



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3135/2017

ATAS/584/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 juin 2019

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à
ANNEMASSE, France, comparant avec élection de domicile en
l'étude de Maître Daniela LINHARES

recourante

contre

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

intimée

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1986, domiciliée à Annemasse, a travaillé en tant qu'opératrice chez B_____ SA à Carouge entre le 12 août et le 3 octobre 2014. Elle y a été placée par C_____ SA, Genève, selon contrat de mission du 11 août 2014. Elle était à ce titre assurée pour les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents - SUVA (ci-après : la SUVA ou l'assureur).
2. Le 18 septembre 2014, elle a été victime d'un accident sur son lieu de travail.
Alors qu'elle travaillait sur une machine, l'assurée a ressenti une forte douleur au cou et entendu un bruit anormalement fort. Elle a reçu de l'huile dans les yeux et un éclat de poinçon d'une longueur de 5 mm et d'une largeur de 1,5 mm est venu se loger dans son cou.
3. Le jour même, l'assurée s'est rendue en taxi à la permanence de Carouge.
Les médecins sur place ont décrit une plaie superficielle sans saignement actif. Ne parvenant pas à déloger le bout de métal du cou de l'assurée, ils ont invité celle-ci à se rendre aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG).
4. À teneur du rapport établi par le service des urgences des HUG, l'examen a mis en évidence la présence d'un corps étranger au niveau du cou et d'une déchirure antérieure du tympan droit et l'absence de lésion cornéenne objectivée. Sur le plan psychique, l'assurée se trouvait en état de choc post-traumatique.
Elle se plaignait de douleurs dans les deux yeux, de céphalée et d'acouphène.
Les médecins ont retiré le corps étranger dans le cou par exploration de la plaie avec suture.
5. À la suite de cet accident, l'assurée a été mise en incapacité de travail totale du 18 au 25 septembre 2014. Une reprise à 50 % était initialement prévue à compter du 26 septembre 2014.
6. Le 19 septembre 2014, l'assurée a consulté le service d'oto-rhino-laryngologie (ci-après : ORL) et de chirurgie cervico-faciale des HUG.
À teneur du rapport dudit service du 9 octobre 2014, l'examen à l'otoscope s'était révélé normal à gauche, alors qu'à droite le tympan était érythémateux et le conduit auditif externe normal.
Le rapport concluait à des acouphènes post-traumatiques à une exposition au bruit. Un traitement antalgique par anti-inflammatoires a été prescrit. Lors du contrôle, les acouphènes étaient surtout présents dans le calme et étaient très handicapants. La patiente présentait des troubles du sommeil, était angoissée et anxieuse. Ils l'avaient adressée à la consultation d'urgence psychiatrique des HUG.
7. L'arrêt de travail de l'intéressée a été prolongé à 100 % jusqu'au 6 octobre 2014 par des médecins internes de la Clinique de Carouge, puis des HUG.

8. Le 30 septembre 2014, le contrat de travail de l'assurée auprès de B_____ SA a été résilié avec effet au vendredi 3 octobre 2014.
9. Par la suite, l'assurée a consulté la doctoresse D_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, qui a régulièrement prolongé son arrêt de travail à 100 %.
10. La Dresse D_____ a établi le 15 novembre 2014 que l'assurée présentait un syndrome de stress post-traumatique, des acouphènes après déflagration au moment de l'accident et un traumatisme de l'oreille interne (hémorragie). Le pronostic était réservé et l'évolution lente. La reprise du travail n'était pas envisageable sur trois mois.

L'intéressée présentait des symptômes évidents de détresse l'obligeant à être constamment accompagnée pour se déplacer et entreprendre toute démarche administrative. Elle avait le soutien de ses parents et de son frère qui l'hébergeaient. Elle était aussi soutenue pour les tâches ménagères qu'elle ne pouvait aucunement assumer à ce moment.

Il n'y avait aucun facteur prédisposant ni d'antécédent médical ou psychique. Il s'agissait d'une personne dynamique, entreprenante, s'assurant très vite à la fin de sa scolarité obligatoire et gérant tant ses affaires administratives que personnelles. Elle était totalement autonome et avait toujours travaillé depuis l'âge de 16 ans.

L'assurée n'avait pas d'antécédents névrotiques. Aucun signalement de l'intéressée ou de ses proches ne permettait de supposer un trouble de la personnalité antérieur.

Durant les quatre premières semaines, elle avait revécu l'événement de manière répétée, empêchant tout repos nocturne. Les périodes de sommeil se limitaient à des séquences d'une heure et demi à deux heures. Elle vivait en décalage et avait perdu toute vie sociale.

Elle présentait des symptômes typiques, tels les flash-backs, tant visuels qu'auditifs, des cauchemars, des angoisses avec sentiment de menace vitale.

L'assurée était détachée face à l'extérieur, présentait des graves troubles de la vigilance, des pertes de concentration et des tremblements du corps.

Elle se sentait envahie par les acouphènes et ne pouvait plus suivre une discussion, même en tête-à-tête.

L'insomnie et l'état de « qui-vive » ne s'étaient amendés que très progressivement, sous haute dose de neuroleptiques et d'antidépresseurs.

L'évolution semblait se profiler vers un état chronique. Elle risquait d'être fluctuante comme dans tous les cas de syndrome de stress post-traumatique.

11. Dans un rapport du 1^{er} février 2015, la Dresse D_____ a maintenu son diagnostic de syndrome de stress post-traumatique et d'acouphènes. La patiente présentait également un épisode dépressif sévère et des symptômes somatiques, à savoir des contractures générales de la masse musculaire.

L'évolution était très lente et le pronostic réservé. La patiente avait abusé de benzodiazépines dans le contexte d'un passage à l'acte.

La reprise du travail n'était pas envisageable actuellement. Il fallait s'attendre à ce que les acouphènes et les symptômes résiduels de traumatisme demeurent.

12. Dans un rapport du 17 février 2015, la doctoresse E_____, médecin interne aux HUG qui avait examiné l'assurée le lendemain de l'accident, a retenu le diagnostic d'acouphène post-traumatique des deux côtés dû à une explosion sur le lieu de travail. À ce jour, l'acouphène persistait des deux côtés. Le pronostic était réservé. Aucune circonstance particulière ne pouvait influencer de manière défavorable le processus de guérison.

Sur le plan thérapeutique, l'assurée ne suivait aucun traitement ORL. Les consultations avaient lieu selon le besoin, et la durée du traitement était impossible à prédire.

S'agissant de sa capacité de travail, elle était de 100 % depuis le 10 octobre 2014 du point de vue ORL. Il fallait s'attendre à ce que l'acouphène persiste.

13. À teneur du rapport de la Dresse D_____ daté du 23 mars 2015, l'assurée souffrait d'un état de stress post-traumatique qui actuellement révélait un état dépressif sévère avec de multiples douleurs somatiques nécessitant de la physiothérapie et des séances d'hypnose. Elle n'arrivait pas à sortir seule de chez elle. Elle avait besoin d'un cadre très structuré même si les idées de passage à l'acte s'atténuaient très légèrement. Elle ne faisait aucune tâche ménagère, ni courses ni démarches administratives. Elle se sentait envahie par les acouphènes malgré les séances de thérapie cognitivo-comportementale. Une anorexie était apparue avec une perte pondérale significative et une aménorrhée passagère.

14. Dans une appréciation sur dossier du 4 mars 2015, le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et psychiatre-conseil de la SUVA, suspectait l'existence d'un trouble préexistant chez cette assurée qui semblait n'avoir jamais bénéficié d'une stabilité ou d'une intégration professionnelle durable antérieurement. La polypathologie "lourde" décrite dans les rapports médicaux ne pouvait être mise en relation avec un accident de peu de gravité. Il proposait donc de convoquer l'intéressée pour un examen médical.

15. L'assurée a été examinée par le Dr F_____ le 25 mars 2015.

À teneur de son rapport du 1^{er} avril 2015, le médecin-conseil a retenu que tant l'histoire personnelle que les constatations objectives de l'assurée ne parlaient pas a priori pour la présence d'un trouble de la personnalité préexistant.

L'évaluation avait mis en évidence une symptomatologie intrusive, une hyperréactivité neurovégétative et une conduite d'évitement compatible avec l'existence d'un état de stress post-traumatique. Les réminiscences de l'accident restaient très régulières. Elle présentait une réaction émotionnelle et anxieuse importante au récit des événements.

Il constatait également la présence d'une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne, avec une humeur à dominante dysphorique, des ruminations sous la forme d'idées noires, une inhibition avec asthénie et anhédonie, des conduites régressives importantes, etc.

Un traitement spécialisé était en place depuis environ cinq mois, qui était globalement adéquat.

L'incapacité de travail était actuellement totale, compte tenu de la symptomatologie et de son intensité. Le pronostic quant à la capacité de travail était assez difficile à établir à ce stade, car la persistance de certains symptômes, voire une chronicisation dans ce domaine n'était pas exclue, notamment en lien avec les acouphènes décrits comme particulièrement handicapants. Étant actuellement à près de sept mois du vécu de l'accident, l'on pouvait raisonnablement estimer qu'avec un traitement bien conduit, la capacité de travail au moins partielle devrait être retrouvée d'ici deux, voire trois mois.

16. Dans un rapport non daté reçu par la SUVA le 26 janvier 2016, Madame G_____, psychologue spécialiste FSP en psychothérapie, a indiqué que l'assurée lui avait été adressée par le centre LAVI pour un traitement spécifique du trouble de stress post-traumatique. Elle utilisait l'hypnose avec la patiente, qui répondait très positivement au traitement. Il s'agissait d'éviter qu'elle ne s'enferme dans les symptômes de stress post-traumatique et qu'elle n'entre dans un état chronique.
17. Le 6 mars 2016, la Dresse D_____ a rappelé le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique sévère invalidant et d'acouphènes invalidants, et évoqué en sus un trouble de l'équilibre, une phobie sociale, une personnalité devenue dépendante et un trouble panique.

La patiente vivait des angoisses régulées partiellement par des antipsychotiques. Elle multipliait les attitudes d'évitement, cherchant à ne plus être confrontée au regard des autres.

Le pronostic était très sombre, bien qu'elle était actuellement en nette voie d'amélioration.

Seuls des troubles alimentaires vécus dans le passé pouvaient avoir influencé l'évolution du traitement.

Une reprise de travail n'était pas envisageable avant six mois.

Il fallait s'attendre à la persistance d'une fragilité psychologique, d'une limitation fonctionnelle sur le lieu de travail (phobie sociale) et d'une exposition aux nuisances sonores. Elle avait dû se retirer lors de l'audience au tribunal (elle était en conflit avec son ancien employeur), malgré l'hypnose, les anxiolytiques, la présence de son avocat et d'un psychologue. Elle était dans l'impossibilité de voir son employeur ou son représentant.

18. Dans un rapport du 13 juillet 2016, le Dr F_____ a constaté une évolution allant clairement dans le sens d'une chronicisation, à plus de deux ans de l'accident subi, avec une évolution sur le plan symptomatique négative et une incapacité de travail persistante. Il proposait de réévaluer l'assurée.

19. Une nouvelle évaluation par le Dr F_____ a donc eu lieu le 28 septembre 2016.

Selon les dires de l'intéressée, elle n'était plus suivie par la Dresse D_____ en raison d'un conflit survenu, parce que celle-ci l'avait trop violemment exposée à une situation anxiogène. Elle consultait ainsi le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, depuis le mois de juin 2016, à une fréquence d'une séance toutes les deux semaines. Elle consultait également Mme G_____ une fois par semaine pour les séances d'hypnose, ainsi qu'une autre psychologue du Centre LAVI, dont elle ne se souvenait pas du nom, au minimum une fois par semaine. Elle recevait actuellement un traitement médicamenteux consistant en du Trittico à 150 mg par jour, du Cymbalta 60 mg par jour, ainsi que du Temesta en réserve en cas de survenue de crise d'angoisse. L'assurée se culpabilisait de constater que l'évolution restait pour l'instant négative, malgré la mise en place de la thérapie depuis deux ans. Elle était complètement dépendante des autres pour son quotidien et avait un état émotionnel très labile alternant entre des phases d'abattement, de colère, d'irritabilité et d'anxiété qui la submergeaient complètement.

Le diagnostic était un probable état de stress post-traumatique (F 43.1), un probable épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, un probable trouble panique avec agoraphobie (F 40.0) et de probables phobies spécifiques (F 40.2).

Le Dr H_____ a observé une polypathologie extensive avec des plaintes subjectives majeures, comprenant:

- 1) la persistance d'une symptomatologie intrusive de réminiscences/réviviscences principalement autant nocturnes que diurnes, d'une hyperréactivité neuro-végétative et de multiples conduites d'évitement, symptomatologie compatible avec la persistance d'un état de stress post-traumatique et présente depuis près de deux ans, donc très probablement chronicisée;
- 2) la présence d'une symptomatologie dépressive d'intensité sévère avec un Beck Depression Inventory coté à 33. L'humeur était constamment dysphorique, il existait des ruminations moroses et négatives, une inhibition significative, des troubles du sommeil, des troubles cognitifs, etc.
- 3) des conduites d'évitement multiples avec une phobie des transports, voire même une phobie sociale, l'assurée évitant clairement de voir d'autres personnes. L'assurée présentait également, sur le plan anxieux, la survenue régulière de crises de panique et décrivait clairement une agoraphobie.

La symptomatologie constatée était similaire à celle décrite lors de l'examen daté du 25 mars 2015 ; on pouvait même parler d'une aggravation. En effet, l'évolution allait clairement dans le sens d'une chronicisation, avec une importante régression

sur le plan comportemental qui semblait n'avoir répondu que très peu aux traitements d'exposition et d'activation comportementale.

Le Dr F_____ s'interrogeait sur les raisons d'une telle évolution négative après plus de deux ans. L'un des aspects très frappants de cette situation était l'importante labilité émotionnelle, ce qui faisait poser la question de savoir s'il n'existait pas une fragilité constitutionnelle préexistante sous la forme d'un trouble de la personnalité avec un déficit du contrôle des émotions. Contrairement à la Dresse D_____ qui avait évoqué une modification de la personnalité, il optait pour une structure de personnalité plutôt émotionnellement labile de type borderline, en raison de la présence de cette labilité émotionnelle et de déficit du contrôle dans ce domaine, de certaines conduites impulsives et d'une réaction d'emblée très importante avec des conduites anorexiques. L'autre motif explicatif serait la présence d'un contentieux et la non-reconnaissance par ses employeurs de son vécu.

Il estimait qu'il y avait une indication à une hospitalisation à la CRR, avec comme objectif l'évaluation de l'état psychique de l'assurée dans un environnement dans lequel elle pouvait être observée au quotidien, de ses capacités fonctionnelles réelles, avec en surplus éventuellement la mise en place d'un nouveau traitement médicamenteux sous la protection d'un régime hospitalier.

Au vu de cette situation qui risquait d'évoluer vers une invalidation complète (rente), il avait discuté de la possibilité que son cas soit désormais géré par un Case Manager.

20. Dans une appréciation sur la causalité naturelle du 23 novembre 2016, le Dr F_____ a indiqué que selon lui, la réaction et l'évolution psychique dans cette situation était particulière et qu'elle ne correspondait en rien à un décours "habituel" auquel l'on pouvait s'attendre. Il suspectait fortement la présence d'un trouble de la personnalité et donc d'une fragilité préexistante, mais faute d'éléments médicaux probants et au vu du fait que cet aspect était totalement nié par l'assurée, il ne pouvait valablement l'affirmer.

L'assurée avait présenté une réaction psychologique directement et immédiatement dans le décours de l'accident, ce qui impliquait de devoir au minimum retenir une causalité probable entre le trouble psychique et l'accident.

21. Le même jour, le docteur I_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, a diagnostiqué des acouphènes neurosensoriels persistants avec une audition conservée et des séquelles de stress post-traumatique. L'évolution jusqu'à ce jour dépendait surtout de l'évolution psychique. Il avait ausculté l'assurée le 29 janvier 2015 et le 20 avril 2016 et il n'avait pas prévu de la revoir. S'agissant de la reprise de travail, il se référait à l'avis du psychiatre.
22. Par décision du 14 mars 2017, l'assureur a mis fin aux prestations d'assurance à compter du 31 mars 2017.

Les examens avaient montré que les troubles dont l'assurée se plaignait n'étaient pas suffisamment démontrables d'un point de vue organique. Il convenait donc d'examiner la causalité adéquate. Les troubles psychiques étant prédominants, l'évaluation se déroulait conformément à l'ATF 115 V 133. Après vérification des critères déterminants, un lien de causalité adéquate n'avait pas pu être établi.

23. Le 16 avril 2017, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et à ce que le versement d'indemnités journalières soit repris à compter du 1^{er} avril 2017.
24. La SUVA a soumis le cas à l'appréciation de la doctoresse J_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, afin que celle-ci détermine si les acouphènes pouvaient être objectivés par des constatations systémiques en termes de diagnostic pathologique dans le domaine ORL.

Dans son appréciation du 31 mai 2017, traduite en français le 12 juin 2017, la Dresse J_____ a souligné que l'audiomètre tonal du 20 avril 2016 mettait en évidence une évolution quasi-symétrique du seuil auditif sans signe de trouble de l'audition. L'appréciation technique de l'exposition au bruit des postes de travail relevait que l'assurée n'avait pas été exposée à des nuisances sonores professionnelles chroniques. S'agissant de l'événement sonore du 26 septembre 2016 [recte: 18 septembre 2014], d'après l'appréciation technique de leur équipe acoustique, la rupture du poinçon de découpe de la presse pneumatique avait entraîné un niveau de pression acoustique de crête (LPEAK) de 130 dB (C) et un niveau d'exposition sonore (LE) de 120 dB (A).

Le critère du bruit impulsif exigé par la SUVA avait ainsi été rempli lors de la détonation du 26 avril 2016 [recte: 18 septembre 2014], de sorte qu'il convenait de prendre en charge les frais de consultation et de traitement encourus jusqu'à présent. Toutefois, vu le dossier et le dernier audiomètre tonal du 20 avril 2016, les acouphènes ne pouvaient pas être objectivés par des constatations systémiques en termes de diagnostic pathologique dans le domaine ORL.

25. Par décision sur opposition du 20 juin 2017, la SUVA a rejeté l'opposition et retiré tout effet suspensif à un éventuel recours.

D'un point de vue objectif, l'accident devait être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, mais à la limite de la catégorie inférieure.

L'accident du 18 septembre 2014 n'avait, au plan objectif, pas revêtu un caractère particulièrement impressionnant. La machine n'avait pas explosé. L'existence de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques devait être niée. Les lésions physiques qu'avait subies l'assurée n'étaient pas propres à causer des troubles psychiques. La Dresse J_____ avait certifié que les acouphènes ne pouvaient pas être objectivés sur le plan organique. Aucune erreur médicale ou complication n'était intervenue en ce qui concernait les suites proprement dites de l'accident assuré. La durée du traitement et de l'incapacité de travail pour les seules lésions organiques ne pouvaient pas être qualifiées d'anormalement longues. De

plus, dès lors que l'assurée avait vite développé des troubles psychiques, ces critères pouvaient être écartés d'emblée. L'assurée ne souffrait enfin pas de douleurs importantes à cause de la situation organique.

26. Par acte du 24 juillet 2017, l'assurée, représentée par son conseil, a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de Justice (ci-après : la chambre de céans), en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à son audition et à celle du Dr F_____, et, principalement, à l'annulation de la décision entreprise et à ce que la SUVA soit condamnée à lui verser à nouveau des indemnités journalières à compter du 1^{er} avril 2017.

Au vu des rapports médicaux présents au dossier, notamment celui du Dr F_____, il était indéniable qu'il existait un rapport de causalité naturelle entre les troubles psychiques qu'elle présentait et l'accident de travail dont elle avait été victime.

S'agissant du lien de causalité adéquate, l'accident pouvait être qualifié de gravité moyenne, voire grave. Il remplissait un certain nombre des critères objectifs requis par la jurisprudence pour admettre un tel lien. Il avait notamment revêtu un caractère particulièrement impressionnant à ses yeux et à ceux de toutes ses collègues : la machine avait "explosé", lui projetant un bout de métal dans le cou. Par conséquent, cet accident était propre à entraîner des conséquences psychiques sur n'importe quelle opératrice qui aurait travaillé sur la machine à ce moment-là. Preuve en était son état : elle qui n'avait jamais eu d'antécédents psychiatriques auparavant était en arrêt de travail depuis lors, présentant désormais une personnalité dépendante, un trouble panique, un syndrome de stress post-traumatique sévère invalidant, des acouphènes invalidants, des troubles de l'équilibre et une phobie sociale. Il convenait donc de retenir qu'il existait également un lien de causalité adéquate entre l'accident dont elle avait été victime et son arrêt de travail. S'il devait par impossible persister un doute, il conviendrait de l'envoyer dans une clinique pour faire le point de la situation, comme l'avait suggéré le Dr F_____.

Une expertise était en outre nécessaire, l'avis de son médecin traitant étant différent de celui du Dr F_____ et aucune expertise n'ayant été ordonnée dans ce dossier. Il était important qu'un médecin neutre se penche sur son cas et détermine s'il existait un rapport de causalité entre l'accident et l'atteinte qu'elle présentait.

27. Par arrêt incident du 28 novembre 2017 (ATAS/1067/2017), la chambre de céans s'est déclarée compétente *ratione materiae* et *loci* pour traiter du présent litige, sa compétence ayant été contestée par l'intimée.

Cet arrêt est entré en force après le retrait par la SUVA de son recours auprès du Tribunal fédéral.

28. Le 28 novembre 2018, l'intimée s'est déterminée sur le fond du litige, concluant au rejet du recours, sous suite de dépens.

Le Dr K_____ [recte : F_____] avait reconnu un lien de causalité naturelle entre les diagnostics qu'il avait retenus et l'accident. Du point de vue ORL, la Dresse J_____ n'avait pas retenu de lien de causalité naturelle entre la possible perforation du tympan droit et l'accident.

L'intimée joignait à son écriture un nouveau rapport de cette dernière spécialiste, qui répondait à la question de savoir si l'accident du 18 septembre 2014 avait causé une lésion du tympan et si une éventuelle lésion y relative était guérie le 20 avril 2016. Elle retenait que la perforation du tympan droit constatée par le service d'urgence des HUG le 18 septembre 2014 n'avait pas pu être confirmée le lendemain par la clinique ORL. Dans leur rapport du 9 octobre 2014 basé sur la consultation du 19 septembre 2014, les spécialistes ORL des HUG n'avaient décrit aucune lésion du tympan. Selon la Dresse J_____, il convenait de se fonder plutôt sur l'appréciation du spécialiste ORL, qui réalisait l'examen à l'aide d'un microscope auriculaire, et non sur celle du médecin urgentiste, qui l'effectuait avec un otoscope. Par ailleurs, si une lésion du tympan avait existé malgré tout le 18 septembre 2014, celle-ci n'aurait, selon le degré de vraisemblance prépondérante, pas été guérie le lendemain. En effet, pour une perforation du tympan jusqu'à un quadrant (soit un quart du tympan), une résorption spontanée était, en principe, à escompter après six mois, mais pas le lendemain. Le spécialiste ORL n'avait décrit le 19 septembre 2014 aucune perforation du tympan, mais uniquement une rougeur unilatérale en présence d'acouphènes bilatéraux et d'un audiogramme tonal symétrique. Or, même si cette rougeur devait être considérée comme une lésion, cela ne permettait pas d'objectiver de quelconques acouphènes.

Contrairement à ce que soutenait la recourante, la qualification d'un accident à la limite inférieure de la catégorie de gravité moyenne devait être confirmée. En effet, au regard de la taille du fragment en métal en cause et du fait que le médecin urgentiste avait constaté une plaie superficielle sans saignement actif, les forces générées devaient être qualifiées de peu importantes.

Dès lors, seul méritait d'être examiné le fait de savoir si le critère du caractère particulièrement impressionnant de l'accident était réalisé avec une intensité suffisante pour entraîner, à lui seul, la reconnaissance d'un lien de causalité adéquate. L'examen devait se faire sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce ; il ne fallait pas s'attacher à la manière dont la victime avait ressenti l'accident. En l'espèce, la machine n'avait pas explosé, mais seul le poinçon de celle-ci s'était brisé après s'être écrasé sur une pièce mal positionnée. Ainsi, compte tenu du fait qu'un accident de gravité moyenne revêtait d'ores et déjà un certain caractère impressionnant, l'on ne pouvait admettre la réalisation de ce critère, qui plus est à une intensité suffisante pour permettre à lui seul de reconnaître un rapport de causalité adéquate entre les troubles psychiques, respectivement non objectivables, de la recourante et son accident du 18 septembre 2014.

Enfin, une expertise n'était d'aucune nécessité, l'objet de la présente procédure ayant uniquement trait à l'examen de la causalité adéquate, qui était une question de droit.

29. La recourante a répliqué le 2 janvier 2019, persistant dans ses conclusions.

Au vu des avis divergents des Drs D_____ et F_____, d'un côté, et la Dresse J_____, de l'autre, une expertise était nécessaire pour apporter des éclaircissements sur les diagnostics et le rapport de causalité entre ceux-ci et l'accident.

30. Dans sa duplique du 24 janvier 2019, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

31. Le 5 juin 2019, la recourante s'est enquis de la date d'une éventuelle audience.

32. Par courrier du 21 juin 2019, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. La compétence ratione loci et materiae de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce a été établie par arrêt incident du 28 novembre 2017 (ATAS/1067/2017), entré en force à la suite du retrait du recours interjeté par la SUVA auprès du Tribunal fédéral. Il convient donc de s'y référer.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) 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 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

-
5. Le litige porte sur la question de savoir si les troubles physiques et psychiques présentés par la recourante sont en lien de causalité avec l'accident du 18 septembre 2014 et si son droit aux prestations doit être maintenu au-delà du 31 mars 2017.
 6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPG; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

7. a. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait

considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

b. En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). 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).

En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), 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).

c. 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 œuvre 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.

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).

d. La raison pour laquelle la jurisprudence a adopté le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce. On ajoutera que la survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (arrêts du Tribunal fédéral 8C_/766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.1.1 et 8C_96/2017 du 24 janvier 2018 consid. 5.1).

e. Lorsqu'un tinnitus imputable à un accident est à l'origine d'une décompensation psychique, le Tribunal fédéral a jugé que la jurisprudence relative au caractère adéquat du rapport de causalité entre des troubles psychiques et un accident (ATF 115 V 133) n'était pas applicable et qu'il fallait, dans ces cas, s'en tenir à la formule habituelle relative au cours ordinaire des choses et à l'expérience générale de la vie. En cas de tinnitus très important (ou très grave), voire à la limite du cas très grave, l'existence d'un rapport de causalité adéquat entre l'accident et la décompensation psychique doit en principe être admise (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 71/02 du 27 mars 2003; RAMA 2004 no U 505 p. 246). La gravité d'un tinnitus doit d'abord être évaluée selon les méthodes et critères d'évaluation indiquées à la table 13. Si le diagnostic d'un tinnitus « très important » (ou très grave) peut être

posé, encore faut-il qu'il soit également établi par une expertise psychiatrique que la décompensation psychique constatée est la conséquence directe de ce tinnitus très important (ou très grave). Dans cette éventualité seulement, l'événement accidentel assuré est considéré comme la cause adéquate de cette décompensation psychique. Lorsque le tinnitus n'en constitue qu'une cause secondaire, c'est la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident qui est applicable pour l'examen de la causalité adéquate (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 71/02 précité consid. 6.2). Si, l'expert arrive à la conclusion que le tinnitus dont souffre l'assuré se présente sous la forme d'un tinnitus « léger » ou « important » selon la table 13 de la CNA, il y aura également lieu d'appliquer la jurisprudence tirée de l'ATF 115 V 133 pour déterminer l'étendue de la prise en charge par l'assureur-accidents des troubles psychiques qui en résultent. En effet, on doit admettre que le développement de troubles psychiques à la suite d'un tinnitus léger ou important ne correspond pas au cours ordinaire des choses et de l'expérience de la vie, et que d'autres facteurs ont concouru à entraîner ou à favoriser le résultat tel qu'il s'est produit. Dans ces deux cas, le tinnitus apparaît comme une cause secondaire de l'affection psychique, ce qui justifie l'application des critères jurisprudentiels en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_451/2009 du 18 août 2010 consid. 5.5).

En présence d'un tinnitus qui n'est pas attribuable à une atteinte organique objectivable d'origine accidentelle, le rapport de causalité adéquate avec l'accident ne peut pas être admis sans faire l'objet d'un examen particulier comme c'est le cas pour d'autres tableaux cliniques sans preuve d'un déficit organique. Dans un tel cas et en l'absence d'une blessure justifiant l'application de la jurisprudence sur le coup du lapin, l'examen du lien de causalité adéquate doit se faire sur la base des principes dégagés dans l'ATF 115 V 140 (ATF 138 V 248 consid. 6.2 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral 8C_720/2012 consid. 6.2).

8. La manière dont les experts qualifient la gravité de l'accident n'a guère d'importance pour les constatations médicales. Il s'agit là d'une question de droit qu'il incombe à l'administration ou au juge de trancher, en particulier, à l'occasion de l'examen du lien de causalité adéquate entre un accident et des troubles psychiques (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 205/98 du 2 février 2000 consid. 1b).
9. Conformément à la jurisprudence, il est admissible de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle entre l'accident et des éventuels troubles psychiques au motif que ce lien de causalité ne pourrait de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_247/2018 du 1^{er} avril 2019 consid. 6.3.3).
10. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations

d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant

selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

11. 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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution

fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

12. En l'espèce, à la suite de l'accident du 18 septembre 2014, la recourante a développé des troubles psychiques importants et des acouphènes présentés comme invalidants par sa psychiatre traitant.
13. S'agissant des acouphènes, l'intimée a retenu dans la décision entreprise qu'ils ne pouvaient pas être objectivés sur le plan organique.

Elle s'est fondée pour ce faire sur le rapport de la Dresse J_____ du 31 mai 2017.

Il convient à titre liminaire de relever que cette appréciation médicale n'a pas été établie par un spécialiste indépendant, la Dresse J_____ devant être considérée comme un médecin interne de l'intimée. Par ailleurs, elle a été établie sur dossier. Ces éléments ne remettent toutefois pas en question la valeur probante de ce rapport, pour autant que cette appréciation se fonde sur suffisamment de pièces établies suite à un examen clinique de la recourante, ce qui est le cas en l'espèce, et qu'elle réponde aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Force est de constater que cette appréciation médicale répond à la plupart des réquisits jurisprudentiels en la matière : elle comporte une description des pièces figurant au dossier, une description des plaintes de la recourante et une appréciation de la situation, et elle ne contient pas d'incohérences. Par ailleurs, ses conclusions semblent de prime abord claires et motivées. De surcroît, il sied de relever que les conclusions de la Dresse J_____ ne sont pas réellement contestées par la recourante, ni par les rapports des spécialistes ORL figurant au dossier. Si les Drs E_____ et I_____ ont conclu à la persistance d'acouphènes neurosensoriels des deux côtés, aucun d'entre eux n'a indiqué qu'ils seraient objectivables. Par ailleurs, tous deux ont renvoyé à la Dresse D_____, psychiatre traitant de la recourante, pour évaluer la capacité de travail de cette dernière (l'aspect ORL n'étant pas déterminant), et ils n'ont pas fait état d'un suivi ORL particulier (le Dr I_____ a indiqué n'avoir vu que deux fois la recourante, à savoir les 29 janvier 2015 et 20 avril 2016, et n'avoir pas prévu de la revoir).

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir une valeur probante au rapport de la Dresse J_____ et de considérer que les acouphènes présentés par la recourante ne peuvent pas être objectivés sur le plan organique.

Il sied de relever que dans la décision entreprise, l'intimée ne s'est pas prononcée sur l'éventuel lien de causalité naturelle entre ces acouphènes et l'accident. Dans sa réponse au recours, elle se contente de se référer au rapport de la Dresse J_____, qui ne retient pas de causalité naturelle entre la possible perforation du tympan droit et l'évènement du 18 septembre 2014.

Cette question peut toutefois souffrir de demeurer indécise, au vu du considérant suivant.

14. S'agissant des troubles psychiques, l'intimée, se fondant sur les rapports du Dr F_____, son médecin-conseil, a reconnu l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte à la santé d'ordre psychique dont souffre la recourante et cet accident.

Le Dr F_____ a retenu un diagnostic de probable état de stress post-traumatique, de probable épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, de probable trouble panique avec agoraphobie et de probables phobies spécifiques. Il s'est interrogé sur la réaction et l'évolution psychique de la recourante, qui ne correspondrait en rien à un décours « habituel » auquel on pourrait s'attendre, et a suspecté la présence d'un trouble de la personnalité et d'une fragilité préexistante. Toutefois, au vu du fait que la recourante avait présenté cette réaction psychologique directement et immédiatement après l'accident, il a considéré que l'on devait au moins retenir une causalité probable entre le trouble psychique et l'accident.

Dans la mesure où le Dr F_____ ne retient que des diagnostics « probables », l'on peut s'interroger sur le fait qu'il reconnaisse une causalité probable entre les troubles psychiques et l'accident. Par conséquent, et même si le fait de qualifier de probable un lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé devrait suffire pour le retenir (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b), cette qualification peut sembler critiquable en l'espèce.

Toutefois, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral susmentionnée (ATF 135 V 465 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_247/2018 du 1^{er} avril 2019 consid. 6.3.3), il est admissible de laisser ouverte la question de la causalité naturelle dans les cas où ce lien de causalité ne pourrait de toute façon pas être qualifié d'adéquat, dès lors que ces conditions doivent être cumulées pour l'octroi de prestations.

15. En présence d'acouphènes non objectivables sur le plan organique et de troubles psychiques, il convient d'appliquer la jurisprudence constante en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133), celle-ci étant également applicable pour déterminer le lien de causalité adéquate entre un tinnitus non attribuable à une atteinte organique objectivable d'origine accidentelle (ATF 138 V 248 consid. 6.2).
16. Avant d'examiner le bien-fondé de l'analyse de l'intimée sur la causalité adéquate, il y a lieu de qualifier l'accident.

Dans la décision querellée, l'intimée a retenu que l'accident devait être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, mais à la limite de la catégorie inférieure.

De son côté, la recourante soutient que l'accident devrait être qualifié de gravité moyenne, voire grave.

Au vu de la jurisprudence susmentionnée, la chambre de céans se ralliera à l'appréciation de l'intimée sur le degré de gravité de l'accident : l'on est en présence d'un accident de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité. En effet, contrairement à ce que soutient la recourante, la machine sur laquelle elle travaillait n'a pas explosé, mais un poinçon s'en est détaché et a été projeté dans son cou, ce qui semble avoir provoqué un bruit important. De l'huile a également été projetée dans ses yeux. La blessure causée par le poinçon a été bénigne, sans saignement important. Les médecins urgentistes des HUG ont pu enlever le bout de poinçon à l'aide d'un scalpel et rapidement suturer la plaie, sans aucune complication à ce niveau. Aucune lésion cornéenne n'a été relevée. Étant donné les lésions minimales causées par l'accident, les forces générées par celui-ci ne sauraient être qualifiées d'importantes.

17. Au regard de cette qualification, trois des sept critères susmentionnés doivent au minimum être remplis afin que le lien de causalité adéquate soit admis, ou au moins, un critère qui se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_96/2017 du 24 janvier 2018 consid. 4.3).

a. D'un point de vue objectif, l'accident du 18 septembre 2014 n'a pas revêtu un caractère particulièrement impressionnant, et aucune circonstance concomitante particulièrement dramatique n'est à relever.

b. Une légère blessure au cou – qui n'a engendré aucune complication – et un tinnitus non objectivable d'un point de vue organique ne sauraient constituer des lésions physiques d'une gravité ou d'une nature particulière propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques.

c. Il ne ressort pas du dossier que le traitement médical pour les troubles somatiques dont a souffert la recourante ait eu une durée anormalement longue : la recourante n'a consulté un spécialiste ORL qu'à trois reprises, soit le lendemain de l'accident (où des anti-inflammatoires lui ont été prescrits), le 29 janvier 2015 et le 20 avril 2016. Quant à sa blessure au cou, elle n'a nécessité que les soins prodigués aux urgences le jour de l'accident, à savoir le retrait du corps étranger et la suture de la plaie.

d. S'agissant du critère des douleurs physiques persistantes, on précisera qu'il faut que des douleurs importantes aient existé sans interruption notable durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA). L'intensité des douleurs est examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2017 du 16 avril 2018 consid. 5.2).

En l'espèce, la recourante ne se plaint que d'acouphènes qui ne sont pas objectivables. On ne saurait dès lors retenir ce critère.

e. Le dossier ne fait mention d'aucune erreur médicale ou complication importante en ce qui concerne les suites proprement dites de l'accident assuré.

f. Enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques ne sauraient être qualifiés d'importants : la recourante n'a été arrêtée en raison de ces lésions physiques que du 18 septembre au 6 octobre 2014.

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de nier l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques développés par la recourante, tout comme entre l'accident et les acouphènes dont elle se plaint.

Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur les requêtes de la recourante visant à être entendue et à auditionner le Dr F_____, ou encore à renvoyer le dossier à l'intimée afin qu'une expertise soit diligentée.

18. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

19. L'intimée conclut à l'octroi de dépens.

Tant l'art. 61 let. g LPGA que l'art. 89H al. 3 LPA ne prévoient l'allocation de dépens qu'au recourant qui obtient gain de cause et non pas à l'intimée. De jurisprudence constante, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont droit à une indemnité de dépens dans aucune des branches de l'assurance sociale fédérale, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant (ATF 126 V 143 consid. 4b).

Les conditions justifiant une dérogation à la règle n'étant pas réalisées dans le cas d'espèce, l'intimée ne peut se voir allouer une telle indemnité.

20. 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. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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