

VD_GERICHTE ZA10.024009 vom 19. Dezember 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-12-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA10.024009

FR: VD_GERICHTE ZA10.024009 du 19 décembre 2012

IT: VD_GERICHTE ZA10.024009 del 19 dicembre 2012

Erwägungen

E. 2

ans. D'un point de vue ophtalmologique, elle a relevé que les céphalées – qui subsistaient malgré l'ablation du cerclage de l'œil droit – n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 4 juin 1991. C. Par décision du 25 janvier 2010, la CNA a annulé sa décision du 22 septembre 2008 et a reconnu le droit de l'assuré à une rente d'invalidité de 15% à compter du 1er octobre 2008. Dans un courrier du 3 février 2010, la CNA a précisé au conseil de l'assuré que les céphalées n'étaient pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 4 juin 1991. Le 19 février 2010, par son conseil, l'assuré a formé opposition contre la décision du 25 janvier 2010. Il a demandé un complément d'instruction médicale au sujet de l'origine des céphalées, de la relation de causalité avec l'accident du 4 juin 1991 et de l'incapacité de travail en résultant. Il a en outre contesté le taux d'incapacité de gain de 15% retenu par la CNA et a requis une IPAI en raison des céphalées chroniques. Par décision sur opposition du 28 juin 2010, la CNA a confirmé sa position et rejeté l'opposition. Elle a retenu que le droit à une IPAI avait déjà été reconnu à l'assuré, par décision du 5 janvier 1993, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'y revenir. Se référant aux avis de la Dresse H._____ et du Dr P._____, elle a retenu que les céphalées n'étaient pas en relation de causalité naturelle pour le moins probable avec l'accident du 4 juin 1991, ajoutant que l'instruction sur le plan médical était complète. La CNA a ensuite relevé que, selon la Dresse H._____, la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée et que son état de

- 7 - santé était stationnaire, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de procéder à une révision à la hausse du droit à la rente. D. Par acte de son mandataire du 26 juillet 2010, X._____ a recouru contre cette décision sur opposition au Tribunal cantonal. Avec suite de frais et dépens, il a conclu principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité de 70% à compter du 1er octobre 2008 et d'une IPAI de même taux, sous déduction des prestations déjà versées par la CNA, et subsidiairement au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction et nouvelle décision. L'assuré expose que le refus de la CNA d'ordonner une expertise au sujet de l'origine des céphalées n'est pas justifié, dès lors qu'il n'avait pas de maux de tête avant l'accident du 4 juin 1991, qu'il souffre de céphalées chroniques depuis cet événement et que l'absorption d'analgésiques ne constitue pas la cause mais la conséquence des céphalées. Il soutient que le Dr P._____ n'a pas exclu que les céphalées fussent en relation de causalité naturelle avec cet accident et que l'opération d'ablation du cerclage de l'œil droit n'a pas soulagé ses maux de tête. A titre de mesure d'instruction, l'assuré réclame notamment la mise en œuvre d'une expertise pour déterminer l'origine de ses céphalées. Dans un rapport du 1er octobre 2010, la Dresse H._____ a indiqué que toutes les activités exigeant une vision stéréoscopique n'étaient plus exigibles, bien que subsistait une vision résiduelle. L'assuré présentait une capacité de travail résiduelle dans le

marché du travail général de 75 à 100%, dès lors qu'il ne pouvait plus grimper sur des échafaudages. Une IPAI de 30% devait être reconnue. Dans sa réponse du 12 octobre 2010, la CNA a conclu au rejet du recours. Sur la base de l'avis des Drs Y. _____, H. _____ et P. _____, elle fait valoir qu'il n'y a pas de relation de causalité pour le moins probable entre les céphalées et l'accident du 4 juin 1991. Elle ajoute que le dossier médical est complet, de sorte qu'une expertise n'est pas

- 8 - justifiée. Les céphalées n'engagent dès lors pas la responsabilité de la CNA et ne sauraient donc justifier l'octroi d'une rente ni d'une IPAI. Le 13 décembre 2010, le recourant a réitéré sa demande tendant à la mise en œuvre d'une expertise, en reprenant ses arguments. E. Sur demande du juge instructeur, une expertise judiciaire a été confiée au Dr V. _____, spécialiste FMH en ophtalmologie et médecin- adjoint à l'Hôpital ophtalmique Jules Gonin. Dans son rapport d'expertise du 14 octobre 2011, après avoir procédé à des examens des yeux, ce médecin a retenu ce qui suit dans son appréciation du cas: "M. X. _____ présente donc un status cicatriciel, 20 ans après une plaie perforante par corps étranger. Il a été opéré de la cataracte et l'implant est bien centré, mais il existe une opacité sous-capsulaire modérée qui nécessitera peut-être un jour une capsulotomie au Yag laser afin d'améliorer quelque peu les performances visuelles de cet oeil. L'oeil est calme, la rétine est appliquée, le status post- opératoire est très satisfaisant. La plaie cornéenne temporale inférieure de l'oeil droit est cicatrisée. L'examen de ce jour met en évidence une acuité visuelle abaissée à 30% au maximum à l'oeil droit avec une dyschromatopsie, ainsi qu'un déficit du champ visuel global mais surtout une amputation nasale supérieure de l'oeil droit. Il n'y a pas de défaut afférant, il n'y a pas de suspicion de neuropathie optique mais il existe, par contre, une lésion rétinienne temporale inférieure avec altération du calibre de l'artère rétinienne qui passe à cet endroit. L'ERG multifocal montre une altération de la fonction électrique rétinienne dans cette région et ce patient a donc certainement présenté en 1991 une occlusion de branche artérielle temporale inférieure responsable du déficit campimétrique. De plus, l'ERG multifocal de ce jour montre que la dépression électrique touche aussi l'aire maculaire. A mon avis, ce patient présente donc une rétinopathie post- traumatique séquellaire et définitive, expliquant les troubles visuels de l'oeil droit. En reprenant le dossier de ce patient, qui a été examiné à l'Hôpital Ophtalmique entre le 11.08.1992 et le 25.10.2000, l'acuité visuelle maximale qui ait jamais pu être enregistrée chez ce patient était de 0.15 à l'oeil droit. Ce patient a été opéré de cataracte par le Dr Z. _____ en 2007 et ce dernier mentionnait une acuité visuelle à 0.8. En novembre 2008, une ablation du cerclage rétinien a été effectuée par le Dr A. _____ à l'Hôpital Ophtalmique et l'acuité visuelle maximale qui était obtenue après cette opération était de 0.2. A mon avis, je pense que ce patient n'a jamais eu une acuité visuelle supérieure à 0.2-0.3 (acuité visuelle que j'obtiens aujourd'hui) en

- 9 - raison de la maculopathie qu'il présente (cf ERG multifocal). Il existe, de plus, des stigmates fundoscopiques évidents de lésion rétinienne tout près de la macula. Je pense donc que l'acuité visuelle de «0.8» était une erreur et que l'évolution de ce patient est stationnaire depuis l'opération effectuée en 1991 par le Prof. I. _____. D'ailleurs, la lettre du Prof. I. _____ datée du 13.07.1998 stipulait aussi une acuité visuelle à 0.3 partiel [sic] à l'oeil droit. Aujourd'hui, l'examen de l'oeil gauche est absolument normal et il n'existe pas de suspicion d'ophtalmie sympathique. Concernant les céphalées chroniques et quotidiennes de ce patient je n'ai aucune explication ophtalmologique à fournir. En effet, l'oeil droit est calme, il n'existe aucune suspicion d'orbitopathie, il n'y a pas de suspicion

de sinusite, il n'y a pas d'inflammation oculaire et la pression intra-oculaire est normale. Il existe une relation temporelle très nette entre l'accident et le début des céphalées, et je pense que les céphalées présentées par ce patient sont «post- traumatiques/post opératoires». Au vu de la chronicité de ces céphalées et de la prise quotidienne d'antalgiques/anti- inflammatoires, il présente maintenant une gastrite. Je pense que ce patient devrait être pris en charge par un de nos confrères neurologue, spécialiste des céphalées, afin qu'un sevrage des antalgiques/anti-inflammatoires soit effectué et qu'un traitement de fond (bêtabloqueurs, amitriptyline notamment) soit tenté pour améliorer la qualité de vie de ce patient. Tout au long de l'examen, M. X. _____ s'est prêté de manière normale à toutes les investigations pratiquées. Je n'ai jamais eu l'impression qu'il existait une composante de surcharge fonctionnelle". Le Dr V. _____ a également répondu comme suit aux questions qui lui étaient posées par les parties et par le juge instructeur: "1. Quelles sont les causes des céphalées chroniques dont souffre M. X. _____? A mon avis, ce patient présente des céphalées post-traumatiques/post-opératoires sans qu'il ne soit possible d'incriminer un quelconque mécanisme inflammatoire, infectieux ou d'hypertension oculaire. La relation temporelle avec l'accident/opération initiale est claire, et ce genre de céphalées se rencontre rarement mais est connu en post-traumatique/post- opératoire. [...]

E. 3

Dans quelle mesure la capacité de travail et le rendement de M. X. _____ sont-ils diminués en raison de ces céphalées et l'absorption régulière d'analgésiques destinés à réduire les maux de tête? Il est impossible de répondre à cette question de manière précise. En effet, les céphalées sont un problème très subjectif, et il est donc

- 10 - très difficile de les quantifier. Il va sans dire que les céphalées quotidiennes sont invalidantes et que la prise chronique et quotidienne d'analgésiques induit une gastrite qui en soi est aussi invalidante. Je pense, comme suggéré dans l'expertise, que ce problème devrait être pris en charge par un de nos collègues neurologue spécialisé dans le traitement des céphalées chroniques. [...]

E. 4

Existe-t-il un lien de causalité pour le moins probable entre les maux de tête et les lésions oculaires subies le 04.06.1991 d'un point de vue ophtalmologique? Oui.

E. 5

Existe-t-il un lien de causalité pour le moins probable entre les maux de tête et les lésions oculaires subies le 04.06.1991 d'un point de vue neurologique? Oui.

E. 6

Existe-t-il un lien de causalité pour le moins probable entre les maux de tête et une quelconque suite de l'accident du 04.06.1991? A mon avis non, il n'y a pas de conséquences indésirables des interventions chirurgicales qui ont été pratiquées entre 1991 et 2008. Notamment, il n'existe pas d'hypertension oculaire, d'inflammation ou d'infection de l'oeil ou des structures orbitaires.

E. 7

Quelle est l'influence de la prise de médicaments sur les maux de tête présentés par l'assuré? L'assuré ne peut pas se passer de ses anti- inflammatoires/antalgiques, et l'effet de

ces médicaments n'est que temporaire sur les céphalées. Il est fort probable que, sans ces médicaments, ce patient serait encore plus invalidé par les céphalées.

E. 8

Quelle est votre appréciation de la capacité de travail en termes d'horaire et de rendement dans la profession de l'assuré? Sur un plan strictement ophtalmologique, la capacité de travail ainsi que le rendement de ce patient pourraient être de 100%. Cependant, s'il ne travaille plus qu'à 50% depuis juillet 2011, c'est à sa demande, et en accord avec son employeur, qui a aussi réduit de 50% son salaire. Avant de se prononcer d'une manière définitive sur l'incapacité de travail et/ou la baisse de rendement de ce patient en raison des céphalées, il faudrait pour cela qu'une tentative de sevrage des anti-inflammatoires/antalgiques ait été tentée avec, parallèlement, un traitement de fond de prévention des céphalées. Un tel traitement est géré habituellement par un neurologue.

E. 9

Existe-t-il une atteinte durable et importante à l'intégrité physique? Si oui à combien l'estimez-vous? Selon les tables de Rintelen, ce patient présente plusieurs problèmes qui s'additionnent dans le calcul de l'atteinte à l'intégrité corporelle: - Pseudophakie unilatérale: au moins 8% d'atteinte à l'intégrité corporelle.

- 11 - - Perte de vision unilatérale avec une acuité visuelle résiduelle au maximum de 30% difficile à l'oeil droit, amenant une atteinte à l'intégrité corporelle de 17%. - Il existe de plus une atteinte du champ visuel puisque le champ visuel de l'oeil droit est nettement réduit tant horizontalement que verticalement. En approximant la réduction du champ visuel à l'isoptère III4e à environ 30° (nettement plus réduit verticalement qu'horizontalement), cela donne une atteinte à l'intégrité corporelle de 12% supplémentaire". Dans une note du 25 novembre 2011, la Dresse H. _____ a relevé des contradictions dans l'expertise du Dr V. _____ s'agissant des céphalées et du lien de causalité. Elle a indiqué que la capacité de travail était de 100% du point de vue ophtalmologique, précisant que le taux d'activité de 50% ne résultait que du souhait de l'assuré. Elle a ensuite contesté la fixation faite par le Dr V. _____ de l'IPAI et les constatations médicales sur le plan ophtalmologique faites par ce médecin. Dans ses déterminations du 11 janvier 2012, la CNA a confirmé ses conclusions. Elle relève des contradictions dans l'expertise, en particulier concernant les céphalées chroniques, et soutient que l'expert ne démontre pas de lien de causalité entre les céphalées et l'accident du 4 juin 1991. La CNA ajoute qu'une IPAI a déjà été octroyée à l'assuré, en l'occurrence pour un taux de 30%, par décision du 5 janvier 1993, qui est entrée en force. Dans un complément d'expertise du 27 février 2012, répondant aux remarques de la CNA, le Dr V. _____ a notamment indiqué ce qui suit: "Il n'y a, effectivement, aucune explication ophtalmologique à la présence des céphalées chroniques et quotidiennes de l'assuré. Si je me suis permis de conclure à un lien de causalité entre la présence des douleurs quotidiennes et l'accident du 04.06.1991, c'est en raison de la relation temporelle entre un traumatisme oculaire grave (perforation oculaire) ayant entraîné deux interventions chirurgicales à Zürich pour un décollement de rétine puis une opération de la cataracte. Cette relation temporelle se base sur les données anamnestiques fournies par le patient, mais il va sans dire que si, sur la base d'autres examens effectués auparavant par mes collègues neurologues, il s'avérait que les céphalées sont survenues réellement à distance du traumatisme, il n'y aurait évidemment pas de relation temporelle entre le traumatisme du 04.06.1991 et la survenue des céphalées.

- 12 - [...] la présence de douleurs oculaires/orbitaires ou même de céphalées peut malheureusement faire suite à des traumatismes/opérations oculaires, même si le status oculaire n'est pas explicatif, et ceci aussi en dehors de tout conflit asséculo-logique. Je pense que pour résoudre ce problème, il convient de [déterminer] à quelles dates sont survenues les céphalées". Après réception de la note du 25 novembre 2011 de la Dresse H. _____, le Dr V. _____ a, dans un rapport du 14 mars 2012, confirmé son avis et ses constatations. Il a relevé en particulier ce qui suit: "Il n'y a, à mon avis, aucune contradiction dans mes constatations. L'examen ophtalmologique en soi ne permet pas d'objectiver la cause des céphalées (pas de maladie active, pas d'inflammation, pas d'hypertension oculaire, etc.) mais ce patient a quand même, qu'on le veuille ou non, subi un traumatisme perforant oculaire droit avec décollement de rétine et cataracte secondaire. Anamnèstiquement, ce patient ne présentait pas de céphalées avant ce traumatisme et il en a présenté après. Il existe donc une relation temporelle assez claire, même si le mécanisme aboutissant à l'apparition des céphalées ne peut pas être objectivé sur le plan ophtalmologique. La proposition d'investigations complémentaires par un collègue neurologue me semble toujours justifiée, afin d'essayer d'améliorer les symptômes de ce patient. Pour ma part, je ne vois aucune contradiction dans mes propositions". Dans un rapport du 11 mai 2012, la Dresse H. _____ a notamment relevé que l'expert n'apportait pas d'éléments permettant d'admettre un lien de causalité entre les céphalées et l'accident du 4 juin 1991 – à l'exception d'une coïncidence temporelle, qui n'est pas admissible du point de vue médico-asséculo-logique – et que l'assuré, concernant l'IPAI, avait déjà bénéficié du taux maximal de 30%, correspondant à une cécité totale de l'œil. Le 22 mai 2012, se référant à l'avis de la Dresse H. _____, la CNA a confirmé sa position. E n d r o i t :

- 13 - 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]). 2. Dans le cas présent, est litigieuse la révision du droit de l'assuré à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, en raison des suites de l'accident du 4 juin 1991 lors duquel l'assuré a été blessé à l'œil droit. 3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie 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 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). 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 se présente comme la

- 14 - condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1). Le seul 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"; cf. ATF 119 V 335 consid. 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. 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). 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 en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 402 consid. 4.3; 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées). Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'événement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). b) Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et

- 15 - durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2004). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a; TF 8C_576/2007 du 2 juin 2008 consid. 2). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_576/2007 du 2 juin 2008 consid. 2; TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 2.2 et la référence citée). c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer

- 16 - les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert 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 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la

- 17 - justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références citées; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008). d) Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Selon la jurisprudence, cette modification peut concerner aussi bien l'état de santé que les conséquences économiques d'un état de santé demeuré en soi inchangé (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Pour être prise en considération, une péjoration de l'état de santé doit être en relation de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 3.2). Tout changement important des

circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment où la dernière

- 18 - décision après un examen matériel des conditions du droit à la rente a été rendue et les circonstances au moment de la décision de révision (ATF 133 V 108 consid. 5.4; TF 8C_880/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3). 4. a) Dans le cas présent, le recourant soutient que les céphalées dont il souffre doivent être prises en charge par la CNA, en tant que conséquences de l'accident du 4 juin 1991. Les problèmes purement visuels, résultant de l'atteinte à l'œil droit subie lors de cet événement, ne sont pas discutés par le recourant. b) En raison de la complexité de la problématique médicale, une expertise judiciaire a été mise en œuvre auprès du Dr V._____, ophtalmologiste. Dans son rapport d'expertise du 14 octobre 2011 comme dans son complément d'expertise du 27 février 2011, ce médecin a mis en évidence une relation temporelle claire sur le plan de l'anamnèse entre l'accident du 4 juin 1991 et le début des céphalées, précisant que ce genre de céphalées se rencontrait rarement mais était connu en post-traumatique/post-opératoire, de sorte qu'il existait, selon lui, un lien de causalité pour le moins probable entre les maux de tête et les lésions oculaires subies lors de cet accident. Il a toutefois reconnu, dans son expertise, n'avoir aucune explication ophtalmologique concernant les céphalées chroniques et quotidiennes, précisant qu'il n'était pas possible d'incriminer un quelconque mécanisme inflammatoire, infectieux ou d'hypertension oculaire; il a ensuite ajouté, dans son complément d'expertise du 14 mars 2012, que le mécanisme aboutissant à l'apparition des céphalées ne pouvait pas être objectivé sur le plan ophtalmologique. En l'absence d'une cause objective pouvant expliquer l'apparition et l'aggravation des céphalées, l'argumentation de l'expert judiciaire, motivée uniquement en raison de l'anamnèse et du déroulement des événements (accident, opérations, céphalées), ne constitue qu'un raisonnement "post hoc, ergo propter hoc", qui ne permet pas d'établir l'existence d'un lien de causalité naturelle. Il y a donc lieu de suivre l'avis de la Dresse H._____, qui a retenu, dans son rapport du 11 mai 2012, que l'expert n'apportait pas

- 19 - d'éléments permettant d'admettre un lien de causalité entre les céphalées et l'accident du 4 juin 1991, une simple coïncidence temporelle n'étant pas suffisante. Par ailleurs, dans son rapport du 25 août 2009, la rhumatologue et interniste Y._____, se fondant sur les constatations neurologiques du Dr P._____, a également nié l'existence d'un lien de causalité pour le moins probable entre les céphalées et l'accident, en précisant qu'il n'y avait pas de lien entre les céphalées et l'anomalie oculaire post-ablation de l'anneau suite à l'opération effectuée en août 2009. A cela s'ajoute que l'anamnèse de l'assuré révèle des céphalées de longue date, signalées notamment en octobre 2000, juin 2006 et juin 2009, n'excluant pas qu'elles fussent antérieures à l'accident du 4 juin 1991, induites par une problématique neurologique ou ophtalmique antérieure. Les arguments du recourant ne permettent pas de remettre en cause ce qui précède. En particulier, l'absorption d'analgésiques et la persistance des céphalées malgré l'opération d'ablation du cerclage de l'œil droit en août 2009 sont, à elles seules, sans pertinence pour déterminer le lien de causalité entre l'accident et les céphalées, et l'avis du Dr P._____ ne permet pas de retenir l'existence d'un tel lien, quand bien même il ne l'exclut pas. S'agissant de la capacité de travail, le Dr V._____ a retenu, dans son rapport d'expertise judiciaire, qu'elle pouvait être de 100% dans une activité adaptée sur le plan ophtalmologique, sans diminution de rendement. Cela correspond en tous points aux conclusions de la Dresse

H._____, du Dr Z._____ et du Dr A._____. Au demeurant, on observe que l'état de santé de l'assuré est demeuré stationnaire sur le plan oculaire depuis plusieurs années, ainsi que l'ont relevé le Dr V._____ dans son rapport d'expertise du 14 octobre 2011 et la Dresse H._____ dans son appréciation médicale du 29 octobre 2009. Dès lors, faute de lien de causalité entre les céphalées et l'accident du 4 juin 1991 et en l'absence d'aggravation de l'état de santé de l'assuré ayant une incidence sur sa capacité de travail, on ne voit pas de raisons de procéder à une révision à la hausse du droit à la rente. Le dossier est par ailleurs complet sur le plan médical, de sorte qu'il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction.

- 20 - c) Le recourant n'a en outre pas droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), dès lors que cette prestation suppose un lien de causalité entre l'atteinte et l'événement assuré (TF U 5/07 du 9 janvier 2008 consid. 4; TF U 507/06 du 7 décembre 2007 consid. 6; arrêt Casso AA 110/10 du 1er juin 2012 consid. 5 in fine). En outre, par décision du 5 janvier 1993 de la CNA – entrée en force – le droit de l'assuré à une IPAI de 30% lui a déjà été reconnu, ce qui correspond à la perte de la vue d'un côté (annexe 3 OLAA). 5. Partant, le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision sur opposition rendue le 28 juin 2010 par la CNA. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Vu l'issue du litige, le recourant, qui succombe, n'a en outre pas droit à des dépens.

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