoir s'il existait des signes d'un trouble grave de la conscience au moment en cause,
- la traduction en termes juridiques de maladie ou la construction auxiliaire des notions de « maladie mentale » ou « faiblesse d'esprit » devenues entre-temps obsolètes et
- la reconstitution du déroulement de l'acte : existe-t-il en amont des signes d'un long débat intérieur conscient avec la question du suicide ? Existe-t-il des actes préparatoires ? Existe-t-il une lettre d'adieu ou l'intéressé a-t-il informé quelqu'un de son départ ? Quelle était la complexité des actes ayant mené au suicide ?¹⁴⁷

¹⁴⁴ Il est évident que cette condition ne s'applique que pour les cas de tentative de suicide.

¹⁴⁵ HOFFMANN-RICHTER, Expertise des cas de suicide, p. 191 s.

¹⁴⁶ HOFFMANN-RICHTER, Expertise des cas de suicide, p. 196.

¹⁴⁷ HOFFMANN-RICHTER, Expertise des cas de suicide, p. 196 s.

[132] C'est sur ces bases qu'on peut finalement aborder la capacité de discernement, c'est-à-dire en sachant les éléments qui militent pour son maintien partiel ou pour son abolition complète par rapport au suicide¹⁴⁸.

[133] Pour le médecin-expert, faire une expertise signifie prendre position sur les questions posées dans sa propre discipline médicale en se basant sur l'état actuel des connaissances et sur une expérience personnelle clinique suffisante. Expertiser signifie également traduire les termes de sa propre discipline – psychiatrique – en termes juridiques ; il n'incombe pas aux juristes mais à l'expert médical de présenter ses constatations et examens pratiqués lors de l'élaboration des faits, de façon compréhensive pour le juriste, et de commenter les résultats obtenus dans une terminologie juridique. Un diagnostic psychiatrique n'est pas forcément une maladie mentale. Le lien de causalité naturelle n'est pas fondé uniquement sur la base de la chronologie (« *post hoc, ergo propter hoc* »). Des troubles qui se sont développés même s'ils sont graves ne doivent pas forcément persister. De même, ils ne s'amendent pas dans tous les cas¹⁴⁹. Cependant, ni le diagnostic psychiatrique ni l'analyse de la causalité sont de simples questions d'estimation. L'évaluation de certaines situations complexes requiert des connaissances professionnelles fondamentales et méthodiques associées à une vaste expérience clinique, qui permettent ensemble d'éclaircir dans la meilleure mesure possible les questions posées. Il n'incombe pas à l'expert de faire preuve de clarté si elle fait défaut. Son devoir (ce qui vaut également pour toute activité scientifique) est de réduire les incertitudes. S'inscrivent dans ce contexte également l'énumération des questions qui demeurent ouvertes et la mention du degré résiduel d'incertitude¹⁵⁰. L'expert médical doit toutefois s'abstenir de spéculer sur l'existence ou l'absence de libre arbitre s'il ne veut pas dépasser les limites fixées par sa discipline¹⁵¹.

[134] S'agissant de l'appréciation de l'expertise, le juge est autorisé à s'écarter de l'avis du spécialiste si celui-ci conclut à l'existence d'une incapacité en n'étudiant que « la fraction de seconde » de l'acte en cause, alors que l'examen des instants ayant précédé le geste devrait conduire à admettre une démarche consciente. Il en va ainsi, avant tout, en matière de suicide. Le juge pourrait s'écarter de l'avis d'un expert concluant à l'irresponsabilité s'il est établi que l'individu « a construit avec une logique et une raison suffisante les circonstances de son suicide ». De tels préparatifs révéleraient « une capacité minimale de raisonnement pour maîtriser d'une manière consciente et critique une impulsion ». C'est cette argumentation qui conduit les tribunaux à rejeter de manière presque systématique l'incapacité de discernement des personnes qui se jettent sous un train. Il est le plus souvent possible d'établir des étapes préparatoires, qui sous-entendent une démarche délibérée et, en conséquence, la conservation d'une certaine capacité d'agir raisonnablement¹⁵².

[135] La constatation de l'état de santé mentale de l'intéressé ou de la nature et de l'importance d'éventuels troubles liés à cet état est une question de fait. Il appartient en revanche au droit de déterminer, sur la base des faits, la capacité ou l'incapacité¹⁵³. L'expert doit dès lors « se limiter

¹⁴⁸ HOFFMANN-RICHTER, Expertise des cas de suicide, p. 197 et la référence.

¹⁴⁹ ULRIKE HOFFMANN-RICHTER, A propos du lien de causalité naturelle de séquelles psychiques d'accident d'un point de vue psychiatrique, in : Informations médicales 74, printemps 2003 [ci-après, cité « A propos du lien de causalité naturelle »], p. 85.

¹⁵⁰ HOFFMANN-RICHTER, A propos du lien de causalité naturelle, p. 89.

¹⁵¹ HANS KIND, Suizid oder « Unfall », Die psychiatrischen Voraussetzungen für die Anwendung von Art. 48 UVV, RSA 1993, p. 284.

¹⁵² PELET, La capacité de discernement est-elle expertisable ?, p. 19 et les références.

¹⁵³ ATF 111 V 58 consid. 3c.

à décrire le plus précisément l'état mental de la personne considérée ». Les éventuelles considérations juridiques contenues dans l'expertise n'entachent pas sa validité, mais elles doivent être écartées. Le juge doit par contre vérifier que l'expert a une compréhension exacte de l'incapacité de discernement et qu'il l'a évaluée conformément aux exigences juridiques, soit *in concreto* et non de manière générale ou abstraite¹⁵⁴.

[136] La mission d'expertise ne signifie pas que l'expert doit parvenir à des réponses absolues ou catégoriques. La détermination de la capacité de discernement, chez une personne décédée de surcroît, est un processus complexe. L'expert n'obtiendra ainsi souvent que des conclusions probables ou même incertaines. Il appartiendra au juge d'en tirer les conséquences juridiques qui s'imposent. En cas d'impossibilité d'établir catégoriquement la capacité ou l'incapacité, c'est la présomption qui l'emportera. Si l'intéressé ne présente ou ne présentait aucune pathologie particulière, c'est la présomption de capacité qui s'imposera. S'il était atteint d'un trouble de nature à perturber ses facultés mentales, c'est alors la présomption d'incapacité qui l'emportera¹⁵⁵.

[137] Il n'existe donc pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé¹⁵⁶.

[138] MAURER déplore l'absence d'une unité de doctrine des psychiatres en la matière. Il regrette l'insécurité juridique quant à la question de savoir quels symptômes psychiatriques permettent de retenir une incapacité totale de discernement et lesquels autorisent simplement de conclure à une simple réduction de la capacité de discernement. Il propose la mise en œuvre par le Tribunal fédéral d'une commission d'experts chargés de décrire, à l'occasion d'une affaire qui s'y prêterait, ce qui, sur le plan de leur spécialité, détermine l'existence d'une absence totale de discernement. Ceci permettrait aux juristes de trancher la question de l'incapacité de discernement¹⁵⁷.

[139] Il est le lieu de rappeler que, même en cas de suicide ou d'atteinte à la santé volontaire commis en état d'incapacité totale de discernement, il n'existe un droit aux prestations de l'assurance-accidents obligatoire que si les critères constitutifs de la notion d'accident sont réalisés¹⁵⁸.

[140] Afin d'explicitier la notion de suicide commis en l'absence de discernement, nous nous permettons d'exposer les arrêts suivants¹⁵⁹ retenant ou non une capacité de discernement.

Arrêt du Tribunal des assurances de Genève du 3 mars 1994, paru in RJ 1994 n° 932

[141] Le 9 février 1990, l'assurée est tombée de la fenêtre de son appartement situé au 7^{ème} étage et est décédée des suites de ses blessures.

[142] Du rapport de police, il ressort que l'agent dépêché sur les lieux a trouvé dans l'appartement de la victime une note manuscrite qui expliquait les raisons de son geste, note qui fut remise à l'époux de l'assurée.

¹⁵⁴ PELET, La capacité de discernement est-elle expertisable ?, p. 23.

¹⁵⁵ PELET, La capacité de discernement est-elle expertisable ?, p. 25.

¹⁵⁶ ATF 126 V 319 consid. 5a p. 322 ; ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Ergänzungsband, 1989, p. 22.

¹⁵⁷ MAURER, Le suicide et la tentative de suicide dans l'assurance-accidents, p. 54 s.

¹⁵⁸ ATF 140 V 220 consid. 3.3.2 et 3.3.3.

¹⁵⁹ Cf. également les exemples cités par KIND : HANS KIND, Suizid oder « Unfall », Die psychiatrischen Voraussetzungen für die Anwendung von Art. 48 UVV, RSA 1993, p. 285 ss.

[143] L'assurance-accidents a, par décision, refusé toutes prestations, à l'exception de l'indemnité pour les frais funéraires, motif pris que l'assurée avait provoqué intentionnellement son décès.

[144] Il résulte des déclarations des amis et collègues de l'assurée, qu'elle était d'une nature gaie et communicative, qu'elle ne se plaignait de rien, se comportait comme tout le monde, ne présentait pas des attitudes dépressives et donnait l'impression d'une personne tout à fait stable. Les témoins ne peuvent imaginer qu'elle se soit suicidée. Sa collègue de travail n'a rien remarqué le matin du jour où l'événement est intervenu. Les deux gendarmes qui sont intervenus ont confirmé avoir vu sur un meuble à proximité de la fenêtre d'où l'assurée est tombée, un billet dont il ressortait clairement qu'elle voulait mettre fin à ses jours, billet qui, selon les gendarmes, a été remis au mari de la victime.

[145] Le tribunal cantonal a ordonné une expertise aux fins de dire s'il est possible que l'assurée se soit trouvée privée de tout discernement au moment où elle est tombée de la fenêtre de son appartement.

[146] L'expert est arrivé à la conclusion, sur la base des nombreux rapports médicaux établis lors des hospitalisations de l'assurée, que cette dernière a bien souffert de psychose maniaco-dépressive avec des phases maniaques claires et des phases dépressives souvent cachées par la patiente. Après un examen des rapports médicaux et de l'ensemble des circonstances, l'expert arrive à la conclusion qu'il est hautement probable qu'elle ait commis un suicide pathologique, un suicide raisonné paraissant hautement improbable. L'expert estime qu'il convient d'admettre, avec une haute probabilité, un suicide pathologique pratiqué dans un moment d'atteinte brève mais grave des fonctions intellectuelles de l'assurée et d'une atteinte de ses fonctions volitives résultant de la perte de sa capacité de discernement au moment du passage à l'acte, soit, en d'autres termes, que l'acte suicidaire commis le 9 février 1990 a été une manifestation de sa maladie mentale et qu'elle ne possédait nullement à ce moment une capacité valable de discernement. L'expert a encore précisé que l'emploi des termes « haute probabilité » et non « certitude » ressortissait à la prudence scientifique et non à un certain doute, l'expert étant parfaitement convaincu que l'assurée n'était pas capable de discernement au moment de son acte.

[147] Le tribunal cantonal a conclu que l'assurée s'est suicidée ; se référant aux conclusions formelles de l'expert, qui n'ont pas été mises en cause, la cour cantonale a cependant jugé que l'art. 37 al. 1 LAA n'était pas applicable et que l'assurance-accidents était tenue d'allouer les prestations dues aux survivants de la victime.

Arrêt du Tribunal fédéral U 28/01 du 18 juillet 2002

[148] Au cours de l'été 1995, la femme de l'assuré quitta le domicile conjugal avec sa fille et son fils, alors âgés de 11 et 12 ans, puis demanda le divorce. L'assuré obtint néanmoins de pouvoir fêter le 1^{er} janvier 1996 chez lui, avec ses enfants. Ce jour-là, il tira sur eux avec une carabine avant de retourner l'arme contre lui. Les enfants décédèrent et le prénommé subit de graves lésions à la mâchoire et à l'œil droit, dont l'énucléation fut nécessaire. Incarcéré dès le mois de mai 1996, il a été condamné le 12 juin 1998 à trente ans de réclusion par une cour d'assise, en France.

[149] En l'espèce, il ressort notamment d'un rapport établi le 17 janvier 1996 par deux médecins du département de psychiatrie des Hôpitaux X., que l'assuré souffrait, au moment de sa tentative de suicide, d'un trouble dépressif majeur sévère. A la date de l'examen par ces praticiens, il ne présentait toutefois pas de traits psychotiques évidents. Par ailleurs, selon les médecins ayant réalisé le 2 mai 1997 l'expertise psychiatrique pour les besoins de l'instruction pénale française ouverte contre lui, l'assuré présentait une personnalité pathologique immature, dépressive et nar-

cissique, de sorte que sa capacité interne de liberté psychique était limitée. Dans le même sens, le psychiatre de l'institut de médecine légale a indiqué que la séparation d'avec sa famille avait provoqué chez l'assuré un sentiment de perte et une atteinte narcissique ayant entraîné des mécanismes de défenses archaïques capables d'altérer le rapport à la réalité.

[150] Selon le Tribunal fédéral, ces rapports médicaux permettent de retenir que les facultés cognitive et volitive de l'assuré étaient altérées par ses troubles de la personnalité et sa grave dépression. On ne saurait toutefois en déduire que celui-ci était incapable de discernement au moment de son acte. A cet égard, les médecins-experts français ont clairement précisé que les troubles psychiques dont souffrait l'assuré n'avaient pas complètement aboli, altéré ou entravé son discernement ou le contrôle de ses actes. Ces conclusions sont corroborées par les circonstances objectives et subjectives entourant le drame. D'après les renseignements donnés par la sœur de l'assuré, celui-ci lui avait remis, le 31 décembre 1995, une mallette fermée contenant de l'argent, des chèques et une lettre indiquant à qui ces biens devaient revenir ; il lui avait par ailleurs déjà confié cette mallette à plusieurs reprises depuis qu'il était en conflit avec son épouse. On peut en déduire que l'assuré avait déjà envisagé le suicide avant le 1^{er} janvier 1996. Dans une certaine mesure, son acte était ainsi prémédité et n'apparaît pas comme résultant d'une pulsion totalement irrationnelle et incontrôlable. Aussi le Tribunal fédéral a nié l'absence de discernement de l'assuré au moment de son acte.

Arrêt du Tribunal fédéral U 37/03 du 28 avril 2003

[151] Dans la nuit du 27 février 2001, après avoir consommé de l'alcool, l'assurée, infirmière de profession, a enjambé la fenêtre de sa chambre et est tombée d'une hauteur de 10 mètres sur le sol. Elle a subi de nombreuses fractures, notamment des vertèbres dorsales et du bassin.

[152] De l'instruction, il ressort que le 26 février 2001, l'assurée s'est retirée dans sa chambre après avoir terminé son service. Elle a rédigé une lettre de démission pour fin du mois d'avril, bu du punch, puis appelé une collègue qui était de piquet à l'hôpital ; celle-ci est venue une première fois, vers 23 heures, puis une seconde fois entre 2 et 3 heures du matin. Peu après, l'assurée s'est défenestrée.

[153] Aux termes de l'expertise judiciaire réalisée par un spécialiste en psychiatre et psychothérapie, cet événement s'inscrit au plan temporel dans le cadre de l'évolution larvée d'un trouble dépressif récurrent, dont les modalités d'expression et l'intensité étaient modulées par une pathologie de la personnalité marquée par des aspects post-traumatiques ; à fin février 2001, l'assurée se trouvait dans un épisode dépressif d'intensité moyenne (CIM-10, F33.1).

[154] Au moment du passage à l'acte, elle présentait un trouble de la conscience associant un trouble dissociatif aigu (confusion psychogène ou état crépusculaire psychogène ; CIM-10, F44.88) et une intoxication éthylique aiguë avec distorsion des perceptions (CIM-10, F10.04). La présence isolée d'un état crépusculaire psychogène ou d'une ivresse avec alcoolémie de l'ordre de grandeur de 2 ne permettait pas de retenir une altération de la conscience d'un degré de gravité tel qu'il ait pu résulter une méconnaissance d'aspects importants de la réalité. En revanche, la combinaison de ces deux facteurs, qui se renforçaient et se potentialisaient mutuellement, amenaient à retenir une ivresse compliquée ou intoxication éthylique aiguë avec distorsion des perceptions (CIM-10, F10.04).

[155] L'absence de comportement suicidaire préalable, ou d'idée de suicide avant l'événement parlait contre un comportement réfléchi. Par ailleurs, la brutalité et le caractère subit de la tentative de suicide, de même que les nombreuses possibilités de se supprimer d'une manière moins

violente, dont une infirmière sujette au vertige disposait dans un hôpital, donnaient également à penser que l'acte n'était pas raisonné. En s'enivrant, l'assurée ne s'était pas mise sciemment en danger de voir survenir les troubles qu'elle avait présentés dans la nuit du 26 au 27 février 2001.

[156] En définitive, l'expert a retenu une abolition de la capacité de discernement, soit une grave altération de la conscience avec méconnaissance fondamentale de la situation et comportement n'obéissant à aucune logique rationnelle ; si des aspects latents ou mal reconnus de la personnalité s'étaient exprimés dans ce geste, l'assurée n'avait pas eu la possibilité à aucun moment d'intervenir de manière correctrice et raisonnable. Elle était vraisemblablement dans un état d'ivresse compliquée susceptible de la priver de la faculté de se comporter raisonnablement et on pouvait admettre qu'elle se trouvait en état d'incapacité de discernement ; elle ne s'était pas mise fautivement dans cet état en buvant de l'alcool et n'était pas en mesure de mesurer la portée de son acte au moment de l'absorption.

[157] Selon le Tribunal fédéral, il ressort clairement de l'expertise judiciaire que l'assurée souffrait de troubles psychiques et a présenté, lors de l'événement du 27 février 2001, un état psychopathologique grave avec altération fondamentale de la réalité et abolition de la capacité de discernement, qui doit être assimilé à une maladie psychique symptomatique. En considérant le mode opératoire de l'acte et l'ensemble des circonstances objectives et subjectives entourant celui-ci (notamment l'absence d'antécédents suicidaires, les démarches concrètes pour trouver un nouvelle place, la lettre de démission, le court moment où l'assurée s'est retrouvée seule, le saut dans le vide par une personne sujette au vertige), il ne saurait être fait reproche aux juges cantonaux d'avoir considéré que l'assurée, au moment où elle a agi, était sans faute de sa part totalement incapable de se comporter raisonnablement. Le Tribunal fédéral confirme que c'est à bon droit que les juges cantonaux ont considéré la tentative de suicide de l'assurée comme étant un accident pour lequel l'assurance-accidents lui est redevable de ses prestations.

Arrêt du Tribunal fédéral U 328/02 du 9 décembre 2003

[158] Le 14 mars 1998, l'assuré, contremaître né en 1958, a été retrouvé mort au cimetière. Selon un rapport de la gendarmerie cantonale, le corps a été découvert par une personne qui se rendait au cimetière et qui l'avait trouvé pendu à un arbre. Des conclusions du rapport d'autopsie, le décès était la conséquence d'un processus asphyxique par pendaison, une intoxication concomitante n'étant pas exclue. A l'issue d'examen complémentaires, ils ont indiqué que le sang du défunt ne contenait pas d'alcool et que l'analyse toxicologique systématique s'était révélée négative.

[159] L'assuré a subi deux épisodes dépressifs : le premier à la suite du décès de son père en 1994 et le second en raison de problèmes relationnels dans sa vie privée et ses rapports de travail. Pour le second, il a été soigné à l'aide d'une médication antidépressive et d'entretiens psychothérapeutiques dès le mois d'octobre 1996. Le traitement a pris fin le 7 juillet 1997 en raison de l'amélioration de l'état de santé. De son côté, le médecin de famille a confirmé que l'assuré était guéri à l'issue du traitement administré par le psychiatre. Il a également indiqué avoir prescrit un emballage de Deanxit® le 8 janvier 1998, parce que l'assuré souffrait d'anxiété modérée. Il a cependant indiqué que celui-ci ne se sentait plus du tout dépressif.

[160] Selon le Tribunal fédéral, en l'absence de toute maladie psychique au moment de l'acte, on ne saurait conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'absence de capacité de discernement. Il n'existe pas d'éléments en faveur de la thèse d'un acte insensé. Le mode avec lequel l'assuré a mis fin à ses jours ne constitue pas un indice permettant d'admettre l'existence d'un acte fatal spontané.

Arrêt du Tribunal fédéral U 25/05 du 21 février 2006

[161] Le 9 juin 2001, vers une heure du matin, l'assurée, née en 1977, téléprospectrice de profession, s'est jetée du balcon de l'appartement qu'elle occupait, situé au septième étage d'un immeuble. Elle a subi des lésions multiples et demeure depuis lors sévèrement handicapée.

[162] La chute est survenue alors que l'ami et la tante de l'assurée se trouvaient avec elle. Tous les trois avaient passé la soirée ensemble dans un établissement public que l'intéressée avait quitté précipitamment et très énervée, après avoir déclaré qu'elle allait faire ses valises et qu'on ne la reverrait pas de sitôt. Ses compagnons l'avaient rejointe chez elle où, après avoir eu une discussion avec sa tante dans sa chambre, elle s'est soudain rendue sur le balcon pour se jeter dans le vide.

[163] De l'instruction, il ressort que l'assurée avait des idées de suicide depuis le mois de septembre 2000 et qu'elle avait rédigé un écrit au sujet de la garde de sa fille pour le cas où elle ne serait plus apte à s'en occuper.

[164] L'assurance-accidents a ordonné une expertise médicale, confiée à un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. L'expert a pris en considération de nombreuses déclarations de témoins et celles de l'intéressée elle-même. Il a relevé l'absence d'éléments objectifs permettant d'établir la quantité d'alcool que l'assurée avait consommée et si elle avait pris de la cocaïne au moment en question. Les déductions de l'expert sont exposées clairement et sans contradictions. En conclusion, l'expert retient qu'en raison de ses consommations d'alcool et de cocaïne, d'un état dépressif et d'une forte charge anxieuse, l'intéressée avait, au moment de sauter dans le vide, une capacité de raisonnement légèrement restreinte et une liberté d'appréciation de son geste grande, mais pas totale. Pour l'expert, l'assurée était donc partiellement incapable de discernement à ce moment-là.

[165] Selon le Tribunal fédéral, les conclusions du médecin-expert répondent aux critères jurisprudentiels qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. Partant, le Tribunal fédéral confirme le refus de la prise en charge du cas par l'assurance-accidents.

Arrêt du Tribunal fédéral U 432/05 du 21 mars 2006

[166] L'assuré, né en 1955, travaillait comme maçon. Seul à son domicile le 13 mai 2001, il a absorbé une dose importante de médicaments, perdu connaissance et heurté le sol avec sa tête. Le lendemain, il s'est rendu à son travail normalement, puis a abandonné son poste en début d'après-midi, sans justification. Son contrat a été résilié avec effet immédiat.

[167] Les événements du 13 mai 2001 n'ont été portés à la connaissance de l'assurance-accidents qu'en date du 19 novembre 2001. L'employeur, informé peu de temps auparavant, en ignorait totalement les circonstances.

[168] En cours d'instruction, l'assureur-accidents a recueilli les déclarations de l'intéressé séjournant dans une clinique psychiatrique. Celui-ci a notamment reconnu avoir voulu en finir avec la vie. Cette version des faits a également été rapportée par le médecin ayant constaté un traumatisme crânien simple, conséquence de l'accident, ayant entraîné une paralysie de l'hémiface gauche. Notant la persistance d'idées suicidaires, des médecins de la clinique psychiatrique ont diagnostiqué un trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques (F 23.1, CIM-10), ainsi que des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'opiacés, actuellement abstinents (F 11.20, CIM-10).

[169] Le 5 décembre 2001, lors d'un séjour à la clinique psychiatrique, l'assuré, interrogé par un inspecteur de l'assurance-accidents, a reconnu spontanément avoir absorbé passablement de médicaments le 13 mai 2001 dans le but d'en finir avec la vie. Même s'il a semblé vouloir se rétracter

par la suite, il y a lieu de s'en tenir à ses premières déclarations¹⁶⁰, d'autant plus que celles-ci ont été rapportées au premier médecin par l'assuré lui-même, qu'on en trouve référence dans le rapport des médecins de la clinique psychiatrique, retenant la persistance d'idées suicidaires, et dans le rapport du neurochirurgien, mentionnant un tentamen médicamenteux.

[170] Dans son appréciation médicale du cas, le psychiatre-conseil de l'assurance-accidents retient que l'intéressé n'était, selon une vraisemblance prépondérante, pas totalement incapable de discernement au moment des faits. Il a fondé son analyse sur une étude exhaustive et approfondie des pièces. Il a certes relevé les déclarations confuses de l'assuré et l'état lacunaire du dossier, mais il a estimé que la volonté, déclarée à plusieurs reprises, d'en finir avec la vie à ce moment-là démontrait à satisfaction que l'assuré n'était alors pas dans un état tel qu'il n'était plus en mesure d'agir raisonnablement.

[171] L'assureur-accidents a mandaté le département universitaire vaudois de psychiatrie adulte, afin qu'il procède à une expertise. Les médecins et la psychologue ont abouti à la même conclusion et ont retenu un degré de vraisemblance identique. Ils ont également relevé la volonté de se suicider manifestée de manière claire et précise par l'intéressé, confortant ainsi l'opinion du médecin de l'assurance-accidents. Les experts ont estimé que les différentes manifestations psychopathologiques (symptômes anxiodépressifs), présentes chez l'assuré au moment des événements et pouvant s'inscrire dans le contexte de manifestations prodromiques de la schizophrénie indifférenciée (F 20.3, CIM-10) diagnostiquée par la suite, la consommation de substances psychoactives relativement peu importante à cette époque et les facultés intellectuelles encore préservées au moment des faits, permettaient d'affirmer que la capacité de discernement n'était pas totalement abolie le 13 mai 2001.

[172] L'assurance-accidents a dénié à l'assuré le droit à des prestations d'assurance, l'atteinte à la santé ayant été provoquée de manière intentionnelle.

[173] Selon le Tribunal fédéral, l'assurance-accidents était en droit de refuser toutes prestations d'assurance à l'assuré qui, capable d'agir raisonnablement, remplissait parfaitement les conditions d'application de l'art. 37 al. 1 LAA.

Jugement de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice de la République et canton de Genève du 29 avril 2009 (ATAS/491/2009)

[174] Le 15 octobre 2006, l'assuré, né en 1964, employé de banque, a tenté de mettre fin à ses jours par pendaison à son domicile. Alertée par le bruit, son épouse, aidée de son fils, a pu couper la lanière à laquelle le corps était suspendu, mais ni l'un ni l'autre n'ont pu retenir l'intéressé qui, inconscient, est tombé lourdement sur le sol. La chute a engendré des dommages au niveau des dents et du nez (fractures). Appelés sur place, les services d'urgence ont pris en charge le blessé qui a été hospitalisé en raison d'un hématome laryngé avec contusion laryngée.

[175] Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'assurance-accidents a recueilli les propos de l'assuré en date du 17 janvier 2007. Celui-ci a précisé ne pas avoir laissé d'écrit avant de passer à l'acte, ledit passage s'étant déclenché en quelques secondes. Il a déclaré qu'il n'était pas ivre ni sous l'emprise de drogue, mais qu'il avait pris des antidépresseurs qui pouvaient avoir des effets sur le comportement, voire des effets contraires surtout lors d'un changement de médication. Par le passé, il n'avait jamais tenté de mettre fin à ses jours ni n'avait présenté d'idées noires ou été

¹⁶⁰ ATF 121 V 47 consid. 2a et les références ; VSI 2000 p. 201 consid. 2d ; voir également le commentaire de PANTLI/KIESER/PRIBNOW, paru in : PJA 2000 p. 1195.

atteint de dépression, avant l'épisode contemporain. Il a précisé avoir agi sous le coup de la colère, dans un accès de folie, la pulsion ayant été provoquée par une violente dispute conjugale. Rien n'était organisé, il était simplement descendu à la cave chercher une lanterne et était remonté se pendre. Il a encore ajouté que si son geste avait été prémédité, il ne l'aurait pas commis de façon si brutale en famille. Suite au tentamen, ses deux enfants (nés en 1996 et 1999) étaient effectivement perturbés et en traitement psychiatrique. La crise conjugale perdurait depuis quelques mois et avait causé, chez l'intéressé, une dépression. Il était suivi par un psychiatre et les traitements avaient fréquemment changé, du fait de l'absence de résultats. Peu avant les faits, il avait consulté le Centre de thérapies brèves des Pâquis (ci-après : CTB), mais les médecins n'avaient pas jugé utile de l'hospitaliser.

[176] Le chef de clinique au CTB a indiqué que le patient avait été adressé le 6 octobre 2006 par son psychiatre traitant et souffrait alors d'un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). Sans antécédents suicidaires, il présentait à ce moment des pensées de cet ordre. Si, de manière générale, l'intéressé était capable de discernement, il était très difficile, pour le spécialiste, de trancher la question de la capacité de discernement au moment du passage à l'acte, ce point lui paraissant relever d'un mandat d'expertise, quand bien même il apparaissait clair que l'affection dont était atteint le patient et l'important conflit de couple avaient eu un impact sur les possibilités de ce dernier de se déterminer librement.

[177] L'assurance-accidents a décliné son devoir de prêter au motif que les lésions annoncées faisaient suite à une tentative de suicide commise alors que l'assuré n'était pas totalement incapable de discernement. Dans sa décision sur opposition, partant du postulat que la détermination de la capacité de discernement au moment du passage à l'acte n'est pas en soi décisive, l'ensemble des circonstances préalables et en particulier l'existence d'une capacité de raisonnement même limitée avant l'acte suicidaire devant prévaloir, l'assureur-accidents a considéré qu'il n'avait pas à revenir sur sa position initiale.

[178] Selon le tribunal cantonal, le seul médecin à s'être prononcé de façon précise sur la capacité de discernement de l'assuré au moment de son geste suicidaire est le dernier psychiatre traitant. Ce médecin a clairement exposé devant la juridiction cantonale, lors de son audition, pour quelles raisons il estimait que l'intéressé s'était trouvé dans une situation de raptus au moment des faits. La description du contexte, la pathologie sous-jacente (état dépressif sévère), l'absence de projets suicidaires préalables, la brutalité et l'impulsivité de l'acte, les circonstances dans lesquelles il est intervenu et les regrets formulés ultérieurement démontrent comment et pourquoi l'assuré en est arrivé, à l'issue d'une énième dispute conjugale ayant provoqué un état de tension et de souffrance extrême insupportable, à perdre la maîtrise de son discernement et à agir de façon totalement irréfléchie et insensée.

[179] Pour les juges cantonaux, il est relativement difficile de comprendre comment l'assuré, qui avait passé une journée agréable et lors de laquelle on lui avait même fait le compliment de ne pas avoir eu l'air aussi bien depuis longtemps, songe soudainement à attenter à ces jours, à moins que cette volonté ne procède d'un « raisonnement irraisonné » [sic]. En outre, il apparaît pour le moins dépourvu de sens, de surcroît pour un homme étant attaché de façon quasi fusionnelle à sa famille comme le décrit le psychiatre traitant de décider de mettre fin à ses jours au milieu de son appartement (l'assuré s'est pendu dans son salon) alors que son épouse et ses jeunes enfants se trouvaient dans l'appartement. Une action réfléchie eut voulu que l'intéressé s'isole de la vue de ses enfants à tout le moins et passe à l'acte en un lieu où il eut été moins aisé de le retrouver (ceci afin de s'assurer de la non-compromission de l'entreprise par des mesures de sauvetage

éventuelles). Par ailleurs, rien ne laissait présager un tel comportement ; si le psychiatre traitant de l'époque avait constaté une aggravation de l'état de santé de son patient peu de temps avant le tentamen – et adressé en conséquence l'intéressé au CTB pour un suivi plus soutenu –, il n'en demeure pas moins que ce dernier ne présentait de danger immédiat ni pour lui-même ni pour autrui justifiant une hospitalisation non volontaire.

[180] Contrairement à l'opinion défendue par l'assurance-accidents, la cour cantonale a conclu qu'il y a donc lieu de considérer que l'assuré avait perdu toute capacité cognitive et volitive, soit sa capacité de discernement au sens de l'art. 16 CC, au moment de la tentative de suicide. Les présupposés non étayés avancés par l'assureur-accidents – selon lesquels une personne atteinte de dépression sévère présenterait toujours un certain discernement lors du passage à l'acte suicidaire – ne sont ici aucunement pertinents. En effet, ce ne sont pas des considérations générales qu'il convient d'examiner, mais bien les circonstances concrètes du cas d'espèce au moment déterminant du suicide ou de la tentative.

[181] Le tribunal cantonal a annulé la décision de l'assureur-accidents, concluant que les suites de la tentative de suicide dans leur ensemble (transport en cardiomobile, hospitalisation et soins ultérieurs en relation directe avec la chute provoquée par les manœuvres de sauvetage) sont à la charge de ce dernier.

Arrêt du Tribunal fédéral 8C_936/2010 du 14 juin 2011

[182] L'assuré, comptable de formation, était directeur d'une société fiduciaire. Le 8 février 2007, l'assuré est décédé à son domicile. Le défunt a été découvert par sa compagne, dans la cave de son domicile, pendu à une sangle attachée à un tuyau d'évacuation des eaux usées. Un non-lieu a été prononcé dans l'enquête instruite d'office à la suite du décès de l'assuré. Selon le magistrat, l'enquête avait permis de retenir l'hypothèse d'un suicide par pendaison, l'intervention d'un tiers apparaissant exclue.

[183] Sur demande de l'assurance-accidents, le médecin-traitant a rapporté que l'assuré souffrait d'un état anxio-dépressif réactionnel à des problèmes professionnels et familiaux depuis septembre 2006. Le praticien a indiqué que durant la période de prise en charge de l'assuré, celui-ci n'avait jamais verbalisé d'idées auto-agressives, de velléités suicidaires, ni *a fortiori* évoqué de préparatifs. Lors de consultations antérieures, en septembre et octobre 2006, l'assuré lui semblait entièrement capable de discernement et ne présentait aucun signe de faiblesse d'esprit ni de maladie mentale. Lorsqu'il a vu l'assuré pour la dernière fois le 6 février 2007, soit deux jours avant sa mort, le médecin l'a trouvé très angoissé, inhibé, renfermé sur lui-même et lui a recommandé une consultation psychiatrique.

[184] Selon le Tribunal fédéral, en l'absence de toute maladie psychique, de faiblesse d'esprit ou d'un grave trouble de la conscience au moment de l'acte, on ne saurait conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'absence de capacité de discernement. D'ailleurs, le fait qu'un jour avant son décès, l'assuré a encore parlé de ses problèmes administratifs avec son avocat, bien qu'il lui ait paru angoissé et déprimé et qu'il lui ait fait part d'idées noires ainsi que de son intention de consulter son médecin, constitue un indice de la lucidité de l'assuré au cours des dernières heures de sa vie.

[185] Ainsi, il y a lieu d'admettre qu'au moment où il a agi, l'assuré n'était pas totalement incapable de se comporter raisonnablement.

Arrêt du Tribunal cantonal du canton de Vaud, Cour des assurances sociales, du 22 janvier 2015 (AA 8/13 - 10/2015)

[186] L'assuré, né en 1963, marié et père de deux enfants, a travaillé pour une entreprise pendant douze ans, comme analyste financier et gestionnaire. En 2011, son employeur a résilié les rapports de travail pour le 31 mars 2012, en raison de difficultés économiques. Il a été libéré de son obligation de travailler dès le 31 décembre 2011. Il s'est toutefois rendu à la banque pour travailler jusqu'à la fin du mois de février 2012.

[187] Le 15 mars 2012 au matin, l'épouse de l'assuré est partie travailler après avoir déjeuné en famille puis emmené ses filles à l'école. Elle n'a rien remarqué d'anormal chez son époux, resté à la maison comme cela était prévu. Dans la matinée, ce dernier a envoyé son curriculum vitae au responsable du secteur financier d'une société, à 07 :15, puis à un employeur potentiel, à 07 :47. Il a ensuite amené à sa fille un dossier ainsi que son repas, qu'elle avait oubliés. Dans la matinée du 15 mars 2012 également, le psychiatre traitant a appelé l'Unité de pharmacogénétique et de psychopharmacologie clinique, en vue de vérifier les effets secondaires du Lexotanil®. Compte tenu de la réponse obtenue, il a ensuite tenté de joindre son patient, sans succès, entre 09 :30 et 10 :00, pour lui dire de continuer le traitement anxiolytique. Il a alors essayé de joindre l'épouse par téléphone une première fois, sans succès. Il y est finalement parvenu vers 10 :15 et lui a indiqué avoir essayé d'atteindre son mari, en vain. Elle lui a demandé s'il y avait une urgence – le médecin a répondu que non – et que son époux était très anxieux. Le psychiatre souhaitait donc augmenter la dose de médicaments prescrits sans attendre une semaine. L'épouse de l'assuré lui a dit avoir évoqué l'éventualité d'une hospitalisation avec son mari et avoir eu le sentiment, avant son départ pour le travail, que celui-ci allait mieux que la veille au soir. Le psychiatre a encore tenté plusieurs fois de joindre son patient.

[188] L'épouse est rentrée à la maison vers 14 :00 et s'est aperçue que son mari n'avait pas rangé la cuisine, ce qui était inhabituel. Il était parti avec la voiture et avait laissé ses lunettes ainsi que ses deux téléphones portables sur son bureau, ce qui était également inhabituel. Elle est retournée travailler et a laissé un message sur le répondeur du psychiatre afin qu'il la rappelle. Celui-ci lui a téléphoné deux minutes plus tard. Après avoir été informé de l'absence de l'assuré de son domicile, il a dit à l'épouse que l'assuré avait des idées suicidaires, qu'il lui avait parlé d'un fusil et qu'il fallait appeler la police pour le retrouver impérativement. La police s'est rendue aussitôt au domicile de l'assuré et a constaté que les portes de l'armoire où ce dernier rangeait son arme étaient entrouvertes, que l'arme ne s'y trouvait plus et que les habits étaient renversés, comme si l'arme avait été prise à la hâte. Les recherches effectuées par la police ont permis de retrouver le corps sans vie de l'assuré, à côté d'une cabane, à 200 mètres de son véhicule stationné au bord de la route en contrebas. Il a été constaté qu'il s'était suicidé au moyen de son arme à feu.

[189] L'assurance-accidents a pris en charge les frais funéraires. En revanche, elle a refusé d'allouer d'autres prestations d'assurance, en raison du caractère volontaire du décès.

[190] Le tribunal cantonal constate que l'assuré a travaillé pendant douze ans pour une entreprise, qu'il avait de bonnes qualifications professionnelles et était apprécié de son employeur ; il a vu ses rapports de travail résiliés, pour la fin du mois de mars 2012, en raison d'une réorganisation de l'entreprise. L'employeur a établi un certificat de travail élogieux, au terme duquel il précise avoir convenu avec son employé d'une résiliation conjointe des rapports de travail ensuite d'une réorganisation de ses activités. L'assuré, qui avait par ailleurs une vie de famille et une vie sociale harmonieuse, a mal supporté cette résiliation des rapports de travail et a rapidement développé un état anxio-dépressif, pour lequel son médecin traitant lui a prescrit du Lexotanil® et

du Cymbalta®. Le 25 février 2012, l'assuré a consulté, pour la première fois, un psychiatre. Il a ensuite eu deux contacts téléphoniques avec ce médecin, puis trois entretiens les 6, 10 et 14 mars 2012.

[191] Le témoignage du psychiatre traitant établit que l'assuré souffrait d'un état anxio-dépressif, qui s'est progressivement aggravé jusqu'au 15 mars 2012. Les symptômes se caractérisaient par des changements d'humeur pouvant être brusques et imprévisibles, avec l'alternance de moments où l'assuré manifestait l'intention de se battre et pouvait faire des projets, d'une part, et de moments où il n'y parvenait plus et avait l'impression de perdre le contrôle, d'autre part. Cette impression de perte de contrôle et cette polarité étaient nouvelles pour lui et ne lui correspondaient pas. Dans ce sens, le psychiatre a évoqué une forme de « dépersonnalisation et de déréalisation ». Ce sentiment de perte de contrôle et ces fluctuations d'humeur sont toutefois des symptômes classiques d'un état dépressif et l'on ne saurait y voir des indices d'une absence de capacité de discernement de l'assuré. Alors que l'assuré n'avait pas souffert de dépression auparavant et menait une vie professionnelle et familiale stable et harmonieuse, il a exprimé une perte de repères et le fait qu'il ne s'est plus senti lui-même face aux fluctuations d'humeur et à l'impression, parfois, de ne plus avoir la force de poursuivre ses efforts en vue de retrouver un emploi. Dans ce contexte, la perte de contrôle et le sentiment d'étrangeté dont il a fait part à son médecin ne se rapportent pas à la capacité de discernement de l'assuré, mais bien au fait que celui-ci ne parvenait pas à maîtriser ces fluctuations d'humeur caractéristiques de sa maladie.

[192] Bien qu'un suicide soit naturellement difficile à comprendre ou à expliquer, l'assuré a eu un comportement relativement cohérent le 15 mars 2012. Son attitude traduit la volonté, déjà manifestée auprès de son médecin traitant, de préserver ses proches autant que possible. On ignore quand précisément il a pris la décision de mettre fin à ses jours, mais une fois celle-ci prise, il a emporté son arme démontée, encore emballée dans des sachets en plastique, et a quitté le domicile familial, en voiture, jusqu'à un lieu isolé. Il y a monté son arme et a mis fin à ses jours en se couchant sur son fusil. Cette manière de procéder n'est pas particulièrement singulière et dénote le souci d'épargner à sa famille la découverte de son corps en rentrant du travail ou de l'école. La position du corps comme celle du fusil, soit une arme proche de la tête, ont probablement été dictées par la volonté de garantir que le tir serait précis, pour être sûr d'être mortellement atteint. Elles sont difficilement compatibles avec l'hypothèse d'une incapacité de discernement. Dans ce contexte également, le fait que l'assuré n'ait pas annulé des rendez-vous qu'il avait dans la journée du 15 mars 2012 ou dans les jours suivants, ou encore qu'il ait planifié des vacances et acheté des billets d'avion, ainsi que réservé une voiture de location pour ces vacances, le 6 mars 2012, sont le reflet du caractère fluctuant de l'humeur de l'assuré pendant la période ayant précédé son décès, mais ne traduisent pas une incohérence indiquant que son suicide aurait été commis en l'absence de capacité de discernement. Il en va de même de l'envoi de son curriculum vitae à deux employeurs, entre 07 :00 et 08 :00 le matin même du 15 mars 2012, qui permet tout au plus de conclure qu'il n'avait pas encore, à ce moment-là, alors qu'il était encore entouré des siens ou que ces derniers venaient de partir, d'idées suicidaires. Qu'il ait ensuite subi, dans la matinée, une baisse de moral qui l'a conduit à mettre fin à ses jours ne permet pas de conclure à un acte commis sans capacité de discernement.

[193] Enfin, le psychiatre traitant n'a pas relevé, lors de ses entretiens, de diminution de la capacité de discernement de son patient, mais a au contraire constaté que celui-ci était ancré dans la réalité. Il n'a en particulier jamais observé de symptômes psychotiques, ni d'idées délirantes ou d'hallucinations. Il est certes resté très prudent, en audience, sur la capacité de discernement

de son patient au moment de son acte suicidaire, au motif qu'il ne pouvait pas se prononcer sur un fait qu'il n'avait pas pu constater directement. Il n'a toutefois rapporté aucun indice pouvant laisser penser à une incapacité de discernement au regard des entretiens qu'il avait eus.

[194] Le tribunal cantonal a rejeté le recours et confirmé la décision sur opposition entreprise.

Arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2015 du 15 janvier 2016

[195] Le 12 novembre 2011, l'assuré, né en 1981, a été retrouvé, inconscient, gisant au pied de l'immeuble dans lequel il habitait, à la suite d'une défenestration d'une hauteur de 8 mètres environ. Une lettre, ainsi libellée, a été retrouvée 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 paît qui ne veux pas. Qui refuse. Et je n'arrive pas à faire autrement ou plutôt penser autrement. Et cela est fatigant. Et dure depuis trop longtemps... Ne me 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... » (sic).

[196] L'assuré a subi un polytraumatisme sévère. Il a été examiné par une spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le 14 mars 2012, celle-ci a rapporté que l'assuré souffrait depuis des années d'une dépression grave et était suicidaire. A cela s'ajoutaient des troubles de la personnalité de type borderline avec des traits narcissiques, une incapacité d'entretenir une relation, de l'inconstance. La suicidalité constituait un problème particulier chez l'assuré, qui vivait depuis des années avec l'idée de se suicider. L'existence d'une tentative de suicide par défenestration et d'idées suicidaires récurrentes plaidait en faveur d'un important risque de décès par suicide.

[197] Une expertise médicale a été mise en œuvre par l'assurance-accidents, confiée à un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport, le médecin-expert a posé le diagnostic de trouble mixte de la personnalité avec traits impulsifs et schizoïdes (F61.0) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuellement en rémission (F33.4). Il relève que la défenestration est un mode de suicide qui n'implique aucun acte préparatoire par opposition à d'autres modalités (pendaison ou intoxication au monoxyde de carbone). La nécessité d'actes préparatoires à l'acte suicidaire présuppose le plus fréquemment la présence du discernement. S'agissant de l'assuré, l'expert – qui a eu connaissance de l'anamnèse psychiatrique de l'intéressé – souligne qu'il présente une suicidalité de longue date. Les idées suicidaires sont présentes de manière répétitive depuis de nombreuses années. Des épisodes dépressifs récurrents sont présents. L'intéressé ne souffre toutefois pas de troubles psychotiques manifestes (hallucinations ou idées délirantes), qui abolissent habituellement le discernement. Sur la base de ces éléments, l'expert exprime l'avis que la modalité de la tentative de suicide ne permet pas d'exclure un raptus suicidaire, dans le sens où l'intéressé a subitement « décidé » de se jeter par la fenêtre. Cette modalité évoque plutôt un acte subit et en conséquence un raptus suicidaire qu'un acte décidé et planifié.

[198] A la question lui demandant si la maladie dont souffrait l'assuré avait entraîné une incapacité de discernement au moment des faits, l'expert a indiqué que le trouble dépressif récurrent n'entraînait pas de manière générale une abolition de la capacité de discernement. Il en allait de même du trouble de la personnalité dont souffrait l'intéressé. Néanmoins, le sentiment qu'exprimait ce dernier de ne pas avoir voulu se suicider, d'une certaine étrangeté de l'acte à ses yeux ainsi que les modalités de l'acte qui n'impliquent aucun acte préparatoire rendaient vraisemblable un raptus suicidaire avec abolition de la capacité de discernement.

[199] En réponse à la question lui demandant s'il partageait l'appréciation du psychiatre-conseil de l'assurance – qui concluait qu'il n'y avait aucun indice permettant d'admettre que la capacité de discernement de l'intéressé était abolie au moment de la chute –, l'expert a indiqué qu'il pouvait parfaitement la partager. En effet, selon tous les éléments du dossier, l'intéressé n'avait jamais présenté de décompensation psychique sur un mode franchement psychotique. Tous les épisodes dépressifs étaient bel et bien décrits comme sévères sans symptômes psychotiques. Aussi la tentative de suicide du 12 novembre 2011 pouvait-elle être considérée comme une décompensation dépressive sévère, sans abolition de la capacité de discernement. L'expert a ajouté : « Mais je peux également prendre distance de cette appréciation comme je l'ai décrit ci-dessus. La modalité de suicide ainsi que le trouble de la personnalité de l'expertisé, ajouté au fait que rien ne laissait prévoir un acte suicidaire, rend vraisemblable un raptus suicidaire ».

[200] Selon le Tribunal fédéral, l'expert fait montre d'une grande circonspection par l'utilisation du mot « évoque » accolé à celui de « plutôt ». Le mot « évoque », qui est ici synonyme de « suggérer », est plus l'expression d'une possibilité ou d'une simple probabilité que d'une vraisemblance prépondérante. Dans un contexte plus large, on ne saurait faire l'impasse sur les réponses mentionnées plus haut que l'expert a données. C'est ainsi qu'il commence par indiquer que le trouble dépressif et le trouble de la personnalité n'entraînent pas, en règle ordinaire, une abolition de la capacité de discernement. Faisant référence aux modalités de l'acte, il estime toutefois vraisemblable un raptus suicidaire avec abolition de la capacité de discernement. Plus loin, il déclare pouvoir partager l'appréciation du psychiatre-conseil (pas d'abolition de la capacité de discernement), tout en précisant qu'il peut également prendre distance de cette appréciation pour les motifs indiqués plus haut. Il importe également de relever que, sous la rubrique « Remarques éventuelles », l'expert terminait par ces mots son rapport : « J'estime qu'aucun élément nouveau ne sera à même de lever l'incertitude médicale concernant la capacité de discernement de l'expertisé au moment des faits. Aucun médecin spécialiste n'a examiné l'expertisé dans les jours qui ont précédé l'acte funeste et personne n'a assisté à l'événement et n'a été présent peu avant l'événement. Les médecins sont donc réduits à devoir faire des hypothèses sur la capacité de discernement au moment des faits ».

[201] Selon les juges fédéraux, sur le vu de l'ensemble des considérations de l'expert, il n'est pas établi au degré de preuve requis que l'assuré souffrait, au moment des faits, d'une affection qui le privait de sa capacité de discernement. Seuls certains éléments pouvaient, avec une certaine plausibilité, accréditer la thèse de l'incapacité de discernement. Finalement l'expert reconnaît ne pas être en mesure d'opérer un choix parmi les hypothèses envisagées. Pour autant, on ne saurait dire que l'expertise renferme des contradictions ou des lacunes qui justifieraient d'ordonner une surexpertise. Il appartenait au contraire à l'expert de faire part de ses doutes et de ses incertitudes sur des questions qui ne pouvaient trouver une réponse claire sous l'angle médical. En l'espèce, si l'expert montre une certaine indécision, il ne fait qu'exprimer une incertitude réelle sur la thèse la plus probable, qui ne pourrait à ses yeux pas être levée par des investigations supplémentaires.

[202] Le Tribunal fédéral conclut que c'est à tort que la juridiction cantonale a retenu que l'assuré se trouvait dans un état d'incapacité de discernement au moment de sa tentative de suicide.

Arrêt du Tribunal cantonal du canton de Vaud, Cour des assurances sociales, du 19 mai 2016 (AA 82/15 - 52/2016)

[203] Le 10 août 2014, l'assuré a été mortellement blessé par un convoi ferroviaire. La mécanicienne du train a déclaré avoir aperçu un individu qui courait sur sa gauche, devant son train,

le long des voies, avant de se déporter au milieu de celles-ci et se retourner face à la locomotive en écartant les bras. Elle a immédiatement freiné, mais en raison de la vitesse et du temps de freinage de son convoi, elle n'a pu éviter la collision avec l'individu.

[204] Interrogée par la gendarmerie, la compagne de l'assuré a mentionné qu'elle vivait en concubinage avec l'assuré depuis cinq ans. Ce dernier souffrait d'une dépression dont l'élément déclencheur était le litige consécutif à son divorce et les problèmes liés à la garde de leur enfant commun. La concubine de l'assuré avait remarqué un changement du comportement de l'assuré depuis décembre 2013, avec une augmentation de sa consommation d'alcool, et lui avait demandé de consulter un psychiatre ; l'assuré était ainsi suivi par un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et prenait des médicaments pour soigner sa dépression. La compagne a en outre relaté que les jours ayant précédé le 10 août 2014, l'assuré lui disait qu'il n'avait plus le goût et qu'il était face à un mur, avant d'exposer ce qui suit : « Samedi 09.08.2014, j'ai vu qu'il était vraiment mal. Il m'a parlé de suicide et je lui ai proposé d'aller faire une consultation d'urgence. Chose qu'on a fait, même qu'il n'était pas vraiment d'accord. Il est reparti de cette consultation avec une autre dose de médicaments. On est donc rentré à la maison, j'étais un peu nerveuse en le voyant dans son mal-être. Mais la soirée s'est bien passée. Nous nous sommes couchés vers 2300. Dimanche matin, vers 0925, alors que j'étais toujours au lit, j'ai un souvenir que [l'assuré] m'ait embrassé et il me semble avoir entendu la porte d'entrée se fermer. Je ne me suis pas tout de suite inquiétée, car il avait pour habitude de partir chercher le pain. »

[205] Au terme de l'instruction menée par le ministère public, il est apparu que l'assuré « était atteint d'une dépression et s'[était] jeté sous les rails des voies CFF. Le choc n'avait pu être évité en dépit d'un freinage d'urgence ». La procédure pénale a dès lors été classée.

[206] Sur demande de l'assurance-accidents, le psychiatre traitant a répondu en ces termes : « [...] dans cette situation, je ne pense pas qu'il soit nécessaire de vous faire parvenir un rapport médical détaillé puisque, à mon sens, les cas de décès résultant d'un geste auto agressif planifié en l'absence de pathologie psychiatrique altérant la capacité de discernement n'ouvre[nt] pas une prestation [LAA]. Et c'est dans ce contexte que le décès de [l'assuré] est survenu le 10 août 2014. » Contacté téléphoniquement pour obtenir davantage de précisions, le psychiatre traitant a expliqué n'avoir d'autres informations à donner que celles déjà transmises, réitérant ses considérations quant à l'absence de pathologie psychique, à la planification du geste de l'assuré et à la pleine conscience et responsabilité de ses actes.

[207] Le rapport de la consultation du 9 août 2014 a été réclamé par l'assurance-accidents. Le médecin a relevé ce qui suit : « Le patient dit présenter des crises d'angoisse depuis une année environ pour lesquelles il est suivi par le Dr T. __, psychiatre à Lausanne. Son prochain rendez-vous avec lui est fixé au mardi 12.08.2014, mais il dit ne pas pouvoir patienter jusqu'à cette date. Il dit avoir besoin d'une consultation thérapeutique : il prend du Temesta, mais ce traitement n'est pas efficace à son avis. Lorsque je pose des questions par rapport à son traitement, je découvre que le patient ne prend que 1 mg de Temesta par jour et 2 comprimés d'olanzapine le soir (le patient ne se souvient pas du nom précis de la molécule). Je lui conseille d'augmenter la posologie du Temesta 1 mg à 1-1-0-1 + Stilnox CR 6,25 mg, 1 comprimé avant d'aller dormir (relativement à un trouble du sommeil occasionnel). [...] Lors de l'entretien, le patient se montre calme et collaborant. Le discours est cohérent et compréhensible, informatif, pas de trouble du cours de la pensée. Il répond de manière adéquate aux questions posées. La thymie est un peu déprimée, il dit avoir des idées noires lors des attaques de panique, mais nie avoir l'intention de se suicider. Suicidabilité : risque faible, danger absent (nie tout scénario), urgence faible. Il s'engage à re-

contacter l'Hôpital psychiatrique si la situation devait se péjorer et dit être toujours entouré par sa compagne. Absence de symptômes psychotiques lors de l'entretien de garde. » Le médecin a retenu le diagnostic de trouble anxieux, sans précision (F 41.9). Une prescription médicale a été remise à l'assuré, lequel a indiqué avoir le numéro de téléphone du médecin de garde de l'hôpital. Il a quitté l'établissement à la suite de la consultation, avec sa compagne.

[208] L'assurance-accidents a pris en charge les frais funéraires et a refusé d'allouer d'autres prestations d'assurance, en raison du caractère volontaire du décès. Singulièrement, elle a considéré qu'au moment de l'acte, l'assuré n'était pas, sans faute de sa part, totalement incapable de se comporter raisonnablement et que le suicide n'était pas la conséquence évidente d'un accident.

[209] Selon le tribunal cantonal, il est manifeste que l'assuré présentait une atteinte psychique. Les témoignages des proches font transparaître un état dépressif réactionnel à des problèmes familiaux, soit une situation conflictuelle entre l'assuré et son ex-épouse au sujet de la garde de leur fils. La compagne de l'assuré a relaté un changement de comportement de ce dernier dès la fin de l'année 2013 et la mise en place d'un suivi psychiatrique en raison d'une dépression, pour laquelle le psychiatre traitant lui avait prescrit des médicaments, savoir du Temesta® et de l'olanzapine.

[210] Le psychiatre traitant a identifié le risque de suicide et considéré que l'assuré conservait une capacité de discernement suffisante. Singulièrement, il affirme dans son rapport que son patient ne présentait pas de pathologie psychiatrique altérant la capacité de discernement et son acte résultait d'un geste auto-agressif planifié. Invité par l'assurance-accidents à préciser le contenu de son rapport, il énonce l'absence de maladie psychique, la planification du suicide de longue date, confirmant que son patient était conscient et responsable de ses actes. Partant, le psychiatre traitant apporte des précisions d'ordre médical en réfutant une quelconque diminution de la capacité de discernement dont l'origine serait une maladie psychiatrique.

[211] Ni le rapport du médecin consulté en urgence le 9 août 2014, ni les témoignages des proches quant au comportement de l'assuré dans les moments précédant l'acte ne permettent par ailleurs de retenir l'hypothèse d'une incapacité de discernement. Particulièrement, lors de la consultation à l'Hôpital psychiatrique la veille du suicide, le médecin pose le diagnostic de trouble anxieux, sans précision, en soi non susceptible d'entraîner une incapacité de discernement. Elle observe un discours cohérent, compréhensible, informatif, sans trouble du cours de la pensée et des réponses adéquates. Bien que confiant avoir des idées noires lors de ses attaques de panique, l'assuré n'a pas manifesté d'intentions suicidaires, le médecin relevant en outre que le risque de suicide est faible et le danger absent. Le médecin n'observe pas de symptômes psychotiques, mais fait référence aux crises d'angoisse, prescrivant à cet effet une augmentation de la posologie du Temesta® (le lorazépam, son principe actif, permet de traiter la plupart des états où l'anxiété joue un rôle majeur ; cf. Compendium suisse des médicaments).

[212] Les témoignages recueillis auprès de la compagne de l'assuré et de son fils établissent que l'assuré souffrait d'un état dépressif, dont les symptômes se caractérisaient notamment par un changement de comportement et le sentiment d'absence d'échappatoire. Les jours ayant précédé sa mort, l'assuré a expliqué à sa compagne, selon les déclarations de cette dernière, n'avoir « plus le goût » et être face à un mur, évoquant par ailleurs expressément, le 9 août 2014, l'idée de se suicider.

[213] Le tribunal cantonal conclut que l'acte de l'assuré résultait d'un processus continu, ayant débuté plusieurs semaines voire mois auparavant. Les circonstances ayant précédé l'événement

du 10 août 2014 plaident dès lors en faveur d'un acte prémédité et n'apparaissent pas comme le résultat d'une attitude irraisonnée.

[214] La décision de l'assurance-accidents est confirmée.

Arrêt du Tribunal fédéral 8C_453/2016 du 1^{er} mai 2017

[215] Le 25 mai 2012, vers une heure du matin, l'assuré, responsable informatique, a été retrouvé sans vie sur la voie publique, gisant au pied de son immeuble. Le défunt était probablement en train de manger un yaourt juste avant de chuter, ce yaourt et son contenu partiel ayant été retrouvés au sol à côté de lui. Pour le détail de l'état de fait, nous renvoyons le lecteur aux RZ 108 ss.

[216] Selon l'expert, en cas d'incapacité totale de discernement, il est souvent fait référence à un raptus, à savoir une émotion paroxystique immédiatement transformée en passage à l'acte. L'épisode dépressif sévère ne valide pas une totale incapacité de discernement *per se*. Le défunt n'était pas particulièrement impulsif. Il n'y avait pas notion d'une quelconque instabilité sur le plan personnel, professionnel ou social et il n'avait jamais été question d'un trouble de la personnalité. Par conséquent, la notion de raptus ne cadre pas avec ce qu'on sait du défunt.

[217] En conclusion, l'expert retient un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2). Au regard des circonstances du décès et de la nature de la pathologie psychiatrique, il considère que le suicide demeure l'hypothèse la plus probable et ce, avec une vraisemblance prépondérante (> 50%). Il se déclare convaincu, pour le cas où le suicide serait retenu, que l'assuré n'était pas totalement incapable d'agir raisonnablement au moment de l'acte.

[218] Selon le Tribunal fédéral, il n'existe pas d'éléments suffisamment concrets en faveur d'un acte non intentionnel. Le fait que l'expertise contient certaines imprécisions, au demeurant sans importance pour l'appréciation du cas, n'est pas de nature à en amoindrir la valeur probante. De même, l'expert, qui n'avait pas une mission d'enquête, n'était pas tenu d'entendre les médecins qui ont successivement traité l'assuré. Le plus important était d'entendre le psychiatre qui avait soigné en dernier lieu le patient et qui l'avait vu en consultation peu de temps avant le décès. Enfin, le dossier contenait des renseignements qui étaient aussi de nature à permettre à l'expert d'éclairer l'assureur, respectivement le juge, sur des points pour lesquels le mandat d'expertise lui avait été confié.

[219] Le Tribunal fédéral considère que la thèse du suicide doit être retenue. Par ailleurs, au vu des explications convaincantes fournies par l'expert, il est tenu pour établi que l'assuré n'était pas privé de sa capacité de discernement au moment de l'acte.

[220] Ces quelques exemples démontrent l'importance de l'instruction que doit mener l'assurance-accidents.

[221] Nous rappelons que ce sont les circonstances concrètes du cas d'espèce au moment déterminant du suicide ou de sa tentative qu'il convient d'examiner. Des conditions générales ne peuvent prendre le pas sur une analyse détaillée du cas d'espèce.

e. Suicide en tant que conséquence d'un état imputable à un accident assuré

[222] L'art. 48 OLAA envisage une seconde éventualité : même s'il est prouvé que l'assuré entendait se mutiler ou se donner la mort, l'assurance-accidents doit prendre à sa charge le suicide, la

tentative de suicide ou l'automutilation, si l'on est en présence de la conséquence évidente d'un accident couvert par l'assurance. Le caractère volontaire de l'atteinte ne jouera donc pas de rôle dans cette hypothèse.

[223] Ainsi, le suicide – non assuré comme tel – ou la tentative de suicide entraînent la responsabilité de l'assurance-accidents lorsqu'ils sont la conséquence évidente d'un événement lui-même assuré, par exemple quand l'accident est la cause d'une psychose ou d'une dépression qui conduit l'assuré à se donner la mort. L'application de cette disposition suppose qu'un premier accident soit survenu, ainsi qu'un lien de causalité naturelle et adéquate entre cet accident et le suicide¹⁶¹.

[224] L'art. 48 OLAA donne à penser, par les termes « conséquences évidentes », qu'il doit exister un lien de causalité qualifié entre l'accident couvert par l'assurance et le suicide, la tentative de suicide ou l'automutilation. En réalité, il est nécessaire – mais suffisant – qu'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'acte et l'accident assuré¹⁶². Les termes en question n'ont aucune portée matérielle¹⁶³.

[225] Dans le cadre de l'examen de la causalité, deux aspects sont à examiner. D'une part, déterminer si et dans quelle mesure l'acte du suicide doit être assimilé à l'accident et constitue dès lors l'événement à prendre en considération en tant que cause d'un dommage assuré ; d'autre part, déterminer s'il y a lieu de tenir compte du cas où cet acte est la conséquence d'un état imputable à un accident lui-même assuré, soit un élément partiel de la chaîne causale qui conduit au dommage¹⁶⁴.

[226] Un exemple : lors d'un accident de la route, l'assuré subit un grave traumatisme cérébral, qui lui occasionne des douleurs permanentes, quasiment insupportables. Comme ses douleurs ne peuvent pas être calmées par des médicaments, l'assuré devient dépressif au point de se suicider. Dans ce cas, il n'est pas nécessaire de se demander si le suicide constitue en soi un accident. Lorsque l'accident antérieur est la cause adéquate du suicide, l'assurance-accidents est de toute façon tenue de verser ses prestations. En d'autres termes, le suicide est imputable à l'accident antérieur. Il s'agit donc d'une question de causalité adéquate¹⁶⁵.

[227] L'admission d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé de l'assuré signifie seulement qu'il est probable – d'un point de vue subjectif – que l'accident se trouve dans un rapport de cause à effet avec le dommage. A ce stade, l'on ne sait pas pour autant si, effectivement, l'événement dommageable de caractère accidentel a causé le dommage subi par l'assuré¹⁶⁶. Cette dernière question ne se posant qu'après la survenance de l'événement accidentel, elle échappe à une appréhension directe des choses. En effet, ce n'est que rétrospectivement que l'on détermine si et dans quelle mesure l'accident apparaît comme la cause essentielle de l'atteinte à la santé de l'assuré. A cette occasion, on se demande si l'accident est propre, en soi,

¹⁶¹ FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire*, n. 86 p. 921 ; KASPAR GEHRING, in : UVG Kommentar, 2018, n. 25 ad Art. 37 UVG

¹⁶² FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire*, n. 394 p. 1018.

¹⁶³ ATF 126 V 352.

¹⁶⁴ SCARTAZZINI, *Les rapports de causalité*, p. 83.

¹⁶⁵ MAURER, *Le suicide et la tentative de suicide dans l'assurance-accidents*, p. 53.

¹⁶⁶ PIERRE WAGNER, *La jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances*, in : Actes du Colloque de Lausanne, 1989, de l'Institut de recherches sur le droit de la responsabilité civile et des assurances, *Risques totalement ou partiellement exclus de l'assurance sociale (y compris la prévoyance professionnelle)*, Lausanne 1990 [ci-après, cité « La jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances »], p. 76.

à provoquer d'une manière générale un effet du genre de celui qui s'est produit¹⁶⁷. Telle est la question de la causalité adéquate, question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher¹⁶⁸. Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance¹⁶⁹. Si un fait est en soi propre à provoquer un effet du genre de celui qui s'est produit, même des conséquences singulières, c'est-à-dire extraordinaires – au sens quantitatif et non pas qualitatif du terme – peuvent constituer des conséquences adéquates de l'accident¹⁷⁰.

[228] Dans l'ATFA 1962 p. 93, il était déjà question du lien de causalité entre un événement assuré et un suicide. Le Tribunal fédéral a rappelé l'ATFA 1941 p. 41/42 selon lequel un suicide n'a de relation juridiquement significative avec un événement assuré antérieur que si les motifs psychologiques qui ont conduit au suicide sont manifestement et inévitablement la conséquence de l'événement assuré antérieur. En l'espèce, l'assuré a eu un accident le 14/15 août 1960 aux conséquences objectives mineures. En revanche, depuis le décès de sa femme, l'assuré s'est senti seul et dépendant de l'alcool ; il a dû céder son entreprise de peinture à son fils, avec lequel il n'avait pas de bonnes relations. Le Tribunal fédéral a estimé qu'il ne faisait aucun doute que les malheureuses circonstances personnelles de la personne assurée ont été le facteur déterminant du suicide. La personnalité perturbée de l'assuré et les difficultés rencontrées dans sa vie personnelle ont été considérées comme la cause du suicide, tandis que les conséquences objectives de l'accident survenu quelques jours avant le décès sont considérées comme juridiquement non pertinente.

[229] WAGNER souligne un point important de la jurisprudence de notre Haute Cour¹⁷¹. Pour trancher la question de la causalité adéquate, il convient de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Aussi est-il fait abstraction des facteurs étrangers à l'accident, soit, notamment, de la prédisposition constitutionnelle ou de l'état pathologique préexistant de l'assuré. Cette question doit être tranchée sur la base de critères objectifs et représentatifs de la réalité. Il faut comprendre que si l'exigence d'un lien de causalité adéquate implique qu'on n'admette pas de façon trop large le rapport de cause à effet entre le suicide ou la tentative de suicide et l'accident assuré, elle implique aussi qu'on ne saurait la subordonner à des critères trop étroits. A cet égard, le caractère adéquat du lien de causalité ne peut pas être exclu pour le motif que les troubles déclenchés par l'accident relèvent d'une prédisposition particulière de l'intéressé. Au contraire, le cercle des bénéficiaires de la protection contre les risques économiques d'un accident comprend aussi les personnes dont il apparaît, à la suite de l'événement assuré, que l'état de santé recèle certaines prédispositions morbides. Ainsi, par exemple, certains assurés surmontent plus lentement ou plus difficilement que d'autres un choc traumatique, que ce soit en raison d'une prédisposition constitutionnelle ou, d'une manière générale, d'un mauvais état de santé, de la pression psychique due aux conditions sociales, familiales ou professionnelles ou, enfin, de la personnalité peu structurée de l'assuré. Dès lors, le point de savoir si l'accident est propre à

¹⁶⁷ Entre autres ATF 113 V 313 consid. 3c et 323 consid. 2b.

¹⁶⁸ WAGNER, La jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, p. 76.

¹⁶⁹ Entre autres ATF 113 V 312 consid. 3b et 323 consid. 2b.

¹⁷⁰ ATF 113 V 313 consid. 3c et 323 consid. 2b.

¹⁷¹ WAGNER, La jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, p. 77.

provoquer, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'atteinte à la santé qu'il a entraînée ne doit pas être tranché en se référant aux effets probables d'un pareil accident dans le cas d'un assuré jouissant d'une constitution physique et psychique normale, contrairement à ce que prévoyait la jurisprudence antérieure¹⁷². Selon WAGNER¹⁷³, étant donné le large cercle des assurés, le critère à prendre en compte doit être représentatif de cette réalité. Aussi prend-t-on en considération les effets probables de l'événement accidentel sur un assuré de santé physique et psychique moyenne, c'est-à-dire sur une personne dont l'état de santé représente – en moyenne – celui de l'ensemble des assurés et non pas d'un cercle restreint. Il s'agit là de la probabilité – objective – que l'événement dommageable de caractère accidentel entraîne un effet du genre de celui qui s'est produit à une personne représentant en moyenne tous les assurés.

[230] La personnalité de l'assuré, qui concerne la structure intime de l'être, ne se confond pas avec l'état de santé de ce dernier. On ne saurait cependant trancher la question de la causalité adéquate, lors de troubles psychiques réactionnels, en faisant abstraction de la personnalité de l'assuré¹⁷⁴. Toutefois, l'égalité de traitement des assurés et la sécurité du droit commandent que l'on se fonde sur des critères objectifs¹⁷⁵.

[231] La question de la causalité adéquate est tranchée au regard, également, des effets probables d'un accident sur des assurés appartenant à une catégorie dite à risque élevé, autrement dit sur des personnes peu aptes à assumer pleinement un choc traumatique. Aussi bien applique-t-on logiquement, en ce domaine, la jurisprudence relative aux suites psychogènes d'un accident¹⁷⁶.

[232] La jurisprudence du Tribunal fédéral concernant la relation de causalité adéquate entre l'accident et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique d'un assuré s'applique par analogie au lien de causalité adéquate entre l'accident et le suicide de l'assuré. En effet, dans l'ATF 115 V 133, notre Haute Cour a précisé que le caractère adéquat du lien de causalité suppose, par principe, que l'événement accidentel ait eu une importance déterminante dans le déclenchement des troubles d'ordre psychique. Tel est le cas, du point de vue objectif, lorsque l'accident est d'une certaine gravité. Aussi, notre Haute Cour a-t-elle, dans cet arrêt de principe, procédé à une classification des accidents selon leur gravité avant de poser les critères objectifs permettant de tenir compte de la personnalité de l'assuré, à prendre en considération lors de troubles psychiques réactionnels. Suivant la manière dont ils se sont déroulés, les accidents peuvent être classés en trois catégories : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents graves et, enfin, les accidents de gravité moyenne.

[233] L'accident insignifiant ou de peu de gravité est celui qui n'est manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale, sous la forme d'une dépression réactionnelle, de sorte que l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et d'éventuels troubles psychiques peut être niée d'emblée¹⁷⁷. L'accident, du point de vue objectif, est si insignifiant que l'apparition de troubles psychiques notables doit être attribuée avec certitude à des facteurs étrangers à l'acci-

¹⁷² Entre autres ATF 113 V 312 consid. 3c et 323 consid. 2b.

¹⁷³ WAGNER, La jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, p. 78.

¹⁷⁴ ATF 113 V 315 consid. 3e et 324 consid. 2b.

¹⁷⁵ ATF 115 V 133 consid. 6 et les références ; 115 V 403 consid. 5 et les références ; WAGNER, La jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, p. 78.

¹⁷⁶ ATF 120 V 352 ; RAMA 1990 n°U 96, p. 182 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, n. 86 p. 921 ; HOFFMANN-RICHTER, Expertise des cas de suicide, p. 193.

¹⁷⁷ ATF 115 V 133 consid. 6a ; 115 V 403 consid. 5a.

dent (p.ex. une prédisposition constitutionnelle). On relèvera qu'un accident qui se produit tous les jours n'est pas nécessairement insignifiant.

[234] A l'inverse, l'existence d'une relation de causalité adéquate entre un accident grave et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique doit être considérée, en règle générale, comme établie¹⁷⁸.

[235] Sont réputés de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés ni dans l'une, ni dans l'autre des catégories décrites ci-dessus¹⁷⁹.

[236] Les critères les plus importants à prendre en considération pour trancher la question de la causalité adéquate, lors de troubles psychiques réactionnels, sont les suivants¹⁸⁰ :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ;
- enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

[237] Le caractère adéquat du lien de causalité suppose par principe que l'événement accidentel ait eu une importance déterminante dans le déclenchement des troubles psychiques. C'est le cas lorsque, du point de vue objectif, l'accident est d'une certaine gravité ou, en d'autres termes, lorsqu'il revêt effectivement une importance particulière¹⁸¹.

[238] En définitive, les critères énumérés précédemment coïncident avec les circonstances de l'accident qui sont déterminantes pour trancher la question de la causalité adéquate, lors de troubles psychiques réactionnels. Cependant, contrairement à ce que prévoyait la jurisprudence antérieure, l'ATF 115 V 133 considère qu'on ne saurait s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, attendu qu'il s'agit là d'un critère subjectif, et non objectif¹⁸².

[239] L'évaluation de la gravité objective d'un accident implique que l'on se fonde sur les critères objectifs susmentionnés. A cet égard, il ne suffit pas de classer l'accident dans l'une des catégories énumérées par le Tribunal fédéral. L'appréciation de l'événement accidentel en fonction de ces critères objectifs permet d'affirmer ou de nier l'existence d'un lien de causalité adéquate, de sorte qu'il devient superflu d'examiner encore s'il existe d'autres facteurs ayant favorisé la survenance de troubles psychiques.

¹⁷⁸ ATF 115 V 133 consid. 6b ; 115 V 403 consid. 5b.

¹⁷⁹ ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 5c/aa.

¹⁸⁰ ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_193/2016 du 26 octobre 2016 consid. 3.3, in : SVR 2017 UV n° 8 p. 27 ; 8C_540/2018 du 22 juillet 2019 consid. 4.2.

¹⁸¹ ATF 115 V 403 consid. 6.

¹⁸² ATF 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid 5.

[240] La question se pose ainsi essentiellement en termes de causalité adéquate qui est une question de droit sur laquelle l'expert médical ne doit pas se prononcer¹⁸³.

[241] En résumé, le suicide, la tentative de suicide ou l'automutilation ne seront pris en charge par l'assurance-accidents en vertu de l'art. 48 *in fine* OLAA que si l'on est en présence d'une conséquence évidente d'un accident déjà assuré. Cette notion de « conséquence évidente » implique l'existence d'un lien de causalité adéquate qui implique lui-même que l'accident a été déterminant dans l'apparition des troubles psychiques réactionnels. Or, seul un accident d'une gravité certaine peut l'être. De plus, il y a un paradoxe à tenter d'évaluer la gravité d'un accident et le lien de causalité adéquate entre celui-ci et des troubles réactionnels sans prendre en compte la situation subjective de l'assuré. C'est pourquoi cette évaluation oscille en quelque sorte entre l'objectivité et la subjectivité.

[242] Un arrêt publié à la RAMA¹⁸⁴ illustre bien ces propos. Il est important car le Tribunal fédéral s'y réfère dans des affaires ultérieures¹⁸⁵. Il s'agit du cas d'un père de famille de cinquante ans, apparemment sans problème majeur. Celui-ci consulte un matin son dentiste car il souffre de violents maux de tête depuis quelques jours. Ce dernier n'en trouvant pas la cause l'envoie consulter son médecin-traitant. Peu après, dans la matinée, l'assuré a un accident au volant de sa voiture. Il heurte un camion après avoir obliqué à gauche de la chaussée. Les deux conducteurs ne sont que légèrement blessés et l'assuré ne souffre que d'égratignures. Il affirme à la police avoir eu soudainement un moment d'absence et s'être retrouvé après en face du camion. Rentré chez lui, il se tire une balle dans la tête après avoir écrit un mot d'excuse à sa famille. L'expert mis en œuvre par le tribunal est d'avis que l'assuré n'était pas en état d'incapacité totale de discernement. La première hypothèse prévue à l'art. 48 OLAA peut donc être d'emblée écartée. De plus, selon lui, le suicide est dû à trois causes : des soucis professionnels (fatigue, surmenage, épuisement), de violents maux de tête dont l'assuré souffrait depuis quelques jours et, enfin, l'accident dont l'assuré se sentait coupable et responsable. L'expert souligne que c'est l'accumulation de ces trois facteurs qui est à l'origine du suicide, l'un d'eux, pris séparément, n'étant pas suffisant à l'expliquer. La Haute Cour considère, sur la base de cette expertise, que l'événement accidentel n'était en l'espèce manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, notamment, d'une dépression réactionnelle. Elle affirme qu'on sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minime, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, telle qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion à l'affection mentale de se manifester. Le Tribunal fédéral en déduit que, en fait, ce qui a fortement impressionné l'assuré et aggravé notablement son état de décompensation, c'est le moment d'absence, la perte de contrôle qui a précédé l'accident. Ce n'est pas – ou très peu – l'accident lui-même, qui ne revêt pas une importance déterminante par rapport à l'ensemble des facteurs qui ont contribué à produire les troubles psychiques réactionnels. En conséquence, le lien de causalité entre le suicide et l'accident a été rejeté dans cette affaire.

[243] Il reste un dernier point à examiner, toujours en relation avec la seconde hypothèse de l'art. 48 OLAA. En effet, celui-ci qualifie « d'évident » le lien de causalité qui doit exister entre

¹⁸³ FAUCHÈRE, Le suicide comme accident, ch. 5.7, p. 141.

¹⁸⁴ RAMA 1990 No U 96, p. 182 ss.

¹⁸⁵ P. ex. à l'ATF 120 V 352.

l'accident et le suicide pour que l'assurance-accidents verse ses prestations. Il convient de se demander quel est le sens à donner à cette expression ou encore quelle est la portée à donner à ce qualificatif « d'évident ».

[244] D'après MAURER¹⁸⁶, il s'agit de déterminer les exigences auxquelles doit satisfaire la preuve. Dans le domaine du droit des assurances sociales, en matière de preuve, on fait la distinction entre la simple possibilité, la vraisemblance et la certitude. Pour fonder l'obligation de l'assureur d'accorder les prestations d'assurance, il ne suffit pas que le lien de causalité adéquate entre l'accident et le suicide soit seulement possible ; il faut que ce rapport soit établi au niveau de la vraisemblance. Une certitude n'est en revanche généralement pas requise. Or, par l'utilisation des mots « conséquence évidente » de l'art. 48 OLAA, le législateur semblait exprimer que l'assureur n'est responsable que si l'accident antérieur est certainement la cause du suicide¹⁸⁷ ; aussi, ne devrait-il pas y avoir de doute quant à l'existence d'un rapport de causalité. De l'avis de MAURER, l'art. 48 OLAA n'est, sur ce point, pas conforme à la loi mais contraire à cette dernière. Si la LAA veut rendre la preuve plus difficile dans un certain domaine, elle doit le faire elle-même, dans sa propre loi, ou alors déléguer la compétence au Conseil fédéral. L'art. 5 LAM, quant à elle, exige une preuve au degré de la certitude pour un certain rapport de causalité. De là, le Conseil fédéral n'a pas la compétence d'aggraver les exigences auxquelles doit répondre une preuve déterminée car ceci est l'affaire du législateur. Il faut ainsi comprendre, selon MAURER, l'art. 48 OLAA comme si le mot évident n'existait pas.

4. Suicide et LAMal

[245] Conformément à l'art. 1 al. 1 LAMal¹⁸⁸, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, sauf dérogation.

[246] Depuis le 1^{er} janvier 2003, les définitions de l'accident et de la maladie sont codifiées dans la LPGA.

[247] L'art. 3 al. 1 LPGA définit la maladie comme suit : est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

[248] La notion d'accident permet de déterminer de manière négative la notion de maladie, en ce sens qu'il faut considérer comme maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident. Savoir si l'on est en présence d'une maladie ou d'un accident peut revêtir une importance capitale pour l'assuré ou ses survivants, vu l'éventail très large des prestations prévues dans l'assurance-accidents en regard de celles de l'assurance-maladie¹⁸⁹.

[249] Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que la nature de l'atteinte à la santé n'est pas en soi un critère pour mettre un sinistre à la charge de l'assurance-maladie plutôt qu'à celle de l'assurance-accidents. C'est la cause immédiate de cette atteinte et la façon dont elle est survenue qui sont déterminantes. Afin de délimiter les domaines respectifs de ces deux branches d'assurance, sans que cela conduise à des lacunes de l'assurance, il faut considérer comme maladie toute

¹⁸⁶ MAURER, Le suicide et la tentative de suicide dans l'assurance-accidents, p. 53.

¹⁸⁷ MAURER, Le suicide et la tentative de suicide dans l'assurance-accidents, p. 54.

¹⁸⁸ Loi fédérale sur l'assurance-maladie ; RS 832.10.

¹⁸⁹ FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, n. 74 p. 918 s.

atteinte dommageable à la santé physique ou psychique qui n'est pas due à un accident ou à ses conséquences directes. Un événement répondant à la définition de l'accident ne saurait dès lors être indemnisé comme maladie; il doit l'être à titre d'accident¹⁹⁰. Par ailleurs, un acte dommageable commis en état d'inconscience totale est assuré comme accident¹⁹¹. Force est d'admettre que ce même acte ne peut pas être assuré en tant que maladie, même si l'état d'inconscience était dû à une affection qualifiable en soi de maladie¹⁹². Bien que rendue sous l'empire de la LAMA, cette jurisprudence est toujours d'actualité.

[250] L'atteinte à la santé consécutive à un acte manqué ou à une tentative de suicide ne répondant pas à la notion d'accident est une maladie¹⁹³. En outre, les blessures auto-infligées (artefacts), intentionnelles ou non, doivent être considérées comme des maladies¹⁹⁴.

[251] La mise en parallèle de ces deux définitions nous permet d'affirmer que la notion de maladie est, d'une certaine manière, de nature subsidiaire par rapport à celle d'accident. En effet, sauf exceptions légales, tout événement dommageable ne répondant pas à la définition de l'accident relève de la maladie.

[252] La LAMal ne prévoyant pas de prestations en cas de décès, c'est l'acte manqué et la tentative de suicide qui doivent être abordés.

[253] Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, les caisses-maladie ne disposent plus de l'autonomie nécessaire pour prévoir, par voie statutaire, la réduction de leurs prestations en matière d'assurance obligatoire des soins, dès lors que la nouvelle loi ne leur en donne pas expressément la compétence. On doit en effet considérer que, dans des domaines qu'il a réglés en détail, le législateur a remplacé le principe d'autonomie qui était alors réservé aux caisses-maladie du temps de la LAMA par celui de la légalité. Il en va ainsi dans la réglementation de l'assurance obligatoire des soins où l'assureur-maladie ne peut fixer de règles propres que dans les domaines où la loi lui en donne la compétence¹⁹⁵.

[254] Dans l'assurance obligatoire des soins (ci-après : AOS), seules des prestations en nature sont versées (cf. en particulier art. 24 ss LAMal et 33 OAMal). Il n'est donc procédé à aucune réduction sur la prise en charge des prestations en nature et, en cas d'acte manqué ou de tentative de suicide, les prestations en nature, notamment les frais médicaux, seront pris en charge par l'AOS.

[255] Conformément à l'art. 67 al. 1 LAMal, la loi permet également la couverture d'indemnité journalière, qui constitue une prestation en espèces. Une assurance facultative d'indemnités journalières peut ainsi être conclue par toute personne domiciliée en Suisse ou y exerçant une activité lucrative, âgée de quinze ans au moins mais n'ayant pas atteint l'âge de 65 ans (art. 67 al. 1 LAMal). A défaut de dispositions particulières dans la LAMal, l'art. 21 LPGa est applicable au domaine des indemnités journalières régies par les art. 67 ss LAMal. Il s'agit d'une

¹⁹⁰ ATF 97 V 1 consid. 1b; 98 V 144 consid. 3.

¹⁹¹ ATF 97 V 1 consid. 3; 98 V 144 consid. 2b.

¹⁹² ATF 97 V 1 consid. 3.

¹⁹³ GEBHARD EUGSTER, *Krankenversicherung*, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], *Soziale Sicherheit*, 3^{ème} éd., 2016 [ci-après, cité « *Krankenversicherung* »], n. 291, p. 494.

¹⁹⁴ EUGSTER, *Krankenversicherung*, n. 309, p. 498.

¹⁹⁵ ATF 130 V 546 consid. 4.1.

règle impérative qui ne laisse aucune place à une réglementation dérogatoire dans les dispositions réglementaires ou statutaires des assureurs-maladie¹⁹⁶.

[256] En conclusion, dans le domaine de l'assurance-maladie régie par la LAMal, seules les indemnités journalières de l'assurance facultative (prestations en espèces) peuvent être réduites lorsque l'assuré a réalisé intentionnellement l'atteinte à la santé. Les traitements médicaux (prestations en nature) seront pris en charge sans réduction aucune.

5. Suicide et AI

[257] Conformément à l'art. 1 al. 1 LAI¹⁹⁷, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), sauf dérogation.

[258] Jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, la réduction des prestations en cas de faute intentionnelle, de crime ou de délit était réglée aux art. 18 al. 1, 2^e phrase, LAVS et 7 al. 1 LAI¹⁹⁸. Cette question relève désormais de l'art. 21 al. 1 LPGA pour ce qui est de la réalisation intentionnelle du risque.

[259] En assurance-invalidité, c'est évidemment la tentative de suicide (acte manqué) qui suscitera des interrogations.

[260] Dans son message du 24 octobre 1958 relatif au projet de loi sur l'assurance-invalidité, le Conseil fédéral retenait à l'époque que « l'invalidité causée par un suicide manqué doit être couverte par l'assurance [invalidité]¹⁹⁹ ». Le Conseil fédéral estimait qu'une assurance-invalidité reposant sur l'obligation généralisée et dont on attend des prestations en faveur de chaque invalide ne peut être assortie de dispositions négatives ou restrictives que dans une mesure très limitée. Quelques avis exprimés au sujet du rapport des experts ont même suggéré que la loi ne prévoise aucune clause restrictive ou ne le fasse que sous une forme très atténuée. Le Conseil fédéral rejoignait l'opinion de la commission d'experts, selon laquelle une exclusion ou une réduction des prestations doit être prévue au moins dans les cas choquants. Il doit en être ainsi lorsque l'assuré a causé ou aggravé son invalidité intentionnellement ou par négligence grave, ou en commettant un crime ou un délit²⁰⁰. Néanmoins, une telle « sanction ne doit en aucun cas frapper les personnes non coupables. Si l'assuré a causé son invalidité par sa faute, seule la prestation qui lui est personnellement destinée, et non pas celle en faveur de ses proches, peut être réduite ou supprimée ; inversement, lorsque des proches parents ont causé l'invalidité de l'assuré, intentionnellement, par négligence grave ou en commettant un acte criminel, seules les prestations qui leur sont destinées peuvent être totalement ou partiellement supprimées. Cette sanction ne doit pas être appliquée, comme les experts l'ont déjà précisé, lorsque l'assuré a causé son invalidité par

¹⁹⁶ ATF 130 V 546 consid. 3 ; ARIANE AYER/BÉATRICE DESPLAND, *Loi sur l'assurance-maladie (LAMal)* annotée, 2^e éd. 2013, ad art. 21 LPGA, p. 12 ; EUGSTER, *Krankenversicherung*, N 1476, p. 846

¹⁹⁷ Loi fédérale sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20.

¹⁹⁸ MICHEL VALTERIO, *Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI)*, 2018, n. 1 ad art. 7b LAI, p. 77.

¹⁹⁹ Message du 24 octobre 1958 du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale relatif à un projet de loi sur l'assurance-invalidité ainsi qu'à un projet de loi modifiant celle sur l'assurance-vieillesse et survivants [ci-après, cité « Message du 24 octobre 1958 »], FF 1958 II 1185 ; cf. également RCC 1959 p. 35.

²⁰⁰ Message du 24 octobre 1958, FF 1958 II 1187.

une tentative de suicide, car son intention n'était pas de se mutiler pour obtenir une prestation de l'assurance²⁰¹. »

[261] Dans son arrêt du 22 décembre 1964²⁰², le Tribunal fédéral des assurances a rappelé qu'en matière d'assurance obligatoire en cas d'accidents, le suicide et la tentative de suicide ne peuvent ouvrir droit à des prestations qu'à certaines conditions : il faut soit que le suicide ou sa tentative répondent à la notion donnée de l'accident et notamment à son caractère involontaire, hypothèse qui présuppose l'irresponsabilité totale [désormais l'incapacité de discernement totale] de l'assuré lors de la commission de l'acte²⁰³, soit qu'il ait pour cause adéquate un accident ou une maladie professionnelle assurés²⁰⁴. La situation de droit est analogue en matière d'assurance militaire, où l'élément causal est représenté par les influences subies durant le service militaire ou l'atteinte à la santé qui en est résulté. La question s'est posée de savoir si les principes posés dans ces deux branches d'assurance devaient être étendus, par analogie, à l'AI. Le Tribunal fédéral des assurances a répondu par la négative. Notre Haute Cour a rappelé que, tandis que l'assurance-accidents et l'assurance militaire ne répondent que d'événements déterminés, dont elles doivent alors assumer les suites, l'AI couvre l'invalidité en tant que telle. L'élément causal de l'origine de cette invalidité n'est pas déterminant et l'énumération des causes de l'invalidité à l'art. 4 LAI n'y a pas, ni ne peut avoir la portée strictement limitative que ces causes ont dans les autres branches susmentionnées, où elles sont le fondement même de l'assurance. La notion d'accident au sens de l'art. 4 LAI, en particulier, n'exige pas qu'il soit satisfait à la définition donnée en matière d'assurance-accidents, et rien ne pourrait motiver dans l'AI l'exclusion d'une atteinte à la santé physique ou mentale découlant d'un suicide manqué. Cette solution rejoint par ailleurs l'opinion exprimée dans les travaux législatifs préparatoires²⁰⁵.

[262] Dans un arrêt subséquent, le Tribunal fédéral des assurances a rappelé que, selon l'art. 7 al. 1 aLAI, les prestations en espèces de l'assurance-invalidité peuvent être refusées, réduites ou supprimées si l'assuré a causé ou aggravé son invalidité intentionnellement ou par négligence grave. Cette disposition vise, entre autres, la personne assurée dont l'intention est de devenir inapte au travail. Les juges fédéraux ont ajouté que celui qui tente de se suicider ne veut pas devenir handicapé, mais mourir. Pour cette raison, l'invalidité résultant d'une tentative de suicide n'est pas exclue de l'assurance invalidité²⁰⁶.

[263] Partant, l'AI couvre également l'invalidité causée par une tentative de suicide²⁰⁷.

[264] Dans les cas de tentatives de suicide, le critère de la capacité de discernement n'est pas déterminant en matière d'AI. L'AI n'applique pas de réduction ou de refus de prestations lorsque les moyens utilisés étaient de nature à entraîner le décès, selon le cours ordinaire des choses²⁰⁸.

²⁰¹ Message du 24 octobre 1958, FF 1958 II 1188.

²⁰² Arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 22 décembre 1964, en la cause J.-L. B in RCC 1965 p. 369, consid. 2.

²⁰³ Cf. p. ex. ATFA 1963, p. 16.

²⁰⁴ Cf. p. ex. ATFA 1962, p. 93.

²⁰⁵ Message du 24 octobre 1958, FF 1958 II 1185.

²⁰⁶ ATF 100 V 76 consid. 3 et la référence.

²⁰⁷ MARIANNE ECHENARD, Les risques exclus de l'AVS/AI, in : Actes du Colloque de Lausanne, 1989, de l'Institut de recherches sur le droit de la responsabilité civile et des assurances, Risques totalement ou partiellement exclus de l'assurance sociale (y compris la prévoyance professionnelle), Lausanne 1990 [ci-après, cité « Les risques exclus de l'AVS/AI »], p. 8.

²⁰⁸ ECHENARD, Les risques exclus de l'AVS/AI, p. 10 s.

[265] Aux termes de l'art. 21 al. 1 LPGA, si l'assuré a aggravé le risque assuré ou en a provoqué la réalisation intentionnellement ou en commettant intentionnellement un crime ou un délit, les prestations en espèces peuvent être temporairement ou définitivement réduites ou, dans les cas particulièrement graves, refusées. Cette disposition ne revêt pas, malgré sa teneur, le caractère d'une véritable norme potestative (« Kann-Vorschrift ») qui permettrait aux organes d'exécution de l'assurance-invalidité de renoncer à la réduction (ou au refus) des prestations même si les conditions en étaient réalisées. Ceux-ci ont seulement la compétence, c'est-à-dire le droit et l'obligation, de prononcer une sanction lorsque les conditions légales sont réunies. Une telle interprétation de l'art. 21 al. 1 LPGA – fondée sur celle dégagée par le Tribunal fédéral (des assurances) en rapport avec l'art. 7 al. 1 aLAI – résulte des travaux préparatoires²⁰⁹.

[266] La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national s'est écartée de la proposition du Conseil des Etats qui prévoyait expressément une obligation de réduction (« les prestations sont temporairement ou définitivement réduites »), en introduisant les termes « peuvent être temporairement ou définitivement réduites », parce que cela allait partiellement au-delà du droit alors en vigueur. La Commission entendait cependant reprendre le principe de la réduction en cas de dol éventuel (posé par l'art. 7 aLAI), mais plus celui d'une réduction en cas de négligence grave, à moins d'une dérogation prévue par une loi particulière²¹⁰. L'interprétation qui a été donnée de l'art. 7 al. 1 aLAI reste donc valable sous l'empire de l'art. 21 al. 1 LPGA en ce qui concerne le droit et l'obligation de l'assurance-invalidité de prononcer une sanction (sous forme de réduction, voire de refus des prestations) lorsque les conditions en sont réunies²¹¹.

[267] Interprété à la lettre, l'art. 21 al. 1 LPGA vise le dommage intentionnel²¹². La situation est parfaitement claire, en présence d'un dommage qui n'a pas été causé intentionnellement ; une réduction sera possible, avec les restrictions prévues²¹³.

[268] L'art. 7b al. 4 LAI déroge à l'art. 21 al. 1 LPGA en disposant que les allocations pour impotent ne peuvent être ni refusées, ni réduites. L'art. 21 LPGA reste donc applicable aux autres prestations en espèces, en l'occurrence aux rentes et aux indemnités journalières.

[269] Une tentative de suicide n'est pas considérée par la jurisprudence comme un acte intentionnel justifiant la réduction des prestations en applications de l'art. 21 al. 1 LPGA, à tout le moins aussi longtemps que l'assuré n'a pas envisagé, au stade du dol éventuel, que sa tentative pouvait échouer et qu'il pourrait en découler une invalidité²¹⁴.

[270] S'agissant de savoir si l'élément intentionnel est présent, on se trouvera souvent en présence d'une forme de l'intention que l'on désigne par les termes de « dol éventuel ». Selon MAURER, le dol éventuel n'est pas assimilé à l'intention, en droit des assurances²¹⁵.

²⁰⁹ Arrêt du Tribunal fédéral 9C_174/2012 du 30 août 2012 consid. 4.1 et les références.

²¹⁰ Cf. Rapport de la Commission du Conseil national de la sécurité sociale et de la santé relatif au projet de loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA], FF 1999 p. 4168, ad art. 27 p. 4209 ss.

²¹¹ Arrêt du Tribunal fédéral 9C_174/2012 du 30 août 2012 consid. 4.1 et les références

²¹² JEAN-LOUIS DUC/CORINNE MONNARD SÉCHAUD, L'assurance-invalidité selon la LAI, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^{ème} éd., 2016 [ci-après, cité « L'assurance-invalidité »], n. 378, p. 1592.

²¹³ DUC/MONNARD SÉCHAUD, L'assurance-invalidité, n. 379, p. 1593.

²¹⁴ Commentaire romand LPGA, ANNE-SYLVE DUPONT, art. 21 LPGA N 16 et la référence.

²¹⁵ MAURER, Le suicide et la tentative de suicide dans l'assurance-accidents, p. 55 s.

[271] La circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (ci-après : CIIAI)²¹⁶ prête moins à l'interprétation. A son chiffre marginal 1002, la CIIAI mentionne que les lésions causées par une tentative de suicide sont également réputées atteintes dommageables assurées. S'agissant de l'art. 21 al. 1 LPGA, la circulaire précise que « le caractère intentionnel est pratiquement exclu en cas de dépendance (telle que l'abus d'alcool, de médicaments ou de drogues, ainsi qu'en cas d'obésité) ou de tentative de suicide²¹⁷ ».

[272] Quant au dol éventuel, il est mis sur le même pied que l'intention. On est en présence d'un dol éventuel lorsque l'auteur ne prévoit à vrai dire pas avec certitude la réalisation des éléments constitutifs de l'infraction mais qu'il la tient cependant sérieusement pour possible et qu'il la veut également au cas où ces éléments se produiraient (« acceptation du résultat »)²¹⁸.

[273] En cas de tentative de suicide ou de suicide manqué commis en état d'incapacité totale de discernement, on ne pourra en tout cas pas retenir d'acte intentionnel et, par conséquent, aucune faute ne pourra être admise et aucune sanction prononcée²¹⁹.

[274] La situation dans l'assurance-invalidité mériterait d'être précisée, afin d'éviter des problèmes d'interprétation et d'éventuelles pratiques différentes en fonction des offices AI. Il serait judicieux que la CIIAI supprime le mot « pratiquement »²²⁰ au chiffre marginal 7003 pour les cas de tentative de suicide ; ceci serait plus cohérent avec le texte du chiffre marginal 1002²²¹.

[275] Comme nous l'avons vu, la volonté du législateur n'était pas d'exclure l'invalidité consécutive à un suicide manqué. Par ailleurs, l'assurance-invalidité est une assurance générale contre toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique quelle que soit sa cause, régie par le principe de la finalité. Dans l'assurance-invalidité, en effet, les prestations sont accordées indépendamment de la cause de l'invalidité (en principe). Ce principe a été rappelé par le Tribunal fédéral des assurances dans son arrêt du 22 décembre 1964²²².

[276] En outre, l'invalidité provoquée par une tentative manquée de suicide n'est pas considérée comme due à la faute grave si les moyens utilisés sont, selon le cours naturel des choses, propres à causer la mort et s'ils ne devaient pas permettre à l'assuré de se mutiler volontairement pour obtenir des prestations de l'assurance. Il serait en effet absurde de reprocher à un assuré d'avoir planifié et exécuté sans soin un acte en soi réprouvé²²³.

[277] Nous sommes d'avis que, dans l'assurance-invalidité, le suicide manqué ne devrait pas entraîner de réduction au sens de l'art. 21 al. 1 LPGA. La notion de dol éventuel tel que définie dans l'assurance-accidents²²⁴ ne devrait, à nos yeux, pas être appliquée *mutatis mutandis* en assurance-

²¹⁶ CIIAI, valable depuis le 1^{er} janvier 2015, état au 1^{er} janvier 2017.

²¹⁷ ch. m. 7003 CIIAI.

²¹⁸ ch. m. 7004 CIIAI.

²¹⁹ DUC/MONNARD SÉCHAUD, L'assurance-invalidité, n. 379, p. 1593.

²²⁰ Le sens est similaire dans les versions allemandes et italiennes.

²²¹ Les lésions causées par une tentative de suicide ou par une intervention médicale sont également réputées atteintes dommageables assurées.

²²² Arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 22 décembre 1964, en la cause J.-L. B in RCC 1965 p. 369, consid. 2.

²²³ RCC 1988 p. 168.

²²⁴ ATF 143 V 285 : la personne, prise d'un accès de colère ou sous le coup d'une frustration, qui frappe volontairement une paroi avec le poing pour se dévouler et qui, de ce fait, subit une déchirure du tendon extenseur de l'auriculaire, agit par dol éventuel. Etant donné la violence du coup, le risque de blessure était si prévisible que l'assuré ne pouvait plus croire que le résultat ne se réaliserait pas (consid. 4.2.4).

invalidité. Nous rejoignons MAURER pour qui le dol éventuel n'est pas assimilé à l'intention en droit des assurances sociales²²⁵.

[278] En revanche, tel ne doit pas être le cas lorsque la personne assurée s'inflige des lésions afin de devenir inapte au travail²²⁶. A la différence du suicide, le motif de l'automutilation réside en général dans la volonté d'obtenir un avantage.

[279] Une autre question se pose. Une personne assurée, au bénéfice d'une rente partielle de l'assurance-invalidité des suites d'un accident, pleinement capable de discernement, tente de mettre fin à ses jours en raison des douleurs permanentes, quasiment insupportables. Que se passe-t-il en cas d'augmentation de la rente d'invalidité (par exemple d'un trois-quarts de rente à une rente entière) des suites de cette tentative de suicide ? Appliqué à la lettre, l'art. 21 al. 1 LPGA devrait conduire à une réduction ou une suppression de la part d'invalidité supplémentaire. Or, si l'accident antérieur est la cause naturelle et adéquate de la tentative de suicide, l'assurance-accidents sera tenue de verser ses prestations, au sens de l'art. 48 OLAA. Il serait choquant d'arriver à une telle différence entre l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité.

[280] Et qu'en serait-il si l'invalidité préexistante découle d'une maladie ? Il ne fait sens de traiter différemment la tentative de suicide en lien de causalité naturelle et adéquate avec un accident ou une maladie. Ceci plaide en l'absence de réduction au sens de l'art. 21 al. 1 LPGA.

6. Suicide et AVS

[281] Selon l'art. 1 al. 1 LAVS²²⁷, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AVS, sous réserve de dérogations expressément prévues.

[282] L'octroi d'une rente de survivants suppose le décès de l'un des conjoints ou d'un ex-conjoint (pour la rente de veuve/de veuf) ou d'un parent (pour la rente d'orphelin).

[283] Les prestations dues aux proches ou aux survivants de l'assuré ne sont réduites ou refusées que si ceux-ci ont provoqué la réalisation du risque intentionnellement ou en commettant intentionnellement un crime ou un délit (art. 21 al. 2 LPGA). Il n'est donc pas possible de les réduire en cas de suicide²²⁸, le suicide excluant la commission de l'acte par un tiers.

[284] Un suicide n'est pas, dans le cadre de l'art. 21 LPGA²²⁹, un motif de réduction, dès lors que le décès entraîne le versement de prestations aux proches, qui ne sont pas fautifs au sens de l'art. 21 al. 2 LPGA²³⁰.

[285] La LAVS prévoit, comme dans la LAI, l'octroi d'allocation pour impotent. Ont droit à dite allocation les bénéficiaires de rentes de vieillesse ou de prestations complémentaires qui ont leur

²²⁵ ALFRED MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, 1985, p. 199 s. ; MAURER, *Le suicide et la tentative de suicide dans l'assurance-accidents*, p. 55 s. ; STÉPHANE MOHAROS, *Le suicide en assurances sociales*, in : *Cahiers genevois et romands de sécurité sociale* n° 25-2000, p. 104 s.

²²⁶ Cf. ATF 100 V 76 consid. 3.

²²⁷ Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10.

²²⁸ UELI KIESER, *Alters- und Hinterlassenenversicherung*, in : *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 3^{ème} éd., 2016, n. 676, p. 1380.

²²⁹ Dans le contexte de l'assurance-accidents, cf. art. 37 al. 1 LAA.

²³⁰ Commentaire romand LPGA, ANNE-SYLVIE DUPONT, art. 21 LPGA N 16 et la référence.

domicile et leur résidence habituelle en Suisse et qui présentent une impotence grave, moyenne ou faible (art. 43^{bis} al. 1, 1^{ère} phrase, LAVS).

[286] La LAI s'applique par analogie à l'évaluation de l'impotence (art. 43bis al. 5, 1^{ère} phrase, LAVS). A ce titre, l'art. 37 RAI²³¹ (al. 1, 2, let. a et b, et 3, let. a à d) est applicable par analogie à l'évaluation de l'impotence (art. 66^{bis} al. 1 RAVS²³²); quant à la révision de l'allocation pour impotent, les art. 87 à 88^{bis} RAI sont applicables par analogie.

[287] Contrairement à la LAI²³³, les art. 43^{bis} LAVS et 66^{bis} RAVS ne prévoient pas de dérogation aux dispositions de la LPGA, en particulier de l'art. 21 al. 1 LPGA. Par ailleurs, la législation de l'AVS ne renvoie pas à l'art. 7b al. 4 LAI. Quant à la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité²³⁴, elle est muette à ce sujet²³⁵.

[288] Se pose ainsi la question de savoir si une personne âgée de 70 ans, bénéficiaire d'une rente de vieillesse, ayant tenté de se suicider et se retrouvant désormais impotent (de degré faible, moyen ou grave), aurait droit à une allocation à ce titre. A défaut de dérogation à l'art. 21 al. 1 LPGA, l'allocation pour impotent – prestation en espèces au sens de l'art. 15 LPGA – pourra être temporairement ou définitivement réduite ou, dans les cas particulièrement graves, refusée. Toutefois, nous pensons qu'il s'agit d'une omission du législateur ; il ne fait sens que la LAVS soit plus sévère sur ce point que la LAI.

7. Suicide et prévoyance professionnelle obligatoire

[289] Dans son Message à l'appui d'un projet de loi sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 19 décembre 1975, le Conseil fédéral précisait, à l'art. 36 « Réduction des prestations pour faute grave », dont la teneur est similaire à l'actuel art. 35 dans un style rédactionnel différent, qu'« [u]ne telle réduction ne peut être opérée par l'institution de prévoyance que si les prestations correspondantes de l'AVS ou de l'AI subissent une réduction pour faute grave. Comme dans l'AVS, la faute doit être imputable à l'ayant droit lui-même, de sorte que le suicide ne donne lieu à aucune réduction des prestations de survivants²³⁶. »

[290] La LPGA, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2003, n'étant pas applicable à la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, il y a lieu de se reporter à l'art. 35 LPP²³⁷, qui a la teneur suivante : « Lorsque l'AVS/AI réduit, retire ou refuse ses prestations parce que le décès ou l'invalidité de l'assuré a été provoqué par une faute grave de l'ayant droit ou que l'assuré s'oppose à une mesure de réadaptation de l'AI, l'institution de prévoyance peut réduire ses prestations dans la même proportion. » Cette disposition vise ainsi la réduction de prestations en cas de faute telle que peuvent la prononcer les organes de l'AVS/AI en application de l'art. 21

²³¹ Règlement sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201.

²³² Règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.101.

²³³ Art. 7b al. 4 LAI.

²³⁴ CIIAI, disponible ici : <https://sozialversicherungen.admin.ch/fr/d/6415/download> (consulté le 17 mars 2020).

²³⁵ ch. 8118 ss CIIAI, état au 1^{er} janvier 2018.

²³⁶ Message du 19 décembre 1975 à l'appui d'un projet de loi sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, in : FF 1976 I p. 216.

²³⁷ Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40.

al. 1 à 3 LPGA²³⁸. Une règle analogue concernant le rapport entre la réduction des prestations de l'assurance-accidents ou militaire et les prestations LPP se trouve à l'art. 25 al. 2 OPP²³⁹.

[291] Dans la mesure où la LPP renvoie à des notions de la LAI et de la LAVS qui sont elles-mêmes définies dans la LPGA, la partie générale joue malgré tout un rôle dans le domaine de la prévoyance professionnelle obligatoire²⁴⁰.

[292] Bien que l'art. 35 LPP parle de faute grave, les conditions de réduction ou de refus d'une prestation doivent être remplies conformément à l'art. 21 LPGA, qui exige la réalisation intentionnelle ou la commission intentionnelle d'un crime ou d'un délit. Les réductions de prestations correspondantes de l'AI sont contraignantes pour l'institution de prévoyance si cette dernière a été incluse dans la procédure AI au plus tard à l'occasion du préavis (art. 57a LAI) et si la décision AI ne s'avère pas manifestement insoutenable. Dans le cas contraire, la question de savoir si les prestations doivent être réduites ou refusées peut être évaluée de manière autonome dans le cadre de la procédure prévue à l'art. 73 LPP²⁴¹.

[293] L'art. 35 LPP a la qualité de règle discrétionnaire : les institutions de prévoyance peuvent réduire ou refuser leurs prestations au cas où l'AVS/AI a fait de même, mais elles n'y sont nullement obligées ; elles doivent toutefois respecter les principes de proportionnalité, d'égalité et d'interdiction de l'arbitraire lorsqu'elles exercent leur pouvoir discrétionnaire. D'un autre côté, les institutions de prévoyance ne peuvent réduire les prestations selon l'art. 35 LPP que si l'AVS/AI a effectivement réduit les siennes ; la LPP ne contient donc pas de règles permettant aux caisses de réduire les prestations de manière autonome, à l'instar notamment de l'art. 21 al. 1 à 4 LPGA et d'autres lois d'assurance sociale²⁴².

[294] L'ordre chronologique selon lequel devraient intervenir les actes prononçant une réduction n'est pas expressément fixé par la loi ; il faut néanmoins partir de l'idée qu'une réduction en vertu de l'art. 35 LPP sera généralement précédée d'une réduction des prestations AVS/AI²⁴³.

[295] L'art. 35 LPP *in fine* autorise l'institution de prévoyance à « réduire ses prestations dans la même proportion », ce qui signifie qu'elle peut refuser l'octroi si l'AVS/AI fait de même²⁴⁴.

[296] Comme nous l'avons vu précédemment, l'AVS ne pouvant refuser ses prestations en cas de suicide, au sens de l'art. 21 al. 2 LPGA, l'institution de prévoyance fera de même pour les prestations obligatoires. Ainsi, le suicide ne donne lieu à aucune réduction des prestations de survivants²⁴⁵.

[297] Quant à l'assurance-invalidité, le caractère intentionnel est pratiquement exclu en cas de tentative de suicide²⁴⁶ ; il devra en être de même pour la prévoyance professionnelle obligatoire.

²³⁸ Commentaire LPP et LFLP, BETTINA KAHIL-WOLFF, 2010 [ci-après, cité « Commentaire LPP et LFLP »], n. 6 ad art. 35 LPP.

²³⁹ Ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.441.1.

²⁴⁰ Commentaire romand LPGA, MARGRIT MOSER-SZELESS, art. 2 LPGA N 11.

²⁴¹ MARC HÜRZELER/JÜRIG BRÜHWILER, Obligatorische berufliche Vorsorge, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^{ème} éd., 2016, n. 215 p. 2145.

²⁴² KAHIL-WOLFF, Commentaire LPP et LFLP, no 3 ad art. 35 LPP.

²⁴³ KAHIL-WOLFF, Commentaire LPP et LFLP, no 4 ad art. 35 LPP.

²⁴⁴ KAHIL-WOLFF, Commentaire LPP et LFLP, no 5 ad art. 35 LPP.

²⁴⁵ Message du Conseil fédéral du 19 décembre 1975, FF 1976 I 117, 216.

²⁴⁶ ch. m. 7003 CIIAI.

8. Suicide et assurance militaire

[298] Conformément à l'art. 1 al. 1 LAM²⁴⁷, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70), sauf dérogation.

[299] Qualifiée de bien discrète, l'assurance militaire ne fait guère l'objet de discussion sur le plan politique et son application entraîne rarement un litige devant les tribunaux. L'assurance militaire occupe une position particulière. Elle correspond en effet à une responsabilité de la Confédération pour toutes les personnes appelées à servir dans l'armée, la protection civile ou le service civil, en raison des risques spécifiques auxquels elles sont soumises²⁴⁸.

[300] Contrairement à l'assurance-accidents et à l'assurance-chômage, qui dérogent à l'art. 21 LPGA en assouplissant les conditions permettant à l'assureur social de prononcer une sanction à l'encontre de l'assuré, l'assurance militaire prévoit quant à elle des cautèles plus restrictives²⁴⁹.

[301] Dans son rapport du 26 mars 1999²⁵⁰, la Commission du Conseil national de la sécurité sociale et de la santé précisait : « L'art. 65 LAM constitue en quelque sorte le pendant de l'art. 27, al. 1 à 2bis, LPGA [devenu l'actuel art. 21 LPGA]. Déjà maintenant, la négligence grave n'entraîne pas de réduction dans l'assurance militaire, il n'y a donc pas de différence de contenu par rapport à la proposition d'art. 27 al. 1 et 2 LPGA [l'actuel art. 21 LPGA]. Cependant il y a une différence quant à l'étendue de la réduction : celle-ci fait l'objet dans l'assurance militaire d'une réglementation plus favorable pour l'assuré dans certaines circonstances, car la réduction maximale est limitée au tiers du montant des prestations concernées. C'est afin de maintenir cette règle que la commission propose de prévoir une dérogation à la LPGA dans l'art. 65 LAM ».

[302] En premier lieu, l'art. 65 al. 3 LAM prévoit que « la décision de réduire ou de refuser des prestations doit tenir compte des circonstances, en particulier de la gravité de la faute de l'ayant droit ». Cette disposition déroge à l'art. 21 al. 1 LPGA en ce sens que l'assureur social n'est ici pas contraint de prononcer une sanction, même quand les conditions en sont remplies, dès lors que les circonstances concrètes du cas d'espèce s'y opposent, notamment en cas de faute très légère de l'assuré²⁵¹.

[303] Par ailleurs, la LAM limite la quotité de la réduction des indemnités journalières ainsi que des rentes d'invalidité et survivants tant et aussi longtemps que la personne assurée est tenue à entretien à l'égard de ses enfants et/ou de son conjoint. Dans une telle hypothèse, la réduction ne peut pas dépasser un tiers, en dérogation à l'art. 21 al. 3 LPGA (cf. art. 65 al. 3 LAM)²⁵².

[304] Le suicide ou la tentative de suicide donnent également le droit à des prestations s'ils réalisent les caractéristiques d'un accident ou constituent une conséquence adéquate d'une affection assurée²⁵³.

²⁴⁷ Loi fédérale sur l'assurance militaire ; RS 833.1.

²⁴⁸ FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire*, n. 953 p. 1153.

²⁴⁹ Commentaire romand LPGA, ANNE-SYLVE DUPONT, art. 21 LPGA N 47.

²⁵⁰ Rapport du 26 mars 1999 de la Commission du Conseil national de la sécurité sociale et de la santé [CSSS], FF 1999 p. 4215.

²⁵¹ Commentaire romand LPGA, ANNE-SYLVE DUPONT, art. 21 LPGA N 48 ; Rapport du 26 mars 1999 de la Commission du Conseil national de la sécurité sociale et de la santé [CSSS], FF 1999 p. 4215.

²⁵² Commentaire romand LPGA, ANNE-SYLVE DUPONT, art. 21 LPGA N 49.

²⁵³ FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire*, n. 965 p. 1156 ; s'agissant du système de la responsabilité dans l'assurance militaire, cf. n. 969 ss, p. 1157 ss.

9. Quid du suicide assisté ?

[305] L'assistance au suicide consiste à fournir à une personne une substance létale qu'elle ingère elle-même, sans intervention extérieure, pour mettre volontairement fin à ses jours. Les premières organisations d'assistance au suicide ont vu le jour en Suisse il y a trente ans. Ces organisations fournissent une assistance au suicide dans le cadre prévu par l'art. 115 CP, en vertu duquel l'assistance au suicide n'est pas punissable tant qu'aucun mobile égoïste n'est présent²⁵⁴.

[306] L'assistance au suicide est sollicitée quand la vie ne paraît plus, aux yeux des personnes concernées, digne d'être vécue, la plupart du temps en raison d'une maladie somatique grave. Les maladies initiales les plus souvent déclarées sont le cancer (44%), les maladies neurodégénératives (14%), les maladies cardiovasculaires (9%) et les maladies de l'appareil locomoteur (6%). Le groupe des autres maladies comprend les syndromes douloureux, la multimorbidité et d'autres maladies. La dépression est citée dans 3% des cas, la démence dans 0,3% des cas²⁵⁵.

[307] Si, depuis 2003, le nombre de suicides est à peu près constant, le nombre de suicides assistés augmente régulièrement. En 2009, on comptait un suicide assisté pour quatre suicides. Le rapport entre suicides assistés et suicides est très dépendant de l'âge. Durant la période allant de 2006 à 2009, les suicides assistés ont été plus nombreux que les suicides chez les personnes de 85 ans et plus²⁵⁶.

[308] En 2014, sur l'ensemble des personnes domiciliées en Suisse et décédées en 2014, 1,2% ont recouru au suicide assisté. 742 cas de suicide assisté (320 hommes et 422 femmes) ont été enregistrés en Suisse en 2014, soit 26% de plus que l'année précédente et 2,5 fois plus qu'en 2009. 94% des personnes concernées avaient plus de 55 ans et souffraient, dans la très grande majorité des cas, d'une maladie grave à l'issue fatale²⁵⁷.

[309] Etant donné que la personne assurée ingère elle-même la substance létale pour mettre volontairement fin à ses jours, il y a lieu de traiter le suicide assisté comme un suicide. En particulier, le suicide assisté ne saurait être considéré comme un accident, au sens de l'art. 4 LPGA. Demeure bien entendu la question du suicide en tant que conséquence d'un état imputable à un accident assuré, au sens de l'art. 48 OLAA.

10. Conclusion

[310] Comme rétorquait M. COMTESSE, rapporteur français de la Commission, à M. le Conseiller national BOINAY au sujet des réductions et refus lors de la séance du 24 juin 1897 à l'Assemblée fédérale relative à l'assurance en cas de maladie et d'accident, on ne saurait oublier qu'à côté de l'assuré, il y a sa famille, que la punition qui lui est infligée se répercute sur des innocents,

²⁵⁴ Statistique des causes de décès 2009, Assistance au suicide et suicide en Suisse, Office fédéral de la statistique (OFS), mars 2012.

²⁵⁵ Statistique des causes de décès 2009, Assistance au suicide et suicide en Suisse, Office fédéral de la statistique (OFS), mars 2012.

²⁵⁶ Statistique des causes de décès 2009, Assistance au suicide et suicide en Suisse, Office fédéral de la statistique (OFS), mars 2012.

²⁵⁷ Suicide et assistance au suicide en Suisse 2014, communiqué de presse de l'Office fédéral de la statistique (OFS) du 11 octobre 2016.

sa femme et ses enfants, exposés dès lors, par des privations de secours, à souffrir dans leur existence²⁵⁸.

[311] Gardons également à l'esprit la définition donnée par le Conseil fédéral, dans son message du 21 juin 1919, de l'assurance sociale : « En tant que branche de l'assurance, l'assurance sociale a pour objet direct de satisfaire entièrement ou partiellement à un besoin évaluable de fortune, amené en général par un événement accidentel, indépendant de la volonté de l'assuré. Lorsque l'événement n'est pas accidentel, mais dépend du cours du temps, il faut tout au moins que le moment où il se produira, ou bien l'importance et la durée du besoin de fortune, soient indéterminés. L'assurance sociale étant non une fin propre, non l'objet d'une entreprise lucrative, mais seulement une forme de la prévoyance, elle accomplit sa tâche par la mutualité, c'est-à-dire par l'union consciente ou inconsciente, volontaire ou forcée, de nombreuses économies individuelles en vue d'une aide commune et réciproque, à laquelle l'individu a droit soit en vertu d'un contrat, soit en vertu d'une obligation d'ordre public. Comme son nom le dit, cette assurance doit être sociale »²⁵⁹. S'agissant des risques d'abus dans l'assurance des survivants, « le seul risque pourrait être que l'assuré mît fin à ses jours pour n'avoir plus à entretenir sa famille, les prestations de l'assurance se substituant alors aux siennes propres. Mais si l'on considère que même chez l'individu le plus malheureux l'instinct de la conservation fait valoir ses droits, les cas où l'assurance serait à elle seule le facteur déterminant du suicide ne peuvent évidemment que constituer une infime minorité »²⁶⁰.

[312] Pour l'assurance-accidents, le Tribunal fédéral a, à réitérées reprises, rappelé qu'une atteinte volontaire ne répondait pas à la notion d'accident²⁶¹. ALEXANDRA RUMO-JUNGO relève qu'il n'est pas possible de s'écarter de la voie adoptée par le Tribunal fédéral au vu même du texte de la loi, de la notion d'accident et de la volonté du législateur²⁶². Nous ne pouvons que souscrire à cette appréciation.

[313] Comme le soulignent FRÉSARD et MOSER-SZELESS, du point de vue de la politique sociale, l'exclusion du suicide de la couverture d'assurance, sauf incapacité de discernement, n'est guère satisfaisante²⁶³. Cela étant, comme l'a rappelé le Tribunal fédéral, la modification ou l'extension des droits aux prestations prévus à l'art. 37 al. 1 LAA en lien avec l'art. 48 OLAA pour les cas de suicide relève de la compétence du législateur et non du juge²⁶⁴. Il appartient ainsi au législateur de se pencher sur cette question de politique sociale.

[314] A cela s'ajoute le rôle important – et déterminant – que joue l'expert psychiatre quand il s'agit de se prononcer sur la capacité de discernement : le résultat peut dépendre du choix de l'expert²⁶⁵. MAURER exprimait les mêmes remarques : « Actuellement, obtenir ou non une rente

²⁵⁸ Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale FF 1897 II 504.

²⁵⁹ Message du Conseil fédéral du 21 juin 1919 à l'Assemblée fédérale concernant l'attribution à la Confédération du droit de légiférer en matière d'assurance-invalidité, vieillesse et survivants, et la création des ressources nécessaires à la Confédération pour les assurances sociales, FF 1919 IV 1, 8.

²⁶⁰ Message du Conseil fédéral du 21 juin 1919, FF 1919 IV 1, 13.

²⁶¹ En particulier ATF 115 V 151 et 129 V 95.

²⁶² ALEXANDRA RUMO-JUNGO, Die Leistungskürzung oder -verweigerung gemäss Art. 37–39 UVG, thèse Fribourg 1993, p. 117.

²⁶³ FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, n. 85 p. 921.

²⁶⁴ ATF 129 V 95 consid. 3.3.

²⁶⁵ FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, n. 85 p. 921 ; dans le même sens : ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Ergänzungsband, 1989, p. 22.

de survivants ressemble fort à une loterie : le sort des intéressés dépendra du hasard, soit du choix du psychiatre chargé de l'expertise²⁶⁶ ». A cela s'ajoute la qualité de la rédaction par le médecin-expert du rapport ainsi que la lecture qui en sera faite²⁶⁷.

[315] En cas de décès de la personne assurée, un dossier complet permet au médecin-expert de disposer de plus de données possibles, facilitant autant que faire se peut l'exécution du mandat qui lui est confié.

[316] FAUCHÈRE évoque que, de par sa complexité, la nature humaine force à évaluer chaque situation de façon particulière, en tenant compte de l'ensemble des éléments biologiques, psychologiques et sociaux au moment des faits en cause. Dans la mesure où l'expert connaît bien le socle juridique de son intervention dans ce domaine et se réfère, comme il se doit, à la pensée médicale dominante, on peut toutefois s'attendre à une unité de doctrine et à une bonne sécurité de l'application du droit²⁶⁸.

[317] Enfin, des circonstances, parfois hasardeuses, jouent un rôle décisif. Il suffira que l'assuré ait laissé un mot d'adieu à ses proches pour que l'on conclue à ce que l'on appelle un suicide bilan et, en conséquence, à la capacité de discernement de l'intéressé²⁶⁹. Charge ainsi à l'assurance-accidents d'instruire de façon exhaustive le dossier avant de prendre une quelconque décision (octroi ou refus des prestations). Le fait pour l'assurance-accidents de baser son opinion sur aucun fait objectif relevant, en se contentant d'une explication qu'elle échafaude elle-même du comportement de l'assuré n'est pas relevant en droit²⁷⁰.

[318] S'agissant de l'assurance-invalidité, nous plaidons pour que la tentative de suicide n'entraîne aucune réduction ou refus. La volonté du législateur allant dans ce sens²⁷¹, il est nécessaire, pour la sécurité du droit, que ce point soit précisé, au moins dans les circulaires de l'assurance-invalidité, de façon non équivoque.

[319] Quant à l'AVS, il est important que la situation des allocations pour impotents soit clarifiée et soit mise sur un pied d'égalité avec l'assurance-invalidité, en inscrivant une dérogation à l'art. 21 al. 1 LPGA en disposant que les allocations pour impotent ne peuvent être ni refusées, ni réduites, à l'instar de l'art. 7b al. 4 LAI.

Titulaire du brevet fédéral en assurances privées et du brevet fédéral en assurances sociales, DAVID IONTA travaille depuis plus de 25 ans dans le monde des assurances privées et sociales. Il est également créateur et administrateur du site internet « <https://assurances-sociales.info> ».

L'auteur remercie ici Mme Gaëlle Barman Ionta, titulaire du brevet d'avocat, pour sa relecture ainsi que pour ses remarques éclairées.

²⁶⁶ MAURER, Le suicide et la tentative de suicide dans l'assurance-accidents, p. 55 (version française), p. 49 (version originale allemande).

²⁶⁷ cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2015 du 15 janvier 2016.

²⁶⁸ FAUCHÈRE, Le suicide comme accident, ch. 5.8, p. 142 s.

²⁶⁹ FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, n. 85 p. 921.

²⁷⁰ Arrêt du Tribunal cantonal de Neuchâtel du 4 juillet 1988 consid. 3, paru in RJN 1988 p. 207.

²⁷¹ Message du 24 octobre 1958, FF 1958 II 1188 ; cf. aussi p.ex. Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale, séance du 15 mars 1979, objet n° 76.069 « Assurance-accidents. Loi », intervention Hürlimann, 1979 I p. 252.

Le présent article engage son auteur à titre personnel et ne reflète pas la position des institutions pour lesquelles il œuvre.