

GE_GERICHTE ATAS/652/2025 vom 1. September 2025

GE Cour de justice, 2025-09-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_652_2025

FR: GE_GERICHTE ATAS/652/2025 du 1 septembre 2025

IT: GE_GERICHTE ATAS/652/2025 del 1 settembre 2025

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 pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

E. 2

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'accident au-delà du 15 août 2019 en raison de ses troubles visuels et psychiques.

E. 3

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. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). Les prestations que l'assureur-accidents doit cas échéant prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10% au moins à la suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).

E. 4

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'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

A/2897/2024 - 19/27 - La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se détermine notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier

qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minimale que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). La stabilisation de l'état de santé doit être estimée de manière pronostique, et non à l'aune de constatations rétrospectives (RAMA 3/2005 n. U 557 p. 389 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_388/2019 du 20 décembre 2019 consid. 3.2).

E. 5

La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2).

E. 5.1

Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

E. 5.2

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_315/2023 du

E. 5.3

Les causes partielles déterminantes au sens de l'art. 6 al. 1 LAA comprennent également les circonstances à défaut desquelles l'atteinte à la santé ne serait pas survenue au même moment. Un traumatisme fonde ainsi le droit aux prestations même lorsque le dommage qu'il entraîne serait survenu tôt ou tard, de sorte que l'accident ne représente la condition sine qua non de l'atteinte qu'en ce qui concerne le moment de sa survenance. Il en va autrement lorsque l'accident n'est qu'une cause occasionnelle ou aléatoire (Gelegenheits- oder Zufallursache), qui rend manifeste un risque existant dont on pouvait attendre qu'il se réalise à tout moment, mais que cet accident n'a pas de signification propre en terme de cause à effet (Andreas TRAUB, *Natürlicher Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Gesundheits-schädigung bei konkurrierender pathogener Einwirkung : Abgrenzung der wesentlichen Teilursache von einer anspruchshindernden Gelegenheits- oder Zufallsursache*, SZS 2009 p. 479). Le droit aux prestations est ainsi ouvert lorsque le dommage se serait inévitablement produit tôt ou tard, mais qu'il ne serait pas survenu au même moment sans l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_380/2011 du 20 octobre 2011 consid. 4.2.1). Les cas dans lesquels l'accident n'est que la cause occasionnelle ou aléatoire du dommage sont ceux dans lesquels l'accident a activé un état clinique pathologique

auparavant muet, mais n'était pas nécessaire à cet effet (André NABOLD in *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfall- versicherung*, 5e éd. 2024, p. 58 ad art. 6 LAA). Dans de telles situations, la réalisation du risque de décompensation de la pathologie devait être escomptée en tout temps, sans que l'accident ne revête une portée autonome dans le rapport de causalité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2012 du 26 février 2013 consid. 5.3). Il n'est pas question de cause occasionnelle ou aléatoire en cas de processus causal inhabituel, dans lequel une prédisposition constitutionnelle joue un rôle essentiel avec une tendance particulière à développer un dommage (Schadensneigung). On peut citer à titre d'exemple un ouvrier souffrant d'un diabète grave, qui subit une brûlure chimique au pied, et dont la blessure, en conjonction avec le diabète, conduit à une réaction inflammatoire qui ne peut être jugulée et mène à l'amputation du pied. L'assureur-accidents doit alors prêter bien que l'état pathologique joue un rôle prépondérant dans le dommage, car le diabète n'exposait pas l'assuré à un tel risque en tout temps (arrêt du Tribunal fédéral U 413/05 du 5 avril 2007 consid. 4.2.1). On peut également citer dans ce cadre la jurisprudence en matière de lésions dentaires, qui rappelle qu'une dent parfaitement saine résiste à des contraintes plus fortes qu'une dent réparée, mais qu'une dent traitée reste en général tout à fait fonctionnelle pour l'acte normal de mastication. Si une telle dent ne résiste pas à une contrainte soudaine, non intentionnelle et exceptionnelle, l'hypothèse d'un accident ne peut être exclue au motif qu'une dent parfaitement intacte y aurait résisté. Demeurent réservés les cas

A/2897/2024 - 21/27 - où la dent est tellement affaiblie qu'elle n'aurait pas non plus résisté à une sollicitation normale (ATF 149 V 218 consid. 5.3).

E. 5.4

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans les assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1).

L'existence d'un rapport de cause à effet ne doit pas être simplement possible. Elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_383/2018 du

E. 9

janvier 2024 consid. 3.2). L'obligation de l'assureur-accidents de prêter lorsqu'un état pathologique préexistant a été aggravé ou est devenu manifeste en raison de l'accident ne s'éteint ainsi que si l'accident n'est plus la cause naturelle, soit lorsque l'atteinte à la santé ne résulte que de causes étrangères à l'accident (ATF 146 V 51 consid. 5.1). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé

A/2897/2024 - 20/27 - ou aggravé par l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_650/2018 du 23 octobre 2019 consid. 4.2).

E. 10

Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise. Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand elle n'a pas du tout instruit une question, 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). Dans le cas d'espèce, dès lors que l'intimée ne pouvait ignorer les contradictions flagrantes ressortant de l'expertise du Dr U_____ – qui se manifestent du reste également par le fait que les parties en tirent des conclusions diamétralement opposées –, elle ne pouvait considérer ce rapport comme probant et se fonder sur son contenu pour considérer que l'état de la recourante était stabilisé au 2 octobre 2019, mais devait compléter l'instruction. Au vu de ces circonstances, il se justifie de lui renvoyer la cause, à charge pour elle de mettre en œuvre une nouvelle expertise ophtalmologique. L'expert à désigner devra déterminer le moment de la stabilisation de l'état de santé de la recourante au plan ophtalmologique, se prononcer sur sa capacité de travail jusqu'à cette date et sur sa capacité de travail et de gain après la

A/2897/2024 - 26/27 - stabilisation. Dans ce cadre, il conviendra que cet expert se détermine en particulier sur l'indication à l'intervention du strabisme proposée par le Dr U_____. S'il devait confirmer cette indication en raison d'une décompensation (prématurée) du strabisme imputable à l'accident du 2 avril 2019, il y aurait alors lieu de considérer que cet événement ne relève pas dans ce contexte d'une cause occasionnelle ou aléatoire, puisqu'il a précipité la nécessité d'une nouvelle opération du strabisme, et fonde ainsi a priori le droit à la poursuite du versement des indemnités journalières et de la prise en charge du traitement médical jusqu'à stabilisation de l'état de santé après l'intervention, conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus. Dans la nouvelle décision que l'intimée devra rendre par la suite, celle-ci sera fondée à statuer sur le lien de causalité adéquate lors de la stabilisation de l'état de santé, en tenant compte des résultats de la nouvelle expertise ophtalmologique, et cas échéant des conclusions du Dr V_____, dans la mesure conforme aux principes rappelés ci-dessus au sujet des critères applicables à l'analyse d'un tel lien.

E. 11

Le recours est partiellement admis. La recourante a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario).

A/2897/2024 - 27/27 - 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.