

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2847/2009

ATAS/925/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 octobre 2011

8^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur I_____, domicilié au Grand-Lancy, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Manuel ISLER

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Thierry STICHER, Président; Monique STOLLER FÜLLEMANN et
Teresa SOARES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur I_____ (ci-après : le recourant ou l'assuré), né en 1962, a travaillé depuis le 1^{er} juillet 2004 au service de la société X_____ AG, à Bellwald, en qualité d'auxiliaire de chantier. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après SUVA).
2. Le 27 juillet 2004, alors qu'il démontait une planche de coffrage, l'assuré a été déséquilibré et a chuté d'une hauteur de 2,8 mètres sur une dalle en béton. Intubé sur place par les secours, il a été ensuite hélicoptéré par la REGA à l'Hôpital de l'Ile à Berne. A l'entrée, les médecins ont diagnostiqué une syncope d'étiologie indéterminée consécutive à une chute et status après commotion cérébrale. Les différents examens pratiqués n'ont pas mis en évidence de lésions osseuses ou organiques, mais un léger hémisyndrome sensitif droit a été relevé.
3. Le lendemain, l'assuré a été transféré au Centre hospitalier du Haut-Valais, à Viège, pour des investigations neurologiques complémentaires, afin d'éclaircir le diagnostic de syncope. L'assuré y a séjourné jusqu'au 13 août 2003, en raison de maux de tête et de nuchalgies persistantes. Compte tenu de son état nerveux, mélancolique et probablement dépressif, il a été adressé au "établissement hospitalier" du Haut-Valais, à Brig.
4. Dans leur rapport de sortie du 23 août 2004, les médecins du Centre hospitalier du Haut-Valais ont indiqué qu'en raison de la suspicion d'un trouble post-traumatique, ils ont adressé le patient à la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR) pour de plus amples investigations.
5. L'assuré a séjourné dans le service de réadaptation neurologique de la CRR du 24 août au 14 septembre 2004. Dans leur rapport du 22 septembre 2004, les médecins de la CRR ont retenu comme diagnostic primaire une rééducation neurologique, et comme diagnostics secondaires un TCC le 27 juillet 2004, des cervicalgies non spécifiques et un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive. Les comorbidités mentionnées sont un tabagisme chronique, une appendicectomie il y a vingt ans et une blessure par balle au niveau de la cheville droite il y a quelques années. A l'anamnèse, les médecins ont relevé que l'assuré avait été victime d'un TCC, avec une amnésie post-traumatique de quelques heures. Les examens radiologiques et cliniques effectués à l'Hôpital de l'Ile de Berne auraient permis d'exclure un problème cérébral ou cervical. Les suites de l'accident ont été marquées par l'apparition d'un état anxieux et dépressif important, des cervicalgies irradiant en casque au niveau frontal, ainsi que des troubles de la concentration et de la mémoire. A l'examen clinique d'entrée, les médecins ont trouvé un patient vite fatigable et irritable, apathique, sans initiative, prostré dans son lit, ne parlant pas spontanément. Sa prise en charge a été rendue plus difficile par le fait qu'il ne

parlait que l'albanais. Du point de vue neurologique, l'examen d'entrée était normal. Une IRM n'a pu être pratiquée, l'assuré ayant présenté une attaque de panique dans l'appareil. Le scanner cérébral natif du 6 septembre 2004 est toutefois dans les normes. Sur le plan ostéo-articulaire, la mobilité de la nuque est complète, les radiographies effectuées à Viège ne montraient pas de lésion traumatologique, mais quelques signes dégénératifs. Du point de vue neuropsychologique, les médecins relèvent que le bilan n'est pas interprétable en raison d'une part des difficultés de langage, et d'autre part, du fait que le patient s'y est d'emblée opposé, argumentant qu'il ne parlait pas le français. On ne peut donc exclure des troubles neuropsychologiques secondaires au TCC. Sur le plan psychiatrique, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive est retenu, ainsi que des indices de trouble dissociatif (de conversion), en l'absence d'éléments somatiques clairs pouvant expliquer la symptomatologie douloureuse et les troubles comportementaux. Selon les médecins de la CRR, le tableau clinique présenté par le patient ne peut pas être considéré comme la seule conséquence du TCC subi par le patient en juillet 2004. Ils ne pouvaient pas se prononcer en l'état actuel, quant à une reprise du travail.

6. Par décision du 2 novembre 2004, la SUVA a mis fin à ses prestations avec effet au 31 octobre 2004.
7. Le 8 novembre 2004, l'assuré a formé opposition. Il a été entendu le 10 décembre 2004 à l'agence de la SUVA de Sion, en compagnie de son épouse. Le collaborateur de la SUVA a relevé que l'assuré était visiblement en très mauvais état psychique, qu'il n'a pas participé à l'entretien et que c'est son épouse qui s'est exprimée. Elle a expliqué qu'avant l'accident, son mari était en bonne santé et se réfère à un courrier du 10 novembre 2004 de la Dresse L_____, du Centre de psychiatrie du Haut-Valais, aux termes duquel celle-ci confirme le diagnostic établi par la CRR et indique que l'état de santé actuel du patient est à mettre en relation directe avec l'accident de travail.
8. Dans un rapport du 24 février 2005 à l'attention de la SUVA, le Dr M_____ pose le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Le patient est décrit comme apathique, handicapé dans ses mouvements avec limitation claire des facultés mentales.
9. A la demande de la SUVA, le Centre de psychiatrie a établi un rapport en date du 12 juillet 2005. Les Drs N_____ et O_____ expliquent que le diagnostic d'état de stress post-traumatique n'a pas été retenu, en l'absence notamment de flash-backs. Le diagnostic le plus probable est celui de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive, selon F.43.21 de la classification CIM-10, car les symptômes durent depuis plus de six mois. L'état de santé n'a pas subi de changement et le patient suit régulièrement une psychothérapie ambulatoire qui se déroule en présence de son épouse. Une tendance à la simulation est relevée, dès

lors que plusieurs déclarations de l'épouse ont été totalement contredites par le patient.

10. La SUVA a soumis le dossier à son médecin-conseil, pour avis médical. Dans une note du 29 juillet 2005, le Dr. P_____, spécialiste FMH en chirurgie, relève que le status neurologique est normal, que les radiographies n'ont pas mis en évidence de lésion osseuse, ni d'instabilité, et que la mobilité de la colonne cervicale est normale. Sur le plan psychiatrique, le diagnostic de trouble de l'adaptation a été retenu. Selon le Dr P_____, à la sortie de la CRR, l'assuré ne présentait pas de séquelles somatiques dues à l'accident.
11. Par décision sur opposition du 12 septembre 2005, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré, au motif que les troubles psychiques qu'il présente ne sont pas en relation de causalité adéquate avec l'accident, les troubles psychiques étant considérés comme devant trouver leur explication dans la personnalité de l'assuré et dans son environnement social.
12. Cette décision fut portée auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales qui, par Arrêt du 13 septembre 2006 admit le recours et annula la décision sur opposition. La cause fut renvoyée à la SUVA afin qu'elle mette sur pied une expertise neuropsychologique, que l'anamnèse soit complétée quant à l'état prémorbide du recourant, que le Dr Q_____ soit interrogé et que le diagnostic soit précisé et, en cas de trouble dissociatif de conversion, expliqué.
13. Le 12 juillet 2006, le Dr Q_____ indiqua traiter le recourant pour les symptômes suivants : commotion cérébrale, sinusite maxillaire droite, ethmoïdite gauche, abus de nicotine, stress post-traumatique, TCC, cervicalgies irradiant en casque, anesthésie psychique, trouble comportemental avec irritabilité, trouble d'adaptation, dépression réactionnelle, état psychique lié à la douleur à la cheville droite contre les masséters, état anxieux et dépressif important, trouble de la mémoire, état de prostration, apathie, hypomimique, troubles secondaires au TCC et thymie fortement abaissée. Le Dr Q_____ a précisé le 3 août 2006 que l'état de santé du recourant était stable et justifiait une incapacité de travail complète.
14. Sur demande de la SUVA, le CENTRE D'EXPERTISE MEDICALE (ci-après : CEMed) a effectué une expertise neurologique, neuropsychologique et psychiatrique. Le rapport d'expertise, daté du 25 juin 2007, est signé par le Dr R_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, le Dr S_____, neurologue FMH et Mme J_____, neuropsychologue FSP.

Les experts ont relevé que leur travail avait été compliqué par l'absence de collaboration du recourant. Ils ont également noté des discordances à l'examen clinique.

Sur le plan neurologique, aucune atteinte ne pouvait être retenue en raison de l'absence d'atteinte objectivée par les examens pratiqués. Aucune incapacité d'ordre post-traumatique ne pouvait être retenue. Sur le plan neuropsychologique, les résultats d'examen n'étaient pas interprétables en raison de l'absence de collaboration du recourant. Le recourant paraissait inapte à un quelconque travail, mais pour des motifs ne relevant pas d'une atteinte neuropsychologique. Sur le plan psychique différents diagnostics étaient envisagés, notamment un état de trouble somatoforme avec forte composante dépressive. Il pouvait aussi s'agir d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il n'y avait quoi qu'il en soit pas de lien de causalité avec l'accident. Le recourant ne paraissait pas du tout capable d'assumer une activité professionnelle quelconque et il conviendrait de lui proposer une hospitalisation prolongée en milieu psychiatrique pour une prise en charge globale et intégrée. Toutefois le pronostic paraissait assez sombre, compte tenu du comportement du recourant.

Les experts se prononcèrent comme suit, s'agissant des capacités professionnelles du recourant : « Comme mentionné plus haut, [le recourant] présente de facto une incapacité de travail actuellement complète dans toute activité professionnelle lucrative, ceci en raison des troubles psychiques qu'il présente. Il n'y a par contre aucune incapacité de travail faisant suite à l'événement accidentel du 27 septembre 2001 [recte : 2004] ».

15. Le 27 juillet 2007, la SUVA informa le recourant qu'elle entendait mettre fin aux prestations à la fin juillet 2007 et l'invita à se déterminer.
16. Par courrier du 15 août 2007, le recourant formula des observations au sujet de l'expertise. Il critiquait en particulier le fait que l'hypothèse d'une pathologie neurologique ou neuropsychologique avait été écartée sur la base de résultats ininterprétables des tests pratiqués. Il convenait que ses troubles exacts soient déterminés au moyen d'une expertise. Par ailleurs, les experts n'avaient que supposé que des facteurs de personnalité ou de situation socioculturelle avaient joué un rôle significatif. Pour le surplus, le diagnostic psychiatrique n'était pas précisé et le Dr Q_____ n'avait pas été entendu, contrairement à ce qu'avait prescrit le Tribunal cantonal des assurances sociales.
17. Par décision du 1^{er} octobre 2007, la SUVA mis fin aux prestations d'assurance avec effet au 31 juillet 2007.
18. Le recourant forma opposition à l'encontre de cette décision le 16 octobre 2007, avec demande de restitution de l'effet suspensif.
19. Par décision incidente du 16 novembre 2007, la SUVA rejeta la demande de restitution de l'effet suspensif.

20. Par courrier du 2 avril 2008, la SUVA informa le recourant que sa décision du 21 septembre 2007 [recte : 1^{er} octobre 2007] était annulée.
21. Le 27 août 2008, la SUVA informa le recourant de ce qu'elle envisageait de solliciter un complément d'expertise du CEMed et lui communiqua la liste des questions qu'elle entendait poser aux experts. Le recourant se prononça à ce sujet le 17 septembre 2008.
22. Le Dr Q_____ se prononça le 9 octobre 2008 sur la base des questions posées à l'expert. Elle indiqua que le recourant ne pouvait être interrogé en raison de sa maladie et que le diagnostic avait pu être posé avec l'aide de la femme et du frère du recourant, lesquels faisaient la traduction. Elle ne pouvait se prononcer sur les diagnostics psychiques retenus, compte tenu de sa spécialité en médecine générale.
23. Le CEMed a complété son expertise le 18 novembre 2008, par courrier signé du Dr T_____, psychiatre et psychothérapeute FMH. Il expliquait qu'habituellement les tests neuropsychologiques effectués auprès d'un assuré de langue albanaise pouvaient être validés scientifiquement, compte tenu de la présence d'un traducteur professionnel. Toutefois, les résultats étaient ininterprétables en raison du comportement non collaborant du recourant. Par ailleurs, il n'était pas possible d'affiner le diagnostic psychiatrique, en raison de la collaboration insuffisante du recourant et de son attitude démonstrative et oppositionnelle.
24. Le 26 janvier 2009, le recourant formula des observations au sujet du complément d'expertise du Dr T_____. Il était noté qu'il n'avait été procédé à aucune mesure d'investigation complémentaire. Les experts se fondaient toujours sur les mêmes résultats ininterprétables. L'origine des troubles psychologiques n'avaient pas été déterminée. Seules les irrégularités formelles du premier rapport avaient été corrigées. Le Dr T_____ n'avait pas participé à la première expertise et était psychiatre, de sorte que le recourant doutait de ses compétences pour se prononcer sur les aspects neurologiques et neuropsychologiques.
25. Par décision du 2 avril 2009, la SUVA mit fin aux prestations d'assurance avec effet au 31 mars 2009, considérant que les troubles actuels n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident. Ladite décision retira l'effet suspensif à une éventuelle opposition.
26. Le recourant s'opposa à cette décision le 18 mai 2009 et sollicita la restitution de l'effet suspensif.
27. Par décision incidente du 4 juin 2009, la demande de restitution de l'effet suspensif fut rejetée.
28. Le 17 juin 2009, le Dr Q_____ indiqua que suite à son accident, le recourant était tombé une quinzaine de jours dans le coma (du 28 juillet au 13 août 2004) en

raison d'un traumatisme crânio-cérébral suivi d'une épilepsie, d'un état post-traumatique, d'une dépression nerveuse, d'une pneumonie bilobaire gauche à streptococcus pneumoniae avec épanchement pleural parapneumonique, et d'un sepsis grave avec séquelles post-traumatiques. Depuis l'accident, le recourant se trouvait dans un état général précaire, entendu comme un état végétatif, sans réponse psychique aux stimuli. Le recourant n'était pas capable de discernement et ne pouvait ni travailler, vu son manque de motivation, d'attention et de concentration, ni suivre des cours de recyclage professionnel.

29. Par décision sur opposition du 9 juillet 2009, la SUVA rejeta l'opposition du recourant et retira l'effet suspensif à un éventuel recours.

Se fondant principalement sur le rapport d'expertise du CEMed du 25 juin 2007 et son complément du 18 novembre 2008, la SUVA niait l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles du recourant et l'accident. Le lien de causalité adéquate était également nié.

30. Par acte daté du 7 août 2009, le recourant contesta la décision sur opposition du 9 juillet 2007, concluant à son annulation et à la constatation de son droit aux prestations d'assurances. Il concluait subsidiairement à un complément d'instruction et à la mise sur pied d'une expertise complémentaire en présence d'un interprète albanophone.

Selon le recourant, la décision avait été prise sur la base d'une expertise incomplète et il n'était pas admissible de tirer des conclusions au sujet du lien de causalité de l'absence de collaboration d'un patient ayant à la base déjà des difficultés à communiquer. Il n'y avait par ailleurs pas d'autre explication à son état que l'accident du 27 juillet 2004.

31. Dans sa réponse datée du 31 août 2009, la SUVA conclut au rejet du recours. Il était indiqué qu'il n'était pas possible d'approfondir l'aspect neurologique, faute de collaboration du recourant, ce qui ne saurait être reproché aux experts. L'expertise concordait de surcroît avec celle réalisée par la Clinique romande de réadaptation. Les troubles n'étaient pas en lien de causalité naturelle ou adéquate avec l'accident.
32. Par ordonnance du 5 octobre 2009, le Tribunal ordonna la traduction des pièces du dossier rédigées en langue allemande.
33. Dans l'intervalle, le recourant sollicita la restitution de l'effet suspensif par courrier du 23 décembre 2009.
34. Après avoir recueilli les déterminations des parties, le Tribunal cantonal des assurances sociales statua par arrêt incident du 24 février 2010. Il admit sa compétence, déclara recevable le recours du 7 août 2009 contre la décision du 9 juillet 2009 et rejeta la demande en rétablissement de l'effet suspensif.

35. Les parties furent entendues en comparution personnelle le 11 mars 2010. Elles acceptèrent que la présente cause soit traitée de manière parallèle avec un recours en matière d'assurance-invalidité (cause A/ 348/20008). Elles acceptèrent également qu'une expertise limitée au volet psychiatrique soit ordonnée, ainsi que le choix de l'expert en la personne du Dr U_____. Un délai leur fut imparti pour déposer des listes de questions à l'expert.
36. Par ordonnance du 10 mai 2010, une expertise psychiatrique fut confiée au Dr U_____. La mission d'expertise tenait compte des questions posées par les parties.
37. Le Dr U_____ déposa son rapport d'expertise du 21 mars 2011 après des examens cliniques effectués les 28 septembre 2010 et 14 février 2011.

Le Dr U_____ indique que lors de son premier entretien qui a eu lieu avec le frère du recourant qui assurait la traduction, le recourant était très négligé et est resté prostré et mutique. Lors du second entretien effectué avec un interprète, le Dr U_____ a constaté un ralentissement psychomoteur extrême, le comportement n'étant toutefois ni démonstratif ni oppositionnel.

S'agissant du diagnostic, le Dr U_____ a proposé deux diagnostics comme étant possibles, étant précisé que le manque d'éléments anamnestiques ou cliniques ne permettait pas de trancher en faveur de l'un ou de l'autre.

Les deux diagnostics étaient les suivants :

- Syndrome post-commotionnel (diagnostic possible ; F07.2) ou
- Episodes dépressifs sévères sans symptôme psychotique (diagnostic possible ; F32.2)

Par ailleurs, bien que l'assuré n'ait pas manifesté de comportement démonstratif ou histrionique, une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) ne pouvait être exclue. Il n'y avait pas d'argument en faveur d'un diagnostic de troubles factices (F68.1) ou de simulation et le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (45.4) n'était pas retenu.

Il en découlait quoi qu'il en soit et indépendamment de la difficulté à poser un diagnostic, une capacité de travail nulle et un pronostic très sombre.

S'agissant du lien de causalité, l'expert indiquait ne pouvoir répondre en raison de l'incertitude du diagnostic mais précisait qu'il paraissait difficile de soutenir que le recourant soit parvenu à un même stade d'évolution et a un même état clinique sans l'accident.

De l'avis de l'expert, et compte tenu des descriptions de l'état du recourant en 2004 par la Clinique romande de réadaptation en 2007 par le CEMED et en 2011, il fallait conclure à une dégradation progressive de l'état clinique.

Le Dr U_____ précisa que compte tenu de la complexité du cas et de l'évolution atypique, il était hasardeux de se prononcer sur un lien de causalité entre l'accident et l'état clinique actuel, les développements que l'on pourrait faire à ce sujet étant de nature essentiellement spéculative ou théorique, sans base empirique solide.

38. Les parties furent invitées à se déterminer au sujet du rapport d'expertise du Dr U_____.

Le 8 avril 2011, la SUVA indiqua que l'expertise du Dr U_____ confortait sa position puisque l'expert indiquait d'une part être dans l'impossibilité de catégoriser clairement l'état clinique du recourant et que, d'autre part, il affirmait qu'il était hasardeux de se prononcer sur la relation de causalité entre l'accident et l'état clinique actuel.

39. Le recourant déposa sa détermination le 15 avril 2011.

Le recourant considérait que compte tenu de son bon état de santé avant l'accident, il ne pouvait être retenu que l'accident pouvait être qualifié d'insignifiant.

Suite audit accident, il était totalement incapable de travailler et ses chances de réadaptations professionnelles étaient nulles. La durée du traitement médical était anormalement longue, il se plaignait toujours de maux de tête violents, constants et persistants. Des difficultés et complications importantes étaient apparues. Il régressait.

De la sorte, il remplissait plusieurs des critères jurisprudentiels permettant d'admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate entre l'accident et l'incapacité de travail d'origine psychique.

Il avait ainsi droit aux prestations de l'assurance accident.

40. La cause fut gardée à juger le 21 avril 2011.

EN DROIT

1. Par arrêt incident du 24 février 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales a admis sa compétence pour traiter de la présente cause. En effet, conformément à l'art. 56 V al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des

assurances sociales connaissait, 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 l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

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

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable en l'espèce.
3. La recevabilité du recours du 7 août 2009 a déjà été admise par arrêt incident du Tribunal cantonal des assurances sociales du 24 février 2010. Il n'y a ainsi pas à y revenir.
4. Le litige porte sur le point de savoir si le recourant a droit à des prestations de l'assurance-accident au-delà du 31 mars 2009 et singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre ses troubles actuels et l'évènement du 27 juillet 2004.
5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.
 - a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références).

En matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral (TCC) 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.). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment

attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1.; 117 V 359 consid. 4b).

- b) Il faut également que l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé se trouvent dans un lien de causalité adéquate. Il s'agit de fixer une limite raisonnable – et supportable pour la communauté – à la responsabilité de l'assurance sociale, compte tenu de la multiplicité des causes naturelles qui participent à la survenance du résultat (FRESARD/ MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 85)

L'existence d'un lien de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références).

En présence de troubles psychiques consécutifs à un accident, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, 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 139 consid. 6, 407 consid. 5).

En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants: les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; la durée anormalement longue du traitement médical; les douleurs physiques persistantes; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous les critères ne doivent cependant pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite 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 de l'accident puisse être admis (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et bb et ATF 129 V 402 consid. 4.4.1).

6. En l'espèce, s'agissant du lien de causalité naturelle, il sera relevé que le recourant a subi un traumatisme crânien, avec perte de connaissance et une amnésie post-traumatique de quelques heures. Bien que les examens n'aient pas montré de lésions, le recourant s'est plaint de céphalées et de cervicalgies irradiant en casque au niveau frontal. Des troubles de l'attention et de la concentration et de la mémoire ont été notés par la CRR, de même qu'un état anxieux et dépressif important.

Le recourant présentait ainsi un tableau clinique typique d'un TCC (diagnostic d'ailleurs retenu par la CRR dans son rapport du 22 septembre 2004), devant conduire à admettre un lien de causalité naturelle entre l'état clinique du recourant et l'accident du 27 juillet 2004.

A cela s'ajoute que l'expert indique (page 10 de son expertise) : « *Il nous paraît difficile de soutenir que [le recourant] serait parvenu à un même stade d'évolution et qu'il se trouverait dans un même état clinique sans l'accident* ».

Ainsi, le lien de causalité naturelle entre l'état clinique du recourant et l'accident du 27 juillet 2004 sera admis.

7. S'agissant du lien de causalité adéquate, il convient tout d'abord de ranger l'accident du 27 juillet 2004 dans l'une des trois catégories retenues par la jurisprudence.
 - a) Le recourant a fait une chute de 2,8 m. sur un sol en béton laquelle a nécessité qu'il soit intubé sur place avant d'être héliporté. La Dresse Q_____ indique dans son rapport du 17 juin 2009 qu'il serait par la suite resté une quinzaine de jours (soit du 28 juillet au 13 août 2004) dans le coma. Toutefois, aucun des rapports des établissements médicaux dans lesquels le recourant a été admis dans les suites de l'accident du 27 juillet 2004 ne mentionne un tel coma. Spécifiquement, le rapport de sortie du Centre hospitalier du Haut-Valais à Viège, daté du 13 août 2004, n'en fait pas mention. Cette période de coma n'est ainsi pas établie, même au degré de vraisemblance prépondérante applicable dans le domaine des assurances sociales (ATF 135 V 39, consid. 6, et les références).

En revanche, il est établi que le recourant a fait une syncope

Par référence avec le cas faisant l'objet de l'arrêt non publié du Tribunal fédéral du 3 août 2009 n° 8C_683/2008, dans lequel une chute dans un escalier qui a provoqué un coma de quatre à six heures a été considéré comme étant au moins à la limite de la catégorie des accidents graves, il apparaît in casu que la chute est objectivement plus grave puisque le recourant est tombé d'une hauteur de près de 3 m., mais que

celle-ci n'a pas entraîné de coma, mais une syncope. L'on ne saurait toutefois perdre totalement de vue que le recourant a malgré tout perdu connaissance.

Par ailleurs, dans un arrêt non publié du 8 février 2006 n° U 393/04, le Tribunal fédéral a jugé que « *si la chute d'un échafaudage d'une hauteur de trois à quatre mètres a pu subjectivement revêtir chez l'intéressé un caractère relativement impressionnant, le déroulement de l'accident n'apparaît pas d'un point de vue objectif, seul déterminant en l'espèce, particulièrement dramatique, dans la mesure où l'événement litigieux fait partie des risques auxquels un employé de la construction ou du génie civil est généralement exposé. On doit dès lors classer l'accident incriminé dans la catégorie des accidents de moyenne gravité* ». In casu, la chute du recourant a eu lieu dans des circonstances comparables, de sorte que la classification de l'accident dans la catégorie moyenne se justifie.

Ceci étant, par comparaison avec la casuistique traitée en jurisprudence, l'accident sera classé dans la partie grave de la catégorie moyenne.

- b) Il convient ainsi d'examiner les différents critères développés par la jurisprudence.

La Chambre des assurances sociales retiendra qu'il n'existe pas de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques, mais que l'accident consistant à chuter d'une hauteur de près de 3 mètres après avoir été déséquilibré était subjectivement très impressionnant. Le recourant a fait une syncope. Il a été intubé sur place et hélicoptéré à l'Hôpital. Ces circonstances se sont ajoutées au caractère impressionnant de l'accident.

Les examens qui y ont été pratiqués n'ont pas montré de lésions et le recourant ne présentait pas de séquelles somatiques dues à l'accident à la sortie de son séjour à la CRR. Les critères de gravité des lésions physiques et de durée anormalement longue du traitement médical ne seront ainsi pas retenus.

En revanche, le recourant a souffert d'importantes céphalées persistantes ainsi que de cervicalgies, plaintes qu'il a répétées tout au long de son parcours médical jusqu'à l'expertise judiciaire du Dr. U _____ du 21 mars 2011 lors de laquelle le recourant a uniquement pu indiquer avoir mal à la tête. Le critère de persistance des douleurs physiques sera ainsi retenu. Il sera par ailleurs relevé que ces lésions physiques ont également une nature particulière, dès lors qu'elles sont propres à entraîner des troubles psychiques, puisqu'il s'agit d'un des éléments du tableau clinique typique d'un TCC.

Aucun élément ne parle en faveur d'erreurs médicales. En revanche, l'expert judiciaire mentionne une dégradation progressive de l'état clinique depuis l'accident, bien que ladite aggravation ne soit pas en lien avec des erreurs dans le traitement médical.

Enfin, la capacité de travail est nulle depuis l'accident et le pronostic de l'expert judiciaire est extrêmement sombre.

- c) En définitive, l'examen des critères précités conduit la Chambre des assurances sociales à admettre le lien de causalité adéquat entre l'accident du 27 juillet 2004 et l'état clinique du recourant.

Certes, tous les critères jurisprudentiels ne sont pas réunis. Toutefois, en présence d'un accident se situant dans la partie grave de la catégorie moyenne, il n'est pas nécessaire que tous les critères soient réunis, comme précisé plus haut.

Or, des critères importants sont réunis avec une certaine intensité. En particulier, le caractère particulier de l'accident et la persistance des douleurs physiques sont propres à entraîner la conviction de la Chambre des assurances sociales.

8. Il s'ensuit que l'état du recourant est en lien de causalité tant naturelle qu'adéquate avec l'accident du 27 juillet 2004, de sorte que c'est à tort que l'assurance-accident a mis fin à ses prestations. Il appartiendra ainsi à l'assureur-accident de procéder au versement de ses prestations.
9. Le recours sera ainsi admis et la décision sur opposition du 9 juillet 2009 sera annulée.
10. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 2'750 fr. lui est octroyée, à titre de dépens.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition du 9 juillet 2009.
4. Dit que le recourant a droit aux prestations de l'assurance-accident et condamne l'intimée à les calculer et à lui les verser.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de 2'750 fr. à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF; 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

Le président

Isabelle CASTILLO

Thierry STICHER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le