

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 février 2016

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1, 10 al. 1, 16 al. 1 et 36 al. 1 LAA ; 11 OLAA

E n f a i t :

A. J. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait depuis le 9 janvier 2012 à 100% en qualité d'électricien auprès de l'entreprise R. _____ SA (R. _____ Sàrl jusqu'au 16 novembre 2014) à [...]. A ce titre, 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).

Par déclaration électronique de sinistre LAA du 27 juin 2012, l'assuré a indiqué qu'il avait été victime d'un accident professionnel le 25 juin 2012 au niveau de l'œil gauche sur un chantier, décrivant en ces termes le déroulement de l'accident : « un fil électrique en tournant m'a blessé l'œil ». L'assuré a consulté l'hôpital ophtalmique [...] où il a été relevé l'absence de corps étrangers hormis quelques débris petits au canthus interne de l'œil gauche et la présence d'une inflammation des paupières, constatations qui concordaient avec l'événement invoqué par le patient, soit la réception de corps étrangers dans l'œil gauche sur le lieu de travail. Les diagnostics de débris au canthus interne et de blépharite ont été retenus. Le traitement consistait en un rinçage et un traitement antibiotique. La CNA a pris en charge le cas et a versé les prestations légales.

Dans le cadre d'un entretien téléphonique du 19 mars 2013 avec un collaborateur de la CNA, l'assuré a indiqué que suite à son accident, il avait toujours des problèmes au niveau de son œil gauche, notamment de vision et qu'il consultait le Dr L. _____ [recte : Dr L. _____, spécialiste en ophtalmologie].

Par courrier du 15 mai 2013 à l'assuré, la CNA a constaté que d'après les documents à sa disposition, il avait à nouveau sollicité une aide médicale pour une affection couverte en son temps par l'assurance. Il était dès lors invité à faire le nécessaire auprès de son employeur actuel

afin qu'il déclare une rechute. La CNA se prononcerait sur la question des prestations d'assurance dès que toutes les pièces lui seraient parvenues.

Dans un rapport médical intermédiaire du 12 février 2015 à la CNA, le Dr L._____ a posé le diagnostic de probable érosion cornéenne gauche suite à l'accident du 25 juin 2012. Il a ajouté que l'assuré avait fait état de douleurs matinales à l'ouverture de l'œil le matin, mais qu'objectivement, il n'avait pas constaté d'érosion. Le pronostic était des « récurrences possibles ». Les consultations avaient lieu selon les besoins du patient, la dernière consultation s'étant déroulée le 27 octobre 2014. Il a précisé qu'il n'avait pas établi d'incapacité de travail.

Le 10 mars 2015, le Dr L._____ a complété à la demande de la CNA un questionnaire pour l'examen de l'acuité visuelle.

Au vu de ces éléments, la CNA a soumis le cas de l'assuré à la Dresse M._____, spécialiste en ophtalmologie et ophtalmochirurgie, médecin auprès de la division médecine des assurances, centre de compétences, laquelle a exposé ce qui suit :

"M. J._____ avait été victime d'une blessure par corps étranger de l'œil gauche le 25.06.2012 ; la cornée n'avait pas été blessée à cette occasion. A l'examen, les paupières étaient irritées ; de petites particules étrangères pouvaient être observées au niveau du canthus (extrémité du bord libre des paupières) et une blépharite était diagnostiquée. Il avait été procédé au lavage de l'œil, puis l'application locale d'antibiotiques et de gouttes ophtalmiques. Une rechute a eu lieu en février 2015. Le Dr L._____, ophtalmologue traitant, a postulé alors que M. J._____ avait subi une érosion cornéenne lors de l'évènement accidentel initial ; toutefois, le Dr L._____ n'était pas au courant des constatations qui avaient été recueillies à ce moment-là et qui indiquaient justement que l'assuré n'avait pas subi d'érosion de la cornée. D'ailleurs, le Dr L._____ n'a pas mis en évidence d'érosion cornéenne, lui aussi, mais il a prescrit des collyres et de la vitamine A. Il a aussi précisé que des consultations de contrôle étaient recommandées en cas de besoin et pas certifié d'incapacité de travail.

Par conséquent, l'on ne peut envisager de maladie à caractère récidivant dans le cas présent, puisqu'il n'y avait pas d'érosion de la cornée, mais uniquement une irritation provoquée par des particules étrangères. Lors de la première consultation, une blépharite avait été diagnostiquée ; il s'agit d'une inflammation chronique au bord

des paupières. La problématique oculaire dont M. J. _____ fait état est plutôt attribuable à cette affection particulière. Par conséquent, il n'y a pas de lien de causalité entre les troubles de l'assuré, constitutifs de la rechute déclarée, et l'événement accidentel initial, si l'on se fonde sur les différents rapports médicaux concernant le traumatisme ayant eu lieu à l'origine et sur les résultats des consultations de contrôle effectuées par la suite".

Par décision du 2 juin 2015, la CNA a refusé d'octroyer des prestations d'assurance en l'absence de lien de causalité avéré ou même probable entre l'accident du 25 juin 2012 et les lésions déclarées.

L'assuré, par son conseil, Me Ludovic Tirelli, s'est opposé à la décision précitée, estimant que sa gêne à l'œil gauche était en relation de causalité vraisemblable avec l'accident du 25 juin 2012, précisant n'avoir jamais eu de problème avec cet œil avant l'accident.

Par décision sur opposition du 4 septembre 2015, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et a confirmé sa décision du 2 juin 2015. Elle a considéré qu'il n'existait aucun élément médical déterminant qui imposait de procéder à des mesures d'éclaircissement complémentaires, respectivement d'admettre comme prouvé au degré de la vraisemblance prépondérante que les troubles à l'œil gauche réannoncés à la CNA ayant fait l'objet d'un traitement chez le Dr L. _____ étaient en relation avec l'accident du 25 juin 2012. La CNA a relevé que les constatations médicales et les conclusions de la Dresse M. _____ avaient entière valeur probante.

B. Par acte du 5 octobre 2015, J. _____ recourt contre la décision sur opposition du 4 septembre 2015. Il indique que suite à son accident sur un chantier, il a été soigné par le Dr L. _____ et a toujours un problème avec son œil. Il espère « reavoir » son œil tel qu'il était avant l'accident et que la CNA fasse le nécessaire pour l'obtenir. Dans un complément au recours du 23 octobre 2015, il soutient avoir perdu la capacité visuelle d'avant l'accident. Il demande enfin le « remboursement pour le défaut reçu ».

Dans sa réponse du 18 novembre 2015, l'intimée propose le rejet du recours en l'absence d'élément nouveau.

Dans sa réplique du 12 décembre 2015, le recourant sollicite la mise en œuvre d'une expertise susceptible de démontrer la réalité du dommage permanent depuis l'accident du 25 juin 2012.

Dans son écriture du 6 janvier 2016, l'intimée constate que le recourant n'a pas allégué d'élément nouveau et conclut au rejet du recours.

Les parties n'ont pas procédé plus avant.

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 recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui s'applique 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 let. a LPA-VD et art.

83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

b) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent ; il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le présent litige porte sur le droit du recourant à bénéficier des prestations de l'assurance-accidents, notamment la prise en charge du traitement médical, suite aux troubles oculaires ayant nécessité notamment une consultation le 27 octobre 2014 auprès du Dr L._____. Dans ce contexte, il conviendra en particulier de déterminer, à l'aune de la vraisemblance prépondérante, si la problématique présentée par le recourant remplit les conditions mises à la reconnaissance d'une rechute ou de séquelles tardives au sens de l'art. 11 OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202), singulièrement si elle se trouve en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 25 juin 2012, le recourant estimant que tel est le cas, alors que l'intimée considère que dits troubles ne sont pas en relation de causalité avec l'accident précité.

3. a) En vertu de l'art. 4 LPGA, 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. 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. L'assuré a droit, notamment, 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).

b) 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

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. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique 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 ; 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1 ; 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008 consid. 2.2 ; U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, l'inapplication de l'adage « post hoc, ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPG, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin.

Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006 consid. 6).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être

établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 117 V 359 consid. 4a ; 117 V 369 consid. 3a).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également 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 réf.cit. ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, comme c'est le cas en l'espèce, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et réf.cit.).

d) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. On parle en revanche de séquelles ou de suites 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. Les rechutes et suites tardives se

rattachent donc par définition à un événement accidentel. 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 293 consid. 2c et réf. cit.; TF 8C_69/2012 du 18 septembre 2012 consid. 2; TF 8C_260/2012 du 27 juin 2012 consid. 2).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3).

e) 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 impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse, si l'accident ne constitue pas ou 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*). 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 (TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2

; RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b).

Cela signifie que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2).

4. De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de façon 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et

bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et réf. cit.; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des 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. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître une valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit.; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2).

5. a) En l'espèce, il sied de constater que le recourant a annoncé une rechute le 19 mars 2013 signalant être en traitement auprès du Dr L._____ pour des troubles oculaires (notamment des douleurs matinales à l'ouverture de l'œil) lesquels, selon le recourant, sont liés à l'accident du 25 juin 2012, notamment en raison du fait qu'il a perdu la capacité visuelle qu'il avait avant l'accident. Toutefois, d'une part, comme le rappelle à juste titre la CNA, le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; cf. supra consid. 3b). D'autre part, le recourant ne met d'aucune manière cet élément en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. En effet, le recourant soutient avoir subi une lésion traumatique de l'œil sous forme d'une « érosion cornéenne » entraînant des troubles de la vision, allégation qui n'est corroborée par aucun document médical au dossier. Ainsi, à la suite de l'accident du 25

juin 2012, le recourant a subi un examen de l'œil à l'hôpital ophtalmique [...] qui a uniquement mis en évidence des débris au canthus interne et une blépharite (inflammation des paupières) nécessitant un traitement à base de rinçage, d'antibiotiques et de gouttes ophtalmiques (hydratation) (cf. rapport médical LAA du 5 juin 2013). Dit rapport n'a nullement évoqué une éventuelle érosion cornéenne. Le Dr L._____, que le recourant a consulté par la suite, n'a objectivement constaté aucune érosion cornéenne. Au chapitre de l'état actuel (subjectif et objectif), il s'est limité à mentionner des douleurs matinales à l'ouverture de l'œil le matin sans faire lui-même état de constatation objective. Il a prescrit des collyres et de la vitamine A, précisant que les consultations avaient lieu en cas de besoin et n'a attesté aucune incapacité de travail. Dans ce contexte, on s'étonne que le Dr L._____ ait été en mesure de poser le diagnostic de « probable érosion cornéenne gauche suite à l'accident du 25 juin 2012 », en l'absence de toute constatation objective concernant la présence d'une érosion cornéenne ou d'une autre pathologie. Le rapport de la Dresse M._____ a confirmé l'absence d'érosion de la cornée, diagnostic que l'hôpital ophtalmique [...] n'aurait pas manqué de signaler si tel avait été le cas. Elle a précisé que lors de la première consultation, une blépharite avait été diagnostiquée, soit une inflammation chronique au bord des paupières provoquée par des particules étrangères. Au vu des différents rapports médicaux concernant le traumatisme ayant eu lieu à l'origine et les résultats des consultations de contrôle effectuées par la suite, elle a conclu à l'absence de lien de causalité entre les troubles de l'assuré, constitutifs de la rechute déclarée, et l'événement accidentel initial. On doit par conséquent reconnaître une entière valeur probante à sa prise de position. On ajoutera à ce propos que le Dr L._____ n'a nullement mentionné la présence d'une blépharite lors de son examen du 27 octobre 2014. Enfin, contrairement à ce qu'invoque le recourant, aucun élément relatif à une baisse de l'acuité visuelle consécutive à l'accident ne ressort du dossier, le questionnaire y relatif complété par le Dr L._____ le 10 mars 2015 excluant une amputation du champ visuel ou des troubles de la coopération binoculaire.

b) Compte tenu de ce qui précède, il apparaît que l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident du 25 juin 2012 et les troubles de l'œil gauche réannoncés à l'intimée ne peut pas être qualifiée de vraisemblable, de telle sorte que c'est à juste titre que la CNA a nié le droit à des prestations fondées sur cet accident. Il ne saurait être reproché à cette dernière de n'avoir pas procédé d'office aux investigations suffisantes avant de rendre sa décision sur opposition. En l'occurrence, suite à la déclaration de rechute de l'intéressé, l'intimée a interpellé le Dr L._____, qui a complété le certificat médical LAA le 12 février 2015, ainsi que le questionnaire relatif à l'acuité visuelle. Elle a ensuite sollicité l'avis de la Dresse M._____, laquelle est médecin au centre de compétences de la CNA mais également spécialiste en ophtalmologie et ophtalmochirurgie. Cette dernière a considéré sur la base de ces renseignements médicaux qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre les plaintes de l'assuré et l'événement du 25 juin 2012. Au vu de ce qui précède, force est de constater que la CNA a mis en œuvre les mesures nécessaires, afin que les faits essentiels pour l'examen du droit aux prétentions du recourant soient établis. En tout état de cause, la mise en œuvre d'une expertise médicale n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a ; cf. TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

c) Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

6. La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Au vu de l'issue du litige, le recourant, qui n'est pas représenté dans la présente procédure et qui succombe, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA notamment).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue leCaisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- J. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :