

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1430/2012

ATAS/1386/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 novembre 2012

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur S_____, domicilié à Thônex, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître SAVOY Pierre

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. M. S_____ (ci-après : l'assuré), né en 1952, était employé comme monteur dans la construction par X_____ SA depuis le 21 août 2006 et assuré à ce titre auprès de la SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA).
2. Le 4 juin 2010, il a été victime d'un accident. Alors qu'il circulait à vélo, il a buté contre un ralentisseur et a chuté. Il a subi un choc à la tête.
3. Le 8 juin 2010, l'employeur a annoncé le cas à la SUVA qui l'a pris en charge.
4. Le 11 juin 2010, la Dresse A_____, FMH médecine interne, a rendu un rapport suite à une consultation en urgence du 4 juin 2010 selon lequel l'assuré s'était tapé la tête sur le bord d'un trottoir, en portant son casque, sans perdre connaissance. Il se sentait légèrement étourdi de temps en temps, présentait des céphalées fluctuantes à différents endroits de la tête et parfois une impression de vision floue associée à des vertiges mal systématisés, très fugaces. Un CTscan cérébral du 4 juin 2010 était sans anomalie notable.
5. Le Dr B_____, FMH médecine interne, a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré dès le 20 juillet 2010.
6. Une IRM cérébrale du 22 juillet 2010 a conclu à "pas d'anomalie évolutive significative sur l'ensemble de l'exploration IRM notamment pas de processus expansif inflammatoire, ischémique ou hémorragique. La seule lésion de la substance blanche occipitale droite de découverte fortuite n'a pas de valeur significative d'autant qu'elle est à distance des structures visuelles. Nous n'excluons pas cependant chez le patient la possibilité d'un syndrome de traumatisme crânien et nous lui indiquons dans tous les cas la bénignité de ses symptômes et l'absence de lésion sous-jacente intracérébrale".
7. Le 20 août 2010, la Dresse C_____, FMH en neurologie, a rendu un rapport suite à une évaluation neurologique de l'assuré.

Depuis son accident l'assuré avait des épisodes quasi quotidiennement survenant plusieurs fois par jour (4-5 fois par jour), des sensations vertigineuses mal systématisées, associées ou pas à des céphalées, des troubles visuels de type flou visuel. Ces épisodes pouvaient durer quelques secondes survenaient surtout à la marche et en station debout. Il notait des pertes d'équilibre lors de ces épisodes. Il n'avait pas de symptômes constants, notamment pas de céphalées ni de trouble de l'équilibre ni de trouble de la sensibilité hormis ces épisodes. Il notait une légère raideur de la nuque. Il avait consulté un ophtalmologue et des lunettes progressives lui avaient été prescrites, le contrôle des champs visuels était en cours. L'IRM

cérébrale du 22 juillet 2010 montrait une petite lésion de la substance blanche à la jonction cortico-sous-corticale, plus grande occipitale droite, aspécifique. L'examen était sans anomalie. Les symptômes de type sensations vertigineuses, céphalées, flou visuel survenant par épisodes de courte durée entraient très vraisemblablement dans le cadre d'un syndrome subjectif post-traumatique. Dans le diagnostic différentiel on pouvait également évoquer le tableau d'une cupulolithiase fruste qu'on pouvait souvent avoir après le traumatisme compte tenu du fait que le patient notait un léger bourdonnement de l'oreille gauche, mais cette hypothèse était moins probable. De petites lésions de la substance blanche et notamment celles de la région occipitale droite n'avaient certainement pas de rapport avec la symptomatologie. Cette lésion occipitale n'expliquait d'ailleurs pas les troubles visuels ni vertiges du patient.

Du Betaserc ou Stugeron ou des petites doses d'antidépresseur pouvaient être essayées.

8. Le 24 août 2010, la clinique des Grangettes a attesté d'un traumatisme crânien avec commotion cérébrale légère, constaté le 4 juin 2010, pour lequel des antalgiques et du repos avaient été ordonnés, sans incapacité de travail.
9. Le 25 août 2010, le Dr B _____, FMH médecine interne, a rempli un rapport médical attestant d'un traumatisme cranio-cérébral (TCC) avec vertiges récidivants et troubles visuels et neurologiques faisant l'objet de bilans et d'une incapacité totale de travail jusqu'au 12 septembre, puis selon évolution.
10. Le 13 septembre 2010, le Dr B _____ a attesté d'un TCC avec vertiges, céphalées et flou visuel survenant par épisodes dans le cadre d'un syndrome subjectif post-traumatique probable, sans amélioration. Un large bilan avait déjà été effectué et s'était révélé normal. Il a prolongé l'incapacité de travail du 13 septembre 2010 au 31 janvier 2012.
11. Le 16 novembre 2010, le Dr D _____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a adressé l'assuré au Dr E _____, médecin chef à la policlinique ORL de Lausanne, en indiquant qu'il avait examiné l'assuré et que son impression clinique n'était pas celle d'un trouble subjectif après traumatisme crânien.
12. L'assuré a été licencié pour le 31 décembre 2010.
13. Le 20 décembre 2010, la Dresse F _____, cheffe de clinique au service d'ophtalmologie aux Hôpitaux Universitaires du canton de Genève (HUG), a rendu un rapport adressé au Dr G _____, FMH spécialiste en ophtalmologie. L'assuré se plaignait de vertiges et céphalées violentes avec vision floue qui avaient augmenté dès juillet 2010, avec parfois des chutes. Elle a conclu à un déficit vestibulaire et otolithique en l'absence de signe neuro-ophtalmologique en faveur d'une fistule, ni de signe ou symptôme en faveur d'une fracture du rocher. Le champ

visuel par périmétrie automatisée était de très bonne qualité pour l'œil droit, quelque peu plus médiocre pour l'œil gauche et dénotait une quasi résolution des atteintes au niveau campimétrique avec simplement une persistance de type fasciculaire supérieur des deux côtés qui aurait pu être en lien avec la position palpébrale, dépassant la ligne verticale des deux côtés. Il restait un point d'atteinte homonyme paracentrale, évocateur d'un scotome d'origine des lobes occipitaux, non confirmé par l'examen au laser à la croix de Maddox ou encore à la lecture.

Elle conseillait un examen en neuro-otologie avec une rééducation neurovestibulaire.

14. Le 4 février 2011, le Dr E_____ a rendu un rapport suite à l'examen de l'assuré des 6 et 24 janvier 2011 et a conclu à un diagnostic de status après traumatisme crânien simple le 4 juin 2010 et vertiges post-traumatiques d'origine indéterminée.

Deux semaines après l'accident, était apparue une symptomatologie de vertiges rotatoires paroxystiques récidivants, non déclenchés par des changements de position, survenant ~ 3 à 4 x/jour sans prodromes, d'une durée < 1 min. en moyenne. Les vertiges étaient souvent associés à un flou visuel transitoire, et avaient été occasionnellement à l'origine de chutes, sans perte de connaissance. Les intervalles entre les épisodes de vertiges étaient libres, sans déséquilibre postural.

Les vertiges étaient toujours présents depuis six mois sans interruption. Un examen posturographique et un examen VNG (Equitest) du 24 janvier 2011 s'étaient révélés normaux. L'examen otoneurologique clinique et instrumental était normal, sans évidence d'une pathologie vestibulaire organique permettant d'expliquer la symptomatologie. L'origine de ces vertiges paroxystiques récidivants, apparus à la suite d'un traumatisme crânien bénin, restait donc indéterminée. L'anamnèse et l'évolution étaient peu suggestives de vertiges positionnels bénins sur canalolithiase. Sur le plan thérapeutique, il proposait un traitement de physiothérapie de rééducation d'équilibre, qui pourrait améliorer la symptomatologie.

15. Le 18 avril 2011, le Dr B_____ a attesté que l'assuré était en recherche d'emploi, qu'il n'y avait pas d'amélioration et qu'il effectuait de la physiothérapie de rééducation vestibulaire.
16. L'assuré a séjourné du 18 mai au 1^{er} juin 2011 à la Clinique romande de réadaptation (CRR). Le rapport de la CRR du 4 juillet 2011 a posé le diagnostic principal de réadaptation neurologique d'une symptomatologie vertigineuse et des diagnostics supplémentaires de TCC léger le 4 juin 2010, vertiges post-traumatiques d'origine indéterminée et status postopératoire du ménisque du genou gauche il y avait plusieurs années.

Les huit séances de rééducation vestibulaire déjà effectuées avaient apporté une diminution de la symptomatologie d'environ 50 %. L'incapacité de travail était de 100 % dès le 12 mai 2011 dans l'ancienne activité et nulle dans un poste adapté depuis le 1^{er} juillet 2011.

L'examen clinique était dans la norme mise à part une légère déviation vers la gauche à l'épreuve d'Unterberger. Sur l'IRM cérébrale réalisée en juillet 2010, étaient objectivées deux lésions aspécifiques de la substance blanche cortico-sous-corticale, au niveau occipital droit et frontal droit. Sur le plan post-TCC et afin de contrôler une éventuelle évolution des lésions cérébrales déjà visualisées, une IRM cérébrale avait été réalisée le 30 mai 2011. Celle-ci mettait en évidence de multiples lésions de la substance blanche sous-corticale à prédominance bifrontale sans résidu hémorragique qui ne parlait pas en faveur d'une maladie démyélinisante, d'allure non spécifique. Il existait une anomalie de développement veineux à drainage profond de la région du gyrus cingulaire au-dessus du carrefour ventriculaire associée à une anomalie de signal de la substance blanche sans cavernome décelable. Il n'y avait pas de sténose décelable de la veine collectrice. Une évaluation neuropsychologique mettait en évidence des résultats globalement dans les limites de la norme pour toutes les fonctions investiguées. Du point de vue physiothérapeutique, la physiothérapie vestibulaire avait été poursuivie intensivement avec une bonne amélioration à la fin du séjour. Le thérapeute n'observait aucune limitation des capacités fonctionnelles. Cependant, la réapparition d'épisodes vertigineux ne pouvait pas être exclue. Sur le plan professionnel, le patient s'était présenté aux ateliers professionnels où il avait été objectivé une très bonne collaboration chez un patient qui s'améliorait physiquement et ne présentait aucune limitation du rendement dans les différentes tâches effectuées. Cependant, étant donné l'anamnèse de la symptomatologie vertigineuse aspécifique et les conditions de travail de ce constructeur métallique, une reprise de son ancienne activité professionnelle ne pouvait pas être envisagée. Par contre, le travail dans un poste adapté (travail au sol) semblait envisageable, sans aucune limitation fonctionnelle.

17. Le 19 juillet 2011, le Dr H_____ a indiqué que la situation était stabilisée.
18. Le 25 juillet 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de pertes d'équilibre.
19. Le 15 août 2011, le Dr B_____ a rempli un rapport médical AI indiquant des vertiges post-traumatiques d'origine indéterminée entraînant une incapacité de travail totale.
20. Le 1^{er} septembre 2011, le Dr B_____ a attesté de vertiges post-traumatiques d'origine indéterminée, d'une évolution favorable (actuellement environ un épisode

par jour), d'un traitement de physiothérapie en cours et d'un travail possible dans un poste adapté, au sol, depuis ce jour.

21. Le 23 septembre 2011, une note téléphonique au dossier de la SUVA a mentionné que l'assuré confirmait l'évolution positive avec des épisodes de perte d'équilibre survenant une fois par jour (voire deux), au lieu de trois à quatre auparavant.
22. Le 29 septembre 2011, l'assuré a été entendu à l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) dans le cadre de l'intervention précoce; il a mentionné des vertiges qui l'empêchaient de conduire et d'exercer son activité de monteur de façade. Il voulait trouver une activité adaptée.
23. Par communication du 22 novembre 2011, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a informé l'assuré qu'il prenait en charge une mesure d'orientation professionnelle auprès des EPI du 28 novembre au 23 décembre 2011.
24. Un courriel de l'assuré à la SUVA du 28 novembre 2011 a mentionné qu'il avait débuté un stage aux EPI mais qu'il avait chuté en raison de vertiges, dans les escaliers, et s'était foulé le poignet droit, accident confirmé par les EPI le 13 décembre 2011.
25. Le 16 décembre 2011, le Dr I_____, FMH neurologie, médecin de la SUVA, a rendu une appréciation neurologique sur dossier. Selon les critères émanant de la Fédération européenne des sociétés de neurologie (EFNS), l'assuré avait présenté tout au plus un choc de la tête, mais il n'avait même pas souffert d'une commotion cérébrale, dans la mesure où il n'avait pas perdu connaissance. Un tel choc de la tête pouvait provoquer des troubles de courte durée, tels que des maux de tête ainsi qu'une diminution du pouvoir de concentration reflétant une atteinte passagère et discrète des performances neurocognitives élevées; cependant, des troubles durables, tels que des déficits de la cognition et des performances neuropsychologiques en particulier ne pouvaient s'expliquer par un tel traumatisme. La formulation du Dr E_____ selon laquelle le diagnostic était un vertige post-traumatique d'origine indéterminée devait être comprise comme établissant un lien de nature chronologique avec l'accident (les troubles étaient apparus après l'accident au cours de l'évolution) sans qu'il s'agisse le moins du monde d'un rapport de causalité permettant d'expliquer l'origine des troubles.

Tant le Dr E_____ que la CRR ne se prononçaient pas précisément sur le rapport de causalité. L'IRM du 30 mai 2011 démontrait une atteinte microvasculaire qui pouvait engendrer des sentiments d'insécurité spatiale. Il se ralliait aux conclusions de la CRR sur la capacité de travail de l'assuré, tout en relevant que l'appréciation n'était pas réalisée pour des motifs faisant suite à l'accident mais pour des raisons médicales indéterminées. En résumé, l'assuré avait été victime d'un choc à la tête sans que l'on puisse mettre en évidence de lésions post-traumatiques; l'ensemble des résultats des investigations effectuées était sans particularités

(examens cliniques, neurologiques, neuro-otologiques et neuro-ophtalmologiques). Par conséquent, les troubles dont l'assuré faisait état sous forme de vertiges de courte durée apparaissant par intermittence n'avaient pas de lien de causalité de vraisemblance prépondérante avec l'évènement accidentel du 4 juin 2010.

26. Le 20 décembre 2011, les EPI ont rendu un rapport suite au stage du 28 novembre au 9 décembre 2011 d'aide magasinier/préparateur de commandes chez Y_____ SA et relevé que le 28 novembre 2011 l'assuré avait chuté.
27. Le 21 décembre 2011, le Dr B_____ a attesté que l'assuré, en raison de vertiges, avait chuté sur le poignet droit, sans fracture. Une activité adaptée "travail au sol" était possible à 100 %.
28. Par décision du 18 janvier 2012, la SUVA a mis un terme à toute prestation d'assurance au 31 janvier 2012 (indemnités journalières et frais de traitement) au motif que selon le Dr I_____ les vertiges n'étaient pas en lien de causalité vraisemblable avec l'accident.
29. Le 25 janvier 2012, le Dr B_____ a écrit à la SUVA qu'il contestait la décision de celle-ci car l'assuré présentait des vertiges post-traumatiques dans le contexte d'un traumatisme cranio-cérébral.
30. Le 26 janvier 2012, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 24,2 %.
31. Par communication du 26 janvier 2012, l'OAI a pris en charge une orientation professionnelle de l'assuré du 30 janvier au 29 avril 2012 aux EPI.
32. L'assuré a chuté le 31 janvier 2012.
33. Le Dr B_____ a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 31 janvier 2012, probablement jusqu'au 6 février 2012 en raison d'un accident, prolongé jusqu'à fin mars 2012.
34. Le 2 février 2012, la caisse maladie KPT SA (ci-après : la KPT) a fait opposition à titre conservatoire à la décision de la SUVA du 18 janvier 2012.
35. Le 3 février 2012, l'assuré, représenté par un avocat, a fait opposition à la décision de la SUVA du 18 janvier 2012 en faisant valoir qu'il était en incapacité de travail totale en raison de vertiges consécutifs à l'accident.
36. Le 13 février 2012, la KPT a retiré son opposition.
37. Le 27 février 2012, l'assuré a complété son opposition en observant que le Dr J_____, radiologie FMH, avait indiqué le 23 juillet 2010 suite à l'IRM du 22 juillet 2010 qu'un syndrome de traumatisme crânien n'était pas exclu, le Dr E_____ évoquait des vertiges paroxystiques récidivants apparus à la suite

d'un traumatisme crânien et le Dr C_____ évoquait un tableau de cupulolithiase que l'on pouvait souvent voir après un traumatisme.

38. Le 13 mars 2012, le Dr B_____ a indiqué que l'état de santé s'était amélioré avec une diminution des épisodes de vertiges. Un travail adapté de bureau ou au sol était possible à 100 %.
39. Par communication du 21 mars 2012, l'OAI a pris en charge une orientation professionnelle aux EPI du 2 avril au 1^{er} juillet 2012.
40. Par décision du 26 mars 2012, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré en relevant que l'assuré avait tout au plus reçu un choc à la tête sans commotion cérébrale, lequel ne pouvait entraîner des troubles durables. Aucune atteinte objectivable n'avait été démontrée, de sorte que la causalité naturelle entre les troubles vertigineux et l'accident n'était pas vraisemblable, étant par ailleurs relevé que le seul fait que les troubles n'existaient pas avant l'accident n'était pas suffisant pour admettre une causalité naturelle. La SUVA a indiqué qu'un recours contre sa décision n'aurait pas d'effet suspensif.
41. Le Dr B_____ a attesté d'une incapacité de travail totale du 1^{er} au 12 avril 2012, puis du 12 avril au 15 mai 2012.
42. Le 23 avril 2012, le Dr B_____ a attesté de la persistance de douleurs au niveau de la cheville gauche (traitée par la Dresse K_____) et de vertiges à répétition occasionnant des chutes. Un travail adapté était possible.
43. Le 30 avril 2012, le Dr B_____ a indiqué à la SUVA la persistance de quelques épisodes de vertiges occasionnant régulièrement des chutes à répétition avec entorse de la cheville en particulier. Un travail adapté en position assise devait lui être proposé.
44. Par décision du 2 mai 2012, l'OAI a rendu une décision annulant et remplaçant celle du 21 mars 2012 en constatant que le stage prévu du 2 avril au 1^{er} juillet 2012 n'avait pu avoir lieu en raison d'une incapacité de travail prise en charge par la SUVA.
45. Le 11 mai 2012, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision sur opposition de la SUVA auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice en concluant, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif au recours et, principalement, à l'annulation de la décision et à la constatation de son droit aux prestations de la SUVA au-delà du 31 janvier 2012, au besoin en ordonnant une expertise.

L'appréciation de la SUVA était inconciliable avec celle du Dr B_____. Le Dr I_____ ne l'avait pas examiné. Ses troubles étaient apparus

immédiatement après l'accident et il n'en avait jamais souffert avant. Les Drs B_____, J_____, C_____, G_____ et E_____ avaient confirmé le diagnostic de vertiges post-traumatiques. Le rapport du Dr I_____ n'était pas probant car il ignorait l'avis du Dr B_____ et ceux des autres médecins contraires au sien, notamment celui du Dr E_____, en particulier lorsqu'il relevait que l'expression "vertiges post-traumatiques" n'établissait qu'un lien de nature chronologique avec l'accident, qu'enfin il ne donnait aucune autre raison médicale aux troubles vertigineux tout en admettant une incapacité de travail totale comme "constructeur métallique". Par ailleurs, il avait été victime d'un nouvel accident le 31 janvier 2012; en sortant de son deuxième jour de stage aux EPI, il s'était foulé la cheville suite à un vertige, avec rupture ligamentaire et atteinte au cartilage.

46. Le 29 mai 2012, la SUVA a conclu au rejet de la demande de restitution de l'effet suspensif au recours au motif que les prévisions sur l'issue du litige ne présentaient pas, pour le recourant, un degré de certitude suffisant et que si les prestations étaient versées elle ne pourrait les recouvrer vu l'absence de revenu du recourant.
47. Par communication du 5 juin 2012, l'OAI a constaté qu'aucune mesure d'intervention précoce ou de réadaptation professionnelle n'était indiquée actuellement.
48. Par ordonnance du 11 juin 2012, la Cour de céans a rejeté la requête en restitution de l'effet suspensif au recours.
49. Le 14 juin 2012, l'OAI a transmis une copie de son dossier.
50. Le 15 août 2012, le recourant a subi une intervention chirurgicale à la cheville gauche (révision du compartiment externe, suture et réparation du ligament péronéo-astragalien et péronéo-calcaneén).
51. Le 6 septembre 2012, la SUVA a conclu au rejet du recours en relevant que c'était à tort qu'elle n'avait pas reconnu un lien de causalité naturelle entre les plaintes du recourante, typiques d'un traumatisme analogue à celui par accélération de la colonne cervicale mais que le lien de causalité adéquate devait de toute façon être nié, que dès le 1^{er} juillet 2011 la CRR avait attesté que le recourant ne nécessitait plus de soins, hormis deux séances hebdomadaires de physiothérapie et qu'il était capable de travailler, de sorte qu'en janvier 2012 le cas pouvait être clos. Par ailleurs, l'accident était au mieux de gravité moyenne et avait entraîné des vertiges par intermittence, sans qu'aucun des critères à prendre en considération dans l'examen du caractère adéquat du lien de causalité ne fût en l'espèce rempli.
52. Le 10 septembre 2012, la Cour de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré :

"J'ai chuté à vélo le 4 juin 2010 et ma tête a heurté au bord du trottoir. Je portais un casque. Je suis resté 15 minutes assis sur le bord du trottoir et je suis allé travailler. Je sentais que j'avais été sonné. J'ai donc été consulter à la clinique des Grangettes le soir même. Dans les jours qui ont suivi, des vertiges sont apparus avec des bourdonnements à l'oreille gauche et la vue trouble pendant des séquences d'environ 30 secondes. Les bourdonnements ont disparu avec le bénéfice du traitement de rééducation vestibulaire mais sont réapparus à la fin 2011 lorsque j'ai dû cesser le traitement en raison de mon problème à la cheville. J'ai aussi des problèmes de mémoire depuis environ deux mois. Mon entourage note que j'oublie parfois des conversations ou des choses à faire. Lors du stage en entreprise de l'AI je me suis foulé le poignet gauche fin 2011 à la suite d'un vertige puis je me suis foulé la cheville le 31 janvier 2012 suite à un vertige. Lors de ces deux vertiges j'ai chuté. J'ai dû finalement me faire opérer de la cheville en raison des ligaments déchirés c'est pour cela que je n'ai pas pu débiter la dernière mesure proposée par l'AI en avril 2012. J'ai des vertiges environ trois fois par jour voire quatre fois qui s'accompagnent de bourdonnements et de troubles de la vue. Ces problèmes étaient nettement moins aigus lorsque je suivais mon traitement de rééducation vestibulaire que je pense reprendre aussitôt que l'état de ma cheville me le permettra. Je n'ai pas retrouvé un emploi notamment en raison de l'incapacité de travail due à ma cheville. J'ai travaillé 40 ans dans la construction métallique et je n'ai jamais eu de problèmes d'équilibre lesquels auraient d'ailleurs été totalement incompatibles avec cette activité. J'ai fait un séjour à la CRR qui s'est bien déroulé mais qui était principalement centré sur le problème de ma cheville. J'ai parlé seulement 10 minutes avec le Dr D _____, médecin d'arrondissement à Lausanne, qui m'a envoyé au CHUV faire des examens auprès du Dr E _____. Je n'ai jamais vu le Dr I _____. Je dois me déplacer avec un cadre de marche en raison de ma cheville, prescrit par mon médecin. Je ne pourrais en effet me déplacer avec des béquilles en raison de mes problèmes de vertiges. Le Dr B _____ m'a conseillé de reprendre la rééducation vestibulaire, prise en charge par ma caisse-maladie CPT".

Le représentant de la SUVA a déclaré :

"Je souligne qu'il y a eu deux examens neurologiques effectués à la CRR. Au niveau organique il n'y a pas de lésion expliquant les troubles actuels de sorte que la SUVA maintient la cessation de toutes prestations au 31 janvier 2012".

53. Le 10 septembre 2012, le recourant a répliqué en soulignant que ses troubles vertigineux s'étaient accentués lorsqu'il avait dû cesser son traitement de rééducation vestibulaire, qu'il avait aussi des problèmes de mémoire, que les mesures de réadaptation de l'AI avaient dû être interrompues et donc n'avaient pas été menées à terme au sens de l'art. 19 LAA de sorte que son état de santé pouvait

être encore amélioré par un traitement, que la jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux troubles psychiques n'était pas applicable à son cas puisqu'il présentait des affections physiques (vertiges, troubles de la vue et de l'ouïe) sans lien avec un traumatisme psychique, que l'argument de la SUVA sur l'absence de causalité adéquate était tardif car non invoqué dans la décision sur opposition, et que par ailleurs l'accident était grave car il avait chuté sans pouvoir dégager ses pieds des pédales.

54. A la demande de la Cour de céans, le Dr E_____ a précisé le 23 octobre 2012 que les lésions et anomalies constatées à l'IRM du 30 mai 2011 n'expliquaient probablement pas les vertiges post-traumatiques en notant "à confirmer avec radiologue +/- neurologue".
55. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

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

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur la question de savoir si les troubles présentés sont en lien de causalité avec l'accident du 4 juin 2010 et au-delà du 31 janvier 2012.
5. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui

compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1; ATF 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

b) L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75, consid. 4b).

c) Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 circonstance (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27, consid. 2 et les références).

6. Dans le cas de troubles psychiques, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 407 consid. 5).

Selon la jurisprudence (ATF 134 V 109 consid. 10.2), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de

tels accidents, en raison de leur importance minimale, 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, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques:

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions. Il faut une gravité particulière du tableau clinique typique ou des circonstances particulières de nature à influencer la symptomatologie douloureuse ;
- la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais sur l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ;
- les douleurs persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles en regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ;

- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés et complications importantes apparues au cours de la guérison ;
- et, enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail. A ce propos, il y a lieu de considérer qu'en cas d'accident de gravité légère ou moyenne, le fait d'être écarté du monde du travail pendant une très longue durée ou de manière durable apparaît d'un point de vue médical comme plutôt inhabituel. Conformément au principe de l'obligation de réduire le dommage, il doit être reconnaissable concrètement que l'assuré a entrepris tout ce qui était possible et exigible pour regagner aussi vite que faire ce peut le monde du travail. Ainsi, il doit tenter de reprendre son activité malgré les éventuels désagréments personnels et, le cas échéant, avec un accompagnement thérapeutique médical. Est dès lors déterminant non plus la durée de l'incapacité de travail, mais l'importance de l'incapacité de travail malgré les efforts consentis pour reprendre le travail.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/aa).

7. a) En matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.).

L'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type «coup du lapin» justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après un période de latence (par ex., vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes - qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type «coup du lapin» - apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75; ATFA non publié U 580/06 du 30 novembre 2007, consid. 4.1).

b) S'agissant du caractère adéquat du rapport de causalité, en cas d'atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme cranio-cérébral, la jurisprudence applique, par analogie, les mêmes critères que ceux dégagés à propos des troubles d'ordre psychique (ATF 117 V 359 consid. 5d/bb), avec quelques modifications, ces critères étant désormais formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10):

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions ;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible (formulation modifiée) ;
- l'intensité des douleurs (formulation modifiée) ;
- 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;
- et, enfin, l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (formulation modifiée).

En ce qui concerne ce dernier critère, ce n'est pas la durée de l'incapacité qui est déterminante mais bien plutôt son importance au regard des efforts sérieux accomplis par l'assuré pour reprendre une activité. L'intensité des efforts exigibles doit être mesurée à la volonté reconnaissable de l'intéressé de faire tout ce qui est possible pour réintégrer rapidement le monde du travail, au besoin en exerçant une autre activité compatible avec son état de santé (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7 p. 129 s.; ATF du 6 mars 2012 8C 305/2004).

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références ; ATF 115 V 133 consid. 6c/aa).

L'examen de ces critères est toutefois effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques : les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou

douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a, 123 V 98 consid. 2a p. 99; RAMA 2002 n. U 470 p. 531).

Toutefois, même en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral, il conviendra d'appliquer, dans les cas d'accidents moyens, les sept critères tels que définis à l'ATF 115 V 133, en faisant abstraction du trouble psychique :

- si les symptômes (non psychiques) du tableau clinique sont réellement à l'arrière plan par rapport à l'importance des symptômes psychiques ou
- si ces troubles psychiques apparaissent très tôt de manière prédominante, soit dans un délai maximum de six mois ou
- si l'accident n'a fait que renforcer des troubles psychiques qui étaient déjà présents avant cet événement ou encore
- lorsque les troubles psychiques constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante et non seulement l'un des éléments du tableau clinique type (ATF 123 V 128 consid. 2).

8. a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

b) L'existence d'un traumatisme de type "coup du lapin" et de ses suites doivent être dûment attestées par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 117 V 359 consid. 4b).

Le Tribunal fédéral a précisé qu'il est indispensable, pour examiner le lien de causalité, de mettre en œuvre, déjà dans les premiers temps qui suivent l'accident, une instruction médicale approfondie (sous la forme d'une expertise pluri- ou interdisciplinaire), lorsqu'il existe des motifs de craindre une persistance ou une chronicisation des douleurs. Par ailleurs, une expertise apparaît indiquée dans tous les cas où les douleurs se sont déjà maintenues durant une assez longue période, sans que l'on puisse augurer une amélioration décisive dans un proche délai. En principe, une telle mesure devrait être ordonnée six mois environ après le début des plaintes (ATF 134 V 109 consid. 9.4).

Le Tribunal fédéral a précisé les conditions de validité d'une telle expertise pluri- ou interdisciplinaire. Celle-ci doit non seulement satisfaire aux exigences relatives à la valeur probante des expertises et rapports médicaux, mais elle doit encore émaner de médecins spécialisés, particulièrement au fait de ce genre de

traumatismes. Il s'agit en priorité d'effectuer des investigations dans les domaines neurologique/orthopédique (dans la mesure du possible à l'aide d'appareils appropriés), psychiatrique et, au besoin, neuropsychologique. Pour trancher des questions spécifiques et exclure des diagnostics différentiels, il est indiqué de procéder aussi à des investigations otoneurologiques, ophtalmologiques, etc. L'expert doit disposer d'un dossier fiable. Cela souligne encore une fois l'importance d'une documentation détaillée du déroulement de l'accident et des premières constatations médicales, mais également du développement ultérieur jusqu'à la mise en œuvre de l'expertise. En ce qui concerne le contenu, il faut que l'on dispose de conclusions convaincantes pour déterminer si les plaintes sont crédibles et, le cas échéant, si, en dépit de l'absence d'un déficit organique consécutif à l'accident, ces plaintes sont - au degré de la vraisemblance prépondérante - au moins partiellement en relation de causalité avec un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (distorsion), un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral. En raison des spécificités de la jurisprudence applicable en matière de traumatisme du type «coup du lapin», l'expertise doit, en cas de confirmation du diagnostic, contenir également des renseignements permettant de déterminer si une problématique d'ordre psychique doit être considérée comme une partie du tableau clinique typique de tels traumatismes, dont les aspects somatique et psychique sont difficilement séparables, ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique. C'est seulement dans le cas où l'expertise établit de manière convaincante que cette atteinte ne constitue pas un symptôme du traumatisme qu'une autre origine peut être envisagée. Il ne suffit pas de relever les circonstances sociales et socio-culturelles défavorables dans lesquelles se trouve l'assuré. Ensuite, il y a lieu d'établir dans quelle mesure la capacité de travail dans l'activité habituelle ou (en cas d'octroi d'une rente) dans des activités adaptées est limitée par les plaintes considérées comme étant en relation de causalité naturelle avec l'accident (ATF 134 V 109 consid. 9.5).

Une expertise pluri ou interdisciplinaire répondant aux exigences ci-dessus exposées doit notamment permettre de trancher la question de savoir quels sont les principes applicables pour examiner le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des plaintes (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb; ATF 123 V 98 consid. 2a et les références; RAMA 2002 n° U 470 p. 531).

9. a) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

b) Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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

sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

d) Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; ATF non publié 8C_923/2010 du 2 novembre 2011, consid. 5.2.).

e) Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

f) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

g) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

10. a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués

ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b) La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

11. a) En l'espèce, le recourant a été victime d'un accident ayant entraîné un traumatisme cranio-cérébral simple, des vertiges avec perte d'équilibre et léger bourdonnement de l'oreille gauche, des céphalées, des troubles visuels et une raideur de la nuque (avis des Drs A _____ du 11 juin 2010, C _____ du 20 août 2010, B _____ du 25 août 2010, 13 septembre 2010, E _____ du 4 février 2010 et de la CRR du 4 juillet 2011). L'intimé, dans sa réponse au recours a modifié sa première appréciation du cas et admis que l'ensemble des troubles précités était en lien de causalité naturelle avec l'accident. Vu le tableau clinique d'un traumatisme cranio-cérébral et la survenance de celui-ci dans les jours qui ont suivi l'accident (procès-verbal de comparution personnelle des parties du 10 septembre 2012), il y a en effet lieu d'admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les plaintes du recourant et l'accident (SVR 2007 UV n° 23 p. 75).

b) Reste la question du lien de causalité adéquate entre les troubles dont souffre encore le recourant au-delà du 31 janvier 2012 et l'accident.

Préalablement, le recourant invoque la tardiveté de l'argument de l'intimée niant l'existence d'un lien de causalité adéquate entre le trouble et l'accident. A cet égard, la décision attaquée, objet du litige, met un terme aux prestations de l'intimée au motif que la causalité naturelle entre les troubles du recourant et l'accident doit être niée. Dans cette mesure, l'examen de l'existence d'un lien de causalité adéquate était superflu. En cours de procédure, l'intimée est revenue sur son appréciation en considérant que le lien de causalité naturelle devait être admis, position que le recourant approuve et qui a été retenue par la Cour de céans, de sorte que l'examen du lien de causalité adéquate devient nécessaire afin de déterminer si des

prestations au-delà du 31 janvier 2012 sont justifiées et cela même si l'écriture de l'intimée du 6 septembre 2012 devait être écartée de la procédure (cf. art. 61 let. c et d LPGA).

Sur le fond, le recourant estime qu'il présente des lésions physiques exclusivement de sorte que le problème de la causalité adéquate ne se poserait pas, celle-ci devant être reconnue (ATF 118 V 291). Cependant, le trouble dont se plaint le recourant depuis l'accident et en particulier au-delà du 31 janvier 2012, soit l'apparition, à la suite du traumatisme cranio-cérébral, d'épisodes vertigineux avec bourdonnement d'oreilles et trouble de la vue à raison de trois à quatre fois par jour, est sans preuve d'un déficit fonctionnel organique. En effet, les IRM des 22 juillet 2010 et 31 mai 2011, si elles ont mis en évidence des lésions de la substance blanche avec des anomalies du développement veineux et du signal de la substance blanche, n'ont pas mis en évidence de lien entre ces lésions et le traumatisme cranio-cérébral. A cet égard, les médecins consultés ont également écarté un tel lien en excluant aussi une pathologie vestibulaire organique (avis du Dr E_____ des 4 février 2011 et 23 octobre 2012, avis de la Dresse C_____ du 20 août 2010, avis du Dr B_____ des 13 septembre 2010, 15 août et 1^{er} septembre 2011, avis de la CRR du 4 juillet 2011 et avis du Dr I_____ du 16 décembre 2010). Le recourant n'allègue d'ailleurs pas l'existence d'un substrat organique à ses troubles. Il ne s'agit ainsi pas d'une lésion physique objectivable mais bien d'un trouble de nature neuropsychologique (cf. à cet égard ATF du 6 mars 2012 8C 305/2001), lequel doit être examiné, s'agissant du lien de causalité adéquate avec l'accident, au regard de la jurisprudence précitée concernant le traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique (ATF 134 V 109).

Il n'y a en particulier pas lieu d'ordonner une expertise pluridisciplinaire dès lors que la causalité naturelle est admise et que le recourant n'a pas présenté de symptôme psychique prépondérant que ce soit avant ou après l'accident, au sens de la jurisprudence précitée (ATF 128 V128) de sorte qu'aucun indice ne permet de mettre en doute l'examen de la causalité adéquate en application de la jurisprudence concernant le traumatisme cranio-cérébral (ATF 134 V 109).

S'agissant de l'accident, il doit être qualifié au mieux de gravité moyenne, au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. ATF du 14 février 2011 8C 175/2010; ATF du 23 juillet 2012 8C 105/2012 où une chute à vélo latérale sur l'épaule droite a été qualifiée d'accident à la limite supérieure des accidents de peu de gravité; ATF du 28 décembre 2004 U 127/2003 où une chute à vélo avec perte de connaissance, sans collision avec un autre véhicule a été qualifiée de gravité moyenne proche des accidents de peu de gravité; ATF du 10 février 2004 U 282/2002 où une chute identique a été qualifiée de gravité moyenne et ATF du 12 avril 2006 U 101/2005 où une chute à vélo avec heurt de la tête sur le trottoir a été qualifié d'accident de gravité moyenne).

Or, en application des critères établis par la jurisprudence (ATF 134 V 109), le lien de causalité adéquate entre les troubles du recourant et l'accident ne saurait être admis. En effet, le caractère particulièrement impressionnant de l'accident n'est pas réalisé même si le recourant a chuté sans avoir pu dégager préalablement ses pieds des pédales, étant rappelé que ce critère a été admis dans des cas d'accident de la route tel un important carambolage sur l'autoroute, une collision entre une voiture et un camion dans un tunnel, une importante embardée d'un véhicule effectuant plusieurs tonneaux avec un passager projeté à l'extérieur (ATF du 26 mars 2010 8C 817/2009) et a été en particulier nié dans le cas d'une chute à vélo suite à une manœuvre de freinage brusque (ATF du 23 juillet 2012 8C 105/2012) ou encore une chute à vélo due à une roue prise dans le rail d'un tram (ATAS/48/2005 du 24 janvier 2005 et ATF du 2 avril 2006 U 101/2005).

N'est pas réalisé non plus le critère de la gravité ou la nature particulière des lésions ni celui d'un traitement médical spécifique et pénible, le recourant ayant uniquement suivi une rééducation vestibulaire, ou encore celui de l'intensité des douleurs; par ailleurs il n'y a pas eu d'erreurs dans le traitement médical ni de difficultés apparues au cours de la guérison ou de complication importante, en particulier dès lors que l'aggravation des symptômes qui s'étaient amendés est survenue en raison de la suspension du traitement de rééducation vestibulaire, elle-même liée aux deux autres accidents dont a été victime le recourant en novembre 2011 et janvier 2012. Quant à l'incapacité de travail, elle a été totale depuis le 4 juin 2010 jusqu'au 31 août 2011, le Dr B _____ ayant attesté le 1^{er} septembre 2011 d'un travail possible dans un poste adapté, même si cette capacité n'a concrètement pas pu être exploitée, notamment en raison de la survenance en novembre 2011 et janvier 2012 de deux autres accidents. L'incapacité de travail totale a ainsi duré environ 15 mois; le recourant a ensuite débuté un stage d'orientation aux EPI le 28 novembre 2011, démontrant sa volonté de se réinsérer dans le monde du travail. Toutefois, même si l'on devait admettre que ce dernier critère est réalisé, il ne permettrait pas à lui seul de retenir l'existence d'un lien de causalité adéquate dans le cas, comme en l'espèce, d'un accident qui n'est pas situé à la limite de la catégorie des accidents graves (ATF 129 V 407).

Au vu de ce qui précède, le lien de causalité adéquate entre les troubles dont souffre le recourant au-delà du 31 janvier 2012 et l'accident du 4 juin 2010 ne saurait être admis de sorte que la décision litigieuse ne peut qu'être confirmée.

12. Partant, le recours ne peut qu'être rejeté.

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

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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