

# **GE\_GERICHTE ATAS/5/2026 vom 9. Januar 2026**

GE Cour de justice, 2026-01-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_5\\_2026](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_5_2026)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/5/2026 du 9 janvier 2026

IT: GE\_GERICHTE ATAS/5/2026 del 9 gennaio 2026

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

A/3107/2025 - 10/20 - 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 pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 1.2**

Le délai de recours est de 30 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, compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août inclusivement, (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable.

### **E. 2**

Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents, singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 9 janvier 2023 et les troubles nasaux invoqués. Il ne porte toutefois pas sur les acouphènes dont se plaint le recourant, ni sur le lien de causalité entre l'accident du 9 janvier 2023 et ces troubles, l'intimée ayant expressément précisé que cette question ne faisait pas l'objet de la décision entreprise et que le recourant était libre de solliciter une décision sujette à opposition à cet égard.

### **E. 3.1**

Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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). 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

### **E. 3.2**

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).

A/3107/2025 - 11/20 -

### **E. 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 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 ; 119 V 335 consid. 1 ; 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. Selon la jurisprudence, l'utilisation par un médecin du terme « post-traumatique » ne suffit pas, à elle seule, à reconnaître un lien de causalité entre un accident et des troubles. En effet, on peut entendre par une affection « post-traumatique » des troubles qui ne sont pas causés par l'accident mais qui ne sont apparus qu'après l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_493/2023 du

### **E. 3.2.2**

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. 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 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 existerait 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). 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) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui

A/3107/2025 - 12/20 - invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.2).

### **E. 3.3**

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 ; 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 ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral U.351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

### **E. 3.4**

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 ; 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 U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. À cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.1 et les références). 4.

4.1 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale)

A/3107/2025 - 13/20 - supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, 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). 4.2 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 LPG), 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. À 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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). 4.3 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. Étant 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). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPG, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ;

A/3107/2025 - 14/20 - 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). 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 même faibles 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 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). 4.4 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 ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 5.

5.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent

A/3107/2025 - 15/20 - comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence). 5.2 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, 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 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).

## **E. 6**

mars 2023, en précisant ne l'avoir mentionné que dans son attestation du

### **E. 6.1**

En l'occurrence, l'intimée ne conteste pas le déroulement des faits rapportés par le recourant en lien avec l'évènement du 9 janvier 2023, ni leur caractère accidentel. Se fondant sur l'appréciation de ses médecins-conseils, elle considère toutefois qu'il n'existe aucun lien de causalité entre l'accident du 9 janvier 2023 et les troubles nasaux du recourant, raison pour laquelle elle refuse de prendre en charge l'opération préconisée par le

Dr B\_\_\_\_\_. Le recourant estime pour sa part, en se référant aux avis de ses médecins-traitants, que son obstruction nasale droite est en lien de causalité naturelle avec l'accident du 9 janvier 2023, lors duquel son visage a été frappé par une porte qui se refermait sur lui.

### **E. 6.2**

La chambre de céans observe en préambule qu'on ne saurait parler d'une rechute dans le cas du recourant, bien que l'employeur de ce dernier, sur le conseil

A/3107/2025 - 16/20 - de l'intimée, ait adressé à cette dernière, en date du 4 avril 2024, une déclaration de sinistre comportant cette mention. En effet, seul l'évènement du 9 janvier 2023 ressort du dossier de l'intimée, étant rappelé que le Dr B\_\_\_\_\_ avait déjà préconisé, dans son rapport du 6 mars 2023, la réalisation d'une septoplastie, laquelle a vraisemblablement été repoussée en raison du fait que le recourant devait également subir une intervention chirurgicale du genou, et non parce que son atteinte aurait été considérée comme guérie dans l'intervalle.

### **E. 6.3**

Il convient de déterminer si les appréciations médicales sur lesquelles s'est fondée l'intimée pour rendre la décision querellée peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il sied tout d'abord de relever que celles-ci se fondent sur l'ensemble des rapports médicaux pertinents du dossier et rapportent les plaintes du recourant quant à ses problèmes de respiration nasale. Elles mentionnent également le diagnostic de status après contusion du visage/nez « avec une porte » et expliquent de façon cohérente pourquoi le lien de causalité naturelle entre l'accident du 9 janvier 2023 et les troubles nasaux n'est pas retenu. Sur le fond, les médecins-conseils de l'intimée ont indiqué ce qui suit. S'agissant du Dr E\_\_\_\_\_, premier médecin-conseil de l'intimée à avoir traité le dossier du recourant, celui-ci a relevé qu'il n'existait aucune documentation médicale permettant d'établir l'existence d'une lésion nasale d'origine traumatique consécutive à l'accident du 9 janvier 2023. En outre, le rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 6 mars 2023 ne faisait aucune mention d'un hématome septal, contrairement à son attestation du 10 juillet 2024. Un hématome septal avait du reste été exclu par le service des urgences de l'Hôpital de La Tour dans son rapport du 10 janvier 2023. Enfin, la turbinectomie partielle des cornets prévue simultanément à la septoplastie concernait selon lui une pathologie indépendante de l'accident. Le Dr G\_\_\_\_\_ a pour sa part confirmé l'appréciation du Dr E\_\_\_\_\_ dans son avis du 26 mai 2025, en relevant que les pièces du dossier ne faisaient pas état d'une fracture du nez ou du septum, mais uniquement d'une déviation du septum et d'une hyperplasie des cornets nasaux inférieurs. D'après lui, si un hématome avait été causé par l'accident, il se serait résorbé depuis et ne serait plus visible. En outre, un hématome septal aurait dû être évacué chirurgicalement en urgence afin d'éviter une perforation du septum. L'hyperplasie des cornets nasaux n'était quant à elle pas post-traumatique, mais endogène. Il appert ainsi que l'exclusion de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 9 janvier 2023 et les atteintes nasales du recourant repose sur une analyse cohérente de la documentation médicale du dossier, étant notamment rappelé que le rapport établi par le service des urgences de l'Hôpital de La Tour en date du 10 janvier 2023 et le CT-scan réalisé par le Prof. F\_\_\_\_\_ le 1er avril

A/3107/2025 - 17/20 - 2025 ne témoignent pas de la présence d'un hématome septal, ni de celle d'une fracture. Les avis des médecins-conseils de l'intimée sont pour le surplus

exempts de toute contradiction et comportent des conclusions convaincantes et motivées. Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre que les appréciations des médecins-conseils de l'intimée doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante.

#### **E. 6.4**

Il y a désormais lieu d'examiner si les avis des médecins du recourant, singulièrement ceux du Dr B\_\_\_\_\_, sont de nature à remettre en cause le bien-fondé des conclusions des médecins-conseils de l'intimée, étant rappelé que des doutes mêmes minimes sur leur validité doivent conduire à la mise en œuvre d'investigations supplémentaires, dès lors que l'intimée a statué sur le dossier du recourant sans avoir recours à une expertise au sens de l'art. 44 LPGA. La chambre de céans relève tout d'abord que le fait que les médecins-conseils de l'intimée n'aient pas personnellement examiné le recourant n'est pas en soi de nature à dénier toute valeur probante à leur appréciation, dès lors qu'il se sont fondés sur les rapports médicaux des thérapeutes consultés par le recourant, qui l'ont examiné, ainsi que sur le CT-scan réalisé par le Prof. F\_\_\_\_\_. À cet égard, le Prof. F\_\_\_\_\_ a constaté, dans son rapport médical du 1er avril 2025, la présence d'une déviation septale et d'une obstruction nasale, confirmées par le CT-scan effectué, en précisant que cette obstruction nasale mécanique « serait » apparue à la suite de l'accident du 9 janvier 2023. L'emploi du conditionnel par le Prof. F\_\_\_\_\_ montre qu'il ne prend pas formellement position sur l'existence d'un lien de causalité entre le choc subi par le recourant en date du 9 janvier 2023 et l'existence des atteintes diagnostiquées. Son rapport ne précise du reste pas si la déviation septale et l'obstruction nasale sont d'origine traumatique. Concernant la prise en charge du recourant par le service des urgences de l'Hôpital de La Tour, il ressort du rapport du 10 janvier 2023 qu'il présentait une dermabrasion minimale au niveau du nez et un saignement rapidement tari. Il n'y avait pas d'hématome à la face, ni de mobilité au niveau du nez. Il ne présentait pas non plus d'hématome au niveau septal. Un diagnostic de traumatisme mineur du nez avec dermabrasion non suturée avait été retenu, sans que des soins supplémentaires soient prévus. Le Dr C\_\_\_\_\_ a quant à lui relevé, dans son rapport du 12 août 2024, que le choc accidentel sur le nez du recourant avait immédiatement provoqué une obstruction nasale permanente du côté droit et qu'au vu de cette obstruction nasale post-traumatique, une septoplastie était indiquée. Dans son rapport du 30 septembre suivant, le Dr C\_\_\_\_\_ a précisé que le choc subi par le recourant s'était rapidement compliqué d'une narine bouchée à droite de manière permanente, étant relevé qu'il ne présentait pas de symptômes ORL avant son

A/3107/2025 - 18/20 - accident. L'obstruction nasale était donc attribuée au choc traumatique du mois de janvier 2023. S'il est vrai, comme le souligne l'intimée dans la décision querellée, que l'emploi du terme « post-traumatique » ne suffit pas à lui seul à reconnaître un lien de causalité entre un accident et des troubles, il appert néanmoins que le Dr C\_\_\_\_\_ a explicitement indiqué que l'accident du recourant avait provoqué l'obstruction nasale dont il souffrait. Son avis n'est toutefois pas de nature à remettre en cause celui des médecins-conseils de l'intimée, dès lors qu'il ne se fonde sur aucun élément médical du dossier et ne comporte pas d'explications soutenant son appréciation.

#### **E. 6.5**

La chambre de céans observe toutefois que les différentes prises de position du Dr B\_\_\_\_\_ sont de nature à instiller des doutes quant au bien-fondé des conclusions des

médecins-conseils de l'intimée. En effet, dans son rapport du 30 janvier 2025, le Dr B\_\_\_\_\_ a expliqué avoir constaté la présence d'un hématome de la cloison nasale dès sa consultation du

#### **E. 10**

juillet 2024 au motif que le médecin-conseil de l'intimée demandait alors plus de détails sur l'origine de la déformation du septum nasal. En outre, il a souligné – à raison – que le recourant, lors de sa prise en charge aux urgences, n'avait pas été examiné par un médecin ORL, ce qui pouvait expliquer qu'aucun hématome n'ait été remarqué lors de sa consultation au service des urgences de l'Hôpital de La Tour. Par ailleurs, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que des causes différentes d'une fracture pouvaient être à l'origine d'une déviation du septum nasal, telles qu'une déformation osseuse ou cartilagineuse, respectivement un hématome. Partant, le fait que le CT-scan réalisé par le Prof. F\_\_\_\_\_ ne montre pas une ancienne fracture du nez ou du septum ne signifie pas nécessairement que la déviation du septum et l'obstruction en découlant ne sont pas d'origine traumatique. Concernant la critique adressée par les médecins-conseils de l'intimée au Dr B\_\_\_\_\_ s'agissant de l'absence d'imagerie médicale en lien avec les troubles nasaux, celui-ci a expliqué que le diagnostic d'une déformation symptomatique du septum ne se posait pas sur la base d'un examen radiologique, mais sur celle d'un examen clinique. Il sera également souligné que moins de deux mois après l'accident, le Dr B\_\_\_\_\_ a constaté, par son examen clinique du recourant, la présence d'une obstruction nasale sur déformation post-traumatique du septum, étant rappelé que la déviation septale et l'obstruction nasale ont par la suite été confirmées par le CT-scan réalisé par le Prof. F\_\_\_\_\_. À cet égard, il n'est pas vain de relever que l'ampleur de cette atteinte justifie, selon le Dr B\_\_\_\_\_, de pratiquer une septoplastie, intervention chirurgicale dont la pertinence n'est pas remise en cause par les médecins-conseils de l'intimée. Il est

A/3107/2025 - 19/20 - ainsi tout à fait vraisemblable que la déviation septale dont souffre le recourant soit due à l'accident du 9 janvier 2023 dans la mesure où il ressort du rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 6 mars 2023 que le recourant s'est plaint d'une obstruction nasale depuis cet événement et qu'une déviation septale a été constatée par le Dr B\_\_\_\_\_ quelques semaines plus tard. Quant à la turbinectomie partielle des cornets, dont le Dr E\_\_\_\_\_ a estimé qu'elle ne visait pas à une pathologie d'origine accidentelle, le Dr B\_\_\_\_\_ a expliqué de façon convaincante que ce geste chirurgical était nécessité par le contexte d'une correction chirurgicale d'une déformation du septum nasal complexe, dont le résultat fonctionnel post-opératoire n'était jamais garanti, de sorte qu'il n'était pas rare d'effectuer un geste chirurgical sur les cornets afin d'améliorer la perméabilité nasale. Compte tenu de ce qui précède et en l'absence d'expertise confiée par l'intimée à un médecin externe spécialisé ORL, il se justifie de lui renvoyer la cause afin qu'elle mette en œuvre une expertise ORL, avant de rendre une nouvelle décision portant sur le lien de causalité naturelle entre les atteintes présentées par le recourant et son accident et, par conséquent, sur son droit à la prise en charge de l'opération préconisée par le Dr B\_\_\_\_\_. Il peut ainsi être renoncé à l'audition du recourant et à celle des témoins mentionnés à l'appui de certains allégués de son mémoire de recours. 7.

7.1 Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour mise en œuvre d'une expertise et nouvelle décision. 7.2 Le recourant obtenant partiellement gain de cause et étant assisté d'un avocat, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée au titre de participation à ses frais et dépens

(art. 61 let. g LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03). 7.3 Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA).

\*\*\*\*\*

A/3107/2025 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant À la forme :

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