

# **GE\_GERICHTE ATAS/347/2024 vom 16. Mai 2024**

GE Cour de justice, 2024-05-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_347\\_2024](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_347_2024)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/347/2024 du 16 mai 2024

IT: GE\_GERICHTE ATAS/347/2024 del 16 maggio 2024

## **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 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 matérielle pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

A/3914/2023 - 7/16 -

### **E. 1.2**

Aux termes de l'art. 58 al. 1 LPGA, en liaison avec l'art. 1 al. 1 LAA, le tribunal des assurances compétent pour connaître d'un recours contre une décision en matière d'assurance-accidents obligatoire est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours. Selon l'al. 2, si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, il y a lieu d'admettre l'existence d'un for au lieu de la succursale – en tant que domicile du dernier employeur suisse – s'il constitue pour le litige un point de rattachement prépondérant. Tel est le cas lorsque l'assuré a travaillé pour la succursale d'une société, dans un canton différent du siège principal (ATF 144 V 313 consid. 6.5). En l'occurrence, le recourant est domicilié en France et n'a jamais élu de domicile en Suisse à teneur des informations au dossier. Il a néanmoins travaillé en Suisse, son dernier employeur connu étant la société B\_\_\_\_\_ SA, dont le siège principal se situe dans le canton de Vaud et qui dispose de plusieurs succursales dans toute la Suisse, dont une à Genève, plus particulièrement à Plan-les-Ouates, et antérieurement à Perly. Or, à teneur de son contrat de mission du 18 avril 2019, le recourant a été engagé par la succursale de Perly et affecté sur un chantier à Carouge. Ainsi, la compétence locale de la chambre de céans est aussi donnée, le for au lieu de la succursale de Genève devant être admis.

### **E. 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. 3**

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au

nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario).

#### **E. 4**

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

#### **E. 5**

Le litige porte sur l'existence d'un lien de causalité entre les troubles de l'œil gauche présentés par le recourant et l'accident du 19 novembre 2019.

#### **E. 6**

À titre liminaire, il sied de se prononcer sur la procédure utilisée par l'intimée pour rendre la décision litigieuse.

##### **E. 6.1**

Conformément à l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. L'art. 51 LPGA, laisse toutefois la

A/3914/2023 - 8/16 - possibilité à l'assureur de traiter les prestations, créances ou injonctions qui ne sont pas visées à la disposition susmentionnée selon une procédure simplifiée, l'assuré pouvant néanmoins exiger qu'une décision soit rendue. La prise de position de l'assureur selon la procédure simplifiée reste écrite, le plus souvent sous la forme d'un relevé ou d'un décompte (Valérie DÉFAGO GAUDIN in Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 7 ad. art. 51 LPGA). Aux termes de l'art. 124 let. b de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), les assureurs doivent communiquer par écrit les décisions concernant la réduction ou le refus de prestations d'assurance. Au surplus, selon la jurisprudence, la suspension du traitement médical et de l'indemnité journalière dans le cadre d'une liquidation du cas doit être décidée formellement. L'importance d'une suppression de prestations temporaires (indemnité journalière, traitement médical) ne se mesure pas à la durée du versement de ces prestations, car ce qui est important ne réside pas dans la fin de la période d'indemnisation – qu'elle ait été longue ou courte –, mais dans la liquidation du cas ex nunc et pro futuro puisque les personnes assurées ne peuvent plus compter sur aucune prestation (ATF 132 V 412). Par ailleurs, celui qui entend contester le refus (total ou partiel) de prestations communiqué à tort par l'assurance-accidents selon une procédure simplifiée, sans décision formelle, doit en principe le déclarer dans un délai d'une année. L'assureur doit alors rendre une décision formelle, contre laquelle la procédure d'opposition est ouverte. À défaut de réaction dans le délai utile, le refus entre en force comme si la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 al. 1 LPGA avait été appliquée à juste titre (ATF 134 V 145).

##### **E. 6.2**

En l'occurrence, il sied de constater que l'intimée, alors qu'elle avait accordé des indemnités journalières des suites de l'accident du 19 novembre 2019 et pris en charge les frais médicaux, n'a pas informé le recourant de la fin de ses prestations, ni au moyen d'une décision formelle, ni même de manière informelle par le biais d'une simple communication. Ce n'est, en effet, que lorsque le recourant a contesté que les nouvelles difficultés oculaires

rencontrées à l'occasion de son stage aux EPI devaient faire l'objet d'une déclaration de rechute, tel que sollicité par l'intimée, que cette dernière s'est prévaluée de ce que le cas aurait été clos au 30 juin 2020 (courriel du 1er décembre 2022). Par la suite, le 28 février 2023, l'intimée a rendu une décision informelle de refus de prise en charge des prestations et, à la suite de la demande du recourant d'obtenir une décision formelle susceptible de contestation, a rendu une telle décision, en date du 27 juillet 2023. À juste titre, l'intimée ne se prévaut pas de ce que la demande du recourant d'obtenir une décision formelle sujette à opposition aurait été élevée sans délai. Il apparaît, au contraire, que ce dernier a requis une telle décision dans l'année qui a suivi la communication informelle du 28 février 2023, étant précisé que

A/3914/2023 - 9/16 - l'éventuelle clôture antérieure du cas au 30 juin 2020 ne saurait lui être opposée, à défaut de communication à cet égard. Ainsi, les explications données par téléphone du 13 décembre 2022 au premier conseil du recourant, selon lesquelles il arriverait à l'intimée de clôturer des dossiers à la fin du traitement médical sans décision, n'apparaissent pas compatibles avec les principes juridiques développés ci-dessus. S'il est possible que cette procédure ait, dans le cas d'espèce, été suivie en raison de l'accident antérieur du 6 juin 2019 qui, à teneur des maigres informations au dossier du second accident, semblait toujours être en cours d'instruction, il n'en demeure pas moins que l'intimée devait rendre une décision formelle de fin de versement des indemnités journalières et de fin de prise en charge du traitement médical pour les suites de l'évènement du 19 novembre 2019. Il découle de ce qui précède que le cas – qui n'a jamais été formellement clos – ne doit pas être appréhendé sous l'angle de la rechute ou de la séquelle tardive, au sens de l'art. 11 OLAA, ce que ne prétend du reste plus l'intimée.

## **E. 7**

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'évènement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'évènement 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 évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). 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'évènement 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 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références).

A/3914/2023 - 10/16 - 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. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). 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 148 V 356 consid. 3 ; 143 II 661 consid. 5.1.2 ; 139 V 156 consid. 8.4.2). 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 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

### **E. 8.1**

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).

### **E. 8.2**

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art.

A/3914/2023 - 11/16 - 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). 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).

### **E. 8.3**

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

A/3914/2023 - 12/16 - 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 même 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).

### **E. 8.4**

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 (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). 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).

### **E. 8.5**

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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. 9**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 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-

A/3914/2023 - 13/16 - 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). De plus, il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision, en vertu de l'art. 43 al. 1 LPGA (ATF 132 V 368 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_696/2022 du 2 juin 2023 consid. 4.5 et les références).

### **E. 10**

En l'espèce, se fondant sur l'appréciation médicale du Dr F\_\_\_\_\_, l'intimée a considéré que la condition du lien de causalité entre l'accident du 19 novembre 2019 et les troubles du recourant n'était pas remplie. Il s'agit donc de déterminer si l'évaluation du médecin précité peut se voir accorder une pleine valeur probante. À ce titre, la chambre de céans observe que le médecin d'arrondissement s'est exprimé à trois reprises au sujet du cas. Dans son premier avis du 27 janvier 2023, il a brièvement indiqué que le lien de causalité n'était pas donné, car aucune problématique ophtalmologique n'était retrouvée, à l'exception de

douleurs. Cette première prise de position n'est pas suffisamment détaillée pour permettre de comprendre le raisonnement du spécialiste. En effet, il n'explique pas en quoi des douleurs oculaires ne seraient pas un problème ophtalmologique, ni n'examine si les autres troubles dont le recourant se plaignait en mai 2022 (vision floue après 45 minutes et larmolement de l'œil gauche au soleil) pourraient être une conséquence, ou non, de l'accident. Par ailleurs, dans son deuxième avis du 21 juillet 2023, le médecin d'arrondissement s'est contenté de renvoyer à sa précédente appréciation, quand bien même des doutes à son sujet avaient déjà été élevés par le conseil du recourant. Ce n'est que le 20 octobre 2023, à la suite de l'opposition du recourant, que le Dr F \_\_\_\_\_ a quelque peu développé son raisonnement. Néanmoins, son appréciation reste relativement sommaire et peu claire. S'il semble se dégager de cet avis qu'une restriction de la motilité de l'œil gauche aurait pu être admise, en tant que conséquence de l'accident et que tel ne serait pas le cas des douleurs en temporal, d'une vision floue et d'un larmolement au soleil, le médecin d'arrondissement n'explique cependant pas pourquoi l'étiologie de ces deux types de séquelles serait différente. À défaut d'autres explications, on ne discerne pas, en particulier, les raisons pour lesquelles des douleurs en temporal pourraient être causées par un œil desséché, étant rappelé qu'il est admis que l'accident a causé une fracture de l'orbite gauche.

Le Dr

A/3914/2023 - 14/16 - F \_\_\_\_\_ mentionne, en outre, que la situation se serait normalisée spontanément, ce qui, au vu du fait qu'il ne disposait d'aucune indication médicale allant dans ce sens, paraît péremptoire, et s'avère au surplus erroné au vu des pièces produites dans le cadre de la présente procédure de recours (certificat du Dr C \_\_\_\_\_ du 21 novembre 2023, notes de suites du 17 mai 2022). Au surplus, alors qu'il revient à l'intimée d'instruire la situation en tant qu'assureur-accidents, le Dr F \_\_\_\_\_ n'a pas jugé utile de faire réaliser d'autres examens ophtalmologiques au recourant, ou de l'examiner personnellement, quand bien même l'orthoptiste soulignait la nécessité d'un tel contrôle et qu'au moins une année s'était écoulée depuis les derniers examens. Le médecin-conseil ne se prononce pas non plus sur l'éventuelle incidence qu'un usage accru des yeux pourrait avoir sur les symptômes du recourant, lequel s'est plaint de douleurs et d'atteintes après avoir de nouveau été confronté à un environnement professionnel, à l'occasion de son stage aux EPI. Enfin, l'intimée ne s'exprime pas (ou que partiellement) sur les éléments médicaux produits à l'occasion du recours, à savoir sur le certificat du Dr C \_\_\_\_\_ du 21 novembre 2023 et sur les résultats du contrôle ophtalmologique du 17 mai 2022. Ces documents n'ont, en particulier, pas été soumis à son service médical. Or, à teneur de ceux-ci, le recourant présente de façon récurrente, depuis l'accident, des infections des sinus, du nez et de l'œil gauche et est atteint d'une diplopie ; il présente en outre « quelques KPS en inf » (probablement des kératites ponctuées superficielles, soit une atteinte de la cornée). Dans le même temps, les notes de suite du 17 mai 2022 font aussi état d'éléments qui, a priori, ne sont pas d'origine traumatique (léger astigmatisme et sécheresse oculaire au niveau de l'œil gauche, petit nævus choroïdien au niveau de l'arcade inférieure). Au vu des éléments au dossier, la chambre de céans n'est pas en mesure d'apprécier si le lien de causalité entre l'accident du 19 novembre 2019 et les troubles du recourant est ou non donné. Les prises de position du Dr F \_\_\_\_\_ ne remplissent, en effet, pas les principes jurisprudentiels pour que leur force probante soit admise, étant rappelé que lorsqu'un cas n'a pas fait l'objet d'une expertise au sens de l'art. 44 LPG, il y a lieu de poser des exigences sévères quant à l'appréciation des preuves ; des doutes même minimes sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance doivent conduire à des investigations complémentaires (cf. consid. 8

ci-dessus). Compte tenu de la faiblesse de l'argumentation du médecin d'arrondissement et des éléments médicaux mis en avant par les médecins traitants du recourant, il se justifie, en conséquence, de poursuivre l'instruction du dossier et d'ordonner une expertise ophtalmologique du recourant, au sens de l'art. 44 LPGA. Contrairement à ce que requiert le recourant, la cause sera néanmoins renvoyée à l'intimée afin qu'elle mette en œuvre cette expertise, dans la mesure où il lui appartient, en premier lieu, d'instruire le cas avant de rendre sa décision (cf. consid. 9 ci-dessus). Le renvoi paraît d'autant plus justifié que si, par A/3914/2023 - 15/16 - hypothèse, le lien de causalité venait à être admis, l'intimée devrait non seulement statuer sur la prise en charge du traitement médical, mais également examiner si d'autres prestations d'assurance devraient être accordées au recourant, singulièrement se prononcer sur une éventuelle diminution de sa capacité de travail en raison des atteintes ophtalmologiques.

#### **E. 11**

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 23 octobre 2023 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.

#### **E. 12**

Le recourant obtenant partiellement gain de cause et étant assisté d'un avocat, 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]).

#### **E. 13**

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

A/3914/2023 - 16/16 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.