

# **GE\_GERICHTE ATAS/663/2011 vom 29. Juni 2011**

GE Cour de justice, 2011-06-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_663\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_663_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/663/2011 du 29 juin 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/663/2011 del 29 giugno 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

A/2574/2010 - 11/16 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents, est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants sont postérieurs à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 consid. 1 et ATF 129 V 4 consid. 1.2).

### **E. 3**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

### **E. 4**

Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à ne plus verser d'indemnité journalière du 1er mars 2009 au 27 janvier 2010.

### **E. 5**

L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). L'art. 6 LPGA dispose qu'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. Une personne est considérée comme incapable de travailler lorsque, pour cause d'atteinte à la santé, elle ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore qu'avec le risque d'aggraver son état, ou n'est pas en mesure de pratiquer une autre activité adaptée à son état de santé. Le taux de l'incapacité de travail s'apprécie au regard de la profession de l'assuré aussi longtemps que l'on ne peut raisonnablement exiger de lui qu'il

utilise dans un autre secteur sa capacité résiduelle de travail (ATF 115 V 133 consid. 2, 404 consid. 2; ATFA non publié U 264/05 du 29 août 2006, consid. 3). Le point de savoir si et dans quelle mesure une atteinte à la santé imputable à un accident a causé effectivement une incapacité de travail (ou de gain) donnant droit à des prestations, doit être tranché selon la règle de la vraisemblance prépondérante, usuelle en droit des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b). Le droit à l'indemnité journalière 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). Il s'éteint également si l'incapacité de travail subsiste, mais qu'elle n'est plus en relation de causalité avec une atteinte à la santé d'origine accidentelle (ATFA non publié U 193/03 du 8 octobre 2004, consid. 3). Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux

A/2574/2010 - 12/16 - d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 et ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). Il faut en principe que l'état de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical, à savoir que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé (ATF 134 V 109 consid. 4; ATF non publiés 8C\_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.1 et 8C\_584/2009 du 2 juillet 2010 consid. 2).

## **E. 6**

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. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in *Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH*, 2000, p. 268). 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 125 V 261 consid. 4 et ATF 122 V 158 s. consid. 1b ainsi que les références citées; ATFA non publié U 345/03 du 13 octobre 2004, consid. 3.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou

comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références; ATF non publié 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1). 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. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des

A/2574/2010 - 13/16 - assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 ; ATFA non publié I 592/99 du 13 mars 2000). 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 (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). 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 suffisants 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 oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'article 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465; ATF non publié 8C\_552/2009 du 8 avril 2010, consid. 5.3).

## **E. 7**

En l'espèce, il ressort des divers rapports de la clinique ophtalmologique des HUG et de l'opticien que le recourant n'a une bonne vision qu'avec le port de lentilles de contact et qu'il a rencontré des difficultés d'adaptation à ses lentilles en raison d'un bourrelet conjonctival excisé à fin septembre 2008. Au début décembre 2008, la cicatrisation et la réadaptation semblaient être obtenues. Toutefois, un arrêt de travail se justifiait jusqu'à la fin décembre pour permettre une capacité visuelle maximale aux deux yeux. En revanche, le 20 janvier 2009, la correction oculaire n'était pas encore réglée mais devait l'être d'ici une période de 30 à 40 jours de sorte qu'une reprise du travail était contre-indiquée jusqu'à la fin février 2009. Cependant, une capacité de travail était tout à fait envisageable dès le 1er mars 2009. Par la suite, le recourant a présenté une irritation conjonctivale à l'œil droit en rapport avec le port de lentille survenant après 72 heures de port. Il a suivi un traitement à base de stéroïdes avec abstinence du port de lentilles du 15 au 30 juin 2009. Courant 2009, il a subi à plusieurs reprises l'ablation de points de suture de son greffon cornéen et, au vu du risque infectieux, on lui a prescrit l'abstinence du port des lentilles de contact. En septembre 2009, la tolérance au port de lentilles de contact était limitée à 8 à 10 heures par 24 heures et le recourant ne présentait plus d'irritation conjonctivale liée au port des lentilles de contact.

A/2574/2010 - 14/16 - Pour la Dresse E \_\_\_\_\_, le processus d'adaptation des lentilles de contact peut prendre un certain temps, raison pour laquelle elle retient une incapacité de travail jusqu'à fin février 2009. Selon elle, le recourant peut travailler dans le secteur de la construction pour autant qu'il ait une bonne tolérance aux lentilles de contact et une bonne acuité visuelle. D'un point de vue ophtalmologique, il présente une aptitude au travail complète dès le 1er mars 2009 que ce soit avec des lunettes ou des verres de contact. En effet, tant que son acuité visuelle est d'au moins 0.5 au meilleur œil aucune incapacité de travail ne peut être admise. En revanche, des aggravations ponctuelles sont admissibles sans qu'elles ne provoquent une incapacité de travail généralisée. Dans la mesure où la Dresse E \_\_\_\_\_ n'a pas examiné personnellement le recourant, son appréciation repose principalement sur les rapports des médecins de la clinique ophtalmologique des HUG. Or, dans son rapport du 15 avril 2011, cette spécialiste reproche aux médecins des HUG de ne pas avoir systématiquement mesuré la meilleure acuité visuelle du recourant, lors des divers états inflammatoires dont il a souffert. Par conséquent, au vu des carences des rapports médicaux des HUG, la Cour de céans retiendra que l'appréciation du médecin- conseil de l'intimée ne repose pas sur une description et une appréciation des interférences médicales suffisamment claires pour évaluer la situation du recourant, plus particulièrement sa capacité de travail résiduelle, partant qu'elle n'a pas de valeur probante au regard des exigences jurisprudentielles. De plus, les divers rapports de ce médecin ne sont pas exempts de contradictions. En effet, dans son rapport du 26 février 2009, la Dresse E \_\_\_\_\_ conditionne l'aptitude du recourant à travailler dans le secteur de la construction notamment à sa bonne tolérance aux lentilles de contact. Puis, dans son rapport du 3 septembre 2009, elle confirme que la capacité de travail définitive dépend de la tolérance aux lentilles tout en précisant qu'en cas d'intolérance, des lunettes doivent être portées et que, si l'acuité visuelle avec lunettes est supérieure à 5/10, une pleine capacité de travail dans l'ancien métier devrait être possible. Enfin, dans son rapport du 15 avril 2011, elle admet une pleine capacité de travail pour autant que l'acuité visuelle avec lunettes soit au moins de 5/10 au meilleur œil. Par conséquent, ses critères d'évaluation de la capacité de travail du recourant (bonne tolérance aux lentilles de contact, puis vision uniquement avec lunettes de plus de 5/10 au meilleur œil, puis d'au moins 5/10) ont varié dans le temps et font douter du bien-fondé de son appréciation. Au demeurant, dans son rapport du 24 mars 2011, le Dr H \_\_\_\_\_ estime que la situation du recourant est complexe car il présente une intolérance au port de lentilles de contact sur son lieu de travail et pendant une durée prolongée. De plus, contrairement à l'avis de la Dresse E \_\_\_\_\_, il considère que l'acuité visuelle n'est qu'un des nombreux éléments paramètres permettant d'apprécier la capacité visuelle, respectivement la capacité de travail, de sorte qu'il lui est difficile de se prononcer sur cette dernière et sur la durée précise de sa limitation. Enfin, le

A/2574/2010 - 15/16 - recourant présente une récurrence possible de son problème cornéen initial et tente un essai de port de lentille de contact à support scléral. Par conséquent, l'appréciation du Dr H \_\_\_\_\_ fait naître des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation de la Dresse E \_\_\_\_\_, notamment quant à la stabilisation de l'état de santé du recourant au vu de la dernière évolution. Etant donné que le Dr H \_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant après le 1er mars 2009, la Cour de céans ne dispose pas des éléments lui permettant de trancher la cause. Dès lors, conformément à la jurisprudence déjà mentionnée, il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise ophtalmologique qui sera confiée à un médecin indépendant selon la procédure de l'article 44 LPGA ou une expertise judiciaire afin de déterminer s'il existe une incapacité de

travail postérieure au 1er mars 2009. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2; ATF non publié 9C\_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). En l'espèce, la possible récurrence du problème cornéen initial - non assuré - qui est un élément qui n'a pas encore été investigué justifie que le dossier soit renvoyé à l'intimée afin qu'elle fasse déterminer par un expert indépendant si l'éventuelle incapacité de travail après le 1er mars 2009 est en relation de causalité avec l'accident du 9 juillet 2007.

#### **E. 8**

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. Le dossier est renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants. Le requérant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/2574/2010 - 16/16 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant A la forme :

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