RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2135/2004 **ATAS/282/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

1er chambre

du 31 mars 2005

En la cause

Monsieur P_____, en France, mais comparant par Me Michael ANDERS en l'Etude duquel il élit domicile — recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1 à Lucerne — intimée

---

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Isabelle DUBOIS et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Monsieur P_____, né en 1953, de nationalité suisse, a travaillé à plein temps (40 heures par semaine) auprès de l'entreprise X_____ SA en tant qu'aide monteur en ventilation dès le 25 février 2002. Dans ce cadre, il était assuré pour les cas d'accidents à la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après la SUVA).

2. Le 29 avril 2002, occupé à travailler sur le chantier « science III » à Genève, l'assuré a perdu l'équilibre et est tombé d'une échelle en voulant déplacer un échafaudage avec un collègue, faisant une chute de quelque deux mètres cinquante de haut et se réceptionnant sur le côté gauche et sur la tête. Il a immédiatement été pris en charge par le Docteur A_____ du département de chirurgie, unité de chirurgie de la main des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), lequel a diagnostiqué une fracture luxation ouverte du poignet gauche et une fracture articulaire de la styloïde radiale de l'extrémité distale du radius droit. L'assuré a subi une intervention chirurgicale pratiquée par ce praticien le même jour et est demeuré hospitalisé à l'unité de chirurgie de la main des HUG du 30 avril au 14 mai 2002. Durant ce séjour, il a encore subi deux interventions chirurgicales en date du 30 avril 2002.

3. Du 14 mai au 29 juin 2002, l'assuré a séjourné à la clinique de rééducation du département des neurosciences cliniques des HUG. Les Docteurs B_____ et C_____ l'ayant examiné ont repris, dans leur rapport du 1er juillet 2002, les diagnostics précédemment posés par leur confrère, le Docteur A_____, en précisant que les suites postopératoires étaient simples. Ils ont par ailleurs relevé dans l'anamnèse que, lors de la chute, l'assuré avait subi un choc derrière la tête, mais qu'il n'avait eu ni perte de connaissance ni amnésie circonstancielle.

4. Le 31 mai 2002, Monsieur S_____ du service de l'inspection des chantiers de la police des constructions a auditionné l'assuré sur le déroulement de l'accident. Il a relevé dans son rapport que ce dernier s'était fracturé les poignets et aurait encore à subir des interventions chirurgicales. Il a également relevé « choc à la tête avec troubles ».

5. Suite aux plaintes de l'assuré concernant des troubles de la vision, la Doctoresse GRAF de la clinique de rééducation a pris rendez-vous pour le patient avec un ophtalmologue. La consultation d'ophtalmologie a eu lieu le 4 juin 2002, date à laquelle le Docteur D_____, ophtalmologue, a relevé que le fond d'œil était non évocateur pour un traumatisme et qu'il y avait une évolution de l'astigmatisme du patient. L'anamnèse précisait que le patient était tombé d'une échelle et s'était reçu sur l'occiput entraînant une baisse d'acuité visuelle bilatérale. La vision de l'œil droit était de 10/10ème avec + 1 à 80° et celle de l'œil

gauche de 10/10ème avec + 0,75 à 90°. La papille du fond de l'œil était nette et non excavée à l'œil droit, avec image de mélanome plan en péri-papillaire stable à surveiller.

6. Le 16 septembre 2002, l'assuré a informé la SUVA que le trouble de la vision qu'il lui avait déjà mentionné il y a quelque temps faisait partie du traumatisme consécutif à la chute et donc à l'accident de travail, raison pour laquelle il souhaitait que ce fait soit pris en considération. Le 24 octobre 2002, il lui a encore transmis son dossier ophtalmologique en soulignant que l'aggravation de son astigmatisme était due au choc subi à la tête.

7. Lors d'un entretien téléphonique le 27 novembre 2002 avec un employé de la SUVA, l'intéressé a expliqué que, depuis l'accident, il avait constaté une baisse de vision et qu'il avait mal aux yeux. Il l'a informé qu'il ne suivait pas de traitement concernant ce problème.

8. Le 23 décembre 2002, il a transmis le rapport d'ophtalmologie des HUG du 4 juin 2002 à la SUVA tout en relevant que ce document ne mentionnait pas tout ce que le médecin qui l'avait examiné lui avait expliqué lors de l'examen ophtalmologique. Il a relevé qu'à l'époque l'ophtalmologue lui avait expliqué qu'un choc violent pouvait ébranler le cervelet, lequel donnait des informations visuelles et qu'il était nécessaire de faire de nouvelles lunettes. Il lui avait également précisé que le désordre causé pouvait s'atténuer avec le temps, voire disparaître. L'intéressé a relevé qu'il n'avait pas du tout l'impression que cela était le cas et que, huit mois après l'accident, il subsistait toujours ce traumatisme visuel léger. Il a demandé à la SUVA si elle souhaitait le faire examiner par son ophtalmologue, auquel cas il se déplacerait volontiers afin de se soumettre à son examen.

9. Le 12 mars 2003, l'assuré a précisé à la SUVA qu'il avait été examiné le 10 mars par la Doctoresse E_____ de la clinique d'ophtalmologie des HUG, laquelle lui avait expliqué qu'il n'y avait pas de possibilité de lier la baisse de la vue (astigmatisme) avec le choc reçu à la tête lors de l'accident. Par ailleurs, la baisse enregistrée entrait dans la fourchette statistique des personnes ayant environ une cinquantaine d'années. Elle avait néanmoins décidé d'effectuer encore un examen complémentaire du champ visuel, avant de se prononcer de manière définitive. Ce dernier examen devait avoir lieu le 20 mars 2003.

10. Dans son rapport du 29 avril 2003, le Docteur F_____, spécialiste en maladies et chirurgie des yeux consulté par l'assuré, a procédé à un contrôle ophtalmologique de ce dernier et a expliqué qu'il n'existait aucune lésion oculaire visible et que le fond de l'œil était normal ainsi que les champs visuels. Il n'y avait pas de lésion évolutive ou complication actuellement visibles et aucun traitement n'était à prescrire actuellement.

11. Dans un rapport du 3 mai 2003, la Doctoresse E_____ a diagnostiqué des troubles de réfraction sans lésions oculaires post traumatiques visibles. Elle a relevé que l'examen du champ visuel avait mis en évidence un déficit absolu de l'hémicorps mais qu'un examen ultérieur permettrait de déterminer si le déficit pouvait être reproduit. Dans l'affirmation, il faudrait en établir l'étiologie, mais en tout cas, ce déficit n'était pas sectoriel net comme lors des atteintes visuelles post traumatiques. Dans un second rapport du 6 juin 2003, cette praticienne a relevé avoir refait l'examen du champ visuel et que ce dernier était dans la norme, le déficit n'ayant pas été reproduit.

12. Le 18 juillet 2003, le Docteur F_____ a rédigé un nouveau rapport, suite à un nouvel examen de l'assuré le 26 juin 2003, dans lequel il a confirmé ses précédents diagnostics. Il a précisé que l'examen du champ visuel était normal, avec peut-être un très discret rétrécissement concentrique des isoptères à gauche. Il n'existait pas de lésion oculaire visible ni de complication.

13. Le 30 mars 2004, l'assuré a transmis à la SUVA une copie de l'ordonnance du Docteur F_____ du 29 mars 2004, attestant d'un changement dans la vue de l'œil gauche (changement dans la vue de près). L'intéressé a par ailleurs persisté dans son opinion selon laquelle la perte de vision constatée était due au choc reçu à la tête lors de sa chute en relevant que le Docteur D_____ lui avait expliqué à l'époque que le choc reçu pouvait tout à fait entraîner des troubles de la vision tels que ceux présentés.

14. Le 30 avril 2004, la Doctoresse G_____, spécialiste FMH en ophtalmologie et en chirurgie ophtalmique et médecin-conseil de la SUVA, a rédigé un rapport dans lequel elle a relevé qu'il n'existait aucune lésion ni maladie ophtalmique consécutive à l'accident. Elle a diagnostiqué une légère anomalie de réfraction dont l'origine était physiologique et étrangère à l'accident. Le patient ne devait porter aucune lunettes ni suivre de thérapie.

15. Par décision du 25 mai 2004, la SUVA a informé l'assuré qu'aucune prestation ne lui serait accordée en raison des troubles oculaires présentés dès lors que le lien de causalité entre de telles lésions et l'accident n'avait pas été établi.

16. Par courrier du 25 juin 2004, l'assuré a formé opposition à cette décision par l'entremise de son conseil. Il a conclu, préalablement, à la suspension de l'instruction jusqu'à connaissance de l'expertise privée qui serait réalisée par la Doctoresse H_____, spécialiste en ophtalmologie et, principalement, à l'octroi des prestations d'assurance afférentes au dommage oculaire en tant que conséquence de son accident.

17. Par décision sur opposition du 16 juillet 2004, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré en relevant que ce dernier n'avait apporté aucun élément médical permettant de s'écarter de l'avis clair de la Doctoresse G_____ du 30 avril

2004 selon lequel il n'existait aucune lésion ni maladie consécutive à l'accident. Par ailleurs, elle a refusé de suspendre l'instruction jusqu'à la production de l'expertise privée demandée par l'assuré en expliquant que le dossier était clair et suffisamment étayé pour se prononcer sur les troubles oculaires. Aucun indice étayant la présence de tels troubles n'avait été apporté malgré les nombreuses investigations médicales effectuées.

18. Par écriture du 19 octobre 2004, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi de prestations d'assurance en relation avec les troubles oculaires résultant de son accident. Il a produit l'expertise privée du 11 octobre 2004 réalisée par la Doctoresse H_____. Cette praticienne a expliqué qu'il n'y avait pas eu d'augmentation de l'astigmatisme entre les corrections optiques avant l'accident et après l'accident mais qu'il y avait eu une augmentation de la presbytie, ce qui était assez logique dans ce cas d'accident avec stress aussi bien physique que psychique. La presbytie était de toute façon une anomalie physiologique évoluant avec le temps et qui, peut-être dans ce cas, avait subi un palier un peu plus rapide que s'il n'y avait pas eu d'accident. L'experte a également diagnostiqué des troubles subjectifs de la vision sous forme de défaut de concentration et de fluctuation de l'accommodation. Ces troubles dont se plaignait l'assuré depuis son accident pouvaient très bien entrer dans le cadre du syndrome subjectif des traumatisés du crâne que l'on rencontrait en particulier dans les chocs occipitaux avec contusion du tronc cérébral et du cervelet. Le rétrécissement des isoptères que le patient présentait au champ visuel était également un argument en faveur de ce diagnostic. Selon cette praticienne, la relation de cause à effet entre le choc occipital crânien et l'apparition de l'inconfort visuel dans les quinze jours qui avaient suivi était tout à fait nette et l'imputabilité ne se discutait pas.

19. Par réponse du 17 décembre 2004, la SUVA a proposé le rejet du recours en produisant une nouvelle appréciation médicale de la Doctoresse G_____ du 3 décembre 2004 concluant que le lien de causalité entre les désagréments visuels et les troubles de la concentration n'était que possible mais certainement pas vraisemblable. Cette praticienne estimait que l'anomalie de réfraction physiologique dont souffrait l'assuré, soit la presbytie, avait été sous-corrigée avant l'accident, puis sur-corrigée après, ce qui avait occasionné des désagréments. Les valeurs se situaient par ailleurs dans une plage normale et on ne pouvait pas parler d'une perte subite de l'accommodation due à l'accident. En outre, tous les rapports figurant au dossier avaient confirmé qu'il n'existait pas de lésion traumatique et qu'il s'agissait d'une anomalie de réfraction d'ordre physiologique qui se serait également manifestée sans l'accident. La prescription d'une addition de + 2,0 avait été une décision défavorable et avait été mal supportée par le patient, lequel n'avait justement pas eu de trouble de l'accommodation. La Doctoresse H_____ était d'ailleurs parvenue aux mêmes conclusions et avait confirmé l'intolérance de l'addition trop forte. Elle

avait appuyé ses observations sur l'anamnèse directe du patient, lequel avait relaté un coup très fort sur l'occiput avec des troubles visuels pendant les quinze jours suivants. Or, le dossier parlait d'une chute qui avait été amortie à l'aide des deux mains, c'est-à-dire une chute vers l'avant. Ce n'était que dans le rapport établi au mois de juillet qu'il était mentionné le fait que la chute avait été amortie également avec le côté gauche de la tête et que l'occiput avait percuté le sol. Même si l'on admettait cette anamnèse, le choc sur l'occiput devrait être considéré comme ayant été faible, car c'était avant tout les mains qui avaient souffert, ensuite le côté du corps et enfin la tête. Selon le médecin-conseil de la SUVA, un trouble de l'accommodation tel que ceux qu'elle avait l'habitude de rencontrer n'existait pas dans ce cas.

20. Par réplique du 24 janvier 2005, le recourant a intégralement persisté dans ses conclusions en soulignant qu'il était erroné de prétendre qu'il n'avait initialement jamais déclaré s'être tapé la tête lors de l'accident puisqu'il avait produit un courrier du 1er juillet 2002 des Docteurs B_____ et C_____ indiquant ce fait. Cela avait également été mentionné dans le rapport d'enquête du 30 mai 2002 de la police des constructions dès lors que l'inspecteur S_____ avait mentionné « choc à la tête avec troubles ». Par ailleurs, le recourant avait fait part à la SUVA des troubles de la vision rencontrés suite au choc à la tête ainsi que cela ressortait de son courrier du 16 septembre 2002 adressé à cette dernière et relevant que le trouble de la vision lui avait été signalé il y a quelques temps déjà. Il a encore expliqué qu'il était exact qu'il était porteur de lunettes avant l'accident et que, vu son âge, ce phénomène était tout à fait normal. Il avait produit la prescription médicale du 15 juillet 1999 ainsi que celle de mars 2002, qui était intervenue parce que ses lunettes avaient été remplacées ensuite de vol. C'était sans fondement que le médecin-conseil de la SUVA avait relevé que les médecins lui avaient « sans doute » prescrit des corrections insuffisantes avant l'accident. Le recourant a précisé qu'il n'était pas opposé à ce qu'une expertise judiciaire vienne s'ajouter aux deux expertises figurant déjà au dossier.

21. Par courrier du 22 février 2005, la SUVA a informé le Tribunal de céans qu'elle renonçait à dupliquer dès lors que, à son avis, le mémoire de réplique du recourant ne contenait strictement aucun élément médical susceptible de remettre en doute le bien-fondé de sa position. Elle a également persisté intégralement dans ses conclusions.

22. Pour le surplus, les faits et allégués pertinents des parties seront repris, en tant que besoin, dans la partie « en droit »ci-après.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let a LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures introduites après le 1er janvier 2003 devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

4. En ce qui concerne le délai de recours, l'art. 60 LPGA prévoit que le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. L'art. 106 LAA prévoit cependant qu'en dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance. La décision dont est recours étant intervenue le 16 juillet 2004, mais notifiée au conseil du recourant le 19 juillet 2004, le recours du 19 octobre 2004 a été interjeté en temps utile et est dès lors recevable.

5. Sur le fond, le Tribunal de céans relève que, la décision litigieuse ayant été rendue en date du 16 juillet 2004 mais statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à 2002, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA et de son ordonnance ainsi que de la LAA et de son

ordonnance en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Les dispositions seront dès lors citées dans leur ancienne teneur.

6. Le litige porte sur le droit aux prestations d'assurance découlant de l'accident du 29 avril 2002 en ce qui concerne les troubles oculaires dont souffre le recourant.

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assuré a notamment droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident et, s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite de l'accident, à une indemnité journalière (art. 10 et art. 16 LAA). Par ailleurs, selon l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il devient invalide à 10 % au moins par suite d'un accident et, selon l'art. 24 al. 1 LAA, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité si, par suite de l'accident, il souffre d'atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale. Le droit aux prestations suppose d'abord un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé.

La causalité est naturelle lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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, les 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 découlant de l'accident assuré doit être nié (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

La causalité adéquate est une question qu'il appartient au juge et à lui seul de trancher. Le juge appelé à se prononcer sur l'existence d'un rapport de causalité adéquate doit se demander, en face d'un enchaînement concret de circonstances, s'il était probable que le fait considéré produisît le résultat intervenu (ATF 107 V 173, 177). Aux termes de la jurisprudence, 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 461 consid. 5a et les références). Les quelques critères suivants peuvent être posés :

- pour savoir si telles conséquences sont adéquates, il faut partir des effets qui se sont effectivement produits et décider rétrospectivement si et dans quelle mesure l'accident apparaît encore comme leur cause essentielle. Même des conséquences singulières, c'est-à-dire extraordinaires, peuvent, suivant les circonstances, être des conséquences adéquates de l'accident;

- peu importe que les conséquences soient prévisibles ou non; il faut et il suffit, selon un examen post factum, que la cause en question fût objectivement propre à produire ces conséquences-là (P. ENGEL, Traité de droit des obligations, 1973, p. 113 et 114 et jurisprudence citée; SJ 1990, p. 21, 23 et 24).

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd., Berne 1984 p. 136; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence). 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 (RAMA 1993 no K 921 p. 159 consid. 3b). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, no 450; Kölz/Häner, Verwal- tungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, no 111 et p. 117, no 320; Gygi, Bundesver- waltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 4 al. 1 Cst. (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

En ce qui concerne la valeur probante d’un rapport médical, ce qui est déterminant c’est que les points litigieux aient fait l’objet d’une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu’il prenne également en

considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Le juge peut ainsi accorder une valeur probante aux rapports et expertises établis à la demande de l'assureur-accidents 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 ou de douter de l'objectivité des appréciations portées (ATFA non publié du 23 mai 2003 en la cause U 267/02 consid. 4.2).

b) En l'espèce, le recourant estime que les troubles de la vision qu'il présente sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec le choc qu'il a subi à la tête lors de l'accident du 29 avril 2002. Il base principalement son argumentation sur le rapport de la Doctoresse H_____ et sur le fait que le Docteur D_____, qui l'a vu la première fois le 4 juin 2002, lui aurait assuré que les troubles présentés pouvaient être dus à ce type de coup sur la tête. En revanche, la SUVA, se basant sur l'ensemble de la documentation médicale figurant au dossier et principalement sur l'expertise de la Doctoresse G_____ du 3 décembre 2004, considère que le lien de causalité naturelle n'est pas établi parce que possible, mais non vraisemblable.

In casu, à la lumière de l'ensemble des documents médicaux figurant au dossier du recourant, il apparaît peu vraisemblable que le choc subi à la tête ait produit des troubles de la visions tels que ceux dont se plaint l'assuré.

En premier lieu, le Docteur D_____ a examiné l'assuré le 4 juin 2002 lors d'une consultation d'ophtalmologie aux HUG et a précisé dans l'anamnèse que le patient était tombé d'une échelle et s'était reçu sur l'occiput, ce qui entraînait une baisse d'acuité visuelle bilatérale. Il a en revanche constaté que le fond d'œil était non évocateur pour un traumatisme. Ensuite, le Docteur F_____, spécialiste en maladies et en chirurgie des yeux, a procédé à un contrôle ophtalmique et a relevé dans son rapport du 29 avril 2003 qu'il n'existait aucune lésion oculaire visible et que le fond d'œil était normal, de même que les champs visuels. Selon ce dernier, il n'existait aucune lésion évolutive ou complication actuellement visible et aucun traitement n'était à prescrire. Par ailleurs, dans un rapport du 3 mai 2003, la Doctoresse E_____ a diagnostiqué des troubles de la réfraction sans lésions oculaires post traumatiques visibles. Elle avait remarqué un déficit absolu de l'hémicorps lors de l'examen du champ visuel mais avait prescrit un examen ultérieur afin de confirmer cet élément. Elle a cependant déjà précisé que, quelle qu'en soit l'étiologie, ce déficit n'était pas sectoriel net

comme lors des atteintes visuelles post traumatiques. Après un second examen du champ visuel, le déficit n'a pas été reproduit. Le Docteur F_____ a ensuite de nouveau examiné le recourant le 26 juin 2003 et a confirmé ses précédentes constatations, à savoir qu'il n'y avait aucune lésion oculaire visible ni complication. Finalement, la Doctoresse G_____ a expliqué dans son rapport du 30 avril 2004 qu'aucune lésion ni maladie ophtalmique consécutive à l'accident ne pouvait être mise en évidence mais qu'il existait une anomalie de réfraction dont l'origine était physiologique et étrangère à l'accident. Dans son second rapport du 3 décembre 2004, elle a expliqué que le lien de causalité entre les désagréments visuels et les troubles de la concentration et l'accident n'était que possible, mais certainement pas vraisemblable. A son avis, un trouble de l'accommodation tel que ceux qu'elle avait l'habitude de rencontrer n'existait pas dans le cas du recourant.

Le seul document allant à l'encontre de ces nombreux points de vue est celui établi par la Doctoresse H_____ en date du 11 octobre 2004. Même si cette expertise remplit en tout point les critères susmentionnés prévus par la jurisprudence en matière de valeur probante, tout comme l'examen du 3 décembre 2004 de la Doctoresse G_____, force est néanmoins de constater qu'elle ne convainc pas le Tribunal de céans. La question de l'existence ou non d'un lien de causalité naturelle peut cependant demeurer ouverte dès lors que l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles du recourant et son accident doit de toute manière être nié en l'espèce.

En effet, il n'apparaît pas que l'accident du 29 avril 2002 puisse être considéré comme étant propre à entraîner un effet du genre que celui qui s'est produit et que la survenance de troubles oculaires tels que présentés par le recourant paraissent favorisés de façon générale par une telle circonstance (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). A la lumière d'un examen post factum, il n'apparaît pas que l'accident ait été objectivement propre à produire des troubles visuels tels que ceux dont souffre l'assuré, ce que confirme d'ailleurs la plupart des médecins appelés à se déterminer sur cette question et sur le cas du recourant.

Au vu de ces éléments, le recours sera rejeté et la décision sur opposition de la SUVA du 16 juillet 2004 confirmée.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours du 19 octobre 2004 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 par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière : La Présidente :

Marie-Louise QUELOZ Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Flore PRIMAULT

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le