RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3119/2021 **ATAS/627/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 août 2023

Chambre 4

En la cause

A_____ recourant
représenté par Me Marc MATHEY-DORET, avocat

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Antonio Massimo DI TULLIO et Larissa ROBINSON-MOSER, juges assesseur·e·s

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1988, est associé gérant de l'entreprise B_____ SÀRL (ci-après : l'employeur), société ayant pour but des travaux dans le bâtiment, notamment dans le domaine du second œuvre. Au bénéfice d'un contrat de travail avec cette société depuis le 1er juillet 2020, pour une activité à plein temps, l'assuré est assuré auprès de la SUVA caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la Suva ou l'intimée) pour les accidents professionnels et non professionnels.

B. **a.** Selon une déclaration de sinistre établie le 27 août 2020 par l'employeur, l'assuré a été victime d'un accident de circulation le 24 août 2020. Selon le rapport de police annexé, daté du 26 août 2020, il circulait à vélo sur une piste cyclable lorsqu'une automobiliste, qui s'était portée à sa hauteur, était entrée en collision avec lui au moment d'obliquer à droite pour s'engager dans une rue perpendiculaire. Grièvement blessé suite à la chute entraînée par le choc survenu sur son côté gauche, l'assuré avait été conduit en ambulance à l'hôpital de La Tour et présentait une fracture du coude droit, des contusions et des dermabrasions à la jambe gauche et au poignet droit.

b. La Suva a pris en charge les suites du cas dans un premier temps en allouant des indemnités journalières et en prenant en charge le traitement médical de l'assuré.

c. Par décision du 14 décembre 2020, la Suva a refusé de prendre en charge le traitement oculaire de l'assuré, motif pris que le lien de causalité entre ce dernier et l'événement du 24 août 2020 n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante.

d. Le 7 janvier 2021, l'assuré a déclaré à la Suva que lors de l'accident, tout son côté gauche avait été touché par la voiture. Il avait ensuite été projeté par-dessus le capot et s'était réceptionné sur ses deux avant-bras, 2 m environ devant la voiture. Comme il n'était pas casqué, il se souvenait avoir eu le réflexe de se protéger la tête en mettant ses deux avant-bras en avant. Par la suite, il avait eu un trou noir. Il s'était réveillé avec plein de monde autour de lui. Il ne s'était pas cogné la tête au sol. Ses mains et ses genoux avaient évité le choc au sol.

e. Le 28 janvier 2021, l'assuré, représenté par un avocat, a formé opposition à la décision du 14 décembre 2020.

f. Suite à une instruction complémentaire, le docteur C_____, spécialiste FMH en ophtalmologie et ophtalmochirurgie et médecin conseil de la Suva, a estimé, le 11 juin 2021, que la thrombose de la veine centrale de l'œil gauche de l'assuré ne présentait pas de lien de causalité avec l'accident.

g. Par décision du 13 août 2021, la Suva a rejeté l'opposition en considérant que les conclusions claires et motivées du Dr C_____ devaient se voir reconnaître

valeur probante, ce qui n'était pas le cas des rapports versés au dossier évoquant une origine traumatique de la thrombose veineuse de l'œil gauche sans motivation. C'était donc à bon droit que la Suva avait refusé la prise en charge du traitement des troubles de l'assuré affectant son œil gauche.

C. **a.** Le 14 septembre 2021, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'un recours contre cette décision, concluant, principalement, à son annulation, à ce qu'il soit dit que les lésions de son œil gauche étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident du 24 août 2020 et qu'il avait droit à la prise en charge par la Suva des injections intravitréennes d'Eylea. Subsidiairement, le recourant a conclu à la mise en œuvre d'une expertise et, plus subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision, le tout sous suite de dépens.

b. Par réponse du 5 octobre 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours.

c. Par ordonnance du 2 juin 2022, la chambre de céans a ordonné une expertise ophtalmologique du recourant (ATAS/502/2022), qu'elle a confiée au docteur D_____, spécialiste FMH en ophtalmologie.

À l'examen des appréciations successives du Dr C_____, qui n'a jamais examiné ni interrogé le recourant, il apparaissait que les conclusions de celui-ci sur la causalité reposait sur des arguments qui avaient varié au fil du temps et en fonction de l'ordre dans lequel les rapports médicaux lui avaient été soumis par l'intimée.

Il existait des indices sérieux montrant que quand bien même le recourant aurait eu, selon ses dires, le réflexe de protéger sa tête non casquée en mettant ses deux avant-bras en avant, la protection offerte par ce biais n'aurait été que toute relative au regard notamment de la contusion frontale gauche, des douleurs en regard des malaires et au niveau de la mâchoire. Au vu de ces éléments dont le Dr C_____ ne faisait pas mention dans son raisonnement, les appréciations de celui-ci n'emportaient pas la conviction de la chambre de céans et étaient partant dépourvus de valeur probante.

d. L'expert a rendu son rapport le 11 janvier 2023, concluant à un lien de causalité entre les lésions à l'œil gauche du recourant et l'accident du 24 août 2020.

e. L'intimée a contesté les conclusions de l'expert judiciaire et demandé que des questions complémentaires lui soient posées.

f. Le 6 mars 2023, l'expert a complété son rapport d'expertise et répondu aux questions de l'intimée.

g. Le 21 mars 2023, le recourant a persisté dans ses conclusions.

h. Le 28 mars 2023, l'intimée a estimé qu'il convenait de s'écarter des conclusions de l'expert.

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.

2.1 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.

2.2 La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

2.3 Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA).

2.4 Interjeté à temps et satisfaisant aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi l'art. 89B LPA), le recours est recevable.

3. Est litigieuse la question de savoir s'il existe un lien de causalité entre les lésions à l'œil gauche du recourant et l'accident du 24 août 2020.

4. Dans la mesure où l'accident est survenu le 24 août 2020, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit, en vigueur depuis le 1er janvier 2017 (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 depuis le 1er janvier 2017.

5.

5.1 Aux termes de 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.

5.2 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 réf.).

6.

6.1 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).

6.2 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.

6.3 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 toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

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

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

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

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

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

6.5 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).

6.6 La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

7.

7.1 En l'espèce, l'expertise du Dr D_____ répond aux réquisits permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Les critiques émises contre ses conclusions par l'intimée et le Dr C_____ ne remettent pas sérieusement en cause ses conclusions.

En effet, contrairement à ce qu'allègue l'intimée, le raisonnement de l'expert ne repose pas sur la certitude que le recourant avait eu un choc direct à la tête lors de l'accident du 24 août 2020.

Le Dr D_____ a retenu comme établi que le recourant a subi une chute lors de l'accident, ce qui n'est pas contestable, puisqu'il ressort du rapport de police du 26 août 2020 qu'une voiture l'a percuté et projeté sur plusieurs mètres et que sa chute a entrainé notamment une lésion au coude. L'expert n'a ainsi pas retenu comme établi que le recourant avait subi un choc direct à la tête, mais seulement

qu'il avait pu, si tel n'avait pas été le cas, subir un changement hémodynamique dans le cadre de sa chute, lequel était susceptible de provoquer l'occlusion de la veine centrale rétinienne de son œil gauche. Cette conclusion n'entre ainsi pas en contradiction avec les déclarations du recourant du 7 janvier 2021, selon lesquelles il n'avait pas cogné sa tête au sol. Il faut relever toutefois que le recourant a perdu conscience lors de l'accident de sorte qu'il a pu avoir un choc direct à la tête sans s'en souvenir.

Les critiques émises par le Dr C_____ sont par ailleurs peu convaincantes, étant rappelé que la chambre a déjà considéré que son rapport d'expertise n'était pas probant, raison pour laquelle elle a ordonné une expertise.

7.2 Sur la base de l'expertise du Dr D_____, il convient de retenir que la thrombose veineuse de l'œil gauche du recourant était en rapport de causalité naturelle et adéquate avec son accident du 24 août 2020 et qu'en conséquence, l'intimée a refusé à tort la prise en charge de cette atteinte.

8. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 13 août 2021 annulée et il sera dit que l'intimée doit prendre en charge cette atteinte.

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

10.

10.1 Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'art. 45 al. 1 LPGA constitue une base légale suffisante pour mettre les coûts d'une expertise judiciaire à la charge de l'assureur (ATF 143 V 269 consid. 6.2.1 et les références), lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3).

Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

10.2 En l'espèce, il se justifie de mettre les frais de l'expertise judiciaire à la charge de l'intimée, puisqu'elle a dû être ordonnée en raison des défauts de l'expertise administrative.

11. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA a contrario).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition du 13 août 2021.
4. Dit que l'intimée doit prendre en charge les lésions de l'œil gauche du recourant.
5. Alloue au recourant une indemnité de CHF 3'000.- à titre de participation à ses frais et dépens à la charge de l'intimée.
6. Met les frais de l'expertise à hauteur de CHF 1'570.98 à la charge de l'intimée.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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