

## **GE\_GERICHTE A/1284/2018 vom 28. Juni 2019**

GE Cour de justice, 2019-06-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1284\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1284_2018)

FR: GE\_GERICHTE A/1284/2018 du 28 juin 2019

IT: GE\_GERICHTE A/1284/2018 del 28 giugno 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GEX, France, représenté par le Syndicat UNIA recourant contre CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENTS (SUVA), Division juridique, Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG intimée EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_, (ci-après : l'assuré), né en 1958, a travaillé à compter du 12 février 2007 pour l'entreprise B\_\_\_\_\_ SA en qualité de « technicien de maintenance HVAC » (pour Heating, Ventilation and Air-Conditioning). À ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la SUVA). 2. Le 18 mai 2007, son employeur a annoncé à la SUVA que l'assuré avait été victime d'un accident professionnel en date du 15 mai 2007. 3. Dans un rapport du 4 juin 2007, la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie (ci-après : ORL) a diagnostiqué un traumatisme acoustique bilatéral prédominant à gauche. Elle a indiqué à la SUVA avoir été consultée de 16 mai 2007 par l'assuré, lequel avait relaté que la vanne d'un extincteur avait sauté lors d'une manoeuvre de contrôle, entraînant une dépressurisation subite de l'objet qui était tombé et avait explosé. Elle avait constaté une hypoacousie de perception bilatérale, prédominante à gauche ; l'assuré présentait une baisse de l'acuité auditive et un acouphène à gauche, avec une sensation d'instabilité. 4. L'assuré a été en incapacité de travail à 100% du 4 au 10 juin 2007 et à 50% du 2 juillet au 3 septembre 2007. 5. Dans un rapport du 27 août 2007, la Dresse C\_\_\_\_\_ a signalé la persistance d'une hypoacousie subjective et objective bilatérale prédominante à gauche, ainsi que d'un acouphène gauche très important. L'assuré ne prenait plus de médicaments, mais la consultait toutes les six à huit semaines pour des contrôles. Il était en outre suivi pour des céphalées et des migraines par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, lequel avait introduit un traitement médicamenteux qui avait dû être interrompu car mal supporté. 6. Dans un rapport du 29 novembre 2007, la Dresse C\_\_\_\_\_ a relevé à l'anamnèse que l'assuré avait subi une brûlure au visage avec de l'acide acétique en mars 2001 et qu'il souffrait depuis lors d'une photophobie due à une érosion cornéenne de l'oeil gauche, d'une migraine et d'une ostéotomie de valgisation des deux côtés. Suite à l'accident du 15 mai 2007, il y avait eu recrudescence des migraines, devenues quasi constantes. Du point de vue audiolgique, l'évolution avait été marquée dans un premier temps par une récupération très partielle de l'acuité auditive à gauche dans les fréquences aiguës, puis une nouvelle chute de cette acuité en juillet 2007, avec des seuils même légèrement moins bons que ceux du premier examen. Du point de vue oto-neurologique, l'assuré avait fait état, dès le 10 septembre 2007 de vertiges survenant par à-coups, associés à une perte de l'équilibre, survenant tous les trois à quatre jours et durant parfois une journée. Un audiogramme réalisé le 24 octobre 2007 avait mis en évidence une perte auditive dans les fréquences graves qui n'était précédemment pas présente, avec des seuils en plateau à 40 dB. Lors d'un nouveau contrôle le 26 novembre

2007, ces seuils atteignaient 55 dB. Cette atteinte auditive était un déficit auditif de perception. Au vu de l'évolution, le médecin soupçonnait un hydrops endo-lymphatique post-traumatique à gauche. Le contrat de travail de l'assuré, engagé pour une durée déterminée jusqu'à fin novembre 2007, aurait pu être reconduit, mais ne l'avait pas été. Il avait repris le travail à 100% malgré toutes ses plaintes. 7. Le 6 décembre 2007, la Dresse C\_\_\_\_\_ a indiqué à la SUVA que les consultations avaient lieu toutes les quatre à six semaines et que l'assuré était adressé au Professeur E\_\_\_\_\_, médecin-chef du service d'ORL des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : HUG). 8. À compter de décembre 2007, l'assuré a travaillé en qualité de gardien de l'aire d'accueil des gens du voyage de Gex (France) à 50% (de 35 heures, soit 17.50 h./sem.). 9. Il a été en arrêt de travail à 50% du 12 décembre 2007 au 1<sup>er</sup> janvier 2008 et à 100% du 2 au 27 janvier 2008. 10. Le 16 janvier 2008, le Prof. E\_\_\_\_\_ a examiné l'assuré. Il ressort de son rapport du 15 février 2008 que l'intéressé était très affecté par ce qui lui arrivait et éprouvait un certain sentiment de révolte. Son médecin lui avait proposé de l'aider sur le plan psychologique, ce qui semblait tout à fait raisonnable. Avant de poser le diagnostic d'hydrops endo-lymphatique, il suggérait de compléter le bilan par un Ct-Scan et une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM), ainsi que par des tests électro-physiologiques de l'audition, des émissions oto-acoustiques et, éventuellement, des potentiels évoqués auditifs. 11. Le 29 janvier 2008, la docteure F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a conclu que la tomодensitométrie des rochers réalisée la veille était dans les limites de la norme ; l'IRM du cerveau et des rochers avait uniquement mis en exergue de petites anomalies du drainage veineux frontales bilatérales. 12. Le 13 février 2008, le docteur G\_\_\_\_\_, médecin-traitant de l'assuré en France, a diagnostiqué des troubles auditifs à gauche, accompagnés de vertiges et de migraines, ainsi qu'une dépression réactionnelle. 13. Dans un rapport du 19 février 2008, le Prof. E\_\_\_\_\_ a émis l'avis que l'atteinte de l'oreille interne pourrait effectivement correspondre à un hydrops endo-lymphatique retardé, étant rappelé que les premières fluctuations dans les fréquences graves étaient apparues environ cinq mois après l'accident, délai compatible avec le diagnostic précité. Il proposait de mettre en place un drain trans-tympanique. 14. L'assuré a été en incapacité totale de travail dès le 11 février 2008. 15. En date du 17 avril 2008, la Dresse C\_\_\_\_\_ a posé un drain trans-tympanique à gauche. 16. Le 13 mai 2008, l'assuré s'est entretenu avec un collaborateur de la SUVA. Il a déclaré souffrir du syndrome de Ménière. Le traitement de Betaserc n'avait pas supprimé ses vertiges et il ne voyait aucune amélioration suite à l'opération. Au contraire, il avait l'impression que c'était encore plus sensible qu'avant. Les vertiges se manifestaient sans raison apparente et survenaient même pendant son sommeil. Il souffrait également d'acouphènes sur différentes fréquences et percevait un sifflement permanent et fluctuant à gauche. Il avait des troubles de l'audition, des migraines quotidiennes et souffrait d'accès de dépression, pour lesquels il était en thérapie chez son médecin généraliste, sans prise de médicaments. Il prenait des antalgiques pour ses migraines. 17. À partir du 2 juin 2008, l'assuré a été en mesure de travailler à 50%, mais un nouvel arrêt complet a été attesté du 1<sup>er</sup> octobre au 30 novembre 2008. 18. En date du 12 novembre 2008, l'assuré a été reçu par un collaborateur de la SUVA, auquel il a confirmé la persistance des troubles mentionnés en mai 2008. 19. Dès le 1<sup>er</sup> décembre 2008, l'assuré a été en incapacité de travail à 50%. 20. Le 22 décembre 2008, la Dresse C\_\_\_\_\_ a confirmé un traumatisme acoustique bilatéral prédominant à gauche, une hypoacousie bilatérale et un hydrops endo-lymphatique gauche post-traumatique. La symptomatologie demeurait, malgré la pose du drain. Un appareillage auditif était en cours.

21. En date du 26 mars 2009, la spécialiste en ORL a confirmé les diagnostics précédemment posés et ajouté celui d'otalgie gauche post-traumatique. 22. Le 22 juin 2009, le docteur H\_\_\_\_\_, médecin-conseil de la SUVA et spécialiste FMH en ORL et chirurgie cervico-faciale, a considéré que l'état de santé de l'assuré était stabilisé. Il avait été renoncé à tout appareillage auditif, l'intéressé n'ayant pas supporté les tentatives pratiques d'adaptation. Un traitement médicamenteux de Betaserc et des examens réguliers de contrôle étaient nécessaires. On ne pouvait plus exiger de l'assuré que des activités légères, en position assise, à un taux de 50% au maximum. L'atteinte à l'intégrité était de 10%, en application de la table 12 des atteintes à l'intégrité. 23. À partir du 1<sup>er</sup> décembre 2009, l'assuré a été en totale incapacité de travail. 24. Le 18 janvier 2010, la Dresse C\_\_\_\_\_ a annoncé que son patient avait trouvé un emploi à 50% dans une organisation territoriale (c'est-à-dire un organisme avec des emplois protégés dans lequel le rendement du collaborateur n'était pas un élément essentiel). Son patient s'était estimé capable d'y travailler à 100%. Ces derniers temps, avec la fatigue, il se plaignait à nouveau beaucoup plus de sensations vertigineuses et d'acouphènes invalidants. Ainsi, même dans une structure protégée, une activité à 100% semblait inenvisageable. 25. Par décision du 22 juillet 2010, la SUVA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 50% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2009 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%. Selon elle, les troubles de l'audition, l'acouphène et les vertiges étaient compatibles avec l'exercice d'une activité légère en position assise à 50%. 26. Par décisions du 1<sup>er</sup> novembre 2010, l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin au 30 novembre 2008, une rente entière du 1<sup>er</sup> décembre 2008 au 30 novembre 2009 et une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> décembre 2009. 27. Le 26 septembre 2011, la Dresse C\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que l'assuré travaillait à 50% dans une collectivité territoriale, mais que, désireux de trouver une activité professionnelle lui correspondant davantage, il avait entrepris, un mois plus tôt, un stage dans une fondation handicap, à raison de deux après-midis par semaine. Sa situation s'était à nouveau péjorée du point de vue médical, avec une recrudescence des crises de vertige. Il avait décidé de renoncer au stage, car il ne pouvait pas cumuler les deux activités. 28. Le 5 avril 2012, l'assuré a expliqué à un collaborateur de la SUVA avoir traversé une période très difficile, autant physiquement que psychologiquement. Son médecin traitant lui avait prescrit un traitement léger qui lui convenait. Il souffrait de plus en plus de vertiges et de maux de tête, qui commençaient vraiment à le handicaper dans son activité professionnelle. 29. Lors d'une nouvelle conversation téléphonique du 11 mai 2012, l'assuré a indiqué avoir revu le Prof. E\_\_\_\_\_, lequel allait procéder à des examens complémentaires de l'oreille interne. Ce médecin avait préconisé un soutien psychologique, mais l'assuré préférait continuer à être suivi par son médecin traitant qui le connaissait bien et savait comment le soigner. Un changement de médicaments était envisagé, car il supportait mal celui prescrit. Selon ses médecins, il faisait trop d'efforts pendant la journée pour mener une vie normale, également sur le plan professionnel ; il en résultait une fatigue physique et mentale importante. Il voulait toutefois tout faire pour résister et continuer à travailler. 30. Dans un rapport du 8 octobre 2012, la Dresse C\_\_\_\_\_ a indiqué à la SUVA que, depuis août 2012, les vertiges étaient plus forts en intensité et plus handicapants, présents trois à quatre jours par semaine, avec plusieurs épisodes par jour lorsqu'ils étaient présents. Deux traitements antidépresseurs avaient dû être interrompus en raison d'insomnies. Le bilan vestibulaire réalisé par le Prof. E\_\_\_\_\_ s'était avéré normal et il avait décidé d'adresser l'assuré à une consultation médico-psychologique. Le diagnostic de stress post-traumatique avait alors été posé et des

démarches étaient en cours, en vue d'une prise en charge adéquate. 31. Le 5 février 2013, la Dresse C\_\_\_\_\_ a adressé l'assuré au docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ORL, qui lui a proposé une prise en charge par hypnose. 32. Le 26 mars 2014, l'assuré a signalé à la SUVA la recrudescence de ses troubles et une dégradation au niveau de ses oreilles et des yeux. Il avait de plus en plus de maux de tête et des vertiges et ressentait une pression sur la partie gauche de son visage. Les vertiges survenaient sans signes avant-coureurs et il lui arrivait de tomber sans pouvoir réagir. Il avait également des problèmes de concentration. Il n'arrivait plus à assumer son emploi. 33. Dans un rapport du 15 avril 2014, la Dresse C\_\_\_\_\_ a fait état d'une baisse de l'acuité auditive et d'importantes otalgies, d'abord gauches et depuis quelques semaines bilatérales. Les douleurs semblaient être intermittentes, sans otorrhée associée, ni baisse d'acuité auditive associée en présence de l'otalgie. L'anamnèse permettait de mettre en évidence un bruxisme et probablement également un clenching. L'examen clinique avait mis en évidence une douleur à la palpation des articulations temporo-mandibulaires, prédominante à droite, avec des craquements du même côté. Elle suspectait un syndrome algo-dysfonctionnel des articulations temporo-mandibulaires dans le cadre d'un bruxisme ou d'un clenching et avait proposé à l'assuré de prendre contact avec le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orale et maxillo-faciale. 34. Le 17 septembre 2014, l'assuré a informé la SUVA qu'il était en arrêt de travail, car il n'arrivait plus à récupérer, malgré des vacances récentes. Il était très tendu, avait de la peine à se relaxer et se « vider la tête ». Il lui semblait avoir atteint les limites du fonctionnement dans son activité professionnelle. 35. A compter de janvier 2015, l'assuré a été en incapacité totale de travail suite à une crise de vertige extrêmement violente. 36. Le 28 mai 2015, la Dresse C\_\_\_\_\_ a préconisé une prise en charge par physiothérapie vestibulaire. 37. Suite à sa consultation du 28 septembre 2015, le Dr I\_\_\_\_\_ a rendu un rapport, le 21 décembre 2015. L'examen de la fonction vestibulaire ne montrait rien de particulier et l'audiogramme tonal révélait des seuils étonnamment bas, situés entre 50 et 85 dB. Étant donné le manque de support organique pouvant expliquer les différentes plaintes, relativement polymorphes et très invalidantes, il avait orienté l'assuré pour un bilan psychiatrique complémentaire, un probable stress post-traumatique ne lui paraissant pas exclu. Malgré un important déficit, l'assuré ne désirait pas se faire appareiller. 38. Le 28 septembre 2015, le Dr I\_\_\_\_\_ a adressé l'assuré à la doctoresse K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, à qui il a indiqué que l'hypnose avait apporté un soulagement très transitoire, seulement durant les séances. Hormis une hypoacousie assez marquée, que l'intéressé ne voulait pas appareiller, l'examen oto-neurologique ne révélait rien de particulier. L'assuré était actif, sportif, percussionniste et depuis peu, trompettiste. 39. Le 20 novembre 2015, l'assuré a expliqué à la SUVA qu'il allait consulter la Dresse K\_\_\_\_\_ sur insistance des Drs C\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_. Il avait voulu continuer à travailler normalement, sans avoir recours à une structure spécialisée, et avait tout fait pour s'en sortir seul. Il avait toutefois l'impression d'avoir perdu son temps et d'être revenu en arrière d'une année. 40. Le 24 février 2016, l'assuré a déclaré à la SUVA qu'il continuait de voir la Dresse K\_\_\_\_\_, dont les séances lui faisaient du bien. C'était la première fois depuis une année qu'il se sentait moins « dans le rouge ». 41. Dans un rapport du 22 mars 2016, la Dresse K\_\_\_\_\_ a indiqué avoir reçu l'assuré le 23 novembre 2015. Il présentait alors un état anxio-dépressif caractérisé par une asthénie marquée, une humeur triste sans idée suicidaire, une anhédonie partielle et des troubles du sommeil, avec des attaques de panique survenant principalement dans des contextes de sollicitation importante de son attention. Cette symptomatologie était associée à un état de stress post-traumatique chronique, caractérisé par un syndrome de

reviviscence avec des cauchemars, des flash-backs de l'événement et un vécu cénesthésique récurrent (sentiment de pieux qui s'enfoncent dans l'oreille gauche), une hyperactivité du système nerveux (avec une irritabilité, une susceptibilité et une hyperréactivité vis-à-vis de son entourage familial, des troubles du sommeil et des difficultés d'attention et de concentration, ainsi qu'une hypervigilance), des altérations cognitives et émotionnelles (soit des émotions négatives persistantes sous la forme de peur, de honte et de culpabilité, une auto-accusation, un sentiment important d'injustice, avec difficulté à accepter son handicap, mais aussi de détachement d'autrui et de révolte récurrent), un évitement des éléments rappelant le vécu traumatique et une intolérance aux ambiances bruyantes. Elle avait retenu les diagnostics d'état dépressif sévère (F32.2 ; Hamilton dépression 32) et d'état de stress post-traumatique (F43.1). Le traitement initial instauré avait été médicamenteux (antidépresseurs) et hypnotique en cas d'insomnies, associé à une psychothérapie axée tout d'abord sur des techniques de stabilisation pour la gestion des douleurs, des attaques de panique, l'acceptation des difficultés somatiques et la restauration de la confiance, de l'estime et de l'affirmation de soi, avec un travail des ressources personnelles. Une fois l'état dépressif stabilisé, un traitement serait envisagé pour l'état de stress post-traumatique. Après un mois de traitement, le patient avait noté un léger apaisement, avec une diminution sensible de l'irritabilité et une meilleure gestion des douleurs. Le médecin notait une évolution lentement progressive des symptômes dépressifs (Hamilton dépression 25), avec persistance des symptômes anxieux. Un événement dramatique familial avait réactivé un certain mal-être et une reviviscence et relativisation de l'accident. Dans ce contexte précaire et fragile sur le plan psychiatrique, avec une situation somatique également fragile et une symptomatologie ORL persistante, l'état clinique n'était pas stabilisé et une reprise du travail ne pouvait être envisagée. La poursuite des soins était nécessaire et le pronostic incertain. 42. Le 6 juin 2016, la Dresse C\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré avait présenté plusieurs épisodes de chutes durant les deux derniers mois et quelques épisodes de vertiges rotatoires sans symptôme annonciateur. Ces chutes pouvaient faire penser à des drop-attacks ou des crises de Pemarkin, symptômes que l'on pouvait retrouver en cas de maladie de Ménière. Il n'était pas exclu que ces symptômes surviennent dans le contexte d'état anxio-dépressif et de stress post-traumatique, mais il appartenait à la psychiatre traitant de se prononcer à cet égard. 43. Le 26 octobre 2016, le docteur L\_\_\_\_\_, psychiatre-conseil de la SUVA, a indiqué qu'il voyait « mal comment on pourrait nier la causalité naturelle dans cette situation, puisque l'ensemble de la symptomatologie semble avoir un lien direct ou indirect avec l'accident vécu en 2007 ». Il s'est déclaré surpris que le diagnostic d'état de stress post-traumatique ait été posé « si tardivement dans cette situation pourtant hautement médicalisée ». La réaction dépressive était typique dans les suites évolutives d'une atteinte ORL incluant la présence de troubles de l'audition, mais surtout la présence d'acouphènes et de vertiges. Il suggérait de laisser encore trois mois de traitement à la psychiatre avant que le cas ne lui soit à nouveau soumis. 44. Le 9 novembre 2016, la Dresse C\_\_\_\_\_ a indiqué à la SUVA que son patient était essentiellement suivi par les Drs I\_\_\_\_\_, K\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_. 45. Le 28 novembre 2016, le Dr I\_\_\_\_\_ a conclu, suite à sa consultation du 25 novembre 2016, que l'assuré semblait en souffrance quasi continue lors de l'entretien et de l'examen, avec des accès de grimaces, des contorsions et des soupirs. L'examen clinique ne montrait pas d'anomalie de la fonction vestibulaire périphérique et l'audiogramme tonal révélait les séquelles d'un probable barotraumatisme. L'assuré était principalement handicapé par ses douleurs péri-auriculaires gauches, lesquelles n'étaient pas explicables par une atteinte de l'oreille interne. Des problèmes de l'articulation

temporo-mandibulaire n'étaient pas exclus, en rapport avec les importantes tensions locales et le bruxisme. Le patient paraissait très déprimé et la prise en charge psychiatrique essentielle. 46. Le 16 janvier 2017, le Dr H\_\_\_\_\_ a considéré que l'incapacité de travail de l'assuré dans son domaine depuis le 1<sup>er</sup> mars 2016 ne pouvait s'expliquer de manière plausible. D'un point de vue ORL, il ne s'agissait pas d'une rechute. Concernant la surdité neurosensorielle bilatérale, l'intéressé devrait être équipé d'appareils auditifs modernes. L'ouïe s'était nettement détériorée au cours des sept dernières années et une appréciation technique de la division GAP (« team acoustique ») était sollicitée. Le médecin-conseil a notamment indiqué qu'une surdité aux basses fréquences préexistait du côté droit, se référant à l'audiomètre tonal du 4 septembre 2008. 47. Le 31 janvier 2017, le « team acoustique » de la SUVA a rendu une évaluation relative à l'exposition au bruit en milieu professionnel (document rédigé en allemand et non traduit). 48. Le 16 février 2017, le Dr H\_\_\_\_\_ a considéré que « du point de vue de la médecin ORL, il n'existe pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, de lien de causalité entre le traitement des troubles psychologiques et l'accident » du 15 mai 2007. Sur la base de l'appréciation technique du 31 janvier 2017, il a estimé que le niveau de pression acoustique et le niveau d'exposition sonore étaient proches de la valeur limite supérieure lors de l'accident et permettaient d'expliquer la lésion auditive, mais pas les vertiges. Les conclusions du Dr I\_\_\_\_\_ ne permettaient pas non plus de mettre en évidence un trouble fonctionnel vestibulaire périphérique pouvant expliquer les vertiges subjectifs. Du point de vue ORL, aucune autre conséquence diagnostique ou thérapeutique n'en découlait. Le traitement d'acouphènes dix ans après un accident n'offrait de toute manière aucune perspective de résultat thérapeutique. 49. En date du 8 août 2017, la SUVA a admis que la lésion auditive était en lien de causalité avec l'accident et informé l'assuré qu'elle prendrait en charge un appareillage audioprothésiste. Les autres troubles n'étaient pas suffisamment démontrables du point de vue organique et les troubles psychiques étaient prédominants. Après examen des critères jurisprudentiels déterminants, elle estimait que le lien de causalité adéquate n'était pas établi, de sorte que l'assuré était invité à s'annoncer à son assureur-maladie. Toutefois, elle prendrait en charge les frais occasionnés jusqu'alors. 50. Le 17 janvier 2018, l'assuré, par l'intermédiaire d'un mandataire, a sollicité la notification d'une décision formelle, à laquelle la SUVA a procédé le 25 janvier 2018. 51. Le 20 février 2018, l'assuré a contesté cette décision. 52. Par décision du 2 mars 2018, la SUVA a rejeté son opposition. Après avoir précisé qu'elle ne remettait pas en cause l'existence du rapport de causalité naturelle, la SUVA a nié celle d'un lien de causalité adéquate. L'accident devait être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne stricto sensu. Sans minimiser le sinistre, ce dernier ne revêtait pas un caractère particulièrement impressionnant. À tout accident de gravité moyenne était associé un certain caractère impressionnant, lequel ne suffisait pas pour admettre l'existence du critère en question. Des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques devaient être niées et les lésions physiques subies par l'assuré n'étaient pas propres à causer des troubles psychiques. Aucune erreur médicale ou complication n'était intervenue en ce qui concernait les suites proprement dites de l'accident assuré car il n'existait pas de motifs particuliers ayant entravé la guérison, et ce même s'il n'avait pas été possible de supprimer les douleurs de l'intéressé ni même de rétablir une capacité de travail entière. La durée de l'incapacité de travail et du traitement ne pouvait pas être qualifiée d'anormalement longue, étant rappelé que la prise de médicaments antalgiques et la prescription de mesures conservatrices ne suffisaient pas. L'assuré ne souffrait pas de douleurs importantes à cause de la situation organique, étant rappelé que le

28 novembre 2016, le Dr I\_\_\_\_\_ avait énoncé que les douleurs péri-auriculaires gauches qui handicapait l'assuré n'étaient pas explicables par une atteinte de l'oreille interne. Des problèmes de l'articulation temporo-mandibulaire n'étaient pas exclus, en rapport avec les importantes tensions locales et le bruxisme rapporté par l'assuré. Partant, l'assuré était prié de s'adresser à son assureur-maladie. 53. Par acte du 18 avril 2018, l'assuré, représenté par un mandataire, a interjeté recours contre la décision précitée. Il conclut, sous suite de frais et dépens, à ce que soit admise l'existence d'un lien de causalité adéquate entre ses troubles psychiques et l'accident du 15 mai 2007, à ce que la décision entreprise soit annulée, à ce que l'intimée soit condamnée à prendre en charge les frais médicaux correspondants et ce, pour une durée indéterminée. Le recourant soutient qu'au vu de la violence de l'explosion, l'accident du 15 mai 2007 doit être qualifié à tout le moins d'accident de gravité moyenne. Il argue que le bruit provoqué par l'explosion d'un extincteur à proximité immédiate d'une personne dans une pièce fermée est particulièrement impressionnant. De plus, une telle explosion est également objectivement propre à provoquer chez cette personne la crainte de perdre la vie. L'existence d'une symptomatologie ORL invalidante persistante sous la forme d'acouphènes, de vertiges et d'hypoacusies sont reconnus par l'ensemble des médecins l'ayant examiné. La nature de ces lésions est par ailleurs propre à entraîner des troubles psychiques. Les acouphènes persistants ont d'ailleurs justifié l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% en 2010. Le tinnitus ressenti doit donc être qualifié comme étant à la limite du cas très grave. Pour ce motif déjà, l'évènement accidentel du 15 mai 2007 devrait être considéré comme la cause adéquate de la décompensation psychique. Enfin, le critère relatif à la capacité de travail est également rempli puisqu'il a été reconnu invalide à 50% dès 2010 par l'intimée et qu'il se trouve à nouveau en arrêt de travail en raison des suites du sinistre. Le recourant a notamment produit : - un rapport du 7 septembre 2009 de la Dresse C\_\_\_\_\_ à l'attention de l'assurance-invalidité ; il en ressort notamment que tous les symptômes présentés, en particulier les vertiges, les troubles de l'équilibre, les acouphènes, l'hypoacousie et les céphalées engendrent une fatigue importante, tant physique que psychologique ; - un rapport du 10 novembre 2016 du Dr G\_\_\_\_\_, médecin généraliste en France, indiquant qu'entre novembre 2010 et 2014, un traitement antidépresseur et anxiolytique a été instauré ; en janvier 2015, l'assuré a été mis en arrêt de travail à 100% en raison de l'aggravation de son état de santé somatique et psychique ; son état a entraîné une perte de l'activité professionnelle et des activités personnelles et sportives (moto, ski et montagne) ; un traitement et un suivi psychiatrique sont en place depuis novembre 2015. 54. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 18 juin 2018, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition. L'intimée fait valoir que le litige porte essentiellement sur la question de la causalité adéquate, celle de la causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident du 15 mai 2007 pouvant rester ouverte. S'agissant des critères relatifs à l'examen de la causalité adéquate, elle soutient que l'existence de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques doit être niée, ce d'autant plus s'agissant d'une personne qui manipulait quotidiennement des extincteurs. Les lésions physiques subies ne sont pas propres à causer des troubles psychiques et la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité allouée permet de relativiser la gravité des lésions dont se prévaut le recourant. La durée de l'incapacité de travail et du traitement ne peut pas être qualifiée d'anormalement longue, étant rappelé qu'en juin 2009, le Dr H\_\_\_\_\_ a décrit comme stabilisé l'état de santé général du recourant, plus précisément l'hydrops cochléaire endo-lymphatique à gauche. En outre, la durée du traitement n'est pas seule décisive, sa nature et son intensité devant également être

prises en compte. L'intimée estime qu'aucun des critères jurisprudentiels n'est rempli en l'espèce. 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), 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7<sup>ème</sup> jour avant Pâques au 7<sup>ème</sup> jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. 4 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais précitée, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 5. a. Dans la 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 et les références citées). 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. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). b. En l'espèce, la décision sur opposition du 2 mars 2018 concerne le rapport de causalité entre l'accident du 15 mai 2007 et les atteintes psychiques, à l'exclusion des troubles de l'audition, de l'acouphène ou encore des vertiges. Partant, le litige porte uniquement sur le droit du recourant à des prestations de la part de l'intimée en raison des atteintes à sa santé psychique. 6. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure

extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). b. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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 suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). c. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa). L'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5). 7. a. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité

suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C\_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_622/2015 du 25 août 2016 consid. 3.3). Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue. Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. b. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un

accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa): - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; - la durée anormalement longue du traitement médical ; - les douleurs physiques persistantes ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références ; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb). Pour qu'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et un accident de gravité moyenne stricto sensu soit admis, il faut un cumul de trois critères sur sept, ou au moins que l'un des critères se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_56/2018 du 26 mars 2018 consid. 5.2 et les références). 8. 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 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert

(ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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). 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). 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; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

10. En l'espèce, l'intimée soutient que les atteintes à la santé psychique dont souffre le recourant ne sont pas en rapport de causalité adéquate avec l'accident survenu le 15 mai 2007.

11. a. Au préalable, la Cour de céans relève que si l'intimée argue, dans son mémoire de réponse du 18 juin 2018, que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre le sinistre et les troubles psychiques peut demeurer ouverte, elle l'a précédemment clairement admise dans la décision sur opposition du 2 mars 2018, qu'elle ne « prétendait » pas que la causalité naturelle devait être « refusée ».

b. Cette première position était d'ailleurs conforme à l'avis de son psychiatre-conseil, dès lors que le Dr L\_\_\_\_\_ a noté qu'il voyait « mal comment on pourrait nier la causalité naturelle dans cette situation, puisque l'ensemble de la symptomatologie semble avoir un lien direct ou indirect avec l'accident vécu en 2007 », ajoutant que la réaction dépressive était « typique dans les suites évolutives d'une atteinte ORL qui inclut la présence de troubles de l'audition, mais surtout la présence d'acouphènes et de vertiges » (cf. appréciation du 26 octobre 2016). D'ailleurs, tous les médecins consultés par le recourant ont indiqué que ce dernier était affecté psychologiquement en raison des séquelles de son accident (cf. notamment rapports du Prof. E\_\_\_\_\_ du 15 février 2008, du Dr G\_\_\_\_\_ du 13 février 2008, de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 8 octobre 2012, du Dr I\_\_\_\_\_ du 28 septembre 2015). Le psychiatre traitant a en outre retenu le diagnostic

d'état de stress post-traumatique en lien avec l'accident de travail survenu en mai 2007 (cf. rapport du 22 mars 2016), ce qui implique évidemment l'existence d'un rapport de causalité entre ledit trouble et le sinistre. L'avis du Dr H\_\_\_\_\_ ne saurait remettre en cause l'existence d'un tel lien, ce d'autant plus que ses explications sont incompréhensibles (« Du point de vue de la médecine ORL, il n'existe pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, de lien de causalité entre le traitement des troubles psychologiques et l'accident » ; cf. avis du 16 février 2017). c. Partant, la Cour de céans retient comme établie l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'accident du 15 mai 2007 et les atteintes à la santé psychique. 12. a. En ce qui concerne l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques, les parties s'accordent à qualifier le sinistre du 15 mai 2007 d'accident de gravité moyenne stricto sensu, ce qui peut être confirmé. En effet, en l'absence de lésion organique, il peut être considéré que les forces générées par l'explosion étaient d'importance moyenne (cf. dans ce sens l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_867/2014 du 28 décembre consid. 5.2 concernant l'explosion d'un pétard). b. S'agissant de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques, il est rappelé que le Dr L\_\_\_\_\_ a exposé que la réaction dépressive était typique dans les suites évolutives d'une atteinte ORL avec des troubles de l'audition, des acouphènes et des vertiges (cf. avis du 26 octobre 2016). D'ailleurs, l'intimée a accordé au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% en raison d'une diminution de l'ouïe (table 12 SUVA). Compte tenu des atteintes additionnelles causées par le sinistre, en particulier un tinnitus, ce critère peut être considéré comme réalisé. Il en va de même de celui concernant les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes. En effet, l'évolution de l'état de santé somatique a été marquée par plusieurs aggravations, puisque le recourant a présenté, dans un premier temps, des acouphènes et une baisse de l'acuité auditive, puis une recrudescence de ses migraines préexistantes et une perte auditive supplémentaire, de sorte que la fréquence des contrôles a été augmentée et qu'une intervention ambulatoire a eu lieu en avril 2008, sans amélioration (cf. rapports de la Dresse C\_\_\_\_\_ des 4 juin, 27 août, 29 novembre et 6 décembre 2007, 22 décembre 2008). Par la suite, la Dresse C\_\_\_\_\_ a signalé une intensification des vertiges et des acouphènes (cf. rapport des 18 janvier 2010, 26 septembre 2011 et 8 octobre 2012), ainsi que des otalgies, d'abord à gauche, puis également à droite (cf. rapport du 15 avril 2014) et des chutes (cf. rapport du 6 juin 2016). Concernant la durée du traitement, il est souligné que le recourant a d'abord consulté la Dresse C\_\_\_\_\_ toutes les six à huit semaines (cf. rapport du 27 août 2007), puis toutes les quatre à six semaines (rapport du 6 décembre 2007), et que Dr H\_\_\_\_\_ a estimé, en 2009, que des examens réguliers de contrôle resteraient nécessaires, tout comme la prise de médicaments (cf. rapport du 22 juin 2009), de sorte que ce critère est également réalisé. Quant à l'ampleur de l'incapacité de travail, l'intimée a estimé, dans sa décision du 22 juillet 2010 entrée en force, que seule une activité légère en position assise était désormais exigible, à un taux de 50% seulement en raison des atteintes somatiques, ce qui permet de retenir ce critère également. En revanche, aucune erreur médicale n'est à déplorer. Quatre critères étant réalisés, il n'est pas nécessaire de déterminer si ceux relatifs aux douleurs physiques persistantes et aux circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou au caractère particulièrement impressionnant de l'accident sont remplis. c. La Cour de céans en conclut que les troubles psychiques sont également en rapport de causalité adéquate avec l'accident du 15 mai 2007. 13. Par conséquent, la décision entreprise doit être annulée, les troubles psychiques étant en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 15 mai 2007. 14. À toutes fins utiles, la Cour de céans soulignera encore que le recourant a

fait valoir une aggravation de son état de santé, postérieure à la décision du 22 juillet 2010 entrée en force, sous la forme, notamment, d'une intensification des vertiges, de l'apparition de chutes, d'une baisse de l'acuité auditive et de la présence d'otalgies bilatérales. Il a en outre remis en question la capacité de travail résiduelle retenue par l'intimée en 2010, puisqu'il a indiqué qu'il n'arrivait plus à assumer son emploi à 50% réalisé dans un milieu protégé et sans exigence de rendement. L'intimée a manifestement compris que l'intéressé faisait valoir l'existence d'une rechute ou l'apparition de séquelles tardives, puisqu'elle a sollicité l'avis du Dr H\_\_\_\_\_ à ce sujet. Elle n'a toutefois pas statué par décision formelle sur la demande de révision implicite du recourant, qui pour donc l'inviter à le faire. A cet égard, la Cour de céans relèvera d'ores et déjà que les succinctes appréciations du Dr H\_\_\_\_\_ n'apparaissent pas convaincantes. Son avis du 16 janvier 2017 ne permet pas de comprendre les motifs pour lesquels il écarte une rechute au niveau ORL, alors qu'il retient que l'ouïe s'est nettement détériorée au cours des sept années précédentes. En outre, son rapport semble basé sur des considérations erronées, puisqu'il retient que le recourant souffrait précédemment d'une surdité aux basses fréquences préexistante à droite, en se référant à l'audiomètre tonal du 4 septembre 2008, lequel est postérieur à l'accident assuré. Dans son appréciation suivante, du 16 février 2017, le Dr H\_\_\_\_\_ admet que l'accident permet d'expliquer la lésion auditive, ce qui paraît contradictoire avec ses conclusions précédentes quant à l'existence d'une rechute ou de séquelles tardives, puisqu'il constate une détérioration de l'ouïe. Pour le reste, son avis concernant les vertiges n'est pas motivé et il est surprenant qu'aucune évaluation de la capacité de travail résiduelle ne lui ait été demandée. On relèvera encore que, bien que la Dresse C\_\_\_\_\_ ait suggéré un examen par le Dr J\_\_\_\_\_, le dossier produit ne permet pas de savoir si cette consultation spécialisée a eu lieu. À ce stade, l'existence des problèmes de l'articulation temporo-mandibulaire évoqués par les Drs I\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ n'est pas établie et les conclusions de l'intimée quant au lien de causalité entre les otalgies et l'accident assuré semblent prématurées. 15. Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision du 2 mars 2018 annulée. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est 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 :

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