

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 février 2010

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : M. Zbinden et Mme Moyard, assesseurs
Greffier : M. Greuter

* * * * *

Cause pendante entre :

CAISSE N. _____, à Berne, recourante,
A.H. _____, à [...], recourant, représenté par Me Ridha Ajmi, avocat à Genève,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey.

Art. 37 al. 1 LAA; 48 OLAA

E n f a i t :

A. Le 26 novembre 2005, A.H. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1983, d'origine tunisienne, marié, est tombé du quatrième étage de son immeuble. Polytraumatisé, il a été hospitalisé au CHUV. Dans une lettre de transfert du 12 décembre 2005, le CHUV a déclaré que:

"Vu les circonstances peu claires de la chute avec suspicion de tentamen, il a été vu à plusieurs reprises par le psychiatre. Il n'y a pas d'état dépressif ou d'état psychotique constitué, il n'y a pas non plus de projet suicidaire, par contre il n'est pas exclu que l'assuré présente des troubles de la personnalité. Actuellement, il est sous traitement de Deroxat et de Tranxilium. Un suivi psychiatrique devrait être prévu par son médecin traitant."

D'un rapport préalable de la gendarmerie du 27 novembre 2005, il ressort ce qui suit:

"Mme B.H. _____ a épousé M. A.H. _____ en septembre 2004. En mai 2005, ce dernier l'a rejointe en Suisse et depuis, ils vivent ensemble. A.H. _____ souffre de crises psychiques régulières et ne souhaite pas se faire soigner. La vie de couple devient difficile, monsieur ne travaillant pas et étant jaloux, Mme B.H. _____ lui a alors demandé de retourner en Tunisie, vers sa famille, pour réfléchir. Le ton est monté et alors que madame quittait l'appartement, A.H. _____ s'est élancé par la fenêtre de la cuisine, au 4^e étage."

Le 17 janvier 2006, l'épouse de l'assuré a été entendue par un inspecteur de la CNA. Selon le rapport établi par ce dernier, l'assuré souffrait de crise d'épilepsie, lors desquelles il passait par des moments de crispation, perdant parfois connaissance. L'inspecteur a également relevé que l'épouse de l'assuré avait fait une fausse couche. En ce qui concerne le jour de l'incident, elle a déclaré à l'inspecteur qu'elle faisait des allers-retours entre la salle de bains et la cuisine, tout en discutant; le couple parlait de ses problèmes. Elle a en outre indiqué ce qui suit:

"Après avoir dit que j'étais prête à sortir en ville, je me suis dirigée vers la porte. Soudain, alors que je me retournais, entendant un bruit sourd, j'ai vu mon mari déjà en dehors de la fenêtre, n'apercevant déjà plus sa tête qui était dans le vide voyant uniquement le bas de ses jambes et ses talons, Il avait plongé en avant. J'ai crié 'A.H. _____, arrête, arrête', alors que je ne pouvais plus rien faire. Lorsque j'ai été entendue par les gendarmes, à

domicile, j'étais sous médicaments. Il y avait des allées et venues dans tout l'appartement. Le gendarme me questionnait et écrivait. J'ai signé ma déposition sans la lire, le gendarme précisant que ce qui avait été dit était retranscrit.

Le jour en question, mon mari n'a pas eu de crise d'épilepsie. J'ai précisé que mon mari n'était pas agressif. À mon avis, il ne s'est pas jeté en bas de la fenêtre. Il avait trouvé un emploi et savait que je pouvais encore avoir des enfants, après avoir respecté un certain délai. Le jour en question, il n'avait pas mangé à midi mais il a beaucoup fumé. Il sait que je ne supporte que difficilement la fumée en raison de mon asthme. Malgré ça, il paraissait bien."

D'un rapport de gendarmerie du 24 janvier 2006, on extrait la déclaration de l'épouse de l'assuré suivante:

"[...]

A.H._____ souffre de troubles psychiques et il lui arrive d'avoir des crises, Il en a en moyenne cinq par semaine Comme il ne parle pas bien le français, il ne veut pas voir de médecin. Je lui dis qu'il devait se soigner et que je ne pouvais pas continuer à vivre avec lui comme ça. Je lui ai proposé de retourner dans sa famille, en Tunisie, pour qu'il y réfléchisse. Selon lui, il n'est pas malade et refuse de se soigner. Aujourd'hui, soit cet après-midi, A.H._____ se trouvait dans la cuisine. Nous avons parlé un peu et je lui demandais de réfléchir à notre situation ainsi qu'au fait qu'il retourne en Tunisie. Nous parlions fort mais sans nous engueuler. Ensuite, je lui ai dit que j'allais partir et alors que je me dirigeais vers la porte, je l'ai vu enjamber la fenêtre de la cuisine et sauter dans le vide. Il n'a rien dit de spécial. Mon fils [...] se trouvait dans sa chambre à ce moment-là. C'est lui qui a fait appel à la police. Je pense que A.H._____ ne tient pas à ce que nous nous séparions."

Dans le même rapport, il ressort qu'un inspecteur de l'identité judiciaire avait relevé une trace de pas, l'avant en direction du vide, sur le rebord extérieur de la fenêtre de la cuisine.

B. Suite à un examen neurologique du 15 décembre 2005, le Dr G._____, médecin à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: la CRR) a établi un rapport dont on retient ce qui suit:

"Diagnostic

Epilepsie partielle complexe avec occasionnelles généralisations secondaires.

Rappel anamnestique

M. A.H._____ est hospitalisé à la suite d'une paraplégie incomplète, après fracture burst de L3. Le traumatisme a été provoqué par une chute du 4^e étage, survenu dans des circonstances non élucidées. Le patient explique avoir présenté un épisode de 'vertiges'. Il a appelé à l'aide, en vain, c'est alors qu'il

pense être tombé (amnésie circonstancielle). Il a repris conscience à l'arrivée de l'hélicoptère.

Il explique présenter de tels épisodes de 'vertiges' depuis l'âge de 15 ans environ. Il rapporte une impression rotatoire externe horaire. Il y a aussi un malaise, des nausées, une impression d'angoisse retrosternale. Le patient rapporte parfois des paresthésies à la main gauche. Juste avant la perte de connaissance, le patient présente des automatismes moteurs (se passe la main dans les cheveux, sur le visage). Parfois, l'épisode est en effet suivi d'une perte de connaissance, avec phases toniques et cloniques en alternance, cyanose, écume à la bouche, morsure de langue, puis perte d'urines. Les convulsions peuvent durer de brèves minutes, voire jusqu'à 20 minutes au maximum. Il y a ensuite un état post-critique, durant plusieurs minutes, avec une angoisse, mais sans agitation. Les crises surviennent à raison de 2 à 4 épisodes/mois en moyenne, depuis l'âge de 15 ans.

Dans les antécédents du patient, je relève un TCC à 17 ans (en jouant du football) avec une perte de connaissance auto-évaluée à une heure. Le patient a aussi un passé d'enfant battu, avec notamment des coups portés à la tête. Il y a dans ce contexte aussi une fragilité psychologique. Une de ses soeurs est épileptique, avec des crises généralisées tonico-cloniques.

Je dois préciser que l'anamnèse, effectuée en présence de l'épouse, a été laborieuse pour des raisons linguistiques.

Status neurologique

Je n'ai pas eu la possibilité de faire à l'occasion de la consultation un examen neurologique, pour compléter celui que tu avais déjà fait. Cela pourra être évalué ultérieurement.

La description des épisodes présentés par le patient et complétée par l'épouse ne fait aucun doute. M. A.H. _____ souffre d'épilepsie, avec des crises partielles végétatives, puis partielles complexes, suivies fréquemment de généralisation secondaire. La sémiologie partielle complexe indique une origine très vraisemblablement temporale, plutôt latéralisée à droite au vu de la sémiologie sensitive rapportée à la main gauche.

Il faut compléter le bilan par une imagerie cérébrale détaillée, en l'occurrence une IRM. Il faut également effectuer un EEG. Il y a indication claire à un traitement antiépileptique, qui devra être débuté rapidement, considérant les fractures vertébrales encore non stabilisées. Le choix du médicament sera discuté avec le Dr T. _____, en raison de la comorbidité psychiatrique. Dans l'immédiat, je recommande de ne pas diminuer les benzodiazépines."

Le même jour, un EEG a été réalisé par le Dr E. _____, spécialiste FMH en neurologie, médecin à la CRR, laquelle a révélé pour seule discrète anomalie un léger ralentissement de l'activité.

Une IRM cérébrale a été réalisée le 20 décembre 2005. Dans son rapport du jour suivant, le Dr F. _____ a indiqué que l'assuré présentait une épilepsie partielle complexe qui se généralisait dans un

second temps. Dans un rapport du 20 décembre 2005, faisant suite à un consilium psychiatrique, le Dr T._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a considéré que le comportement de l'assuré évoquait des troubles de la personnalité. Toutefois, son status psychiatrique était plutôt rassurant. L'assuré semblait être encore en phase de "choc" pour n'avoir pas encore pris conscience des lésions et de leurs séquelles définitives actuelles. C'était dans ce contexte qu'il fallait comprendre une anxiété importante et des plaintes somatiques multiples et apparemment injustifiées.

Dans un rapport du 22 mars 2006, le Dr E._____ a diagnostiqué une épilepsie.

Les médecins du SMR ont, dans leur rapport du 9 mai 2006, retenu notamment ce qui suit:

"Lors de son admission, M. A.H._____ relatait l'existence de malaises qu'il qualifiait d'épisodes de 'vertiges'. L'anamnèse réalisée par le neurologue était difficile, mais relatait des paresthésies, des automatismes moteurs puis des pertes de connaissance avec phases toniques et cloniques. Cette anamnèse était compatible avec une épilepsie partielle avec généralisation secondaire. Une IRM cérébrale pratiquée le 20.12.2005 était dans les normes. L'EEG pratiqué le 15.12.2005 montrait pour seule anomalie un léger ralentissement de l'activité de fond. La description des épisodes présentés par le patient et complétée par l'épouse ne fait cependant aucun doute. M. A.H._____ souffre d'épilepsie, avec des crises partielles végétatives, puis partielles complexes, suivies fréquemment de généralisation secondaire (2 à 4 épisodes/mois). Vu la normalité des examens paracliniques, nous décidons d'un antiépileptique à faible dosage, soit le Topamax, à 2x50 mg/jour. Au cours de l'hospitalisation, aucun thérapeute n'a pu objectiver de nouvelle crise et le patient n'en a pas rapporté. Un EEG de contrôle le 21.03.2006, pour lequel le patient n'a pas été collaborant, s'est révélé dans les normes. Un dosage du taux de Topamax dans le sang est revenu très en dessous des normes thérapeutiques. En effet, si la description des épisodes est celle de crises épileptiques généralisées, le patient gardait des malaises protéiformes, qui suggéraient une origine non épileptique, en l'occurrence psychiatrique. Une non-compliance a donc été envisagée. Le bas taux mesuré peut aller dans ce sens, mais le dosage actuel est faible. Une prochaine mesure à l'improviste sera donc nécessaire. Malgré une anamnèse de crises d'épilepsie, les éléments objectifs à ce jour ne permettent pas d'attribuer la grande majorité des malaises décrits (et observés) à l'épilepsie. Le traitement de Topamax est poursuivi compte tenu de son efficacité empirique et de son rôle thymorégulateur. Nous conseillons à distance un suivi neurologique, et en cas de nouvelle crise généralisée, un nouvel

EEG, éventuellement complété en cas de doute par un EEG de 24 heures si l'état psychologique du patient le permet.

[...]

Pour le malaise rapporté lors de la chute dans son appartement, M. A.H._____ n'a jamais évoqué en notre présence une volonté suicidaire, alors que l'anamnèse ne correspond pas à celle rapportée lors des malaises épileptiques. Elle évoque plutôt un malaise vagal ou une hypothyroïdie. Dans le contexte de chute avec perte de connaissance, il est important de signaler que l'IRM cérébrale ne montre pas de séquelles de contusion cérébrale hémorragique ou d'autre complication traumatique intracrânienne.

Un conseilium psychiatrique a été réalisé le 13.12.2005 mettant en évidence l'absence de pathologie psychiatrique, mais plutôt un patient anxieux et réagissant de manière adéquate aux événements. Il n'a pas verbalisé d'idées suicidaires présentes ou passées."

Entendu le 5 décembre 2006 par un inspecteur de la CNA, l'assuré a déclaré ce qu'il suit:

"Le samedi 26.11.05, une fois de retour du travail à mon domicile, j'avais faim n'ayant rien mangé jusque-là et avais fumé pratiquement deux paquets de cigarettes. Je n'avais pris qu'un croissant à 0400 en allant au travail en train, du fait que mon épouse n'avait pas fait à manger, je suis parti à la Migros de [...] pour y faire des achats, ne mangeant toujours rien. Mon épouse s'est mise à préparer un repas. Pendant ce temps, j'ai discuté avec elle, notamment d'un voyage à Noël dans ma famille en Tunisie. Elle n'a pas voulu, faute de moyens et du fait qu'elle avait son fils d'un premier mariage avec elle. J'ai insisté et elle m'a dit ensuite qu'on verrait. On parlait fort tous les deux. Les fenêtres de la cuisine de la chambre voisine étaient ouvertes. En discutant, je me suis assis sur le rebord de la fenêtre, posant d'abord mes pieds sur la tablette de fenêtre avant de les poser à l'extérieur, sur la tôle de l'avant-toit, m'appuyant sur ma main gauche sur la tablette, la tête un peu tournée en arrière pour discuter. J'avais mon café à côté de moi et tenait une cigarette dans la main. Je n'étais pas assis sur le congélateur, contrairement à ce qu'a dit mon épouse. J'avais l'habitude de m'asseoir à cet endroit pour regarder les matchs de foot qui se déroulaient sur le terrain voisin. Il n'y avait toutefois pas de match ce jour-là. Mon épouse avait déjà mangé et avait terminé de me préparer mon repas lorsqu'elle m'a dit qu'elle allait se rendre en ville. Je me suis redressé pour revenir à l'intérieur, alors que mon épouse s'était rendue au salon. J'ai alors vu comme un voile noir devant mes yeux. J'ai dû basculer et rouler sur l'avant-toit ou verser de ma hauteur et rouler jusqu'au bord du toit avant de chuter du quatrième étage, ce au moment où mon épouse revenait à la cuisine. Je n'ai pas enjambé la fenêtre, puisque j'avais déjà les pieds à l'extérieur lorsque je me suis redressé. Mon épouse était sous le choc et ses propos ont été recueillis par le gendarme très peu de temps après les faits.

C'est parce que j'étais faible sur le moment, le ventre creux, avec les maux de tête, que j'ai eu ce voile noir et ce vertige. Je venais de trouver un job et je n'avais pas de raison de me suicider. Si cela

avait été le cas, j'aurais pu le faire avant mon engagement ne trouvant aucun emploi fixe, ce qui m'est tombé dessus."

Dans un rapport du 9 mars 2007, la policlinique psychiatrique de l'Est vaudois a retenu ce qui suit sous la rubrique "discussion":

"Vous nous faites part de votre inquiétude quant à la réserve émise par la Suva remboursement des frais occasionnés par l'accident. Cependant, et après étude du dossier, nous constatons que les dires de M. A.H._____ concernant sa chute n'ont jamais varié. C'est-à-dire que M. A.H._____ a toujours nié avoir une tentation suicidaire mais a toujours expliqué avoir été victime d'un malaise qui a entraîné sa chute. En ce sens, il ne nous paraît pas possible d'émettre un doute sur les propos du patient et ce d'autant plus qu'une épilepsie semble avoir été objectivée par le neurologue de la clinique de réadaptation."

Le 23 mars 2007, le Dr T._____ a établi un rapport dont la partie "discussion" a la teneur suivante:

"Ce ressortissant tunisien de 24 ans est hospitalisé pour complément de rééducation et bilan suite à une chute le 26.11.2005 (...). La situation est avant tout celle d'un sujet mal adapté en Suisse dont l'émigration a été rapidement marquée par l'événement traumatique en cause. Le patient vit seul. Il est séparé. Son épouse va bientôt accoucher. Le couple est dépendant des services sociaux de la région.

Sur le plan psychiatrique pur, il me semble juste de récuser aujourd'hui toute pathologie de l'axe I du DSM-IV. À mon avis, il n'a pas les critères pour un trouble dépressif. On n'a pas davantage d'éléments pour un trouble anxieux significatif. La présentation est surtout celle d'un sujet mal adapté présentant vraisemblablement de grandes difficultés d'acculturation en Suisse et se montrant dépendant. On peut vraisemblablement retenir un trouble de la personnalité dépendante, même si l'attitude générale de passivité et de demandes d'aides excessives doit être pondérée par le contexte socio-culturel actuel. Pour ma part, il ne me semble pourtant pas juste de retenir en ce moment une incapacité de travail sur le plan psychiatrique stricto sensu.

Quant aux circonstances de l'événement traumatique du 26.11.2005, elle reste d'élucidation complexe. Il est vrai que le traumatisme est survenu dans un contexte psychologique difficile (récente fausse couche de sa compagne): Le patient n'a quant à lui jamais fait état d'idées suicidaires. Son histoire des faits n'a jamais varié. Le neurologue pose un diagnostic d'épilepsie qui pourrait expliquer la chute. Pour moi, en l'état actuel du dossier, cette hypothèse du malaise me paraît relever de la vraisemblance prépondérante. Restent réservés des éléments objectifs dont je n'ai pas connaissance comme la configuration des lieux, les témoignages éventuels et ce que relate le rapport de police."

Le 26 mars 2007, la CRR, sous la signature notamment du Dr T._____, a écrit:

"La personne assurée était dans une situation existentielle difficile avant l'événement traumatique du 26.11.2005, sachant que son épouse venait de faire une fausse couche. Le patient en était très affecté. Il s'agissait pour nous d'une réaction de deuil qui pouvait entrer dans la norme. Nous n'avons pas connaissance d'idées suicidaires à ce moment-là. On peut parler de phase de 'choc', sans que cela relève d'une véritable pathologie psychiatrique. Il n'a d'ailleurs pas été retenu de trouble psychique franc lors du consilium psychiatrique du 13.12.2005 à la Clinique. Nous ne pouvons donc pas affirmer que ce patient était fortement perturbé par des troubles psychiques au moment de l'événement traumatique en cause."

C. Le 30 avril 2007, la CNA a écrit à l'assuré qu'elle n'allouerait pas de prestations puisqu'il avait provoqué l'atteinte à sa santé intentionnellement.

Par décision sur opposition du 22 mai 2007, la CNA a considéré que l'assuré avait voulu mettre fin à ses jours et, par surabondance, que de s'asseoir sur le rebord d'une fenêtre les pieds à l'extérieur constituait une entreprise téméraire.

Par recours du 21 juin 2007, la caisse N._____ a conclu avec dépens à l'annulation de la décision du 22 mai 2007 et à la prise en charge par l'assurance-accidents des frais de traitement des lésions consécutives à l'évènement du 26 novembre 2005.

Par recours du 22 juin 2007, A.H._____ a conclu avec dépens également à l'annulation de la décision de la CNA, son droit aux prestations de l'assurance-accidents étant reconnu.

La CNA a conclu au rejet des deux recours.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1)

s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé, dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt (art. 58 al. 1 LPGA).

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

En l'espèce, les recours, interjetés en temps utile auprès du tribunal compétent, sont recevables en la forme.

2. a) Les recourants soutiennent que l'évènement du 26 novembre 2005 est un accident ou à tout le moins que l'intimée n'a pas réussi à renverser la présomption de l'accident. L'intimé prétend au contraire que A.H. _____ a clairement voulu mettre fin à ses jours.

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Aux termes de l'art. 4 LPGA, 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.

Si l'assuré a provoqué intentionnellement l'atteinte à la santé ou le décès, aucune prestation d'assurance n'est allouée, sauf l'indemnité pour frais funéraires (art. 37 al. 1 LAA). Même s'il est prouvé que l'assuré entendait se mutiler ou se donner la mort, l'art. 37 al. 1 LAA n'est pas applicable si, au moment où il a agi, l'assuré était, sans faute de sa part, totalement incapable de se comporter raisonnablement, ou si le suicide, la tentative de suicide ou l'automutilation est la conséquence évidente d'un accident couvert par l'assurance (art. 48 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202]). Dans la mesure où elle 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, cette dernière disposition est conforme à la loi (ATF 129 V 95).

L'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas entraîné de modification des art. 37 al. 1 LAA et 48 OLAA. Ces dispositions continuent à s'appliquer en cas de suicide ou de tentative de suicide, à l'exclusion de l'art. 21 al. 1 LPGA (TFA U 25/05 du 21 février 2006; Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd., Zurich/Bâle/Genève 2009, ch. 19 *ad* art. 21 LPGA).

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 (RAMA 1996 n° U 247 p. 168, consid. 2b, et les références). Lorsque les indices parlant en faveur d'un suicide ne sont pas suffisamment convaincants pour renverser objectivement la présomption qu'il s'est agi d'un accident, c'est à

l'assureur-accidents d'en supporter les conséquences (TFA U 328/02 du 9 décembre 2003).

Les mêmes principes s'appliquent en cas de tentative de suicide.

S'agissant de la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis irréfutablement, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré comme une hypothèse plausible. Parmi tous les éléments de faits allégués ou envisageables, le juge doit retenir ceux qui lui semblent les plus probables (ATF 126 V 353, consid. 5b; 125 V 193, consid. 2, et les arrêts cités; cf. ATF 130 II 321, consid. 3.2 et 3.3).

b) En l'occurrence, la tentative de suicide dont se prévaut l'intimée peut uniquement être déduite des premières déclarations de l'épouse du recourant. En effet, dans des déclarations subséquentes, l'épouse a soutenu qu'il était inenvisageable que son mari ait pu intentionnellement se jeter dans le vide. Face à une telle contradiction, on ne peut raisonnablement tenir compte des déclarations de l'épouse pour déterminer si l'incident était une tentative de suicide ou un accident. Il convient cependant de retenir que l'épouse n'a jamais déclaré que son mari avait des tendances suicidaires. Quant au recourant, malgré une situation psychologique difficile - notamment, en raison de la fausse couche de son épouse -, il n'a jamais manifesté d'idée suicidaire et a toujours été constant dans ses déclarations.

Par ailleurs, aucun médecin n'a relevé de pathologie psychiatrique, en particulier un état dépressif, une psychose ou une impulsivité pathologique. Tout au plus, ont-ils considéré que le recourant s'était trouvé dans une phase de "choc", qui demeurerait toutefois dans les normes. Tous les médecins ont relevé que l'assuré a été constant dans ses déclarations et ont émis des doutes quant à l'hypothèse du suicide. S'agissant des crises psychiques déclarées par l'épouse, elles peuvent en

toute vraisemblance, compte tenu des pièces médicales, être liées à l'épilepsie ou à un malaise vagal ou une lypothymie, atteintes constatées objectivement par les médecins et qui correspondent à la description du malaise subie par le recourant juste avant sa chute.

Sur la base des pièces versées au dossier, en particulier des constatations médicales objectives retenues par plusieurs spécialistes, on ne peut pas exclure la thèse soutenue par le recourant, soit celle d'une chute ensuite d'un évanouissement. Celle-ci apparaît comme davantage vraisemblable que la tentative de suicide, laquelle se déduit uniquement des premières déclarations de l'épouse, qui sont sujettes à caution. L'hypothèse de l'accident est dès lors la plus probable. Les indices parlant en faveur d'un suicide ne sont pas suffisamment convaincants pour renverser objectivement la présomption d'accident, de sorte qu'il appartient à l'assureur-accident de supporter les conséquences de l'incident du 26 novembre 2005.

On peut également encore relever que la configuration des lieux - large rebord de fenêtre et avant-toit non négligeable - exclut l'idée d'entreprise téméraire.

3. Au vu de ce qui précède, les recours interjetés par et sont admis et la décision entreprise annulée.

Au vu des circonstances, il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires (art. 61 let a LPGA). Des dépens, arrêtés à 2000 fr., sont alloués à A.H. _____ à la charge de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents. Aucun dépens n'est alloué à la caisse N. _____, celle-ci n'étant pas représentée (art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours déposé par le 21 juin 2007 par la caisse N. _____ est admis.
- II. Le recours déposé le 22 juin 2007 par A.H. _____ est admis.
- III. La décision sur opposition rendue le 22 mai 2007 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents étant tenue de prendre en charge les suites de l'évènement du 26 novembre 2005.
- IV. Il n'est pas perçu de frais.
- V. L'intimée Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera au recourant A.H. _____ une indemnité de 2000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
- VI. Il n'est pas alloué de dépens à la recourante caisse N. _____.

Le président:

Le greffier:

Du

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

- Caisse N. _____,
- Me Ridha Ajmi (pour A.H. _____),
- Me Olivier Derivaz (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),

- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier: