



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3143/2025

ATAS/256/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 mars 2026

Chambre 2

En la cause

A _____
représentée par Me Thomas BARTH, avocat

recourante

contre

**SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN
CAS D'ACCIDENTS**
représentée par Me Radivoie STAMENKOVIC, avocat

intimée

**Siégeant : Blaise PAGAN, président ; Anny FAVRE et Christine TARRIT-
DESHUSSES, juges assesseurs**

EN FAIT

- A. a.** Le 1^{er} juillet 2022, A_____ (ci-après : l'assurée, l'intéressée ou la recourante), née en 1985, mariée, a fait l'objet d'une « déclaration de sinistre LAA » de la part de son employeur B_____ (ci-après : l'employeur), auprès duquel elle avait été engagée, en 2006 et pour une durée indéterminée, en qualité d'horticultrice-médiatrice au taux de 100% (40 heures par semaine).

La date du sinistre indiquée, « imprécise », était le 30 juin 2022, et les faits étaient décrits comme il suit : dans un parc public, l'assurée avait « reçu dans l'œil gauche un jet d'arrosage à haute pression ». La lésion consistait en une déchirure à l'œil gauche.

b. Des certificats d'incapacité de travail à 100% pour accident ont été établis par le service d'ophtalmologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 30 juin 2022 au 31 juillet 2022, puis par le docteur C_____, médecin généraliste traitant.

c. Dans le cadre de l'assurance-accidents obligatoire, l'assureur-accidents compétent, à savoir la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA, la caisse ou l'intimée), a, à la suite de son courrier du 12 juillet 2022, pris en charge ce cas, par des indemnités journalières et prises en charge de traitements, et l'a instruit, en particulier en recueillant des avis médicaux ainsi que des renseignements mentionnés ci-après.

Un procès-verbal d'entretien avec l'assurée a été établi le 9 septembre 2022 par la SUVA, dont l'objet était une opération de la rétine envisagée par l'intéressée auprès du professeur D_____.

Le caisse lui a alors écrit le même jour qu'« à défaut d'information médicales complètes en [sa] possession, [elle émettait] toutes réserves quant à la prise en charge d'une éventuelle opération et ses suites ».

Le Dr C_____ a complété le 29 août 2022 un « rapport médical intermédiaire ».

Le service d'ophtalmologie des HUG a rempli le même jour un « rapport initial LAA », et a en outre transmis à la SUVA ses « notes de suite », y compris une du 30 juin 2022 (à 7h55). La caisse a, de plus, reçu en copie, de ce même service, une lettre de sortie établie le 9 juillet 2022 à la suite d'une hospitalisation du 6 au 8 juillet précédent pour un « HTIO sur hyphéma massif post contusif OG », de même qu'un compte rendu opératoire rédigé le 18 juillet 2022.

Le 9 novembre 2022, le Pr. D_____, spécialiste en ophtalmologie et ophtalmochirurgie, a écrit que l'intéressée lui avait été adressée pour la prise en charge d'un décollement de rétine localisé à son œil gauche, traité au préalable par un barrage laser. La lésion avait été parfaitement cicatrisée après application tranconjonctivale de cryocoagulation. L'évolution était bonne et la récupération fonctionnelle pour l'œil atteint était excellente. A été ultérieurement reçu par la

caisse le compte rendu opératoire de l'intervention chirurgicale susmentionnée réalisée le 19 septembre 2022.

Le 18 novembre 2022, le docteur E_____, spécialiste en ophtalmologie et ophtalmochirurgie, médecin-conseil de la SUVA, a admis une cause accidentelle pour la lésion à l'œil gauche et a retenu, au vu du rapport du Prof. D_____ précité, qu'une capacité de travail entière pouvait être supposée dès le 9 novembre 2022.

B. a. Par lettre du 21 novembre 2022, la caisse s'est référée à son courrier du 9 septembre 2022 et a énoncé que, « sur la base de [son] enquête, [elle pouvait] de nouveau [allouer à l'assurée] les prestations d'assurance ». Puis, se fondant sur les rapports médicaux reçus, notamment celui du 9 novembre 2022 du spécialiste en ophtalmologie, elle a fait part à l'intéressée de ce que, comme son service médical, elle la considérait apte à travailler à 100% à compter du 1^{er} décembre 2022.

b. Le 30 novembre 2022, l'assurée s'est opposée à cette conclusion, énonçant plusieurs symptômes, conséquences directes de l'accident, qui subsistaient, notamment des migraines ophtalmiques, des problèmes à la pupille, une grande sensibilité à la lumière, une incapacité de conduire la nuit, un suivi psychiatrique pour les symptômes post-traumatiques et un « rendez-vous au Centre de la douleur pour pose d'une tens machine ». N'ayant de loin pas retrouvé ses capacités visuelles d'avant l'accident, il lui était actuellement impossible d'envisager la reprise de son travail (habituel).

Le même 30 novembre 2022, le médecin généraliste traitant a également fait part à la SUVA de sa désapprobation, sa patiente étant en incapacité de travail de 100% jusqu'au 13 décembre 2022, puis de 80% depuis lors.

Le 6 décembre 2022, la docteure F_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante, a aussi contesté le contenu du courrier de la caisse du 21 novembre 2022. Elle suivait la patiente pour un état de stress post-traumatique aigu lié à l'accident professionnel survenu dans le parc public.

c. Le 8 décembre 2022, la caisse a retourné à cette psychiatre la facture de CHF 2'539.- pour des séances entre le 1^{er} août 2020 et le 21 novembre 2022, au motif que le début du traitement était antérieur à l'accident.

Dans un rapport établi le 14 décembre 2022 à la suite d'une consultation de la veille, le service d'ophtalmologie des HUG a conclu que l'état de santé oculaire de l'assurée au niveau de son œil gauche était en lien avec le traumatisme subi par le jet d'eau à haute pression reçu le 30 juin 2022 « ayant comme conséquence une limitation de la vision à 50% et d'importants éblouissements en raison de la mydriase peu réactive ». Avaient été prescrites des lunettes avec un filtre intégré et une paire de lunettes solaires afin de pouvoir limiter le phénomène photique ressenti par la patiente. Un tel traumatisme oculaire pouvait malheureusement aussi produire des séquelles tardives, de sorte qu'étaient nécessaires un suivi de la pression intraoculaire et un examen régulier de la rétine à vie.

Le 22 décembre 2022, H_____, optométriste responsable de H_____ à Genève, a émis un « rapport de l'examen de vision binoculaire du 20.12.2022 », décrivant les dommages subis à l'œil gauche à cause de l'accident, y compris des troubles neurovisuels, et conseillant « 25 séances vision thérapies ».

Le 29 décembre 2022, la docteure I_____, spécialiste en anesthésiologie ainsi que pharmacologie et toxicologie cliniques, a exposé différents points à l'intention de la caisse au sujet d'un « TENS avec 4 électrodes au niveau supra-orbital », pour la location duquel elle sollicitait une prise en charge par la caisse. Le même jour, elle a adressé un rapport au médecin généraliste traitant, notamment en posant les diagnostics de « migraines ophtalmiques post-traumatiques avec aura visuel » ainsi que de syndrome de stress post-traumatique.

Dans un rapport du 9 janvier 2023 faisant suite à une consultation du même jour à la demande de la Dre I_____, le docteur J_____, neurologue, a notamment constaté que l'examen neurologique, en dehors de la diminution de l'acuité visuelle et de la mydriase de l'œil gauche – et avec aussi un décalage de la vision des images –, était dans les limites de la norme. Selon sa description, la patiente présentait deux à quatre crises par semaine de « céphalées en casque non pulsatiles d'une intensité de 9/10 lors de crise ». Il a conclu à la présence effective de migraines ophtalmiques post-traumatiques qui restaient importantes en fréquence et intensité. Était prescrit le médicament « triptant » Zomig Oro 2.5 mg 1, à prendre rapidement dès le début d'une migraine, et était recommandé le port de lunettes avec des verres teintés.

Le 3 février 2023, le Dr C_____ a attesté que l'état de santé actuel de l'intéressée lui permettait de reprendre le travail de bureau à raison de deux demi-journées par semaine, à savoir « 20% de capacité de travail habituelle » mais avec le respect de plusieurs limitations fonctionnelles qui étaient énoncées.

Le 8 février 2023, le Dr J_____ a répondu à des questions du conseil de l'assurée. Notamment, selon lui, les migraines et les séquelles des troubles visuels influençaient la capacité de travail, et, d'un point de vue neurologique, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles autres que l'impossibilité pour la patiente de travailler lorsqu'elle souffrait d'une crise de migraine.

d. Le 17 février 2023, la professeure K_____, spécialiste en neurochirurgie et médecin-conseil de la SUVA, a donné son accord pour trois mois pour la location d'un « appareil de neurostimulation transcutanée électrique TENS supra-orbital » comme proposé par la Dre I_____.

e. En parallèle, par écrits d'un avocat nouvellement constitué des 31 janvier et 21 février 2023, l'assurée, estimant notamment que le Prof. D_____ s'était limité à attester la parfaite cicatrisation de la lésion rétinale ensuite de la chirurgie sans se prononcer sur l'acuité visuelle et les limitations fonctionnelles induites, a requis la reprise par la caisse du versement des prestations dès le 1^{er} décembre 2022.

f. Par ailleurs, à teneur d'un rapport du service d'ophtalmologie des HUG adressé le 27 février 2023 audit conseil et transmis par celui-ci à la SUVA, l'intéressée, sans antécédents ophtalmologiques hormis une myopie corrigée par une lentille souple, continuait à être suivie par ledit service. L'état de santé oculaire au niveau de son œil gauche, avec notamment une cataracte corticale post-traumatique, une « lésion des sphincter irien » (*sic* ; « un iris en mydriase très peu réactif ») et une iridodialyse en temporal supérieur, était en lien avec le traumatisme subi par le jet d'eau le 30 juin 2022, avec comme conséquence une limitation de la vision à 0.5 et d'importants éblouissements.

Dans un rapport du 6 mars 2023, le Dr C_____ a émis plusieurs diagnostics et considérations, y compris quant à la compliance, optimale d'après lui, ainsi qu'au pronostic, « à long terme bon » mais avec des problèmes, en relevant en outre que, « malheureusement, le cadre professionnel (collègues et chefs directs) [était] perçu comme étant peu soutenant depuis sa reprise de travail à temps partiel (20% depuis le 14.12.2022 et à 30% depuis le 01.03.2023) ».

g. Le 17 mars 2023, le médecin-conseil ophtalmologue E_____ a proposé à la SUVA de ne pas prendre en charge une modification de la correction du verre gauche telle que prescrite le 13 décembre 2022 par le service d'ophtalmologie des HUG, la faible ampleur de ce changement de correction ne pouvant pas être mise en relation de causalité avec l'accident.

Le 3 avril 2023, la Dre I_____ a sollicité de la caisse la continuation de la prise en charge de la location de l'appareil de neurostimulation transcutanée électrique TENS, qui avait été selon elle utile pour la reprise du travail, jusqu'au 7^{ème} mois d'emploi « où ce [serait] alors son appareil ».

Le 21 avril 2023, le médecin-conseil E_____ a répondu à des questions de la SUVA. Selon lui : « Les rapports disponibles ne permettent pas d'évaluer définitivement une incapacité de travail surtout en raison d'absence d'une description du poste de travail de notre assurée. Néanmoins, les constatations ophtalmologiques ne permettent pas une justification d'une restriction de la capacité de travail de quelle manière ou degré que ce soit pour un travail à l'extérieur ou à l'intérieur » (*sic*). En outre, il était répondu « oui » à la question de savoir si « les opérations mentionnées (cataracte et pupilloplastie) [étaient en lien] de causalité pour le moins probable avec les seuls troubles en lien avec l'accident du 30.06.2022 ». Enfin, le phénomène photique était en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement du 30 juin 2022, la mydriase post-traumatique pouvant engendrer les photophobies et éblouissements, et des lunettes à filtre comme prescrites étant utiles pour améliorer ces phénomènes.

h. Les 9 et 11 mai 2023, par son avocat, l'assurée s'est opposée à la « décision » de la SUVA du 17 avril 2023 de ne pas participer aux frais de la facture de l'opticien VISILAB du 27 janvier 2023 pour des nouvelles lunettes sur la base des motifs énoncés le 17 mars 2023 par son médecin-conseil E_____.

Étaient produits un rapport du 24 avril 2023 de la psychiatre traitante F_____, ainsi que des certificats du 25 avril 2023 du Dr C_____ (« en tant que médecin de premier recours ») attestant une capacité de travail de 30% en avril 2023 puis de 40% en mai 2023.

Le 26 mai 2023, le médecin-conseil E_____ a maintenu sa position énoncée le 17 mars 2023 de ne pas prendre en charge la petite modification de la correction du verre gauche telle que prescrite le 13 décembre 2022 par le service d'ophtalmologie des HUG, tout en soutenant « l'acceptation de la prise en charge d'un verre de protection soleil pour œil gauche accidenté ainsi qu'une participation à la monture comme confirmé par notre administration le 01.05.2023 », et en précisant que le verre pour l'œil droit n'était pas à la charge de l'assurance-accidents car la myopie de celui-ci n'était pas en relation de causalité avec l'accident.

i. Par courrier 6 juin 2023 de son conseil, l'assurée a transmis à la SUVA un certificat du 26 mai 2023 du Dr C_____ attestant une capacité de travail de 30% en juin 2023, toujours pour cause d'accident, et a annoncé une péjoration sous l'angle neurologique.

j. Par « décision » du 13 juin 2023, la SUVA a confirmé sa « prise de position » du 17 avril 2023 de ne pas participer au changement de lunettes de correction, mais a accepté la prise en charge d'un verre de protection solaire pour l'œil gauche accidenté ainsi qu'une participation à la monture.

k. Dans une appréciation motivée du 14 juillet 2023 (rédigée en allemand), le docteur L_____, neurologue et médecin-conseil de la SUVA, a estimé qu'une cause génétique (indépendante de l'accident) des migraines de l'assurée devait être présumée (ce d'autant plus que son frère était aussi concerné par cette problématique). Néanmoins, en parallèle, il a, du fait que des épisodes de migraines existaient avec une fréquence inhabituelle de deux à quatre attaques par semaine et avec une haute intensité seulement depuis l'accident, déduit un lien de causalité en vraisemblance prépondérante des migraines avec ledit événement. Du point de vue neurologique, d'autres traitements, médicamenteux et non médicamenteux – que ledit médecin-conseil énonçait –, étaient susceptibles d'améliorer notablement l'état de santé. Toujours du point de vue neurologique, les migraines n'entraînaient pas, sous l'angle temporel et des tâches, une limitation de la capacité de travail, hors des attaques intenses qui pourraient le cas échéant justifier une incapacité de travail à la journée.

l. Le 26 juillet 2023, l'assurée a transmis à la caisse un « rapport d'analyse d'accident professionnel » établi le 2 juin 2023 par l'employeur.

Le 21 août 2023, la SUVA a refusé une demande de remboursement des frais de séances d'acupressure, qui était selon elle une thérapie alternative ne constituant pas une prestation obligatoire de l'assurance-accidents.

m. En fin d'année 2023, elle a reçu en copie une communication de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) octroyant à l'intéressée une mesure d'intervention précoce de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) sous forme de séances d'adaptation du poste de travail par le SERVICE ROMAND D'INFORMATIQUE POUR HANDICAPÉS DE LA VUE.

n. Par la suite, par pli du 24 mai 2024 d'un nouvel avocat qui venait d'être constitué, l'assurée a rappelé avoir formé opposition le 30 novembre 2022 contre la « décision informelle » du 21 novembre 2022 de la caisse la reconnaissant apte à travailler à 100%, étant précisé qu'elle a ensuite à plusieurs reprises demandé le prononcé d'une décision sur son opposition.

À réception d'un courrier du 28 mai 2024 de la SUVA l'informant du prononcé de la « décision formelle » du 13 juin 2023 « suite à l'opposition formée par [l'assurée] le 30 novembre 2022 à une décision informelle du 21 novembre 2022 », décision du 13 juin 2023 non frappée d'une opposition et par conséquent entrée en force, l'intéressée a, le 30 mai 2024, relevé que celle-ci avait uniquement trait à la prise en charge d'une facture de correction de verres avec filtres.

o. Le 18 juin 2024, la caisse a reçu du Dr C_____ ses notes manuscrites du mois d'août 2022 faisant suite à l'accident du 30 juin 2022.

Un peu plus tard, elle s'est vue adresser, à sa demande, un rapport du 8 juillet 2024 de la Dre F_____ résumant le contenu de ses consultations des 28 mars, 11 et 22 avril, 6 mai et 14 juin 2024, ainsi que le « plan thérapeutique » au sujet en particulier de l'état de stress post-traumatique.

Par communication du 9 juillet 2024, l'OAI a fait part à l'assurée de ce que, selon ses investigations, aucune mesure de réadaptation n'était possible actuellement en raison de son état de santé.

p. Selon une appréciation motivée du 31 juillet 2024 (rédigée en allemand et traduite selon google le 10 avril 2025) du Dr L_____, médecin-conseil neurologue de la SUVA, l'existence d'une migraine chronicisée et résistante aux thérapies, qui pourrait le cas échéant justifier une incapacité de travail durable du point de vue neurologique, n'était pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Sous l'angle neurologique, la migraine épisodique avec aura n'entraînait pas, sous l'angle temporel et des tâches, une limitation de la capacité de travail, hors des attaques intenses qui pourraient le cas échéant justifier une incapacité de travail à la journée.

q. Dans un rapport rendu le 16 octobre 2024 à la demande de la caisse, le service d'ophtalmologie des HUG a indiqué, à la suite de la consultation du 7 mai 2024, sous « impression et attitude » : « [Œil gauche] examen stable, rétine post laser et cryo, pas d'htio, pas de glaucome - Rappel signes d'alarme ».

Dans un rapport adressé le 30 novembre 2024 à la SUVA, le Dr C_____ a posé les diagnostics, « en rapport direct avec l'accident », de « traumatisme oculaire gauche le 30.06.2022 ayant entraîné un hyphéma avec tyndall hématiche, une hypertension intraoculaire, une cataracte post-traumatique, des lésions du sphincter irien, une iridodialyse en temporal supérieur et deux déchirures rétinienne en temporal, avec mydriase aréactive et une diplopie horizontale séquellaire », de « migraine ophtalmique post traumatique avec aura visuelle, partiellement rebelle au tryptans (Zomig oro) ayant nécessité l'instauration d'un traitement de fond par la lamotrigine et nécessitant toujours des traitements complexes », d'état de stress post-traumatique (« PTSD »), d'état dépressif récurrent, épisode actuel moyen (CIM-10, F33.1), et de déconditionnement physique. La patiente se plaignait toujours des limitations fonctionnelles suivantes : vertiges et instabilité à la marche, fatigabilité et difficultés à la concentration importantes, sensibilité à la lumière et aux points lumineux apparaissant dans son champ visuel, limitation de la vision périphérique de l'œil gauche, et difficultés de travailler « à la lumière du jour/en extérieur ». Sa capacité de travail était actuellement nulle (0%) et ceci du 11 juin au 31 décembre 2024, alors qu'elle avait été de 20% du 2 octobre 2023 au 31 mai 2024, une maladie intercurrente ayant toutefois diminué sa capacité de travail à 0% du 18 septembre au 1^{er} octobre 2023 et entre 20% et 40% du 14 décembre 2022 au 17 septembre 2023 (selon certificats déjà envoyés à la caisse). « L'attitude de son assureur-accidents restant dans une ambivalence non décisionnelle et non engagée [avait] malheureusement contribué à aggraver une situation déjà compliquée dès le départ ».

r. À teneur d'une « appréciation brève » du 6 décembre 2024 du médecin-conseil ophtalmologue E_____, qui se référait aux deux derniers rapports précités, ne pouvait être retenue, d'un point de vue ophtalmologique, aucune restriction de la capacité de travail en tant qu'horticultrice-médiatrice.

s. Le 5 décembre 2024, l'employeur a informé l'intéressée que le versement de l'indemnité pour incapacité de travail échoirait le 31 décembre 2024 et que son traitement serait en conséquence suspendu dès le 1^{er} janvier 2025, ce dont la caisse a été informée le 18 décembre 2024.

t. Dans un rapport du 21 janvier 2025 adressé à la SUVA, la Dre F_____ a résumé le contenu de ses consultations des 24 juin, 30 septembre, 14 octobre, 13 novembre et 13 décembre 2024 ainsi que 15 janvier 2025. Concernant cette dernière consultation, la patiente, désormais séparée, disait que ses migraines en continu du mois de décembre 2024 s'étaient améliorées ; selon la psychiatre, elle demeurait fragile, n'osait pas répondre à la porte et ne sortait de la maison que pour le chant traditionnel – qui constituait « sa thérapie » –, et elle se sentait vulnérable et avait peur de tout.

u. Dans une « appréciation brève » du 29 janvier 2025, le docteur G_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin-conseil de la SUVA, a

considéré qu'il existait un lien de causalité naturelle probable selon toute vraisemblance entre l'état de stress post-traumatique diagnostiqué et l'accident.

Selon une « appréciation brève » du 28 février 2025 du médecin-conseil E_____, au plan ophtalmologique, les lésions ressortant du rapport du service d'ophtalmologie du 16 octobre 2024, à savoir une iridodialyse, une iris ovale en semi-mydriase et « une cataracte corticale antérieure en supérieur à l'œil gauche accidenté » étaient une suite de l'accident en cause, et elles pouvaient expliquer une certaine photophobie (éblouissements) sans pour autant justifier une incapacité de travail quelconque dans l'emploi habituel de l'assurée.

v. Le 19 mars 2025, le service d'ophtalmologie des HUG a fait part à la caisse de ce que, compte tenu des circonstances, un examen ophtalmologique complet était indiqué une fois par année.

w. À teneur d'une « appréciation brève » du 15 avril 2025 du médecin-conseil E_____, il n'existait pas de traitement particulier susceptible d'améliorer notablement l'état de santé de l'assurée au niveau oculaire pour les seuls troubles qui concernaient l'assurance-accidents, et il était proposé de prendre en charge des consultations ophtalmologiques une fois par an, ceci à vie au vu des lésions accidentelles subies.

C. a. Par décision du 1^{er} mai 2025, la SUVA a considéré que les conclusions de son service médical ne faisaient pas ressortir la présence de lésion structurelles objectivables engendrées par l'accident et justifiant la poursuite de l'incapacité de travail, et que, par conséquent, conformément à son courrier du 21 novembre 2022, l'assurée était apte à travailler à 100% dès le 1^{er} décembre 2022. De plus, les examens effectués par la caisse montraient que les causes organiques ne suffisaient pas pour expliquer les troubles qui persistaient à ce jour ; au vu des critères déterminants, elle ne pouvait plus établir de lien de causalité adéquate et mettait fin aux prestations d'assurance avec effet au 1^{er} mai 2025. Enfin, en l'absence de séquelles en lien de causalité adéquate avec l'accident, elle ne pouvait pas non plus allouer à l'intéressée des prestations en espèces supplémentaires sous la forme d'une rente d'invalidité et/ou d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle (ci-après : IPAI). Néanmoins, l'assurée avait droit à une consultation auprès d'un ophtalmologue une fois par année et ce à vie au vu des lésions accidentelles subies, avec au surplus la précision qu'il convenait de s'adresser à l'assurance-maladie (qui recevait ladite décision en copie) pour les autres traitements.

b. Par écrit de son conseil du 2 juin 2025, l'assurée a formé opposition contre cette décision, les prestations d'assurance devant continuer à lui être versées.

Selon elle, l'accident avait, de façon manifeste, profondément bouleversé sa vie. Le lien de causalité entre cet événement et ses troubles avait non seulement été confirmé par plusieurs rapports médicaux, mais il ressortait également de manière évidente des faits exposés.

c. Par décision sur opposition rendue le 30 juillet 2025, la SUVA a rejeté cette opposition et a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

En effet, selon son médecin-conseil neurologue, une migraine épisodique intermittente ne constituait pas une limitation de la capacité de travail, ce qu'avait confirmé le neurologue J_____ le 8 février 2023. De l'avis de son médecin conseil ophtalmologue, la situation médicale de l'intéressée devait être considérée comme stabilisée et ses troubles actuels ne justifiaient pas de retenir une incapacité de travail, ce qu'aucun rapport médical versé au dossier ne venait contredire. Par ailleurs, l'accident n'était pas à l'origine des troubles psychiques développés par l'assurée, les critères relatifs à la causalité adéquate entre un événement accidentel et de tels troubles n'étant en l'occurrence pas suffisamment réalisés. Enfin, l'intéressée, ne présentant aucune restriction de sa capacité de travail, ne pouvait prétendre à aucune rente d'invalidité, et il n'existait aucun droit à une IPAI.

- D.** a. Par acte de son conseil du 15 septembre 2025, l'assurée a, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans), interjeté recours contre cette décision sur opposition, concluant préalablement à la restitution de l'effet suspensif et au fond à l'annulation de ladite décision sur opposition et au maintien du versement des prestations d'assurance dues dès le 1^{er} décembre 2022 et ce pour une durée indéterminée.

Était, notamment, produit un rapport « Fiche d'aptitude » établi le 5 juin 2023 par le docteur M_____, spécialiste en médecine du travail, à la suite d'une « visite d'aptitude » sur le lieu de travail de l'intéressée le même jour, et concluant que celle-ci était apte sous réserve d'une inaptitude d'une durée de 12 mois pour les activités de manutention de charges lourdes, de travaux à la lumière vive, de travaux avec la végétation à hauteur des yeux et de travaux sur un terrain irrégulier, les activités d'encadrement ou de médiation devant être privilégiées.

Les griefs au fond du recours consistaient en substance en ce qui suit : l'intimée avait procédé à une constatation manifestement incomplète des faits, de sorte que l'assurée « [concluait] à ce que la [chambre des assurances sociales] complète l'état de fait dans le sens de ce qui précède (NDR : griefs en lien avec les différents rapports médicaux) ou renvoie la cause à la SUVA pour nouvelle décision » ; la recourante devait se voir reconnaître l'incapacité de travail attestée par ses médecins, en particulier son médecin généraliste traitant ; le lien de causalité entre l'accident et l'incapacité de travail – persistante – devait être admis, y compris pour son atteinte psychique.

- b. Par réponse du 30 septembre 2025 d'un avocat nouvellement constitué, l'intimée a conclu au rejet de la requête de restitution de l'effet suspensif ainsi que, au fond, au rejet du recours dans la mesure de sa recevabilité, les

considérations émises dans sa décision sur opposition étant intégralement maintenues.

c. Le 28 octobre 2025, la recourante a persisté dans sa requête de restitution de l'effet suspensif.

d. Le 13 novembre 2025, elle a maintenu les conclusions au fond de son recours.

e. Par arrêt incident du 5 janvier 2026 (ATAS/2/2026), la chambre de céans a refusé la restitution de l'effet suspensif au recours ou toutes autres mesures provisionnelles, et a réservé la suite de la procédure.

f. Le 14 janvier 2026, la recourante a sollicité l'audition en qualité de témoins des Drs C_____, F_____ ainsi que N_____, neurologue, qui avait succédé au Dr J_____ et dont le témoignage pourrait permettre d'attester notamment que ses céphalées invalidantes étaient directement liées à la survenance de l'accident en cause.

g. Le même 14 janvier 2026, l'intimée a, au fond, maintenu les conclusions de sa réponse au recours, et, le 27 janvier 2026, elle a jugé inutile l'audition de témoins demandée le 14 janvier précédent par l'intéressée.

h. Le 6 février 2026, la recourante s'est déterminée sur l'écriture de l'intimée du 14 janvier 2026 et a maintenu les conclusions de son recours au fond.

i. Par plis du 9 février 2026, la chambre des assurances sociales a informé les parties que la cause était gardée sur mesures d'instruction ou au fond.

j. Par écriture (spontanée) du 10 février 2026 – transmise le 12 février suivant à la caisse pour information –, la recourante a fait part à la chambre de céans de ce qu'au vu de son état de santé, elle bénéficiait désormais d'une rente d'invalidité entière.

À teneur d'un projet de décision de l'OAI du 23 janvier 2026, elle avait droit, dès le 1^{er} août 2023 (six mois après le dépôt de la demande de prestations de l'AI), à une rente d'invalidité entière. Ledit office lui reconnaissait en effet, à l'issue de l'instruction médicale, une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle à partir du 30 juin 2022 (début du délai d'attente d'un an) et une « capacité de travail [...] de 70% avec baisse de rendement de 30% » dans une activité adaptée dès le 20 décembre 2022. Après comparaison des revenus sans et avec invalidité, la perte de gain s'élevait à 75% (arrondi), à l'échéance du délai d'attente le 30 juin 2023, ce qui donnait droit à une rente entière d'invalidité. À partir du 1^{er} mai 2024, l'assurée présentait une incapacité de travail totale dans toute activité, d'où un degré d'invalidité de 100% trois mois après le début de cette aggravation, donc à compter du 1^{er} août 2024. Toutefois, dès le 28 juillet 2025, il y avait le retour à une « capacité de travail [...] de 70% avec baisse de rendement de 30% » dans une activité adaptée, d'où une perte de gain arrondie à 77%, donnant toujours droit à une rente entière d'invalidité. « Compte

tenu de ce qui précède », des mesures professionnelles n'étaient pas indiquée dans la situation de l'intéressée.

EN DROIT

1.

1.1 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 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.

1.2 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.

1.3 Interjeté dans la forme et le délai – de trente jours, et compte tenu des fêtes judiciaires – prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 al. 4 et 56 ss LPGA et 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

2.

2.1 Aux termes de l'art. 6 LAA, si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Est réputé accident 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 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence ; 129 V 402 consid. 2.2 et les références).

2.2 L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de 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 (art. 16 al. 2 LAA).

Conformément à l'art. 18 al. 1 LAA – dans sa teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017 mais antérieure au 31 décembre 2023, seule applicable ici (cf. dans ce sens, les dispositions transitoires de l'art. 118 al. 1 et 2 let. a et c LAA) –, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (« avant l'âge de référence » selon la version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2024, qui renvoie à l'âge de 65 ans révolus fixé par l'art. 21 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 [LAVS - RS 831.10]).

À teneur de 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'AI ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui – selon la version légale en vigueur dès le 1^{er} janvier 2021 – entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2, en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus).

En parallèle à la question de la rente, en vertu de l'art. 24 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (IPAI ; al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé. Le Conseil fédéral peut fixer la naissance du droit à un autre

moment dans les cas spéciaux, notamment en cas d'atteinte à la santé liée à l'inhalation de fibres d'amiante (al. 2).

2.3 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. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

2.3.1 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 LPG), 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 (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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

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

fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.4).

En d'autres termes, 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 mêmes faibles 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 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.6).

Selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la SUVA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 et les références). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir

reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et les références ; 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 ; 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).

2.4 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 142 V 435 consid. 1 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; *cf.* 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).

2.5 Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ;

SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

3.

3.1 En l'espèce, les prétendues « décisions » de la SUVA des 21 novembre 2022 et 13 juin 2023 ne portent en tout état de cause pas clairement sur le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-accidents objet du présent litige, à savoir des indemnités journalières (art. 16 al. 1 LAA) et une prise en charges du traitement médical (art. 10 al. 1 LAA), voire, en cas de stabilisation de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA).

Par décision du 1^{er} mai 2025, confirmée par la décision sur opposition rendue le 30 juillet 2025, l'intimée confirme la fin du droit à toutes prestations de l'assurance-accidents à compter du 1^{er} décembre 2022, la recourante étant selon elle apte à travailler à 100% dès cette date (*cf.* notamment art. 16 al. 2 LAA selon lequel le droit à l'indemnité journalière s'éteint entre autres dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, ce qui exclut *de facto* également une rente d'invalidité et même aussi, selon l'intimée, une prise en charge du traitement médical).

Les questions présentement litigieuses sont dès lors en premier lieu celles de savoir quelle est la capacité de travail de l'intéressée au-delà du 30 novembre 2022 et, en cas d'éventuelle incapacité de travail totale ou partielle encore à partir du 1^{er} décembre 2022, s'il y a un rapport de causalité avec l'accident du 30 juin 2022 ainsi que si et quand on pourrait le cas échéant considérer qu'il n'y aurait 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'AI auraient été menées à terme (*cf.* art. 19 al. 1, 1^{ère} phr., LAA). Ce avant de déterminer de quelles prestations – indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA), prise en charges du traitement médical (art. 10 al. 1 LAA) ou, en cas de stabilisation de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA) et IPAI (art. 24 al. 1 LAA) – il pourrait le cas échéant s'agir.

Du reste, la recourante conclut au fond principalement au maintien du versement des prestations d'assurance dues dès le 1^{er} décembre 2022 et ce pour une durée indéterminée, donc sans préciser de quels types de prestations il s'agit ni exclure un éventuel droit à une IPAI, dont elle mentionne d'ailleurs la base légale (art. 24 al. LAA) dans son recours bien qu'en relation avec sa conclusion en maintien du versement des prestations d'assurance.

Ainsi, l'objet du litige ne saurait être limité à la question d'un éventuel droit de l'assurée à une rente d'invalidité et/ou une IPAI comme l'écrit la caisse dans sa décision sur opposition attaquée (au motif que l'état de santé serait stabilisé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA), mais il inclut aussi la question de l'indemnité journalière et de la prise en charges du traitement médical.

3.2 Pour ce qui est de l'examen au fond, il convient de relever que les médecins-conseils de la SUVA qui se sont prononcés – les Drs E_____ au plan ophtalmologique, L_____ au plan neurologique et G_____ au plan psychiatrique – n'ont pas effectué d'examen clinique de l'intéressée et que la caisse n'a pas mis en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa.

Ainsi, s'il existait un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations de ces médecins de l'assurance, il y aurait lieu de procéder à des investigations complémentaires.

3.3 Selon l'arrêt incident sur effet suspensif et mesures provisionnelles (ATAS/2/2026 précité), aucun des rapports des médecins ayant suivi l'assurée n'établit, avec une force probante sans aucune contestation possible, qu'elle subirait une incapacité de travail, de quelque degré que ce soit. Il est sur ce point relevé que le Dr C_____, médecin généraliste traitant, qui semble être le seul médecin à avoir attesté de manière claire et sur une longue durée, au plan somatique, des incapacités de travail, n'est un spécialiste ni en ophtalmologie ni en neurologie.

3.4 Il n'en demeure cependant pas moins que l'instruction médicale menée par l'intimée a été superficielle et très insuffisante, notamment pour les motifs qui suivent.

3.4.1 Au plan ophtalmologique, le médecin-conseil ophtalmologue de la SUVA, le 28 février 2025, admet une certaine photophobie (éblouissements), mais nie immédiatement tout effet incapacitant. Ce toutefois sans motivation.

Le Dr E_____ ne se prononce pas non plus sur d'éventuelles conséquences incapacitantes, pas même des limitations fonctionnelles, du fait de la limitation de la vision à 50% (ou à 0.5) attestée notamment par les rapports du service d'ophtalmologie des HUG des 14 décembre 2022 et 27 février 2023, alors que, selon l'expérience générale de la vie, une telle limitation de la vision pourrait le cas échéant être de nature à gêner une personne dans l'accomplissement de certaines tâches à tout le moins.

3.4.2 Au plan neurologique, les Dr L_____, médecin-conseil neurologue de la SUVA, dans ses rapports rédigés en allemand les 14 juillet 2023 et 31 juillet 2024, ne retient pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'une migraine chronicisée et résistante aux thérapies, qui pourrait le cas échéant justifier une incapacité de travail durable du point de vue neurologique. Selon lui, la migraine épisodique avec aura n'entraîne pas, sous l'angle temporel et des tâches, une limitation de la capacité de travail, hors des attaques intenses qui pourraient le cas échéant justifier une incapacité de travail à la journée.

L'intimée déduit dans sa décision sur opposition querellée qu'une migraine épisodique intermittente ne constituerait pas une limitation de la capacité de travail, ce qu'aurait confirmé le neurologue J_____ le 8 février 2023.

Or, d'une part, le médecin-conseil neurologue de la caisse ne dit rien sur la fréquence des attaques intenses qui pourraient le cas échéant justifier une incapacité de travail à la journée.

D'autre part, contrairement à ce qu'indique la SUVA, le neurologue J_____, les 9 janvier et 8 février 2023, décrit que la patiente présente deux à quatre crises par semaine de « céphalées en casque non pulsatiles d'une intensité de 9/10 lors de crise » et conclut à la présence effective de migraines ophtalmiques post-traumatiques qui restent importantes en fréquence et intensité. Selon lui, les migraines et les séquelles des troubles visuels influencent la capacité de travail, et, d'un point de vue neurologique, il n'y a pas de limitations fonctionnelles autres que l'impossibilité pour la patiente de travailler lorsqu'elle souffre d'une crise de migraine. Cela étant, il semble *prima facie* difficilement imaginable qu'une éventuelle impossibilité de travailler durant deux à quatre jours par semaine en raison d'attaques de céphalées n'entraîne pas de conséquences en matière de capacité de travail.

3.4.3 Au plan psychiatrique, selon l'intimée dans sa décision sur opposition, le jet d'eau à haute pression reçu par la recourante dans son œil gauche le 30 juin 2022 est à classer dans les accidents de peu gravité. La caisse examine ensuite, par surabondance, les critères développés par la jurisprudence du Tribunal fédéral pour l'admission d'une éventuelle causalité adéquate dans l'hypothèse où l'événement accidentel susmentionné était considéré comme de gravité moyenne.

Cela étant, on ne voit pas que le jet d'eau à haute pression reçu dans l'œil gauche de l'assurée, avec atteintes à l'œil, pourrait être comparable à une chute banale, exemple typique d'un accident de peu gravité (*cf.* à ce sujet ATF 115 V 403 consid. 5). On se trouve plutôt ici dans le cas à tout le moins d'un accident de gravité moyenne, qui nécessite de prendre en considération un certain nombre de critères (*cf.* à ce sujet ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa).

Dans le cadre de l'examen desdits critères, c'est de façon insuffisamment motivée que la SUVA nie un caractère particulièrement impressionnant de l'accident, et la négation de la réalisation des autres critères par la caisse apparaît reposer sur un examen et une instruction des aspects ophtalmologique et neurologique qui, comme retenu un peu plus haut, sont très insuffisants. Il apparaît notamment prématuré de considérer déjà à ce stade, et selon les éléments médicaux actuellement à disposition, que la durée du traitement médical ne serait pas anormalement longue.

3.5 Conformément à la jurisprudence citée plus haut, un renvoi à l'administration reste possible quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici.

En l'occurrence, concernant à tout le moins les questions de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles, l'instruction médicale de la cause s'avère très insuffisante.

Partant, la cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire approfondie de la situation médicale de la recourante ainsi que de son évolution et de ses effets, en matière notamment de capacité de travail, rendement et limitations fonctionnelles, et concernant également la question du rapport de causalité et celle de savoir si, à partir d'un certain moment, il n'y aurait le cas échéant plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assurée et si les éventuelles mesures de réadaptation de l'AI auraient été menées à terme (*cf.* art. 19 al. 1 LAA). Cette instruction médicale sera suivie d'un examen complet des conséquences économiques, puis une nouvelle décision sera rendue.

Cette instruction complémentaire prendra en compte l'évolution de l'état de fait jusqu'au prononcé de la nouvelle décision qui sera rendue.

Avec l'accord et la collaboration de l'assurée, la SUVA devra demander l'apport à l'OAI de l'entier du dossier AI.

Si les éléments contenus dans le dossier AI ne permettaient pas à eux seuls une continuation de l'octroi de prestations selon la LAA au-delà du 30 novembre 2022, ladite instruction complémentaire comprendra une expertise (art. 44 LPGA), avec à tout le moins des volets ophtalmologique et neurologique, voire aussi dans tous autres domaines qui s'avèreraient le cas échéant pertinents.

Les constatations et appréciations qui ressortiront de l'instruction complémentaire au plan somatique pourront le cas échéant avoir une influence sur l'analyse des critères développés par la jurisprudence du Tribunal en matière de troubles psychiques. De manière plus générale, la composante psychique des problèmes de santé de l'intéressée devra également être incluse dans l'instruction médicale, à charge pour l'intimée de déterminer notamment si l'expertise médicale devra aussi comprendre un éventuel volet psychiatrique. À cet égard, le jet d'eau à haute pression reçu dans l'œil gauche de l'assurée devra être considéré au moins comme un accident de gravité moyenne, et les critères développés par le Tribunal fédéral (*cf.* à ce sujet ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa) devront être examinés de manière circonstanciée et dans le cadre d'une instruction suffisante. Notamment, la SUVA devra examiner, si besoin en questionnant l'intéressée, si elle a ou non des douleurs physiques persistantes.

3.6 Ce qui précède rend, dans le cadre de la présente procédure de recours, inutile une éventuelle audition par la chambre de ceans des parties ainsi que de médecins en qualité de témoins.

4. Vu ce qui précède, le recours sera partiellement admis (compte tenu de la conclusion principale du recours en octroi de prestations d'assurance dès le 1^{er} décembre 2022), la décision sur opposition querellée sera annulée et la cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.

5. La jurisprudence a précisé que le retrait de l'effet suspensif prononcé dans le cadre d'une décision de diminution ou de suppression de rente à la suite d'une procédure de révision couvrait également la période courant jusqu'à ce qu'une nouvelle décision soit rendue après le renvoi de la cause par le tribunal cantonal des assurances pour instruction complémentaire, pour autant que la procédure de révision n'a pas été initiée de façon abusive (ATF 129 V 370 consid. 4 ; voir également arrêts du Tribunal fédéral 8C_739/2022 du 3 juillet 2023 consid. 5.1.1 ; 9C_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 7.1 et 9C_207/2014 du 1^{er} mai 2014 consid. 5.3). Cette jurisprudence est également applicable en matière de suppression de l'indemnité journalière et de la prise en charge du traitement médical par l'assureur-accidents, la problématique étant identique à celle d'une procédure en révision (arrêt du Tribunal fédéral 8C_739/2022 précité consid. 5.1.2).

Dans le cas présent, une provocation abusive par l'intimée de la fin du droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents à compter du 1^{er} décembre 2022, provocation abusive qui consisterait en une volonté de nuire aux intérêts de l'assurée avant le respect de la légalité, ne ressort en tout état de cause pas du dossier.

Partant, en tant que de besoin, la chambre de céans ne peut que maintenir le refus de restitution de l'effet suspensif, prononcé déjà par arrêt incident du 5 janvier 2026, également pour la période qui s'étendra entre le prononcé du présent arrêt et la notification de la nouvelle décision à rendre par la caisse.

6. La recourante obtenant en majeure partie gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- 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]).

La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA et vu l'art. 61 let. fbis 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 rendue le 30 juillet 2025 par l'intimée.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
5. Refuse une restitution de l'effet suspensif pour la suite, au sens des considérants.
6. Alloue à la recourante une indemnité de dépens de CHF 2'500.-, 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

Le président

Christine RAVIER

Blaise PAGAN

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