



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1899/2020

ATAS/1218/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 décembre 2020

9^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, MEYRIN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Nadia MEYLAN

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-
DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1979, travaillait en qualité de menuisier pour le compte de la société B_____. À ce titre, il était assuré auprès de la caisse nationale d'assurances en cas d'accident (ci-après : CNA).
2. Le 22 décembre 2017, il a été blessé à l'œil droit au cours d'une partie de paintball lors d'une sortie d'entreprise.
3. Le 24 décembre 2017, l'assuré a subi une vitrectomie de l'œil droit et une lensectomie.
4. Dans la lettre de sortie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), les médecins du service d'ophtalmologie ont posé les diagnostics de contusion oculaire droite avec érosion de surface, lésion du sphincter irien, vitré en chambre antérieure, contusion rétinienne et hyphéma.
5. À partir du 16 juillet 2018, l'assuré a repris le travail à 70 % pour le compte de la société C_____ SA.
6. Dans son appréciation médicale du 10 août 2018, le docteur D_____, spécialiste FMH en ophtalmologie et chirurgie ophtalmologique auprès du centre de compétences de la CNA, a considéré qu'une reprise à 50 % de l'activité habituelle était exigible. Ce taux était valable pour deux à trois mois, étant précisé qu'une augmentation du taux de travail par étapes devait être envisagée par la suite, une pleine capacité travail étant attendue vers le début de l'année 2019. L'atteinte à l'intégrité était évaluée à 8 %.
7. Par courrier du 21 août 2018, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait un terme à la prise en charge des soins médicaux et au versement des indemnités journalières au 31 décembre 2018. Elle continuerait cependant à prendre en charge les contrôles ophtalmologiques réguliers à raison d'un contrôle par année, et ceci à vie.
8. Dans son rapport médical du 11 septembre 2018, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a relevé que, depuis son accident, l'assuré présentait des troubles du sommeil avec de nombreux cauchemars, une irritabilité fluctuante et une tendance aux ruminations. Elle a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction anxiodépressive prolongée (F43.22).
9. Par courrier du 4 octobre 2018, la CNA a informé l'assuré que sur la base des renseignements fournis par la Dresse E_____, son médecin d'arrondissement estimait que les soins fournis par cette médecin étaient bien en lien avec l'accident dont il avait été victime le 22 décembre 2017. Un suivi à long terme n'était cependant pas nécessaire et le trouble en cause n'était pas source d'une incapacité de travail. La CNA confirmait ainsi la prise en charge des traitements médicaux émanant de la Dresse E_____ jusqu'au 31 décembre 2018.
10. Dans son appréciation médicale du 10 octobre 2018, le docteur F_____, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a

estimé que le lien de causalité entre l'accident du 22 décembre 2017 et les troubles psychiques était pour le moins probable.

11. Par décision du 3 janvier 2019, la CNA a refusé d'accorder à l'assuré une rente d'invalidité au motif que ce dernier était apte à reprendre en plein son activité habituelle de menuisier à partir du début de l'année 2019. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 8 %, correspondant à un montant de CHF 11'856.-, lui a été versée.
12. Dans son rapport médical du 19 mars 2019, la doctoresse G_____, médecin-chef de service auprès du service d'ophtalmologie des HUG, a expliqué que l'assuré présentait une augmentation de la capsulose du sac cristallinien et que le reste du status était stable. Dans son nouveau rapport médical du 27 mai 2019, le médecin a attesté que le status ophtalmologique de l'assuré était stable avec une membrane épitréiniennne secondaire, une traction en augmentation.
13. Le 17 juillet 2019, l'assuré a résilié son contrat de travail auprès de la société C_____ SA. Les rapports de travail ont pris fin le 10 août 2019.
14. Le 31 juillet 2019, l'employeur a annoncé une rechute remontant au 30 juillet 2019.
15. Dans son avis du 23 août 2019, le Dr H_____ a considéré qu'aucune aggravation ne pouvait être retenue, l'état médical paraissant stable au niveau ophtalmologique.
16. Par courrier du même jour, la CNA a informé l'assuré que sur le plan ophtalmologique son état de santé était stable et que son aptitude au travail demeurait entière dans l'activité de menuisier. Elle prendrait cependant en charge les soins et médicaments consécutifs aux consultations de janvier, mars, mai et juillet 2019 du service d'ophtalmologie de l'hôpital cantonal. Par la suite, sauf péjoration significative, la prise en charge de tels soins se poursuivrait selon le cadre défini dans son courrier du 21 août 2018. Quant à l'arrêt de travail pour maladie depuis le 30 juillet 2019, il semblait qu'il n'était pas la conséquence de l'accident et qu'il relevait d'une autre pathologie.
17. Du 5 au 26 août 2019, l'assuré a été suivi par la doctoresse T_____, médecin cheffe de clinique des HUG, au Centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrées (ci-après : CAPPI). Dans son rapport du 25 septembre 2019, le médecin a notamment relevé que le suivi avait eu lieu dans un contexte de péjoration thymique concomitante à la dégradation des conditions de travail et la recrudescence des symptômes de stress post-traumatique.
18. Le 27 septembre 2019, répondant à un questionnaire médical de la CNA, la Dresse E_____ a expliqué que l'assuré présentait, depuis l'été 2019, un épisode dépressif majeur d'intensité moyenne et un syndrome de stress post-traumatique. Des ruminations relatives au déroulement et aux responsabilités de l'accident, des réviviscences lors de stimuli auditifs, des troubles du sommeil et des cauchemars avaient recommencé à le hanter en altérant ses capacités d'attention, de

concentration et de mémoire et l'empêchant d'être efficace et productif dans son activité professionnelle.

19. Le 21 octobre 2019, l'assuré a subi une implantation d'une lentille intraoculaire (cf. compte-rendu opératoire de la Dresse G_____ du 7 novembre 2019).
20. Dans son appréciation psychiatrique du 23 octobre 2019, le Dr F_____ a considéré que la causalité naturelle entre l'accident et les troubles psychiques déclarés en juillet 2019 était tout au plus possible (moins de 50 %).
21. Par décision du 7 novembre 2019, la CNA a refusé de prendre en charge les troubles psychiques, au motif qu'un lien de causalité au moins probable entre les troubles et l'événement du 22 décembre 2017 ne pouvait être retenu. S'agissant des troubles ophtalmologiques, le service médical de la CNA estimait que son état de santé était demeuré stable. Les renseignements reçus de l'hôpital cantonal n'avaient pas permis de mettre en évidence de détérioration sensible de son œil droit. Son aptitude au travail demeurait entière dans l'activité de menuisier. Par gain de paix, l'assurance admettait toutefois la prise en charge de l'incapacité de travail du 30 juillet au 4 août 2019 à titre d'épisode douloureux à l'œil droit. Cela étant, la CNA prendrait en charge les conséquences (frais médicaux et arrêt de travail) de son intervention du 21 octobre 2019.
22. Le 5 décembre 2019, l'assuré a formé opposition contre la décision précitée en concluant implicitement à son annulation et à la prise en charge de la CNA des troubles psychiques (soins médicaux et indemnités journalières). Il a notamment précisé que ses yeux étaient gonflés et « extrêmement sensibles au toucher » et que le fait d'avoir été en contact avec des machines dans son lieu de travail l'avait « complètement bouleversé ». Il revoyait la « scène de l'accident en boucle dans [sa] tête ». Cette écriture a été complétée le 14 février 2020 par l'intermédiaire de son avocate.
23. Par décision sur opposition du 29 mai 2020, la CNA a maintenu sa décision du 7 novembre 2019. Les circonstances de l'accident ne sauraient être qualifiées de dramatiques ou de particulièrement impressionnantes. Si la perte fonctionnelle d'un œil constituait une lésion grave, il n'en restait pas moins que la gravité d'une telle lésion ne revêtait pas une intensité suffisante pour admettre à lui seul un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques. Il n'y avait pas non plus eu d'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible, ni d'erreurs de traitement médical. L'incapacité de travail n'avait pas été particulièrement longue et il n'était pas allégué que l'assuré souffrirait de douleurs persistantes liées aux seules lésions physiques. Les critères consacrés par la jurisprudence n'étaient pas remplis dans leur grand nombre ou de façon frappante, de sorte que l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques faisait défaut.
24. Par acte du 29 juin 2020, l'assuré a formé recours contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS),

concluant à son annulation, à ce qu'il soit constaté qu'il a droit aux indemnités journalières et au paiement des soins médicaux liés au traitement de ses troubles dépressifs à compter du 30 juillet 2019 et jusqu'à réelle augmentation de son état de santé et que son taux d'incapacité de travail était de 100 % dès le 30 juillet 2019. Il a sollicité un délai complémentaire pour compléter son recours.

25. Par décision du 23 juillet 2020, l'assuré a été mis au bénéfice de l'assistance juridique.
26. Par complément de recours du 3 août 2020, l'assuré a contesté l'absence de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et les troubles psychiques de l'assuré.

À l'appui de son écriture, l'assuré a notamment produit un rapport médical du 30 juin 2020 (version temporaire, confirmée par rapport du 3 juillet 2020) de la Dresse G_____. Il est notamment précisé que, le 13 février 2020, l'assuré déclarait une péjoration de sa vision avec des douleurs peri-orbitaires depuis deux semaines, avec une acuité visuelle au niveau de l'œil droit limitée à 6/10, nécessitant une reprise chirurgicale pour ablation de lentille intraoculaire.

27. Le 31 août 2020, l'assuré a subi une ablation de lentille intra-oculaire de chambre antérieure à l'œil droit (cf. compte-rendu opératoire du 2 septembre 2020 de la Dresse G_____).
28. Le 26 octobre 2020, dans le délai prolongé à deux reprises par la chambre de céans, la CNA a répondu, qu'après examen du dossier et des pièces médicales versées après la notification de la décision entreprise, il était apparu que l'assuré avait fait l'objet d'une nouvelle intervention chirurgicale à l'œil droit le 31 août 2020, à savoir d'une ablation de la lentille intraoculaire. Il ressortait du rapport médical du 30 juin 2020 de la Dresse G_____ que l'indication de procéder à cette nouvelle opération était apparue avant la décision sur opposition, dans la mesure où la péjoration de la vision de l'assuré remontait au mois de février 2020. Il avait été constaté en outre que cette intervention était en lien avec l'accident du 22 décembre 2017. Il convenait donc d'admettre que l'état de santé de l'assuré n'était pas encore stabilisé au plan ophtalmologique au moment où la décision entreprise avait été rendue. Par ailleurs, comme le Dr F_____ n'avait pas pu confirmer que la causalité naturelle entre les troubles psychogènes et l'événement assuré devait être niée, il n'était pas possible en l'état d'en déduire que ces troubles ne relevaient pas de la responsabilité de la CNA. La CNA concluait ainsi à l'admission partielle du recours et au renvoi de la cause pour instruction complémentaire.

À l'appui de sa réponse, la CNA a notamment produit l'appréciation psychiatrique du Dr F_____ du 7 octobre 2020, selon laquelle un examen clinique de l'assuré était nécessaire afin de répondre à la question de la causalité naturelle « dans cette situation complexe ». Était également annexée à la réponse une brève appréciation médicale du Dr H_____ du 4 juillet 2020, selon laquelle l'opération prévue

d'ablation de la lentille intraoculaire était imputable, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'accident du 22 décembre 2017.

29. Le 9 novembre 2020, l'assuré a indiqué qu'il peinait à comprendre dans quelle mesure le fait que sa situation n'ait pas encore été stabilisée au niveau ophtalmologique au moment de la décision entreprise soit propre à influencer sur le bien-fondé de sa requête en indemnisation de son recours. L'incapacité de travail avait été causée par des troubles d'ordre psychiatrique, et non somatiques, réapparus en juillet 2019, soit bien avant qu'une troisième opération de son œil n'ait été planifiée. L'assuré, qui maintenait ses conclusions, s'en rapportait ainsi à justice quant à l'opportunité de renvoyer la cause à la CNA, étant précisé qu'il concluait, dans ce cas, à l'octroi d'une indemnité de procédure.
30. La chambre de céans a transmis cette écriture à la CNA.

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.
3. 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, le recours est recevable (art. 56ss LPGA et 62ss LPA).
4. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimée de prendre en charge les frais liés aux troubles dus à l'accident du 22 décembre 2017.
5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

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

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

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

6. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

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).

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).

8. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir notamment au traitement ambulatoire, aux médicaments et analyses et au traitement dans la division commune d'un hôpital (art. 10 al. 1 LAA).

9. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

c. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

d. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des

médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

10. Le juge des assurances sociales apprécie la légalité de la décision attaquée, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où cette décision a été rendue et n'a pas à prendre en considération les modifications postérieures de l'état de fait, qui doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 p. 213).
11. En l'occurrence, dans la décision entreprise, l'intimée a retenu que les critères consacrés par la jurisprudence pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 22 décembre 2017 et les troubles psychiques n'étaient pas remplis. C'était partant à bon droit que l'intimée avait refusé de prendre en charge les troubles psychiques déclarés dans le cadre de la rechute annoncée en juillet 2019.

Devant la chambre de céans, l'intimée conclut à l'admission partielle du recours, au motif, d'une part, qu'au moment de la décision attaquée l'état de santé du recourant n'était pas encore stabilisé sur le plan ophtalmologique et, d'autre part, qu'il n'était pas encore possible de déduire que les troubles psychiques du recourant ne relevaient pas de la responsabilité de l'intimée.

Sur le plan ophtalmologique, il ressort en effet du dossier que le recourant a subi une nouvelle opération à l'œil droit en date du 31 août 2020, dont il n'est pas contesté qu'elle était imputable à l'accident du 22 décembre 2017 (cf. appréciation médicale du Dr H_____ du 4 juillet 2020). L'indication à cette intervention avait été posée en février 2020, comme cela ressort du rapport médical de la Dresse G_____ du 30 juin 2020, soit antérieurement au prononcé de la décision entreprise du 29 mai 2020. Dans ces conditions, et ainsi que l'admet expressément l'intimée, il n'était pas possible de retenir, le 29 mai 2020, qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état du recourant. C'est par conséquent à tort que l'intimée a mis fin aux prestations légales dues au recourant en raison de son atteinte à la santé sur le plan ophtalmologique.

Pour ce motif déjà, il y a lieu d'admettre le recours, d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimée pour nouvelle décision.

À cela s'ajoute que, sur le plan psychiatrique, il n'était pas encore possible, en l'état du dossier, de conclure à l'absence de lien de causalité entre l'accident assuré et les troubles psychiques du recourant.

À la lecture du dossier, il appert en effet que les spécialistes en psychiatrie ont attesté d'une évolution défavorable de l'état de santé psychique du recourant depuis son accident du 22 décembre 2017. En septembre 2018, la Dresse E_____ a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction anxiodépressive prolongée.

Ce diagnostic, repris par le Dr F_____ dans son appréciation du 10 octobre 2018, a conduit le médecin d'arrondissement à retenir que le rapport de causalité naturelle entre l'accident et les troubles psychiques du recourant était « pour le moins probable » (appréciation psychiatrique du Dr F_____ du 20 octobre 2018). En septembre 2019, les Dresses I_____ et E_____ ont posé les diagnostics, plus sévères, d'état de stress post-traumatique et de dépression d'intensité moyenne (rapports médicaux de la Dresse I_____ du 25 septembre 2019 et de la Dresse E_____ du 27 septembre 2019). Ces médecins ont notamment relevé que le recourant était « submergé par la peur d'avoir un nouvel accident » (rapport médical de la Dresse I_____ du 25 septembre 2019) et que « des réviviscences lors de stimuli auditifs, des troubles du sommeil et des cauchemars avaient recommencé à le hanter en altérant ses capacités d'attention, de concentration et de mémoire et l'empêchant d'être efficace et productif dans son activité professionnelle » (rapport médical de la Dresse E_____ du 27 septembre 2019). Questionné au sujet de ces nouveaux diagnostics, le Dr F_____ s'est étonné du diagnostic posé de « stress post-traumatique », précisant qu'il était « absent auparavant ». Il pouvait certes admettre qu'il s'agissait d'une « rechute en lien avec une réaction négative avec le fait qu'il n'ait pas obtenu la reconnaissance judiciaire attendue », mais il ne comprenait pas pourquoi il était question de stress post-traumatique. Le médecin pouvait par ailleurs accepter que « les capacités de *coping* [du recourant] aient été dépassées et qu'il traversait une période de dysphorie transitoire », mais une intensité moyenne lui paraissait démesurée (appréciation psychiatrique du 23 octobre 2019). Or, ainsi que le relève le recourant, ce seul avis n'est pas propre à remettre en cause l'évaluation des Dresses I_____ et E_____. Il repose uniquement sur des hypothèses qui ne sont étayées par aucun élément objectif, le médecin d'arrondissement n'ayant, en particulier, pas procédé à un examen clinique du recourant. Le Dr F_____ l'admet du reste expressément puisqu'il estime désormais nécessaire d'examiner l'assuré afin de pouvoir répondre à la question de la causalité naturelle entre l'accident du 22 décembre 2017 et la présence d'un état de stress post-traumatique du recourant, tel que relaté par ses psychiatres traitants (appréciation psychiatrique du Dr F_____ du 7 octobre 2020). Par conséquent, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle procède à une instruction médicale complémentaire sur ces questions.

12. Le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition de l'intimée du 29 mai 2020 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction médicale complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

Le recourant, représenté par une mandataire professionnelle, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

* * * * *

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition de l'intimée du 29 mai 2020.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire, dans le sens des considérants, et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

Marie NIERMARÉCHAL

Eleanor McGREGOR

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