

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3172/2018

ATAS/449/2019

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 mai 2019

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CHÊNE-BOUGERIES, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Catherine HOHL-
CHIRAZI

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1988, était apprenti mécanicien sur poids-lourds auprès de B_____ SA (d'où il a été licencié avec effet au 31 août 2006), et à ce titre, assuré contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès de la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
2. La nuit du 21 au 22 juin 2006, l'assuré a été blessé à la tête et au visage. Dans la déclaration de sinistre du 4 juillet 2006, l'événement a été décrit comme suit: « [é]tait dans le bus et s'est fait agressé par trois jeunes hommes qui l'ont sorti du bus pour le rouer de coups ». Les premiers soins ont été prodigués aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) où les médecins ont constaté un hématome en monocle à l'œil gauche avec des paupières tuméfiées, une plaie ouverte à la base du nez (qui a été suturée le 22 juin 2006), un petit trait de fracture de la paroi interne de l'orbite gauche et une fracture déplacée des os propres du nez. À l'entrée, l'assuré avait un Glasgow à 10/15 et était alcoolisé. Les médecins ont posé les diagnostics d'un traumatisme cranio-cérébral et d'une plaie ouverte du nez dans l'avis de sortie du 22 juin 2006, mais d'une commotion cérébrale et d'une fracture du nez dans le rapport du 24 juillet 2006. L'assuré n'a pas été hospitalisé. À la sortie, le Glasgow était à 15/15 et il se plaignait de douleurs 5/10 au niveau de la tête et du visage. Les HUG ont attesté d'une capacité de travail nulle du 22 au 28 juin 2006.
3. Le 3 juillet 2006, l'assuré s'est présenté au service d'ophtalmologie des HUG avec des douleurs à l'œil gauche d'apparition aiguë associées à des nausées et vomissements. Les médecins ont diagnostiqué une contusion de l'œil gauche avec hyphéma, hémotovitré et œdème de Berlin. À ce moment, le glaucome aigu lié à la contusion de l'œil a été traité par Diamox iv, Mannitol, Pilocarpine, Cosopt et Alphagan. Des corticostéroïdes topiques ont également été prodigués afin de diminuer l'inflammation intraoculaire. Dans un rapport du 11 juillet 2006 relatif au séjour de l'assuré du 3 au 4 juillet 2006, les HUG ont relevé qu'au lendemain de l'hospitalisation, la tension oculaire de l'œil gauche s'était normalisée sous traitement hypotenseur et l'assuré avait pu quitter l'hôpital. À la sortie, le traitement consistait en la prise de Predforte (une goutte quatre fois par jour) ; de Cosopt (une goutte deux fois par jour) ; d'Alphagan (une goutte deux fois par jour) et de Pilocarpine (une goutte quatre fois par jour).
4. Le 7 juillet 2006, l'assuré a subi une opération pour repositionnement de l'os nasal. Il n'a pas été hospitalisé. Le service maxillo-facial des HUG a attesté d'une capacité de travail nulle du 7 au 17 juillet 2006.
5. Le 17 juillet 2006, une plainte pénale a été déposée auprès du Ministère public genevois contre les trois jeunes hommes cités dans la déclaration de sinistre. Une procédure pénale a été ouverte par le Tribunal de la jeunesse – alors compétent – contre ces derniers.

6. Du 18 au 20 juillet 2006, l'assuré a séjourné au service d'ophtalmologie des HUG en raison de fortes douleurs à l'œil gauche. Il présentait un glaucome aigu avec tension intraoculaire élevée (52 mmHg). Dans le rapport du 24 juillet 2006 relatif à ce séjour, les médecins ont indiqué qu'à la fin de l'hospitalisation, le traitement instauré avait permis de diminuer la tension intraoculaire à 19 mmHg. L'état inflammatoire persistait à l'œil gauche et l'assuré prenait encore des corticostéroïdes topiques. Le traitement à la sortie consistait en la prise de Cosopt (une goutte deux fois par jour) ; d'Alphagan (une goutte deux fois par jour) ; de Predforte (une goutte cinq fois par jour) ; de Diamox (250 mg trois fois par jour) et de KCL effervescent (deux fois 30 mg par jour). Les HUG ont attesté d'une capacité de travail nulle du 18 au 24 juillet 2006.
7. Du 24 au 28 juillet 2006, l'assuré a été de nouveau hospitalisé au service d'ophtalmologie des HUG où il a été posé les diagnostics de glaucome inflammatoire post-traumatique de l'œil gauche et de traumatisme oculaire de l'œil gauche entraînant un hyphéma total, un hémovitré, une hémorragie sous-maculaire et une rupture choroïdienne. Dans le rapport du 2 août 2006 relatif audit séjour, les médecins ont relevé que l'assuré présentait une inflammation intraoculaire de l'œil gauche et une hypertension intraoculaire. Malgré le traitement intensif introduit, la tension était difficilement contrôlable et le traitement anti-inflammatoire ne permettait pas de diminuer l'inflammation intraoculaire. Un traitement par miotiques avait finalement permis d'obtenir des tensions oculaires normales à l'œil gauche le dernier jour de l'hospitalisation. L'inflammation intraoculaire persistait. À la sortie, le traitement consistait en la prise de Spersacarpine 2 % (une goutte quatre fois par jour) ; de Diamox (quatre fois 250 mg par jour per os) ; de Cosopt (une goutte deux fois par jour) ; d'Alphagan (une goutte deux fois par jour) ; de Predforte (une goutte cinq fois par jour) et de KCL effervescent deux fois 30mEq/ jour per os. Les HUG ont attesté d'une capacité de travail nulle dès le 24 juillet 2006 pour une durée indéterminée, à réévaluer dans sept jours. Par la suite, le docteur C_____, spécialiste FMH en ophtalmologie et médecin traitant, a régulièrement prolongé l'incapacité de travail totale de l'assuré. La SUVA a alloué à l'assuré des indemnités journalières du 24 juin 2006 au 30 novembre 2008 (cf. courrier de la SUVA du 27 juin 2014).
8. Dans un rapport du 22 septembre 2006, le docteur S_____, spécialiste FMH en ophtalmologie à l'Hôpital ophtalmologique Jules Gonin (Lausanne), a posé les diagnostics de glaucome post-traumatique de l'œil gauche et de reste d'hémorragie vitréenne. L'assuré présentait une grosse cicatrice choréo-rétienne entre le nerf optique et la macula. La pression intraoculaire à gauche, de 28 mmHg au jour de l'examen, n'était pas dangereuse pour le nerf optique. Le médecin a préconisé la continuation du traitement médical. Une intervention chirurgicale devrait avoir lieu uniquement si la pression intraoculaire devait être non-contrôlée ou si le nerf optique devait souffrir.

9. Dans un rapport du 10 octobre 2006, le service d'ophtalmologie des HUG a relevé que la tension intraoculaire de l'assuré restait élevée sous un traitement maximal. L'acuité visuelle restait limitée (à numération digitale à 1,5 m, non améliorable au trou sténopéique). La possibilité d'une amélioration future de l'acuité visuelle de l'œil gauche restait limitée.
10. Le 22 novembre 2006, l'assuré a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) une demande de prestations AI pour assuré(e)s âgé(e)s de moins de 20 ans révolus en vue d'une orientation professionnelle.
11. Le 30 janvier 2007, l'assuré a consulté la doctoresse E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, laquelle a relevé un syndrome post-traumatique. Elle a adressé l'assuré à Madame F_____, psychothérapeute. Dans un rapport du 21 mars 2007, cette dernière a indiqué que l'assuré souffrait d'un état de stress post-traumatique. Il avait développé des troubles agoraphobiques, des troubles de l'anxiété et un sentiment d'insécurité. Le pronostic était favorable. L'état d'anxiété et les troubles agoraphobiques avaient diminué après quatre séances d'hypnose et d'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Il convenait de poursuivre le traitement pendant encore quelques mois.
12. Dans son appréciation du 12 février 2007, la doctoresse G_____, spécialiste FMH en ophtalmologie et en ophtalmochirurgie, de la division médecine des assurances de la SUVA, a relevé que l'assuré présentait une réduction durable de l'acuité visuelle de l'œil gauche. Il avait une vision monoculaire. La capacité de travail comme mécanicien poids lourds devrait être possible. Cependant, en l'absence de vision stéréoscopique, le rendement était diminué. Il fallait tenir compte d'une période d'adaptation de trois à quatre mois. La situation médicale était instable, les valeurs de la pression intraoculaire demeuraient élevées. Il fallait s'attendre à d'autres interventions chirurgicales. Une reprise de l'activité professionnelle devrait être réalisable malgré le traitement avec des gouttes. Il convenait de prendre contact avec les médecins traitants et leur demander si une reprise de travail à 50 % puis progressivement à 75 % et finalement à 100 % était envisageable. Il y avait lieu d'expliquer à l'employeur que l'assuré présentait une vision monoculaire qui, au début, l'empêcherait certainement d'atteindre son rendement antérieur.
13. Dans un rapport du 18 avril 2007, consécutif à l'examen de l'assuré une semaine plus tôt, le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a diagnostiqué un état de stress post-traumatique (cauchemars, sentiment de détresse, anxiété avec des comportements d'évitement) et indiqué qu'il existait une causalité naturelle avec l'accident subi. L'assuré serait capable de reprendre une activité professionnelle dans trois mois environ. Il allait devoir faire face à des situations difficiles et imprévisibles car un procès risquait fort de réactiver sa symptomatologie. Il devait également reconstruire une existence avec un handicap sérieux. Il était ainsi possible et fort probable que d'autres symptômes psychiques apparaissent.

14. Dans un rapport reçu par la SUVA le 17 octobre 2007, Mme F_____ a indiqué qu'elle n'avait plus revu l'assuré depuis fin juin 2007. Il ne se plaignait plus de symptômes concernant l'état de stress post-traumatique (absence de cauchemars et de flashbacks, nette diminution de l'agoraphobie). Le traitement était terminé. Des résurgences du traumatisme pouvaient toutefois se manifester à nouveau ou être réactivées dans certaines conditions, ce qui nécessiterait une reprise du traitement.
15. Dans un rapport d'expertise du 5 décembre 2007, établi à la demande du Tribunal de la Jeunesse, la doctoresse I_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, a relevé que l'assuré présentait une grave altération de l'acuité visuelle post-traumatique en raison d'une importante cicatrice chorio-rétinienne dans la zone maculaire, secondaire à une rupture choroïdienne avec hématorne sous-rétinien, ainsi qu'un glaucome post-traumatique induit par l'inflammation post-traumatique du segment antérieur avec altération progressive du nerf optique. Les lésions chorio-rétiniennes étaient irrécupérables. Malgré un traitement anti-glaucomeux, la pression intraoculaire restait élevée, prédisposant une péjoration de la neuropathie glaucomeuse. L'assuré se plaignait de fréquentes hyperhémies conjonctivales de l'œil gauche en fin de journée, associées à des sensations de lourdeurs ainsi que de céphalées temporales gauches le matin au réveil. Selon la spécialiste, la pression intraoculaire pouvait varier avec éventuellement une élévation plus importante vers le soir, produisant les gênes décrites par l'assuré. Il était difficile de se prononcer quant à l'étiologie des céphalées. Il n'était pas exclu qu'elles soient secondaires au problème de la tension intraoculaire ou du choc reçu au niveau de la face. Le traitement anti-glaucomeux devait se poursuivre de façon indéterminée. L'assuré semblait parfaitement bien supporter son traitement, sans irritation, allergie ou autre effet secondaire local. Le médecin traitant devrait décider si une intervention s'avérait nécessaire sur la base de l'évolution de la pression intraoculaire, de la neuropathie optique glaucomeuse et d'éventuels effets secondaires systémique ou local du traitement. La fonction visuelle altérée limiterait l'assuré dans le choix de sa profession et dans certaines tâches courantes de la vie, telle que la conduite.
16. À la demande de l'OAI, dans un rapport d'expertise du 3 mars 2008, les docteurs J_____ et K_____, spécialistes FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F 32.10); et sans effet sur la capacité de travail, d'agoraphobie avec trouble panique (F 40.01) et d'état de stress post-traumatique. L'assuré avait été suivi par Mme F_____ durant cinq à six mois. L'évolution clinique ayant été favorable, la prise en charge avait été interrompue. Progressivement, la symptomatologie s'était péjorée, avec apparition d'attaques de panique dans le bus, dans les lieux publics ou loin de chez lui. De plus en plus isolé, ne parvenant pas à trouver une formation adaptée, l'assuré avait développé une symptomatologie dépressive marquée. Il se plaignait d'épisodes d'anxiété paroxystiques associés à des vertiges, des palpitations, une sensation de tête vide, des bouffées de chaleur dans les transports publics, dans les quartiers éloignés de

son domicile et de flashbacks survenant en pleine journée. Il faisait régulièrement des cauchemars. Il se plaignait également de troubles de la concentration qu'il rattachait à ses troubles oculaires : après s'être concentré trente à quarante-cinq minutes, il ressentait des céphalées périorbitaires gauches. Ces troubles se manifestaient lorsqu'il regardait la télévision ou lisait. Les experts ont préconisé une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique de type cognitivo-comportementale. Le rendement de l'assuré était actuellement diminué (de 30 % environ) en raison des troubles de la concentration et de la fatigabilité. Les troubles de la vision l'empêchaient d'exercer son activité de mécanicien sur poids-lourds compte tenu de la dangerosité de certaines manipulations. L'assuré était capable de s'adapter à un nouvel environnement professionnel en dépit des troubles psychiques dont il souffrait actuellement. Il appartenait aux ophtalmologues de déterminer le type d'activité compatible avec le déficit visuel de l'assuré.

17. Par trois jugements du 6 mars 2008, à l'issue de l'instruction menée, le Tribunal de la jeunesse a reconnu les trois inculpés coupables de rixe, les a déclarés non punissables conformément à l'article 133 al. 2 du Code pénal suisse [CP – RS 311.0] et les a libérés des fins de la poursuite pénale pour lésions corporelles graves au sens de l'article 122 CP. En substance, le Tribunal de la jeunesse a retenu que le coup de ceinture, dont la boucle avait atteint le visage de l'assuré en se cassant, était de nature à causer des lésions corporelles graves dont l'assuré avait été victime à l'œil gauche, selon l'expérience de la vie et le cours ordinaire des choses. Ainsi, la prévention de lésions corporelles graves était par conséquent établie. L'instruction de la cause démontrait que les trois mis en cause avaient subi déjà dans le bus des insultes et des violences, principalement de la part de l'assuré, gravement alcoolisé, auquel ils avaient riposté puis tenté de mettre fin en quittant le bus dès le premier arrêt possible. L'assuré était sorti du bus de sa seule initiative pour continuer la bagarre, poursuivant les trois jeunes qui s'éloignaient. Aucun des témoins ne confirmait que l'assuré aurait été roué de coups par les trois inculpés. Le Tribunal a retenu que L_____. avait donné un coup de ceinture à l'assuré, alors que celui-ci arrivait sur les trois mis en cause en criant dans le but de poursuivre la bagarre. Le fait que L_____. ait sorti son ceinturon pour se défendre d'une attaque de l'assuré, qui tenait un tesson de bouteille à la main selon certains témoins, paraissait crédible. Selon le principe "*in dubio pro reo*", il fallait retenir cette version, qui était plus favorable à l'accusé. Le Tribunal de la jeunesse a ainsi admis que L_____. avait subi de la part de l'assuré une attaque contraire au droit, justifiant qu'il protège son intégrité corporelle. Replacée dans le contexte des provocations et violences de l'assuré, la réaction de L_____, surpris d'être encore poursuivi par son agresseur, n'apparaissait pas excessive, d'autant plus que l'appréciation des circonstances devait se faire en fonction de l'âge des auteurs, à savoir 15 ans au moment des faits pour L_____.

Lors de son interrogatoire par la police, le 23 juin 2006, l'auteur du coup s'était exprimé en particulier comme suit : « Notre intention était de partir et nous avons

commencé à marcher dans la direction du Lignon. À un moment donné, le type bourré est venu vers moi avec sa bouteille à la main. Je ne sais pas si elle était déjà cassée. J'ai vu qu'il voulait me frapper avec cette bouteille, alors j'ai ôté ma ceinture et je l'ai frappé avec, à la tête. J'ai vu qu'il mettait sa main sur son visage et il est parti en courant en direction de la ville, en suivant le tracé du bus ». Dans son rapport du 13 octobre 2006 à l'attention du Tribunal de la jeunesse, la police avait notamment relevé que l'assuré n'était pas en mesure d'expliquer comment il s'était retrouvé à l'endroit où il avait été pris en charge par les secours, devant la piscine du Lignon. Le 144 avait été avisé le 22 juin 2006 à 1h14 par Monsieur M_____, lequel avait confirmé que le victime, ensanglantée et inconsciente, était assise sur le mur devant la piscine du Lignon. Il avait tenté de lui parler, en vain.

18. À la demande du conseil de l'assuré, la SUVA a confié une expertise au docteur N_____, spécialiste FMH en ophtalmologie et médecin adjoint du service d'ophtalmologie des HUG. Dans un rapport du 9 juin 2008, l'expert a indiqué qu'il persistait un champ visuel de l'extrême périphérie se limitant à un mouvement de doigts. La tension intraoculaire était de 15 mmHg à l'œil gauche. En raison d'ésotropie intermittente, la possibilité d'une chirurgie du strabisme à l'avenir n'était pas exclue et dépendait de l'évolution de la déviation oculaire. Il existait un glaucome post-traumatique de l'œil gauche, qui était actuellement contrôlé par une polypharmacologie sous forme de gouttes (Spersacarpine 2 % deux fois par jour ; Cosopt trois fois par jour ; Alphagan). L'évolution du glaucome était imprévisible. Une chirurgie à l'avenir pour contrôler la pression intraoculaire n'était pas exclue. Il n'était pas non plus exclu que l'assuré développe ultérieurement une cataracte nucléaire post-traumatique, qui nécessiterait une chirurgie. Sur le plan anatomique, l'état paraissait stabilisé. Sur le plan fonctionnel, les troubles de l'habituement à la perte de la vision binoculaire, dont l'assuré se plaignait, étaient difficiles à objectiver, mais bien réels. La capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle dès le 22 juin 2006, dès lors qu'il se plaignait de troubles de la binocularité (difficultés à verser de l'eau dans un verre) et qu'il était angoissé en raison de la dangerosité des gestes au travail pour son œil adelphe (soudure, limage, ponçage). Lors d'efforts de concentration, il souffrirait de maux de tête. Les troubles à l'œil donnaient droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité que le médecin estimait à 30 %.
19. Dans son appréciation du 15 juillet 2008, la Dresse G_____ a mentionné que l'assuré était quasi monoculaire (la capacité se limitait à compter les doigts à l'extérieur du champ de vision de l'œil gauche). Une amélioration de l'acuité visuelle n'était pas envisageable au vu de l'atteinte rétinienne centrale. Le glaucome secondaire était bien maîtrisé grâce au traitement actuel. Une éventuelle trabéculéctomie n'était pas exclue de même qu'une opération en cas de développement d'une cataracte traumatique. Ces interventions entraîneraient chaque fois une brève incapacité de travail. Un patient ayant une vision monoculaire était apte au travail pour autant qu'il s'agisse d'une activité adaptée

(éviter les travaux au-dessus des épaules, sur les échafaudages non sécurisés, ou les travaux à la chaîne) dans le cadre de laquelle une diminution initiale des performances était probable, de l'ordre de 10 à 20 % pendant un certain temps d'adaptation (sur une période d'un à deux ans). En cas d'acuité visuelle $< 0,1$, l'œil n'étant pas aveugle, l'atteinte à l'intégrité s'élevait à 28 % et non à 30 %.

20. Par avis du 29 juillet 2008, le service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR) a retenu, sur la base du rapport d'expertise du Dr N_____, que la capacité de travail de l'assuré, nulle dans son activité habituelle depuis le 21 juin 2006, était entière dans une activité adaptée, sur le plan somatique. Sur le plan psychique, en revanche, la capacité de travail était nulle jusqu'à fin 2007, et entière depuis début 2008, avec une diminution de rendement de 30 % dans toute activité. L'assuré devrait bénéficier d'une formation professionnelle dans le cadre de l'AI.
21. Le 22 septembre 2008, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une demande de prestations en vue de l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente.
22. Du 1^{er} décembre 2008 au 15 mars 2009, l'assuré a suivi un stage d'orientation professionnelle au Centre Le Repuis, pris en charge par l'OAI, où il a été relevé que le handicap visuel de l'assuré, très motivé à se former, serait un frein important dans les choix professionnels. Il avait de la peine à percevoir les distances et les profondeurs. Les répercussions de l'accident sur les activités de la vie quotidienne et les douleurs qui en découlaient étaient importantes (difficultés de lecture, maux de tête). L'assuré devait régulièrement mettre des gouttes dans les yeux (cf. rapports du Centre Le Repuis des 2 et 11 décembre 2008). Au terme de ce stage d'orientation, l'assuré a décidé de suivre une formation professionnelle en vue de l'obtention d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'assistant socio-éducatif (cf. rapport du Centre Le Repuis du 10 mars 2009).
23. Dans un rapport du 13 mars 2009, le Dr C_____ a rappelé le diagnostic de glaucome post-traumatique, dont l'évolution était stable, et mentionné que l'assuré, qui continuait à prendre des gouttes, allait probablement poursuivre le traitement de façon permanente.
24. Du 16 mars au 31 juillet 2009, l'assuré a bénéficié d'une pré-formation dans le domaine d'assistant socio-éducatif au Centre Le Repuis, poursuivie par une formation complète du 1^{er} août 2009 au 31 juillet 2012, dans le même centre en partenariat avec une institution (EMS).
25. Par décision du 3 juillet 2009, confirmée sur opposition le 23 septembre 2009, la SUVA a réduit de 50 % les prestations en espèces auxquelles l'assuré avait droit, au motif qu'il avait été blessé à la suite de sa participation à une bagarre.
26. Le 9 décembre 2009, l'assuré a bénéficié d'une valve d'Ahmed pour un glaucome secondaire post-traumatique de l'œil gauche. Dans un certificat du 14 décembre 2009, les HUG ont attesté d'une capacité de travail nulle pendant quinze jours.

27. Par arrêt du 14 septembre 2010 (ATAS/925/2010), le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), devenu depuis lors la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, a rejeté le recours interjeté par l'assuré contre la décision sur opposition du 23 septembre 2009. Il a indiqué que, lors de son premier interrogatoire par la police, le 23 juin 2006, l'assuré avait déclaré qu'il ne se souvenait de rien, sauf d'avoir reçu un coup de pied au visage, qui lui avait fait tourner la tête à 180°, étant à terre, et d'avoir réussi à se relever et à s'enfuir vers un petit parc où il était tombé à terre. Lors de son audition par le juge pénal, le 11 octobre 2006, l'assuré avait affirmé que la mémoire était revenue peu à peu et avait confirmé être tombé à terre en sortant du bus et avoir alors reçu un coup de pied l'ayant fait tourner à 180°, puis avoir couru après le bus. Il était alors tombé à terre et avait été à nouveau roué de coups par les trois mis en cause.

Le TCAS a retenu, à l'issue de son instruction (audiences d'enquêtes au cours desquelles il a interrogé toutes les personnes concernées), que l'assuré, ivre, avait engagé l'échange verbal injurieux dans le bus avec le groupe des trois jeunes gens et également donné le premier coup déclenchant la bagarre. Le premier geste de l'un des trois jeunes, qui avait repoussé l'assuré, venait en réaction à l'agression verbale et aux insultes de ce dernier. En ce qui concernait le déroulement des faits après la sortie du bus, il a relevé qu'aucun des témoins interrogés n'avait affirmé avoir vu l'assuré poussé ou tiré hors du bus et qu'il n'existait pas non plus d'éléments suffisants pour étayer la version de celui-ci d'un violent passage à tabac alors qu'il se trouvait à terre et sans défense devant le bus. En effet, ses amies restées à l'intérieur l'avaient aperçu qui courait le long du véhicule avant que le bus ne reparte. En substance, il était plus vraisemblable que l'assuré, après avoir fini de faire le tour du bus, s'était dirigé en courant en direction des trois jeunes qui s'éloignaient. Il n'était certes pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré avait menacé les jeunes avec une bouteille ou un tesson de bouteille – à cet égard, le TCAS a précisé qu'il s'écartait des faits retenus par le juge pénal et de ses conséquences juridiques, fondés sur le principe « le doute profite à l'accusé », qui n'était pas applicable en assurances sociales –. Les trois jeunes s'étaient toutefois sentis menacés par son approche, ce qui avait conduit l'un d'eux à utiliser sa ceinture contre l'assuré, responsable de sa cécité.

Le TCAS en a conclu que la condition d'une participation à une rixe était réalisée et qu'il y avait un lien de causalité entre le comportement de l'assuré et les lésions qu'il avait subies. À cet égard, la gravité des conséquences du coup de ceinture, soit la cécité (étant relevé qu'aucun élément ne permettait de retenir que l'auteur de ce coup ait visé le visage de l'assuré), et le fait que l'auteur du coup de ceinture ait pensé que l'assuré « l'avait bien mérité » ne permettaient pas d'exclure le lien de causalité. Ce coup de ceinture, certes, très violent, n'était pas une réaction totalement disproportionnée de la part d'un jeune de 15 ans, menacé et poursuivi par l'assuré.

28. Saisi d'un recours, le Tribunal fédéral l'a rejeté par arrêt du 21 octobre 2011 (8C_879/2010). Il a considéré qu'il existait une relation étroite entre le coup de ceinturon à l'origine de l'atteinte à la santé de l'assuré et la rixe à laquelle ce dernier avait volontairement pris part. Cette conclusion s'imposait au vu du bref laps de temps qui s'était écoulé entre ces deux événements. La Haute Cour a déduit des déclarations des uns et des autres que les esprits étaient encore bien échauffés par les coups échangés de part et d'autre lorsque le bus s'était arrêté et avait ouvert ses portes, de sorte que le conflit était loin d'être aplani quand les jeunes gens et l'assuré s'étaient retrouvés à l'extérieur. Lorsque le groupe des trois jeunes s'était éloigné, l'assuré s'était avancé vers eux alors qu'il aurait pu partir lui aussi dans une autre direction. Dans ces circonstances, il y avait lieu d'admettre qu'il pouvait s'attendre selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, à un nouvel acte de violence. Enfin, compte tenu du contexte qui l'avait précédé et peu importait les fautes respectives, la réaction de l'un des adolescents de faire usage de sa ceinture contre l'assuré ne saurait être retenue comme tellement extraordinaire, inattendue et disproportionnée au point de reléguer à l'arrière-plan le rôle causal joué par la participation de l'assuré à la bagarre dans le bus, et ce en dépit des conséquences malheureuses qui en étaient résultées.
29. Dans son appréciation du 8 mars 2012, la Dresse G_____ a indiqué que l'opération du 9 décembre 2009 avait consisté en l'implantation d'une soupape permettant de régler la pression intraoculaire en raison du glaucome secondaire. L'acuité visuelle de l'œil gauche se limitait à pouvoir compter les doigts et ne pouvait pas être améliorée en raison de la lésion de la rétine et du nerf optique qui avaient un caractère définitif. L'exigibilité retenue dans son appréciation antérieure demeurait valable, soit une activité adaptée à plein temps aux limitations fonctionnelles (éviter les travaux sur des échafaudages non sécurisés, au-dessus du niveau des épaules, sur des terrains accidentés, les travaux ayant un rythme de travail imposé comme le travail à la chaîne, les activités associées à des exigences stéréoscopiques élevées) avec un rendement diminué de 10 à 20 % durant un ou deux ans.
30. En juin 2012, l'assuré a obtenu un CFC d'assistant socio-éducatif, activité dans laquelle le rendement a été estimé à 100 % (cf. rapport du Centre Le Repuis du 17 juillet 2012).
31. Du 1^{er} août 2012 au 25 février 2013, l'assuré a bénéficié d'un job coaching dispensé par le Centre Le Repuis, pris en charge par l'OAI, en vue de stages pratiques, de la recherche et de l'encadrement dans une place de travail.
32. Dans le rapport de réadaptation professionnelle du 11 septembre 2012, l'OAI a indiqué que, durant les trois ans de formation professionnelle, les décisions judiciaires vis-à-vis des agresseurs agissaient sur l'humeur de l'assuré qui devenait fluctuante et parfois dépressive. Il avait bénéficié d'un encadrement, notamment par la psychologue du Centre Le Repuis. Au moment du bilan final en juillet 2012, l'assuré était épuisé psychologiquement par l'effort fourni. L'encadrement dont il

avait bénéficié tout au long de sa formation témoignait de la fragilité qu'il gardait sur le plan psychologique.

33. Dans son appréciation du 17 juin 2013, le Dr G_____ a confirmé que le taux d'atteinte à l'intégrité pour l'œil gauche était de 28 %.
34. Par décision du 28 mars 2014, l'OAI a refusé d'allouer une rente d'invalidité au recourant ; la comparaison des gains aboutissait à un taux d'invalidité de 0 %.
35. Dans un courrier du 11 novembre 2014, l'avocate de l'assuré a informé la SUVA que celui-ci n'était pas parvenu à trouver un travail en tant qu'assistant socio-éducatif. Les employeurs potentiels qu'il rencontrait donnait systématiquement la préférence à une personne ne souffrant pas d'un handicap. En désespoir de cause, il avait été contraint d'accepter un poste d'employé dans une boucherie qui lui avait été proposé par une connaissance. Avant cet emploi, il avait touché des indemnités de chômage.
36. Dans un pli du 1^{er} mars 2016 adressé à la SUVA, le conseil de l'assuré a annoncé une rechute. Était jointe l'attestation du 25 janvier 2016 du docteur O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, indiquant suivre l'assuré depuis le 8 décembre 2015, date de son incapacité de travail totale. Le médecin a posé les diagnostics de modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique (F62.1) : PTSD (Posttraumatic stress disorder) : état de stress post-traumatique (F 43.1) ; d'anxiété généralisée (F 41.1) et d'épisode dépressif moyen (F 32.11). L'état de santé psychique était en relation directe avec l'évènement du 22 juin 2006. L'assuré était incapable d'envisager le futur sereinement, présentait des peurs multiples et se sentait incapable d'agir (paralysé, résistance psychique nulle, difficultés cognitives et bradypsychie). Le pronostic était mauvais, même dans une activité adaptée. L'assuré suivait une psychothérapie une fois par semaine ainsi qu'un traitement médicamenteux psychotrope.
37. Dans un décompte du 23 juin 2016, la SUVA a versé en faveur de l'assuré une avance à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant de CHF 14'952.-.
38. Dans son appréciation du 29 juin 2016, le Dr H_____ a indiqué qu'il avait de sérieux doute quant au diagnostic de modification durable de la personnalité suite à un état de stress post-traumatique, dans la mesure où ce diagnostic n'était posé que dans des conditions particulières, avec notamment une intensité et chronicité traumatiques décrites dans la CIM (Classification internationale des maladies), par exemple en cas de torture ou d'expérience de camp de concentration. Selon le psychiatre-conseil, l'assuré avait tendance à tout mettre sur le compte de l'agression dont il avait été l'initiateur pour expliquer l'échec de sa construction existentielle.
39. Par décision du 26 août 2016, la SUVA a refusé de prendre en charge les troubles psychiques annoncés le 1^{er} mars 2016, considérant qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou du moins probable entre ceux-ci et l'accident du 21 juin 2006.

40. Le 27 septembre 2016, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a formé opposition à cette décision concluant, préalablement, à la mise sur pied d'une expertise psychiatrique indépendante. Il a en substance nié toute valeur probante à l'appréciation du Dr H_____ du 29 juin 2016, considérant que celle-ci était lacunaire, erronée, non motivée et partielle. L'assuré a joint notamment le rapport du Dr O_____ du 13 septembre 2016, dans le lequel ce dernier relevait que si le Dr H_____ avait examiné l'assuré – ce qu'il n'avait pas fait –, il aurait retenu une relation de causalité (forte) entre le diagnostic d'état post-traumatique et l'état psychique actuel de l'assuré. Le Dr H_____ n'avait pas mentionné qu'avant l'accident l'assuré ne souffrait pas d'atteinte psychiatrique. Il s'agissait soit d'une omission volontaire soit d'une lacune importante. Depuis l'événement, l'assuré n'avait pas vécu une vie normale, ni au niveau personnel ni au niveau professionnel. Une absence d'impartialité et une attitude « jugeante » se dégageaient de l'appréciation du Dr H_____. Ce dernier confondait en outre le diagnostic F 62.1 avec le diagnostic F 62.0 en relation avec les camps de concentration.
41. Dans un courrier du 28 septembre 2016 adressé à la SUVA, l'assuré, sous la plume de son conseil, a sollicité le prononcé d'une décision concernant le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui était due ainsi que l'octroi d'une rente d'invalidité. Seule une avance à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité lui avait été versée en juin 2016.
42. Dans son appréciation du 16 novembre 2016, le Dr H_____ a expliqué les motifs pour lesquels il s'écartait du diagnostic de modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique. Il a proposé d'examiner l'assuré.
43. Par pli du 28 novembre 2016, la mandataire de l'assuré a informé la SUVA qu'elle assisterait à la consultation prévue par le psychiatre-conseil.
44. Par courriel du lendemain, la SUVA a répondu que le Dr H_____ ne souhaitait pas la présence d'une tierce personne à l'entretien.
45. Par courrier du 29 novembre 2016 adressé à la SUVA, l'assuré, sous la plume de son conseil, a fait savoir qu'il ne se rendrait pas à la consultation du Dr H_____. Il a rappelé avoir sollicité une expertise psychiatrique indépendante, le rapport du psychiatre-conseil étant dénué de toute force probante.
46. Le 4 mai 2017, l'assuré a transmis à la SUVA l'extrait du procès-verbal d'audience du 20 mars 2017 par devant le Tribunal de première instance relatif à l'audition du Dr O_____, résultant de la procédure civile que l'assuré avait initiée à l'encontre des trois jeunes hommes impliqués dans l'événement du 21 juin 2006. À cette occasion, ce médecin a déclaré en particulier que son patient souffrait d'une modification durable de la personnalité en relation avec une maladie psychiatrique. Il présentait une symptomatologie dépressive et anxieuse associée à des réminiscences et attaques de panique, un sentiment de dévalorisation et une idée de

culpabilité. Il avait peur « de tout ». La perte de son œil était pour lui la perte de lui-même.

47. Le 14 mai 2018, la SUVA a reçu le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 22 mars 2018, établi à la demande du Tribunal de première instance par la docteure P_____, médecin-chef du service d'ophtalmologie des HUG, et la docteure Q_____, médecin adjointe du service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise. Dans l'anamnèse, les expertes ont notamment indiqué que l'assuré se plaignait d'une fatigue visuelle en fin de journée avec parfois des céphalées. Il ne prenait aucun traitement ophtalmologique à ce jour. Il présentait un status post-contusion sévère du globe oculaire ; une exotropie et hypertropie post-traumatique ; un glaucome secondaire terminal post-traumatique avec fermeture de l'angle par des synéchies ; un status post-implantation d'une valve d'Ahmed ; une lésion du sphincter irien ; une atrophie chorioretinienne post-traumatique suite à une déchirure choroïdienne et hémorragie sous-rétinienne et une cataracte sous capsulaire postérieure post-traumatique. Il s'agissait de séquelles d'un traumatisme oculaire grave ayant comme résultat les dégâts sur le segment antérieur, une rupture chorioretinienne dans la région maculaire et une atrophie des fibres nerveuses optiques. L'état de santé de l'œil gauche avait suivi une évolution naturelle du traumatisme oculaire. La rupture chorioretinienne avait provoqué une cicatrisation et l'atrophie de la rétine centrale. Le glaucome post-traumatique et la formation des synéchies irido-cistalliniennes avaient contribué à la perte des fibres optiques et la tension mal contrôlée avait nécessité la pose d'une valve d'Ahmed. La lésion de sphincter irien avait résulté d'une pupille de l'œil gauche en semi-mydriase peu réactive à la lumière. Le choc subi pendant le traumatisme avait comme résultat la survenue d'une cataracte. Enfin, la vision basse avait entraîné une altération de parallélisme oculaire et avait résulté en une exotropie et hypertropie de l'œil gauche. Aucune récupération de la vision n'était possible car il s'agissait d'une destruction du tissu très délicat et non remplaçable. La situation oculaire pouvait à ce jour être décrite comme stable, car l'œil n'était pas douloureux et la tension était bien contrôlée, sans traitement. Dans ce cas, il était recommandé un suivi ophtalmologique annuel.

Sur le plan psychiatrique, les expertes ont posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique ; de phobie sociale ; de modification durable de la personnalité liée au syndrome de stress post-traumatique et d'épisode dépressif moyen à sévère sans syndrome somatique. Elles ont retenu un lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident.

L'assuré était apte à travailler d'un point de vue ophtalmologique (la montée sur des échelles, l'utilisation d'équipements dangereux, la conduite de véhicule poids lourds étaient contre-indiquées), en particulier à 100 % en tant qu'assistant socio-éducatif, mais pas d'un point de vue psychiatrique, car ses atteintes psychiatriques étaient encore trop élevées. L'incapacité de travail pouvait néanmoins évoluer de manière favorable en cas d'amélioration clinique. Sur le plan ophtalmologique,

l'assuré était capable d'exécuter la grande majorité des tâches courantes (se laver, préparer les repas, faire la lessive, exécuter des travaux administratifs, etc.), en particulier à 90 % (et non à 100 %) s'agissant de l'acte réparer, rénover, coudre, tricoter, car il était limité dans certaines tâches nécessitant la montée sur une échelle, l'utilisation des machines à coupe rotative et le travail de précision (enfiler les aiguilles).

48. Dans un courrier du 6 juin 2018 adressé au conseil de l'assuré, la SUVA a mentionné que les experts retenaient un lien de causalité naturelle entre les troubles de la sphère psychique et l'accident assuré, mais qu'il convenait également d'analyser le lien de causalité adéquate entre ces troubles et la bagarre survenue le 21 juin 2006.
49. Par décision du 6 août 2018, la SUVA a rejeté l'opposition du 27 septembre 2016. Elle a relevé que le lien de causalité naturelle entre une affection de nature psychique et un accident pouvait demeurer indécis dans la mesure où la relation de causalité adéquate devait de toute manière être niée. Après avoir classé l'événement du 21 juin 2006 parmi les accidents de gravité moyenne au sens strict, elle a considéré qu'aucun des critères jurisprudentiels n'était réuni pour retenir un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques. Le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident devait être nié à l'aune de l'arrêt du Tribunal fédéral (8C_879/2010) aux termes duquel l'assuré avait volontairement pris part à la bagarre et pouvait s'attendre à subir un acte de violence, qui n'était pas jugé comme disproportionné. La lésion oculaire n'avait pas nécessité un traitement médical d'une durée anormalement longue. Le traitement médical s'était limité à la prescription de gouttes ophtalmiques et de comprimés. Au 9 juin 2008, les HUG avaient jugé que l'état paraissait stabilisé sur le plan anatomique et le 9 décembre 2009, une valve d'Ahmed avait été implantée. Cette intervention avait permis de réduire la tension oculaire et les douleurs en résultant. Quand bien même des céphalées se manifestaient, le critère des douleurs physiques persistantes ne saurait être retenu. Il n'existait pas d'erreurs dans le traitement médical ayant entraîné une aggravation notable des séquelles accidentelles, ni de difficultés ou complications importantes apparues au cours de la guérison. Enfin, une aptitude au placement était exigible, d'abord à 50 %, puis à 75 % à partir du 1^{er} avril 2007, respectivement dès le 1^{er} mai 2007. Au 8 juin 2007, la Dresse Dr G _____ estimait que la capacité de travail comme mécanicien poids-lourds était possible en tant que monoptalme. En juin 2012, l'assuré avait obtenu un CFC d'assistant socio-éducatif, profession dans laquelle le rendement s'avérait entier. La mise en œuvre d'une expertise était superflue, l'examen de la causalité adéquate étant une question de droit.
50. Par acte du 14 septembre 2018, l'assuré, sous la plume de son conseil, a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la

cause à l'intimée afin qu'elle statue sur le droit aux prestations à la suite de l'accident du 21 juin 2006 et de la rechute annoncée le 1^{er} mars 2016.

Le recourant a relevé que l'existence du lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident était reconnu par l'intimée dans son courrier du 6 juin 2018. S'agissant du lien de causalité adéquate, il a estimé que l'accident en cause devait être qualifié de grave, eu égard à la violence de l'agression dont il avait été victime. Il a répété qu'il avait été roué de coups par trois inconnus, qu'il avait été grièvement blessé à la tête et au visage et qu'il avait perdu la vision de l'œil gauche, l'un des agresseurs ayant usé d'une ceinture avec une telle force que la boucle de cet objet s'était brisée en heurtant son visage. À cet égard, celui-ci s'était exprimé en ces termes devant la police : « Je n'ai pas cherché à ce qu'il tombe dans le coma, mais je ne regrette pas de lui avoir mis un coup de ceinture dans la gueule. Pour vous répondre, c'est la boucle de ma ceinture qui a touché son visage ; d'ailleurs elle s'est cassée suite au choc ». Si la SUVA avait réduit ses prestations au motif que le recourant se serait engagé dans une bagarre, son passage à tabac final n'avait toutefois jamais été contesté. Depuis lors, il souffrait d'un stress post-traumatique, ayant entraîné une modification durable de sa personnalité et des troubles anxieux (phobie sociale, épisode dépressif moyen à sévère), ainsi que le Dr H_____ l'avait constaté dans son rapport du 18 avril 2007. Partant, il existait un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'incapacité de travail et de gain qui en étaient résultées, d'autant plus que l'expertise judiciaire du 22 mars 2018 l'admettait.

Dans l'éventualité où l'accident n'était pas qualifié de grave, il devrait, selon le recourant, être rangé parmi les accidents de gravité moyenne à la limite de l'accident grave. Dans ce cas, la réalisation d'un seul critère jurisprudentiel était suffisant, étant relevé qu'in casu, la quasi-totalité des critères était réunie. En effet, le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident devait être reconnu, dès lors qu'il avait été brutalement agressé dans la nuit par trois inconnus, ce qui témoignait de la disproportion des forces en présence, agression au cours de laquelle il avait été grièvement blessé et retrouvé ensanglanté et inconscient par un passant. Il ne pouvait pas s'attendre à de tels actes de violence qui étaient totalement disproportionnés. L'intimée ne saurait se prévaloir du fait que le Tribunal fédéral avait retenu qu'il avait participé à une bagarre pour nier l'existence dudit critère. Ensuite, la gravité des lésions irréversibles subies ne faisait aucun doute. Outre le traumatisme cranio-cérébral et la fracture du nez qui avaient pu être soignés, il avait définitivement perdu l'usage de son œil gauche avec exotropie et hypertropie. Il avait été à plusieurs reprises, hospitalisé et opéré d'abord du nez puis de l'œil. Durant des années, il avait subi des traitements, en raison notamment des importantes complications relatives aux lésions subies à son œil gauche (glaucome post-traumatique qui était mal maîtrisé). Une nouvelle intervention de cet œil était d'ailleurs prochainement programmée. Compte tenu de la perte définitive de la

vision de l'œil gauche, les douleurs y relatives, telles que les fréquentes céphalées et la fatigue visuelle, devaient être qualifiées de persistantes. Enfin, le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques devait également être admis. L'intimée lui avait versé des indemnités journalières en raison de son incapacité de travail totale du 22 juin 2006 au 30 novembre 2008. Contrairement à ce que relevait la décision querellée, la Dresse G_____ n'avait pas retenu une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle dans son appréciation du 15 juillet 2008. Cette médecin, à l'instar des autres experts, avait estimé qu'une reconversion professionnelle était nécessaire. En outre, les travaux sur des échafaudages non sécurisés ou des terrains accidentés, les activités ayant un rythme de travail imposé, et celles associées à des exigences stéréoscopiques étaient contre-indiqués. Entre décembre 2008 et juillet 2012, il avait bénéficié de mesures d'orientation professionnelle suivies d'une réadaptation professionnelle. En conséquence, il pouvait prétendre aux prestations découlant de l'accident et de la rechute annoncée le 1^{er} mars 2016, sous la forme d'indemnités journalières, d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Si la chambre de céans entendait statuer sur l'ensemble de ces prestations – l'intimée ayant limité son analyse à la seule question du lien de causalité –, il se réservait le droit de se déterminer à cet égard.

Le recourant a annexé notamment :

- le bilan d'ergothérapie du 21 juillet 2014, relevant que la perte de la vision dans une partie du champ visuel nécessitait des compensations constantes dans toutes les activités (attention soutenue, mouvements de la tête pour assurer un balayage de la zone d'action, stratégies spécifiques pour assurer une précision de la coordination oculo-manuelle et oculomotrice satisfaisante et sécurisée) et que l'assuré rencontrait des difficultés dans tous les secteurs d'activité (soins personnels, ménage, cuisine, travail et loisirs). Il passait plus de temps à se raser et devait se concentrer davantage pour couper. Ainsi, l'activité de boucher présentait des risques;
 - le rapport du 17 juillet 2018 du docteur R_____, médecin adjoint agrégé au service d'ophtalmologie des HUG, attestant que l'exotropie secondaire que présentait le recourant était due au traumatisme qu'il avait subi en 2006 et qu'une chirurgie oculomotrice de l'œil gauche devait être effectuée afin d'améliorer sa position oculaire.
51. Dans sa réponse du 13 novembre 2018, l'intimée a conclu, sous suite de dépens, au rejet du recours. Elle a exposé que l'accident en cause, survenu dans le cadre d'une bagarre et non d'une agression, devait être qualifié de gravité moyenne stricto sensu. Les faits relatés par le recourant ne correspondaient pas à ceux retenus dans l'arrêt ATAS/925/2010, aux termes duquel le « passage à tabac » – que le recourant persistait à décrire dans son présent recours – n'avait pas été considéré comme vraisemblable et ne saurait être tenu pour établi. Seul un des trois jeunes, se sentant menacé, avait riposté en donnant un coup au moyen de sa ceinture, acte qui n'était

pas imprévisible, bien que les conséquences aient été importantes. Rien ne permettait de retenir, comme déjà relevé dans l'arrêt précité, que ce jeune ait visé le visage du recourant. La déclaration dudit jeune, que le recourant citait dans son recours, sortie de son contexte, n'était pas représentative de l'événement du 21 juin 2006. Après avoir exposé que le seul arrêt du Tribunal fédéral que le recourant avait cité – pour justifier de classer l'événement en cause dans la catégorie des accidents graves – ne présentait aucune similitude avec la présente affaire, l'intimée a cité divers arrêts fédéraux dans lesquels des agressions ayant causé des atteintes à la santé physique substantielles avaient été rangées parmi les accidents de gravité moyenne au sens strict, à l'instar d'autres cas relatifs à des accidents ayant engendré la perte de l'usage d'un œil.

Le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ne pouvait pas être admis selon l'intimée, dès lors que le recourant se basait sur un état de fait erroné. Le cas de ce dernier se distinguait des cas dans lesquels la Haute Cour avait considéré que ce critère était réalisé. En l'occurrence, la réaction du jeune qui avait frappé le recourant au moyen de sa ceinture n'apparaissait pas inattendue ni disproportionnée. Un déséquilibre des forces en présence ne saurait être retenu. Seul un des trois adolescents, plus jeune que le recourant, avait riposté. Le seul fait que l'accident ait conduit à une perte de la vision de l'œil n'était pas suffisant pour lui reconnaître un caractère impressionnant, la nature et la gravité de la lésion étant un critère en soi. Au demeurant, le recourant étant fortement alcoolisé lors de l'événement du 21 juin 2006 et ayant indiqué à plusieurs reprises que ses souvenirs de la soirée étaient flous, il convenait d'accorder à ce critère une portée moindre. La prise en considération des circonstances ayant entouré l'accident pour réduire les prestations n'empêchait nullement d'en tenir compte dans le cadre de l'examen de la causalité adéquate. Il s'agissait de questions juridiques distinctes et le déroulement de l'accident devait nécessairement être étudié pour déterminer s'il avait revêtu un caractère particulièrement impressionnant.

Le critère de la durée du traitement médical n'était pas rempli, dans la mesure où la plaie au niveau de la base du nez avait été suturée le 21 juin 2016 (recte : le 22) et l'opération visant à la reposition de l'os nasal avait été effectuée en ambulatoire. En ce qui concernait les lésions ophtalmologiques, le traitement médical, prodigué avant tout en raison de la pression oculaire qui était trop élevée, n'apparaissait pas d'une longueur inhabituelle ni ne présentait de complications importantes. La pression oculaire avait pu être maîtrisée après trois hospitalisations, de courte durée. Au total, l'hospitalisation du recourant n'avait pas duré plus d'une dizaine de jours. La nécessité de la pose d'une valve d'Ahmed, effectuée en 2009, n'était pas imprévisible, le corps médical l'ayant annoncée antérieurement. L'opération avait de plus été réalisée en ambulatoire et la période de convalescence n'avait pas été longue. L'arrêt de travail avait été de quinze jours. L'application de gouttes pour les yeux, sans en nier l'implication dans la vie quotidienne du recourant, ne saurait être

considérée comme lourde et pénible, d'autant plus que ce traitement était bien supporté. Le traitement mis en place n'avait au demeurant pas entravé la formation du recourant et actuellement il ne suivait aucun traitement pour les lésions ophtalmologiques. Dans leur rapport du 22 mars 2018, les expertes avaient relevé que la situation oculaire était stable car l'œil n'était pas douloureux et la tension bien contrôlée sans traitement. Le recourant se prévalait du certificat du Dr R_____ du 17 juillet 2018, faisant état d'une prochaine opération. Or, aucune date n'avait été agendée pour cette intervention. La Dresse G_____ avait au demeurant déjà indiqué que d'autres opérations ne pouvaient pas être exclues, notamment en cas de survenance d'une cataracte. Le suivi médical psychique n'était pas décisif.

S'agissant du critère de la persistance des douleurs physiques, l'intimée a relevé que les douleurs dont se plaignait le recourant n'étaient que peu documentées. Il se référait au rapport d'expertise du 22 mars 2018 qui évoquait « une fatigue visuelle en fin de journée, avec parfois des céphalées ». Selon l'intimée, sans vouloir nier l'existence desdites céphalées, il y avait lieu de relativiser leur importance. Le terme « parfois » impliquait qu'elles n'étaient pas constantes. Il n'apparaissait pas que le recourant ait pris ou prenne régulièrement un traitement antalgique contre celles-ci. Aucun rapport au dossier ne faisait état de limitations fonctionnelles induites par les douleurs alléguées, qui de surcroît ne semblaient pas avoir causé des empêchements dans la vie quotidienne du recourant. Il avait obtenu un CFC et exercé une activité de boucher à plein temps.

En ce qui concernait le critère de la durée de l'incapacité de travail, le paiement des indemnités journalières jusqu'au 30 novembre 2018 n'était pas déterminant. S'appuyant sur les rapports médicaux, l'intimée a relevé que, si le recourant était incapable d'exercer son activité habituelle, était toutefois seul décisif le fait que, sur le plan somatique, il aurait pu exercer une activité adaptée dès le 12 février 2007 à temps partiel, puis au plus tard dès le 1^{er} janvier 2008 à temps complet, avec une perte de rendement de 10 à 20 % sur une période de deux ans maximum. Dans ces conditions, ce critère n'était pas rempli.

Enfin, si le critère de la gravité des lésions – perte de la vision de l'œil gauche – pouvait être retenu, se référant à la jurisprudence fédérale, l'intimé a souligné que ledit critère ne revêtait toutefois pas une intensité suffisante pour admettre que l'accident était la cause adéquate des troubles psychiques rapportés, compte tenu du fait que la vision de l'œil droit était intacte et que les lésions au nez avaient guéri sans séquelles.

52. Dans sa réplique du 14 janvier 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a répété avoir été victime d'une agression brutale par trois inconnus, dans un lieu isolé. Dans l'arrêt ATAS/925/2010, il avait été admis qu'il se trouvait en état d'ébriété, ce que ses agresseurs avaient constaté, et qu'il ne tenait ni bouteille, ni tesson, ni aucune autre arme à la main lorsqu'il s'était avancé vers eux. Sur cette base, le recourant a indiqué que les trois agresseurs, même s'ils étaient un peu plus

jeunes que lui, ne pouvaient se sentir menacés, vu leur supériorité numérique, et compte tenu du fait qu'il était fortement alcoolisé, sans moyen de défense. En tout état, il était invraisemblable qu'une personne qui se sente menacée par un tiers, qui s'approcherait d'elle en courant, prenne le temps de déboucler sa ceinture, de la sortir des passants, de la saisir par le côté opposé de la boucle, pour se défendre d'une soi-disant attaque imminente, d'autant qu'il lui était loisible de prendre la fuite. Après le dernier coup infligé au recourant, blessé, les agresseurs n'avaient pas pris la peine d'appeler les secours, se contentant de regagner tranquillement leur domicile. Ces éléments prouvaient qu'il s'agissait d'une agression, qui avait été brutale, dès lors qu'il avait été frappé au visage avec une ceinture avec une telle force que sa boucle s'était brisée en heurtant son visage. La déclaration de son agresseur qu'il avait citée dans son recours était révélatrice du fait que celui-ci l'avait volontairement et brutalement agressé, en visant sciemment son visage avec un objet contendant. Lors de cette attaque, il avait craint pour sa vie. Un pareil coup au visage, porté avec un tel objet aurait pu le tuer. Au demeurant, son comportement, qui avait justifié une réduction des prestations, n'était d'aucune pertinence pour l'appréciation de l'accident dont il avait été victime, comme l'avait tranché le Tribunal fédéral dans le cas d'un cycliste qui conduisait en état d'ébriété et n'avait pas respecté les règles de priorité. Au vu de la disproportion des forces en présence, de la violence de l'agression et compte tenu des lésions subies, l'accident en cause devait être qualifié de grave. Les arrêts cités par l'intimée – pour justifier de classer l'événement parmi les accidents de gravité moyenne au sens strict – différaient du cas d'espèce, dans la mesure où les uns traitaient d'agressions n'ayant pas entraîné une perte de l'usage de l'œil et les autres, bien qu'ils se rapportaient à une perte de l'usage de cet organe, ne concernaient pas des agressions.

Eu égard aux faits sus-décrits, le recourant a soutenu que le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident s'était manifesté avec une intensité particulière. En outre, il ne pouvait pas s'attendre à une telle attaque soudaine et imprévisible. L'intimée ne pouvait nier ce critère au motif qu'il avait participé à une bagarre. Contrairement aux dires de l'intimée, et à teneur de l'arrêt ATAS/925/2010, s'il ne se souvenait plus du déroulement exact des faits survenus lors de la nuit du 21 au 22 juin 2006, il avait peu à peu recouvré la mémoire à ce propos. Partant, on ne saurait, à l'instar de l'intimée, accorder une portée moindre audit critère. Au contraire, la réalisation de ce critère, avec une intensité particulière, suffisait à admettre le lien de causalité adéquate.

À titre subsidiaire, le critère de la gravité des lésions, reconnu par l'intimée, devait également être admis avec une intensité particulièrement importante. Contrairement à ce que prétendait l'intimée, les douleurs avaient été régulièrement documentées au fil des années. Ces douleurs, éprouvées encore plus de douze ans après l'accident, allaient très certainement perdurer tout au long de sa vie, dès lors

qu'elles étaient inhérentes à la perte de la vision binoculaire. Quant aux autres critères (durée anormalement longue du traitement médical, difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes, degré et durée de l'incapacité de travail), le recourant a répété les arguments développés à l'appui de son recours.

53. Dans sa duplique du 15 février 2019, l'intimée a persisté dans ses conclusions. En substance, elle a contesté avoir basé son analyse sur le comportement du recourant pour qualifier l'accident en cause. Pour ce faire, elle avait apprécié l'ensemble des circonstances dans lesquelles l'atteinte était survenue, et il en ressortait qu'il n'avait jamais été « passé à tabac ». Le recourant n'apportait aucun élément qui permettrait, huit ans après, de s'écarter de l'état de fait retenu, au terme d'une instruction, dans l'arrêt ATAS/925/2010. S'agissant des critères jurisprudentiels, aucune pièce n'attestait que la vie du recourant avait été mise en danger lors de l'événement. Le glaucome post-traumatique ne saurait être considéré comme une difficulté ou une complication importante survenue au cours de la guérison. Il s'agissait d'une lésion consécutive au coup reçu déjà pris en considération dans l'analyse du critère de la gravité des lésions. Sans nier les troubles du recourant, il n'apparaissait pas, au vu des pièces qu'il citait, qu'ils soient permanents ni qu'ils revêtaient l'intensité exigée par la jurisprudence. Enfin, les mesures professionnelles avaient été mises en œuvre par l'assurance-invalidité, car le recourant disposait d'une capacité de travail dans une activité adaptée. En définitive, l'intimée a écarté tout lien de causalité adéquate et contesté avoir admis l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident.
54. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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^{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 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]). 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. 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; 125 V 414 consid. 1a ; 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).
b. En l'espèce, le recourant a conclu, entre autres, au renvoi de la cause à l'intimée afin qu'elle statue sur le droit aux prestations à la suite de l'accident et de la rechute, sous la forme d'indemnités journalières, d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, et indiqué que, si la chambre de céans entendait statuer sur l'ensemble de ces prestations, il se réservait le droit de se déterminer à cet égard.
Toutefois, la décision attaquée confirme la décision du 26 août 2016 qui nie l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 21-22 juin 2006 et les troubles psychiques du recourant, annoncés le 1^{er} mars 2016, dans le cadre d'une rechute.
L'intimée n'ayant pas statué, dans la décision querellée, sur le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité ni sur l'octroi éventuel d'une rente d'invalidité LAA consécutivement à l'accident, le litige porte uniquement sur la question de savoir si, dans le cadre de la rechute annoncée le 1^{er} mars 2016, les troubles psychiques présentés sont en lien de causalité avec l'accident du 21-22 juin 2006.
 6. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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).

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; 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).

Selon la jurisprudence, la question du lien de causalité naturelle entre une affection de nature psychique et un accident peut rester indécise dans la mesure où le lien de causalité adéquate doit de toute manière être nié (arrêts du Tribunal fédéral 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4; 8C_746/2008 du 17 août 2009 consid. 5).

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 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), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n. 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n. 8 p. 27 consid. 2 et les références). À noter qu'en cas de traumatisme cranio-cérébral, l'atteinte subie par l'assuré doit se situer à la limite de la contusion cérébrale, une simple commotion cérébrale n'étant pas suffisante, pour que les critères applicables en cas de traumatisme de type « coup du lapin » soient applicables (arrêts du Tribunal fédéral 8C_476/2007 du 4 août 2008 consid. 4.1.3 et 8C_270/2011 du 26 juillet 2001 consid. 2.1 et les références citées).

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).

7. 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). Dans un tel cas, la jurisprudence considère que quatre des critères précités doivent être réunis (arrêts du Tribunal fédéral 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5 ; 8C_487/2009 du 7 décembre 2009 consid. 5). Dans le cas d'un accident de gravité moyenne proprement dit, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (ATF 134 V 109 consid. 6.2.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5 ; 8C_510/2015 du 20 octobre 2015 consid. 6.2 ; 8C_804/2014 du 16 avril 2015 consid. 5 et 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5).

D'après la casuistique, les agressions suivantes ont été considérées comme des accidents moyens stricto sensu :

- l'altercation à la sortie d'une discothèque, ayant eu pour conséquences une commotion cérébrale, une plaie importante à l'arrière de la tête, une distorsion cervicale, une plaie pré tibiale à droite, ainsi que des contusions au flanc droit et à l'avant-bras droit (arrêt du Tribunal fédéral 8C_445/2013 du 27 mars 2014 consid. 4.3.2) ;
- l'altercation avec le portier d'un club, lequel a décoché un violent coup de poing au visage de l'assuré, ce qui a eu pour effet de lui faire perdre connaissance. À son réveil, l'assuré se trouvait assis contre le mur extérieur de l'établissement. Avec

l'aide d'un chauffeur de taxi, il s'était rendu à l'hôpital pour y recevoir des soins (arrêt du Tribunal fédéral 8C_254/2009 du 19 mars 2010 consid. 3.3) ;

- l'agression commise, à la sortie de la banque, par un inconnu muni d'une cagoule, lequel a essayé de prendre le sac porté en bandoulière de l'assurée, qui a été projetée au sol. Elle a résisté, tenant la courroie de manière forte et a été tirée sur le sol à plat ventre « comme un sac de patates » par son agresseur. Celui-ci est parvenu à s'emparer du sac convoité, a quitté les lieux en courant, avant d'être intercepté un peu plus loin par des témoins qui avaient assisté aux faits. Cette agression avait entraîné les atteintes suivantes : une contusion occipitale gauche, douleur à la palpation, mais pas de plaie ni d'hématome, des dermabrasions multiples de 0,5 cm de la base de l'annulaire gauche et interdigital (doigts 3 et 4), une dermabrasion du coude droit de 0,7 cm de long et une dermabrasion rouge du genou droit, de 2,5 cm de diamètre (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 138/04 du 16 février 2005) ;

- l'agression, en plein jour et dans un lieu public, par un jeune homme non armé, qui a frappé l'assuré de ses poings au visage et au dos à plusieurs reprises, avec traumatisme cranio-cérébral, fracture discrète du nez et contusions (arrêt du Tribunal fédéral 8C_434/2013 du 7 mai 2014) ;

- l'agression par trois individus qui ont frappé l'assuré à la tête au moyen d'un objet potentiellement dangereux (l'enquête de police n'avait pas pu déterminer s'il s'agissait d'une bouteille, d'une boucle de ceinture ou d'une barre à mine), ce qui avait eu pour conséquence un traumatisme cranio-cérébral, une plaie au front, une fracture des os du nez ainsi qu'une atteinte oculaire suivie d'une perte fonctionnelle de l'œil droit, le Tribunal fédéral a refusé de classer cet événement dans la catégorie supérieure des accidents de gravité moyenne (arrêt 8C_595/2015 du 23 août 2016). Après avoir observé qu'il n'était pas déterminant à cet égard que la victime connaissait ses agresseurs avec lesquels il avait passé sa soirée à s'enivrer, il a constaté que l'ensemble des circonstances établies ne permettaient pas de conclure que la violence de l'agression était telle qu'il faille ranger l'événement à la limite des accidents graves. En particulier, la victime s'était relevée quelques minutes après le départ de ses agresseurs et avait été en mesure d'appeler son collègue de travail qui l'avait rejoint sur place et aidé à marcher jusqu'à son domicile, ne jugeant pas nécessaire de l'emmener immédiatement à l'hôpital ;

En revanche, le Tribunal fédéral a classé les agressions suivantes dans les accidents moyens à la limite des accidents graves :

- le cas d'un assuré qui s'est fait agresser à 4 heures du matin par trois inconnus devant son domicile. Après l'avoir projeté à terre et roué de coups, les agresseurs s'étaient enfuis à la suite de l'intervention des voisins. L'assuré avait souffert de plusieurs contusions et d'une fracture à la mâchoire qui avait nécessité une intervention chirurgicale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 36/07 du 8 mai 2007) ;

- l'agression commise par le fils du compagnon de l'assurée lequel, après l'avoir jetée à terre, avait tenté de l'étrangler, lui avait frappé à plusieurs reprises la tête contre le sol et donné des coups de genoux dans le dos et les reins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 9/00 du 28 août 2001 ;

- l'agression au moyen d'une scie électrique, ayant entraîné plusieurs coupures, lesquelles ont nécessité une hospitalisation de plusieurs jours (arrêt du Tribunal fédéral 8C_480/2013 du 15 avril 2014) ;

- l'agression d'une personne ayant reçu plusieurs coups de couteau au ventre avec une lame de 23 cm de long et 4,5 cm de large (arrêt 8C_519/2008 du 28 janvier 2009).

8. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 [OLAA – RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n. U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

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. a. En l'espèce, au moment du prononcé de la décision attaquée suite à l'annonce de la rechute le 1^{er} mars 2016, l'état de santé du recourant, sur le plan somatique, était stabilisé. Il présentait en revanche des troubles psychiques.

Le cas du recourant doit être examiné en application des critères définis à l'ATF 115 V 133 – ce qui n'est pas remis en cause par les parties –, en tenant compte des seuls troubles physiques consécutifs à l'accident assuré. En effet, l'intensité du traumatisme cranio-cérébral, évoqué dans l'avis de sortie du 22 juin 2006, n'a à l'évidence pas atteint le seuil de la contusion cérébrale, dès lors que, dans le rapport du 24 juillet 2006, les HUG ont posé le diagnostic de commotion cérébrale. Or, une simple commotion cérébrale n'est pas suffisante pour que les critères de l'ATF 117 V 359 trouvent application. En outre, l'état de stress post-traumatique diagnostiqué initialement six mois après l'accident, et par la suite, l'état dépressif et la phobie sociale ou la modification durable de la personnalité liée au syndrome de stress post-traumatique, ne font pas partie du tableau clinique usuel en matière de traumatisme cranio-cérébral (cf. ATAS/88/2016 du 3 février 2016 consid. 6).

b. Il convient désormais de qualifier l'accident en question.

La chambre de céans retient que l'on est en présence d'un accident de gravité moyenne, sans qu'il se situe à la limite des accidents graves. Certes, le comportement du recourant – il avait engagé l'échange verbal injurieux avec les trois jeunes adolescents et déclenché la bagarre dans le bus – qui a eu une incidence dans le contexte de la décision de réduction des prestations, n'est d'aucune pertinence pour l'appréciation de la gravité de l'accident dont il a été victime (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 5.2). Ce nonobstant, la perte de l'usage d'un œil n'est en soit pas déterminante pour qualifier un accident de grave, dès lors qu'elle n'a pas directement trait au déroulement de l'accident, la lésion subie n'entrant en ligne de compte à ce stade de l'examen que si elle donne une indication sur la violence de l'attaque. Cela étant rappelé, contrairement aux dires du recourant, il n'a pas été roué de coups. Tant le Tribunal de la jeunesse que le TCAS ont à cet égard relevé qu'aucun des témoins n'avait déclaré avoir vu le recourant passé à tabac. À la sortie du bus, ce dernier a reçu, de la part d'un adolescent qui s'était senti menacé par son approche, un seul coup de ceinture au visage, certes très violent, mais l'attaque n'a pas duré. Le recourant est ensuite parti en courant avant de se retrouver assis sur le mur devant la piscine du Lignon. Quant aux trois jeunes adolescents, ils ont regagné leur domicile. Force est ainsi de constater qu'il n'y a pas eu un acharnement semblable à celui qui caractérisait l'état de fait décrit dans les arrêts U 9/00 ; U 36/07 ; 8C_519/2008 et 8C_480/2013 précités (cf. dans ce sens : arrêt du Tribunal fédéral 8C_254/2009 du 19 mars 2010 consid. 3.3.2).

c. Au vu de cette qualification, trois critères doivent 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).

c/aa. 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. C'est le déroulement de l'accident dans son ensemble qu'il faut prendre en considération. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances d'espèce et non pas en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut en effet observer qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre l'existence du critère en question (arrêt du Tribunal fédéral 8C_96/2017 du 24 janvier 2018 consid. 5.1). Par ailleurs, il convient d'accorder à ce critère une portée moindre lorsque la personne ne se souvient pas de l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 6.1 et les références).

In casu, il n'existait pas un important déséquilibre des forces en présence, le recourant était plus âgé (17 ans et demi) que son adversaire (15 ans), tous deux de même sexe (cf. arrêt U 9/00 du 28 août 2001 consid. 5c dans lequel le Tribunal fédéral a admis un important déséquilibre des forces eu égard aux différences d'âge et de sexe entre les protagonistes). Le recourant, alcoolisé, une fois sorti du bus, a suivi le groupe des trois jeunes adolescents pour continuer la bagarre qu'il avait provoquée, alors qu'il aurait pu partir dans une autre direction. Il pouvait donc s'attendre à un nouvel acte de violence, ainsi que l'a relevé le Tribunal fédéral (8C_879/2010). Le recourant n'a donc pas été frappé par surprise, ni n'a été victime d'un acte de violence gratuite. Dans ces circonstances, on ne saurait considérer que l'attaque a eu un caractère particulièrement impressionnant ou dramatique, même si le recourant a reçu un coup au moyen d'un objet potentiellement dangereux. À titre de comparaison, dans un arrêt 8C_595/2015 du 23 août 2016, le Tribunal fédéral a nié que l'agression d'un assuré à la tête au moyen d'une bouteille, d'une boucle de ceinture et d'une barre à mine, par trois individus – qu'il connaissait avec lesquels il avait passé la soirée à s'enivrer et qui s'étaient mis à se disputer pour des motifs inconnus –, ayant entraîné notamment la perte fonctionnelle de l'œil droit dont l'acuité visuelle se limitait à la numération digitale à un mètre, revêtait un caractère particulièrement impressionnant ou dramatique. En outre, le seul fait que l'accident a conduit à une perte de la vision de l'œil n'est pas suffisant pour lui reconnaître un caractère impressionnant, la nature et la gravité de la lésion étant un critère en soi (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 233/06 du 2 février 2007 consid. 5.3).

c/bb. Il n'est pas contestable que la perte de l'acuité visuelle de l'œil gauche du recourant fait partie des atteintes à la santé graves, propres à provoquer des troubles psychiques (cf. arrêt précité consid. 5.3). Cela étant, le critère de la gravité de la lésion ne revêt pas une intensité suffisante pour admettre à lui seul un lien de causalité adéquate avec des troubles psychiques, notamment si l'on tient compte du fait que la vision de l'autre œil, lequel n'a pas été touché lors de l'accident, est intacte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_935/2012 du 25 juin 2013 consid. 4.4), comme en l'occurrence.

c/cc. Pour l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). En outre, l'aspect temporel n'est pas seul décisif; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 8C_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3 ; U 92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 et les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêts du Tribunal fédéral 8C_361/2007 consid. 5.3 ; U 380/04 du 15 mars 2004 consid. 5.2.4 in RAMA 2005 n. U 549 p. 239). La jurisprudence a notamment nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré dix-huit mois (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3).

In casu, le traitement médical appliqué au recourant a consisté en la suture de la plaie ouverte à la base du nez le 22 juin 2006 et en l'opération pour repositionnement de l'os nasal, qui avait été fracturée, le 7 juillet 2006. Ces deux traitements n'ont pas nécessité une hospitalisation. En ce qui concerne la lésion de l'œil gauche – à savoir la grave altération de l'acuité visuelle post-traumatique en raison d'une importante cicatrice chorio-rétinienne dans la zone maculaire, secondaire à une rupture choroïdienne avec hématorne sous-rétinien ainsi que le glaucome induit par l'inflammation post-traumatique du segment antérieur avec altération progressive du nerf optique (cf. rapport d'expertise du 5 décembre 2007) – le recourant a été hospitalisé aux HUG du 3 au 4 juillet 2006, du 18 au 20 juillet 2006 et du 24 au 28 juillet 2006, soit au total pendant sept jours, afin de traiter le glaucome avec tension intraoculaire élevée et pour diminuer l'inflammation intraoculaire. À chaque fois, à la sortie de l'hôpital, la tension oculaire s'était normalisée, mais pas l'état inflammatoire qui persistait. Le traitement instauré consistait essentiellement en la prise de diverses gouttes, de Diamox et de KCL effervescent. Le recourant supportait bien ce traitement, sans irritation, allergie ou autre effet secondaire local (cf. rapport d'expertise du 5 décembre 2007). Le 22 septembre 2006, le Dr S_____ a préconisé la continuation du traitement médical. Une intervention chirurgicale ne devait pas avoir lieu tant que la pression intraoculaire était contrôlée et que le nerf optique ne souffrait pas. Le 10 octobre 2006, le recourant a été informé de la perte de la fonction de son œil gauche sans rémission possible même s'il a continué à être suivi médicalement. Au 9 juin 2008, le Dr N_____ a constaté que le glaucome était contrôlé (le recourant utilisait uniquement des gouttes) et que, sur le plan anatomique, l'état paraissait stabilisé. Le 9 décembre 2009, une valve d'Ahmed a été mise en place en ambulatoire pour régler la pression intraoculaire et l'arrêt de travail a été de quinze jours. Ce

traitement n'avait pas pour but d'améliorer l'acuité visuelle, la lésion du tissu étant définitive (cf. appréciation du 8 mars 2012). Depuis lors, la tension est bien contrôlée, sans traitement (cf. rapport d'expertise du 22 mars 2018).

Compte tenu de la perte définitive de l'acuité visuelle de l'œil gauche et de l'absence de mesures thérapeutiques pour remédier à cet état de fait, l'hospitalisation, au total de sept jours, pour traiter le glaucome et l'état inflammatoire ainsi que le traitement médicamenteux (gouttes) y relatif et la mise en place de la valve d'Ahmed (en ambulatoire) ne sauraient être considérés comme un traitement médical invasif et assez pénible ayant entraîné une longue convalescence, d'autant plus que l'administration régulière de gouttes dans les yeux n'a pas empêché le recourant d'être apte à travailler à plein temps dans une activité adaptée, comme assistant socio-éducatif (cf. avis du SMR du 29 juillet 2008 ; rapport du Centre Le Repuis du 17 juillet 2012 ; rapport d'expertise du 22 mars 2018 ; cf. également arrêt 8C_105/2012 du 23 juillet 2012 consid. 5.4 dans lequel le Tribunal fédéral a considéré que le traitement médical, qui consistait essentiellement en de la physiothérapie et la prise d'antalgiques, n'a pas été particulièrement long puisqu'après dix-mois mois, l'assuré était à nouveau apte à travailler si l'on tenait compte des seules séquelles somatiques).

c/dd. Quant au 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).

In casu, certes, le recourant a souffert, dans les suites immédiates de l'accident, de fortes douleurs à l'œil gauche, ayant nécessité son hospitalisation à trois reprises en juillet 2006. Au 5 décembre 2007, il se plaignait de fréquentes hyperhémies conjonctivales de l'œil gauche en fin de journée, associées à des sensations de lourdeurs ainsi que de céphalées temporales gauches le matin au réveil. Ultérieurement, il ressentait une fatigue visuelle et parfois des céphalées périorbitaires gauches lorsqu'il se concentrait trente à quarante-cinq minutes (cf. rapport d'expertise du 3 mars 2008 ; rapport du Dr N_____ du 9 juin 2008 ; rapport d'expertise du 22 mars 2018, qui relève que l'œil n'était pas douloureux et que la tension était bien contrôlée sans traitement). Cela étant, même si le recourant passe plus de temps à se raser et doit se concentrer davantage pour couper (cf. rapport d'ergothérapie du 21 juillet 2014), il est capable d'exécuter la grande majorité des tâches courantes (se laver, préparer les repas, faire la lessive, exécuter des travaux administratifs, etc.) en dépit de la fatigue visuelle et des céphalées (cf. rapport d'expertise du 22 mars 2018). Du reste, dans la mesure où, aux dires du recourant, il éprouve « parfois » des céphalées, et compte tenu du fait qu'aucune pièce au dossier ne mentionne qu'il prend des médicaments à cet effet, il n'apparaît pas que ses douleurs physiques soient suffisamment importantes. Au vu de ces

éléments, ce critère ne saurait être retenu. De toute manière, il y a lieu de relativiser l'importance des douleurs – si tant est qu'elles soient importantes –, car les affections somatiques du recourant restent compatibles avec l'exercice d'une activité lucrative adaptée à plein temps (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.6).

c/ee. Le dossier ne fait mention d'aucune erreur médicale.

c/ff. En ce qui concerne l'existence de difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes, il convient de préciser que ces deux aspects ne doivent pas être remplis de manière cumulative. Il doit exister des motifs particuliers ayant entravé la guérison, et ce même s'il n'a pas été possible de supprimer les douleurs de l'intéressé, ni même de rétablir une capacité de travail entière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.5. et les références).

In casu, les lésions à l'œil gauche (soit l'exotropie et hypertropie post-traumatique, le glaucome, la lésion du sphincter, l'atrophie chorioretinienne post-traumatique suite à une déchirure choroïdienne et à une hémorragie sous-rétinienne et la cataracte sous scapulaire postérieure post-traumatique) sont le résultat d'une évolution naturelle du traumatisme oculaire (cf. rapport d'expertise du 22 mars 2018). Il s'agit donc de lésions provoquées par l'accident et non d'une complication séquellaire. On ne peut dès lors pas parler de difficultés ou de complications significatives ayant entravé la guérison (cf. dans ce sens : arrêt du Tribunal fédéral 8C_196/2016 du 9 février 2017 consid. 5.4). Au demeurant, lesdites lésions n'empêchent pas le recourant d'exercer un travail adapté à plein temps (cf. rapport d'expertise du 22 mars 2018 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.6 a contrario). Le critère de difficultés ou de complications importantes ne saurait donc être retenu.

c/gg. Enfin, le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_766/2017, 8C_773/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.3).

In casu, il n'est pas contesté que la capacité de travail du recourant est nulle dans son activité habituelle depuis l'accident. Cela dit, c'est à tort que l'intimée, s'appuyant sur l'appréciation de la Dresse G_____ du 12 février 2007, considère que le recourant aurait pu exercer une activité adaptée dès cette date à temps partiel. En effet, cette médecin se réfère dans ce document à l'activité habituelle de mécanicien sur poids-lourds. Or, elle avait constaté que la situation médicale n'était pas stable à ce moment. Du reste, le médecin traitant a, postérieurement à cette appréciation, établi des arrêts de travail à plein temps.

Sur la base du rapport du Dr N_____ du 9 juin 2008 qui relevait que, sur le plan anatomique, l'état de santé paraissait stabilisé, le SMR, par avis du 29 juillet 2008, a estimé que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. La Dresse G_____ est du même avis, sous réserve d'une baisse de rendement de 10 à 20 % pendant un à deux ans (cf. appréciation des 15 juillet 2008 et 8 mars 2012). Sur cette base, le recourant a bénéficié d'une formation professionnelle en vue de l'obtention d'un CFC d'assistant-socio-éducatif, prise en charge par l'OAI, activité dans laquelle le rendement a été estimé à 100 % (cf. rapport du Centre Le Repuis du 17 juillet 2012 ; rapport d'expertise du 22 mars 2018). Il y a donc lieu de retenir que le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle qu'assistant-socio-éducatif, à partir de juin-juillet 2008. Ainsi, la reprise d'une activité adaptée a été possible deux ans après l'accident. Dans un arrêt 8C_566/2013 du 18 août 2014 dans lequel il s'était écoulé deux ans et sept mois avant que l'assuré ait pu récupérer une capacité de travail complète (dans une activité adaptée), entrecoupée par des périodes de capacité de travail partielle (à 50 %), le Tribunal fédéral a considéré qu'il est douteux que le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques soit réalisé (consid. 6.2.7). Dans un arrêt 8C_116/2009 du 26 juin 2009 consid. 4.6, la Haute Cour a en revanche admis ce critère pour un arrêt de travail de 100 % d'une durée de trois ans sans interruption. La question de savoir si ce critère est en l'occurrence donné peut rester ouverte pour un double motif. D'une part, dès l'annonce de sa rechute en mars 2016, le recourant n'a pas été en incapacité de travail totale de manière continue en raison de troubles somatiques (cf. arrêt 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.7 a contrario). D'autre part, seuls deux critères, le cas échéant, sur sept entrent en ligne de compte, dont on ne saurait dire que l'un ou l'autre revêt en l'espèce une importance particulière pour établir une relation de causalité adéquate entre l'accident assuré et les troubles en cause.

c/hh. Il s'ensuit qu'il y a lieu de nier une relation de causalité adéquate entre les troubles psychiques annoncés le 1^{er} mars 2016 et l'accident.

d. Dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat de la relation de causalité doivent être cumulés pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle lorsque ce lien ne pourrait de toute façon pas être qualifié d'adéquat (voir ATF 135 V 465 consid. 5.1).

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
12. L'intimée, qui obtient gain de cause, conclut à l'octroi de dépens. Toutefois, étant une organisation chargée de tâches de droit public (ATF 112 V 44 consid. 3), et non représentée par un avocat indépendant, elle n'a pas droit à des dépens.
13. 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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