HRÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/956/2022 **ATAS/1017/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 novembre 2022

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, CHÂTELAINE recourant

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1976, a travaillé en qualité de monteur/poseur de panneaux à 100% pour l'entreprise B_____ du 3 juin au 31 décembre 2019. À ce titre, il était 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 ou l'intimée).

b. Le 20 décembre 2019, alors qu'il se trouvait sur un échafaudage à 2.5 m de hauteur du sol et qu'il posait un panneau de 30 kg, l'assuré a basculé latéralement sur le côté droit de l'échafaudage, s'est coincé le pied, s'est cogné le côté droit et a subi une contusion à la tête, restant ensuite suspendu à environ 1 m du sol, avant de finalement tomber de cette hauteur sur le coccyx et les deux mains. Il a ensuite présenté plusieurs troubles (douleurs au dos et aux épaules, vertiges et vision floue) et été mis en arrêt de travail à 100%.

c. La SUVA a pris en charge les suites de cet accident.

d. L'assuré a subi plusieurs examens, dont une IRM cérébrale le 2 janvier 2020 qui n'a révélé aucune anomalie notable (cf. rapports du 3 janvier 2020 du docteur C_____, radiologue FMH).

e. Le docteur D_____, médecin praticien FMH et médecin traitant de l'assuré, a diagnostiqué des lombosciatalgies droites post-traumatiques (M54.5), une contusion cérébrale et des vertiges post-traumatiques. Un traitement conservateur a été mis en place (physiothérapie et anti-inflammatoires), ainsi qu'un suivi orthopédique auprès du docteur E_____, chirurgien orthopédique et traumatologue de l'appareil locomoteur FMH (cf. rapports du 21 février 2020 du Dr D_____ et du 12 mars 2020 du Dr E_____).

f. Par courriel du 1er août 2020, l'assuré a transmis à la SUVA deux versions de son curriculum vitae, afin de la renseigner sur son parcours professionnel.

g. Sur demande de la SUVA, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne et intensive et médecin d'arrondissement, a examiné le dossier médical de l'assuré et émis, le 14 août 2020, une appréciation selon laquelle l'accident du 20 décembre 2019 avait cessé de déployer ses effets six mois après sa survenue au niveau lombaire et trois mois après au niveau de l'épaule droite. Une causalité avec un éventuel trouble du genou gauche ne pouvait être retenue. Si les vertiges dont se plaignait l'assuré étaient encore problématiques, il fallait veiller à ce que celui-ci bénéficie d'une consultation spécialisée auprès d'un neurologue ou d'un neuro-oto-rhino-laryngologue (neuro-ORL).

h. Par décision du 11 novembre 2020, la SUVA a informé l'assuré que, sur la base de l'appréciation de son médecin d'arrondissement, elle estimait que les troubles lombaires et de l'épaule droite persistant actuellement n'avaient plus de lien avec l'accident et l'état de santé, tel qu'il aurait été sans l'accident du 20 décembre 2019,

pouvait être considéré comme atteint depuis le 20 mars 2020 pour l'épaule droite et depuis le 20 juin 2020 pour les troubles lombaires. Ainsi, elle allait clore le cas au 12 novembre 2020 en ce qui concernait l'épaule droite et les troubles lombaires et mettre fin au versement des prestations d'assurance perçues jusqu'ici (frais de traitement). Les troubles aux genoux n'avaient, selon les pièces médicales, aucun lien de causalité certain avec l'accident du 20 décembre 2019. Quant aux troubles à la tête, ils restaient à sa charge dans l'attente de l'examen oto-neurologique fixé, de sorte qu'elle poursuivait le versement des indemnités journalières jusqu'à nouvel avis.

i. Par opposition du 7 décembre 2020, l'assuré a contesté cette décision, indiquant que ses troubles persistaient. Il demandait qu'après son examen oto-neurologique, un dernier examen soit réalisé afin de définir précisément quelles étaient ses douleurs.

j. Le 27 janvier 2021, la SUVA a demandé une appréciation détaillée à son médecin-conseil, précisant que les troubles à la tête, à savoir maux de tête, troubles de la vue et vertiges, étaient encore à sa charge et qu'un examen oto-neurologique était prévu aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG).

k. Le 28 janvier 2021, le Dr F_____ a détaillé et confirmé son appréciation. Il a notamment indiqué que chez un assuré qui avait subi un ou deux chocs à la tête le 20 décembre 2019, avec une IRM cérébrale du 2 janvier 2020 permettant d'exclure toute atteinte organique imputable à quelconque traumatisme, il restait très curieux du résultat des investigations oto-neurologiques – voire ophtalmologiques – motivées par les troubles subjectifs à type de céphalées, de troubles de la vision et de vertiges.

l. Par courrier du 31 mars 2021, l'assuré a indiqué à la SUVA renoncer à poursuivre son opposition, sauf en ce qui concernait la sphère d'oto-rhino-laryngologie (ci-après : ORL), dans l'attente de la consultation spécialisée prévue.

m. Le 25 mai 2021, l'assuré a été vu par le docteur G_____, spécialiste FMH en ORL et en chirurgie cervico-faciale aux HUG, qui après avoir réalisé plusieurs examens (examen vestibulaire clinique et audiogramme tonal) a conclu:

- au niveau du bilan vestibulaire : à une fonction canalaire globalement normale, avec cependant une possible discrète hypofonction du canal semi-circulaire horizontal droit dans le domaine des basses fréquences ; une absence de réponse otolitique à droite ; la présence seuls des cVEMP à gauche ; des signes assez marqués d'atteinte des voies visuo-oculomotrices centrales ;
- et au niveau de l'audition : à une atteinte de perception bilatérale (examen audiogramme tonal mettant en évidence un déficit de perception : CPT 64% à droite et 54% à gauche).

n. Par appréciation établie en allemand le 20 septembre 2021, non traduite, le docteur H_____, spécialiste FMH en ORL et médecin d'arrondissement, a, sur la base du rapport du Dr G_____ et de l'IRM du 2 janvier 2020, estimé que le trouble auditif de l'assuré n'était pas imputable, au de la vraisemblance prépondérante, à l'événement accidentel de 2019. S'agissant d'une éventuelle maladie professionnelle, il ne disposait d'aucune information concernant une exposition professionnelle au bruit, de sorte qu'il préconisait de faire parvenir à l'assuré le questionnaire sur les lésions auditives, afin de recueillir des informations sur ses activités professionnelles et une éventuelle exposition professionnelle au bruit. Il fallait également compléter l'anamnèse professionnelle et les données auditives avant de lui soumettre à nouveau le cas pour évaluation.

B. **a.** Par décision du 11 octobre 2021, la SUVA a refusé d'allouer des prestations d'assurance en faveur de l'assuré en lien avec la perte auditive, en l'absence d'une relation de causalité avec l'accident du 20 décembre 2019.

b. En parallèle, la SUVA a, par courrier du même jour, transmis à l'assuré un formulaire intitulé « Troubles auditifs, maladie professionnelle » qu'elle l'invitait à remplir et à lui renvoyer, afin de la renseigner sur les expositions sonores qu'il avait subies dans le cadre de sa vie professionnelle et de ses loisirs.

c. Le 22 octobre 2021, l'assuré s'est opposé à la décision du 11 octobre 2021, faisant valoir que ses troubles auditifs étaient dus à son activité professionnelle et que ses symptômes suite à l'accident demeuraient identiques. Par ailleurs, le 27 septembre 2021, il avait eu un accident sur un trottoir en raison de l'un de ses vertiges et avait subi une atteinte à ses genoux et son épaule gauche. Suite à ses accidents, il demandait à pouvoir refaire un contrôle global de son état de santé.

d. Le 3 novembre 2021, l'assuré a renvoyé à la SUVA le formulaire rempli sur la question des troubles auditifs.

e. Le 13 janvier 2022, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettait un terme dès le 11 octobre 2021 au versement des indemnités journalières en lien avec l'accident du 20 décembre 2019, mais qu'elle poursuivait en revanche le versement desdites indemnités dans le cadre du dossier en lien avec l'accident du 27 septembre 2021.

f. Par appréciation établie en allemand le 21 janvier 2022 et non traduite, le Dr H_____ n'a retenu, sur la base des données sur l'audition, aucun indice en faveur d'une exposition sonore professionnelle de l'assuré en tant qu'employé, monteur, logisticien et chauffeur. Il a donc estimé que la perte auditive bilatérale, peu claire, ne pouvait être attribuée ni à l'accident du 20 décembre 2019 ni à une exposition professionnelle au bruit.

g. Par décision du 3 mars 2022, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré.

C. **a.** Par courrier du 18 mars 2022 adressé à la SUVA, l'assuré a contesté cette décision. Ses symptômes suite à son accident demeuraient identiques. Ce qui était mentionné sur sa déclaration d'accident n'était pas tout à fait correct puisque,

contrairement à ce qui était indiqué, il était tombé d'une hauteur d'environ 2.5 m. Au cours de sa vie professionnelle, son trouble auditif avait dû s'aggraver au fil du temps. II avait régulièrement été confronté à des machines, comme des découpeuses, perceuses ou scies, qui malgré les protections, lui avaient causé son trouble auditif. Par ailleurs, il avait toujours ses vertiges, lesquels intervenaient plus régulièrement. Il avait d'ailleurs eu un accident le 27 septembre 2021 en raison de ceux-ci. Il avait un rendez-vous fixé avec le Dr G_____ le 28 juin 2022 et souhaitait demander un rendez-vous avec le Dr H_____. Tous ses troubles étaient dus à son accident professionnel.

b. Le 25 mars 2022, la SUVA a transmis le courrier de l'assuré à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) comme objet de sa compétence.

c. Invitée à se déterminer, l'intimée a conclu, par réponse du 14 avril 2022, au rejet du recours. Le recourant reprenait l'argumentation développée dans l'opposition du 22 octobre 2021, à laquelle elle avait déjà répondu, et n'avait produit aucun élément susceptible de mettre en doute les pièces sur lesquelles elle s'était fondée pour nier le droit aux prestations.

d. Le recourant n'a pas répliqué dans le délai accordé.

e. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1.

1.1 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), 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.

1.2 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.

La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Elle est ainsi applicable, dès lors que le recours a été interjeté postérieurement à cette date (art. 82a LPGA a contrario).

1.3

1.3.1 Le délai de recours est de trente jours (art. 56 et 60 LPGA; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Le recours adressé à une autorité incompétente est transmis d'office à la juridiction administrative compétente et le recourant en est averti. L'acte est réputé déposé à la date à laquelle il a été adressé à la première autorité (art. 64 al. 2 LPA).

1.3.2 Dans son courrier du 18 mars 2022, le recourant a indiqué s'opposer à la décision du 3 mars 2022, sans formuler de conclusions expresses. On comprend toutefois qu'il la conteste et qu'il en demande l'annulation. Cet acte de recours, rédigé par un justiciable non représenté par un avocat, satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA ; ATAS/689/2017 du 21 août 2017 consid. 4b). Par ailleurs, ce recours, bien qu'adressé à l'intimée qui l'a transmis à la chambre de céans comme objet de sa compétence le 25 mars 2022 conformément aux principes légaux applicables, a été formé en temps utile.

Il sera par conséquent déclaré recevable.

2.

2.1 En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références).

La procédure juridictionnelle administrative peut toutefois être étendue pour des motifs d'économie de procédure à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins. Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes: la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (ATF 130 V 501 consid. 1.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2019 du 22 avril 2020 consid. 4.4.1 et les références).

2.2 En l'espèce, le recourant fait valoir, en substance, qu'il souffre encore des troubles à la tête, présents depuis son accident, tels que ses vertiges, qu'il estime imputables à son accident du 20 décembre 2019. Il fait également valoir que ses troubles auditifs se sont aggravés en raison de son activité professionnelle.

Force est de constater que la décision litigieuse se prononce exclusivement sur les troubles auditifs et qu'il ne ressort pas du dossier que l'intimée se serait prononcée sur la question des autres troubles à la tête du recourant, de sorte qu'il convient de circonscrire l'objet du litige à la question des troubles auditifs.

Cela étant, la chambre de céans relèvera à l'égard des autres troubles à la tête dont se plaint le recourant, les éléments suivants.

Il ressort du dossier que le Dr F_____, médecin d'arrondissement de l'intimée, a estimé qu'il fallait mettre en œuvre des investigations oto-neurologiques, voire ophtalmologiques, motivées par les céphalées, troubles de la vision et vertiges dont se plaignait le recourant.

L'intimée a d'ailleurs organisé une consultation ORL auprès du Dr G_____ aux HUG, lequel a diagnostiqué les troubles auditifs du recourant mais a également indiqué, dans ses conclusions au niveau du bilan vestibulaire, retrouver des signes assez marqués d'atteinte des voies visuo-oculomotrices centrales et prescrit des investigations neurologiques.

Cette dernière information laisse penser qu'il y a des éléments en faveur d'une atteinte physique, de sorte qu'il serait utile de continuer l'instruction en réalisant, comme proposé par le Dr G_____, un complément neurologique, voire ophtalmologique comme l'a suggéré le médecin d'arrondissement.

Ainsi, l'intimée est invitée à instruire davantage la question des troubles à la tête, du type céphalée, trouble de la vision et vertiges, et à se déterminer ensuite à cet égard, par décision sujette à opposition.

3.

3.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont en principe 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).

3.2 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).

3.3 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.

3.4 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).

3.5 Lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique, 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).

3.6 S'agissant en particulier de la maladie professionnelle, il convient de retenir ce qui suit.

3.6.1 En vertu de l'art. 9 al. 1 LAA, sont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 LPGA) dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans

l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux, le Conseil fédéral établissant la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent.

Sauf disposition contraire, la maladie professionnelle est assimilée à un accident professionnel dès le jour où elle s'est déclarée. Une maladie professionnelle est réputée déclarée dès que la personne atteinte doit se soumettre pour la première fois à un traitement médical ou est incapable de travailler (art. 6 LPGA ; art. 9 al. 3 LAA).

3.6.2 L'art. 14 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) – intitulé « maladies professionnelles » – précise que les substances nocives et les maladies dues à certains travaux au sens de l'art. 9 al. 1 de la loi sont énumérées à l'annexe 1. Le Conseil fédéral a dressé dans ladite annexe 1 (intitulée « maladies professionnelles »), d'une part, la liste des substances nocives (ch. 1), d'autre part, la liste de certaines affections, ainsi que des travaux qui les provoquent (ch. 2).

3.6.3 Ces substances et travaux, ainsi que les affections dues à ceux-ci, sont énumérés de manière exhaustive (arrêt du Tribunal fédéral 8C_757/2018 du 28 mars 2019 consid. 4.2 et la référence).

Selon la jurisprudence, l'exigence d'une relation prépondérante requise par l'art. 9 al. 1 LAA est réalisée lorsque la maladie est due pour plus de 50 % à l'action d'une substance nocive mentionnée dans la première liste, ou que, dans la mesure où elle figure parmi les affections énumérées dans la seconde liste, elle a été causée à raison de plus de 50 % par les travaux indiqués en regard. En revanche, l'exigence d'une relation exclusive signifie que la maladie professionnelle est due pratiquement à 100 % à l'action de la substance nocive ou du travail indiqué (ATF 119 V 200 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_306/2014 du 27 mars 2015 consid. 3).

3.7

3.7.1 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).

3.7.2 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).

3.7.3 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).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères: s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

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 même faibles 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 139 V 225 consid. 5.2 et les références; ATF 135 V 465 consid. 4).

3.7.4 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).

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

3.8

3.8.1 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).

3.8.2 La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

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).

4.

4.1 En l'espèce, le Dr G_____ a diagnostiqué, dans le cadre de l'examen ORL du recourant, une atteinte de perception bilatérale, avec un pourcentage de perte auditive monaural totale (perte auditive CPT) de 64% à droite et de 54% à gauche, sans toutefois se prononcer sur son origine.

4.2 L'intimée se fonde sur les appréciations du Dr H_____ pour retenir que les troubles auditifs du recourant ne sont pas en lien de causalité avec l'accident du 20 décembre 2019, ni dus à une maladie professionnelle.

4.3 En l'occurrence, les rapports du Dr H_____, qui sont en allemand et non traduits en français, sont insuffisants à plusieurs égards.

Tout d'abord, ces deux rapports ne comprennent pas d'anamnèse complète et sont extrêmement succincts et peu motivés.

Dans son premier rapport, le Dr H_____ se réfère à l'examen ORL réalisé par le Dr G_____, qu'il estime normal, sans indice d'une pathologie vestibulaire. Ensuite, il se réfère à l'IRM du 3 janvier 2020 qui, selon lui, ne révèle aucune pathologie cochléaire ou rétro-cochléaire mais un kyste au sinus maxillaire droit, ainsi qu'une déviation du septum. Il indique enfin que l'examen oto-neurologique a révélé un trouble auditif pantonal symétrique, qu'il estime de degré moyen à sévère, avant de conclure simplement que ce trouble n'est pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité avec l'évènement du 20 décembre 2019.

Dans sa seconde appréciation, il indique disposer désormais du questionnaire sur les troubles auditifs rempli pour l'évaluation d'une exposition professionnelle au bruit et conclut que la perte d'audition n'est pas non plus due à une maladie professionnelle.

À l'examen du dossier, il semble que pour émettre cette appréciation, le Dr H_____ se soit fondé sur un document daté du 14 janvier 2022 figurant au dossier, intitulé « Gehörschaden, Ausdruck des Grobübersicht ». Ce document, que l'on peut traduire par « Lésions auditives, Impression de l'aperçu global », contient des informations essentiellement en allemand, parfois en français, sur les activités du recourant et leur exposition au bruit, avec une estimation en décibels. Il y est mentionné, à l'égard de la déclaration d'accident, que l'évènement en question ne constitue pas une charge sonore pour l'ouïe au sens usuel du terme, qu'une appréciation des niveaux sonores au moyen de mesures n'est pas possible et que durant l'évènement, l'ouïe a subi une forte pression de courte durée, ce qui constitue une très forte charge mécanique, en particulier pour le tympan et les osselets de l'oreille moyenne. Ce document, qui a probablement été établi par l'intimée, en partie sur la base du questionnaire sur les troubles auditifs rempli par le recourant, n'est accompagné d'aucune explication, parait lacunaire et semble parfois mal traduit du questionnaire.

Or, non seulement le Dr H_____ se fonde sur ce document peu fiable – sans prendre en compte la mention sur la déclaration d'accident –, mais surtout il se contente de dire qu'il ne retient aucun indice d'une exposition professionnelle au bruit nuisible à l'ouïe, dans le cadre des activités d'employé, monteur, chauffeur et monteur de plafonds du recourant, que donc la perte auditive ne peut, à son avis, être attribuée à une exposition professionnelle au bruit et qu'il est probable qu'elle

soit due à des facteurs endogènes liés à l'âge. Il ne donne aucune autre explication, ni indication médicale et ne motive pas plus sa position.

Les appréciations du Dr H_____ ne peuvent donc se voir reconnaître valeur probante et ne suffisent ainsi pas à trancher, ni la question de la causalité entre l'accident et les troubles auditifs du recourant, ni l'existence d'une éventuelle maladie professionnelle.

4.4 L'atteinte auditive dont souffre le recourant est suffisamment importante pour qu'elle puisse être examinée sous l'angle d'une éventuelle maladie professionnelle. En effet, l'intimée a estimé, dans une publication, que seules les lésions « importantes » de l'ouïe, soit à partir d'une perte auditive de 35% par oreille dans le cadre d'une hypoacousie symétrique bilatérale, sont reconnues comme maladie professionnelle (cf. article du 30 septembre 2021 de Anja MEYER, « 50 ans de prévention des lésions de l'ouïe en Suisse » sur le site internet de la SUVA [50 ans de prévention des lésions de l'ouïe en Suisse (suva.ch)]).

La chambre de céans constate également que lors de l'examen par le Dr G_____, en juillet 2021, le recourant était âgé de 45 ans ce qui n'est pas un âge particulièrement avancé pour retenir, sans autre explication, que l'importante atteinte serait due à l'âge du recourant.

4.5 Concernant ensuite les activités exercées par le recourant, il sied de relever les éléments suivants.

4.5.1 Selon les renseignements inscrits par celui-ci sur le formulaire intitulé « Troubles auditifs, maladie professionnelle », il a eu plusieurs activités en Suisse dans le cadre desquelles il a été soumis à diverses sources de bruits. En 2019, il a travaillé comme poseur de « techniques » aux plafonds et a été soumis à des sources de bruit telles que des scies, perceuses et visseuses. Entre 2017 et 2018, il a été chauffeur/livreur/préparateur/distributeur et les sources de bruit était des transpalettes et camions de charge. Entre 2014 et 2017, il a eu une activité de préparateur de commande, avec comme source de bruit, notamment, des tracteurs et transpalettes électriques. Durant quatre mois en 2014, il a été agent de nettoyage et a été soumis à des sources de bruit telles que des aspirateurs et machines de lavage. En 2013, il a travaillé durant quatre mois comme monteur d'échafaudages (pose de panneaux et d'échafaudages), avec notamment comme source de bruit des marteaux et échelles, et durant trois mois comme menuisier (notamment dans le montage) avec des sources de bruit telles que des scies et perceuses. Durant quatre mois en 2012, il a eu une activité de jardinier et a été soumis à des sources de bruit telles que des souffleuses, tondeuses et broussailleuses.

Il ressort également des curriculum vitae du recourant qu'il a travaillé en qualité de menuisier, d'abord au Kosovo de 1993 à 1998, puis en France de 2005 à 2012. Il a commencé à travailler en Suisse en 2012, durant quatre mois en tant que concierge/jardinier. En 2013, il a travaillé trois mois en qualité de menuisier et

quatre mois en tant que monteur d'échafaudages. Entre 2014 et 2017, il a exercé des activités dans le domaine du nettoyage, ainsi que dans la préparation de commandes. De 2017 à 2018, il a été chauffeur-livreur de colis et de marchandises et en 2018, il a travaillé durant six mois en qualité de magasinier.

4.5.2 Selon la Directive relative à l'appel à des médecins du travail et autres spécialistes de la sécurité au travail du 14 décembre 2016 (Directive MSST) de la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail, dans sa version au 1er janvier 2022, est considérée comme dangereuse pour l'ouïe, l'exposition au bruit à partir d'un niveau de pression sonore journalier équivalent de 85 décibels (A), avec référence à ses tableaux des niveaux sonores (Directive MSST, p. 15).

À l'examen des tableaux de niveaux sonores publiés par la SUVA (cf. Bruit et vibrations | Protéger le personnel contre le bruit [suva.ch]), dans les différentes activités exercées par le recourant, on relève que le niveau d'exposition au bruit, dans l'activité de menuiserie notamment, dépasse les 85 décibels (A).

Par ailleurs, il sied de souligner que selon l'art. 38 du règlement (CE) n° 884/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, modifié par le Règlement (CE) n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 (ci-après : le règlement n° 883/2004 ; RS 0.831.109.268.1) lorsqu'une personne qui a contracté une maladie professionnelle a exercé une activité susceptible, de par sa nature, de provoquer ladite maladie, en vertu de la législation de deux ou plusieurs États membres, les prestations auxquelles la victime ou ses survivants peuvent prétendre sont servies exclusivement en vertu de la législation du dernier de ces États dont les conditions se trouvent satisfaites.

Or, selon les renseignements figurant au dossier, le recourant aurait, avant de venir travailler en Suisse, été menuisier durant sept ans en France.

4.6 Ces éléments n'ont, soit pas été expliqués ni motivés, soit pas du tout été examinés par l'intimée, de sorte qu'il n'est pas possible, en l'état, de déterminer si les troubles auditifs du recourant revêtent le caractère d'une maladie professionnelle.

4.7 Dans la mesure de ce qui précède, force est de constater que l'intimée n'a pas suffisamment et correctement instruit, la question de la causalité avec l'accident, ni celle de la maladie professionnelle.

5. En conséquence, le recours sera partiellement admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

Il est encore rappelé que l'intimée est invitée à poursuivre également l'instruction de la question des troubles à la tête du type céphalée, trouble de la vision et vertiges, et à se déterminer ensuite à cet égard par décision.

Le recourant n'étant pas représenté, il n'y a pas lieu de lui octroyer de dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA).

La procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} a contrario LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 3 mars 2022.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.
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	La présidente
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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