

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1574/2017

ATAS/935/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 octobre 2017

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ANNEMASSE, FRANCE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Cécé
David STUDER

recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS - SUVA, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN

intimée

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le _____ 1968 et domicilié en France, était employé chez B_____ dès le 21 février 2012. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA).
2. Le 20 décembre 2012, alors qu'il travaillait pour le marquage des routes, l'assuré a été pris de vertiges, a fait une chute avec morsure de la langue et une perte de connaissance de deux minutes.
3. Les premiers soins ont été prodigués aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Un scanner cérébral a été réalisé en raison d'une indication de crise d'épilepsie, selon témoin, sous forme de mouvements cloniques. Cet examen a conclu à une hypodensité linéaire sous-lenticulaire gauche évoquant une séquelle, à corrélérer aux anciens comparatifs qui n'étaient pas à disposition et éventuellement à une imagerie par résonance magnétique (IRM). Il n'y avait pas d'autre foyer épileptogène visible.
4. Le 20 décembre 2012 a été également réalisé un électroencéphalogramme (EEG). Selon le rapport du 21 décembre 2012 des docteurs C_____ et D_____ du service de neurologie des HUG, cet examen a montré une encéphalopathie diffuse discrète, sans focalisation ni élément épileptogène, avec des variations de la vigilance.
5. Le 23 janvier 2013, une IRM cérébrale a été réalisée en vue de faire un bilan d'une crise d'épilepsie généralisée. Cet examen a mis en évidence un kyste de la fissure choroïdienne gauche, exerçant une compression sur l'hippocampe, et une atrophie temporale gauche.
6. Selon le rapport du 1^{er} février 2013 relatif à un monitoring vidéo-EEG réalisé dans la nuit du 28 au 29 janvier 2013, le tracé de nuit est sans anomalie notable et il n'y a pas d'argument en faveur d'une activité épileptique. Il est mentionné dans l'anamnèse que l'assuré est connu pour une épilepsie X dans l'enfance, investiguée à Lyon. Un traitement par Dépakine a été suivi jusqu'à l'âge de dix-sept ans, puis arrêté par le patient lui-même. Il y avait une récurrence de crise à vingt-deux ans, puis sans crise jusqu'au 20 janvier 2013 [recte décembre 2012] où le patient a refait une crise tonico-clonique généralisée avec morsure de langue et sans perte d'urine. L'assuré se plaignait de manque de sommeil et de stress ces derniers temps.
7. Selon le rapport du 21 février 2013 du Professeur M. E_____ et le docteur F_____ du service de neurologie des HUG, l'assuré a présenté un épisode avec une perte de connaissance, précédé d'une sensation de vertiges rotatoires puis chute et traumatisme crânien suivi de mouvements toniques plus que cloniques des quatre membres d'environ deux minutes, spontanément résolutifs, puis un état post critique d'environ trente minutes. Cet épisode était survenu au moment où il s'était penché en avant afin de tremper son pinceau (pour faire des marquages sur la route). Sur le plan étiologique, la notion des antécédents de crises tonico-cloniques

généralisées pendant l'enfance est plutôt en faveur d'une origine épileptique. Toutefois, selon l'assuré, le neurologue à Lyon n'a pas vraiment retenu à l'époque une origine épileptique et le traitement antiépileptique a surtout été instauré à la demande de sa mère. Les médecins des HUG n'avaient pas d'argument non plus pour une épilepsie active à l'EEG standard et à l'enregistrement vidéo-EEG de nuit. Le délai entre les épisodes de l'enfance et l'épisode actuel ne suggérait pas non plus forcément une origine commune. Quant au kyste de la fissure choroïdienne gauche, il était qualifié de bénin. L'atrophie temporale gauche était également très discrète. Concernant la vie psychosociale, l'assuré vivait beaucoup de stress et craignait qu'on lui enlevât la garde de son fils autiste dont il s'occupait régulièrement. Il n'arrivait pas à expliquer pourquoi il avait cette anxiété qui perturbait fortement son sommeil. A ces soucis se rajoutait une situation professionnelle précaire. L'assuré avait admis qu'une origine psychogène était tout à fait possible, au vu de sa fatigue psychique assez importante. Les médecins ont conclu qu'il n'y avait actuellement pas assez d'arguments pour introduire de nouveau un traitement antiépileptique et ont conseillé une prise en charge psychiatrique en ambulatoire.

8. Le 11 mars 2013, l'employeur a annoncé un accident de l'assuré, en indiquant que celui-ci avait inhalé une substance toxique.
9. Le 23 avril 2013, l'assuré a informé la SUVA qu'il avait involontairement inhalé du solvant pour peinture en nettoyant une cuve de toluène. Il était ensuite parti au chantier de l'aéroport où il avait été pris de vertiges et avait perdu connaissance. Son chef d'équipe pouvait en témoigner. Depuis l'accident, il était en incapacité totale de travailler.
10. Par courrier du 7 juin 2013, la SUVA a fait savoir à l'assuré qu'il ne s'agissait pas d'un accident, selon les documents en sa possession, et lui a conseillé d'annoncer le cas à son assurance-maladie.
11. Par courrier du 26 juin 2013, l'assuré a de nouveau expliqué à la SUVA qu'il avait été exposé à une substance nocive, le toluène, qui faisait partie de la liste des substances nocives selon l'art. 14 de l'ordonnance de la loi fédérale sur l'assurance-accidents. Selon le rapport des neurologues des HUG, son affection ne pouvait pas être attribuée à une autre cause que le toluène. Il s'agissait donc d'une maladie professionnelle assimilée à un accident.
12. Le 17 juillet 2014, l'assuré a fait l'objet d'une évaluation neuropsychologique par Madame G _____ du Centre hospitalier Alpes Léman (CHAL) à Contamine sur Arve en France. Ce bilan a mis en évidence des troubles mnésiques épisodiques visuo-verbaux, sans désorientation temporo-spatiale associée ni problème d'accès en mémoire rétrograde, un défaut d'élocution se manifestant par un bégaiement et un manque du mot en discours spontané, une altération des capacités de mémoire de travail, un trouble attentionnel auditivo-verbal, une baisse des capacités d'attention sélective et un discret déficit des capacités de planification. Une réadaptation neuropsychologique serait à envisager.

13. Par décision du 13 août 2014, la SUVA a confirmé son refus de prestations, niant la survenance d'un accident. Même si les troubles au crâne étaient apparus en inhalant une substance toxique, rien de particulier ne s'était produit à ce moment, mis à part l'apparition de douleurs.
14. Le 5 septembre 2014, Monsieur H_____, contremaître de chantier de l'entreprise, a attesté qu'il était en train de peindre un passage à piétons avec l'assuré, quand il avait vu que celui-ci était pris d'un vertige, s'était éloigné en titubant, puis était tombé en arrière. L'assuré avait saigné à la tête.
15. Dans son rapport du 11 septembre 2014, la doctoresse I_____ du CHAL, s'est déterminée sur le bilan neuropsychologique. Elle a ajouté que l'assuré se plaignait également de vertiges et qu'il bégayait depuis quelques mois. Il semblait stressé. Cliniquement, la marche était ralentie. Il se plaignait aussi de céphalées de tension et d'acouphène. Les céphalées de tension, les troubles de la concentration et l'anxiété pouvaient entrer dans le cadre du syndrome des traumatisés crâniens. Si aucune cause ORL n'était retrouvée aux vertiges, ceux-ci pouvaient également rentrer dans ce cadre. Une rééducation cognitive serait très bénéfique et éventuellement une prise en charge psychologique.
16. Par courrier du 16 septembre 2014, l'assuré a formé opposition à la décision de la SUVA, par l'intermédiaire de son conseil. Le cas avait d'abord été déclaré en maladie auprès de l'assureur perte de gain de B_____. Cette assurance ayant considéré qu'il s'agissait d'un accident, l'employeur avait finalement fait une déclaration d'accident. En effet, les troubles étaient dus au traumatisme crânien suite à sa chute, celle-ci étant consécutive à l'inhalation d'un produit toxique. Depuis cette chute, il souffrait de troubles de la concentration, de la mémoire et de la parole qui le handicapaient fortement au quotidien. Cela avait été confirmé par l'évaluation neuropsychologique du CHAL. Avant cette chute, il n'avait présenté aucun de ces symptômes. Par ailleurs, les médecins des HUG avaient constaté qu'il n'y avait pas d'argument en faveur d'une activité épileptique.
17. Par courrier du 16 septembre 2014, la SUVA a finalement admis le caractère accidentel de l'événement et a accepté d'indemniser l'incapacité de travail pour la période du 20 décembre 2012 au 1^{er} février 2013 et de prendre en charge les frais médicaux liés à l'événement durant la même période. Pour la période postérieure, elle allait reprendre les investigations, afin de déterminer si les troubles étaient toujours en relation de causalité avec l'événement du 20 décembre 2012.
18. Par courrier du 4 septembre 2015, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a indiqué à la SUVA avoir bénéficié d'une allocation de chômage en France du 1^{er} avril au 24 décembre 2013, puis d'une allocation de solidarité spécifique. En juin 2015, il avait été reconnu travailleur handicapé par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et percevait à ce titre une allocation adulte handicapé rétroactivement au 1^{er} décembre 2014. Suite à l'accident, il avait été confronté à de grosses difficultés financières et avait dû faire appel à l'aide sociale

pour pouvoir payer les frais de consultations médicales. Il a par ailleurs requis que la SUVA prît en charge les séances auprès d'une neuropsychologue, dès lors que ces frais n'étaient pas remboursés par la sécurité sociale française.

19. Par courrier du 23 novembre 2015, la doctoresse J_____ du Centre ressources pour personnes cérébro-lésées à Seynod en France, a fait part au docteur K_____, généraliste à Ville-la-Grand, avoir eu en consultation l'assuré pour une évaluation globale dans les suites d'un traumatisme crânien survenu en décembre 2012. Après la chute, la symptomatologie à type de céphalées, vertiges, fatigabilité générale et difficultés de concentration avait persisté et provoqué une gêne fonctionnelle importante dans les activités du quotidien, ainsi qu'une incapacité de travail. Une IRM cérébrale et pan-médullaire avec injection de Gadolinium au CHAL n'avait pas mis en évidence d'éléments pathologiques particuliers. L'assuré avait également bénéficié de séances de rééducation vestibulaire qui n'avaient pas amélioré la symptomatologie. Sur le plan médicamenteux, il suivait un traitement par Risperdal 0,5 mg par jour, Mirtazapine 1 comprimé et Lexomil 0,5 comprimé. L'évaluation neuropsychologique avait en particulier mis en évidence un déficit de la mémoire de travail, une baisse des capacités d'attention sélective, des troubles attentionnels auditivo-verbaux associés à un déficit des capacités de planification. A l'examen clinique, l'assuré était bien vigilant. Il y avait en premier plan une sensation de fatigabilité physique et intellectuelle avec effort de concentration importante pour les moindres tâches, des difficultés dans toutes les activités en double tâche et un bégaiement survenant dans les situations anxieuses et stressantes. La symptomatologie correspondait à celle observée chez environ 10 % des traumatismes crâniens modérés pour lesquels l'imagerie était sans particularité.
20. La SUVA a soumis le dossier médical au docteur L_____, neurologue FMH. Dans son rapport en allemand du 3 décembre 2015, traduit en français, celui-ci a conclu que les indices ressortant de l'anamnèse, des examens cliniques et radiologiques, plaident en faveur de la manifestation d'une crise épileptique tonique lors de l'événement du 20 décembre 2012, au degré de la vraisemblance prépondérante, dès lors que le scanner cranio-cérébral et l'IRM cranio-cérébral n'avaient pas mis en évidence des indices évocateurs de séquelles traumatiques structurelles et objectivables. On ignorait si cet épisode résultait de l'inhalation d'un solvant à une seule reprise. Cela était toutefois sans importance pour l'appréciation du cas. Il n'était pas établi que l'assuré avait subi une lésion traumatique cérébrale. La chute n'était pas non plus propre à provoquer une crise épileptique. Les troubles neuropsychologiques n'étaient ainsi pas consécutifs à la chute au degré de la vraisemblance prépondérante. Il y avait également lieu de tenir compte des comorbidités, à savoir le trouble anxieux, et du traitement en cours à base de médicaments psychotropes. Au plus tard le 11 février 2013, date de la consultation au sein de l'unité d'EEG et de l'exploration de l'épilepsie au service de neurologie des HUG, l'atteinte à la santé ne reposait plus sur l'accident du 20 décembre 2012, au degré de la vraisemblance prépondérante.

21. Dans son rapport du 27 juillet 2016, le docteur M_____ du service d'oto-rhino-laryngologique (ORL) et de chirurgie cervico-faciale des HUG, a fait état de ce que l'assuré souffrait depuis son accident d'épisodes récidivants de vertiges dans le noir qui duraient environ cinq minutes sans mouvement déclenchant. Ces épisodes pouvaient aussi se manifester dans un environnement lumineux. Ils se produisaient trois fois par semaine. Il souffrait aussi d'acouphènes bilatéraux qui fluctuaient en intensité selon l'état de fatigue, et de céphalées en casque avec photophobie pouvant durer plusieurs heures. A la marche, il se plaignait d'oscillopsies et d'une légère instabilité. Il avait aussi des difficultés à s'orienter spatialement et sa mémoire était moins bonne qu'auparavant. Enfin, il avait des douleurs et des sensations bizarres dans les mains et les pieds, une sensation d'hypoacousie et par moments des bégaiements. Le Dr M_____ a procédé à un bilan vestibulaire clinique, lequel a mis en évidence une très discrète atteinte périphérique limitée à la fonction du canal semi-circulaire latéral droit dans le domaine des basses fréquences. Cette discrète anomalie ne permettait pas d'expliquer la symptomatologie de l'assuré.
22. Le 7 septembre 2016, le Dr L_____ s'est prononcé sur le bilan vestibulaire du Dr M_____. Il a constaté que ce trouble n'expliquait pas la symptomatologie de l'assuré. De surcroît, il n'était pas prouvé que ce trouble vestibulaire périphérique discret fût attribuable à la chute du 20 décembre 2012.
23. Par décision du 12 octobre 2016, la SUVA a refusé ses prestations à compter du 11 février 2013, au motif que l'incapacité de travail n'était plus en relation de causalité avec l'accident dès cette date.
24. Par courrier du 22 octobre 2016, l'assuré s'est opposé en personne à cette décision. Il a contesté qu'il souffrît d'un état pathologique. Les troubles présentés étaient des séquelles de l'accident, à savoir une intoxication au toluène, suivi d'un traumatisme crânien. Il a rappelé que le jour en question il avait commencé la journée de travail par nettoyer la machine à recycler les solvants au dépôt. Lorsqu'il avait ouvert la cuve de la machine, le solvant lui avait giclé à la figure, ce qui l'avait sonné. Il s'était essuyé et avait mis son masque, afin de nettoyer la machine pour la mettre en route. Ensuite, il était parti sur un chantier avec le contremaître pour peindre un passage à piétons. Lors de l'application de la peinture au sol, il avait été pris d'un vertige « aspirant ». Il s'était dès lors dirigé vers le fourgon de chantier pour se remettre et, en chemin, avait perdu connaissance, tombant en arrière sur la tête. Les secours étaient arrivés lorsqu'il faisait une crise d'épilepsie après le choc. Il était resté hospitalisé pendant deux jours pour épilepsie. Lorsqu'il s'était rendu chez son employeur, pour lui remettre les factures d'ambulance et de l'hôpital, celui-ci l'avait informé que le médecin urgentiste avait considéré qu'il souffrait d'une maladie et qu'il n'avait donc pas subi un accident. Ce n'est qu'avec l'aide d'un conseil qu'il avait pu faire reconnaître avoir subi un accident. Toutefois, au vu du diagnostic erroné au départ, son traumatisme cranio-cérébral n'avait pas été pris en charge tout de suite.

25. Selon le rapport du 21 octobre 2016 du Dr K_____, l'assuré présentait une incapacité de travail totale, souffrant de troubles de l'équilibre, de la parole, de déficit d'attention et de concentration et d'un état anxieux chronique.
26. Le 23 janvier 2017, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) a communiqué à l'assuré qu'il avait l'intention de lui octroyer une rente entière dès le 1^{er} juillet 2016.
27. Par décision du 14 mars 2017, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré, sur la base des appréciations du Dr L_____. Elle a également relevé que des facteurs psychiques pesaient sur la situation, raison pour laquelle une prise en charge psychiatrique en ambulatoire avait été conseillée à l'assuré. Or, la responsabilité de la SUVA n'était pas engagée pour la composante psychique, s'agissant d'un accident de caractère banal. Par ailleurs, une causalité fondée sur l'adage *post hoc ergo propter hoc* ne constituait pas un moyen de preuve pour établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante.
28. Par acte du 1^{er} mai 2017, l'assuré a formé recours contre cette décision par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi des prestations dues au-delà du 11 février 2013 sous suite de dépens. Préalablement, il a conclu à ce qu'une expertise judiciaire pluridisciplinaire fût ordonnée pour déterminer l'origine de ses troubles. Il a dénié à l'appréciation neurologique du Dr L_____ toute valeur probante, au motif que celui-ci ne l'avait pas examiné. Il s'est par ailleurs étonné que la SUVA eût mandaté un médecin germanophone pour donner son avis sur ce dossier. Le médecin-conseil de l'intimée ne s'était pas non plus prononcé sur le dossier médical complet, dès lors que le dossier qui lui avait été soumis ne contenait pas le rapport du 23 novembre 2015 de la Dresse J_____. Le recourant a en outre relevé que les symptômes dont il souffrait étaient apparus à partir du 20 décembre 2012 et qu'il n'avait jamais souffert de telles limitations auparavant. Par ailleurs, la doctoresse N_____ avait reconnu qu'il présentait des séquelles cognitives d'un traumatisme crânien. Cette appréciation était partagée par le Dresse I_____, selon laquelle les céphalées de tension, le trouble de la concentration et l'anxiété pouvaient rentrer dans le cadre du syndrome des traumatisés crâniens. La Dresse J_____ avait également considéré que l'évaluation neuropsychologique était en adéquation avec les déficits habituellement rencontrés dans ces circonstances. Ainsi, le traumatisme crânien était la seule cause des troubles persistants. Rien ne permettait de penser que les anomalies cérébrales constatées, à savoir le kyste de la fissure choroïdienne gauche et l'atrophie temporale gauche, étaient préexistantes. Au demeurant, les médecins des HUG avaient écarté une pathologie épileptique active. Il était à relever à cet égard qu'aucune nouvelle crise n'était survenue depuis le 20 décembre 2012. La perte de connaissance et la sensation de vertiges rotatoires étaient dues à l'inhalation accidentelle du toluène et non pas à une crise d'épilepsie. Quant aux mouvements toniques plus que cloniques des quatre membres après la chute, ils étaient en relation avec le traumatisme crânien.

29. Selon l'appréciation neurologique du 22 mai 2017 du Dr L_____, la chute de l'assuré en date du 20 décembre 2012 n'avait pas provoqué des lésions objectivables, dès lors que les anomalies mises en évidence sur l'IRM cérébrale du 23 janvier 2013 n'étaient pas en lien avec cette chute, au degré de la vraisemblance prépondérante. Il n'y avait ainsi pas de lien de causalité pour le moins vraisemblable entre les symptômes et l'accident. En effet, l'hypodensité linéaire du noyau lenticulaire était attribuée à une lésion ancienne. Quant au kyste du septum pellucidum, il était une variété développementale pas forcément pathologique. L'anomalie au niveau de l'hippocampe était probablement corrélée avec l'épilepsie survenue dans l'enfance de l'assuré.
30. Dans sa réponse du 30 juin 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours. Contrairement aux dires du recourant, il n'était pas établi que l'épisode du 20 décembre 2012 était la conséquence, au degré de la vraisemblance prépondérante, de l'inhalation d'un solvant. Toutefois, ce point pouvait demeurer indécis, dès lors qu'il s'agissait de déterminer si la chute avait entraîné des lésions cérébrales structurelles et objectivables. Or, cela n'était pas démontré. Il n'y avait pas de tuméfaction des parties molles de la tête ni des lésions osseuses. L'hypodensité linéaire du noyau lenticulaire gauche était attribuée à une lésion ancienne. Il y avait par ailleurs un kyste dans la région de la fissure choroïde gauche et une atrophie temporale gauche. Selon le Dr L_____, cette altération était pathologique et compatible avec une épilepsie, mais n'avait pas un caractère traumatique. Les éléments radiologiques ne mettaient ainsi en évidence aucun indice évocateur de séquelles traumatiques structurelles et objectives. Quant au bilan ORL, la discrète atteinte constatée ne permettait pas d'expliquer les symptômes ni que cette atteinte était attribuable à la chute du 20 décembre 2012. A cela s'ajoutait des facteurs psychiques, lesquelles étaient étrangers à l'accident, comme cela avait déjà été admis par les médecins des HUG dans leur rapport du 21 février 2016. Toutefois, même si ces troubles d'ordre psychique étaient dans une relation de causalité naturelle avec l'accident, le lien de causalité adéquate devait être nié, eu égard au caractère banal de l'accident. Enfin, le fait que le médecin-conseil s'était prononcé uniquement sur dossier n'était pas de nature à discréditer son appréciation, selon la jurisprudence en la matière. Quant à la langue du rapport en allemand, le Dr L_____ disposait également d'une excellente maîtrise de la langue française. Dans ces conditions, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire s'avérait superflue.
31. Avec sa réponse, l'intimé a produit l'appréciation neurologique complémentaire non datée du Dr L_____. Sur la base des derniers documents médicaux, celui-ci a retenu qu'il n'y avait pas d'élément nouveau susceptible de modifier les appréciations neurologiques précédentes.
32. Après la production du dossier de l'assurance-invalidité, sur ordonnance de la chambre de céans, l'intimée a persisté dans ses conclusions, tout en constatant que le service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR)

s'était référé aux appréciations médicales de la SUVA, si bien que le dossier de l'assurance-invalidité ne contenait aucun élément de nature à mettre en doute le bien-fondé des conclusions du Dr L_____. Au demeurant, les rapports médicaux figurant dans le dossier de l'assurance-invalidité ne se prononçaient pas explicitement sur la question de la causalité entre l'événement du 20 décembre 2012 et les troubles constatés.

33. Par écriture du 9 août 2017, le recourant a également persisté dans ses conclusions, en reprenant pour l'essentiel son argumentation antérieure. Il a par ailleurs relevé que l'appréciation complémentaire du Dr L_____ n'était pas motivée et qu'il se contentait de répondre lapidairement aux questions par oui ou par non. Il ne discutait pas non plus des pièces médicales divergentes des autres spécialistes, notamment le rapport médical de la Dresse J_____ du 23 novembre 2015. Il était par ailleurs surprenant que le Dr L_____ eût constaté que les documents médicaux complémentaires ne contenaient pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier ses appréciations neurologiques précédentes, alors qu'ils contredisaient clairement sa position et attestaient d'un lien de causalité entre l'accident et les atteintes de la santé. Partant ce nouveau rapport ne répondait pas aux exigences jurisprudentielles pour lui attribuer une valeur probante. Le recourant a également contesté que l'inhalation du toluène n'était pas responsable de sa chute, tout en précisant que le toluène lui avait giclé au visage. Il s'agissait d'une substance chimique connue pour sa grande toxicité. La SUVA elle-même classait le toluène dans les substances extrêmement nocives pour l'être humain. Le Département fédéral de l'environnement, de l'énergie et de la communication avait retenu, pour une toxicité aigüe, les risques de céphalgies, vertiges, sentiment d'intoxication, somnolence ou perturbations vitales, d'irritations oculaires par suite d'inhalation ou d'exposition aux vapeurs pendant les travaux de peinture par pulvérisation ou la pose de tapis. Le toluène a été en outre reconnu comme pouvant engendrer des maladies professionnelles. Il devait dès lors être admis que la chute avait été causée par l'inhalation accidentelle de toluène. Par ailleurs l'intimée n'avait pas précisé quelle maladie préexistante était à l'origine de la symptomatologie, étant rappelé que les médecins des HUG avaient définitivement écarté une pathologie épileptique active. Qu'il ressortait au demeurant du rapport du Dr O_____ du SMR du 17 janvier 2017, que le recourant avait fait un malaise, après avoir inhalé du solvant, malaise qui était responsable de la perte de connaissance et d'une chute avec lésions traumatiques cérébrales. Partant il y avait lieu de retenir un lien de causalité naturel et adéquat entre les troubles de santé et l'accident.

34. Lors de son audition à la chambre de céans, le recourant a déclaré ce qui suit :

« La Zurich Assurances est l'assurance perte de gain de B_____.

A l'époque de l'accident, je travaillais dans le marquage routier. Dans ce travail, on est un peu en permanence avec des odeurs de solvant.

Le jour de l'accident, il manquait du solvant, raison pour laquelle je suis allé en chercher à la machine des solvants. Cette machine recycle les solvants utilisés, en éliminant les résidus de la peinture qui s'y trouvait. En général, il y a toujours des bacs avec des solvants utilisés autour de la machine, car le soir les ouvriers amènent les bacs avec ces solvants vers cette machine. Si elle est déjà en route, ils ne peuvent pas verser ces solvants dedans, de sorte qu'il faut attendre le lendemain.

Le 20 décembre 2012, lorsque je suis allé chercher le solvant, j'ai profité pour mettre dans la machine les bacs de solvants utilisés de la veille, afin de pouvoir mettre la machine ensuite en marche, pour avoir du solvant propre. Lorsque j'ai ouvert le couvercle de la machine, je pense sous l'effet de la pression dû aux vapeurs des solvants, du toluène m'a giclé au visage. Cela arrive souvent. Je me suis nettoyé le visage et j'ai mis mon masque et j'ai nettoyé le fond de la cuve. Sur le moment, je n'ai rien ressenti. Puis, je suis parti travailler pour faire le marquage des routes. Entre le moment du nettoyage de la cuve et le marquage de la route, un laps de temps de 15 minutes environ s'est écoulé. En appliquant la peinture, j'ai ressenti des vertiges aspirants. J'ai voulu aller au fourgon, mais je me suis évanoui avant d'y arriver.

Je m'explique l'effet dévastateur du toluène par une exposition à cette substance toxique pendant une longue durée, étant précisé que j'ai travaillé pendant quinze ans dans le marquage routier. A mon avis, le corps peut accepter une certaine dose de toxiques, puis tout d'un coup ça devient trop et provoque des dommages. En l'occurrence, c'est la peinture que j'ai inhalée lorsque j'ai marqué la route juste avant de m'écrouler.

Il faut voir aussi que le toluène est plus léger que l'oxygène. Ainsi, on respire souvent du toluène et non pas de l'oxygène. On ne peut pas toujours porter des masques.

Je précise par ailleurs que les solvants en Suisse sont plus forts que ceux qu'on utilise en France.

Quant aux masques, ils ne sont efficaces que pendant une demi-heure. Ensuite, la cartouche qui se trouve dans ces masques est saturée et devrait être changée. Cependant, comme cela coûterait très cher de changer toutes les demi-heures les cartouches, personne ne le fait.

Auparavant, je n'ai pas souffert ni de dépression ni d'autres troubles psychiques, à l'exception de la période après la naissance de mon fils qui a eu énormément de problèmes de santé, puis s'est avéré étant autiste. C'était une situation extrêmement lourde. Néanmoins, je n'ai jamais consulté un psychiatre ni pris des médicaments. J'ai par ailleurs toujours continué à travailler.

Lorsque l'accident est arrivé, j'étais très fatigué, car je travaillais dans l'équipe de nuit et faisais énormément d'heures supplémentaires. D'ailleurs, j'avais perdu beaucoup de poids. Alors que je pesais 83 kg en 2011, je ne pesais plus

que 64 kg au moment de l'accident. En 2011 et 2012, il y avait énormément de chantiers neufs à Genève et la pression pour terminer le marquage était très forte. Une fois j'ai dû travailler de 7h du matin jusqu'à 10h du matin du lendemain.

Avant l'accident, il est vrai que mon ex-femme et moi étions un peu stressés par l'avenir de notre fils autiste qui devenait adulte. Nous ne savions pas ce qu'il allait devenir. A l'époque, il n'y avait notamment pas de centre pour les autistes à partir de 18 ans. Cette situation nous rongait. »

35. Le 25 septembre 2017, la SUVA s'est déterminée sur les déclarations du recourant lors de son audition à la chambre de céans et a persisté dans ses conclusions. Dès lors que les déclarations du recourant se rapportaient plutôt à l'inhalation du toluène, elle a estimé qu'il n'avait évoqué aucun élément mettant en cause les conclusions du Dr L_____. Il était en effet sans importance de savoir si la chute résultait de l'inhalation du solvant, dès lors qu'il s'agissait de déterminer uniquement si la chute avait occasionné des lésions cérébrales structurelles et objectivables. Or, cela avait été exclu par le Dr L_____. Ainsi, les troubles neuropsychologiques constatés en 2014 n'étaient pas consécutifs à la chute du recourant, au degré de vraisemblance prépondérante.
36. Par écriture du 4 octobre 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a souligné qu'il souffrait toujours des séquelles objectives de l'accident. Il appartenait à la chambre de céans d'établir, à l'instar de ce que l'OAI avait retenu, que l'inhalation accidentelle du toluène avec perte de connaissance était responsable d'une chute avec lésion traumatique cérébrale entraînant de lourdes séquelles invalidantes. La thèse soutenue par l'intimée, selon laquelle il y avait un lien de causalité entre un état maladif préexistant et les troubles actuels, n'avait aucun fondement. En effet, il n'était pas épileptique. Au contraire, les pièces du dossier médical établissaient à satisfaction de droit le lien de causalité entre ses troubles actuels et l'accident. En cas de doute, il conviendrait de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire.
37. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable, compte tenu de la suspension des délais entre le 7^{ème} jour avant Pâques et le 7^{ème} jours après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a et 56 ss LPGA).
3. Est litigieux en l'espèce la question de savoir, d'une part, si les troubles invalidants du recourant sont en rapport avec la chute survenue le 20 décembre 2012 et/ou, d'autre part, si le recourant souffre d'une maladie professionnelle due à des substances nocives.
4. 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-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

5. a. 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 suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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; 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).

b. 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, tels que maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression et modification du caractère (SVR 2007 UV n. 23 p. 75; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1).

6. a. 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 456 consid. 5a et les références).

b. 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 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5) ou d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale et d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109 consid. 7 à 9; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 117 V 359 consid. 6a; SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2; sur l'ensemble de la question cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb).

Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre les plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il y a lieu d'abord d'opérer une classification des 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 (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 115 V 133 consid. 6). 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 117 V 359 consid. 6a). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références).

Lorsque l'accident est insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles peut, en règle

générale, être d'emblée niée, sans même qu'il soit nécessaire de trancher le point de savoir si l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'une lésion analogue à une telle atteinte ou d'un traumatisme crânio-cérébral (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 117 V 359 consid. 6a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 428/2006 du 30 octobre 2008 consid. 4.2). Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/01 du 4 mars 2002 consid. 2c).

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 adéquate entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; par analogie ATF 115 V 403 consid. 5b).

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 admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un tel accident et des 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 crânio-cérébral, il faut que soient réunis certains critères objectifs, désormais formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.2):

- 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 ;
- l'intensité des douleurs ;
- 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.

L'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques: ainsi, 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; ATF 117 V 369 consid. 4b).

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 134 V 109 consid. 10.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références).

Nonobstant ce qui précède, 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 - 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 98 consid. 2) il convient d'appliquer également, dans les cas d'accidents de gravité moyenne, les critères objectifs tels que définis à l'ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et à l'ATF 115 V 403 consid. 5c/aa, au regard des seules atteintes somatiques, soit les critères précités ci-dessus.

7. 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 LPG), 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).
8. 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).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

9. 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).
10. En l'occurrence, se pose en premier lieu la question du lien de causalité entre les atteintes à la santé du recourant et le traumatisme cranio-cérébral qu'il a subi le 20 décembre 2012. Toutefois, la question du lien de causalité naturelle peut rester ouverte, dès lors qu'il appert que le lien de causalité adéquate ne peut être admis.

Selon le rapport du 23 novembre 2015 de la Dresse J_____, le recourant souffre d'une sensation de fatigabilité physique et intellectuelle avec effort de concentration important pour les moindres tâches, de difficultés dans toutes les activités à double tâche et d'un bégaiement survenant dans les situations où il doit décrire des événements particulièrement anxiogènes et stressants. A cela s'ajoutent des éléments dépressifs avec éléments de revendication, de crises d'angoisses nocturnes et d'idées noires à certains moments. Il s'agit donc d'un tableau typique d'un traumatisme crânio-cérébral (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, dépression, modification du caractère), tel qu'admis par la jurisprudence. Selon la Dresse J_____, une telle symptomatologie est décrite dans le cadre des difficultés cognitivo-comportementales observées chez environ 10% des traumatismes crâniens modérés pour lesquels l'imagerie est sans particularité.

Dans le cas d'espèce, l'IRM crânio-cérébral n'a précisément pas mis en évidence des éléments traumatiques particuliers. Cela étant, il y a lieu d'appliquer la jurisprudence précitée pour apprécier le lien de causalité adéquate entre un

traumatisme crano-cérébral, sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, et l'accident.

Selon cette jurisprudence, pour admettre dans un tel cas une causalité adéquate, il faut qu'il s'agisse au moins d'un accident de gravité moyenne. Or, en l'espèce, cela n'est manifestement pas le cas, le recourant ayant perdu connaissance avant de tomber et étant tombé de sa hauteur sur le sol. Les autres critères exigés par la jurisprudence pour admettre un lien de causalité adéquate, dans l'hypothèse d'un accident de gravité moyenne, ne sont pas non plus remplis. Seul un des critères pourrait être admis, à savoir l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré, ce qui serait de toute manière insuffisant pour admettre un lien de causalité adéquate. En effet, les circonstances concomitantes de l'accident n'étaient pas particulièrement dramatiques ni son caractère particulièrement impressionnant. Il ne peut non plus être considéré que les lésions étaient graves ou d'une nature particulière, ni que le recourant ait dû subir un long traitement médical spécifique et pénible. Les douleurs n'étaient pas particulièrement intenses et aucune erreur médicale entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ne s'était produite. Il n'y avait pas non plus des difficultés particulières apparues au cours de la guérison et des complications importantes.

Partant, un lien de causalité adéquate entre les atteintes du recourant, pouvant éventuellement être attribuées à une lésion crano-cérébral, et l'accident ne peut être retenu. Le droit aux prestations ne peut ainsi pas être fondé sur les lésions attribuables, cas échéant, à un tel traumatisme.

11. Il convient cependant également d'examiner si les atteintes à la santé dont souffre le recourant sont dues à une maladie professionnelle. Avant d'envisager une telle hypothèse, il y a lieu toutefois d'examiner si la chute s'est produite en raison d'une affection pathologique et non pas traumatique, telle une épilepsie ou une atteinte vestibulaire.

- a. Dans son rapport sur dossier du 3 décembre 2015, le Dr L_____ retient que le recourant a, au degré de la vraisemblance prépondérante, subi une crise épileptique tonique en date du 20 décembre 2012. Toutefois, d'une part, le Dr L_____ n'a pas examiné le recourant et n'a ainsi pu établir une anamnèse détaillée, ce qui paraît indispensable en l'occurrence. D'autre part, son rapport est contredit par les examens radiologiques et par les appréciations des médecins des HUG. En effet, le scanner cérébral réalisé à la date de l'accident ne met pas en évidence un foyer épileptogène visible, excepté une hypodensité linéaire sous-lenticulaire gauche. L'EEG réalisé à la même date et l'IRM cérébrale du 23 janvier 2013 n'ont pas non plus relevé un élément épileptogène. Selon le rapport du 1^{er} février 2013 relatif à un monitoring vidéo-EEG, le tracé de nuit est sans anomalie notable et il n'y a pas d'argument en faveur d'une activité épileptique. Dans leur rapport du 21 février 2013, le Prof. E_____ et le Dr F_____, considèrent par conséquent qu'il n'y a pas d'argument pour une épilepsie active.

Ainsi, il convient d'exclure qu'une crise épileptique soit à l'origine de la perte de connaissance du recourant, suivie d'une chute.

b. Quant au kyste de la fissure choroïdienne gauche, mise en évidence à l'IRM cérébrale, il est qualifié de bénin. L'atrophie temporale gauche, visible sur cette IRM, est qualifiée de très discrète. Rien ne permet d'affirmer que ces anomalies aient provoqué l'épisode du 20 décembre 2012.

c. En ce qui concerne une éventuelle atteinte vestibulaire qui aurait pu expliquer du moins les vertiges dont souffre le recourant, le bilan vestibulaire clinique a montré une très discrète atteinte périphérique limitée à la fonction du canal semi-circulaire latéral droit dans le domaine des basses fréquences. Toutefois, selon le Dr M_____, cette anomalie ne permet pas d'expliquer la symptomatologie du recourant. Cet avis est au demeurant partagé par le Dr L_____.

12. Un lien de causalité adéquate entre le traumatisme cérébral et l'accident ne pouvant être établi et une cause pathologique de la chute ayant été exclue, se pose la question d'une maladie professionnelle provoquée par une substance nocive.

a. Selon l'art. 9 LAA, sont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 LPGA) dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux. Le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent (al. 1). Sont aussi réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle (al. 2). Sauf disposition contraire, la maladie professionnelle est assimilée à un accident professionnel dès le jour où elle s'est déclarée. Selon l'alinéa 3 de cette disposition, une maladie professionnelle est réputée déclarée dès que la personne atteinte doit se soumettre pour la première fois à un traitement médical ou est incapable de travailler (art. 6 LPGA).

Aux termes de l'art. 14 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), les substances nocives et les maladies dues à certains travaux au sens de l'art. 9 al. 1 LAA sont énumérées à l'annexe. Le toluène y figure.

Selon la jurisprudence, l'exigence d'une relation prépondérante est réalisée lorsque la maladie est due pour plus de 50 % à l'action d'une substance nocive mentionnée dans la première liste, ou que, dans la mesure où elle figure parmi les affections énumérées dans la seconde liste, elle a été causée à raison de plus de 50 % par les travaux indiqués en regard de ladite affection (ATF 133 V 421 consid. 4.1 p. 425 et références).

13. En l'occurrence, le recourant a déclaré avoir travaillé depuis quinze ans dans le marquage routier et avoir été, dans le cadre de sa profession, exposé quotidiennement à des solvants, notamment au toluène. Par ailleurs, peu avant sa chute, il a inhalé du toluène, en ouvrant le couvercle de la machine des solvants. Du solvant lui avait giclé au visage à cette occasion. Un quart d'heure après cet

épisode, il a de nouveau été exposé à des substances nocives en effectuant un marquage routier.

Cela étant, il convient de considérer qu'il y a de forts indices que l'exposition réitérée à des solvants et en particulier au toluène soit à l'origine du syndrome psycho-organique que présente le recourant. Une exposition prolongée peut en effet provoquer des troubles de la mémoire, de la concentration et de la personnalité, des insomnies et une diminution de la performance intellectuelle (www.travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques). Cette substance provoque aussi des tremblements posturaux (https://fr.wikipedia.org/wiki/Intoxication_au_toluene). Après une longue exposition, des troubles neurologiques peuvent apparaître dans des cas particuliers, comme des troubles du langage et de la coordination. Par ailleurs, la toxicité du toluène cible le système nerveux central (arrêt du Tribunal fédéral U 297/05 du 16 août 2006, consid. 2.2.1).

Les plaintes du recourant correspondent également au tableau clinique typique d'une intoxication à du toluène. Par ailleurs, il a pu être exclu que ces atteintes aient un lien de causalité adéquate avec le traumatisme cranio-cérébral dû à la chute. Elles ne trouvent pas non plus leur cause dans une épilepsie ou dans une atteinte vestibulaire. Quant au rôle éventuel de facteurs psychiques dans la pathogenèse des atteintes en cause, il convient de constater que le recourant n'avait pas consulté un spécialiste pour des problèmes psychiques avant son accident, selon ses dires. Aucun traitement médicamenteux ne lui avait été prescrit pour soigner de tels troubles. Ainsi, même si le recourant était au moment de l'accident très préoccupé par la situation de son enfant autiste, il ne paraît pas plausible que ses atteintes soient dues à des troubles psychiques. Au demeurant, la modification de la personnalité fait partie du tableau clinique typique d'une exposition au toluène et à d'autres solvants.

Cela étant, il existe un fort indice pour que les atteintes du recourant soient dues à une substance nocive.

14. Toutefois, aucune instruction n'a été menée pour établir si oui ou non les atteintes en cause sont dues à l'inhalation de toluène.

Ainsi, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimée, afin qu'elle procède à une instruction complète sur la question de la maladie professionnelle.

15. Le recours sera par conséquent partiellement admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire.
16. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui est octroyée à titre de dépens.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 14 mars 2017.
4. Renvoie la cause à l'intimée afin de procéder à une instruction complète sur la question de la maladie professionnelle due à des substances nocives et, ceci fait, rendre une nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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