

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 janvier 2019

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mmes Röthenbacher et Brélaz Braillard, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

S._____, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 4, 43 al. 1, 44 et 61 let. c LPGA ; 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille comme ingénieur-programmeur, à plein temps et depuis le 1^{er} décembre 1989, pour le compte de la société W._____ SA, à [...]. A ce titre, il est assuré à titre obligatoire contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles, auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Par déclaration LAA du 17 août 2016, l'employeur a annoncé un sinistre survenu le lundi 25 avril 2016 à [...] ([...]). Alors qu'il aidait au déballage en vue de l'installation d'instruments de mesure pour l'exposition [...], après avoir coupé une sangle de cerclage d'un emballage, cette sangle très tendue, avait frappé la tempe droite de l'assuré. Atteint à l'œil droit (décollement de rétine avec une macula soulevée [ou macula off]) et compte tenu de la gêne occasionnée ainsi que des symptômes persistants, ce dernier a consulté le Dr H._____, spécialiste en ophtalmologie et en ophtalmochirurgie, de l'Hôpital Ophtalmique [...] à [...]. Il a été opéré, le 12 août 2016, à son œil. Le Dr H._____ a attesté une totale incapacité de travail dès le 15 août 2016. L'assuré a repris le travail à 50 % le 15 septembre 2016, puis à 100 % dès le 17 octobre 2016. Au dernier contrôle, l'acuité visuelle était de 60 % à l'œil droit et de 100 % à gauche, avec une rétine parfaitement à plat (rapport du 20 octobre 2016 du Dr H._____).

Le 5 décembre 2016, un des médecins-conseils au centre de compétences de la médecine des assurances de la CNA (Dr R._____, spécialiste en ophtalmologie et en ophtalmochirurgie) a notamment estimé que le décollement de la rétine de l'œil droit ne pouvait être mis en lien de causalité « pour le moins probable » avec l'événement du 25 avril 2016 étant donné l'absence de traumatisme direct de l'œil.

Par lettre du 9 décembre 2016, la CNA a fait part à l'assuré de son intention de lui refuser l'octroi de ses prestations d'assurance compte tenu de l'absence d'un lien de causalité « certain, ou du moins probable » entre l'événement dommageable du 25 avril 2016 et les troubles oculaires annoncés. L'intéressé était dès lors invité à déclarer le cas à son assureur-maladie.

Les 14, 20 février et 1^{er} mars 2017, sous la plume de son conseil en la personne de Me Gilles Antoine-Hofstetter, l'assuré a fait part de son désaccord avec la position de la CNA. Déplorant l'absence d'une anamnèse effectuée par le médecin-conseil de l'assureur, il a produit un rapport du 27 février 2017 adressé à son conseil, dans lequel le Dr H. _____ s'est exprimé comme suit :

“Je voudrais préciser que j'ai opéré M. S. _____ pour un décollement de rétine à l'œil droit le 12.08.2016 associé à une déchirure de la rétine.

Afin de répondre à vos questions, un traumatisme pourrait théoriquement être la cause de cette déchirure rétinienne à l'œil droit qui aurait donné naissance à un décollement de rétine, ceci étant donné qu'il n'y a pas d'autre facteur de risque détecté comme pourrait l'être une myopie, une pseudophakie, le patient étant relativement jeune.”

Après avoir requis et obtenu l'avis de son médecin-conseil (« Ophtalmologische Beurteilung » du 24 mars 2017 du Dr R. _____), la CNA a, par décision du 4 avril 2017, confirmé sa prise de position communiquée le 9 décembre 2016 ; en l'absence d'un lien de causalité naturelle établi avec vraisemblance prépondérante entre l'accident du 25 avril 2016 et les troubles déclarés, l'assuré n'avait pas droit à des prestations d'assurance-accidents.

Par écrit du 5 avril 2017 de son conseil, l'assuré s'est opposé à la décision précitée en demandant sa réforme, en ce sens qu'il a droit aux prestations de l'assurance-accidents pour les lésions oculaires dues à l'événement du 25 avril 2016. Rappelant que les troubles à son œil droit (décollement de la rétine) avaient été opérés le 12 août 2016 à la suite de l'accident et que, dans son rapport du 27 février 2017, le Dr H. _____

attestait qu'un traumatisme pouvait causer la déchirure rétinienne subie en l'absence de facteur de risque détecté (par exemple une myopie ou une pseudopachkie) et d'un patient relativement jeune, l'assuré ne pouvait se rallier au point de vue de la CNA « rejetant tout lien de causalité, *a fortiori* vraisemblable » entre l'atteinte à la santé et l'événement dommageable.

Le 11 avril 2017, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision de refus de prestations du 4 avril 2017 en confirmant l'absence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement de la fin avril 2016 et les troubles déclarés à l'œil droit. Le 5 décembre 2016, le Dr R. _____ avait nié tout lien de causalité pour le moins probable avec l'accident en l'absence de traumatisme direct à l'œil. Le rapport du 27 février 2017 du chirurgien consulté n'était d'aucun secours à l'assuré, le fait qu'un traumatisme pourrait théoriquement être la cause de la déchirure rétinienne qui aurait donné naissance à un décollement de la rétine ne suffisant pas à engager la responsabilité de l'assureur-accidents (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* »). De plus, à nouveau interpellé, le médecin-conseil de la CNA avait non seulement confirmé ses conclusions, mais souligné que le laps de temps écoulé ne permettait pas de retenir une déchirure rétinienne ayant donné naissance à un décollement de la rétine. La CNA a joint une nouvelle appréciation ophtalmologique du 24 mars 2017 du Dr R. _____, libellée comme suit :

“L'assuré a subi un décollement de la rétine de l'œil droit en août 2016, laquelle a été opérée le 12.8.2016. Aucun facteur de risque préexistant n'est connu.

Une déclaration de sinistre s'est effectuée le 17.8.2016, laquelle fait état d'un accident survenu le 25.4.2016 lors duquel l'assuré aurait subi un coup au niveau de la tempe droite. En l'absence de symptômes, aucun contrôle médical n'a eu lieu à la suite immédiate de cet accident.

Conclusion

Sur la base des documents, il convient de partir du principe selon lequel aucun traumatisme oculaire direct n'a eu lieu. Un tel traumatisme indirect est insuffisant afin de provoquer une déchirure de la rétine et son décollement subséquent. L'évolution retardée de quatre mois plaide en outre en faveur de cette hypothèse. Il convient de supposer avec une très forte probabilité qu'il s'est agi ici

d'un décollement spontané de la rétine, dont la cause est étrangère à l'accident.

Réponses au questionnaire

Les indications fournies dans le courrier d'opposition de l'avocat du 20 février 2017 sont-elles en mesure de modifier votre prise de position ?

Dans la négative, nous vous prions de bien vouloir faire une appréciation médicale.

Non. Pour l'appréciation voir ci-dessus svp."

B. Par acte du 12 mai 2017, S._____, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a déféré la décision sur opposition précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant avec dépens principalement à sa réforme en ce sens que la CNA est tenue de prendre en charge les suites de l'accident du 25 avril 2016, respectivement les troubles présentés à l'œil droit du recourant et ses conséquences. Subsidiairement, il conclut à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Il se plaint en premier lieu d'une constatation inexacte des faits, en affirmant, pour sa part, que la sangle aurait frappé son œil droit, ce qu'une simple anamnèse aurait permis de confirmer. Il reproche également à l'assureur-accidents de s'être livré à une interprétation erronée des appréciations médicales au dossier. Déplorant l'absence d'une anamnèse dans les évaluations des 5 décembre 2016 et 24 mars 2017 du médecin-conseil de la CNA, il soutient que le décollement de la rétine à son œil droit, opérée le 12 août 2016, est la conséquence de l'accident du 25 avril 2016. Il est d'avis que le rapport du 27 février 2017 du Dr H._____ établit « sans l'ombre d'une ambiguïté » le diagnostic et sa relation de causalité avec l'événement d'avril 2016 en rappelant que, médicalement, un traumatisme peut être la cause de la déchirure rétinienne déplorée. Il prétend qu'en excluant le lien de causalité en indiquant l'absence de traumatisme, le médecin-conseil de l'intimée rejoint l'avis du Dr H._____. Le recourant en infère qu'en réfutant que le traumatisme subi soit à l'origine de la déchirure rétinienne, la CNA est donc de mauvaise foi. Ce constat s'imposerait d'autant au vu des circonstances, soit l'absence d'un facteur de risque détecté (myopie ou pseudophakie) et d'un patient relativement jeune, comme l'a indiqué le Dr

H._____ en février 2017. L'absence d'anamnèse n'a pas permis au médecin-conseil de tenir compte des symptômes dans les suites immédiates du traumatisme subi, symptômes qui n'ont toutefois pas été jugés suffisamment alarmants pour consulter. Dans ces conditions et à défaut d'indication médicale contraire, l'appréciation du Dr H._____, tenue pour probante, devrait conduire la CNA à prendre en charge les suites de l'événement dommageable du 25 avril 2016, précisément la lésion subie par le recourant à son œil droit. A titre de mesures d'instruction, ce dernier a requis la mise en œuvre d'une expertise ophtalmologique par le tribunal « qui aura pour vocation de déterminer l'origine de la lésion présentée par le recourant à son œil droit » et la « mise sur pied d'une audience de débats au cours de laquelle [le Dr H._____] devra être entendu ».

Dans sa réponse du 12 juillet 2017, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 11 avril 2017. Observant que la déclaration de sinistre LAA du 17 août 2016 mentionne que le recourant a été frappé à sa tempe droite, et donc sans un traumatisme direct de l'œil droit, la CNA est d'avis que les seules allégations de l'intéressé, formées au stade du recours, ne remettent pas en question cet état de fait. Cela étant précisé, l'intimée souligne que le DrR._____ a considéré que la déchirure et le décollement de la rétine de l'œil droit du recourant n'étaient pas la conséquence d'un choc indirect, ce que confirmait l'évolution retardée de quatre mois (rapports des 5 décembre 2016 et 24 mars 2017). La CNA fait grief au Dr H._____, dans son dernier rapport, de ne pas distinguer la problématique du traumatisme direct et indirect, soit le fait de ne pas indiquer qu'un traumatisme indirect puisse causer une déchirure puis un décollement de la rétine. Ainsi, le 27 février 2017, ce médecin ne relèverait aucun autre facteur de risque qu'un théorique traumatisme, sans établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité naturelle entre l'accident du 25 avril 2016 et les troubles annoncés par le recourant à son œil. Dans ces conditions, les conclusions du médecin-conseil « parfaitement motivées puisqu'elles reposent sur le fait qu'il n'y a pas eu de traumatisme direct à l'œil droit et qu'un traumatisme indirect est insuffisant pour provoquer

une déchirure de la rétine et son décollement subséquent », au surplus corroborées par l'évolution retardée de ces atteintes, devraient l'emporter. L'intimée s'estime dès lors fondée à nier le droit du recourant à ses prestations d'assurance, et sans qu'une expertise ophtalmologique ne se justifie.

Le 22 août 2017, en réplique, le recourant a confirmé ses précédentes conclusions comme sa requête d'expertise formulées le 12 mai 2017. En bref, il maintient, s'agissant du déroulement de l'accident, que la sangle a « bel et bien » frappé son œil droit, voire aussi sa tempe, ce qu'une anamnèse aurait permis de confirmer. Sur le plan médical, reprenant les arguments déjà développés dans son acte de recours, il répète que selon les appréciations au dossier, en particulier celle du 27 février 2017 du Dr H._____, force serait d'admettre qu'un traumatisme est susceptible de causer la déchirure rétienne. Le recourant ajoute enfin ne pas pouvoir se voir opposer par l'assureur-accidents le fait d'avoir attendu avec l'espoir que ses douleurs diminueraient plutôt que de consulter immédiatement.

Aux termes de sa duplique du 12 octobre 2017, la CNA a derechef conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition querellée. S'agissant en particulier de la question de l'existence d'un lien de causalité à tout le moins vraisemblable entre l'accident du 25 avril 2016 et les lésions oculaires déclarées, l'intimée maintient que l'avis du 27 février 2017 du Dr H._____ ne rediscuterait pas valablement le bien-fondé du rapport du 24 mars 2017 du Dr R._____, le premier nommé établissant uniquement la possibilité d'un lien de causalité.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 lesquelles la voie de l'opposition

n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes pascales 2017 (art. 38 al. 4 let. a LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige a pour objet la question de savoir si la lésion annoncée par le recourant à son œil droit en août 2016, opérée le 12 août 2016, est due à l'accident du 25 avril 2016.

b) On précisera que les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

3. a) L'assurance-accidents est tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (cf. art. 6 al. 1 LAA). Aux termes de l'art. 4 LPGA, est réputée 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.

b) Selon la jurisprudence, la notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur causant l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, le cas échéant, l'atteinte dommageable doive être qualifiée de

maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1 et les références citées, 122 V 230 consid. 1; TF 8C_726/2009 du 30 avril 2010 consid. 3).

En outre, un rapport de causalité naturelle et adéquate est nécessaire entre l'atteinte à la santé et l'événement dommageable de caractère accidentel. La question de la causalité adéquate ne se pose que si la causalité naturelle est établie (ATF 119 V 335 consid. 4c). La condition du rapport de causalité naturelle est remplie lorsque, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte ; 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 condition *sine qua non* de cette atteinte. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante (à cet égard cf. infra consid. 3d). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1) ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, *in* : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], 3e éd., Bâle 2016, n. 104, p. 929). En cas d'état maladif antérieur, si l'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*) (RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *op. cit.*, n. 107, p. 930). 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 ; RAMA 1999 no U 341 p. 407 consid. 3b).

c) Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer pourquoi il se fonde sur un rapport médical plutôt qu'un autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 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, et, enfin, 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 précité consid. 4.2).

S'agissant en particulier des rapports médicaux établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Un rapport médical ne saurait cependant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane d'un médecin traitant (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2). Quant aux rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun

indice concret, même léger, ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

d) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées). Le point de 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.

4. En l'occurrence, il convient de déterminer si la lésion à l'œil droit du recourant, à savoir un décollement de rétine avec une macula soulevée (ou macula off), annoncée et opérée en août 2016, est en lien de causalité naturelle avec l'accident professionnel du 25 avril 2016.

a) L'intimée a nié l'existence d'un lien de causalité entre les lésions à l'œil droit du recourant et l'accident. Se fiant à un avis sur dossier de son service médical, elle constate qu'un tel lien n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante au vu du dernier rapport du Dr R._____. Ce faisant, elle considère que l'avis du 27 février 2017 du Dr H._____ n'emporte pas la conviction pour admettre l'existence d'un lien de causalité, dans la mesure où celui-ci établit seulement la possibilité d'un tel lien.

Le recourant soutient pour sa part que sur la base des opinions du Dr H. _____, un lien de causalité entre l'accident du 25 avril 2016 et la lésion opérée à son œil droit doit être admis et les prestations LAA être allouées en conséquence. Dans l'éventualité où la Cour de céans ne saurait se fonder sur les éléments au dossier, il suggère, entre autres mesures d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise ophtalmologique par le tribunal.

b) A titre liminaire et s'agissant des faits retenus par l'intimée dans sa décision quant au déroulement de l'accident de la fin avril 2016, il convient de rappeler qu'en droit des assurances sociales s'applique de manière générale la règle dite des « premières déclarations ou des déclarations de la première heure », selon laquelle, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_399/2014 du 22 mai 2015 consid. 4.2 et la référence citée). Il n'y a pas lieu en l'espèce de s'écarter de cette jurisprudence. On retiendra donc que dans la déclaration de sinistre LAA complétée le 17 août 2016 par l'employeur, il est écrit qu'après avoir coupé une sangle de cerclage d'un emballage, cette sangle très tendue a frappé l'assuré à sa tempe droite. Comme on le verra ci-après, peu importe toutefois que le recourant ait reçu une bande de serrage fortement tendue dans tempe droite ou dans l'œil droit directement.

c) En l'occurrence, il existe un dR. _____. La CNA n'est pas légitimée à refuser la prise en charge du cas sur la seule base de l'avis du Dr R. _____. En effet, le Dr H. _____ atteste le 27 février 2017 qu'un traumatisme pourrait théoriquement être la cause de la déchirure rétinienne à l'œil droit qui aurait donné naissance à un décollement de rétine dans la mesure où il n'y a pas d'autre facteur de risque détecté (une myopie ou une pseudophakie) et que le recourant est relativement jeune. De son côté, le Dr R. _____, médecin-conseil, base son argument sur le fait qu'un traumatisme indirect ne peut pas provoquer une déchirure

et qu'il s'agit d'un décollement de rétine spontané. Finalement, le Dr H. _____ constate que le décollement ne peut pas être spontané faute de facteur de risque détecté sans expliquer toutefois le mécanisme qui a provoqué ce décollement et le Dr R. _____ que le décollement est spontané faute de choc direct sans expliquer quel facteur alors pourrait provoquer ce décollement de rétine chez un patient relativement jeune et sans risque préexistant.

d) Force est de constater sur le plan médical que le dossier est insuffisamment instruit (cf. consid. 4c supra) et ne permet pas à la Cour de statuer en toute connaissance de cause sur le présent différend. Il convient dès lors d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimée – 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'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimée de mettre en œuvre une expertise ophtalmologique conformément à l'art. 44 LPGA. Cela fait, il lui appartiendra ensuite de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

5. Vu l'issue du litige, une audience de débats au cours de laquelle le DrH. _____ sera entendu n'est pas nécessaire et peut dès lors être écartée. Pour être complet, on précisera que, bien que le recourant ne requiert pas explicitement la tenue de débats publics, le droit à des débats publics ne pourrait de toute façon pas s'étendre à d'éventuelles mesures d'administration des preuves (JEAN METRAL *in* : Commentaire romand Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 15 sv. *ad* art. 61 LPGA, p. 730).

6. En définitive bien-fondé, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle rende une nouvelle décision après avoir procédé à un complément d'instruction conformément aux considérants du présent arrêt.

a) La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA).

b) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, peut prétendre à des dépens à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA [Tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), qu'il y a lieu de fixer à 1'500 fr. compte tenu de l'importance et de la complexité de l'affaire.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 11 avril 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à S._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour S._____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :