

GE_GERICHTE ATAS/371/2026 vom 30. April 2026

GE Cour de justice, 2026-04-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_371_2026

FR: GE_GERICHTE ATAS/371/2026 du 30 avril 2026

IT: GE_GERICHTE ATAS/371/2026 del 30 aprile 2026

Erwägungen

E. 8

octobre 2024, faisant suite à l'examen du 3 octobre 2024, à l'issue duquel le Dr E_____ avait conclu que, sur le plan ORL, il n'existait pas de causalité naturelle entre l'événement du 5 juillet 2022 et l'évolution de l'état de santé de l'assuré. b. Par courrier de son conseil, daté du 3 février 2025, l'assuré s'est opposé à la décision du 6 novembre 2024 et a conclu à l'annulation de cette dernière et à la prise en charge par la SUVA des frais et indemnités en lien avec l'événement du 5 juillet 2022. L'assuré considérait que la SUVA n'avait pas pu démontrer avec certitude que les troubles dont il souffrait étaient préexistants au cours de répétition et/ou n'avaient pas été aggravés par le service militaire. Il faisait notamment valoir les conclusions des rapports médicaux des Drs B_____ et C_____ qui aboutissaient à des résultats différents et estimait que l'absence d'un consensus médical clair devait lui bénéficier. c. Par décision sur opposition du 18 décembre 2025, la SUVA a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 6 novembre 2024. Il convenait de se fonder sur les conclusions rendues par le médecin conseil de la SUVA, le docteur F_____, spécialiste en chirurgie, qui, dans son appréciation médicale complémentaire du 3 novembre 2025, qui présentait une pleine valeur probante, confirmait la position de la SUVA. Par acte de son avocat, posté le 21 janvier 2026, l'assuré a interjeté recours devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) contre la décision sur opposition du 18 décembre 2025. Il a conclu, principalement, à l'annulation de ladite décision et à ce que l'intimée

A/243/2026 - 4/17 - procède à l'évaluation des prestations, notamment de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), le tout sous suite de frais et dépens et subsidiairement à ce qu'une expertise soit ordonnée. Le recourant observait que même s'il souffrait, possiblement, avant l'événement du 5 juillet 2022, d'un syndrome de Ménière à l'oreille gauche, la maladie était restée stable et quasi asymptomatique jusqu'à l'événement. L'audition et les symptômes ressentis s'étaient définitivement péjorés après l'événement et le recourant annonçait d'ores et déjà à la production d'une expertise privée, de la part d'un spécialiste ORL, qui était en cours de réalisation. b. Par courrier du 23 janvier 2026, la chambre de céans a interpellé la SUVA en lui fixant un délai au 20 février 2026 pour communiquer sa réponse, ainsi que le dossier de pièces. Sur demande de la SUVA, un délai complémentaire lui a été octroyé jusqu'au 11 mars 2026. c. Par courrier du 5 mars 2026, le conseil du recourant a produit un rapport médical rédigé par le docteur G_____, spécialiste ORL qui excluait une évolution naturelle d'une maladie de Ménière et considérait au degré d'une certitude médico-pratique que la péjoration des troubles de la santé n'aurait pas eu lieu sans l'accident du 5 juillet 2022, ladite péjoration étant irréversible et emportant de très graves conséquences physiques et psychiques pour le recourant. d. Par détermination du même jour, la SUVA a relevé que, d'une part, l'assistance juridique gratuite avait bel et

bien été accordée de manière limitée à la procédure administrative d'opposition et que, d'autre part, au vu des réflexions qu'elle qualifiait de pertinentes, une instruction complémentaire paraissait désormais opportune, notamment par la mise en œuvre d'une expertise indépendante. Par ailleurs, la SUVA renonçait à produire son mémoire de réponse. e. Par courrier du 25 mars 2026, la SUVA a confirmé qu'elle allait reconsidérer sa décision et diligenter une expertise indépendante, qui prendrait en considération l'expertise médicale du 4 mars 2026 du Dr G_____ et a conclu à ce que la chambre de céans raye la cause du rôle. f. Interpellé par la chambre de céans pour savoir si le recourant acquiesçait à la détermination de la SUVA, ce dernier a considéré, dans une réplique du 31 mars 2026, qu'un renvoi à l'autorité intimée ne semblait pas nécessaire compte tenu de « l'expertise privée » du Dr G_____ et a réitéré les conclusions principales de son recours, à savoir que la chambre de céans statue sur le fond du litige. Par ailleurs, le recourant a fait valoir que, si un renvoi était néanmoins ordonné par la chambre de céans, la SUVA devrait être condamnée au paiement des dépens, comprenant le remboursement des frais d'avocat et de l'expertise du Dr G_____. g. Par courrier du 13 avril 2025, la chambre de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger. h. Par observations spontanées postées le 16 avril 2026, la SUVA a pris note que la cause était gardée à juger et a conclu à la suspension de la procédure et à ce que

A/243/2026 - 5/17 - l'instruction soit reprise, après réception de l'expertise indépendante qu'elle entendait mettre en œuvre. Par ailleurs, elle rappelait que par « lettre informelle du

E. 11

février 2025 » elle avait accordé l'assistance juridique gratuite au recourant pour toute la durée de la procédure d'opposition et qu'à ce jour, le mandataire n'avait jamais transmis de notes de frais et d'honoraires concernant les activités accomplies lors de ladite procédure. Cependant, la SUVA constatait que la note de frais et honoraires du 31 mars 2026, que le conseil du recourant avait produit dans le cadre de la présente procédure, concernait des activités se référant à la procédure administrative d'opposition ; de ce fait, la note de frais d'honoraires en question était erronée et ne devait pas « être retenue telle quelle ».

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 6 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-militaire du 19 juin 1992 (LAM - RS 833). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 1.2 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAM, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance militaire, à moins que la loi n'y déroge expressément. 1.3 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance militaire au-delà du 15 octobre 2022, singulièrement sur le lien de causalité entre les troubles acoustiques et l'incident survenu pendant son cours de répétition le 5 juillet 2022. 3.

3.1 Selon l'art. 4 al. 1 LAM, l'assurance militaire répond de toutes les affections physiques, mentales ou psychiques de l'assuré ainsi que de leurs conséquences économiques directes, conformément à la présente loi. Elle répond également, à certaines conditions, des lésions dentaires (art. 18a LAM) et des dommages matériels (art. 57 LAM).

A/243/2026 - 6/17 - Selon la jurisprudence, dans le cadre des art. 4 ss LAM, la responsabilité de l'assurance militaire couvre aussi bien les accidents que les maladies (ATF 111 V 141 consid. 5). 3.1.1 À teneur de l'art. 5 LAM, l'assurance militaire couvre toute affection qui se manifeste et qui est annoncée ou constatée de toute autre façon pendant le service (al. 1). Elle n'est pas responsable lorsqu'elle apporte la preuve que l'affection est, avec certitude, antérieure au service, ou qu'elle ne peut pas, avec certitude, avoir été causée pendant ce dernier (al. 2 let. a) et que cette affection n'a pas, avec certitude, été aggravée ni accélérée dans son cours pendant le service (al. 2 let. b). Si l'assurance militaire apporte la preuve exigée à l'al. 2 let. a, mais non pas celle exigée à l'al. 2 let. b, elle répond de l'aggravation de l'affection (art. 5 al. 3, phr. 1, LAM). 3.1.2 Selon l'art. 6 LAM, si l'affection est constatée seulement après le service par un médecin, un dentiste ou un chiropraticien et est annoncée ensuite à l'assurance militaire, ou si des séquelles tardives ou une rechute sont invoquées, l'assurance militaire en répond seulement s'il est établi au degré de vraisemblance prépondérante que l'affection a été causée ou aggravée pendant le service ou seulement s'il est établi au degré de vraisemblance prépondérante qu'il s'agit de séquelles tardives ou de rechute d'une affection assurée. La responsabilité pour les affections constatées et annoncées après le service est régie par le principe de causalité (Jürg MAESCHI, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung [MVG], Berne 2000, n. 8 ad art. 6). Lorsque le droit éventuel à des prestations de l'assurance militaire doit être tranché à l'aune de l'art. 6 LAM, il appartient à la partie qui demande des prestations, d'établir l'existence d'une relation de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante, c'est-à-dire conformément à la règle de preuve généralement appliquée en matière d'assurances sociales, faute de quoi elle risque de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 123 V 137 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_533/2013 du 28 avril 2014 consid. 6). Dans le cas d'annonces postérieures au service, le fardeau de la preuve passe donc de l'assurance militaire au citoyen qui réclame des prestations (Nicola ROBERTINI, Le système suisse d'indemnisation des dommages subis par les militaires, in : Aspects de la sécurité sociale, 2004, 1, p. 26). 3.2 Selon la jurisprudence, la responsabilité de l'assurance militaire pour une affection qui se manifeste et qui est annoncée ou constatée pendant le service (art. 5 LAM) est fondée sur le principe dit de la « contemporanéité », en ce sens que la loi pose la présomption que le dommage a été causé par une influence due au service militaire. Il s'agit non seulement d'une présomption de fait, mais également d'une présomption juridique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_582/2018 du 22 mai 2019 consid. 2.2).

A/243/2026 - 7/17 - La preuve de la certitude que doit apporter l'assurance militaire pour renverser cette présomption ne doit cependant pas être comprise dans un sens théorique ou scientifique, mais dans son acception empirique. Elle est réputée acquise lorsqu'il est établi, selon l'expérience médicale, qu'une influence de facteurs liés au service est pratiquement exclue. La preuve de l'antériorité au service peut être rapportée de manière concrète, quand l'atteinte à la santé existait déjà avant celui-ci. Une simple prédisposition malade ne suffit toutefois pas à établir l'antériorité. L'atteinte à la santé doit s'être manifestée sous une forme ou une autre (douleurs, symptômes) ou avoir été constatée médicalement. Il n'est pas nécessaire que la maladie ait justifié un traitement ou entraîné une incapacité de travail

(arrêt du Tribunal fédéral 8C_582/2018 op. cit. consid. 2.2 et les références citées). Au lieu de la preuve concrète, l'assurance militaire est fondée à apporter la preuve abstraite que l'affection ne peut, avec certitude, avoir été causée pendant le service (art. 5 al. 2 let. a, 2ème membre de la phrase). Cette éventualité vise principalement des affections héréditaires ou congénitales qui ne peuvent par définition avoir été causées par des influences dues au service. La preuve abstraite au sens de cette disposition revêt aussi une importance pratique lorsque, pour une raison ou une autre, on ne dispose pas de données médicales pour la période antérieure au service. Dans une telle situation, la preuve requise peut être rapportée par les enseignements tirés de l'expérience médicale (p. ex. la période d'incubation de maladies infectieuses ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_283/2007 du 7 mars 2008 consid. 4.2). La différence entre les conditions de la responsabilité selon l'art. 5 et l'art. 6 LAM réside notamment dans le fait que, dans le premier cas, un lien de causalité adéquate entre l'affection et les influences subies pendant le service est présumé, cette présomption ne pouvant être écartée que par la preuve certaine de l'absence d'un tel lien, alors que dans le second cas, l'existence de conséquences d'influences subies pendant le service doit être établie avec un degré de vraisemblance prépondérante, c'est-à-dire conformément à la règle de preuve généralement appliquée en matière d'assurances sociales (ATF 123 V 137 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_533/2013 du 28 avril 2014 consid. 3.3). La responsabilité de l'assurance militaire dure jusqu'à la disparition des effets résultant des influences nocives du service militaire. En cas d'état maladif antérieur, le lien de causalité entre les symptômes présentés par l'assuré et le service doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'entrée en service (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans les influences dues au service (statu quo sine). La preuve de l'élimination des influences dues au service incombe à l'assurance militaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_283/2007 du 7 mars 2008 consid. 5.2 et les références.). S'il est probable que l'apparition et le développement de l'affection procèdent de plusieurs causes, cela n'est pas un motif d'extinction de la responsabilité de

A/243/2026 - 8/17 - l'assurance. Celle-ci répond également lorsque l'affection n'est due qu'en partie aux influences dues au service. Il peut s'agir, en revanche, d'un facteur de réduction des prestations en vertu de l'art. 64 LAM. Une telle réduction est justifiée quand le dommage est attribuable à plusieurs causes concurrentes, dont une, au moins, est étrangère au service. C'est à l'assurance militaire qu'il appartient d'établir dans quelle proportion l'atteinte à la santé n'est certainement pas, ou plus, dans un rapport de causalité adéquate avec les influences subies au service. La réduction des prestations doit procéder d'une juste proportion entre la totalité du dommage et la part de celui-ci dont l'assurance militaire n'aura pas à répondre. Pour ce faire, il s'agira notamment de déterminer quelle était l'affection antérieure au service, l'état de son développement lors de l'entrée en service, son caractère plus ou moins irréversible, son évolution à défaut de service militaire, la durée du service militaire, l'importance de l'aggravation survenue pendant celui-ci et en raison de celui-ci. On tiendra compte également de la situation personnelle et économique de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_283/2007 du 7 mars 2008 consid. 6 et les références). Il n'est pas nécessaire, pour que les conditions de la responsabilité de l'art. 5 LAM s'appliquent, qu'un diagnostic – et encore moins le diagnostic exact – ait été posé déjà pendant le service militaire. Cependant, les symptômes ou douleurs qui se manifestent pendant le service militaire doivent, selon l'expérience médicale, appartenir au complexe symptomatique de l'atteinte à la santé pour laquelle des prestations sont réclamées en vertu de l'art. 5 LAM (arrêt du Tribunal fédéral 8C_283/2007, op. cit., consid. 5.2 et la référence). À propos de

l'art. 5 al. 2 LAM, la doctrine expose notamment ce qui suit. La preuve libératoire prévue par cette disposition dépend d'éléments d'ordre médical qui ne peuvent pas faire l'objet d'une preuve stricte de nature scientifique. C'est pourquoi la certitude au sens de l'article 5 LAM ne peut pas être absolue mais est relative. Elle implique, toutefois, davantage que la grande vraisemblance et doit être comprise comme un degré de probabilité confinant à la certitude, comme en procédure civile, lorsque la certitude absolue ne peut pas être établie. Selon la jurisprudence, il s'agit d'une certitude empirique, fondée sur l'expérience médicale, dont la preuve doit être rapportée en tenant compte des particularités du cas. Cette preuve est source de difficultés, notamment lorsqu'il s'agit de vérifier si l'aggravation assurée a disparu, car il est extrêmement difficile, voire impossible, de préciser avec le degré de certitude exigé quelle aurait été l'évolution de la maladie sans le service. L'art. 5 al. 2 LAM vise non seulement l'aggravation, mais aussi l'accélération d'une affection antérieure au service, laquelle peut être considérée comme une forme d'aggravation. Si l'aggravation est durable (ou qu'elle a pour effet d'accélérer une atteinte évolutive), l'assurance militaire en répond pendant une durée indéterminée, alors que si elle est passagère, la responsabilité peut être limitée dans le temps. La condition pour une limitation de la responsabilité dans le temps est que l'aggravation a disparu avec certitude.

A/243/2026 - 9/17 - L'aggravation est réputée supprimée si l'assuré a atteint le statu quo ante (état dans lequel il se trouvait avant le service) ou le statu quo sine (état dans lequel il se trouverait, s'il n'avait pas subi les atteintes survenues pendant le service). Il se peut que, selon la nature de l'atteinte à la santé et son évolution, le statu quo ante ne puisse plus être atteint, de sorte que la seule question qui se pose alors est celle du statu quo sine. Dans le cas de la responsabilité pour une accélération d'une atteinte à la santé, la seule question est celle du statu quo sine, à moins qu'il ne s'agisse de l'aggravation d'une atteinte évolutive, dans laquelle même le statu quo sine ne peut plus être atteint et où subsiste une responsabilité durable. La question du statu quo sine est problématique, car elle concerne un état de fait hypothétique impliquant des supputations quant à savoir comment l'atteinte à la santé aurait évolué sans le service. Il n'y a, en principe, pas de place pour de telles supputations puisque la loi exige, dans le cadre de la preuve libératoire, une certitude dans le sens susmentionné. C'est pourquoi une limitation dans le temps de la responsabilité en cas d'aggravation, fondée sur la réalisation du statu quo sine, ne peut être retenue qu'exceptionnellement, à savoir lorsqu'il est possible de déterminer clairement, en fonction de l'ensemble des circonstances, comment l'atteinte à la santé aurait évolué sans le service. D'après la jurisprudence, la question de savoir si le statu quo ante ou le statu quo sine a été atteint doit être tranchée en tenant compte également du critère du besoin de traitement et de l'incapacité de travail. Aussi longtemps que le traitement nécessité par l'aggravation n'est pas terminé et que la capacité de travail ou de gain n'a pas été rétablie, dans une mesure correspondant à la situation précédant le service, on ne saurait considérer que l'aggravation a certainement disparu (Jürg MAESCHI, op. cit. ad art. 5, p. 84 ch. 21 ss, 39 ss ; arrêt du Tribunal administratif du Canton de Neuchâtel du 4 avril 2007, in RJN 2007 p. 266). Dans le cadre de l'art. 5 LAM, l'assurance militaire supporte non seulement les conséquences d'une éventuelle absence de preuve (fardeau objectif de la preuve), mais c'est aussi elle qui a la charge de la preuve (fardeau subjectif de la preuve [cf. Jürg MAESCHI, op. cit., n. 37 ad. art. 5-7]). 4.

4.1 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 (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 (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

A/243/2026 - 10/17 - En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 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). 4.1.1 Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb). 4.1.2 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). 4.1.3 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; 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

A/243/2026 - 11/17 - 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). 4.1.4 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références). 4.2 Selon la jurisprudence fédérale, les évaluations externes obtenues dans le cadre d'une procédure administrative, en vertu de l'art. 44 LPGA, doivent se voir reconnaître une pleine force probante lorsque le résultat de la preuve est convaincant, tant que des indices concrets ne s'opposent pas à la fiabilité de l'expertise (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.3.4 p. 227 ; 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353). En particulier, la nature différente du mandat de traitement de la personne (spécialisée) exerçant une activité thérapeutique, d'une part, et du mandat d'expertise de l'expert médico-technique officiellement désigné, d'autre part (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175), ne permet pas de toujours remettre en question une expertise administrative ou judiciaire et d'en faire l'objet d'investigations supplémentaires lorsque les médecins traitants ou les thérapeutes parviennent à des appréciations différentes. Demeurent réservés les cas dans lesquels une appréciation différente s'impose parce qu'ils mentionnent des aspects importants - et non pas issus d'une interprétation purement subjective - qui n'ont pas été reconnus ou appréciés lors de l'expertise (arrêt du Tribunal fédéral 8C_317/2019 du 30 septembre 2019 consid. 2.3 et la référence). 5.

5.1 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances

A/243/2026 - 12/17 - 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). 5.2 Les parties ont l'obligation 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 ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références). 6. En l'espèce, on rappellera préalablement que, dans le cadre de sa réponse, l'intimée s'est déterminée en faveur d'un renvoi de la cause pour instruction complémentaire. 6.1 Dans le cadre de l'art. 53 al. 3 LPGA, l'autorité peut revoir librement sa décision, en faveur du recourant, sans être liée par les conditions restrictives de la reconsidération d'une décision entrée en force (cf. art. 53 al. 2 LPGA). Si la nouvelle décision rendue pendant fait entièrement droit aux

conclusions du recourant, en d'autres termes donne entière satisfaction à celui-ci, le recours devient sans objet et la cause doit être radiée du rôle, la décision y afférente de l'autorité de recours devant au surplus statuer sur les frais et dépens en tenant compte de l'intervention des deux parties. Dans le cas contraire, la procédure se poursuit à propos de ce qui reste litigieux, sans qu'il soit nécessaire de recourir contre la nouvelle décision (ATF 127 V 228 consid. 2b/bb ; ATF 113 V 237 ; ATF 107 V 250 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_22/2019 du 7 mai 2019 consid. 3.1, 8C_1036/2012 précité consid. 3.3, 8C_18/2009 du 31 juillet 2009 consid. 3 et I 278/02 du 24 juin 2002 consid. 2 ; ATAS/173/2021 précité consid. 7b ; Thomas FLÜCKIGER, in Basler Kommentar, 2020, n. 102 ad art. 53 LPGA ; Jean MÉTRAL, op. cit., n. 54 ad art. 56 LPGA ; Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 106 ad art. 53 LPGA ; en cas de reformatio in peius [art. 61 let. d LPGA], cf. Thomas FLÜCKIGER, op. cit., n. 104 ad art. 53 LPGA ; Ueli KIESER, op. cit., n. 90 ad art. 53 LPGA ; Jean MÉTRAL, op. cit., n. 55 ad art. 56 LPGA). En l'occurrence, le recourant conteste la détermination de l'intimée et considère que son recours, visant à ce qu'il soit reconnu que l'intimée doit prester, doit être admis. Partant, le recours ne devient pas sans objet et la procédure se poursuit, comme exposé supra. 6.2 Dans une seconde détermination faisant suite à la détermination du recourant, l'intimée propose que la présente procédure soit suspendue devant la chambre de céans pendant qu'elle diligente une expertise indépendante. Cette proposition ne saurait être suivie dès lors que les conditions d'une suspension selon l'art. 14 al. 1 LPA, ne sont pas remplies - il n'existe pas de procédure pendante devant une autre autorité - pas plus que les conditions de l'art. 78 al. 1 LPA, le recourant s'opposant à une telle suspension et s'étant déterminé en faveur de la poursuite de la présente procédure.

A/243/2026 - 13/17 - 6.3 Sur le fond, l'intimée a reconnu dans sa détermination du 5 mars 2026 que le recourant exposait des réflexions pertinentes et qu'une instruction complémentaire paraissait désormais opportune, notamment par la mise en œuvre d'une expertise indépendante. En ce qui concerne le recourant, ce dernier estime que les conditions sont remplies pour que l'intimée soit tenue de prester. Cependant, comme le reconnaît lui-même le recourant, la fixation du statu quo au

E. 15

octobre 2022 repose sur une appréciation abstraite et non étayée par des constatations médicales objectives. Il est donc nécessaire d'établir clairement l'éventuelle date d'un statu quo ou, au contraire, le fait que le recourant n'est pas revenu à l'état antérieur à l'événement du 5 juillet 2022, en ce qui concerne ses troubles auditifs. Dans l'état actuel du dossier, ce point ne peut pas être déterminé car l'avis médical du Dr G_____ relève surtout un manque de documentation, notamment quant au diagnostic de maladie de Menière posé en 2021, ainsi qu'au bilan des HUG du 23 juin 2023 s'agissant de la discrète aggravation de l'hypoacousie gauche de l'acouphène. En ce qui concerne le critère du scotome C5, le Dr G_____ invoque de manière convaincante qu'il ne peut pas servir à exclure un traumatisme acoustique, ni un lien de causalité, toutefois, l'exclusion de ce critère ne permet pas de résoudre ipso facto la question de l'existence d'un lien de causalité entre l'événement du 5 juillet 2022 et les troubles auditifs du recourant, au regard de l'existence de la maladie de Menière, faute d'instruction complémentaire. À cet égard, il sied de rappeler, d'une part, qu'en dépit de son titre, l'expertise privée du 4 mars 2026 du Dr G_____ n'a pas valeur d'expertise indépendante et, d'autre part, que 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). Selon la jurisprudence, la preuve de l'antériorité au service peut être rapportée de manière concrète par l'assurance, quand l'atteinte à la santé existait déjà avant celui-ci. Une simple prédisposition malade ne suffit toutefois pas à établir l'antériorité. L'atteinte à la santé doit s'être manifestée sous une forme ou une autre (douleurs, symptômes) ou avoir été constatée médicalement. Il n'est pas nécessaire que la maladie ait justifié un traitement ou entraîné une incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_582/2018 op. cit. consid. 2.2 et les références citées). Le diagnostic posé en 2021 établit que la maladie de Ménière était préexistante à l'événement du 5 juillet 2022, mais le degré de sévérité de ladite maladie n'a pas été suffisamment investigué pour permettre d'exclure toute causalité entre les troubles de la santé et l'événement. Dès lors, une expertise est nécessaire afin

A/243/2026 - 14/17 - d'établir dans quelle mesure ladite maladie a joué un rôle dans les troubles ressentis par l'assuré après l'événement. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère que l'instruction de la cause ne permet pas de répondre à la question de l'exclusion, au degré de la quasi-certitude, de tout lien de causalité entre l'événement du 5 juillet 2022 et les troubles de la santé du recourant. 6.4 Selon une jurisprudence bien établie de la chambre de céans, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés doit en principe soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire, soit renvoyer la cause à l'autorité sociale intimée pour qu'elle procède à une instruction complémentaire (ATAS/1109/2021 du 4 novembre 2021 consid. 11b ; ATAS/707/2021 du 30 juin 2021 consid. 9b ; ATAS/662/2021 du 23 juin 2021 consid. 9 ; ATAS/404/2021 du 29 avril 2021 consid. 9b ; ATAS/810/2020 du 28 septembre 2020 consid. 8 ; ATAS/283/2020 du 14 avril 2020 consid. 8d ; ATAS/1102/2019 du 27 novembre 2019 consid. 8). Vu la maxime inquisitoire de l'art. 61 let. c LPGA, la chambre de céans tente, dans la mesure du raisonnable, de procéder directement aux éclaircissements nécessaires dans un but de célérité et d'économie procédurale (en ce sens pour la mise en œuvre d'expertises : ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4) ; cependant, un renvoi à l'administration apparaît en général approprié si celle-ci s'est soustraite à son devoir d'instruire, respectivement si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait en cas de recours (ATAS/707/2021 du 30 juin 2021 consid. 9b ; ATAS/662/2021 du 23 juin 2021 consid. 9 ; ATAS/404/2021 du 29 avril 2021 consid. 9b ; ATAS/833/2020 du 6 octobre 2020 consid. 10 ; ATAS/463/2020 du 4 juin 2020 consid. 10 ; ATAS/56/2020 du 30 janvier 2020 consid. 13b ; ATAS/960/2019 du 22 octobre 2019 consid. 9c ; ATAS/497/2019 du 4 juin 2019 consid. 7c ; ATAS/83/2019 du 1er février 2019 consid. 8c). Il ne revient un effet pas à la chambre de céans de procéder à une instruction détaillée en lieu et place du personnel spécialisé des autorités sociales compétentes (en ce sens : ATF 146 V 240 consid. 8.3.2), d'autant que cela aurait pour conséquence de priver les assurés concernés d'un degré de juridiction (comparer pour le Tribunal fédéral : ATF 147 I 89 consid. 1.2.5) et d'affaiblir le devoir constitutionnel de motivation sérieuse de l'autorité (en ce sens : ATF 146 V 240 consid. 8.3.2). En l'occurrence, l'intimée reconnaît qu'une instruction complémentaire est nécessaire et ne s'est pas prononcée sur le contenu du rapport médical du Dr G_____. Il se justifie donc de lui renvoyer la cause, de manière à intégrer l'appréciation du Dr G_____ dans le dossier qui sera confié à l'expert indépendant, étant précisé que, de cette manière, le recourant bénéficie d'un degré supplémentaire d'appel par rapport à une décision qui serait rendue par la juridiction de céans et qui ne pourrait être querellée que devant le Tribunal fédéral, à des conditions plus

restrictives.

A/243/2026 - 15/17 - Partant, la cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire sous la forme de la mise en place d'une expertise confiée à un expert indépendant, étant précisé que le rapport médical du Dr G _____ du 4 mars 2026 doit être pris en compte par ledit expert. 6.5 S'agissant de la question de l'assistance juridique gratuite, l'intimée a confirmé, dans sa détermination du 5 mars 2026, avoir octroyé l'assistance juridique gratuite à l'assuré pendant la procédure d'opposition. Il lui en sera donné acte. 7.

7.1 En ce qui concerne les dépens, conformément à ce qu'allègue l'intimée, une partie des honoraires produits par le conseil du recourant, en annexe de sa note de frais du 31 mars 2026, ne concerne pas la présente procédure. Il sera également rappelé que la chambre de céans n'accorde pas l'intégralité des dépens mais une participation à ces derniers. Selon l'art. 89H al. 3 LPA, une indemnité est allouée au recourant qui obtient gain de cause. Les dépens sont fixés en fonction du nombre d'échanges d'écritures, de l'importance et de la pertinence des écritures, de la complexité de l'affaire et du nombre d'audiences et d'actes d'instruction (ATAS/61/2024 du 1er février 2024 consid. 2.5). La participation aux frais et dépens sera fixée à CHF 2'000.- en tenant compte du travail déployé par le conseil, soit la rédaction du mémoire de recours du 21 janvier 2026 et du courrier du 31 mars 2026. 7.2 Le recourant conclut à ce que les frais d'expertise privée soient mis à la charge de l'intimée. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des frais de procédure. Les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 115 V 62 consid. 5c ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_523/2022 du 30 mars 2023 consid. 7.2 et la référence). Les frais d'expertise peuvent ainsi être mis à la charge de l'assureur-accidents lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes. Il en va de même en ce qui concerne une expertise présentée par une partie : les frais qui en découlent doivent être mis à la charge de l'assureur social lorsque l'expertise était indispensable pour trancher le litige (arrêt du Tribunal fédéral 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 6.1 et les références). L'admissibilité de l'imputation des frais d'un rapport médical à l'administration ne dépend pas de la question de savoir si ledit rapport a effectivement permis de

A/243/2026 - 16/17 - fournir les éclaircissements attendus par le juge cantonal (arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/2023 du 11 décembre 2023 consid. 6.3 et les références). En l'espèce, l'intimée a proposé le renvoi de la cause, par courrier du 5 mars 2026, soit avant de prendre connaissance du contenu de l'expertise du Dr G _____ et en se fondant, selon ses dires, sur la pertinence des arguments développés dans le mémoire de recours. Il n'en reste pas moins que c'est en raison du refus de prêter de l'intimée que le recourant a jugé bon de faire réaliser une expertise privée qui démontre que le principal critère retenu par le médecin d'arrondissement de l'intimée pour refuser de prêter est erroné. Dès lors, il se justifie de faire supporter à l'intimée une partie des frais d'établissement du rapport médical du 4 mars 2026, à hauteur de CHF 6'000.- en tant que celui-ci a servi à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative, notamment quant au critère du scotome C5 retenu par l'intimée pour exclure un traumatisme acoustique, dont le

caractère erroné a été établi par le Dr G_____. 7.3 Pour le surplus, en l'absence de loi spéciale prévoyant des frais judiciaires, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario).

A/243/2026 - 17/17 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.