

NE_GERICHTE CDP.2025.47 vom 4. Dezember 2025

NE Tribunal cantonal, 2025-12-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2025.47

FR: NE_GERICHTE CDP.2025.47 du 4 décembre 2025

IT: NE_GERICHTE CDP.2025.47 del 4 dicembre 2025

Erwägungen

E. 22

juin 2023, la Dre D. _____ a confirmé son appréciation médicale initiale, puis s'est à nouveau prononcée sur le cas dans un rapport complémentaire du 5 septembre 2023. Le médecin-conseil a estimé que les informations médicales produites n'apportaient aucun élément nouveau propre à remettre en cause son appréciation. Il a précisé que, s'il était exact que la zonulolyse (lésion de l'appareil suspenseur du cristallin) mentionnée dans le rapport opératoire du 29 août 2022 pouvait être évocatrice d'un traumatisme oculaire, un tel traumatisme n'était en réalité pas documenté. L'accident du 11 septembre 2021, rapporté le

E. 22.06

et du 05.09.2023). Pour sa part, le Dr G. _____ a retenu, d'après la description de l'accident faite par l'assuré, que l'apparition d'une cataracte était tout à fait plausible, il a néanmoins précisé qu'un trouble préexistant à l'accident au niveau de l'il droit ne pouvait être écarté (cf. appréciation médicale du 20.01.2023). Par ailleurs, il a exposé que s'il était exact que la zonulolyse (lésion de l'appareil suspenseur du cristallin) mentionnée dans le rapport opératoire du 29 août 2022 pouvait être évocatrice d'un traumatisme oculaire, un tel traumatisme n'était en réalité pas documenté. L'accident du 11 septembre 2021, rapporté le 27 avril 2022, faisait état d'un impact par balle au niveau de la tête, sans aucune indication d'un traumatisme oculaire direct. Or, la survenance d'un tel traumatisme constituait une condition nécessaire au diagnostic de zonulolyse (cf. appréciations médicales des 15.09 et 30.11.2023). Les propos du médecin-conseil sont, d'une part, mis en doute par les déclarations constantes de l'assuré qui a toujours indiqué avoir reçu un ballon dans l'il droit, et, d'autre part, par les avis médicaux des Drs D. _____ et F. _____. Par ailleurs, si le Dr G. _____ expose les motifs pour lesquels il s'écarte de l'appréciation du Dr F. _____ figurant dans le rapport opératoire, il ne se prononce toutefois pas sur le constat de la Dre D. _____, laquelle retient l'absence de lésion rétinienne et de rétinopathie diabétique aux deux yeux. Or, le médecin-conseil conclut, sans plus d'explication, que la situation de l'assuré relève d'une opacification pathologique du cristallin découlant, au degré de la vraisemblance prépondérante, non seulement de l'âge de l'intéressé, mais également de son diabète, en tant que facteur aggravant. Force est de convenir que les avis médicaux des Drs D. _____ et F. _____ ■ lesquels sont spécialisés en ophtalmologie ■ ne sont pas dépourvus de toute pertinence, de sorte que la Cour de céans ne saurait les écarter sans autre.

À noter encore que le Dr H. _____ a indiqué avoir examiné l'assuré à trois reprises entre 2013 et 2019, dans le cadre de l'évaluation de son aptitude à la conduite pour le groupe 2, et que, lors de chacun de ces examens, son acuité visuelle non corrigée était de

1.0 tant à gauche qu'à droite (cf. rapport médical du 06.12.2022). Il a produit une copie des rapports d'examen. S'il ressort certes de l'examen de l'oculiste du 20 août 2013 que l'assuré présentait une acuité visuelle de 0,1 à droite contre 1,0 à gauche, les exigences étant alors considérées comme remplies avec le port de lunettes ou de lentilles de contact, il apparaît toutefois hautement vraisemblable que ladite mesure de l'œil droit soit une simple erreur de report. En effet, selon l'Annexe 1 de l'ordonnance réglant l'admission à la circulation routière (RS 741.51), les facultés visuelles, acuité visuelle, pour le groupe 2 sont de 0,8 pour l'œil meilleur et 0,5 pour l'œil le plus mauvais (pris isolément). Ainsi, si la mesure en question avait été correcte, le permis de conduire pour le groupe 2 n'aurait, en principe, pas dû être délivré. Le médecin-conseil indique, pour sa part, qu'une enquête menée auprès du Service de la circulation routière du canton de Zurich a révélé qu'en 2016 les conditions requises pour conduire un véhicule étaient remplies (cf. appréciation médicale du 14.04.2023). Dans ces circonstances, il est difficile de comprendre comment les exigences auraient pu ne pas être remplies en 2013, puis l'être en 2016 – autrement dit, comment l'assuré aurait pu présenter une amélioration de l'acuité visuelle de l'œil droit alors que le dossier ne fait état d'aucune intervention destinée à corriger la myopie. En outre, il ne ressort pas clairement du dossier, à quelle enquête le médecin-conseil entend se référer, dès lors que les seuls documents en lien avec le canton de Zurich sont les rapports médicaux d'aptitude à la conduite établis par le Dr H. _____. Malgré cette incohérence, la CNA n'a toutefois pas jugé utile d'interpeller le Dr H. _____. Elle s'est contentée de requérir un compte rendu ophtalmologique détaillé des consultations, sans attirer spécifiquement l'attention de ce médecin – qui a indiqué ne plus suivre l'assuré – sur la contradiction précitée. Se fondant notamment sur ces éléments lacunaires et contradictoires, le médecin-conseil estime que la mention, par l'opticien, d'une baisse d'acuité visuelle à droite en 2013 remet en question l'existence d'un lien de causalité entre les troubles oculaires actuels et l'accident du 11 septembre 2021, et suggère plutôt l'hypothèse d'une affection oculaire préexistante (cf. appréciation médicale du 15.09.2023). Hormis cet élément singulier datant de 2013, aucun élément du dossier ne plaide en faveur d'un état maladif préexistant. Il appartenait dès lors à la CNA, en vertu de son devoir d'instruction (cf. art. 43 LPG), d'élucider cet aspect, notamment en interpellant le Dr H. _____ afin de clarifier l'existence de cette contradiction figurant au dossier.

La décision sur opposition ici querellée s'appuie exclusivement sur l'appréciation du médecin interne à l'assureur social ; or, en particulier, les avis des deux spécialistes précités font naître des doutes, à tout le moins, suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation. La Cour de céans n'est dès lors pas en mesure de se prononcer sur la question de la causalité entre les troubles oculaires présentés et l'événement du 11 septembre 2021, notamment sur la question de savoir si, nonobstant un éventuel état préexistant – qu'il conviendra de clarifier – l'état de santé a été causé ou aggravé par ledit accident. S'agissant ici de la nécessité d'élucider des questions non réglées par l'administration (ATF 137 V 210 cons. 4.4.1.4), il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à la CNA, à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'article 43 al. 1 LPG. Cette solution apparaît comme opportune. Les aspects médicaux devront être clarifiés par la mise en œuvre de mesures d'instruction que l'intimée jugera utiles, respectivement par la mise en œuvre d'une expertise au sens de l'article 44 LPG (cf. cons. 2d ci-dessus).

4.a) Pour ces motifs, le recours doit être admis et la décision sur opposition entreprise annulée. La cause est renvoyée à la CNA pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

b) Il est statué sans frais, la LAA n'en prévoyant pas (art. 61 let. f bis LPGA). Le recourant, qui obtient gain de cause, peut prétendre à une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA). Me I. _____ a déposé un mémoire d'honoraires se montant à l'081.15 francs, correspondant à 4 heures et 5 minutes à un tarif horaire de 230 francs (CHF 939.17), montant auquel s'ajoutent 60.96 francs de frais et la TVA par 81.02 francs. L'activité alléguée peut être retenue. L'indemnité de dépens est fixée au montant de l'081.15 francs et mise à la charge de la CNA.

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Admet le recours.

2. Annule la décision sur opposition de la CNA du 22 janvier 2025 et lui renvoie la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

3. Statue sans frais.

4. Alloue au recourant une indemnité de dépens de l'081.15 francs, débours et TVA compris à la charge de la CNA.

Neuchâtel, le 4 décembre 2025

E. 27

avril 2022, faisait état d'un impact par balle au niveau de la tête, sans aucune indication d'un traumatisme oculaire direct. Or, la survenance d'un tel traumatisme constituerait une condition nécessaire au diagnostic de zonulolyse (appréciation médicale du 15.09.2023).

Par décision du 1er mars 2024, confirmée sur opposition le 22 janvier 2025, la CNA a refusé d'allouer à l'assuré des prestations pour les troubles oculaires présentés, au motif qu'un lien de causalité au moins probable ne pouvait, au degré de la vraisemblance prépondérante, être reconnu entre l'atteinte à la santé et l'accident du 11 septembre 2021. En substance, la CNA s'est fondée sur l'avis du Dr G. _____ qui a retenu qu'un simple choc à la tête sans traumatisme direct du bulbe n'était objectivement pas suffisant pour engendrer la formation d'une cataracte, mais que l'on se trouvait plutôt en présence d'une opacification pathologique du cristallin résultant, au degré de la vraisemblance prépondérante, non seulement de l'âge de l'assuré, mais aussi de son diabète, lequel constituait un facteur aggravant.

Parallèlement à la procédure devant la CNA, l'assuré a déposé, le 6 juillet 2022, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Neuchâtel (ci-après : OAI), en raison d'une incapacité de travail existante depuis le 27 avril 2022. Au terme de son instruction, celui-ci lui a alloué une rente d'invalidité entière à compter du 1er avril 2023 (décision du 18.09.2023).

B.A. _____ interjette recours devant la Cour de droit public du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 22 janvier 2025, en concluant à son annulation, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants et, en tout état de cause, à l'octroi d'une indemnité de dépens. En substance,

se prévalant d'un défaut d'instruction, il soutient qu'aucune expertise n'a été mise en œuvre. Par ailleurs, il fait valoir que les appréciations médicales de son médecin traitant et des spécialistes consultés contredisent l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée, lequel, pour sa part, ne l'a jamais examinée personnellement. Face à des avis médicaux divergents, il est d'avis que la cause doit être davantage instruite, de sorte qu'il y a lieu de la renvoyer à l'intimée pour qu'elle procède à une expertise.

C. Sans formuler d'observations, la CNA conclut au rejet du recours.

C O N S I D E R A N T

en droit

1. Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

2.a) Selon l'article 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assuré a droit, notamment, au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

b) 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 cons. 1, 118 V 286 cons. 1b et les réf. cit.) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 cons. 5a et les réf. cit.). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement 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 événement 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 cons. 3, 148 V 138 cons. 5.1.1, 142 V 435 cons. 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 cons. 1). Savoir si l'événement 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 cons. 3.1 ; arrêts du TF du 12.06.2025 [8C_71/2025] cons. 3.1 et du 08.03.2023 [8C_493/2022] cons. 4 in fine). 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 cons. 2b/bb). 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.

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 129 V 177 cons. 3.2 et 125 V 456 cons. 5a et les réf. cit.; arrêt du TF du 28.04.2009 [8C_710/2008] cons. 2). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, comme c'est le cas en l'espèce, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 cons. 3a, 117 V 359 cons.5d/bb; arrêt du TF du 23.09.2025 [8C_62/2025] cons. 3.1 et les réf. cit.).

c) En vertu de l'article 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. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel anten* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 cons. 5.1 et les arrêts cités). 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*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 cons. 3.1), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 cons. 5.1 in fine; arrêt du TF du 22.05.2024 [8C_675/2023] cons. 3).

d) 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 cons.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 cons. 5.1).

Il découle de l'article 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien 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 143 V 124 cons. 2.2.2, 135 V 465 cons. 4.4 ; arrêt du TF du 15.04.2021 [8C_510/2020] cons. 2.4).

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 cons. 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 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 cons. 3b/ee).

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 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 œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'article 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 cons. 4.5 et 4.6 ; arrêts du TF précité [8C_62/2025] cons. 3.3 et du 04.04.2025 [8C_686/2024] cons. 3.1.3).

3. En l'espèce, se pose la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a nié l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 11 septembre 2021 et les troubles oculaires présentés par le recourant à compter du début de l'année 2022.

a) Se fondant sur les éléments du dossier et spécifiquement sur l'appréciation médicale du Dr G. _____ lequel a estimé que le cas de l'assuré relevait d'une opacification pathologique du cristallin résultant, au degré de la vraisemblance prépondérante, non seulement de l'âge de l'intéressé, mais également de son diabète, en tant que facteur aggravant (cf. notamment appréciation médicale du 30.11.2023) la CNA a nié l'existence d'un lien de causalité entre l'événement du 11 septembre 2021 et les troubles oculaires déclarés par l'assuré en avril 2022. Pour sa part, le recourant prétend que les appréciations médicales de son médecin traitant et des spécialistes consultés contredisent l'appréciation du médecin-conseil de la CNA, lequel, de surcroît, ne l'a jamais examiné personnellement. En présence d'avis médicaux divergents, il estime que la cause nécessite une instruction complémentaire et qu'il convient, par conséquent, de la renvoyer à l'intimée afin qu'elle mette en œuvre une expertise.

b) Tout d'abord, le seul fait que le médecin-conseil de la CNA n'a pas examiné personnellement l'assuré n'est pas susceptible de justifier, à lui seul, un doute sur la valeur probante de son appréciation, dès lors qu'il s'est fondé sur les appréciations médicales de ses confrères qui ont, eux, effectué un tel examen (cf. arrêts du TF du 10.07.2024 [8C_729/2023] cons. 4.3 et du 14.02.2019 [9C_838/2018] cons. 5.2 ; cf. en matière d'expertise médicale voir arrêt du TF du 27.06.2012 [8C_681/2011] cons. 4.1 et les réf. cit.).

Toutefois, la Cour de céans constate que la situation médicale du recourant n'est pas claire pour autant, et ce pour les raisons suivantes. Tout d'abord, il convient de relever que, si la

déclaration d'accident du 25 mai 2022 ne mentionne aucune atteinte oculaire directe et se limite à indiquer que l'assuré a été touché à la tête par un ballon, il y a lieu de rappeler que cette déclaration émane de l'employeur du recourant. Interpellé par la CNA sur le déroulement des faits, ce dernier a précisé avoir reçu un ballon dans l'œil et avoir constaté une baisse de la vision de l'œil droit à compter du 27 avril 2022, respectivement une gêne depuis janvier 2022, et ce alors qu'il en ignorait, à ce stade, les conséquences juridiques. Il ressort des éléments au dossier que sa version des faits est demeurée constante, celui-ci ayant toujours indiqué avoir reçu un ballon dans l'œil droit. Lors d'un entretien téléphonique entre la CNA et l'épouse de l'assuré, celle-ci a réitéré que son mari avait reçu un ballon dans l'œil droit. Elle a précisé que l'impact au niveau du visage avait été particulièrement violent, que l'œil droit était demeuré rouge durant au moins une semaine, et que l'assuré avait souffert d'intenses douleurs ainsi que de céphalées. Elle a en outre indiqué qu'à compter du mois de février 2022, les maux de tête étaient réapparus, s'accompagnant de troubles visuels du côté droit, ce qui avait conduit son époux à consulter le Dr C. _____, lequel l'avait ensuite adressé à la Dre D. _____. Cette spécialiste a posé le diagnostic de cataracte traumatique de l'œil droit ultra mature, ainsi que de cicatrice maculaire centrale, probablement d'origine traumatique (cf. rapport médical non daté et reçu par la CNA le 28.09.2021). Elle a proposé une opération de la cataracte de l'œil droit qui a été réalisée le 29 juin 2022 par le Dr F. _____, lequel a indiqué qu'il s'agissait d'une contusion oculaire sévère (cf. rapport opératoire). Ce médecin a ainsi confirmé l'avis de la Dre D. _____ qui retenait que l'origine de la lésion était probablement traumatique. En outre, cette dernière a toujours indiqué dans ses rapports médicaux qu'il n'y avait pas d'autre lésion rétinienne ni de rétinopathie diabétique dans les deux yeux (cf. notamment rapports médicaux non daté et reçu par la CNA le 28.09.2021, du

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