

VD_GERICHTE ZA14.004407 vom 18. September 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-09-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA14.004407

FR: VD_GERICHTE ZA14.004407 du 18 septembre 2014

IT: VD_GERICHTE ZA14.004407 del 18 settembre 2014

Erwägungen

E. 10

décembre 2013, se prévalant d'une atteinte à son intégrité physique liée à l'accident incriminé, à savoir des séquelles persistantes consistant en des pertes de vision, des voiles blancs intermittents, des migraines, ainsi que des troubles psychiques. La CNA a rendu sa décision sur opposition le 20 décembre 2013, confirmant sa décision du 15 novembre 2013. Rappelant les dispositions légales et la jurisprudence fédérale applicables au cas d'espèce, elle a exposé que l'accident devait être considéré comme un accident de peu de gravité ce qui excluait tout lien de causalité adéquate avec les troubles psychiques présentés. Cela étant, même si l'on devait retenir un degré de gravité moyen dans le cas de l'accident du 23 mars 2011, ce lien devrait également être nié du fait du caractère peu impressionnant de l'accident et de l'absence de circonstances concomitantes aggravantes. L'incapacité de travail n'avait en outre pas été particulièrement longue, tandis que l'assuré ne souffrait d'aucune douleur importante sans avoir été victime d'erreur médicale. Par ailleurs, sur le plan purement physique, la situation était parfaitement stabilisée, l'aspect ophtalmologique n'engendrant plus d'incapacité de travail, l'œdème maculaire et les migraines corrélatives n'étant pas liées à l'événement accidentel. La CNA a en conséquence maintenu le terme du

- 11 - droit aux prestations au 30 novembre 2013, tout en excluant l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité et d'une rente. D. L'assuré, représenté par Me Alain-Valéry Poitry, a déféré cette décision sur opposition à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 3 février 2014. Il a fait grief à la CNA de ne pas avoir examiné son cas à satisfaction par le biais d'une expertise, le Dr R. _____ s'étant limité à se prononcer sur dossier. Soulignant le déroulement des faits à l'origine du litige, il a pour l'essentiel contesté le degré de gravité de l'accident du 23 mars 2011, tel que retenu par la CNA, et estimé que celui-ci devait être considéré comme grave chez une personne monophthalme. Il a rappelé les troubles psychiques conséquents générés par cet accident, lesquels entravaient durablement toute reprise d'activité et représentaient une atteinte à son intégrité d'environ 50%. Fondé sur l'art. 70 LPGA, il a préalablement conclu au rétablissement de l'effet suspensif retiré dans la décision sur opposition attaquée, et principalement, à la mise en œuvre d'expertises somatique et psychiatrique en vue d'évaluer précisément son incapacité de gain, en sus du versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50%. La CNA a communiqué sa réponse le 21 mai 2014, préavisant le rejet de l'ensemble des conclusions déposées par le recourant. Mettant en exergue l'appréciation – à son sens probante – du Dr R. _____, elle a considéré qu'aucun élément médical n'était susceptible d'en ébranler les constats. Elle a par ailleurs confirmé que de son point de vue, le lien de causalité entre les troubles psychiques développés par l'assuré et l'accident du 23 mars 2011 devait être nié en vertu de la jurisprudence fédérale rendue à cet égard, l'accident ne pouvant en aucun cas être qualifié de grave, mais tout au plus

d'insignifiant, voire de moyen. Elle a au surplus renvoyé à l'avis du Dr R. _____ quant à la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et proposé le rejet de la demande de rétablissement de l'effet suspensif, vu le bien-fondé de la décision sur opposition incriminée. Elle a enfin considéré qu'une instruction complémentaire sous forme d'expertises s'avérait superflue, les faits ayant été élucidés à satisfaction sur le plan physique, en l'absence de lien

- 12 - de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident concerné. En sus de l'intégralité de son dossier, la CNA a annexé un nouvel avis du Dr R. _____, communiqué le 2 mai 2014, par lequel ce praticien a confirmé que l'assuré était en mesure de reprendre son activité lucrative à 100%, y compris pour le travail de nuit, les suites de l'accident du 23 mars 2011 s'avérant guéries. Il a par ailleurs relevé que la thrombose veineuse diagnostiquée auprès du recourant était d'origine purement malade et que les voiles intermittants dont il se plaignait n'avait pas de lien avec l'accident incriminé, mais avec les migraines. Le recourant a réitéré ses précédentes conclusions aux termes d'une réplique du 11 juin 2014, faisant derechef grief à la CNA de ne pas avoir procédé à un examen de sa personne, particulièrement sur le plan psychique. Il a par ailleurs maintenu sa demande de rétablissement de l'effet suspensif. Par ordonnance du 18 juin 2014, la juge instructrice a rejeté la requête de rétablissement de l'effet suspensif, considérant que les prévisions sur l'issue du litige ne présentaient pas un degré de certitude suffisant, tandis que le recourant ne se prévalait d'aucune circonstance particulière ou exceptionnelle. Elle a estimé que l'intérêt de l'administration l'emportait, étant donné le risque de non-recouvrement de sa créance en cas de versement éventuellement à tort des prestations réclamées par l'assuré. La juge instructrice a requis la production du dossier constitué par l'OAI dans le cas du recourant par courrier du même jour, ce à quoi l'OAI a donné suite le 24 juin 2014. A l'examen des pièces en question, il apparaît notamment que le Dr J. _____ a complété un rapport médical intermédiaire le 11 novembre 2013, faisant état de la persistance de la symptomatologie dépressive de

- 13 - son patient et maintenant une incapacité totale de travail. Sur questions du Service médical régional AI (SMR), il a observé ce qui suit le 19 décembre 2013 : « [...] Sur le plan diagnostique, je n'ai pas noté de trouble de la personnalité spécifique, j'aurai peut-être dû préciser, mais c'est une personnalité complexe et mal définie. Il présente des traits de personnalité anxieuse, émotionnellement labile, immature et par certains aspects dyssociale. [...] En outre, il présente des symptômes en faveur d'un état de stress post-traumatique (F43.1) sans que l'on puisse pour autant poser le [diagnostic] formel, il me semble. Enfin, sur le plan de l'humeur, effectivement le trouble anxio- dépressif persistant (F34.9) explique à mon sens la dysthymie, voire la cyclothymie du patient en lien avec ses traits de personnalité. Il est probablement plus juste de parler d'épisodes dépressifs moyens à sévères récurrents (F33.2), étant donné qu'il a présenté de manière itérative des idées de mort avec projet suicidaire, une perte d'espoir, entre autres. » Par ailleurs, retenant une incapacité totale de travail et de gain dans toutes activités en raison de l'atteinte à la santé psychique, l'OAI, soit pour lui l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE), a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, à compter du 1er juin 2014, par décision du 7 mai 2014. Le recourant a indiqué ne pas avoir de remarques supplémentaires à formuler en date du 11 juillet 2014. Quant à la CNA, elle a renvoyé à ses précédentes écritures le 28 juillet 2014. E n d r o i t : 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 sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre

- 14 - lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (art. 58 al. 2 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, la valeur litigieuse excède manifestement 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats et non par un juge unique (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01] ; art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD). d) En l'espèce, le recours a été interjeté devant le tribunal compétent à raison du lieu, compte tenu du domicile du recourant en France et du domicile de son dernier employeur dans le canton de Vaud (cf. art. 58 al. 2 LPGA). Formé en temps utile compte tenu des fêtes judiciaires (cf. art. 60 LPGA), il respecte en outre les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

- 15 - 2. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'intimée postérieurement à la date du 30 novembre 2013, singulièrement sur le point de savoir s'il existe un rapport de causalité entre les symptômes physiques et les troubles psychiques présentés au-delà de cette date et l'accident du 23 mars 2011. En premier lieu, il s'agira de déterminer si le statu quo sine vel ante a été atteint sur le plan somatique. Quant à l'aspect psychique, il conviendra de se prononcer sur le degré de gravité de l'accident incriminé et la réalisation éventuelle des critères dégagés par la jurisprudence fédérale dans l'examen du lien de causalité adéquate. En second lieu, le droit à la rente, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, prestations requises par le recourant, devra être examiné. 3. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 (art. 4 LPGA). L'assuré a droit 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). D'après l'art. 36 LAA (concours de diverses causes de dommages), les prestations pour soins, les remboursements pour 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 (al. 1).

- 16 - 4. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 8C_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1). 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références). Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références). A

- 17 - contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 149/04 du 6 septembre 2004 consid. 2.3 et TFA U 266/99 du 14 mars 2000 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75). b) En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique 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 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références). Il en va différemment en matière de troubles psychiques. La jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et de tels troubles développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé 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. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher 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. Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave,

- 18 - l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. c) En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut 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 physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; - la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais eu égard à l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ; - les douleurs physiques persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles au 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 apparues en cours de guérison et les complications importantes ; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat de l'accident puisse être admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et bb ; 115 V 403 consid. 5c/aa et bb ; TF U 308/06 du 26 juillet 2007 consid. 4).

- 19 - 4. a) L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c). A cet égard, il importe 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 de 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, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Cela étant, 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'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). b) Dans le domaine des assurances sociales, l'administration et le juge doivent examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition

permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, ils ne peuvent

- 20 - trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a). c) 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 (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée). 5. In casu, préalablement, il y a lieu de déterminer si un complément d'instruction médicale, soit une expertise ophtalmologique et/ou psychiatrique, se justifie, ainsi que le sollicite le recourant aux termes de ses différentes écritures. a) Sur le plan somatique, plus précisément ophtalmologique, il apparaît que la situation du recourant a été instruite à satisfaction, dans la mesure où les renseignements pertinents ont été requis par l'intimée auprès des spécialistes traitants de l'assuré, dont les conclusions ont été reprises par le Dr R. _____. Si ce dernier n'a certes pas examiné le recourant, il n'en demeure pas moins que son appréciation repose exclusivement sur les informations communiquées par les Drs V. _____ et W. _____ ayant successivement pris en charge l'assuré au sein de l'Hôpital Q. _____.

- 21 - En particulier, le Dr W. _____ a indiqué à réitérées reprises, mais au plus tard dans son rapport intermédiaire du 12 juillet 2013, que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et le pronostic bon, sans qu'un dommage permanent ne soit à craindre, en présence de mesures satisfaisantes de l'acuité visuelle. Au vu des avis parfaitement concordants de l'ophtalmologue traitant de l'assuré et du Dr R. _____, il apparaît manifestement superflu de procéder à une mesure d'instruction sous forme d'expertise ophtalmologique, une appréciation anticipée des preuves permettant d'exclure qu'un nouvel avis de spécialiste vienne contredire les observations des médecins de l'Hôpital Q. _____, telles que reprises par le médecin-conseil de l'intimée. b) L'aspect psychique ne justifie pas davantage la mise en œuvre d'une expertise, dans la mesure où les troubles psychiques dont souffre le recourant, lesquels ont été expliqués de manière parfaitement claire par le spécialiste en charge de la situation, le Dr J. _____, ne sont nullement remis en cause par l'intimée. Qui plus est, ainsi qu'il sera exposé infra, l'on ne saurait considérer que ces troubles sont en lien de causalité adéquate avec l'accident du 23 mars 2011, rendant inutile une mesure d'instruction complémentaire à cet égard (cf. considérant 6b). c) Vu ce qui précède, il s'agit de rejeter les conclusions de l'assuré tendant à la mise en œuvre d'expertises ophtalmologique et psychique, le dossier apparaissant instruit à satisfaction, sans que l'assuré n'ait produit d'éléments nouveaux susceptibles de modifier l'appréciation médicale de sa situation dans le cadre de la présente procédure. 6. Doivent désormais être examinées les questions du statu quo sine vel ante et de l'éventuel lien de causalité des troubles présentés par l'assuré avec l'accident du 23 mars 2011.

- 22 - a) S'agissant du lien de causalité naturelle et adéquate de la symptomatologie physique alléguée à l'œil droit (troubles de la vision et voiles intermittents), de la thrombose veineuse, ainsi que des migraines dont souffre l'assuré, l'on ne peut que se rallier aux observations de la CNA, respectivement de son médecin-conseil. A cet égard, il faut en effet rappeler que l'ophtalmologue traitant de l'assuré a lui-même retenu, dans son dernier rapport du 12 juillet 2013, une situation stable ne nécessitant aucun traitement, mis à part un contrôle tensionnel régulier. Il n'a pas davantage attesté d'incapacité de travail. L'assuré ne remet pas sérieusement en cause ces constats, ayant d'ailleurs concédé que ses problèmes ophtalmiques étaient pour l'essentiel résolus et ne restreignaient en aucun cas une reprise d'activité lucrative (cf. rapports d'entretien de l'inspecteur de la CNA des 2 octobre 2012 et 29 octobre 2013). L'on notera par ailleurs que le Dr W. _____ n'a fait mention d'aucune pathologie secondaire consécutive à l'accident du 23 mars 2011, telles que les migraines ophtalmiques ou les troubles de la vision dont se plaint l'assuré, excluant clairement tout dommage permanent à l'œil droit. En outre, comme l'expose le Dr R. _____ dans son avis du 2 mai 2014, la thrombose veineuse dont a été victime le recourant s'apparente sans conteste à une pathologie d'origine malade et non accidentelle. Dans ce contexte, seul le médecin généraliste traitant de l'assuré, le Dr Z. _____, a considéré un lien entre l'accident incriminé et les migraines constatées, sans toutefois que l'on ne puisse accorder une valeur probante à cet avis, dans la mesure où il n'est pas objectivé. Ainsi que le souligne la jurisprudence fédérale rappelée supra, il convient par

- 23 - ailleurs de considérer avec réserve l'appréciation de ce médecin au vu de la relation de confiance nouée avec son patient. Etant donné les avis concordants de spécialistes versés au dossier de l'intimée, attestant de la stabilisation de l'état de santé du recourant et du défaut de mesure thérapeutique en cours, il y a lieu de conclure qu'à la date litigieuse du 30 novembre 2013, le statu quo sine vel ante était effectivement atteint sur le plan physique. b) Du point de vue psychique, il s'agit de qualifier préalablement le degré d'importance de l'accident du 23 mars 2011. L'on peut convenir, à l'instar de l'intimée, que cet accident est de peu de gravité, s'agissant d'un choc, même violent, à un œil. Il importe en effet de se limiter objectivement au contexte et au déroulement de l'accident, tels que relatés dans la déclaration de sinistre du 11 avril 2011, et de faire abstraction des circonstances personnelles liées au statut de monophthalme que l'assuré connaît depuis son enfance. Si un tel statut justifie incontestablement une anxiété importante eu égard à de potentielles lésions de son seul œil valide, il n'en demeure pas moins que le fait de tirer brutalement sur un objet – en l'occurrence une corde – et de le recevoir au visage constitue un événement plutôt banal. Au vu de la jurisprudence fédérale rappelée sous considérant 4b ci-avant, le simple constat du peu de gravité de l'accident en cause suffirait à exclure tout lien de causalité adéquate avec les troubles psychiques présentés par le recourant et rendrait superflu l'examen du lien de causalité naturelle. Cela étant, ainsi que l'a analysé la CNA, même si le degré de gravité de l'accident du 23 mars 2011 devait être qualifié de moyen, l'on ne parviendrait pas à un résultat différent.

- 24 - En effet, les lésions subies par l'assuré à son œil droit – soit un décollement de rétine – n'ont pas revêtu une nature ou une gravité particulière et les traitements corrélatifs n'ont pas été astreignants, étant rappelé que les deux interventions chirurgicales subies n'ont nécessité que de courtes hospitalisations. L'incapacité de travail prononcée pour des motifs strictement physiques n'a pas été de longue durée, puisque l'assuré a été susceptible de reprendre une activité à temps partiel après quelques semaines. L'assuré ne peut davantage

se prévaloir d'erreurs médicales dans les traitements qui lui ont été dispensés ou de complications ultérieures avérées. Enfin, les circonstances de l'accident n'ont pas été particulièrement dramatiques, ni l'accident particulièrement impressionnant, le recourant n'ayant d'ailleurs pas jugé utile de consulter un médecin avant le 6 avril 2011. Aussi, force est de constater qu'aucun des critères jurisprudentiels déterminants n'est rempli en l'occurrence, ainsi que l'a constaté à bon droit l'intimée dans la décision sur opposition litigieuse. En conséquence, il s'agit manifestement de nier tout lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques développés par l'assuré et l'accident du 23 mars 2011. Dans la mesure où le statu quo ante vel sine a été atteint sur le plan physique au plus tard le 30 novembre 2013, la CNA était ainsi légitimée à interrompre le versement des indemnités journalières et la prise en charge des frais de traitement au-delà de cette date. 7. En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en

- 25 - considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptations exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). A teneur de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. In casu, il apparaît que l'incapacité de travail prononcée dans le cas de l'assuré au-delà du 30 novembre 2013 a exclusivement pour cause les troubles psychiques dont il souffre. Sur le plan physique, le Dr W. _____ n'a fait état d'aucune incapacité de travail à l'issue de son rapport médical du 12 juillet 2013. Dans son rapport du

E. 14

février 2013, le Dr R. _____ a retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. En l'absence de toute pièce médicale susceptible d'infirmier ces éléments, force est d'en déduire que l'assuré aurait été en mesure sur le plan strictement physique de reprendre une activité à plein temps auprès de L. _____ SA. Faute d'incapacité de travail médicalement attestée du fait de l'atteinte subie à l'œil droit, partant d'incapacité de gain, l'assuré ne peut dès lors manifestement pas prétendre à une rente de l'assurance-accidents au sens de l'art. 18 al. 1 LAA. 8. Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

- 26 - Selon l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. D'après la jurisprudence fédérale, l'atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 LAA consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Selon

l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Le taux d'une telle atteinte doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2). Il sera par ailleurs équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte (art. 36 al. 4 OLAA). Enfin, l'art. 36 al. 2 LAA prévoit une réduction équitable de l'indemnité lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. La quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est évaluée selon les directives et le barème – non exhaustif – contenus dans l'annexe 3 de l'OLAA (ATF 124 V 29 consid. 1b; 113 V 218 consid. 2a). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe).

- 27 - Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1 ; TF 8C_365/2007 du 15 mai 2008, consid. 7.2 ; ATF 124 V 211 consid. 4a/cc) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. En l'espèce, le Dr R. _____ a considéré l'absence d'atteinte à l'intégrité au sens entendu par les dispositions précitées, fondant son avis sur les observations de l'Hôpital Q. _____, singulièrement sur l'avis du Dr W. _____ communiqué le 12 juillet 2013, lequel ne retenait aucun dommage permanent. L'assuré n'a produit aucun élément médical subséquent qui viendrait mettre en doute le bien-fondé des remarques de son propre ophtalmologue traitant. Aussi, il ne fait pas de doute que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité ne saurait entrer en ligne de compte, contrairement à ce que soutient l'assuré, vu l'absence de lésion importante et durable de son œil droit. 9. Compte tenu de ce qui précède, l'intimée était fondée à considérer que le statu quo sine vel ante a été atteint au plus tard le 30 novembre 2013 et, partant, à refuser de prendre en charge les conséquences financières des troubles présentés par le recourant au-delà de cette date. C'est également à juste titre qu'elle a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

- 28 - Le recours doit dès lors être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée. a) La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice (cf. art. 61 let. a LPGA). b) Quoique l'intimée obtienne gain de cause, elle ne saurait prétendre des dépens de la part du recourant. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant une juridiction de première instance n'a pas droit à des dépens, sous réserve du cas où le demandeur a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (cf. ATF 126 V 143 consid. 4), ce qui n'est pas réalisé en l'espèce. En outre, la CNA, en sa qualité d'assureur social, dispose d'un service juridique interne susceptible de la représenter dans l'accomplissement de ses tâches de droit public (cf. ATF 134 V 340).

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