

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2459/2017

ATAS/242/2019

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 mars 2019

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VIUZ-EN-SALLAZ, France,
représenté par APAS permanence de défense des patients et assurés

recourant

contre

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

intimée

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président ; Georges ZUFFEREY et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le _____ 1960, ressortissant français titulaire d'un permis G (frontalier), travaillait chez B_____ SA dans le canton de Genève en qualité d'opérateur polyvalent à plein temps depuis le 1^{er} décembre 2006. Il était à ce titre assuré contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la SUVA).
2. Le 8 mai 2014, l'assuré a été victime d'un accident alors qu'il circulait sur l'autoroute, en France voisine. Dans la déclaration de sinistre du 12 mai 2014, l'événement a été décrit comme suit: « suite à un malaise ou à un endormissement, il a percuté un pylône en béton d'environ 1 m de hauteur, ce qui a propulsé son véhicule à une hauteur de 4 à 5 m, avant qu'il ne retombe et fasse des tonneaux ». L'assuré a été admis le jour-même au centre hospitalier Alpes Léman (CHAL) où il a été hospitalisé jusqu'au 11 mai 2014. Dans un rapport du 26 mai 2014, cet établissement a posé le diagnostic de fracture de L2 et L4. Il a également été constaté une plaie du nez, une douleur minime de l'hypocondre droit et de la paroi thoracique. Un traitement conservateur par corset thoraco-lombaire a été pratiqué pendant trois mois. L'assuré a été mis en incapacité de travail totale pour une durée initialement évaluée à trois mois, qui a ensuite été prolongée à maintes reprises.
3. Dans un rapport du 26 août 2014, le CHAL a mentionné sous la rubrique « thérapie »: consultation oto-rhino-laryngologie (ORL) (vertiges), corset et chirurgie pour suspicion d'une hernie ombilicale.
4. La SUVA a pris en charge les conséquences de cet accident, en s'acquittant des frais médicaux et en octroyant des indemnités journalières du 11 mai au 14 septembre 2014.
5. Le 26 septembre 2014, l'assuré a été opéré d'une hernie ombilicale. La SUVA a refusé, par décision du 27 novembre 2014, de prendre en charge cette intervention et ses suites.
6. Depuis février 2015, l'assuré est également suivi par la doctoresse C_____, psychiatre à Annemasse.
7. Le 5 octobre 2015, l'assuré a annoncé une rechute en raison de la persistance de douleurs L2 et L4.
8. Dans un rapport du 3 février 2016, le docteur D_____, médecin traitant (généraliste) en France, a posé le diagnostic de séquelles des fractures L2 et L4. Des douleurs invalidantes persistaient. Le traitement était constitué d'antalgiques et de kinésithérapie. La marche était difficile, la station debout prolongée et le port de charges impossibles.
9. Par courrier du 18 février 2016, la SUVA a accepté de reprendre le service des prestations d'assurance.

10. Lors d'un entretien dans les locaux de la SUVA, dont le contenu a été transcrit dans un rapport du 14 avril 2016, l'assuré a déclaré qu'il éprouvait d'importantes douleurs dans le dos au niveau lombaire, et qu'il souffrait également de vertiges depuis son accident. Il avait pris du Lectil et du Tanganil, sans grand effet. Pour ses problèmes de vertiges, il était suivi par le docteur E_____, spécialiste ORL à Annemasse, qui l'avait dernièrement adressé auprès d'un autre spécialiste aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). L'assuré était d'accord sur le principe d'effectuer un séjour à la clinique romande de réadaptation à Sion (CRR). Figurait en annexe un rapport du Dr E_____ du 13 janvier 2016, qui retenait un tableau de canalo-lithiase du canal postérieur gauche rebelle aux manœuvres de Semont. L'assuré présentait manifestement à chaque fois aux épreuves positionnelles un nystagmus typique d'une canalo-lithiase du canal postérieur gauche. La vidéonystagmographie et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale étaient normales.
11. Le 18 avril 2016, l'assuré a été examiné par le Professeur F_____, spécialiste FMH ORL et médecin chef au service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale aux HUG. Dans un rapport du 20 avril 2016, ce médecin a indiqué que les vertiges duraient moins d'une minute. Les épisodes survenaient à raison de deux ou trois fois par semaine, rarement plusieurs fois dans la journée. Les efforts physiques pouvaient déclencher le vertige. À l'examen, au Romberg et à l'Unterberger, l'assuré avait une tendance à dévier vers la gauche. À la manœuvre de Hallpike à gauche, un nystagmus tout à fait caractéristique, rotatoire, géotrope, se manifestait. Le nystagmus s'épuisait en moins d'une minute. Par contre, il n'était pas fatigable: la répétition immédiate de la manœuvre aboutissait à la même réponse. En définitive, plusieurs éléments étaient compatibles avec un VPPB (vertige positionnel paroxystique bénin) du canal semi-circulaire postérieur gauche. La vidéonystagmographie révélait quelques anomalies compatibles avec une atteinte cérébelleuse. L'IRM cérébrale s'était toutefois avérée normale. Le médecin a enseigné à l'assuré la manœuvre physiothérapeutique d'Epley afin qu'il la réalise lui-même. Un scanner de l'os temporal allait être programmé pour rechercher une éventuelle déhiscence d'un des canaux semi-circulaires. L'atteinte vestibulaire en soi pouvait expliquer une partie des troubles de l'humeur. Le patient allait être convoqué par le service de neurologie afin d'exclure toute autre cause qu'un problème vestibulaire périphérique à l'origine des troubles.
12. Le 11 mai 2016, l'assuré a été convoqué pour un séjour à la CRR. Par courrier du 18 mai 2016 adressé à la SUVA, celui-ci a sollicité un report de ce séjour. Il était actuellement suivi par les HUG pour les malaises qui persistaient.
13. Dans un rapport du 1^{er} juin 2016, le docteur G_____, spécialiste FMH en neurologie au département des neurosciences cliniques aux HUG, a posé le diagnostic de vertiges d'origine multifactorielle (origine périphérique avec suspicion d'un VPBB post-traumatique, trouble dépressif, origine médicamenteuse). Il a retenu à titre de diagnostic secondaire une suspicion de

polyneuropathie sensitive. Suite à l'accident, l'assuré présentait des lombalgies invalidantes ainsi que des vertiges au moindre mouvement, notamment lors des mouvements de la tête vers la gauche. Son médecin traitant, le Dr E_____, suspectait une atteinte périphérique post-traumatique responsable des vertiges. L'IRM cérébrale était dans la norme. L'assuré affirmait qu'il n'était plus capable d'effectuer les activités de la vie quotidienne, ne conduisait plus et avait une thymie basse. L'examen neurologique était normal en ce qui concernait les fonctions cognitives, les nerfs crâniens et la nuque. Il existait des signes en faveur d'une polyneuropathie sensitive aux membres inférieurs sur la base d'une hypoesthésie et des troubles de la marche avec élargissement du polygone de sustentation. Le patient ayant des vertiges au moindre effort, le médecin suggérait de compléter le bilan par une échographie Doppler carotido-vertébrale (pour rechercher une sténose carotido-vertébrale ou un vol sous-clavier pouvant expliquer les symptômes).

14. Dans un rapport du 14 juillet 2016, le Prof. F_____ a brièvement indiqué qu'il existait probablement un VPPB, mais peut-être également un trouble anxio-dépressif, un syndrome post-traumatique. L'examen neurologique était normal.
15. Dans un rapport du 17 novembre 2016, le Prof. F_____ a relevé que, lors de la consultation de la veille, l'assuré avait effectué à plusieurs reprises les manœuvres d'Epley. Le vertige de position persistait. À la manœuvre de Hallpike à gauche, il existait un nystagmus rotatoire géotrope, traduisant une atteinte du canal semi-circulaire postérieur gauche. Au vu de l'importante gêne, de la durée des troubles et de l'échec des manœuvres physiothérapeutiques, le médecin proposait une neurectomie vestibulaire sélective du nerf du canal semi-circulaire postérieur. Les chances de mettre fin aux épisodes de vertiges étaient de l'ordre de 98 %. Le risque de déficit auditif total dans l'oreille opérée selon la série de J_____ était de 3 % chez 252 patients.
16. Le 3 février 2017, l'assuré a été examiné par le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA. L'assuré a déclaré qu'il n'avait jamais souffert de vertiges avant l'accident. Ceux-ci avaient débuté dès l'hospitalisation et il en avait parlé à son médecin traitant lors de sa sortie de l'hôpital. Sa tête avait probablement heurté le pare-brise ou l'airbag qui s'était déclenché. Il avait eu une plaie sur le nez. Dans un rapport du 6 février 2017, le Dr H_____ a posé les diagnostics d'arthrose lombaire symptomatique au niveau de la charnière lombo-sacrée mise en évidence lors d'une fracture de L2, ainsi que des vertiges paroxystiques. Dans les suites de l'accident, des vertiges rotatoires rebelles étaient apparus pour lesquels l'assuré était prêt à envisager une opération. La fracture vertébrale de L2 et de L4 avait bien consolidé, sans cyphose régionale séquellaire ni douleur à la palpation. Sur le plan rachidien, les douleurs étaient localisées au niveau de la charnière dorsolombaire qui n'avait pas été lésée lors de l'accident. Il existait des discopathies importantes en L4-L5 et L5-S1 et une arthrose inter-apophysaire postérieure évoluée. L'accident avait contribué à mettre en évidence une arthrose lombaire,

dégénérative, ancienne. Pour ces troubles dégénératifs, le *statu quo sine* était atteint au moment de l'examen.

17. Par décision du 8 février 2017, la SUVA a mis un terme à la prise en charge des troubles du dos avec effet au 12 février 2017, les troubles lombaires qui subsistaient étant de nature malade. L'assuré n'a pas contesté cette décision.
18. Dans un rapport du 1^{er} mars 2017, la doctoresse I_____, spécialiste FMH en ORL, de la division médecine du travail de la SUVA, a indiqué qu'aucune mention des troubles vertigineux ne figurait au dossier avant le rapport du Dr E_____ du 13 janvier 2016. Elle a expliqué que la neurectomie vestibulaire était une intervention réservée au traitement de la maladie de Ménière et n'était pas indiquée pour soigner une pathologie isolée du canal semi-circulaire postérieur gauche. L'indication à opérer une région du crâne aussi sensible devait être posée de manière très restrictive. Le risque que la neurectomie entraîne une symptomatologie vertigineuse iatrogène et persistante ou provoque une surdité n'était pas négligeable. Un bilan oto-neurologique s'imposait.
19. Le 13 avril 2017, l'assuré a été examiné par la Dre I_____. À cette occasion, il a déclaré que les vertiges étaient variables, parfois violents mais irréguliers, et de courte durée (quelques secondes). Ils n'apparaissaient pas tous les jours, mais étaient parfois présents plusieurs fois par jour. Le malaise survenait lors du passage de la position couchée à la position debout, lorsqu'il était assis et tournait le buste vers la gauche, lorsqu'il se penchait, lors des mouvements rapides et lorsqu'il se tournait de la gauche vers la droite en position couchée. Les épisodes de vertiges ne s'accompagnaient pas de nausées ni de vomissements. Les premiers vertiges s'étaient manifestés trois mois après l'accident lorsque le corset lombaire lui avait été retiré. Il entendait parfois un sifflement dans l'oreille gauche. Depuis la prise d'un somnifère, il ne présentait aucun trouble de l'endormissement. La Dre I_____ a résumé les rapports du Prof. F_____ ainsi que celui du service de neurologie et procédé à l'examen ORL de l'assuré.

Dans son rapport du 21 avril 2017, elle a relevé que la manœuvre d'Epley effectuée lors de son examen n'a pas mis en évidence de nystagmus provoqués systématiques ni en réclination ni en antéflexion du tronc avec la tête tournée vers la droite et la gauche au départ d'une position assise, ni aucun nystagmus provoqué sous un enregistrement vidéonystagmographique continu. Hormis la blessure au nez, aucun traumatisme crânien structurel organique (contusion ou commotion cérébrale, fracture du crâne/ cérébrale) n'était documenté. Le dossier ne faisait état d'aucun trouble de l'équilibre avant le rapport du Dr E_____ du 13 janvier 2016. La première consultation ORL avait eu lieu un an et demi après l'accident. Malgré une vidéonystagmographie normale, le Dr E_____ avait diagnostiqué des vertiges orthostatiques et positionnels post-traumatiques. Le Prof. F_____ et le service neurologique des HUG décrivaient des « vertiges multifactoriels » avec une composante anxio-dépressive. Les effets secondaires médicamenteux étaient évoqués comme déclencheurs pathologiques potentiels. Les résultats d'examens

externes n'étaient pas cohérents. Le service ORL des HUG avait relevé, lors des contrôles de suivi, des examens « normaux » ou « quelques anomalies ». L'examen oto-neurologique pouvait mettre en évidence de petites anomalies ou des nystagmus provoqués isolés dans le sens vertical, géotrope ou horizontal, sans permettre d'en tirer des conclusions quant à l'origine des vertiges. Si des vertiges paroxystiques orthostatiques et positionnels bénins avaient existé à l'instant où le patient avait été examiné aux HUG, l'accident ne présentait cependant aucun lien causal par rapport à ces vertiges, compte tenu de l'importante latence. Les vertiges étaient de nature endogène et s'étaient intégralement résorbés dans l'intervalle. L'expertisé, qui avait refusé un séjour à la CRR, niait présenter une atteinte de l'ouïe, de l'odorat ou du goût. Les acouphènes du côté gauche étaient décrits comme n'étant pas gênants. L'épreuve audiométrique tonale révélait une diminution des seuils auditifs de l'oreille interne des deux côtés sur les hautes fréquences, possiblement liée aux nuisances sonores professionnelles. La perte auditive était faible et en rapport avec l'âge pour chacune des oreilles. Les rotations de la tête, selon le test d'impulsion rotatoire de la tête (test d'Halmagyi), provoquaient des mouvements oculaires rapides, contradictoires et compensatoires avec la même vitesse angulaire que le mouvement de la tête. Aucune correction tardive ou saccade de rattrapage n'était constatée. Le gain de réflexe vestibulo-oculaire était symétrique pour les six canaux circulaires examinés. Le réflexe vestibulo-oculaire était normal. Les conditions d'examen étaient compliquées en présence d'un rachis cervical raide. L'examen était répété pour le canal semi-circulaire postérieur gauche avec un résultat stable. En définitive, les résultats du test d'impulsion rotatoire de la tête n'indiquaient aucun signe de pathologie sélective du canal-semi-circulaire arrière gauche. Il n'existait aucune asymétrie vestibulaire ni une pathologie vestibulaire centrale.

La Dresse I_____ est arrivée à la conclusion que les vertiges relatés par l'assuré ne pouvaient pas s'expliquer d'un point de vue organique et, en particulier, a certifié que l'examen oto-neurologique permettait d'exclure de manière fiable un déficit structurel organique des organes de l'équilibre. Aucun des tests effectués n'avait fourni d'indice en faveur d'une pathologie périphérique vestibulaire et/ou centrale vestibulaire ni de résidus d'une contusion labyrinthique. Les vertiges subjectifs qui ne reposaient sur aucune lésion cérébrale due à l'accident, n'étaient vraisemblablement pas à imputer à l'accident. L'assuré présentait une humeur dépressive manifeste. Il prenait régulièrement le Zolpidem et le Tramadol. Il convenait d'examiner si ces médicaments étaient susceptibles d'avoir des effets sur le système central vestibulaire.

20. Par décision du 21 avril 2017, la SUVA a refusé de prendre en charge les troubles ORL, au motif qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou pour le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre l'accident et lesdits troubles.
21. Dans un rapport du 27 avril 2017 adressé à la SUVA, le Prof. F_____ a relevé que le traumatisme était un des facteurs les plus connus à l'origine d'un VPPB. Il était connu que ces VPPB (d'origine traumatique) étaient les plus difficiles à traiter. Il

avait proposé à l'assuré une intervention chirurgicale qu'il avait apprise à réaliser par celui qui l'avait décrite en 1974, le Professeur J_____, aux États-Unis. Il s'agissait d'une approche chirurgicale de l'oreille interne que le Prof. F_____ avait affinée, non pour aller sectionner le nerf ampullaire postérieur mais pour y placer des électrodes de l'implant vestibulaire.

22. Le 29 avril 2017, l'assuré a formé opposition à la décision précitée, faisant valoir que, selon ses médecins traitants, il existait un lien de causalité entre l'accident et ses troubles ORL. Il a joint le rapport du Dr D_____ du 25 mars 2016, indiquant avoir constaté des vertiges rotatoires dont l'assuré avait noté l'apparition au décours de l'accident, ainsi que les rapports des Drs E_____ et F_____ du 13 janvier 2016, respectivement du 15 février 2017. Ce dernier relevait que le VPPB dont souffrait le patient était consécutif à l'accident. Il était tout à fait classique que des VPPB apparaissent après des accidents et des coups de tête.
23. Par décision sur opposition du 9 mai 2017, la SUVA a rejeté l'opposition. S'appuyant sur le rapport de la Dresse I_____ du 21 avril 2017, elle a relevé qu'aucun corrélat organique ne pouvait expliquer les vertiges relatés par l'assuré. Dans ce cas de figure, il convenait d'examiner le lien de causalité adéquate sous l'angle d'un trouble psychique après un accident. Après avoir classé l'événement du 8 mars 2014 parmi les accidents de gravité moyenne au sens strict, la SUVA a retenu qu'un seul des critères jurisprudentiels était réuni, sans intensité particulière, à savoir celui du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, ce qui était insuffisant pour engager sa responsabilité tant pour les troubles psychiques que pour les troubles sans substrat organique.
24. Par courrier du 1^{er} juin 2017, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision sur opposition susmentionnée, concluant à son annulation et à l'octroi des prestations légales en lien avec les vertiges dont il souffrait.

En substance, il a exposé que son médecin traitant, le Prof. F_____, contestait catégoriquement l'avis émis par la Dresse I_____. Le recourant a produit le rapport du Prof. F_____ du 25 avril 2017, dont la teneur est identique à celui du 27 avril 2017.

25. Dans sa réponse du 15 septembre 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a joint l'appréciation de la Dresse I_____ du 5 septembre 2017, aux termes de laquelle un lien de causalité entre les vertiges invoqués et un traumatisme ne pouvait en principe être considéré comme établi que si le début des troubles était en rapport temporel direct avec le traumatisme et si, à la suite de celui-ci, des résultats d'examen cliniques ou techniques univoques prouvant un trouble fonctionnel du système vestibulaire étaient documentés. En l'occurrence, hormis une plaie au nez, aucune pièce médicale n'attestait un traumatisme crânien structurel organique (contusion ou commotion cérébrale, hémorragie, fracture du crâne/cérébrale). Compte tenu des premiers symptômes cliniques sans perte de connaissance,

troubles neurologiques ou nystagmus spontané, aucun scanner ou IRM du crâne n'avait été réalisé à l'époque. Ce n'était que dans le rapport du Dr E_____ du 13 janvier 2016 que des troubles de l'équilibre étaient relevés, avec mention d'une vidéonystagmographie dans les limites de la normale et d'une IRM cérébrale également normale. En l'absence d'un trouble fonctionnel vestibulaire initial, il n'était pas possible d'attribuer la cause des vertiges invoqués à un traumatisme quand plusieurs mois, voire années, s'étaient écoulés. Aucun examen ne permettait de mettre en évidence de manière univoque une lésion traumatique du système vestibulaire a posteriori, et aucun bilan neurologique ou ORL spécifique ne permettait avec certitude un tel rapprochement rétrospectif. Les symptômes cliniques en cas de VPPB post-traumatique se manifestaient quelques jours, au maximum trois semaines après un traumatisme crânien, plus rarement après une lésion de la colonne cervicale. Le CHAL n'avait ni diagnostiqué un traumatisme de la colonne cervicale ni un déficit fonctionnel vestibulaire. Il était possible que certaines personnes se plaignent de vertiges et de troubles de l'équilibre persistant longtemps après un traumatisme sans qu'aucune lésion du système vestibulaire n'ait été mise en évidence et bien que tous les examens cliniques ou techniques pertinents soient en ordre. Cependant, plus l'intervalle « sans troubles » était long après l'accident et plus l'évolution ultérieure (caractérisée par une extension des symptômes) était tardive, moins il était plausible que l'accident soit la cause unique et principale du tableau clinique. Les vertiges dont se plaignait le recourant, confirmés par son médecin traitant, sans traumatisme crânio-cérébral ni fracture du crâne préalable, sans trouble auditif unilatéral ni autre trouble neurologique, n'étaient pas d'origine accidentelle au degré de vraisemblance prépondérante. Les résultats du bilan otoneurologique et audiolgique réalisé le 13 avril 2017 s'étaient révélés parfaitement normaux. Le recourant ne présentait pas de dysfonctionnement périphérique vestibulaire et/ou vestibulaire central.

Se référant à l'arrêt du Tribunal fédéral ATF 125 V 351 (consid. 3a) et aux conclusions de la Dresse I_____, l'intimée a considéré que les vertiges dont se plaignait le recourant n'étaient pas d'origine accidentelle au degré de vraisemblance prépondérante. L'avis exprimé par la Dresse I_____, fondé sur une analyse minutieuse des données objectives, était convaincant, à l'inverse de celui du Prof. F_____ qui ne comportait aucun élément propre à démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité entre les lésions ORL et l'accident.

26. Dans sa réplique du 24 novembre 2017, le recourant, par l'entremise de son conseil, a conclu, sous suite de dépens, à l'audition du Prof. F_____ et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, le cas échéant, à l'audition des Drs D_____ et E_____ ainsi qu'à celle de ses proches qui pourraient confirmer l'existence des vertiges dès l'accident.

Il a joint le rapport du Prof. F_____ du 23 juin 2017, aux termes duquel lors de son examen du 18 avril 2016 la réponse nystagmique à la manœuvre de Hallpike

avait toutes les caractéristiques d'un VPPB du canal semi-circulaire postérieur gauche. Lorsque le nystagmus avait les propriétés suivantes : apparition après une courte latence de deux ou trois secondes après la manœuvre, composante rotatoire géotrope, régression du nystagmus en moins d'une minute, composante rotatoire de direction inverse lorsque le patient se relevait, fatigabilité voire disparition du nystagmus lors de la répétition de la manœuvre, il n'y avait aucun diagnostic différentiel. Il s'agissait d'un VPPB. Dans son rapport du 20 avril 2016, il avait relevé « quelques anomalies » ne permettant pas d'exclure en plus une éventuelle atteinte centrale. L'examen effectué par le neurologue l'avait toutefois réconforté sur ce point. Comme le nystagmus était un peu inhabituel, car la répétition immédiate de la manœuvre n'avait pas conduit à un épuisement évident des réponses, un scanner des rochers avait été effectué pour exclure la possibilité d'une déhiscence d'un canal semi-circulaire. Cet examen s'était avéré normal. Son confrère, neurologue, avait retenu une origine périphérique avec suspicion d'un VPPB post-traumatique et considérait qu'il y avait en plus un état dépressif consécutif, au moins en partie, au VPPB. Un VPPB n'entraînait aucun trouble neurologique à proprement parler. Hormis les épisodes de vertige, tout était normal. Après un choc sur la tête, un VPPB et un syndrome post-traumatique pouvaient se manifester. Les troubles de l'équilibre étaient en eux-mêmes un élément important aggravant l'humeur vu la forte implication du système vestibulaire sur le système limbique. Un VPPB pouvait à lui seul être anxiogène et mener à un état dépressif. La Dresse I _____ semblait remettre en question le diagnostic de VPPB dans la mesure où le test d'impulsion rotatoire de la tête avait été normal pour le canal semi-circulaire postérieur gauche et qu'il n'y avait pas de nystagmus à la manœuvre d'Epley. Or, la manœuvre d'Epley était une manœuvre physio-thérapeutique et non diagnostique. En outre, le bilan vestibulaire d'un patient souffrant de VPPB était très souvent rigoureusement normal en dehors des épisodes. Des cas de VPPB sans nystagmus décelable lors de la manœuvre diagnostique de Dix-Hallpike avaient même été rapportés dans la littérature médicale. Le Prof. F _____ a invité la Dresse I _____ à lui fournir une seule référence fiable montrant que, dans tous les cas de VPPB, il y avait une anomalie du test d'impulsion de la tête pour le canal semi-circulaire postérieur gauche. Le vertige était une perception, une sensation et donc forcément subjectif.

Sur cette base, le recourant a considéré que le Prof. F _____, de façon étayée et convaincante, confirmait le diagnostic de VPPB post-traumatique. Le recourant a ajouté que le rapport de la Dresse I _____ du 21 avril 2017 comportait deux inexactitudes déterminantes. Selon la spécialiste, le dossier ne faisait état d'aucun trouble de l'équilibre avant le rapport du Dr E _____ du 13 janvier 2016. Or, plusieurs pièces médicales relevaient qu'il avait présenté, dès les suites de l'accident, des vertiges et des céphalées. Elle retenait également de manière erronée qu'il aurait refusé d'être examiné à la CRR. Il avait simplement demandé à ce que cet examen puisse être réalisé ultérieurement, une fois les investigations effectuées aux HUG pour les problèmes de vertiges. Dans son avis du 5 septembre 2017, la

Dresse I_____ se bornait à mentionner que le rapport du CHAL ne mentionnait aucun traumatisme crânio-cérébral à l'exception d'une écorchure sur le nez. Elle omettait ainsi totalement la gravité de l'accident et la violence du choc subi (soit un choc frontal contre un pylône de béton à 100 km/h avec projection du véhicule à 5 m et séries de tonneaux), ainsi que l'existence de troubles cervicaux et de céphalées dès l'été 2014, corroborés par des pièces au dossier. Dès lors que les vertiges étaient apparus, non pas longtemps après l'accident, mais immédiatement après celui-ci, la Dresse I_____ se fondait sur un postulat de départ erroné. Elle ne répondait d'ailleurs à aucune des critiques formulées par le Prof. F_____, se contentant de donner son point de vue sans l'étayer. L'intimée se fondait exclusivement sur l'avis médical de son médecin-conseil, sans non plus indiquer en quoi la position motivée du médecin traitant ne serait pas convaincante. En présence de deux avis médicaux contradictoires, l'intimée ne pouvait se contenter de suivre celui qui lui convenait le mieux sans prendre des mesures d'instruction complémentaires.

27. Dans sa duplique du 21 décembre 2017, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a produit l'appréciation de la Dresse I_____ du 5 décembre 2017, selon laquelle elle n'avait pas ignoré les rapports médicaux des 26 août 2014, 13 janvier 2016 et 1^{er} juin 2016, faisant référence à l'apparition des vertiges immédiatement après l'accident. Si une consultation ORL avait été préconisée trois mois après l'accident, lors de l'examen clinique de l'assuré qu'elle avait pratiqué du 13 avril 2017, l'expertisé n'était toutefois pas en mesure d'expliquer les motifs pour lesquels il avait consulté un spécialiste ORL un an et demi après l'accident. Le test d'impulsion rotatoire de la tête, qui aurait pu permettre de déceler ou d'exclure une pathologie des canaux semi-circulaires, n'avait été réalisé ni par le Dr E_____ ni par le Prof. F_____ en dépit du diagnostic de VPPB. Ce test avait été réalisé dans le cadre du bilan du 13 avril 2017, dont les résultats obtenus s'étaient avérés normaux. Des vertiges pouvaient apparaître de manière passagère après le violent choc engendré par l'impact du véhicule contre un pylône en béton et une fracture attestée en région L2/L4. Les vertiges étaient cependant intégralement compensés à ce jour sur le plan clinique. Les constatations objectivables d'un point de vue organico-structurel étaient déterminantes pour l'appréciation de l'état définitif.

L'intimée a relevé que son médecin-conseil n'avait pas ignoré la violence du choc subi, dès lors qu'elle avait mentionné dans l'anamnèse la perte de contrôle du véhicule qui avait embouti un pieu en béton, provoquant une blessure au nez et des fractures des vertèbres L2 et L4. Le rapport du CHAL n'avait mis en évidence ni un traumatisme crânio-cérébral, ni une fracture du crâne, ni une hémorragie cérébrale, ni une contusion ou une commotion cérébrale. La Dresse I_____ s'était prononcée sur l'absence de tout corrélât organique expliquant les vertiges dont se plaignait le recourant. L'avis du Prof. F_____ n'était pas de nature à laisser subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation de la

Dresse I_____, de sorte qu'il était inutile de procéder à l'audition de témoins et de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

28. Le 29 mars 2018, le recourant a versé au dossier le rapport du Prof. F_____ du 22 décembre 2017, dont la page 2 est illisible.
29. Le 8 octobre 2018, la chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle et a procédé à l'audition, en tant que témoin, du Prof. F_____.

Ce dernier, retraité de fraîche date, a déclaré que le diagnostic de VPPB portait le qualificatif de bénin car il s'agissait de la forme de vertige de l'oreille la plus courante. Elle se manifestait à l'occasion de mouvements spécifiques, durait moins d'une minute et disparaissait spontanément et complètement après quelques semaines. Il existait toutefois des cas où ces vertiges perduraient pendant plusieurs années, voire décennies. Pour ces cas-là, on pouvait douter de la pertinence de l'adjectif « bénin ». En 1974, le Prof. J_____ avait mis au point une chirurgie légère, avec anesthésie locale, afin de faire disparaître ces vertiges. Les cas qui devaient être traités par chirurgie étaient très rares. Le Prof. F_____ n'avait eu à opérer et jusqu'à sa retraite récente qu'une dizaine de cas. La technique opératoire, qui consistait à sectionner une branche du nerf vestibulaire, était en cours de développement pour une autre indication consistant à restituer l'équilibre pour les personnes qui l'avaient perdu, non pas en sectionnant le nerf vestibulaire, mais en lui appliquant une électrode. Le système vestibulaire concourait au maintien de la posture. Les troubles et les vertiges généraient d'autres troubles et répercussions dans d'autres domaines, notamment sur le plan familial, affectif, de perception de soi-même et de l'orientation de soi-même à l'intérieur de son corps. Ces troubles pouvaient provoquer ou maintenir des troubles de l'humeur et des états dépressifs. Même si le diagnostic portait le qualificatif de bénin, ses répercussions étaient beaucoup plus importantes que de simples vertiges momentanés. S'agissant du diagnostic, il était rare en médecine de pouvoir retenir un diagnostic aussi rapidement que dans le cas du VPPB. Outre l'anamnèse, le médecin procédait rapidement à une manœuvre qui consistait à basculer le patient dans un geste semi-rapide. Il s'agissait d'une manœuvre bien spécifique, qui impliquait une position bien particulière de la tête par rapport au VPPB du canal semi-circulaire postérieur de l'oreille gauche, qui conditionnait la possibilité de voir apparaître un nystagmus. Si la tête et le mouvement appliqué n'étaient pas spécifiques, et dans le bon rythme, le diagnostic ne pourrait pas être posé. La Dresse I_____, dans un des rapports, faisait allusion à une manœuvre d'Epley. Il y avait manifestement une confusion par rapport au fait qu'elle lui reprochait de ne pas l'avoir pratiquée, ou inversement. Or, cette manœuvre-là n'était pas une manœuvre diagnostique mais thérapeutique (physiothérapie). Le diagnostic pouvait être posé lorsqu'apparaissait un nystagmus (mouvement des yeux en deux phases, une rapide, une lente, lesquels basculaient d'un côté et revenaient en place). Dans certaines situations, toutefois, le diagnostic n'était pas aussi simple : lorsque le patient était basculé mais que rien ne se passait et que, quelques heures plus tard, lors de la répétition de l'exercice, le nystagmus se

produisait. Ce qui était important et caractéristique était que, mis à part ce nystagmus, tout le reste du bilan était normal.

S'agissant plus particulièrement du recourant, dans un premier temps, les choses n'étaient pas aussi claires, raison pour laquelle le praticien avait dû procéder à un bilan complet, par sécurité, y compris un bilan neurologique. En définitive, il s'agissait bien d'un VPPB du canal semi-circulaire postérieur de l'oreille gauche. S'agissant de l'origine du VPPB, respectivement de sa cause, il fallait savoir que 20 à 30 % des cas était d'origine post-traumatique. Dans une conception mécaniciste, le trouble était provoqué par le mouvement de cristaux qui, sous l'effet d'un choc, se déplaçaient dans l'oreille interne et venaient se déposer à un endroit où ils ne devaient pas. Dans les autres cas, il n'était pas établi de façon certaine si ce trouble pouvait également provenir d'une origine virale. L'origine traumatique pouvait être déterminée en fonction de l'anamnèse. Un certain délai pouvait s'écouler entre le traumatisme et l'apparition des vertiges. Par exemple, lorsqu'un blessé, souvent polytraumatisé, était conduit, après un accident, aux urgences, les médecins qui l'accueillaient ne s'attachaient que rarement aux plaintes de vertiges (parfois, ils ne notaient même pas ce type de plaintes, car dans leur esprit ces vertiges passeraient d'eux-mêmes et rapidement). Les constatations, et notamment le fait que les seules manipulations classiques de bascule, qui étaient d'ordre physio-thérapeutique, n'avaient pas eu de résultats, permettaient de conclure à l'origine traumatique de ce VPPB. Il y avait certes les affirmations du patient selon lesquelles, avant l'accident, il n'y avait rien. Le fait que ce VPPB soit résistant avait toutefois conforté le Prof. F_____ dans l'idée que l'origine était de façon probable l'accident du 8 mai 2014. Un nystagmus tel que celui décrit chez le recourant permettait d'attester de façon certaine et catégorique le diagnostic de VPPB du canal semi-circulaire postérieur de l'oreille gauche. Un stress post-traumatique ou un effet secondaire de médicaments n'entraînerait pas l'apparition d'un nystagmus lors du basculement. Dans chaque oreille, cinq organes apportaient des informations sur la captation de mouvements et de positions, soit dix organes pour les deux oreilles. Dans le cas du recourant, un seul de ces dix organes dysfonctionnait lors de mouvements spécifiques. Ainsi, si ces troubles étaient déclenchés par une origine médicamenteuse, ils n'affecteraient pas un seul de ces dix organes, mais plutôt les dix.

Le recourant a, de son côté, déclaré qu'il avait fait plusieurs tonneaux après la collision frontale contre le pilier en béton. Ses vertèbres étaient « foutues » et l'intimée lui avait dit que, vu son âge, on devait mettre cela sur le compte de l'arthrose. Il se demandait ce qu'il en était des vertiges dont il souffrait encore régulièrement, avec les conséquences que cela engendrait sur sa vie personnelle et familiale. Ses enfants lui interdisaient de reprendre le volant et n'acceptaient pas qu'il puisse accompagner ses petits-enfants à l'école ou en balade, craignant que s'il tournait la tête, il puisse avoir un soudain malaise et les exposer à un risque. Parfois, sur son canapé, les vertiges apparaissaient soudainement et sans raison.

Après l'accident, à la sortie de l'hôpital, il avait passé trois mois immobilisé dans un lit médicalisé à la maison, avec un corset. Lorsqu'il avait pu quitter le lit, il avait informé son médecin des vertiges ressentis parfois durant cette période d'immobilisation. Celui-ci l'avait adressé chez le Dr E_____, lequel, après plusieurs traitements infructueux, l'avait finalement adressé à la consultation du Prof. F_____, qui était le spécialiste en la matière. Le délai entre les premières plaintes émises en relation avec les vertiges et la première consultation du Dr E_____ tenait au fait que pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste, plusieurs mois s'écoulaient. Le Dr E_____ l'avait examiné dès qu'il avait pu.

Le conseil du recourant a versé au dossier une nouvelle copie du rapport du Prof. F_____ du 22 décembre 2017, dont il ressort que si, au départ, ce médecin n'avait pas la certitude d'un VPPB, ce diagnostic avait été clairement confirmé lors de la consultation du 16 novembre 2017. Les atteintes vestibulaires pouvaient avoir des répercussions sur le système limbique et donc être à l'origine d'un certain état dépressif ou anxieux. Le déclenchement d'un nystagmus rotatoire géotrope à la manœuvre de Hallpike apparaissant après une latence de deux ou trois secondes, s'épuisant en moins d'une minute, s'inversant à la relève du patient et d'intensité moindre à la répétition de la manœuvre, était pathognomonique d'un VPPB du canal semi-circulaire postérieur gauche. Le VPPB était fréquent après un choc sur la tête. Selon la littérature médicale, 34 % des vertiges post-traumatiques n'étaient manifestes qu'avec un certain délai et une relation de cause à effet était acceptable sur le plan médico-légal jusqu'à un délai d'environ trois mois. Un VPPB pouvait durer plusieurs années. Il n'était pas exclu qu'un VPPB ne réponde pas aux diverses manœuvres physio-thérapeutiques. La manœuvre diagnostique pouvait ne pas déclencher le nystagmus pathognomonique du trouble. C'était même une de ses caractéristiques. Il était parfois nécessaire de répéter la manœuvre quelques heures plus tard pour le déclencher.

30. Dans ses observations du 16 novembre 2018, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a produit l'appréciation de la Dresse I_____ du 23 octobre 2018, aux termes de laquelle l'examen du 13 avril 2017 n'avait révélé aucun nystagmus lors de la manœuvre de libération selon Semont/Epley. L'examen oto-neurologique, en particulier l'examen sélectif du canal semi-circulaire postérieur gauche, était normal. Le fait de conclure à une origine traumatique en raison de la résistance à la mesure physiothérapeutique conservatrice de libération n'était pas concluant. Le traitement chirurgical des vertiges devrait constituer l'exception plutôt que la règle, ainsi que le Prof. F_____ le reconnaissait lui-même. Ce dernier ne précisait pas le nombre de patients qu'il avait opérés et qui ne présentaient plus de troubles après l'intervention. L'expérience de la médecine des assurances plaidait en défaveur d'un taux de réussite stable, en raison de l'origine multifactorielle du trouble et de la physiologie complexe des organes de l'équilibre. Les directives de l'American Academy of Otolaryngology, Head and Neck Surgery Foundation excluaient explicitement pour le VPPB les approches thérapeutiques chirurgicales, telles que

la neurectomie vestibulaire. Le lien de causalité entre l'accident et les vertiges était hypothétique. Les nystagmus provoqués, manifestés lors de certaines manœuvres de libération durant l'examen aux HUG, ne permettaient pas de retenir un lien de causalité avec l'accident au degré de la vraisemblance prépondérante. Le Prof. F_____ évoquait une origine traumatique de l'ordre de 20 à 30 %. Une vraisemblance de 70 à 80 % en faveur de causes étrangères à l'accident existait bien davantage.

Sur cette base, après avoir considéré que l'avis de la Dresse I_____ était probant, dès lors qu'il était motivé et reposait sur un examen personnel du recourant, l'intimée a relevé que les explications du Prof. F_____ ne modifiaient pas l'appréciation antérieure du 5 décembre 2017 ni l'interprétation des résultats d'examen personnel du 13 avril 2017. Dans la mesure où elle avait respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur une expertise probante, l'intimée a estimé que les frais d'une éventuelle expertise judiciaire ne sauraient être mis d'office à sa charge.

31. Dans ses observations du 21 décembre 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions. Dans l'hypothèse où la chambre de céans devait considérer que la prise de position de la Dresse I_____ était propre à remettre en cause les explications claires du Prof. F_____, le recourant a sollicité que l'appréciation de la Dresse I_____ soit soumise au Prof. F_____ pour détermination par écrit.
32. Copie de cette écriture transmise à l'intimée, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a. 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), 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).
- b. En vertu de l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2).
- c. En l'espèce, le recourant, domicilié en France, travaillait avant son accident pour un employeur sis dans le canton de Genève.

Partant, la chambre de céans est compétente à raison de la matière et du lieu pour juger du cas d'espèce.

2. À 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 de la recourante 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. 56 et 60 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
5. Le litige porte sur l'existence d'un lien de causalité entre les vertiges dont se plaint le recourant et l'accident du 8 mai 2014.
6. 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).

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).

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 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 (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.

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 (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n. U 363 p. 46).

Selon la jurisprudence, la question du lien de causalité naturelle entre une affection de nature psychique et un accident peut rester indécise dans la mesure où le lien de causalité adéquate doit de toute manière être nié (arrêts du Tribunal fédéral 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4 ; 8C_746/2008 du 17 août 2009 consid. 5). Il en va à l'évidence de même en cas de symptômes non objectivables du point de vue organique (ATAS/447/2017 du 6 juin 2017 consid. 5b).

7. 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).

En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5). Selon la jurisprudence, on ne peut parler de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostic ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_720/2012 du 15 octobre 2013 consid. 4).

En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n. 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n. 8 p. 27 consid. 2 et les références). À noter qu'en cas de traumatisme cranio-cérébral, l'atteinte subie par l'assuré doit se situer à la limite de la contusion cérébrale, une simple commotion cérébrale n'étant pas suffisante, pour que les critères applicables en cas de traumatisme de type « coup du lapin » soient applicables (arrêts du Tribunal fédéral 8C_476/2007 du 4 août 2008 consid. 4.1.3 et 8C_270/2011 du 26 juillet 2001 consid. 2.1 et les références citées). Lorsque la pratique susmentionnée en matière de coup du lapin ou traumatisme analogue ne trouve pas application, il y a lieu d'examiner la situation au regard des principes en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_310/2011 consid. 3).

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

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. À 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).

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. Étant 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, 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 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
10. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient

pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

11. a. En l'espèce, l'intimée, s'appuyant sur les appréciations de son médecin-conseil, nie tout lien de causalité entre les vertiges évoqués par le recourant et l'accident de la circulation dont il a été victime le 8 mai 2014. Ce dernier, de son côté, se référant à l'avis exprimé par son médecin traitant, le Prof. F_____, soutient que ses vertiges sont à mettre en relation avec ce traumatisme.

b. En ce qui concerne le lien de causalité naturelle, la Dresse I_____ considère que plus l'intervalle « sans troubles » est long après l'accident et plus l'évolution ultérieure (caractérisée par une extension des symptômes) est tardive, moins il est plausible que l'accident soit la cause unique et principale du tableau clinique. Selon elle, les symptômes cliniques en cas de VPPB post-traumatique se manifestent quelques jours, au maximum trois semaines après un traumatisme crânien (cf. appréciation du 5 septembre 2017). Quant au Prof. F_____, il souligne que selon la littérature médicale, 34 % des vertiges post-traumatiques se manifestent après un certain délai et qu'une relation de cause à effet est acceptable sur le plan médico-légal jusqu'à un délai d'environ trois mois.

Comme on le verra ci-après, le recourant n'a pas été victime d'un traumatisme crânien et il n'est pas exclu qu'il souffre d'une atteinte vestibulaire périphérique (c'est-à-dire dans l'oreille interne). Dès lors que le recourant ne présente pas une lésion de la structure vestibulaire centrale du cerveau, on ne saurait suivre la Dresse I_____ lorsqu'elle affirme que les vertiges in casu ne peuvent être d'origine accidentelle que s'ils s'étaient produits quelques jours, au maximum trois semaines après un traumatisme crânien.

Le recourant a déclaré que les premiers vertiges étaient apparus trois mois après l'accident, survenu le 8 mai 2014, lorsque le corset lombaire lui avait été retiré. Ce fait est corroboré par le rapport du CHAL du 26 août 2014 qui préconisait une consultation ORL en raison des vertiges. Dans son appréciation du 5 décembre 2017, la Dresse I_____ reconnaît d'ailleurs que les vertiges ont pu apparaître après le violent choc engendré par l'impact du véhicule contre le pylône en béton. Si elle estime néanmoins que les vertiges ne sont plus attribués à l'accident, c'est parce

qu'au jour de son examen le 13 avril 2017, ces symptômes étaient intégralement compensés sur le plan clinique, dès lors que d'un point de vue organico-structurel, il n'existait aucun dysfonctionnement vestibulaire, ni périphérique ni central. Comme on le verra ultérieurement, il est vrai que, selon les pièces médicales au dossier, le recourant ne présente pas une atteinte vestibulaire centrale. En revanche, il se peut qu'il souffre d'une lésion vestibulaire périphérique. Le Prof. F_____ explique que le VPPB est provoqué par le mouvement de cristaux qui, sous l'effet d'un choc, se déplacent dans l'oreille interne et viennent se déposer à un endroit où ils ne devraient pas. Le service de neurologie des HUG a posé le diagnostic de vertiges d'origine multifactorielle, soit une origine périphérique avec suspicion d'un VPPB post-traumatique, un trouble dépressif et une origine médicamenteuse. S'agissant de l'origine médicamenteuse, le Prof. F_____ explique qu'un effet secondaire de médicaments ne générerait pas l'apparition d'un nystagmus lors du basculement du patient. Dans chaque oreille, cinq organes apportent des informations sur la captation de mouvements et de positions, soit dix organes pour les deux oreilles. Si les troubles étaient déclenchés par les médicaments, les dix organes seraient affectés. Or, dans le cas du recourant, un seul organe dysfonctionnait lors des mouvements spécifiques. En ce qui concerne le trouble dépressif, le Prof. F_____ relève que les troubles de l'équilibre sont en eux-mêmes un élément important aggravant l'humeur en raison de la forte implication du système vestibulaire sur le système limbique. Ces troubles entraînent des répercussions, notamment sur le plan familial, affectif, de perception de soi-même et de l'orientation de soi-même à l'intérieur de son corps. Le VPPB peut à lui seul être anxiogène et mener à un état dépressif ou maintenir des troubles de l'humeur et des états dépressifs. Enfin, le Prof. F_____ relève que les VPPB d'origine traumatique sont les plus difficiles à traiter. Il conclut que les vertiges sont dus à l'accident de façon probable, les manipulations physio-thérapeutiques étant restées sans effet.

Contrairement à ce que paraît croire la Dresse I_____, il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique du tableau clinique. Il suffit qu'associé à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé (ATF 142 V 435 consid. 1). Vu les explications convaincantes du Prof. F_____, il est fort probable que les vertiges aient été provoqués par les cristaux qui se sont décrochés lors du choc subi par l'impact du véhicule contre le pylône en béton. Dès lors que les premiers vertiges sont apparus en août 2014, soit dans le délai médico-légal de trois mois après l'accident selon la littérature médicale, il se justifie d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet événement et les symptômes au degré de la vraisemblance prépondérante. Ce nonobstant, on peut se demander si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident. En effet, dans l'hypothèse où les examens complémentaires à effectuer, pour les motifs exposés ci-dessous, ne décèlent pas de lésion organique vestibulaire périphérique, il conviendrait alors de retenir que les vertiges résultent exclusivement de causes étrangères à l'accident.

c. L'intimée a tranché la question de la causalité adéquate entre les vertiges et l'accident, à l'aune de la jurisprudence consacrée à l'ATF 115 V 133, dans la mesure où la Dresse I_____ considère que les vertiges dont le recourant est affecté, qui ne sont en aucun cas consécutifs à un traumatisme du type « coup de lapin », ne reposent pas sur un substrat organique.

c/aa. De l'avis unanime des médecins, le recourant ne souffre effectivement d'aucune lésion cérébrale à l'origine des vertiges. L'IRM cérébrale réalisée par le Dr E_____ et le Prof. F_____ était normale. L'examen neurologique effectué par le Dr G_____, complété par une échographie Doppler carotido-vertébrale, était sans particularité en ce qui concernait les fonctions cognitives, les nerfs crâniens et la nuque. À l'instar de l'intimée, on doit donc admettre qu'en l'absence de traumatisme crânio-cérébral, de fracture du crâne, d'hémorragie cérébrale ou de contusion cérébrale dans les suites immédiates de l'accident, le recourant ne présente pas un dysfonctionnement vestibulaire central pouvant expliquer ses vertiges.

c/bb. En revanche, la question de savoir si les vertiges découlent d'un dysfonctionnement périphérique vestibulaire demeure indécise.

En effet, de l'avis de la Dresse I_____, l'examen oto-neurologique qu'elle a effectué le 13 avril 2017 n'a pas mis en évidence une pathologie sélective du canal semi-circulaire arrière gauche au vu des résultats du test d'Halmagyi, de la vidéonystagmographie et de la manœuvre d'Epley. Le premier test avait permis de constater que les rotations de la tête provoquaient des mouvements oculaires rapides, contradictoires et compensatoires avec la même vitesse angulaire que le mouvement de la tête. Aucune correction tardive ou saccade de rattrapage n'était constatée. Le gain de réflexe vestibulo-oculaire était symétrique pour les six canaux circulaires examinés. Le réflexe vestibulo-oculaire était normal. L'examen avait été répété pour le canal semi-circulaire postérieur gauche avec un résultat stable. Cela dit, alors même que la Dresse I_____ relève que les conditions d'examen étaient compliquées en présence d'un rachis cervical raide, elle conclut sans réserve que ce test n'indique aucun signe de pathologie. Au demeurant, selon le Prof. F_____, un VPPB peut être retenu même si le test d'impulsion de la tête pour le canal semi-circulaire postérieur gauche est normal (cf. rapport du 23 juin 2017). La Dresse I_____ ne s'est cependant pas prononcée sur cette assertion. Elle ajoute que la vidéonystagmographie n'a pas mis en évidence de nystagmus. Or, quand bien même le scanner de l'os temporal n'a révélé aucune déhiscence des canaux semi-circulaires et que ses confrères sont également parvenus à la conclusion que la vidéonystagmographie était normale, ils ont en revanche constaté qu'un nystagmus typique d'une canalolithiase du canal postérieur gauche apparaissait lors des épreuves positionnelles (cf. rapport du Dr E_____ du 13 janvier 2016 ; rapport du Prof. F_____ du 20 avril 2016). Enfin, elle observe qu'aucun nystagmus ne s'était manifesté lors de la manœuvre de libération selon Epley. Or, le Prof. F_____ relève que cette manœuvre ne saurait être appliquée pour poser un diagnostic, dès

lors qu'il s'agit d'une manœuvre thérapeutique. Force est ainsi de constater que la Dresse I_____ a conclu, prématurément, à l'absence de pathologie du canal semi-circulaire postérieur gauche, son examen étant à l'évidence incomplet. Si elle avait appliqué la manœuvre de Hallpike, ce qu'elle n'a pas fait, et qu'un nystagmus s'était déclenché, on ignore si elle aurait maintenu sa position. Partant, l'avis du médecin-conseil est, pour ce motif, dénué de toute force probante.

Quant au Prof. F_____, il considère que, lors de ses examens des 18 avril et 16 novembre 2016, à la manœuvre de Hallpike, il existait un nystagmus rotatoire géotrope, traduisant une atteinte du canal semi-circulaire postérieur gauche. Cela étant, le Prof. F_____ mentionne que le diagnostic de VPPB du canal semi-circulaire postérieur gauche est retenu lorsque le nystagmus a les propriétés suivantes : apparition du nystagmus après une courte latence de deux ou trois secondes après la manœuvre, composante rotatoire géotrope, régression du nystagmus en moins d'une minute, composante rotatoire de direction inverse lorsque le patient se relève, fatigabilité voire disparition du nystagmus lors de la répétition de la manœuvre. Or, le Prof. F_____ a constaté que le nystagmus chez le recourant était un peu inhabituel, car la répétition immédiate de la manœuvre n'avait pas conduit à un épuisement évident des réponses (cf. rapport du 23 juin 2017). Lors de l'examen du 18 avril 2016, il a en effet noté que le nystagmus s'épuisait en moins d'une minute, mais qu'il n'était pas fatigable : la répétition immédiate de la manœuvre aboutissait à la même réponse. Le Prof. F_____ relève également que le bilan vestibulaire d'un patient souffrant de VPPB est très souvent rigoureusement normal en dehors des épisodes et que le vertige, en tant que perception/sensation, est subjectif. Il n'est donc pas clair si le recourant souffre effectivement d'une lésion du canal semi-circulaire postérieur gauche. Dans un document rédigé en 2017 notamment par le Prof. F_____ au sujet des vertiges, il est indiqué, en ce qui concerne la nécessité de compléter éventuellement les tests et manœuvres diagnostiques par une imagerie, qu'un VPPB typique ne requiert pas un tel examen, mais qu'en cas d'atypie clinique avec un vertige périphérique, une IRM centrée sur les oreilles internes s'avère utile (cf. https://www.hugge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/strategie_vertiges.pdf, p. 13). Dans la mesure où le nystagmus chez le recourant présente un caractère inhabituel, le VPPB diagnostiqué semble être atypique, si bien qu'une imagerie de l'oreille interne est indispensable. Cet examen se justifie d'autant plus que, selon la jurisprudence, la preuve de l'existence de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique n'est rapportée que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostic ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_720/2012 du 15 octobre 2013 consid. 4). Or, en l'espèce, une atteinte du canal semi-circulaire postérieur gauche n'a pas été attestée par de telles investigations. C'est dire qu'à ce stade on ignore si on se trouve en présence de symptômes cliniques avec ou sans substrat organique.

d. Force est ainsi de constater que l'intimée n'a pas instruit correctement la situation médicale du recourant. Il convient ainsi de lui renvoyer la cause afin qu'elle réalise un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale indépendante auprès d'un spécialiste ORL, lequel devra également effectuer des investigations au moyen d'appareils diagnostic ou d'imagerie pour déterminer s'il existe une atteinte vestibulaire périphérique gauche.

12. L'audition de témoins offerte par le recourant est, par appréciation anticipée des preuves, inutile pour répondre à la question susmentionnée (arrêt du Tribunal fédéral 2C_235/2015 du 29 juillet 2015 consid. 5), de sorte que la chambre de céans n'y donnera pas suite.
13. En conséquence, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et le dossier renvoyé à l'intimée afin qu'elle procède conformément aux considérants, et rende une nouvelle décision.
14. Le recourant, représenté par un mandataire, obtient gain de cause, de sorte qu'il a droit à une indemnité de dépens, que la chambre de céans fixe en l'occurrence à CHF 1'500.- (art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10] ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).
15. 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. L'admet partiellement et annule la décision sur opposition du 9 mai 2017.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimée à payer au recourant la somme de CHF 1'500.- à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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