

# GE\_GERICHTE A/4791/2017 vom 23. April 2018

GE Cour de justice, 2018-04-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4791\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4791_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/4791/2017 du 23 avril 2018

IT: GE\_GERICHTE A/4791/2017 del 23 aprile 2018

## Erwägungen

### E. 6

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à Bellegarde-sur-Valserine, France recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise à Lucerne, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Anne MEIER intimée EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1984, a travaillé en qualité d'aide-isoleur dès le 11 août 2016. A ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (ci-après la SUVA ou l'intimée). [endif]>[if> 2. Selon une déclaration de sinistre adressée par l'employeur à la SUVA le 14 septembre 2016, l'assuré avait « pris un fil de fer dans l'œil » alors qu'il isolait des gaines de ventilation la veille. [endif]>[if> 3. La doctoresse B\_\_\_\_\_, médecin au Service d'ophtalmologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a attesté d'une capacité de travail nulle dès le 13 septembre 2016, et totale dès le 16 septembre suivant. [endif]>[if> 4. Par certificat du 15 septembre 2016, le docteur C\_\_\_\_\_, médecin au Service d'ophtalmologie des HUG, a prolongé l'incapacité de travail de l'assuré jusqu'au 19 septembre 2016. [endif]>[if> 5. Le 21 septembre 2016, la doctoresse D\_\_\_\_\_, généraliste et médecin traitant de l'assuré, a attesté d'un arrêt de travail de dix jours dès cette date. Elle l'a régulièrement prolongé par la suite. [endif]>[if> 6. Selon un rapport de consultation du 9 novembre 2016 de la doctoresse E\_\_\_\_\_, médecin au Service d'ophtalmologie des HUG, l'assuré disait avoir perdu la vision centrale de son œil droit à la suite de l'accident. Les différents examens (segment antérieur, fonds d'yeux, tomographie en cohérence optique [OCT], potentiels évoqués visuels [PEV]) étaient tous normaux. L'examen du champ visuel était inconstant, avec parfois des réponses retrouvées dans l'aire centrale, parfois une absence de réponse, ce qui était discordant avec l'acuité visuelle. Cette acuité était mesurée à « voit bouger la main à un mètre, ne compte pas les doigts ». Les médecins n'avaient aucune explication à cette baisse d'acuité de l'œil droit. Une atteinte anatomique semblait écartée. La Dresse E\_\_\_\_\_ avait expliqué à l'assuré qu'il pouvait s'agir d'un trouble de la somatisation et lui avait proposé de voir un psychologue. [endif]>[if> 7. Dans son rapport du 30 novembre 2016 à la SUVA, la Dresse B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait pris un fil de fer dans l'œil. Il se plaignait d'une douleur et d'une rougeur. Le diagnostic était celui d'érosion de la cornée. La capacité de travail avait été nulle du 13 au 16 septembre 2016. [endif]>[if> 8. Dans un rapport reçu le 15 décembre 2016 par la SUVA, le Dr C\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de kératite superficielle post traumatique résolue après traitement topique. Le traitement était terminé. [endif]>[if> 9. Dans son rapport du 20 décembre 2016, la Dresse D\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de baisse de la vision de l'œil droit après avoir reçu un bout de fer sur son lieu de travail. Il n'y avait aucun traitement en cours, hormis des séances chez un psychologue. S'agissant de la reprise du travail, cette généraliste a renvoyé la SUVA à l'ophtalmologue.

Elle a précisé que l'assuré était anxieux par rapport à son accident et sa cécité.

10. Dans un avis du 10 février 2017, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ophtalmologie et médecin à la SUVA, a retenu que l'assuré avait uniquement souffert d'une érosion de la cornée, affection qui entraînait normalement une brève incapacité de travail n'excédant pas deux à trois jours. Il n'y avait aucun indice évocateur d'une maladie dégénérative ophtalmologique. Les troubles de l'assuré ne reposaient pas sur des altérations objectives vérifiables. L'incapacité de travail ne se justifiait plus.

11. Par décision du 1<sup>er</sup> mars 2017, la SUVA a retenu que l'assuré était apte à travailler dès le 3 mars suivant, conformément à l'appréciation de son médecin. Le droit aux prestations s'achevait le 2 mars 2017.

12. Par décision du 8 mars 2017, la SUVA a fixé le montant de l'indemnité journalière à CHF 111.85.

13. L'assuré, par sa mandataire, s'est opposé à cette décision le 31 mars 2017. Il a affirmé que son incapacité de travail persistait. Il a soutenu qu'il souffrait d'un syndrome de stress post-traumatique sévère, d'un trouble dissociatif et d'un état dépressif sévère. Ces atteintes résultaient de son accident. La SUVA répondant de tous les troubles en lien de causalité naturelle avec l'accident, sa décision était insoutenable. Elle avait en effet pris en charge son cas, et partant reconnu un lien de causalité naturelle et adéquate entre cet événement et les atteintes subies.

Il a joint un rapport du 10 mars 2017 de Monsieur G\_\_\_\_\_, psychologue. Ce dernier y a fait état d'un syndrome de stress post-traumatique sévère (reviviscences, émoussement, évitement, dissociation, activation du système nerveux autonome) : l'assuré revoyait en boucle l'accident dont il avait été victime, en particulier l'effroi de son collègue, faisait des cauchemars, et évitait d'aborder le sujet. Il souffrait d'un état de vigilance permanent et souffrait d'insomnie. Ce syndrome semblait clairement et directement consécutif à l'accident du 13 septembre 2016, et il était très probablement la cause de la cécité partielle dont souffrait l'assuré. En effet, un symptôme dissociatif s'était mis en place, répondant à la peur profonde de se voir avec un trou à la place de l'œil. Ce symptôme dissociatif était une réaction habituelle face à ce genre d'accident et à la réaction d'horreur observée chez autrui. Le psychologue s'est dit certain d'une guérison rapide s'il avait l'appui d'un médecin. La cécité engendrait un syndrome dépressif majeur sévère.

14. Par opposition du 10 avril 2017, l'assuré a contesté la décision de la SUVA du 8 mars 2017 portant sur le montant des indemnités journalières.

15. Le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin d'arrondissement de la SUVA, s'est déterminé sur le rapport de M. G\_\_\_\_\_ dans son avis du 24 avril 2017. Il a noté qu'on se trouvait à plus de sept mois d'un accident qui avait peut-être subjectivement exposé l'assuré à la crainte d'une atteinte plus sévère de son œil, mais qui était cependant resté superficiel et de peu d'importance. L'atteinte ne pouvait à son sens expliquer la sévérité des symptômes constatés par le psychologue. En effet, on s'attendrait à une évolution favorable d'une lésion limitée à une érosion de la cornée, y compris sur le plan psychique. Après la constitution d'un état de stress aigu, il y avait une guérison complète dans les trois à six mois. Les réactions de dissociation décrites par le psychologue étaient généralement associées à des vécus traumatiques particulièrement graves. Le Dr H\_\_\_\_\_ était donc très sceptique quant au rapport de M. G\_\_\_\_\_.

16. Par décision du 28 avril 2017, la SUVA a écarté l'opposition de l'assuré à la décision du 8 mars 2017.

17. Par décision du 19 octobre 2017, la SUVA a écarté l'opposition de l'assuré à la décision du 1<sup>er</sup> mars 2017. Elle s'est référée à l'appréciation du Dr H\_\_\_\_\_, qui écartait un lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques décrits et l'accident. Cette

appréciation avait une entière valeur probante. Partant, sa décision était fondée.

18. Dans un courrier du 21 novembre 2017 à la chambre de céans, l'assuré, non représenté, s'est référé à une correspondance du 23 septembre 2017 de la

« Commission de recours amiable » ( sic ) en lien avec sa demande au sujet de son accident du 13 septembre 2016. Il considérait cette décision infondée et invitait la chambre de céans à statuer sur son cas. Dans une lettre explicative annexée, il a indiqué que les trois ophtalmologues consultés n'avaient rien trouvé et lui avaient conseillé de consulter un psychologue. Ce dernier pensait qu'il souffrait d'un syndrome de stress post-traumatique lié à son accident. Depuis cet accident, sa vie avait changé et son cas s'était aggravé. Il ne voyait plus rien, souffrait de maux de tête et de vertiges. Ces changements l'avaient atteint et il souffrait d'une dépression. Il a joint un courrier du 20 novembre 2017 de la Dresse D\_\_\_\_\_ , indiquant que l'assuré souffrait d'un syndrome de stress post-traumatique lié à son accident de travail.

19. Le 27 novembre 2017, la chambre de céans a invité le recourant à lui faire parvenir la décision faisant l'objet de son recours.

20. Par pli du 1<sup>er</sup> décembre 2017, le recourant a transmis à la chambre de céans la décision de l'intimée du 19 octobre 2017.

21. Dans sa réponse du 31 janvier 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours, sous suite de dépens. Elle a allégué que le courrier du 20 novembre 2017 produit par le recourant ne saurait infirmer l'analyse du Dr H\_\_\_\_\_ .

Aucun élément n'était la thèse d'un lien de causalité naturelle entre l'état actuellement décrit par le recourant et l'accident, et l'appréciation des Drs I\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ ne pouvait être remise en cause.

22. Le 31 janvier 2017, le recourant a fait parvenir plusieurs documents à la chambre de céans, dont notamment : a. courrier du 26 décembre 2016 de M. G\_\_\_\_\_ à la Dresse D\_\_\_\_\_ , aux termes duquel le recourant souffrait d'un syndrome de stress post-traumatique lié à son accident, dont la cécité partielle pourrait être un symptôme. Le recourant présentait également un épisode dépressif majeur d'intensité sévère. Une thérapie par exposition au trauma était préconisée ;

b. rapport du 4 octobre 2016 du docteur J\_\_\_\_\_ , ophtalmologue, constatant des résultats parfaitement normaux aux examens réalisés et suggérant des examens complémentaires, eu égard à la baisse de vision du recourant.

23. Dans ses déterminations du 8 mars 2017, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle s'est référée à l'avis du 19 février 2018 de la docteure K\_\_\_\_\_ , spécialiste en psychiatrie et médecin auprès de la SUVA, qu'elle a produit.

Dans ce document, la Dresse K\_\_\_\_\_ a retenu que les pièces communiquées par le recourant établissaient les mêmes diagnostics et parvenaient aux mêmes conclusions que celles figurant au dossier. Il n'y avait ainsi aucun élément nouveau susceptible de remettre en question les conclusions des Drs H\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ , I\_\_\_\_\_ .

24. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture au recourant le 9 mars 2018.

25. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 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.

2. La LPGA, entrée en force le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à la présente

procédure.

3. Le recours, déposé dans le délai prévu par la loi, est

recevable (art. 56ss LPGA).

4. Le litige porte sur le droit du recourant à

des prestations d'assurance-accidents au-delà du 2 mars 2017. En revanche, la décision du 8 mars 2017 établissant le montant de l'indemnité journalière ne fait pas l'objet du recours, de sorte que ce point n'a pas à être examiné dans le cadre de la présente procédure.

5. 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. L'art. 4 LPGA dispose qu'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.

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).

6. 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'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1).

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 la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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 129 V 177 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1).

7. En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants, ou de peu de gravité; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 3.1). Il convient de s'attacher non pas à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Ainsi, lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné légèrement la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale, sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, telle qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 324/99 du 10 janvier 2001 consid. 2c). Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain d'origine psychique. Il faut alors que les conséquences

immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/01 du 4 mars 2002 consid. 2c).!

!> Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques: - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;!

!> - la gravité ou la nature particulière des lésions. Il faut une gravité particulière du tableau clinique typique ou des circonstances particulières de nature à influencer la symptomatologie douloureuse ;!

!> - la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais sur l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ;!

!> - les douleurs persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles en regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ;!

!> - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;!

!> - les difficultés et complications importantes apparues au cours de la guérison; !> - le degré et la durée de l'incapacité de travail. !> Il n'est toutefois pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères à la fois. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire ou que l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Un seul critère peut en outre suffire lorsqu'il revêt une importance particulière, par exemple dans le cas où l'incapacité de travail est particulièrement longue en raison de complications apparues au cours de la guérison. Lorsque, en revanche, aucun critère ne revêt à lui seul une importance particulière ou décisive, il convient de se fonder sur plusieurs critères. Cela d'autant plus que l'accident est de moindre gravité. Ainsi lorsqu'un accident de gravité moyenne se trouve à la limite de la catégorie des accidents peu graves, les autres circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 117 V 369 consid. 4c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 201/05 du 4 mai 2006 consid. 5.1) 8. Savoir s'il existe un rapport de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit 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\_685/2015 du 13 septembre 2016 consid. 3.1). !> L'existence d'un lien de causalité adéquate entre des troubles psychiques et un accident est en revanche une question de droit qui doit être tranchée par le juge à l'aune d'une appréciation juridique (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_892/2012 du 29 juillet 2013 consid. 6). Dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat de la relation de causalité doivent être cumulés pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1). 9. En l'espèce, tous les ophtalmologues consultés s'accordent sur l'absence d'explication somatique aux problèmes de vue que rencontre le recourant depuis la guérison de l'érosion de la cornée, et

ce dernier ne conteste pas leurs conclusions.![endif]>![if> Les troubles dont la prise en charge est litigieuse sont ainsi de nature psychique. Partant, le droit aux prestations au-delà du 2 mars 2017 dépend notamment de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 13 septembre 2016 et ces troubles. Le Dr H\_\_\_\_\_ a nié l'existence d'un tel lien entre l'accident et les symptômes rapportés par M. G\_\_\_\_\_, en exposant notamment que les épisodes de stress aigu guérissaient généralement dans un délai de six mois en cas d'accident peu grave. Or, il n'existe aucun rapport médical permettant de remettre en cause ces conclusions. Si la généraliste du recourant a certes mentionné un stress post-traumatique en lien avec l'accident dans son rapport du 20 novembre 2017, elle n'a nullement motivé son appréciation. Quant à M. G\_\_\_\_\_, il n'est pas médecin. Partant, la chambre de céans n'a pas de motif de s'écarter de la conclusion du Dr H\_\_\_\_\_ quant à l'absence d'un lien de causalité entre l'accident et les atteintes alléguées. Par surabondance, et bien que l'intimée n'ait pas examiné cette question, même s'il fallait admettre que l'atteinte psychique du recourant est en lien de causalité naturelle avec son accident, le droit aux prestations devrait quoi qu'il en soit être nié eu égard à l'absence de lien de causalité adéquate entre ces éléments. En effet, comme l'a souligné le Dr H\_\_\_\_\_, l'accident doit être qualifié de peu grave, puisqu'il a uniquement constitué en une projection d'un morceau de fil de fer dans l'œil du recourant. Cela suppose donc que les critères rappelés ci-dessus se cumulent et revêtent une intensité particulière. Or, force est de constater que tel n'est pas le cas. En effet, si l'accident subi par le recourant peut se voir reconnaître un caractère relativement impressionnant, eu égard au caractère particulier d'une blessure oculaire – au demeurant restée superficielle – liée à l'insertion d'un corps étranger, il s'agit du seul critère dégagé par le Tribunal fédéral pour admettre un lien de causalité adéquate entre des troubles psychiques et un accident qu'on pourrait éventuellement considérer comme rempli. S'agissant des autres critères, il convient de relever que les lésions sont sans gravité, puisque les ophtalmologues ont diagnostiqué uniquement une kératite superficielle, ou érosion de la cornée. Elle était guérie en novembre 2016, comme cela ressort implicitement du rapport de la Dresse E\_\_\_\_\_, qui a écarté toute atteinte anatomique. Quant à son traitement, resté topique, il était également achevé en décembre 2016 au plus tard, selon les indications du Dr C\_\_\_\_\_. Les médecins du recourant ne signalent aucune douleur, et on ne déplore ni erreur de traitement, ni complication médicale. Enfin, l'atteinte somatique a justifié une incapacité de travail de moins d'une semaine. Partant, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement du 13 septembre 2016 et les symptômes d'ordre psychique du recourant doit être niée. Le recourant n'a ainsi pas droit aux prestations, de sorte que la décision de l'intimée sera confirmée. 10. Le recours est rejeté. ![endif]>![if> Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). L'intimée ne peut y prétendre non plus, dès lors que les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause n'ont pas droit à une indemnité de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 67/00 du 17 janvier 2001 consid. 2a). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :