

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 septembre 2014

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : Mme Thalmann et M. Merz
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Alain-Valéry Poitry, avocat à Nyon,

et

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

Art. 6, 10, 16, 18 et 24 LAA ; art. 8 et 16 LPG.

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant français né en 1953, a été victime d'un accident domestique dans l'enfance, consécutivement auquel, se retrouvant monophthalme, il porte une prothèse de l'œil gauche.

Il a exercé l'activité salariée de monteur de lignes électriques au sein de la société L._____SA à [...] (VD) depuis 1981.

En cette qualité, il était assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

B. En date du 23 mars 2011, il a été accidenté à l'œil droit sur son lieu de travail, sous suite d'incapacité totale de travail dès le 6 avril 2011. Le sinistre a été annoncé à la CNA par déclaration complétée le 11 avril 2011 en ces termes :

« [L'assuré] enroutait sa corde de monteur dans le vestiaire. Un des bouts avec mousqueton métallique s'est croché sous un banc. En tirant d'un coup pour le dégager, [l'assuré] a reçu le bout dans l'œil. Il est d'abord allé seulement à la pharmacie pour avoir des gouttes, puis il est allé à l'hôpital le 6.04.2011 quand il a constaté des troubles de la vision. »

Le Dr V._____, spécialiste en ophtalmologie et médecin-adjoint au sein de l'Hôpital Q._____, a adressé un rapport médical initial à la CNA le 29 juin 2011, retenant au titre de diagnostics un « décollement de rétine » et une « occlusion veineuse post traumatique sur œil unique ». Il a précisé que l'incapacité de travail totale perdurait des suites de deux interventions chirurgicales effectuées les 6 avril 2011 et 13 avril 2011, pour lesquelles le patient avait été hospitalisé durant quelques jours.

Le 10 août 2011, le médecin précité a communiqué à la CNA les résumés de séjour clinique de son patient. Celui relatif au séjour du 6 au 8 avril 2011 mentionne ce qui suit :

« Diagnostic : OD [réd. : œil droit] : Décollement rétinien avec macula ON (oeil unique).

Intervention :

OD : le 6.4.11, en AG [réd. : anesthésie générale], mise en place d'une plombe radiaire sur le groupe de petits trous situés à 11h. Pas de ponction de liquide sous rétinien.

Les suites sont marquées par la persistance de liquide sous rétinien. Les trous rétiniens fermés en cours d'intervention sont plus à distance en post-opératoire.

Nouvelle intervention :

OD : le 7.4.11, en AG, injection de SF6 [réd. : hexafluorure de soufre] après paracentèse.

Le contrôle post-opératoire du 8.4.11 est sans particularité. Les trous rétiniens sont fermés sur l'indentation.

Il reste un peu de liquide sous rétinien en temporal inférieur, sans connection avec les déhiscences. [...] »

Quant au résumé concernant le séjour du 13 au 14 avril 2011, les éléments ci-dessous ont été relevés :

« Diagnostic : OD : Récidive de décollement rétinien en nasal. Macula ON.

Intervention :

OD : le 13.4.11, en AG, cryoapplication du trou situé à 2h, mise en place d'une éponge longitudinale de 1h à 4h.

Les suites post-opératoires sont simples. Disparition à 80% de liquide sous rétinien. [...] »

Le 29 août 2011, à l'occasion d'un rapport intermédiaire à la CNA, le Dr V. _____ a envisagé un probable dommage permanent, soit une perte de vision et une gêne en vision nocturne.

L'incapacité totale de travail a été maintenue et confirmée par le médecin du travail de L. _____ SA, le Dr N. _____, généraliste, en date du 20 janvier 2012.

La prise en charge régulière de l'assuré s'est poursuivie auprès de son médecin généraliste traitant, le Dr Z. _____, lequel a relevé que son patient souffrait désormais de dépression aux termes d'un certificat

médical

du

24 janvier 2012.

Un rapport intermédiaire, établi le 22 février 2012 par le Dr W._____, chef de clinique au sein de l'Hôpital Q._____, a fait état d'une évolution stable, précisant que l'assuré ne suivait plus aucun traitement, mais devait se soumettre à des contrôles cliniques. Compte tenu d'une gêne en vision nocturne, la capacité de travail du patient devait être évaluée par le médecin du travail en fonction des critères professionnels pertinents.

Par rapport médical du 15 mars 2012, le Dr Z._____ a souligné que l'assuré présentait « depuis plusieurs mois des difficultés d'évaluation de la distance au sol », rappelant que son patient monophthalme ne pouvait pallier aux difficultés de son œil droit. Il a indiqué qu'un essai de reprise d'activité à temps partiel serait effectué en avril 2012, alors qu'il assurait le traitement concomitant d'une « dépression associée à l'événement du 23 mars 2011. »

Le Dr N._____ a annoncé, par certificat du 2 avril 2012, une reprise d'activité par l'assuré auprès de son employeur, au taux de 40% dès le 3 avril 2012, sous restriction toutefois d'un travail de nuit.

La CNA a soumis la situation de l'assuré à son médecin-conseil, le Dr R._____, spécialiste en ophtalmologie, lequel s'est exprimé comme suit par avis du 3 avril 2012 :

« [...] L'analyse des pièces du dossier ne permet pas de comprendre pourquoi l'assuré n'avait pas pu retravailler. Pour ce qui me concerne, [il] était apte à reprendre à reprendre son activité professionnelle normalement au plus tard 2 mois après l'opération du 06.04.2011. Les mêmes documents ne fournissent pas de réponse à la question suivante : les problèmes actuels sont-ils véritablement encore consécutifs à l'accident ? »

Ce praticien a par ailleurs requis des informations complémentaires quant à l'acuité visuelle de l'assuré et aux constats cliniques.

Une nouvelle incapacité totale de travail a été prononcée dès le 21 mai 2012 par le Dr N._____.

Le Dr W._____ a répondu aux questions spécifiques du Dr R._____ par courrier du 23 mai 2012, faisant part des éléments suivants :

« 1) OD : AV [réd.: acuité visuelle] = 100% avec S-0,75 C-1,50 à 85°
2) OG [réd. : œil gauche] : Prothèse en place. Pas d'AV.
3) A l'œil droit, le segment antérieur est calme. L'examen du fond d'œil montre, à l'heure actuelle, une rétine parfaitement appliquée. A l'OCT [réd. : optical coherence tomography], présence de la persistance d'un petit œdème supéro-maculaire résiduel après décollement rétinien récidivant.
4) L'examen effectué le 9 janvier 2012 montre une bonne récupération de l'acuité visuelle après un décollement rétinien récidivant expliquant la gêne ressentie par [l'assuré]. Le liquide résiduel constaté à l'OCT se résorbe lentement et il est possible d'espérer une diminution de la symptomatologie évoquée par le patient, à savoir une gêne en vision nocturne ainsi que des voiles visuels intermittents. »

Un entretien a eu lieu entre un inspecteur de sinistres de la CNA et l'assuré le 31 mai 2012, en vue d'un point de situation, où ont été consignés les éléments suivants :

« [...] Le 4 mai 2012, [l'assuré] s'est rendu chez le Dr N._____, médecin conseil des T._____ qui lui a prescrit du Gabapentin, un antidépresseur qui ne lui a pas convenu du tout. Il est devenu nerveux, agressif avec son amie puis insomniaque. N'ayant pas dormi durant 10 nuits, un nouvel arrêt de travail total a été prescrit dès le 22 mai 2012.
C'est le Dr Z._____ qui a pris cette décision et lui a donné de la Sertraline pour le midi et de l'Alprazolam le soir. Avec cela, il va un peu mieux. Prochain contrôle le 1^{er} juin 2012.
Il doit aussi retourner chez le Dr N._____ le 6 juin 2012 et chez l'ophtalmologue le 11 juin 2012.
[L'assuré] explique que son œil va bien. Il a parfois quelques voiles ou quelques brouillards mais cela ne le gêne pas trop. Il est convaincu qu'il pourrait reprendre son travail de nuit mais pour l'instant il fait des travaux de rangement, d'entretien de matériel et

de contrôles et remise en état de mises à terre sur le réseau T._____.

Cette situation le panique. Le soir, dès 20h00, il commence à angoisser par crainte de ne pas dormir. Il se demande si ses 25 ans de travail de nuit n'y sont pas aussi pour quelque chose. Il a toujours été un peu nerveux (et onychophage depuis 10 ans environ) mais jamais à un tel point.

Quoi qu'il en soit, il veut reprendre le travail à 40% le 4 juin 2012. Il va en parler au Dr Z._____ et lui demander aussi s'il ne devrait pas faire le point avec un psychiatre. [...] »

Le Dr R._____ a communiqué son appréciation le 21 juin 2012, après consultation des récentes pièces du dossier, en ces termes :

« 1. Les troubles actuels sont-ils en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident qui nous incombe ?

Oui.

2. Dans l'affirmative, surveillance médicale ?

Des contrôles ophtalmologiques sont encore nécessaires dans les prochains temps. Ces contrôles sont en lien avec l'accident.

3. Quand pouvons-nous reconnaître une reprise pour le moins partielle de l'activité professionnelle ?

Il ressort du rapport du 31.5.2012 que l'assuré a repris son activité probablement à 40 % à partir du 4.6.2012. C'est en ordre ainsi. [...] »

La reprise de travail en question s'est soldée par une nouvelle incapacité totale de travail, attestée dès le 10 juillet 2012 par le Dr Z._____. Un retour à l'emploi a été effectué subséquemment dès le 3 septembre 2012 à 40%, ainsi que dès le 22 septembre 2012, des incapacités totales de travail ayant derechef été prononcées par ce médecin traitant, notamment dès le 26 novembre 2012, des suites de « migraines ophtalmiques » et de « troubles de l'équilibre ».

Sur recommandation de la CNA, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI) en date du 9 novembre 2012.

Le Dr W._____ a répondu à des questions complémentaires du Dr R._____ par correspondance du 18 janvier 2013, libellée comme suit :

« 1) Acuité visuelle de loin de l'œil droit avec la meilleure correction possible ?

1,0 partiel

2) Valeurs de la correction ?

S-1,0 C-0,50 à 65°

3) Si l'acuité visuelle n'est pas complète : motif ?

Status post-intervention de décollement rétinien. Présence d'un kyste secondaire à une ancienne occlusion veineuse à destinée maculaire au niveau du pôle postérieur.

4) Acuité visuelle de l'œil gauche ? Anamnèse de l'œil gauche ?

Prothèse oculaire suite à un accident domestique à l'âge de 4 ans.

5) Champ visuel ?

Pas disponible.

6) Constatations morphologiques des deux côtés ?

Œil droit : segment antérieur calme. Sclérose nucléaire débutante. L'examen du fond d'œil révèle à présent une rétine appliquée avec des compressions épiscérales en place. Présence d'un kyste maculaire secondaire à une ancienne occlusion veineuse.

Œil gauche : Prothèse en place. »

L'OAI a décidé de mesures d'intervention précoce en faveur de l'assuré, puis de l'octroi de mesures de réinsertion, sous forme de conseil et de suivi en vue de son maintien en emploi, par communications des 29 janvier 2013 et 20 février 2013.

Dans l'intervalle, le 14 février 2013, le Dr R. _____ a communiqué son avis sur la situation médicale de l'assuré, à savoir :

« Les migraines sont-elles à mettre en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident nous occupant ?

Non. Les migraines n'ont vraisemblablement pas de rapport de causalité avec l'accident du 23.03.2011.

Auriez-vous un traitement à proposer à notre assuré en plus d'un traitement médicamenteux pour les migraines ?

Non. Un tel traitement est à prescrire par un interniste ou un neurologue.

Actuellement, arrivez-vous à nous décrire une exigibilité (des mesures AI vont être mises en place prochainement) ?

Selon le dernier rapport dont nous disposons qui est daté du 18.01.2013, l'acuité visuelle corrigée de l'œil droit est la suivante : sph -1,0 cyl - 0,5/65° = 1,0 partiellement. Le champ visuel n'a pas pu être examiné.

L'assuré est borgne. La fonction de son œil droit est assez bonne. De ce fait, l'ensemble des travaux convenant aux personnes borgnes sont exigibles de sa part. Une activité adaptée à son handicap est exigible de sa part à 100% et durant toute la journée. À cet égard, il s'agit de tâches ne nécessitant pas de vue binoculaire, ni de vision

stéréoscopique. Des travaux avec des machines comportant des éléments rotatifs non protégés doivent être évités ; une remarque identique s'applique aux activités à effectuer sur des terrains accidentés. L'assuré n'est pas autorisé à conduire des poids lourds et des machines de chantiers importantes. De même, le travail à la chaîne n'est pas approprié au handicap de l'assuré. Il faut veiller à ce que son œil sain soit bien protégé au travail et durant les loisirs. »

En raison d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, sous suite d'incapacité totale de travail, les mesures AI se sont soldées par un échec, tandis que la CNA a repris le versement des indemnités journalières dès le 17 avril 2013 se proposant d'investiguer ladite aggravation.

Des rapports médicaux intermédiaires ont été sollicités auprès des Drs W._____ et Z._____. Le Dr W._____ a fait mention le 12 juillet 2013 d'un « état stable », le patient étant astreint à un traitement anti-inflammatoire et à un contrôle tensionnel strict, le suivi clinique s'avérant au surplus bisannuel, sans qu'un dommage permanent ne soit à craindre. Quant au Dr Z._____, il a retenu, le 15 juillet 2013, les diagnostics de « migraines ophtalmiques », « troubles de l'équilibre » et « altération sévère de la vision de l'œil restant », préconisant un suivi régulier à concurrence de consultations mensuelles.

Le Dr R._____ a pris position sur le cas de l'assuré, après avoir pris connaissance de ces nouveaux documents, dans une appréciation du 22 août 2013, concluant ce qui suit :

« Appréciation

L'assuré a subi le 23.3.2011 une contusion du globe oculaire droit. L'accident a provoqué un décollement de la rétine. La macula était en place. Le traitement s'est fait par plombage épiscléral suturé le 6.4.2011 et év. le 13.4.2011. La situation est stable. L'acuité visuelle est satisfaisante, à 1,0 partim à droite. Elle est quelque peu réduite par une thrombose veineuse sans rapport avec l'accident. L'assuré est monophthalme en raison d'une blessure à l'œil gauche subie dans l'enfance.

Réponses à vos questions

Les troubles dont souffre encore notre assuré sont-ils toujours à mettre en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident nous occupant ?

Les problèmes dus à l'accident sont guéris. Les contrôles de la pression intraoculaire sont en relation avec l'accident. Ils sont actuellement indiqués une fois par an.

Le traitement par gouttes anti-inflammatoires est destiné au traitement de l'œdème maculaire résultant de la thrombose veineuse sans rapport avec l'accident.

La situation médicale vous semble-t-elle stabilisée ? Exigibilité et IPAI ?

La situation résultant de l'accident est stabilisée. Il n'existe aucune atteinte à l'intégrité due à l'accident.

Notre assuré se plaint toujours de migraines. Dans votre dernier rapport, vous nous aviez indiqué qu'il n'y avait pas de relation de causalité avec l'accident nous occupant. Maintenez-vous votre appréciation ?

Oui. La migraine est sans lien avec l'accident. »

Le 1^{er} octobre 2013, l'OAI a fait parvenir à la CNA le rapport médical initial établi le 10 juin 2013 par le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, consulté par l'assuré. Ce dernier a mentionné les diagnostics de « trouble anxio-dépressif persistant (F34.9) » depuis courant 2011, ainsi que des « problèmes de couple, céphalées, deuil [des] capacités ». Précisant que le pronostic était réservé vu « les capacités limitées d'introspection, la fatigue persistante et la résistance au traitement pharmacologique », il a relaté les éléments suivants :

« Patient développant un état anxio-dépressif suite à un décollement de rétine post-traumatique sur son seul œil valide. Idées suicidaires récurrentes. Angoisses majeures. Blessure narcissique. [...]

Patient limité, anxieux, triste, évoquant le suicide. Pensée cohérente sans éléments de la lignée psychotique. Troubles du sommeil et asthénie. »

Aux termes d'un entretien avec l'assuré au sein de l'OAI, l'inspecteur de la CNA a observé ce qui suit le 29 octobre 2013 :

« La tentative de reprise en mesure de réinsertion a échoué après quelques jours de travail.

Vu l'appréciation du Dr J._____, rien de nouveau n'est prévu actuellement.

[L'assuré] n'a plus de traitement pour son œil, pas même les gouttes. Des contrôles sont prévus tous les 6 mois.

[L'assuré] confirme avoir retrouvé peu ou prou son acuité visuelle, même s'il subit parfois des voiles flous et qu'il n'a plus le même confort.

Au niveau moral, il dort mieux depuis environ 1 mois. Il consulte le Dr J._____ une fois par mois.

Il est expliqué que la [CNA] doit nier toute causalité entre ses troubles psychiques et l'accident. Il en va de même de ses migraines et de la thrombose veineuse. [...] »

C. Par décision du 15 novembre 2013, la CNA a mis fin à ses prestations avec effet au 30 novembre 2013, considérant que le statu quo sine vel ante des suites de l'accident du 23 mars 2011 était atteint. Elle a précisé que les troubles migraineux et psychiques présentés par l'assuré au-delà du 30 novembre 2013, n'étaient pas en lien avec cet accident, relevant en outre que l'assuré ne pouvait prétendre ni à une rente d'invalidité, ni à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle a enfin concédé la prise en charge de contrôles annuels de la pression oculaire.

L'assuré a contesté cette décision par écriture d'opposition du 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

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

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

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 dyssoziale. [...]

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'OAIÉ), a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, à compter du 1^{er} 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

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.

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).

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

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,

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).

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

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._____.

En particulier, le Dr W._____ a indiqué à répétées 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.

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

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.

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 strictements 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

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 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.

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).

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.

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).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition, rendue le 20 décembre 2013 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Alain-Valéry Poitry, à Nyon (pour A. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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).

La greffière :