

# **GE\_GERICHTE ATAS/256/2026 vom 24. März 2026**

GE Cour de justice, 2026-03-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_256\\_2026](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_256_2026)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/256/2026 du 24 mars 2026

IT: GE\_GERICHTE ATAS/256/2026 del 24 marzo 2026

## **Erwägungen**

### **E. 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.

### **E. 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.

### **E. 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]).

### **E. 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).

### **E. 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).

A/3143/2025 - 13/22 - Conformément à l'art. 18 al. 1 LAA – dans sa teneur en vigueur à compter du 1er 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 1er 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 1er 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 1er 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

A/3143/2025 - 14/22 - moment dans les cas spéciaux, notamment en cas d'atteinte à la santé liée à l'inhalation de fibres d'amiante (al. 2).

### **E. 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).

### **E. 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 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 (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).

### **E. 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

A/3143/2025 - 15/22 - 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).

#### **E. 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).

#### **E. 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 ;

A/3143/2025 - 17/22 - SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

### **E. 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 1er 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 1er 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 1er 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, 1ère 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 1er 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.

A/3143/2025 - 18/22 -

### **E. 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'examens cliniques 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.

### **E. 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.

### **E. 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.

#### **E. 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.

#### **E. 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.

A/3143/2025 - 19/22 - 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.

### **E. 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.

### **E. 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.

A/3143/2025 - 20/22 - 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 permettraient 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.

### **E. 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.

### **E. 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 1er 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.

A/3143/2025 - 21/22 -

### **E. 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.

### **E. 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).

A/3143/2025 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :