



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1269/2018

ATAS/752/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 août 2019

8^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ENSISHEIM, France, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Yves MABILLARD

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente suppléante ; Willy KNÖPFEL et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1962, domicilié alors à Magland (France) a été engagé le 1^{er} novembre 2007 par la société B_____ SA, sise au Petit-Lancy à Genève, en qualité de chauffeur machiniste. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après la SUVA).
2. Par déclaration d'accident du 27 février 2013, l'employeur a annoncé à la SUVA un accident survenu le 18 février 2013 : en montant dans sa machine, l'assuré a glissé et est tombé sur le dos. Les soins avaient été prodigués par le docteur C_____ qui avait prescrit un arrêt de travail du 18 février 2013 au 26 février 2013 inclus, pour des (élément d'ordre médical illisible : lombalgies ?) aiguës. L'assuré avait repris le travail en plein le 27 février 2013.
3. La SUVA a pris en charge le cas et informé l'assuré en date du 11 mars 2013 que le droit à l'indemnité journalière de CHF 146,55 par jour calendaire prenait naissance le 21 février 2013 et qu'elle lui sera versée par son employeur.
4. Le 8 avril 2013, la SUVA a rempli le formulaire E 123 à l'attention de la Commission administrative pour Sécurité sociale des travailleurs migrants. Le même jour, elle a informé l'assuré que les travailleurs frontaliers assurés en Suisse selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents ont la liberté de choisir le lieu de traitement et peuvent se faire soigner en Suisse ou dans leur pays de résidence. En revanche, les soins prodigués en France doivent être pris en charge selon les tarifs et la législation applicables par la Sécurité sociale et gérés par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) du pays. La SUVA fera parvenir le formulaire E 123 à la CPAM d'Annecy qui lui adressera les informations nécessaires pour l'instruction du dossier, l'envoi des factures et le remboursement de ses frais.
5. Par courrier du 11 février 2015, l'assuré, en détention à Bonneville (France), a requis de la SUVA des renseignements à propos d'un accident qu'il avait subi durant l'année 2012. La SUVA a répondu le 12 mars 2015 qu'aucun accident n'avait été annoncé en 2012 et qu'elle n'avait aucun renseignement concernant les événements déclarés en 2011 et 2013.
6. Le 27 juin 2015, l'assuré a informé la SUVA que suite à l'accident, la santé de son œil gauche s'était aggravée, qu'il avait subi une opération en décembre 2013 et qu'il avait perdu au moins 80% de sa vision. Il a sollicité la réouverture de son dossier.
7. La SUVA a rouvert le dossier le 15 juillet 2015 et requis les renseignements médicaux concernant l'événement du 18 février 2013.
8. Dans son courrier du 8 octobre 2015 à l'attention de la SUVA, l'assuré précisait les circonstances de l'accident du 18 février 2013 : alors qu'il conduisait une machine de chantier, il avait violemment percuté le pare-brise. Son médecin avait alors diagnostiqué une entorse cervicale. Deux mois plus tard, les premiers symptômes à

l'œil gauche sont survenus et il a dû être opéré de l'œil en décembre 2013. Il demandait si l'employeur avait bien déclaré l'accident, car il entendait faire valoir ses droits à « l'AI ». L'assuré a joint tous les documents qu'il avait en sa possession, soit notamment :

- un avis d'arrêt de travail du 18 février 2013 établi par le Dr C_____ qui attestait avoir examiné l'assuré et prescrit un travail jusqu'au 26 février 2013 pour une entorse cervicale ;
 - un courrier du Dr D_____ du Centre Hospitalier Alpes-Léman, daté du 8 juillet 2013, selon lequel le patient, porteur de la maladie de Marfan, opéré en 2009 au CHU de Grenoble pour la pose d'implant oculaire bilatéral suite à une « tension des nerfs oculaires », se plaignait depuis 2-3 mois d'un flou visuel monoculaire gauche à début brutal, sans tension oculaire clinique ;
 - un courrier du 16 juillet 2013 du Dr E_____ mentionnant « depuis 3 mois, vision déformée OG avec céphalées et mouches » ;
 - un rapport de consultation ophtalmologique du 19 juillet 2013 : macula à reflet brillant, pâleur rétinienne et périmaculaire. Il était demandé de faire pratiquer une OCT maculaire pour atrophie des photorécepteurs ;
 - un rapport du 28 novembre 2013 du Dr F_____, du Centre hospitalier universitaire de Grenoble, qui a procédé à l'examen clinique de l'assuré pour une amputation du champ visuel de l'œil gauche au niveau supérieur depuis le moins de février 2103. Il n'existait pas de notion de traumatisme récent mais plutôt ancien. Il avait diagnostiqué une rétinopathie bilatérale probablement hypertensive, un décollement de rétine inférieur avec décollement maculaire associé (macula off) avec déhiscence à clapet à 3 h. Il existait une indication chirurgicale afin de traiter ce décollement de rétine ;
 - le compte rendu opératoire du 9 décembre 2013 : diagnostic : décollement de rétine ancien inférieur probablement dans un contexte traumatique œil gauche. Nature de l'intervention ; vitrectomie transconjonctivale ;
 - un rapport du 19 décembre 2013 établi par le docteur G_____, du Centre hospitalier Lyon-Sud qui indique sous la rubrique histoire de la maladie une baisse progressive d'acuité visuelle bilatérale prédominant à gauche depuis début février 2013 et ferait suite à un traumatisme crânien. L'intervention pratiquée le 9 décembre 2013 s'est déroulée sans complication ;
 - un rapport de consultation ophtalmologique du 19 décembre 2014 : il est relevé notamment à l'œil gauche une macula terne, rétine à plat partout et des cicatrices de cryoapplication.
9. Par courrier du 14 novembre 2015, l'assuré précisait à la SUVA qu'il était en détention depuis le 5 juillet 2013 et qu'il n'arrivait pas à récupérer ses papiers personnels. Il répétait que suite à l'accident de février 2013, avec choc frontal

violent contre un pare-brise de machine de travaux publics, les complications de son œil gauche avaient commencés. Aujourd'hui, il avait pratiquement perdu la vue de l'œil gauche. Il a communiqué à nouveau des documents et demandait à ce que ses droits soient respectés.

10. La SUVA a adressé à cinq reprises aux divers établissements médicaux français le rapport médical LAA pour rechute à compléter.
11. Par certificat médical du 3 novembre 2016, le docteur H_____, du service d'ophtalmologie des hôpitaux civils de Colmar, certifie avoir examiné le patient le 17 octobre 2016 et conclut qu'il présente une baisse sévère de l'acuité visuelle au niveau gauche, secondaire à une atrophie de l'épithélium pigmentaire maculaire. Cet aspect est compatible avec des séquelles d'un éventuel traumatisme sévère au niveau de l'œil gauche et n'est malheureusement accessible à aucune thérapeutique.
12. Le 9 novembre 2016, le Dr I_____ a complété le rapport médical LAA, indiquant que le patient présente un décollement de rétine de l'oeil gauche depuis février 2013, post-traumatique ? Il existait des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison, à savoir une chirurgie de cataracte avec implant clippé à l'iris pour maladie de Marfan. Le médecin a posé comme diagnostic un décollement de rétine post traumatique. L'état était stable, mais le patient présentait une perte de vision définitive de l'œil gauche.
13. Dans une note du 18 janvier 2017, le Dr J_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, indique qu'une enquête anamnétique pour établir les faits serait souhaitable, car l'assuré a présenté une chute sur le dos et la relation de causalité n'apparaît pas claire.
14. Par courrier du 22 mars 2017, l'assuré a répondu aux questions de la SUVA et précisé qu'il avait été opéré des deux yeux en 2008, entre novembre et décembre : suite à une perte brutale de la vue et on lui avait posé deux implants. Une maladie de Marfan avait été soupçonnée, mais jamais confirmée. Il avait repris son travail en janvier 2009, sans rencontrer de nouveau problème, jusqu'au 18 février 2013. Ce jour-là, il avait violemment percuté le pare-brise de la machine qu'il conduisait ; le choc fut tellement violent qu'il était littéralement resté assommé sur son siège. Son médecin avait diagnostiqué une sévère entorse cervicale. Par la suite, il avait souffert continuellement de maux de tête et de douleurs persistantes dans la nuque qui se faisaient précises et virulentes par moments. Il avait malgré tout laissé « courir » le problème, pensant que cela s'atténuerait. Mais rien n'y fit et subitement son oeil gauche s'est mis à lui « démanger ». Dès son incarcération le 5 juillet 2013, il avait fait part de son problème au service médical et finalement il a été opéré en décembre 2013 pour une déchirure de la rétine. Pour l'assuré, après de nombreux échanges avec plusieurs médecins, le traumatisme dû au choc à la tête a été l'élément déclencheur et est à la source de cette déchirure oculaire qui s'est aggravée avec le temps.

15. Par avis du 28 juillet 2017, le Docteur K_____, spécialiste FMH en ophtalmochirurgie, du centre de compétences de la SUVA, relevait que du point de vue ophtalmologique, l'assuré présente une pseudophakie bilatérale, avec fixation par clip à l'iris depuis la fin 2008. Une déchirure rétinienne gauche a été constatée en novembre 2013, qui s'est aggravée au fil du temps, évoluant en un décollement de la rétine, opérée le 9 décembre 2013. Les descriptions faites de l'événement accidentel du 18 février 2013 ne sont pas concordantes ; la déclaration de sinistre fait état d'une chute sur le dos, mais l'assuré affirme avoir heurté sa tête à un pare-brise. Selon le Dr K_____, il n'y a très probablement pas de lien de causalité entre le décollement rétinien survenu fin 2013 et l'accident du 18 février 2013, car le décollement est apparu plus de quatre mois après l'événement accidentel et un traumatisme oculaire direct n'avait pas eu lieu à l'époque. Il est possible que l'opération de la cataracte de 2008 ait pu provoquer un décollement de la rétine, même après plusieurs années. La maladie de Marfan peut être responsable de plusieurs atteintes au niveau du globe oculaire, la principale étant la subluxation du cristallin. Cette affection particulière, à elle seule et indépendamment d'autres pathologies, est associée à un risque très élevé de décollement de la rétine. Selon le médecin-conseil, il était inutile de réclamer d'autres rapports entre fin 2008 et la date de l'accident, car ce manque d'informations n'avait pas d'effet sur l'appréciation du cas.
16. Par décision du 15 février 2018, la SUVA a refusé d'allouer des prestations d'assurance, au motif que les troubles oculaires apparus en 2013 n'étaient pas en relation avec l'événement du 18 février 2013.
17. L'assuré a formé opposition, se référant aux documents médicaux, concluant à l'annulation de la décision et à la prise en charge du cas.
18. Par décision du 22 mars 2018, la SUVA a rejeté l'opposition. Rappelant qu'à teneur de la déclaration d'accident, il est fait état d'une chute sur le dos, qu'aucun traumatisme direct de l'œil gauche n'a été déclaré et que le décollement de la rétine est intervenu plus de quatre après l'événement. La SUVA se référait à l'avis de son médecin-conseil, selon lequel il n'y a pas de relation de causalité au moins probable entre les troubles oculaires et l'événement du 18 février 2013.
19. Par acte daté du 9 avril 2018, posté le 17 avril 2018, l'assuré interjette recours. Il conteste en premier lieu être tombé sur le dos lors de l'événement du 18 février 2013. Il explique avoir violemment heurté de la tête le pare-brise de l'engin Caterpillar de 20 tonnes suite à une mauvaise manipulation. Le premier diagnostic posé par le Dr C_____ était une entorse cervicale et il avait le cou et le front enflés. Il se réfère au rapport du Dr D_____ du 8 juillet 2013 qui a bien indiqué qu'il se plaignait depuis 2-3 mois d'un flou visuel à début brutal. Le recourant relève également que la maladie de Marfan dont il serait atteint n'a jamais été vérifiée et constatée.

20. Par réponse du 27 juin 2018, la SUVA conclut au rejet du recours. Elle relève que l'origine des troubles oculaires est controversée, la déclaration d'accident mentionnant une chute sur le dos et l'assuré affirmant avoir heurté de la tête le pare-brise. De même, le médecin traitant consulté le même jour n'a rapporté que ses lombalgies aiguës. S'agissant du décollement rétinien, le Dr K_____, médecin-conseil, indique qu'une déchirure rétinienne temporale a été constatée en novembre 2013 seulement, et non en juillet 2013, date à laquelle il n'y avait pas d'indices évocateurs d'un décollement de rétine. Vu l'écoulement du temps entre l'événement déclaré et le décollement rétinien survenu fin 2013, l'absence de lien de causalité a été retenue comme très probable.
21. Nommé d'office, le mandataire du recourant a déposé sa réplique le 24 septembre 2018. Il conteste la déclaration des circonstances de l'accident faites par l'employeur de l'assuré et rappelle que ce dernier a spontanément et toujours indiqué avoir subi un gros choc frontal le 18 février 2013. Le Dr C_____ a diagnostiqué une entorse cervicale et prescrit un arrêt de travail. Plusieurs rapports médicaux mentionnent un décollement de rétine, évoluant depuis février 2013, dans un contexte traumatique de l'œil gauche. Or, selon la littérature scientifique, les traumatismes oculaires peuvent développer des décollements de rétine. En outre, la maladie de Marfan à laquelle l'intimée fait allusion, n'a jamais été confirmée. Le reproche de l'intimée fait au recourant de n'avoir déclaré une rechute qu'en mars 2015 est malvenu ; en effet, le recourant est incarcéré en France depuis juillet 2013, ce qui l'entrave également dans la gestion administrative de ses affaires. Selon le recourant, il convient de se fonder sur ses propres déclarations s'agissant des circonstances de l'accident et non sur celles - erronées - faites par son employeur, dont il n'a pas eu connaissance. Selon le recourant, l'intimée a procédé à une constatation manifestement erronée et arbitraire des faits. En présence d'une divergence entre les conclusions des médecins du recourant et celles du médecin-conseil de l'intimée, une expertise s'impose. Le recourant conclut préalablement à la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire et, sur le fond, à l'annulation de la décision querellée et à la condamnation de l'intimée à prendre en charge tous les frais médicaux en lien avec ses troubles de l'œil et au versement de toute indemnité due.
22. Dans sa duplique du 18 octobre 2018, l'intimée persiste dans ses conclusions et conclut au rejet du recours.

EN DROIT

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence *ratione materiae* pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

b. Aux termes de l'art. 58 al. 1 LPGA, en liaison avec l'art. 1 al. 1 LAA, le tribunal des assurances compétent pour connaître d'un recours contre une décision en matière d'assurance-accidents obligatoire est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours. Selon l'al. 2, 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.

En l'occurrence, le recourant est domicilié en France. Le for doit donc être déterminé en fonction du domicile du dernier employeur suisse, conformément à l'art. 58 al. 2 LPGA, soit in casu le canton de Genève (cf. ATF 8C_872/2017 du 3 septembre 2018). Il s'ensuit que la chambre de céans est compétente *ratione loci* pour connaître du présent litige.

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

4. L'objet du litige porte sur la question de savoir si les troubles oculaires présentés par le recourant sont en relation de causalité avec l'événement du 13 février 2013.
5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend 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; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

6. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour imputent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si 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*) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).
7. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré 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 ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

Le caractère adéquat du lien de causalité ne doit être admis que si l'accident revêt une importance déterminante par rapport à l'ensemble des facteurs qui ont contribué à produire le résultat considéré, notamment la prédisposition constitutionnelle. Cela étant, dans ce contexte, il sied encore de préciser que la causalité adéquate ne peut pas déjà être niée en raison d'une prédisposition constitutionnelle dès lors que la question de l'adéquation en général se détermine non seulement en tenant de personnes saines tant sur le plan psychique que physique mais également en tenant compte de personnes avec une prédisposition constitutionnelle (ATF 115 V 403 consid. 4b)

8. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie

produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

9. Pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

10. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est

qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).
12. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

13. En l'espèce, la chambre de céans constate préalablement que les circonstances de l'événement du 13 février 2013 ne sont pas claires. En effet, dans la déclaration d'accident du 27 février 2013 il est indiqué que le recourant, en montant dans sa machine, a glissé et est tombé sur le dos. Le recourant a toujours contesté cette version des faits et a déclaré qu'il avait violemment heurté de la tête le pare-brise de la machine de chantier. Il convient de relever à cet égard que la description de l'événement contenue dans la déclaration d'accident est celle faite par l'employeur du recourant, ce dernier n'ayant pas été interpellé par l'intimée. Or, lorsque le recourant a sollicité la réouverture de son dossier en 2015, il a déclaré spontanément souffrir de problèmes oculaires suite à l'accident du 13 février 2013 lors duquel il avait violemment percuté le pare-brise de l'engin. Il a toujours maintenu cette version des faits.

La chambre de céans relève également que les diagnostics posés par le Dr C_____, médecin traitant, le jour de l'accident prêtent également à confusion ; en effet, dans un premier certificat médical d'arrêt de travail, le Dr C_____ diagnostique des lombalgies aiguës, alors que dans un deuxième certificat daté du même jour, il fait état d'une entorse cervicale. Il n'y a pas de description de l'événement. Il n'est toutefois pas exclu qu'un choc violent en avant dans le pare-brise entraîne à la fois des lombalgies et une entorse cervicale.

Le déroulement de l'accident est toutefois important afin de savoir si le recourant a été violemment projeté en avant et a percuté le pare-brise. Le premier constat du médecin traitant le jour de l'accident est également déterminant.

Faute de renseignements précis quant au déroulement de l'événement et des lésions constatées, la chambre de céans ne peut se prononcer sur ce point.

14. Concernant les troubles oculaires, le recourant soutient qu'ils font suite à l'événement du 13 février 2013 et se réfère aux documents médicaux produits. Il explique avoir souffert de douleurs cervicales et frontales, de maux de tête, puis de démangeaisons à l'œil gauche.

Le Dr D_____ indique dans son rapport du 8 juillet 2013, que le recourant se plaignait depuis 2-3 mois d'un flou visuel monoculaire gauche (cf. également rapport de consultation du 16 juillet 2013) et d'une baisse progressive de l'acuité visuelle depuis le mois de février 2013 (cf. rapport du Dr F_____ du 28 novembre 2013), qui ferait suite à un traumatisme crânien (cf. rapport du Dr G_____ du 17 décembre 2013 ; compte-rendu opératoire des Hospices civils de Lyon). L'examen ophtalmologique du 28 octobre 2013 a montré un décollement de rétine à l'œil gauche, pour lequel l'assuré a été opéré en décembre 2013. Le Dr H_____, dans son certificat médical du 3 novembre 2016, conclut à une baisse de l'acuité visuelle au niveau de l'œil gauche, secondaire à une atrophie de l'épithélium pigmentaire maculaire ; cet aspect est compatible avec des séquelles d'un éventuel traumatisme sévère au niveau de l'œil gauche.

Le médecin-conseil de l'intimée considère en revanche que le lien de causalité entre les troubles oculaires et l'événement du 13 février 2013 n'est très probablement pas établi, car un traumatisme direct n'a pas eu lieu à l'époque et le décollement de rétine est intervenu plus de quatre mois après l'accident. Il est par ailleurs possible que l'opération de la cataracte en 2008 ait pu provoquer un tel décollement, même plusieurs années après. Par ailleurs, la maladie de Marfan peut être responsable de plusieurs atteintes au niveau du globe oculaire, notamment la subluxation du cristallin, affection que le recourant présentait et qui a nécessité l'opération de la cataracte.

Le recourant réfute cette argumentation, rappelant que la maladie de Marfan n'a en réalité pas été diagnostiquée. En outre suite à l'opération de la cataracte en 2008, il n'a jamais présenté de problèmes jusqu'en 2013, après l'accident.

Force est de constater que la situation médicale du recourant n'est pas claire. Les avis des médecins qui ont traité le recourant ne sont pas dépourvus de toute pertinence, de sorte que la chambre de céans ne saurait les écarter sans autre. Le Dr L_____ mentionne la maladie de Marfan, diagnostic qui apparemment n'aurait pas été confirmé chez le recourant. Les aspects médicaux doivent être clarifiés par la mise en œuvre d'une expertise.

La chambre de céans n'est ainsi pas en mesure de se prononcer sur la question de la causalité entre les troubles oculaires et l'événement du 13 février 2013, notamment sur la question de savoir si, nonobstant un état préexistant - ce qu'il conviendra de déterminer - l'état a été causé ou aggravé par l'événement.

15. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 15 février 2018 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire, laquelle portera aussi bien sur les circonstances exactes de l'événement accidentel du 13 février 2013 (déroulement de l'événement, lésions constatées par le Dr C_____ le jour de la consultation), que sur le plan médical par la mise en œuvre d'une expertise.
16. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
17. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 15 février 2018.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
4. Condamne la SUVA à payer au recourant la somme de CHF 2'000.- à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de son mandataire.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente suppléante

Irene PONCET

Juliana BALDÉ

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le