

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1969, est gérant de l'entreprise de peinture B_____ Sàrl depuis le 3 septembre 2002. A ce titre, il est couvert contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt; ci-après : la SUVA ou l'intimée).
2. Le 17 mars 2014, il a annoncé à la SUVA avoir été victime d'un accident professionnel sur un chantier, le 8 mars 2014. Il avait été agressé par un artisan carreleur (ci-après : le carreleur) qui lui avait donné un coup de poing à l'œil droit. Il avait subi une fracture et était en incapacité de travail pour une durée supérieure à un mois.
3. Selon le constat médical du 8 mars 2014 établi par le docteur C_____, chef de clinique aux urgences ambulatoires des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'assuré avait reçu un coup de poing sur l'orbite droite lors d'une discussion à propos d'un chantier. Il avait présenté une épistaxis, puis un épisode transitoire de vertige et de diplopie avec acuité visuelle diminuée de l'œil droit persistante. L'examen médical avait mis en évidence un hématome sous-palpébral et péri-caronculaire à droite. Un CT massif facial avait révélé une fracture des os propres du nez.
4. D'après le compte-rendu opératoire du 7 avril 2014 établi par le service de chirurgie maxillo-faciale et de chirurgie de la bouche des HUG, l'assuré a subi une reposition nasale le 18 mars 2014, en raison d'une fracture nasale.
5. Selon le questionnaire complété par l'assuré le 26 mars 2014, il avait été frappé par le carreleur lors d'une discussion houleuse au sujet de la démolition par ce dernier de deux caissons sans son accord préalable. Il n'avait pas provoqué son agresseur et ne lui avait pas rendu les coups.
6. Dans un rapport du 17 juillet 2014 consécutif à la consultation de rhinologie-olfactologie du 8 juillet 2014, le docteur D_____, médecin adjoint du service d'oto-rhino-laryngologie (ci-après : ORL) et de chirurgie cervico-faciale des HUG, a diagnostiqué une contusion fronto-basale droite et temporo-polaire homolatérale sur la base d'une IRM cérébrale datée du 11 juillet 2014. Le 8 mars 2014, l'assuré avait subi une agression professionnelle ayant provoqué un traumatisme nasal et une fracture nasale. Depuis l'accident, il constatait une perte de ses fonctions olfactives et une vision altérée à droite. Il se disait handicapé par le manque d'odorat dans son travail avec peintures. Selon le Dr D_____, l'assuré présentait une anosmie totale survenue après le traumatisme crânien qui pouvait être considéré comme plutôt mineur en l'absence tant de perte de connaissance, que de chute occipitale et de fracture de la voûte crânienne. A sa surprise, l'IRM cérébrale avait révélé une contusion fronto-basale unilatérale droite et au lobe temporal, soit deux structures fortement impliquées dans l'olfaction. Cela suggérait que lors du traumatisme, l'énergie absorbée par le cerveau avait été plus importante que ce que

l'on pouvait suspecter sur la base de l'histoire et cela corroborait relativement bien la plainte d'une anosmie. Il n'y avait pas de traitement curatif. En revanche, on pouvait observer des récupérations spontanées chez environ 10 à 15 % des patients dans les deux ans qui suivaient le traumatisme crânien.

7. Selon le rapport du service extérieur de la SUVA du 29 juillet 2014, les parties du corps lésées étaient le nez, l'orbite, l'œil et une dent. A la suite du coup de poing reçu le 8 mars 2014, l'assuré dormait mal, avait perdu la vision de son œil droit, le goût et l'odorat. Il s'était soumis à plusieurs examens ophtalmologiques de l'œil droit car il ne pouvait pas regarder la lumière et ne voyait que 35 % avec l'axe de son œil droit. Depuis cet événement, il était suivi par un psychologue à raison d'une séance mensuelle. Il avait peur de perdre son entreprise car pour vérifier l'état de fraîcheur d'une peinture, il fallait en sentir les pigments.
8. Dans un rapport du 6 septembre 2014, le docteur E_____, généraliste FMH, a diagnostiqué un trauma de la face, un trouble visuel post-traumatique et une anosmie post-traumatique. Le flou visuel s'était amélioré mais l'anosmie restait totale. L'assuré était suivi par l'ophtalmologie et le service ORL des HUG. Puis, dans un rapport du 16 octobre 2014, il a posé les mêmes diagnostics avec en plus une contusion fronto-basale et temporale droite, le 8 mars 2014. Il n'y avait pas d'évolution notable s'agissant de l'anosmie et du trouble visuel. Il fallait s'attendre à la persistance d'un dommage concernant ces lésions.
9. Le 25 février 2015, l'assuré a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi de mesures professionnelles, respectivement d'une rente. Il a joint en annexe notamment un rapport du 11 juin 2014 établi par le docteur F_____, médecin adjoint au service de chirurgie maxillo-faciale et de chirurgie buccale des HUG, ainsi qu'un procès-verbal d'audience du Ministère public daté du 2 septembre 2014.

- Selon le rapport des HUG du 11 juin 2014, lors de la consultation maxillo-faciale du 12 mars 2014, l'assuré se plaignait d'une déviation nasale et d'une vision floue. L'examen clinique avait mis en évidence un hématome en monocle à droite en résorption. La palpation était douloureuse avec crépitation au niveau des os propres du nez en paramédian droit et petit fragment osseux impacté. Il existait une déviation septale antérieure gauche qui était ancienne selon l'assuré. Lors de la consultation du 21 mars 2014, l'assuré avait également mentionné avoir perdu lors de l'agression une couronne sur un implant en position quarante-six, mis en place plusieurs années auparavant en France. L'examen endobuccal montrait un type d'implant inconnu.

- D'après le procès-verbal d'audience du Ministère public du 2 septembre 2014, s'agissant des circonstances des lésions corporelles subies par l'assuré le 8 mars 2014, ce dernier avait construit sur le chantier deux caissons qui n'étaient pas de taille semblable contrairement à ce que voulait le client. Lors de cette construction, l'assuré avait découpé le carrelage posé par le carreleur. Convoqués par le chef de

chantier, l'assuré et le carreleur s'étaient disputés sur leur manière de travailler. Selon le carreleur, ils s'étaient empoignés les avant-bras et l'assuré avait essayé de lui donner un coup de tête, mais l'avait raté, ce qui avait entraîné sa riposte sous forme de coup de poing.

10. Dans un rapport du 26 février 2015, le docteur G_____, interniste au service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale des HUG, a indiqué que l'assuré était satisfait de l'esthétique post-intervention. Le traitement était terminé. Il fallait s'attendre à la persistance d'un dommage consistant en une obstruction nasale possible.
11. Dans un rapport du 22 mars 2015, le docteur H_____, chef de clinique au service d'ophtalmologie des HUG, a diagnostiqué à l'œil droit une contusion du bulbe en mars 2014 et un champ visuel tunnelisé (perte de vision périphérique avec rétention de la vision centrale) sans explication anatomique ou organique. Tous les examens jusqu'ici étaient normaux. Il n'y avait pas de corrélat anatomique pouvant expliquer la baisse d'acuité visuelle et le champ visuel de l'œil droit.
12. Selon un rapport du 21 juillet 2015 établi par la spécialiste en réinsertion de la SUVA à la suite de son entretien initial avec l'assuré, celui-ci avait dû engager du personnel temporaire depuis l'accident. Il avait repris son travail à 15 % depuis le 1^{er} mai 2015 ce qui représentait environ une heure de travail. Ce dernier consistait à emmener ses ouvriers sur le chantier avec le matériel, inspecter le chantier, aller chercher le courrier à la poste et le transmettre à la secrétaire pour traitement. L'assuré n'avait pas pu reprendre son travail dans une plus grande mesure car il était obligé de mélanger les produits et son anosmie l'empêchait de détecter si le produit était périmé ou non.
13. Dans son appréciation du 24 juillet 2015, la doctoresse I_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a observé que malgré sa demande, le dossier ne contenait aucun examen neurologique et neuropsychologique, ni aucune IRM de contrôle. En l'état, l'incapacité de travail actuelle n'apparaissait pas justifiée au vu des rapports médicaux à moins que, dans une activité de peintre, l'anosmie fût une contre-indication connue et étayée. Cependant, il y avait lieu de demander un rapport circonstancié à un ophtalmologue.
14. Par courrier du 24 juillet 2015, la SUVA a informé l'assuré que l'évolution de son cas l'avait contrainte à réexaminer sa responsabilité. Elle formulait des réserves concernant les troubles de l'assuré et suspendait ses prestations dès ce jour.
15. Dans un rapport du 10 août 2015 consécutif à ses examens des 30 juin et 7 juillet 2015, le docteur J_____, ophtalmologue FMH, a diagnostiqué à l'œil droit un status après traumatisme orbitaire et une séquelle traumatique du nerf optique. L'assuré présentait une importante réduction concentrique du champ visuel à droite de 18.8 dB qui pouvait s'expliquer par une contusion traumatique du nerf optique droit. Cette atteinte devait être mise en parallèle avec l'atteinte du nerf crânien 1. Il

n'existait pas de possibilité thérapeutique permettant de renforcer la fonction visuelle suite à cette limitation campimétrique.

16. Dans un rapport du 20 août 2015, la doctoresse K_____, médecin praticienne FMH, psychiatre et médecin au centre médical des Acacias, a indiqué que l'assuré l'avait consultée, le 3 avril 2014, dans un contexte de troubles de l'adaptation et de troubles anxio-dépressifs moyens. Il présentait un trouble anxio-dépressif et des épisodes de panique dont l'origine était réactionnelle à l'accident du 8 mars 2014 et à la perte de l'odorat. L'avenir professionnel incertain jouait un rôle dans l'affection actuelle.
17. Le 9 septembre 2015, l'assuré a été examiné par le docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que psychiatre-conseil de la SUVA. Il a exposé qu'il ne pouvait plus travailler dans son métier habituel sans se mettre en danger, puisqu'en raison de l'anosmie, il ne pouvait plus détecter les produits solvants ou toxiques auxquels il pourrait être exposé. Dans son rapport du 16 septembre 2015, le Dr L_____ n'a posé aucun diagnostic psychiatrique. Au cours de son évaluation, il avait constaté une symptomatologie de deuil non fait avec importante colère, ainsi que revendication quant à une reconnaissance des dommages et des torts subis. Il avait mis en évidence une dysphorie réactionnelle avec des moments d'abattement en lien avec l'idée que l'avenir professionnel de l'assuré était totalement compromis. Sur le plan diagnostic, il faudrait retenir un trouble de l'adaptation qui, par définition, était limité dans le temps et ne pouvait pas être posé à plus de dix-huit mois de l'agression. L'anxiété était très présente, mais pouvait être considérée comme normale en lien avec les incertitudes de l'assuré quant à son existence. Globalement, la symptomatologie ne traduisait pas une atteinte psychique, mais une réaction à un ensemble de stressseurs. Elle n'avait pas une importance suffisante pour justifier une incapacité de travail. La causalité entre les symptômes psychiques et l'accident était probable.
18. Dans un rapport du 20 octobre 2015 requis par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), le Dr E_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. L'anosmie et les troubles visuels à droite avaient une influence sur la capacité de travail depuis le 8 mars 2014. Cette dernière était nulle dans l'activité de peintre en bâtiment et de 15 % dans une activité adaptée de gérance d'équipe de peintres en bâtiment.
19. Selon le procès-verbal d'entretien du 28 octobre 2015 dans les locaux de la SUVA, le recourant se plaignait lorsqu'il mangeait de ne pas sentir le goût des aliments. Il a fait part de sa déception de n'avoir perçu que le 50 % des indemnités journalières et de ne plus du tout être indemnisé depuis le 24 juillet 2015. Il consultait une fois par mois la Dresse K_____ et grâce à elle, il avait évité de se suicider à deux reprises.
20. Dans son appréciation du 30 mars 2016, le docteur M_____, ophtalmologue FMH et ophtalmologue-conseil de la SUVA, a diagnostiqué une limitation concentrique considérable du champ visuel consécutive à une contusion du globe oculaire

survenue le 8 mars 2014 avec traumatisme du nerf optique. L'assuré présentait un champ visuel considérablement limité à l'œil droit, mais son acuité visuelle était encore très bonne. Par conséquent, la vision stéréoscopique l'était également. Au regard des deux années qui s'étaient écoulées depuis l'accident, l'assuré s'était habitué à cette nouvelle situation de vision. D'un point de vue ophtalmologique, il pouvait reprendre quasiment normalement son activité d'origine de peintre. Depuis le mois de juillet 2015, une activité à plein temps était exigible avec une limitation de la capacité de travail de 10 %. Depuis le mois de juillet 2015, aucune amélioration du champ visuel de l'œil droit ne pouvait être escomptée. La situation médicale était stable. Il existait une atteinte à l'intégrité ophtalmologique d'origine accidentelle faisant l'objet d'une appréciation séparée.

21. Selon l'appréciation du 30 mars 2016, le Dr M_____ a conclu, sur la base de la table n° 3, à une atteinte à l'intégrité ophtalmologique de 18 % pour une restriction unilatérale concentrique du champ visuel de 10 % à l'œil droit consécutive à une contusion du globe oculaire avec traumatisme du nerf optique.
22. Dans un rapport du 12 avril 2016, le Dr H_____ a rappelé que pendant le suivi post-opératoire après l'agression, il avait effectué un bilan ophtalmologique pour chercher la cause de la baisse de vision à l'œil droit. Malgré les examens exhaustifs, il existait toujours une discrépance entre les examens complémentaires et l'acuité visuelle. De plus, tous les examens accomplis jusqu'ici n'expliquaient ni les champs visuels, ni l'acuité visuelle de l'œil droit qui ne correspondaient pas à l'aspect anatomique du nerf optique et aux résultats tant de l'IRM que de l'électrorétinogramme (ERG), ainsi qu'aux mesures des potentiels évoqués visuels (PRV).
23. Dans un rapport du 16 juin 2016, le Dr D_____ a indiqué qu'au vu des tests olfactifs réalisés à plus de deux ans du traumatisme, il fallait considérer la situation comme stabilisée.
24. Sur demande de la SUVA, le docteur N_____, neurologue FMH, a examiné l'assuré. Dans son rapport d'expertise du 31 octobre 2016, le Dr N_____ a précisé que selon l'assuré, après l'événement du 8 mars 2014, il avait voulu rentrer chez lui en scooter, mais qu'il avait eu l'impression de ne plus voir en périphérie avec l'œil droit. Il avait arrêté son scooter, s'était assis au bord de la route et avait fait appeler une ambulance. Il avait constaté la disparition de l'olfaction dès le jour de l'accident. Les troubles visuels sous forme d'une vision tunellaire à droite étaient apparus le jour de l'accident, mais n'avaient pu être objectivés qu'à la suite de la diminution de l'œdème de la paupière droite. L'assuré se plaignait d'un état de stress important accompagné de sensations de tensions musculaires au niveau occipital avec irradiations à la nuque, de difficultés de concentration, de labilité émotionnelle et de sensation de perte de connaissance imminente. Au vu de cette situation, l'expert a demandé une évaluation psychologique et ophtalmologique. Selon l'évaluation neuropsychologique réalisée les 13 et 14 juin 2016 par Madame O_____, psychologue et neuropsychologue FSP, l'assuré présentait des

performances déficitaires à des épreuves mnésiques. La neuropsychologue avait constaté des difficultés fluctuantes lors d'épreuves exécutives et des difficultés pas toujours constantes au calcul mental. Ce tableau s'observait chez un assuré dont les plaintes cognitives étaient multiples. Cette symptomatologie diffuse s'exprimait dans le cadre d'une réactivité au stress. La présentation clinique n'évoquait pas une entité syndromique en relation particulièrement évidente avec la présence de contusions bi-frontales. Selon l'évaluation neuro-ophtalmologique réalisée le 19 août 2016 par le docteur P_____, médecin-adjoint à l'hôpital ophtalmique Jules-Gonin, l'assuré présentait une restriction concentrique du champ visuel de l'œil droit, plus de deux ans après un traumatisme oculo-orbitaire droit. Le diagnostic différentiel d'une restriction concentrique du champ visuel d'un seul œil incluait une neuropathie optique (essentiellement antérieure), une rétinopathie diffuse, ainsi qu'un trouble fonctionnel non organique. Actuellement, il n'y avait objectivement aucune suspicion de neuropathie optique ou de rétinopathie. Au test de confrontation, le champ visuel de l'œil droit était altéré, mais deux examens différents donnaient deux résultats différents. Le champ visuel était normal par confrontation à l'œil gauche. A la périmétrie automatique par l'appareil Octopus, il y avait une restriction concentrique du champ visuel à droite. A la périmétrie de Goldmann, l'assuré présentait une restriction concentrique à l'œil droit. Etant donné que les déficits campimétriques observés tant auprès du Dr J_____ que lors de sa consultation étaient variables, le Dr P_____ estimait qu'une composante fonctionnelle organique surajoutée était présente. Dans son rapport d'expertise, le Dr N_____ a exposé qu'aux points de vue ophtalmologique et neurologique, selon les examens du Dr P_____ et de la neuropsychologue, l'assuré ne présentait aucune séquelle objective des suites de son accident du 8 mars 2014. Concernant les troubles olfactifs, l'assuré ne sentait aucune odeur des deux côtés aussi bien s'agissant des substances irritatives stimulant le nerf trijumeau, soit le cinquième nerf crânien, que des agents olfactifs habituels sous le contrôle du premier nerf crânien. Par ailleurs, les autres contingents sensitifs du nerf trijumeau étaient tous normaux. Cette présentation était hautement suspecte d'une atteinte fonctionnelle (sans support lésionnel). Par conséquent, il existait également à ce sujet un doute quant au caractère organique de ce déficit. Il était très surprenant de retrouver une contusion fronto-basale, sans aucune évidence de commotion cérébrale ou de perte de connaissance. L'expert a diagnostiqué un status après traumatisme crânien simple sans commotion cérébrale, des troubles olfactifs d'origine peu claire, des troubles visuels d'origine fonctionnelle, un état de stress chronique et un status après contusion fronto-basale. Il n'y avait pas d'incapacité de travail sur le plan neurologique. Cette expertise devait être soumise au Dr D_____ pour que, sur la base de son examen clinique, il se déterminât clairement sur l'organicité de ses constatations, notamment sur l'atteinte olfactive et trigéminal, puis sur sa corrélation avec les données neuroradiologiques. Eu égard à l'absence de commotion cérébrale et aux doutes mentionnés, il convenait de s'assurer que les lésions neuroradiologiques étaient bien en rapport avec l'accident du 8 mars 2014.

25. Dans son appréciation du 20 janvier 2017, le docteur Q_____, ophtalmologue FMH et médecin au centre de compétence de médecine des assurances de la SUVA, a considéré que l'examen ophtalmologique du 19 août 2016 n'apportait pas d'éléments nouveaux. Selon les mesures effectuées, globalement un trouble fonctionnel de la vue n'était pas exclu. Le bilan ophtalmologique correspondait aux observations faites précédemment. Par conséquent, l'état de santé déjà constaté en mars 2016 devait être considéré comme stabilisé. L'appréciation de l'exigibilité et de l'atteinte à l'intégrité restait inchangée par rapport à celle du Dr M_____.
26. Dans son appréciation neurologique du 23 janvier 2017, le docteur R_____, neurologue FMH et médecin au centre de compétence de médecine des assurances de la SUVA, a rappelé que le traumatisme avait été mineur, qu'un traumatisme crânien n'avait pas été évoqué cliniquement, que l'imagerie avait révélé une lésion frontale unilatérale difficilement conciliable avec une anosmie totale et que les troubles visuels avaient aussi été définis comme ayant une composante fonctionnelle par le Dr P_____. Par conséquent, il rejoignait l'avis de l'expert N_____ qui mettait en doute le lien de causalité entre la lésion frontale droite et l'événement du 8 mars 2014. Les performances de l'assuré aux tests neuropsychologiques avaient été fluctuantes et ses plaintes cognitives étaient multiples, de sorte que le tableau clinique, qui n'évoquait pas une entité syndromique en relation particulièrement évidente avec la présence de contusions (bi)frontales, était compatible avec une réactivité au stress. Aussi, il y avait lieu de suivre les conclusions des Drs N_____ et P_____ qui mettaient en doute le lien de causalité entre les troubles olfactifs et cognitifs présentés par l'assuré et l'événement du 8 mars 2014. La causalité desdits troubles n'était pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante avec l'accident du 8 mars 2014. S'agissant des troubles visuels, le Dr M_____ avait estimé la capacité de travail à 90 % dès le mois de juillet 2015.
27. Par décision du 6 avril 2017, la SUVA a refusé la prise en charge des troubles olfactifs et cognitifs depuis l'émission de ses réserves, le 24 juillet 2015. Elle a considéré que selon le dossier médical, aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, ne pouvait être établi entre l'événement du 8 mars 2014 et lesdits troubles.
28. Par courrier du 6 avril 2017, la SUVA a mis un terme au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 31 juillet 2015 au motif que, d'après son service médical, l'assuré n'avait plus besoin de traitement depuis un certain déjà et qu'une capacité de travail de 90 % lui était reconnue dans son poste habituel depuis le 1^{er} août 2015. Elle allait encore examiner si elle pouvait libérer les indemnités journalières retenues à 50 % du 8 mars 2014 au 31 juillet 2015 dans l'attente du jugement pénal et lui allouer d'autres prestations.
29. Le 15 mai 2017, l'assuré a formé opposition à la décision du 6 avril 2017. Il a reproché à la SUVA de ne pas avoir motivé sa décision, de sorte qu'il peinait à comprendre le raisonnement soutenu. Il ressortait de l'audition du Dr E_____ par

le Ministère public qu'il existait un lien de causalité entre le coup de poing reçu le 8 mars 2014 et les lésions qu'il avait subies puisqu'il n'avait jamais évoqué auparavant un problème de vision ou de perte de goût ou de l'odorat. L'acte d'accusation du Ministère public du 2 février 2017 retenait un lien de causalité entre le coup de poing et les lésions subies. Par conséquent, il convenait de lui accorder des prestations à 100 % dès le 8 mars 2014 et à 85 % dès le 1^{er} mai 2015.

Il a produit dans la procédure le procès-verbal du Ministère public relatif à l'audience du 11 février 2016 et l'acte d'accusation du 2 février 2017.

- Selon le procès-verbal d'audience du 11 février 2016 relatif à l'audition du Dr E_____, ce dernier a indiqué qu'à la suite de l'agression subie le 8 mars 2014, l'assuré ne sentait plus les odeurs et avait des problèmes de vue avec une diminution de l'acuité visuelle à droite de 35 %. L'assuré n'avait jamais évoqué un problème de vision ou une diminution, respectivement une perte du goût ou de l'odorat, avant son accident de mars 2014 étant précisé qu'il était son patient depuis sept ou huit ans. L'assuré était en incapacité de travail à 100 % depuis son accident, respectivement à 85 % depuis le 1^{er} mai 2015 car il avait besoin de son odorat notamment pour effectuer des mélanges et pour savoir si un produit était périmé. Comme il avait perdu l'odorat, il ne pouvait plus travailler. Le Dr E_____ a précisé qu'il ne savait pas lui-même dans quelle mesure l'assuré avait besoin de son odorat pour mélanger les peintures et déterminer si elles étaient périmées. Il faisait confiance à ce que l'assuré lui avait dit. Ce dernier était en incapacité de travail s'agissant des activités liées à la peinture. En revanche, il était capable de travailler quant aux activités de gestion de son entreprise et aux tâches administratives.

- Selon l'acte d'accusation du 2 février 2017, à la suite du coup poing reçu au visage, l'assuré avait subi une perte totale et permanente du goût et de l'odorat, ainsi que des lésions du nerf optique occasionnant une diminution permanente de 30 à 35 % du champ visuel de l'œil droit.

30. Par certificat médical du 26 avril 2017, la Dresse K_____ a indiqué que l'assuré était suivi en psychiatrie au centre médical des Acacias depuis le 8 mars 2014 pour des troubles anxieux et dépressifs avec épisodes de panique, survenus suite à l'agression subie. Actuellement sous traitement psychotrope, son état restait fluctuant.
31. Par décision sur opposition du 7 juin 2017, la SUVA a rejeté l'opposition. Elle a considéré que sa décision avait été suffisamment motivée au regard de la jurisprudence rappelée et que l'assuré avait parfaitement saisi les tenants et aboutissants de la décision puisqu'il avait été en mesure de défendre ses intérêts dans le cadre de l'opposition. Des nombreux examens médicaux réalisés afin de déterminer l'étiologie des troubles olfactifs et cognitifs de l'assuré, il ressortait de façon concordante, selon les avis des Drs N_____ et R_____, qu'en présence d'un traumatisme somme toute mineur et au regard des constatations tant cliniques que radiologiques démontrant l'absence de lésion organique, il n'existait pas au

degré de la vraisemblance prépondérante un rapport de causalité entre l'accident annoncé et les troubles actuels. Ni les affirmations du Dr E_____, ni l'acte d'accusation du Ministère public n'étaient propres à douter des avis convergents des praticiens spécialistes. En l'absence de lien de causalité naturelle, l'examen de la causalité adéquate était superflu.

32. Par acte du 10 juillet 2017, l'assuré a recouru contre ladite décision auprès de la chambre de céans. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, à la constatation de la violation de son droit d'être entendu et de l'existence d'un lien de causalité tant naturelle qu'adéquate entre l'accident du 8 mars 2014 et l'anosmie, respectivement la contusion traumatique du nerf optique droit, et à la condamnation de l'intimée à verser des prestations d'assurance depuis le 24 juillet 2015. Il a allégué que les photos qu'il produisait démontraient que le traumatisme subi n'était nullement mineur. De plus, selon le procès-verbal de l'audience du Ministère public du 10 février 2016 qu'il produisait, le Dr J_____ avait indiqué au vu de ces images que l'hématome en monocle provenait d'un coup porté avec une énergie considérable, ce qui rendait plus que plausible une atteinte au nerf optique consécutive à ce traumatisme. Le recourant a persisté dans son grief de violation du droit d'être entendu au motif que, dans sa décision du 6 avril 2017, l'intimée n'expliquait pas en quoi le lien de causalité vraisemblable n'existerait pas entre les troubles subis et l'agression du 8 mars 2014, de sorte qu'il avait été contraint de supposer les arguments soulevés par l'intimée. Elle n'expliquait pas davantage en quoi la situation aurait changé entre le 24 juillet 2015 et le 6 avril 2017 et quels critères elle avait pris en compte pour conclure à la suppression du droit aux prestations avec effet rétroactif au 24 juillet 2015. Par ailleurs, la décision dont est recours invoquait des arguments supplémentaires dont le recourant n'avait pas eu connaissance au stade de l'opposition, de sorte qu'il avait perdu une voie de droit. Il n'avait pas eu davantage accès au dossier de l'intimée, ce qui l'avait empêché de se déterminer sur l'intégralité dudit dossier. S'agissant du lien de causalité naturelle entre le coup reçu et tant les troubles de la vue que la perte de l'odorat, les Drs R_____ et N_____ n'étaient pas en mesure de déterminer si le recourant souffrait de tels troubles avant l'événement assuré puisqu'ils ne l'avaient pas examiné à cette époque au contraire du Dr E_____. Par ailleurs, un lien de causalité était également admis par les Drs D_____, J_____ et S_____ qui n'étaient pas ses médecins traitants. Les photographies et les attestations médicales établissaient également l'existence d'un tel lien entre l'agression et le dommage.

Le recourant a produit diverses pièces.

- Selon le procès-verbal de l'audience du Ministère public du 10 février 2016, le Dr J_____ a précisé, lors de son audition, que s'agissant de l'acuité visuelle, le recourant avait une bonne vision, mais qu'en revanche, il présentait une importante réduction du champ visuel, à savoir 18,8 dB. A partir de 10 dB, on pouvait déjà parler d'une réduction significative. Cette perte pouvait être partiellement compensée par la vision périphérique de l'œil gauche. Les examens montraient que

l'origine du problème venait d'une lésion traumatique des fibres du nerf optique, soit une lésion qui n'était pas récupérable. Ce diagnostic se basait sur l'anamnèse, ainsi que sur son examen et celui des autres ORL. Il ressortait du rapport du Dr D_____ que le nerf crânien 1, soit le nerf olfactif, était atteint. Etant donné que le nerf optique était le nerf crânien 2 qui se trouvait à proximité du nerf olfactif, il en déduisait que le nerf optique avait également été atteint. L'hématome en monocle évoquait un coup porté avec une énergie considérable ce qui rendait plus que plausible une atteinte au nerf optique consécutive à ce coup. Egalement entendu, le Dr D_____ a précisé que les personnes qui se plaignaient d'une perte d'odorat se plaignaient également d'une perte de goût qui était liée à la perte de la perception rétro-nasale. En revanche, médicalement parlant, il n'y avait pas de lien automatique entre la perte de l'odorat et la perte du goût. La perte traumatique de l'odorat était classique et scientifiquement établie. En revanche, il y avait peu de connaissances et de littérature médicale sur la perte du goût d'origine traumatique. Sur la base des examens effectués, il ne pouvait pas dire si l'impact reçu par le recourant était violent ou non. Toutefois, le traumatisme avait dégagé suffisamment d'énergie pour casser le nez et causer la contusion fronto-basale. Il avait basé son examen médical sur l'anamnèse et ses constatations. Il ne pouvait pas savoir si le recourant avait subi un autre traumatisme auparavant ou par la suite.

- Dans un rapport du 22 mai 2017, après prise en compte de l'évaluation neuro-ophtalmologique d'août 2016 et de son dernier examen du 1^{er} mars 2017, le Dr J_____ a confirmé le diagnostic déjà posé. Il a constaté une importante réduction concentrique du champ visuel à droite de 14 dB. Le recourant présentait toujours une importante réduction concentrique dudit champ qui pouvait s'expliquer par une ancienne contusion traumatique du nerf optique droit. Il n'y avait pas eu d'amélioration notable depuis la première évaluation.

33. Dans sa réponse du 30 août 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. Le grief de violation du droit d'être entendu était sans objet dès lors que la décision attaquée exposait de façon précise les motifs justifiant sa position. Dans la mesure où cette décision était attaquée devant une autorité judiciaire jouissant d'un plein pouvoir d'examen, l'éventuelle violation du droit d'être entendu résultant de la décision du 6 avril 2017 était réparée. Quoi qu'il en fût, le recourant avait pu soulever dans son opposition les griefs qu'il invoquait désormais dans le cadre de la procédure judiciaire. S'il avait voulu discuter plus précisément le résultat de l'instruction médicale, il aurait dû demander à l'intimée à pouvoir consulter son dossier. Même si la décision attaquée semblait circonscrire son objet aux seuls troubles olfactifs et cognitifs du recourant, son effet matériel était de supprimer les prestations d'assurance, de sorte que l'objet du litige était le droit aux prestations dues à partir du 24 juillet 2015. Les rapports des Drs N_____ et R_____ ayant pleine valeur probante établissaient de façon probante que les troubles du recourant ne reposaient sur aucun substrat organique objectivable. Dans la mesure où les constatations du Dr D_____ n'émanaient pas d'un spécialiste en

neurologie, elles ne remettaient pas en cause les conclusions de ces deux médecins, ce d'autant plus qu'il faisait preuve de retenue en imputant les symptômes observés aux atteintes objectivées. Quant à l'avis du Dr E_____, il ne discutait pas du caractère objectivable des troubles en présence et il se fondait sur l'adage « post hoc ergo propter hoc » qui ne permettait pas d'établir l'existence d'un lien de causalité. Toutefois, la question du lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles du recourant pouvait rester ouverte puisque l'existence d'un lien de causalité adéquate devait être niée. En effet, l'agression subie devait tout au plus être rangée dans la catégorie des accidents de gravité moyenne. Au surplus, les critères jurisprudentiels à prendre en considération ne présentaient pas une intensité suffisante permettant de conclure à l'existence d'une relation de causalité adéquate.

34. Dans sa réplique du 26 septembre 2017, le recourant a fait part du dispositif du jugement et de l'ordonnance rectificative du Tribunal de police datés du 8 septembre 2017 qui reconnaissent le carreur coupable de lésions corporelles simples et graves par négligence. Il a persisté à soutenir que son droit d'être entendu avait été violé par l'intimée et qu'il existait un lien de causalité naturelle entre l'accident et ses troubles actuels. S'agissant des troubles visuels, le Dr M_____ confirmait les dires du Dr E_____ en relevant que ni le dossier, ni l'anamnèse ne révélaient de problèmes ophtalmologiques antérieurs. En outre, par son jugement, le Tribunal de police avait reconnu l'existence d'un lien de causalité naturelle entre le coup de poing et les lésions. Quant au lien de causalité adéquate, le recourant a exposé que la jurisprudence relative aux troubles psychiques ne s'appliquait pas dès lors qu'il n'alléguait aucun dommage psychique dans sa demande de prestations. S'agissant des troubles olfactifs et cognitifs, le Dr N_____ n'avait pas pris la peine d'examiner l'IRM du 11 juillet 2014 qui établissait l'existence d'une contusion et qui expliquait son anosmie, soit un élément objectivable, et n'indiquait pas en quoi ladite IRM ne serait pas pertinente pour apprécier le lien de causalité. Par conséquent, son évaluation n'avait pas de valeur probante. Quant à l'appréciation du Dr R_____, elle était contradictoire puisque ce médecin confirmait que l'IRM permettait de visualiser une séquence d'apparence post-traumatique avec gliose au niveau gyrus rectus droit, tout en suivant l'avis du Dr N_____ qui retenait le caractère non organique des troubles olfactifs. De plus, ces deux médecins n'expliquaient pas en quoi la contusion mentionnée par le Dr D_____ ne pouvait pas être appréciée sur l'IRM, ni pourquoi il faudrait se distancer de cet élément objectif, ni en quoi les structures lésées visibles sur l'IRM ne seraient pas impliquées dans l'olfaction. S'agissant de la restriction du champ visuel de l'œil droit, l'intimée faisait preuve d'arbitraire en niant un tel lien de causalité alors que le Dr M_____ admettait l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'agression et les troubles de la vue. L'intimée n'expliquait pas sur quelles bases elle se fondait pour retenir que lesdits troubles seraient une conséquence psychique de l'accident. Le recourant a également fait grief à l'intimée de pas avoir instruit sa perte de goût, alors qu'il avait mentionné ce trouble lors des divers entretiens dans le bureau de l'intimée et

que le Dr E_____ ainsi que le Ministère public retenaient que le coup porté avait également provoqué une perte de goût. Il a persisté intégralement dans ses conclusions et développements précédents.

35. Le 29 septembre 2017, la chambre de céans a transmis cette écriture à l'intimée, et sur quoi, a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit 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. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). D'après l'art. 62 al. 3 LPA-GE, le délai de recours court dès le lendemain de la notification de la décision. Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3, 1^{ère} phrase LPGA applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA; cf. également art. 17 al. 3 LPA-GE).

En l'espèce, le recours a été interjeté le 10 juillet 2017 contre la décision du 7 juin 2017 reçue le lendemain, soit le dernier jour du délai reporté au premier jour ouvrable suivant. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 89B LPA-GE).

5. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision

– constitue, d’après les conclusions du recours, l’objet de la décision effectivement attaqué (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées).

En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, 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 voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n’a été rendue, la contestation n’a pas d’objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 414 consid. 1a; ATF 119 Ib 36 consid. 1b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 126/06 du 15 juillet 2007 consid. 3.1). Le juge n’entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l’objet de la contestation (ATF 125 V 413 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 8C_164/2009 du 18 mars 2010 consid. 2.1).

En l’espèce, dans sa décision du 6 avril 2017 et sa décision sur opposition du 7 juin 2017 – qui déterminent l’objet de la contestation –, l’intimée a nié l’existence d’un lien de causalité naturelle entre le coup de poing reçu au visage par le recourant, le 8 mars 2014, et les troubles olfactifs ainsi que cognitifs. Dans sa réponse, l’intimée allègue que l’objet du litige est le droit aux prestations d’assurance à partir du 24 juillet 2015 et non pas seulement celui en lien avec les troubles olfactifs et cognitifs du recourant. Or, la chambre de céans ne saurait suivre cette argumentation qui est contraire au principe de la bonne foi. En effet, non seulement les décisions de l’intimée délimitent clairement l’objet de la contestation aux seules prestations d’assurance en lien avec les troubles olfactifs et cognitifs, mais de plus, par courrier du 6 avril 2017, soit le même jour que sa décision, l’intimée a mis un terme au paiement des soins médicaux et de l’indemnité journalière avec effet au 31 juillet 2015 et s’est engagée à examiner si elle pouvait allouer au recourant d’autres prestations. Or, si l’intimée avait voulu, par sa décision du 6 avril 2017 et malgré les termes clairs de celle-ci, régler l’intégralité du droit aux prestations d’assurance en lien avec l’accident du 8 mars 2014, elle n’avait pas à préciser dans un courrier parallèle qu’elle mettait un terme uniquement au droit au traitement ainsi qu’à l’indemnité journalière et réservait l’examen du droit à d’autres prestations. Si elle l’a fait c’est qu’elle envisageait d’examiner le droit du recourant aux prestations en lien avec l’atteinte visuelle, à savoir l’indemnité pour atteinte à l’intégrité de 18 % admise par les Drs M_____, T_____ et R_____, ainsi que l’indemnisation de l’incapacité de travail de 10 %. Aussi, elle ne peut pas revenir sur les promesses faites au recourant à ce sujet sans adopter une attitude contradictoire et violer ainsi le principe de la bonne foi prévu par l’art. 5 al. 3 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) qui exige que l’administration et les administrés se comportent réciproquement de manière loyale.

Par conséquent, est seul litigieux le droit aux prestations d'assurance postérieures au 24 juillet 2015 en lien avec les troubles cognitifs et olfactifs, respectivement gustatifs, puisque, selon les explications données par le Dr D_____ lors de son audition par le Ministère public, ce trouble est lié à la perte de la perception rétro-nasale.

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. 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 exigence est remplie 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

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 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. 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 cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné

une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5), d'un traumatisme psychique consécutif à un choc émotionnel (ATF 129 V 177 consid. 4.2), ou encore d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crânio-cérébral (ATF 134 V 109).

7. Dans un premier grief, le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu au vu de la motivation insuffisante de la décision du 6 avril 2017, respectivement la perte d'un degré d'instance.

Le droit d'être entendu étant une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation conduit à l'annulation du jugement entrepris indépendamment des chances de succès du recours sur le fond, il convient d'examiner ce grief à titre préalable (ATF 138 I 232 consid. 5.1 et ATF 127 V 431 consid. 3d/aa).

a) L'art. 29 al. 2 Cst. garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues. La jurisprudence en a déduit, en particulier le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3; ATF 135 II 286 consid. 5.1; ATF 132 V 368 consid. 3.1). La jurisprudence a également déduit du droit d'être entendu celui d'obtenir une décision motivée. Le destinataire de la décision et toute personne intéressée doivent pouvoir la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et l'instance de recours doit pouvoir exercer pleinement son contrôle si elle est saisie (ATF 129 I 232 consid. 3.2; ATF 126 I 15 consid. 2a/aa).

Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 138 I 232 consid. 5.1 et les références). Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 129 I 232 consid. 3.2; ATF 126 I 97 consid. 2b). La motivation d'une décision est suffisante lorsque l'intéressé est mis en mesure d'en apprécier la portée et de la déférer à une instance supérieure en pleine connaissance de cause (ATF 122 IV 14 consid. 2c).

b) Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; ATF 126 V 130 consid. 2b et les arrêts cités). Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la

réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; ATF 126 V 131 consid. 2b et les références).

8. En l'espèce, dans sa décision du 6 avril 2017, l'intimée a refusé la prise en charge des troubles olfactifs et cognitifs depuis l'émission de ses réserves le 24 juillet 2015 au motif que, selon le dossier médical, aucun lien de causalité certain ou du moins probable n'existait entre lesdits trouble et l'événement du 8 mars 2014. Une telle motivation est certes succincte en tant qu'elle est très générale et ne précise pas sur quelles pièces en particulier elle se base pour asseoir son refus de prise en charge, ce d'autant plus que l'intimée n'a pas transmis au recourant une copie du rapport d'expertise du Dr N_____. Toutefois, en vertu de l'art. 47 al. 2 LPGA, le recourant pouvait demander à l'intimée de consulter son dossier afin de pouvoir former opposition en toute connaissance de cause, ce qu'il n'a pas fait. Etant donné que le recourant a été en mesure de former opposition et de contester l'absence de lien de causalité entre l'accident et les troubles olfactifs ainsi que cognitifs, force est de constater que l'intimée a rempli son devoir minimum de motivation.

Le recourant invoque également la garantie de la double instance pour justifier la violation de son droit d'être entendu.

Une telle garantie doit être mise en relation avec le droit d'être entendu avec lequel elle se confond, dans une certaine mesure tout au moins; elle n'est pas, en tant que telle dans le domaine du droit administratif, une garantie générale de procédure ou un droit constitutionnel des citoyens (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 431/02 du 8 novembre 2002 consid. 3.1). Or, dans la mesure où une telle garantie n'est pas un droit constitutionnel, ni une garantie générale de procédure, elle ne se distingue pas des critères retenus pour apprécier la violation du droit d'être entendu, déjà examinés ci-dessus. Au demeurant, la chambre de céans ne discerne pas en quoi le recourant a été privé d'une double instance puisque les griefs qu'il a formulés dans son opposition ont pu être examinés dans la décision sur opposition.

Par conséquent, sous l'angle de l'obligation de motivation, le grief de violation du droit d'être entendu se révèle mal fondé.

9. a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. 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).
- b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur

le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

c) 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 125 V 351 consid. 3b/bb).

d) 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).

e) 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).

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

g) 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).

10. 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).
11. En second lieu, il convient d'examiner la valeur probante des rapports médicaux sur lesquels l'intimée s'est basée pour refuser les prestations en lien avec les troubles olfactifs et cognitifs, à savoir le rapport d'expertise du Dr N_____ du 31 octobre 2016 et l'appréciation neurologique du Dr R_____ du 23 janvier 2017, ainsi que l'évaluation neuropsychologique de Madame O_____, étant rappelé que les troubles visuels ne font pas l'objet de la présente procédure, de sorte que la valeur probante des rapports du Dr P_____ et des ophtalmologues de l'intimée ne sera pas examinée.

En l'espèce, dans son rapport d'expertise du 31 octobre 2016, le Dr N_____ diagnostique un status après traumatisme crânien simple sans commotion cérébrale, des troubles olfactifs d'origine peu claire, des troubles visuels d'origine fonctionnelle, un état de stress chronique et un status après contusion fronto-basale. Il conclut, d'un point de vue ophtalmologique et neuropsychologique, à l'absence de séquelles objectives de l'accident du 8 mars 2014. S'agissant de l'atteinte fronto-basale retrouvée à l'IRM qu'il n'a pas vue personnellement, il retient qu'elle n'a

aucune répercussion neuropsychologique au vu de l'examen de Madame O_____. Il estime très surprenant de trouver une contusion fronto-basale, sans aucune évidence de commotion cérébrale ou de perte de connaissance. S'agissant des troubles olfactifs, il est d'avis qu'il existe un doute quant au caractère organique de ce déficit au motif que le recourant ne sent ni les substances irritatives qui stimulent le trijumeau (cinquième nerf crânien), ni les agents olfactifs habituels qui sont sous le contrôle du premier nerf crânien, alors que les autres contingents sensitifs du nerf trijumeau (sensibilité faciale, buccale ou cornéenne) sont tous normaux, soit une présentation qui fait hautement suspecter une atteinte fonctionnelle. Il conclut également à l'absence d'incapacité de travail sur le plan neurologique. Il précise que cette expertise doit être présentée au Dr D_____ afin que, sur la base de son examen clinique, il se détermine clairement quant à l'organicité de ses constatations, notamment s'agissant de l'atteinte olfactive et trigéminal, de la corrélation de cette dernière avec les données neuroradiologiques, ainsi que sur la capacité de travail et les limitations engendrées par ce déficit. Il ajoute qu'il convient également de s'assurer que les lésions neuroradiologiques sont bien en relation avec l'accident du 8 mars 2014.

Dans son rapport d'expertise, le Dr N_____ ne prend pas une position définitive quant au lien de causalité naturelle entre l'atteinte olfactive et l'accident du 8 mars 2014 puisque, tout en suspectant fortement une atteinte fonctionnelle, il demande que son expertise soit soumise au Dr D_____ afin que ce dernier procède à un examen clinique du recourant et se détermine sur l'organicité des troubles olfactifs, sur la capacité de travail et les limitations engendrées par ce déficit. Par conséquent, l'expertise ne repose pas sur des investigations complètes puisqu'il manque des éclaircissements sur le plan ORL qui sont renvoyés au Dr D_____ et que l'avis de celui-ci n'a pas été sollicité par l'intimé. Aussi, faute de position définitive, les résultats de l'expertise ne sont pas convaincants. Par ailleurs, le Dr N_____ n'a pas analysé personnellement l'IRM révélant l'atteinte fronto-basale, de sorte que son appréciation à ce sujet n'est pas pertinente. De plus, ses conclusions sont en réalité contredites par les explications du Dr D_____, de sorte que les résultats de l'expertise sont peu convaincants. En effet, dans son rapport du 17 juillet 2014, le Dr D_____ met en évidence sur la base de l'IRM cérébrale du 11 juillet 2014, une contusion fronto-basale droite et une contusion au niveau du lobe temporal, ainsi qu'une fracture du nez révélée par le CT du massif facial daté du 8 mars 2014. Il expose que le recourant présente une anosmie totale survenue après le traumatisme crânien. Il précise que la structure fronto-basale et le lobe temporal sont fortement impliqués dans l'olfaction et que ces contusions suggèrent que, lors du traumatisme, l'énergie absorbée par le cerveau a été plus importante que ce que les circonstances du traumatisme crânien, à savoir absence tant de perte de connaissance que de chute occipitale et de fracture de la voûte crânienne, permettaient de suspecter, ce qui corrobore bien la plainte d'une anosmie. Lors de son audition par le Ministère public du 10 février 2016, il explique qu'en cas de perte d'odorat, on examine d'abord la cavité nasale. Dans le cas du recourant, cet

examen n'a pas révélé de cause périphérique et afin d'avoir une explication à cette perte d'odorat, il a fait procéder à une IRM. Cet examen a mis en évidence des signes traumatiques aux endroits où on les attend en cas de perte d'odorat. La contusion fronto-basale est typique de ce qu'on peut constater dans des cas de perte d'odorat traumatique. Cette contusion est classiquement observée chez des personnes qui ont subi un fort traumatisme. Il constate que le traumatisme a dégagé suffisamment d'énergie pour casser le nez et causer la contusion fronto-basale.

Dès lors, au vu de ces divers défauts, l'expertise du Dr N_____ n'a pas de valeur probante.

Dans son évaluation neurologique du 23 janvier 2017, le Dr R_____ conclut à l'absence de lien de causalité entre l'accident du 8 mars 2014 et les troubles cognitifs ainsi qu'olfactifs. D'un point de vue neurologique, il retient également l'absence de limitation de la capacité de travail raisonnablement exigible et l'absence d'atteinte à l'intégrité. Il suit l'avis du Dr N_____ selon lequel la constellation clinique et radiologique évoque un caractère non organique des troubles olfactifs au regard du traumatisme mineur, de l'absence d'évocation clinique d'un traumatisme crânien et de la lésion frontale droite difficilement conciliable avec une anosmie totale.

Dans la mesure où le Dr R_____ se borne à confirmer les conclusions du Dr N_____ en reprenant strictement les mêmes arguments que ce dernier, son rapport n'a pas davantage de valeur probante pour les mêmes motifs, ce d'autant plus que l'évocation par le Dr N_____ d'un caractère non organique est une hypothèse qui doit encore être vérifiée par un examen clinique du recourant. En effet, au stade actuel des investigations médicales, il existe des incertitudes quant à la situation médicale, dans la mesure où lesdites investigations ne permettent pas de statuer en pleine connaissance de cause sur la nature et l'origine des troubles olfactifs. Par ailleurs, son évaluation repose sur l'hypothèse d'un traumatisme mineur, alors que le Dr D_____ explique que l'énergie avec laquelle le coup a été porté justifie d'admettre que le traumatisme crânien a été en réalité plus important que ce que les circonstances de l'accident permettent de penser. De plus, lors de son audition du 10 février 2016 par le Ministère public, le Dr J_____ relève également que l'hématome en monocle évoque un coup porté avec une énergie considérable. Par conséquent, l'hypothèse sur laquelle repose les conclusions du Dr R_____ n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante.

Dans son évaluation neuropsychologique, Madame O_____ constate des performances déficitaires à des épreuves mnésiques, des difficultés fluctuantes lors d'épreuves exécutives et des difficultés inconstantes au calcul mental. Elle considère que la présentation clinique n'évoque pas une entité syndromique en relation particulièrement évidente avec la présence de contusions bi-frontales.

Etant donné que son appréciation se base sur des tests, qu'elle tient compte de l'anamnèse ainsi que des plaintes du recourant, que ses conclusions sont cohérentes

et qu'elles ne sont pas contredites par d'autres rapports médicaux, il n'y a pas lieu de s'en écarter. Au demeurant, le recourant ne la conteste pas.

12. Par ailleurs, il apparaît que lors de la mise en œuvre de l'expertise confiée au Dr N_____, l'intimée n'a pas respecté les principes de procédure prévalant en la matière.

a) Selon l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. Lorsque l'assureur-accidents ordonne une expertise avant de rendre une décision au sens de l'art. 49 LPGA, il doit respecter le droit de l'assuré d'être entendu à ce stade déjà, sans attendre la phase - éventuelle - de la procédure d'opposition prévue par l'art. 52 LPGA. S'il omet de le faire, privant ainsi l'assuré de la faculté d'exercer ses droits de participation à l'établissement d'une expertise, le vice de procédure ne peut être réparé, du moins lorsque l'expertise constitue l'élément central et prépondérant de l'instruction (ATF 120 V 357 consid. 2b; RAMA 2000 n° U 369 p. 104 consid. 2b, 1996 n° U 265 p. 294 consid. 3c).

A l'ATF 137 V 210 consid. 3, le Tribunal fédéral a instauré de nouveaux principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et de recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres) et ce afin que soient garantis les droits des parties découlant notamment du droit d'être entendu et de la notion de procès équitable (art. 29 al. 2 Cst., art. 42 LPGA et art. 6 ch. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 [CEDH; RS 0.101]; ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Il est notamment revenu sur la jurisprudence de l'ATF 132 V 93 selon laquelle la mise en œuvre d'une expertise par l'assureur social ne revêtait pas le caractère d'une décision. Il a jugé qu'en l'absence d'accord entre les parties, une telle mise en œuvre doit revêtir la forme d'une décision au sens de l'art. 49 LPGA correspondant à la notion de décision selon l'art. 5 PA de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA; RS 172.021) laquelle peut être attaquée devant les tribunaux cantonaux des assurances sociales respectivement le Tribunal administratif fédéral (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.7). Il a modifié la jurisprudence de l'ATF 133 V 446 en ce sens que l'assuré a le droit de se déterminer préalablement sur les questions à l'attention des experts dans le cadre de la décision de mise en œuvre de l'expertise (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9). Dans des arrêts ultérieurs, il a indiqué que ces principes et recommandations sont également applicables par analogie aux expertises mono- et bidisciplinaires (ATF 139 V 349 consid. 5.4) et dans le domaine de l'assurance-accidents, étant précisé que la personne assurée bénéficie

des droits de participation antérieurs en ce sens qu'elle peut s'exprimer sur les questions posées à l'expert (ATF 138 V 318 consid. 6.1).

Il convient de préciser que toute prise de position que requiert l'assureur d'un tiers médecin ne constitue cependant pas systématiquement une expertise. Savoir si un avis médical doit être qualifié d'expertise ou non est une question qui doit être résolue dans chaque cas particulier en fonction de l'importance sur le plan procédural des déclarations du médecin et du contenu de celles-ci. Une délimitation claire entre une expertise médicale (en particulier une expertise administrative) et une prise de position médicale, simple ou qualifiée, à laquelle, pour des raisons d'économie de procédure, des exigences moins sévères en matière de droit d'être entendu doivent être posées n'existe pas (ATF 122 V 160 consid. 1b in fine et la référence). En règle générale, on se trouve en présence d'une expertise lorsqu'un tiers est chargé de rendre un rapport médical fondé sur l'ensemble du dossier médical (en principe), ainsi que sur ses propres examens, en vue d'une appréciation finale d'un cas d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 2.2).

b) En l'espèce, par courrier du 26 février 2016, l'intimée a demandé au Dr N_____ d'examiner le recourant et de répondre à diverses questions, tout en lui laissant la latitude de faire pratiquer les examens complémentaires qu'il jugeait nécessaires. Le même jour, l'intimée a uniquement informé le recourant qu'il serait convoqué par le Dr N_____ pour un examen. Puis, après avoir requis une évaluation neuropsychologique et ophtalmologique, établi son rapport d'expertise du 31 octobre 2016 par courrier du même jour, le Dr N_____ a remercié l'intimée de l'avoir mandaté à des fins d'expertise et lui a transmis son rapport d'expertise du même jour.

Même si, dans son courrier du 26 février 2016, l'intimée n'a pas formellement confié un mandat d'expertise au Dr N_____, mais lui a demandé d'examiner le recourant et de répondre à un questionnaire, matériellement et dans les faits, elle a mis en œuvre une expertise auprès de ce spécialiste qui est un médecin indépendant (cf. art. 44 LPG) et l'a chargé de répondre à des questions médicales, à savoir notamment concernant le lien de causalité naturelle entre les troubles actuels et l'accident, soit des questions servant à l'éclaircissement de l'état de fait médical (cf. Jürg KIESER, ATSG Kommentar, 3^{ème} édition 2015, ad art. 44 ch. 15). Au demeurant, le Dr N_____ a bien compris le mandat reçu comme étant un mandat d'expertise puisqu'il a établi un rapport d'expertise et s'est entouré d'avis de spécialistes neuropsychologue et ophtalmologue qui sont seuls susceptibles d'être requis dans le cadre d'une expertise et non pas dans celui d'un simple examen.

Dès lors que l'intimée a confié une expertise au Dr N_____, elle était tenue de donner au recourant la possibilité d'exercer ses droits de participation à l'établissement d'une expertise, en particulier celui de se prononcer sur le nom de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres, ainsi que de prendre position sur le résultat de l'expertise, avant de rendre sa

décision. Or, elle a uniquement informé le recourant du nom de l'expert, sans lui donner la possibilité de le récuser. De plus, elle ne lui a pas soumis le questionnaire destiné à l'expert et ne lui a pas transmis le rapport d'expertise avant d'établir sa décision. Toutefois, au regard de l'absence de valeur probante de ladite expertise, il n'est pas nécessaire d'examiner si cette violation des règles de procédure doit être sanctionnée.

13. La chambre de céans relève, s'agissant du lien de causalité, que l'intimée adopte une argumentation contradictoire. En effet, elle considère dans sa décision sur opposition que la question du lien de causalité adéquate peut rester ouverte, puis dans sa réponse, que c'est la question de la causalité naturelle qui peut rester ouverte en appliquant la jurisprudence relative à une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique.

En l'occurrence, il est prématuré de statuer sur la question du lien de causalité adéquate. En effet, en présence de l'IRM cérébrale du 11 juillet 2014 révélant une contusion fronto-basale, il y a lieu d'instruire le dossier sur le plan médical, afin de déterminer si les troubles présentés par le recourant sont d'origine organique ou fonctionnelle, respectivement si la question du lien de causalité adéquate doit être tranchée selon la jurisprudence concernant les troubles psychiques surajoutés à une atteinte organique, celle concernant le traumatisme cranio-cérébral ou celle relative aux seuls troubles physiques (cf. dans un cas comparable, les arrêts du Tribunal fédéral 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 4.2 et 8C_164/2009 du 18 mars 2010 consid. 6.1).

14. 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).

En l'espèce, l'intimée n'a pas demandé au Dr D_____ les précisions requises par le Dr N_____, de sorte qu'il y a lieu de procéder à des investigations supplémentaires. Au vu des doutes du Dr N_____ qui nécessitent de clarifier les

aspects médicaux du dossier, il y a lieu de renvoyer celui-ci à l'intimée afin qu'elle mette en œuvre une expertise externe pluridisciplinaire, à savoir en tout cas neurologique ainsi qu'oto-rhino-laryngologique et qu'elle rende une décision quant aux troubles ophtalmologiques. Dans ce cadre, il lui appartiendra de déterminer si l'expertise pluridisciplinaire doit également comporter un volet ophtalmologique, psychiatrique et radiologique eu égard à l'interprétation controversée de l'IRM cérébrale du 11 juillet 2014.

15. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et les décisions des 6 avril 2017 ainsi que du 7 juin 2017 seront annulées.

Le requérant obtenant gain de cause et étant représenté, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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 au sens des considérants et annule la décision du 6 avril 2017 ainsi que la décision sur opposition du 7 juin 2017.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et décision concernant les troubles visuels.
4. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 3'000.- à titre de participation à ses frais et 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

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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