

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/148/2018

ATAS/570/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 juin 2018

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE

recourant

contre

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

intimée

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Christian PRALONG, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1964 et originaire de la République du Kosovo, a travaillé à 100% comme mécanicien automobile dès le 15 mars 2016 auprès de B_____ SA. A ce titre, il était couvert contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt; ci-après : la SUVA ou l'intimée).
2. Le 7 avril 2016, vers 12h00, il est rentré manger à la maison en se déplaçant en trottinette. Il circulait sur la chaussée lorsqu'un automobiliste, qui était derrière lui, a klaxonné avant de le doubler. Pour ne pas être touché par la voiture, il a serré à droite et a heurté, avec son épaule droite, une voiture en stationnement et, avec le côté droit de sa tête, le montant des vitres. Le même jour, il a consulté le service des urgences de la clinique des Grangettes.
3. Le 6 juin 2016, l'employeur a annoncé l'accident à la SUVA. Il a indiqué qu'en traversant la route en trottinette, l'assuré était tombé en voulant éviter une voiture. Il souffrait de mal de dos.
4. Le 7 juin 2016, il s'est soumis à une IRM cérébrale et des rochers qui s'est avérée dans les limites de la norme. Selon le rapport d'imagerie du 8 juin 2016, il n'y avait pas de pathologie intra ou rétrocochléaire, pas de saignement intra labyrinthique, ni de séquelle hémorragique au niveau intracrânien. Au vu de la persistance de la symptomatologie vertigineuse, une consultation en oto-rhino-laryngologie (ci-après : ORL) pourrait s'avérer utile «(vertige positionnel paroxystique bénin [VPPB] post traumatique ?) ».
5. Dans un rapport du 20 juin 2016, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué que lors de la consultation en urgence, l'assuré se plaignait de vertiges avec céphalées, de vision trouble persistante et de sensation de manque de force de l'hémicorps droit. Il présentait des douleurs rétrosternales, au coude droit, au rein droit et à la hanche droite. A l'examen, l'oculomotricité était conservée sans nystagmus. La palpation et la percussion de la loge rénale droite étaient ultra-douloureuses. La palpation osseuse de l'ensemble du corps était indolore, hormis celle de l'épicondyle du coude droit et celle du grand trochanter droit. La flexion du coude droit contre résistance reproduisait la douleur. Les radiographies du bassin, de la hanche droite et du coude droit n'avaient pas mis en évidence de fracture. Le scanner cérébral et du massif facial n'avait rien révélé d'anormal. L'arrêt de travail était de cinq jours.
6. Le 21 juin 2016, le docteur D_____, spécialiste FMH ORL et chirurgie cervico-faciale, a examiné l'assuré qui, depuis l'accident, présentait des vertiges sous forme de malaises, lors de certains mouvements et aux changements de position, surtout de celle assise à debout. A l'examen vestibulaire clinique, l'assuré ne présentait pas de nystagmus spontané ou provoqué, mais seulement vertigineux marqué en passant de la position assise à debout, sans visualisation de nystagmus.

L'audiogramme tonal mettait en évidence une cophose à droite. La perte selon l'indice CPT/AMA était de 100% à droite et de 16% à gauche. L'examen clinique révélait essentiellement une cophose à droite qui pourrait être le signe d'une fracture du rocher. S'agissant du vertige, il n'y avait pas d'évidence de VPPB, mais il pourrait s'agir d'une commotion labyrinthique qui était la cause la plus fréquente de vertige post-traumatique avec un examen relativement pauvre.

7. Dans un rapport du 24 juin 2016, la doctoresse E_____, généraliste FMH, a diagnostiqué des vertiges, une contusion lombaire et une contusion du coude droit. L'assuré se plaignait de vertiges persistants avec céphalées. Ceux-ci étaient en cours d'investigation à la recherche d'une éventuelle fracture du rocher. Il n'y avait pas de reprise du travail prévue.
8. Le 19 août 2016, le Dr D_____ a diagnostiqué de probables vertiges post-traumatiques et une cophose à droite. Les constatations objectives concordaient en partie avec l'événement invoqué par l'assuré à l'exception de la cophose droite, qui pourrait évoquer une fracture du rocher, mais le scanner cérébral du 7 avril 2016 était normal. Par ailleurs, l'assuré ne s'était pas plaint spontanément de ce trouble auditif, ce qui était malgré tout très étonnant.
9. Dans un rapport du 26 septembre 2016, le docteur F_____, spécialiste FMH ORL et chirurgie cervico-faciale, a indiqué que l'assuré ne présentait pas d'amélioration de la symptomatologie depuis l'accident. Du côté droit, à l'audiogramme tonal, il ne percevait aucun son sur aucune fréquence, même à une intensité maximale de 110 dB. Il a fait convoquer l'assuré par le docteur G_____, médecin adjoint au service ORL et de chirurgie cervico-faciale des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), afin d'effectuer un bilan avec oto-émissions acoustiques et potentiels évoqués auditifs.
10. Par courrier du 8 décembre 2016, la SUVA a accepté de prendre le cas en charge.
11. Le 18 avril 2017, l'assuré a été examiné par le Dr G_____ qui a mentionné, à l'anamnèse, une perte d'audition à droite à la suite de l'accident, ainsi que la présence de vertiges par intermittence surtout le matin au réveil et d'un acouphène à droite. Il a rappelé qu'il n'y avait pas eu d'atteinte du nerf facial. A l'examen, il a constaté un déficit auditif de perception profond, voire une cophose à droite post-traumatique et une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire à droite qui devait être investiguée à la consultation maxillo-faciale. S'agissant des vertiges, il ne mettait pas en évidence de déficit vestibulaire ni de VPPB. Il y aurait eu une IRM cérébrale et des rochers en juin 2016 qui était normale, mais il n'avait pas vu les images lui-même.
12. Dans son rapport d'examen du 15 juin 2017, le docteur H_____, chirurgien-orthopédiste FMH et médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué que l'assuré se plaignait de sensations de coups sur le côté droit en regard de l'oreille droite, essentiellement matinales, et qui disparaissaient progressivement au cours de la journée. Il existait encore occasionnellement des vertiges et l'assuré présentait

actuellement des douleurs à l'épaule droite. A l'examen neurologique succinct, les tests étaient négatifs. Il semblait exister une hypo-acousie nette du côté droit. Les tests concernant la mobilité active en abduction de l'épaule droite étaient négatifs. Dans son appréciation, le Dr H_____ a considéré que, s'agissant des suites de l'accident du 7 avril 2016, on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à la lumière de l'examen de ce jour. A plus de seize mois de l'accident, les conséquences délétères de celui-ci étaient maintenant éteintes. L'assuré évoquait la rupture d'une plaque qui avait été posée en 1997, à la suite d'une fracture du poignet gauche, et qui avait été mise en évidence lors d'un accident de voiture survenu le 10 avril 2017, qui n'était pas encore annoncé. Il s'agissait d'une rupture de fatigue du métal, sans lésion osseuse sous-jacente, ce qui confirmait son ancienneté. La relation de causalité avec l'accident du 10 avril 2017 était exclue.

13. Par décision du 23 août 2017, la SUVA a mis un terme au versement des indemnités journalières et au remboursement des soins avec effet au 31 août 2017. L'examen effectué par le médecin d'arrondissement avait mis en évidence une stabilisation suffisante de la situation médicale. De l'avis de ce dernier, les troubles actuels n'empêchaient pas la reprise de son activité professionnelle de mécanicien sur automobile. Une reprise du travail dans cette activité était exigible immédiatement. Les conséquences délétères de l'accident étaient maintenant éteintes. La question du droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité ferait l'objet d'une décision séparée.
14. Par courrier du 15 septembre 2017, l'assuré a formé opposition à ladite décision. Il était toujours en traitement pour les suites de l'accident du 7 avril 2016 et ses médecins attestaient toujours une incapacité totale de travail. Un rapport du Dr G_____ du 24 août 2017 mentionnait ses atteintes à la santé. Il a produit dans la procédure divers rapports médicaux.

Selon le rapport du Dr G_____ consécutif à son examen du 22 août 2017, l'assuré se plaignait d'épisodes de vertiges, de céphalées unilatérales et pulsatiles qui apparaissaient avant chaque crise, de photophobie et phonophobie. Les céphalées étaient augmentées par l'effort. Le vertige faisait suite à ces épisodes pour une durée totale d'environ quinze minutes à une demi-heure. L'assuré n'avait pas mentionné ces éléments lors de la consultation précédente. Il pourrait s'agir d'une migraine vestibulaire ou d'une forme d'hydrops endolymphatique. Il complétait ce bilan par une IRM cérébrale à la recherche d'un hydrops.

Dans son rapport du 14 septembre 2017, la Dresse E_____ a considéré qu'au vu du dernier rapport du Dr G_____, le traitement n'était pas encore terminé. L'assuré continuait à se plaindre de l'hypoacousie accompagnée de vertiges et de troubles de l'équilibre qui l'empêchaient de reprendre une activité professionnelle. Son certificat du 8 septembre 2017 mentionnait un arrêt de travail à 100% du 1^{er} au 30 septembre 2017.

15. Interrogé sur la question de savoir si les documents produits par l'assuré modifiaient les conclusions de son rapport, le Dr H_____ a répondu, le 4 octobre 2017, que lesdits documents n'étaient pas de nature à modifier son appréciation antérieure.
16. Le 10 octobre 2017, le Dr G_____ a revu l'assuré à sa consultation. L'IRM cérébrale (du 21 septembre 2017) était normale et il n'y avait pas de lésion rétro-cochléaire ou de signe d'hydrops endolymphatique. Au vu des symptômes, il pourrait s'agir d'une forme de migraine vestibulaire. Il avait proposé à l'assuré de le revoir au début 2018.
17. Par décision sur opposition du 6 décembre 2017, la SUVA a rejeté l'opposition. Elle a rappelé que les divers examens radiologiques réalisés par l'assuré étaient normaux et que selon le Dr H_____, les conséquences délétères de l'accident du 7 avril 2016 étaient éteintes à la date de son examen du 13 juin 2017. Dans son dernier rapport, le Dr G_____ a suspecté une migraine vestibulaire, soit une atteinte à la santé due à une maladie. Au vu de cette situation, la SUVA était en droit de mettre un terme à ses prestations avec effet au 31 août 2017 pour les suites de l'accident du 7 avril 2016.
18. Le 15 janvier 2018, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition du 6 décembre 2017. Il a demandé l'audition du Dr G_____ et a conclu au versement de prestations au-delà du 31 août 2017. Il a offert de prouver qu'il souffrait encore actuellement des séquelles de l'accident. Le Dr G_____ allait réaliser une IRM le 6 mars 2018, de sorte qu'il sollicitait la suspension de l'instruction de la cause jusqu'au mois de mars et demandait à pouvoir compléter son recours.

Il a produit dans la procédure, notamment, un rapport de la Dresse E_____ du 12 janvier 2018 selon lequel, le recourant présentait une hypo-acousie post-traumatique. Ses limitations fonctionnelles consistaient en vertiges et diminution de l'audition. Les investigations du Dr G_____ étaient toujours en cours. Pour le surplus, la Dresse E_____ a repris les termes de son rapport du 14 septembre 2017.
19. Dans sa réponse du 21 mars 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours avec suite de dépens. Les diverses constatations médicales contenues dans le dossier, consécutives aux examens cliniques et radiologiques, ne divergeaient pas de l'appréciation du Dr H_____ reposant sur son examen du 13 juin 2017. En l'absence d'éléments médicaux propres à mettre en doute la fiabilité des conclusions du médecin d'arrondissement, on ne voyait pas quelles séquelles justifieraient la poursuite du versement des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 août 2017. En effet, les contusions lombaire et du coude droit avaient guéri sans suite. Le diagnostic d'hypoacousie post-traumatique, posé par le médecin traitant, ne procédait pas à une appréciation du lien de causalité avec l'accident, eu égard à la jurisprudence sur le terme « post-traumatique ». Les symptômes encore

présents avaient trait, selon le Dr G_____, a une probable migraine vestibulaire, soit à une atteinte malade sans rapport avec l'accident du 7 avril 2016.

20. Dans sa réplique du 18 avril 2018, le recourant a indiqué que, depuis la fin septembre 2017, il présentait une sérieuse dégradation physique. Son état de santé avait passé d'un état de grande activité à un ralentissement accompagné de soudains maux de tête, endormissements et pertes d'équilibre. Il se fatiguait également plus vite dans des tâches de la vie quotidienne qui n'exigeaient pas d'efforts particuliers. Il n'était plus la même personne depuis le 21 septembre 2017, date d'une IRM cérébrale « neuro-crâne » exigée par l'intimée. Le Dr G_____ désirait la mise en œuvre d'une nouvelle expertise car il était en désaccord avec les conclusions du Dr H_____. Le recourant a produit diverses pièces dans la procédure.

Dans une attestation du 13 mars 2018, le Dr G_____ a confirmé un diagnostic probable de migraine vestibulaire dont les symptômes étaient toujours présents. Par certificats médicaux des 8 mars et 9 avril 2018, la Dresse E_____ a accordé à l'assuré un arrêt de travail à 100% du 1^{er} mars au 30 avril 2018. Selon un courrier du 3 avril 2018 du service ORL des HUG, l'assuré avait un rendez-vous, le 29 mai 2018, pour une consultation ORL du Dr G_____.

21. Dans sa duplique du 16 mai 2018, l'intimée s'est référée à l'appréciation du 2 mai 2018 de la doctoresse I_____, spécialiste ORL et en médecine du travail ainsi que médecin de l'intimée. Cette spécialiste retenait que le recourant ne présentait pas de déficit vestibulaire à une année de l'événement accidentel et que le diagnostic de suspicion de migraine vestibulaire n'était pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, attribuable à la contusion de l'oreille interne consécutive à l'accident. L'intimée a persisté dans ses conclusions précédentes.

Dans son appréciation du 2 mai 2018, la Dresse I_____ a indiqué que tous les spécialistes ayant examiné le recourant avaient constaté unanimement une surdité de l'oreille droite attribuable, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'accident. Ce dernier avait entraîné une commotion cochléaire suite au choc à la tête. En d'autres termes, il s'agissait d'un traumatisme fermé de l'oreille interne avec perte auditive monaurale. Un VPPB pouvait se manifester après un traumatisme cranio-cérébral fermé. Toutefois, lors de son bilan otoneurologique du 11 avril 2017, le Dr G_____ n'avait constaté ni déficit vestibulaire, ni signes évocateurs d'un VPPB. Quant au diagnostic de migraine vestibulaire, il était de nature neurologique. La cause de cette affection n'était pas encore complètement éclaircie. On évoquait des troubles de l'équilibre électrolytique des cellules nerveuses de certaines régions cérébrales en lien avec des perturbations de la libération de neuro-transmetteurs ou le rôle que pourrait jouer des troubles d'ordre génétique et des dysfonctions neuronales héréditaires. S'agissant de la péjoration invoquée par le recourant depuis le mois de septembre 2017, l'examen du système vestibulaire du 18 avril 2017 n'avait pas mis en évidence de troubles de l'équilibre, de sorte qu'il était établi que le recourant ne présentait pas de déficit vestibulaire une année après l'accident. La migraine vestibulaire suspectée ultérieurement par le

Dr G _____ était un diagnostic à caractère hypothétique qui, d'un point de vue ORL, n'était pas imputable, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'accident du 7 avril 2016. En effet, un tel diagnostic ne concernait pas un trouble post-traumatique du système de l'équilibre, alors que la surdité de l'oreille droite, constatée unanimement, pouvait être imputée à un traumatisme cranio-cérébral fermé. D'un point de vue ORL, la capacité de travail du recourant en tant que mécanicien, respectivement dans une autre activité, n'était pas limitée. Les troubles de l'équilibre ne pouvant pas être objectivés de façon plausible, ils avaient été refusés à juste titre.

22. Le 22 mai 2018, la chambre de céans a transmis cette écriture au recourant et, sur quoi, a gardé la cause 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Il court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 62 al. 3 LPA-GE et dans le même sens art. 38 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et 89C let. c LPA-GE).

En l'espèce, le recourant a interjeté recours, le 15 janvier 2018, contre la décision sur opposition du 6 décembre 2017 reçue au plus tôt le lendemain. Le délai de recours a commencé à courir au plus tôt le 8 décembre 2017, puis a été suspendu du 18 décembre 2017 au 2 janvier 2018 et est arrivé à échéance au plus tôt le 22 janvier 2018. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est ainsi recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA-GE).

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. 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; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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).

a. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement 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 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).

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

Le fait que des symptômes ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2).

c. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

d. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

6. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

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

origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

c. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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

d. 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).

e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.; ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C_537/2009 du 1^{er} mars 2010 consid. 3.2).

8. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible

amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1^{ère} phrase, LAA).

Cependant, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2^{ème} phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2).

Selon l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire notamment lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ou lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d).

Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1).

9. En l'espèce, le recourant conteste la stabilisation de son état de santé, au motif qu'il présente encore des séquelles de l'accident, et requiert le versement de prestations au-delà du 31 août 2017, notamment en raison d'une dégradation physique depuis la fin septembre 2017, à la suite d'une IRM cérébrale lors de laquelle « un produit lui a été injecté directement dans le cerveau ».

Pour sa part, dans sa décision du 23 août 2017 et sa décision sur opposition du 6 décembre 2017, l'intimée a mis un terme au droit au traitement médical et aux indemnités journalières pour les suites de l'accident du 7 avril 2016 avec effet au 31 août 2017. Elle considère que la situation médicale est suffisamment stabilisée pour permettre la clôture du dossier, que les troubles en cause n'empêchent pas la reprise de l'activité professionnelle antérieure de mécanicien sur automobile et que les conséquences délétères de l'accident sont éliminées. Elle nie également que la migraine vestibulaire suspectée soit à la charge l'assurance-accidents, au motif qu'elle est d'origine malade.

En définitive, l'intimée admet que l'accident du 7 avril 2016 a, au degré de la vraisemblance prépondérante, provoqué une surdité droite post-traumatique. En

effet, même si dans son mémoire de réponse, elle conteste un tel lien de causalité – au motif que, selon la jurisprudence, le qualificatif de post-traumatique s’applique au lien temporel avec l’accident et non pas au lien causal –, dans son appréciation du 2 mai 2018, la Dresse I_____, médecin-conseil de la SUVA, précise que le traumatisme fermé de l’oreille interne avec surdité de l’oreille droite, constatée unanimement par tous les médecins ORL, est imputable à l’accident du 7 avril 2016, qui a entraîné une commotion cochléaire suite au choc à la tête. Par conséquent, en présence d’une atteinte à la santé durable, l’intimée n’est pas en mesure d’établir le retour au *statu quo ante*, respectivement au *statu quo sine*, ce qu’elle ne tente d’ailleurs pas d’établir.

En revanche, dans un tel cas, elle peut mettre un terme à la prise en charge de l’indemnité journalière, en application de l’art. 16 al. 2 LAA, lorsque l’assuré présente à nouveau une pleine capacité de travail, et à celle du traitement médical lorsqu’il n’y a plus lieu d’attendre de sa continuation, une sensible amélioration de l’état de santé de l’assuré.

En l’occurrence, sur la base du rapport du Dr H_____ du 15 juin 2017, qui a examiné le recourant le 13 juin 2017, l’intimée a mis un terme à la prise en charge du traitement médical au motif que les conséquences délétères de l’accident étaient maintenant éteintes et au versement de l’indemnité journalière dès lors que le recourant était en mesure de reprendre son activité professionnelle. Par conséquent, il y a lieu d’examiner sa valeur probante.

10. Dans ledit rapport, le Dr H_____ rappelle l’anamnèse, décrit les plaintes du recourant et mentionne les principaux rapports médicaux au dossier, les résultats des divers examens radiologiques et ses constatations cliniques. Sur la base de son examen, il retient une hypoacousie nette du côté droit, sans examiner précisément la problématique des vertiges, considère qu’on peut s’attendre à une reprise de l’activité professionnelle et que les influences délétères de l’accident sont éteintes. Ses conclusions quant à l’extinction des incidences délétères de l’accident sont motivées de façon toute générale par référence à la date de l’accident, survenu plus de seize mois avant son examen. Par conséquent, on peut se demander si une telle motivation est suffisante pour reconnaître une valeur probante à son appréciation sur ce point. Toutefois, dans son appréciation du 2 mai 2018, la Dresse I_____ fait état de l’anamnèse, analyse de façon détaillée les divers rapports médicaux au dossier, notamment les rapports radiologiques, mentionne les plaintes actuelles du recourant et décrit les lésions provoquées par l’accident. Elle explique que les symptômes exposés par le recourant font suspecter une migraine vestibulaire qui n’est toutefois pas d’origine post-traumatique. A titre de trouble persistant imputable à l’accident du 7 avril 2016, elle retient uniquement une surdité de l’oreille droite pour laquelle un appareillage a été proposé au recourant, tout en précisant que celui-ci n’a pas été satisfait de ce moyen de traitement. S’agissant de la capacité de travail, elle ne retient aucune limitation d’un point de vue ORL, ni dans l’activité habituelle, ni dans une autre activité.

Au vu de ce qui précède, l'appréciation de la Dresse I_____ a pleine valeur probante, ce d'autant plus qu'aucun rapport médical ne contredit ses conclusions, à l'exception de celui de médecin traitant du 14 septembre 2017 qui considère, au vu du rapport du Dr G_____ du 24 août 2017, que le traitement n'est pas encore terminé. Quant à son rapport du 12 janvier 2018, il est postérieur à la décision sur opposition du 6 décembre 2017, de sorte qu'il n'est pas possible d'en tenir compte pour apprécier l'évaluation de l'incapacité de travail et de l'état de santé du recourant à la date de la décision litigieuse. Il est vrai que, dans son rapport du 24 août 2017, le Dr G_____ suspectait une migraine vestibulaire ou un hydrops endolymphatique. Toutefois, après avoir réalisé une IRM de l'oreille interne et du rocher, le 21 septembre 2017, dont les résultats se sont avérés normaux, il exclut, dans son rapport du 10 octobre 2017, l'existence d'une lésion rétro-cochléaire et d'un hydrops endolymphatique pour ne retenir qu'une migraine vestibulaire. Or, comme l'explique la Dresse I_____, le diagnostic d'hydrops endolymphatique est un diagnostic différentiel qui a été nié à la suite de l'IRM du 21 septembre 2017. Il y a lieu d'observer que l'IRM cérébrale et des rochers du 7 juin 2016 s'était déjà avérée dans les limites de la norme et n'avait pas mis en évidence de déficit vestibulaire, de sorte que ce diagnostic pouvait déjà être écarté à ce moment-là et n'aurait plus dû être envisagé à nouveau. Toutefois, n'ayant pas vu les images lui-même, le Dr G_____ a voulu procéder à une nouvelle IRM. Par conséquent, le seul diagnostic résiduel est celui de migraine vestibulaire, soit celui d'une pathologie neurologique dont la cause n'est pas encore complètement élucidée mais qui n'est pas d'origine accidentelle et n'est donc pas à la charge de l'intimée, de sorte qu'il n'a pas d'influence sur la stabilisation de l'état de santé du recourant. Par ailleurs, la Dresse E_____ ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables que les médecins de l'intimée auraient ignorés dans le cadre de leurs appréciations. Au demeurant, le médecin traitant n'a jamais produit que de brefs certificats médicaux sans jamais motiver les raisons qui l'ont conduit à reconnaître au recourant une incapacité totale de travail, si ce n'est en évoquant les vertiges qui ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents et une surdité qui n'implique pas d'incapacité de travail, soit des éléments irrelevants. Par conséquent, son avis n'a pas de caractère probant et ne fait pas douter de la pertinence et de la fiabilité de l'appréciation des Drs H_____ et I_____ qui remplissent, dès lors, les conditions jurisprudentielles permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante. Aussi, la chambre de céans suivra-t-elle leurs conclusions.

En définitive, la seule lésion à la charge de l'intimée est une surdité post-traumatique, soit un trouble auditif qui ne justifie pas un traitement au-delà des seize mois pris en charge par l'intimée. Quant à l'incapacité de travail, le recourant n'occupe pas un métier où la perte de l'ouïe unilatérale entraîne une incapacité de travail, de sorte qu'il ne présente pas de limitation dans l'exercice de son activité de mécanicien automobile.

L'intimée a mis un terme, ainsi, à juste titre, à la prise en charge du traitement et au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 août 2017.

11. S'agissant de l'aggravation invoquée par le recourant depuis l'IRM du 21 septembre 2017, il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur ce motif.

En effet, l'intimée a mis un terme à la prise en charge des prestations d'assurance avec effet au 31 août 2017, de sorte que l'examen IRM invoqué par le recourant comme étant à l'origine d'une aggravation de son état de santé n'est pas pris en charge par l'assurance-accidents, mais par l'assurance-maladie. Par conséquent, l'intimée ne saurait être tenue responsable pour les éventuelles séquelles tardives d'un tel examen.

12. Le recourant requiert l'audition du Dr G_____.

Le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans que cela n'entraîne une violation du droit d'être entendu, s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves en général : ATF 131 I 153 consid. 3; ATF 130 II 425 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_42/2015 du 29 mai 2015 consid. 5.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 136 I 229 consid. 5.3; ATF 124 V 90 consid. 4b).

En l'espèce, l'audition du Dr G_____ sollicitée par le recourant a pour but de démontrer qu'il souffre toujours des séquelles de l'accident et qu'il présente une incapacité de travail. Or, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la chambre de céans de statuer sur le bien-fondé du recours sans entendre le Dr G_____, qui s'est déjà exprimé dans trois rapports médicaux versés au dossier. Par conséquent, en application du principe de l'appréciation anticipée des preuves, il n'y a pas lieu de procéder à l'audition requise par le recourant dès lors qu'elle n'est pas susceptible de modifier l'issue du litige.

Le recourant allègue encore que le Dr G_____ désirerait une expertise en raison de son opposition aux conclusions du Dr H_____. Or, force est de constater que dans sa dernière attestation du 13 mars 2018, le Dr G_____ ne mentionne nullement un tel désaccord, ni son désir d'expertise médicale, mais se borne à confirmer le diagnostic de probable migraine vestibulaire, soit une atteinte qui est sans lien de causalité avec l'accident du 7 avril 2016. Par conséquent, il n'y a aucune raison de procéder à ladite expertise.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

L'intimée conclut à l'octroi de dépens. De jurisprudence constante, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont droit à une indemnité de dépens dans aucune des branches de l'assurance sociale fédérale, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré

ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant (ATF 126 V 143 consid. 4b). De plus, tant l'art. 61 let. g LPGA que l'art. 89H al. 3 LPA-GE ne prévoient l'allocation de dépens qu'au recourant qui obtient gain de cause et non pas à l'intimée. Par conséquent, celle-ci sera déboutée de sa conclusion.

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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