

VD_GERICHTE ZA13.047262 vom 23. Oktober 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-10-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA13.047262

FR: VD_GERICHTE ZA13.047262 du 23 octobre 2014

IT: VD_GERICHTE ZA13.047262 del 23 ottobre 2014

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 106/13 - 108/2014 ZA13.047262 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 octobre 2014 _____ Présidence de Mme DI FERRO
DEMIERRE Juges : Mmes Thalmann et Röthenbacher Greffière : Mme Barman Ionta
***** Cause pendante entre : R. _____, à [...] (France), recourant, et CAISSE
NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée.
_____ Art. 6 al. 1 LAA ; 11 OLAA 402

- 2 - E n f a i t : A. Le 11 janvier 1998, R. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1954, a été victime d'une perforation traumatique du tympan gauche, une branche ayant pénétré son oreille alors qu'il était à la chasse. Une tympanoplastie a été réalisée le 1er avril 1998. Un cholestéatome de la greffe a nécessité une nouvelle intervention (reprise de tympanoplastie gauche) le 7 juin 1999. L'assuré a présenté des acouphènes, préexistant à l'intervention, et une dysfonction tubaire gauche relativement constante, à laquelle s'associait, par intermittence, une gêne sourde au fond de l'oreille. R. _____ a œuvré comme monteur auprès de la société [...] SA à [...] (VD) dès le 3 janvier 1998. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) contre le risque d'accidents et de maladies professionnelles, dans le cadre de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20). Par déclaration du 15 mai 1998, il a annoncé l'accident survenu le 11 janvier précédent. La CNA a garanti le versement des prestations légales d'assurance pour les suites de l'événement du 11 janvier 1998 (frais de traitement et indemnités journalières). Souffrant continuellement d'un sifflement dans son oreille gauche, l'assuré a été adressé au Dr F. _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, médecin au Z. _____. L'examen réalisé le 18 septembre 2002 a conduit le Dr F. _____ a posé les diagnostics d'acouphène dans les hautes fréquences gauches situées à 6000 Hz, de tympan scléreux gauche et séquelles de chirurgie auriculaire. Dans son rapport du 10 octobre 2002, il faisait notamment les constatations suivantes : « Ce patient présente donc un acouphène de l'oreille gauche associé à une surdité légère mixte du même côté. Selon les renseignements en ma possession [...], il semble que cet acouphène gauche était déjà présent avant l'intervention et que le patient avait attendu de celle-ci qu'il disparaisse. En regardant l'examen audiométrique, il apparaît effectivement possible que cet acouphène était déjà

- 3 - présent avant son accident car la courbe audiométrique aussi du côté droit montre une péjoration de l'audition dans les hautes fréquences qui est moins importante que du côté gauche. Par ailleurs, ce type d'acouphène a finalement très peu de chance de disparaître lors d'une intervention car son origine est probablement au niveau de l'oreille interne voire plus loin et non au niveau de l'oreille moyenne, zone qui est concernée par une intervention. L'handicap auditif présenté par le patient est lui en relation avec cette perforation

traumatique et les séquelles liées aux deux interventions qui ont été nécessaires pour améliorer la situation. Ce type de problème pourrait être d'ailleurs tout à fait bien corrigé à l'aide d'un appareil acoustique. » Par décision du 6 décembre 2002, la CNA a alloué à l'assuré une indemnité de 4'860 fr. pour une atteinte à l'intégrité de 5%. Elle a refusé l'allocation d'une rente, au motif que les séquelles de l'accident ne réduisaient pas la capacité de gain de façon importante. Dès 2003, l'assuré a fait usage d'un appareil acoustique. Les frais y relatifs ont été pris en charge par la CNA. B. En juillet 2009, l'assuré a fait part à la CNA de la persistance d'une surdité mixte de l'oreille gauche ainsi que de l'acouphène. A la demande de l'assureur-accidents, un certificat médical établi par le Dr B. _____, oto-rhino-laryngologiste exerçant en France, a été remis à la CNA. Aux termes de ce rapport du 23 octobre 2009, l'assuré présentait une superficialisation du tympan gauche séquellaire, une surdité (audio recto), des acouphènes et des vertiges. Le Dr B. _____ mentionnait un éventuel changement de prothèse auditive. Le 1er décembre 2009, l'assuré a informé la CNA de l'essai d'un nouvel appareillage acoustique. Il disait avoir remarqué une nette amélioration au niveau des acouphènes et au niveau auditif, et espérait que les vertiges disparaîtraient. En janvier 2011, l'assuré a écrit à la CNA ne pas avoir constaté beaucoup d'amélioration à son état avec le nouvel appareillage auditif

- 4 - porté depuis dix mois, les vertiges et les acouphènes étant toujours présents. Il précisait ne plus pouvoir faire de sport, travailler, ni conduire. Dans un certificat du 16 janvier 2012 remis à la CNA, le Dr B. _____ a indiqué, en sus de ce qui était exposé dans son certificat de 2009, des « vertiges positionnels augmentés depuis quelques mois. VNG Hyper-réactivité de l'oreille gauche aux épreuves caloriques. TT Betahistine. ». Les résultats de l'examen vidéonystagmographique (VNG) et audiométrique réalisé le jour même ont également été transmis. Le 13 juillet 2012, la CNA a informé l'assuré que selon les renseignements médicaux en sa possession, l'accident du 11 janvier 1998 ne justifiait pas l'octroi d'autres prestations que la prise en charge d'un appareil auditif. Les plaintes de l'assuré relatives à la persistance d'acouphènes, de vertiges et d'une surdité presque totale de l'oreille gauche ont mené la CNA à interpellé la Dresse Q. _____, nouvelle spécialiste en oto-rhino-laryngologie consultée par l'assuré. Dans un rapport du 9 novembre 2012, la Dresse Q. _____ a exposé qu'à l'examen du 9 octobre précédent, elle retrouvait des signes d'atteinte vestibulaire périphérique gauche. Sur le plan audiométrique, il était mis en évidence une surdité mixte à gauche avec des seuils auditifs moyens aux alentours de 70 dB, l'audition à droite étant normale. Elle a indiqué avoir demandé la réalisation d'un scanner des rochers pour rechercher une éventuelle fistule labyrinthique ainsi qu'un examen neuro-otologique exhaustif avec vidéonystagmographie. Se fondant sur les pièces au dossier, le Dr L. _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, médecin d'arrondissement de la CNA, a rédigé un rapport le 12 février 2013. Il considérait qu'une éventuelle péjoration importante des troubles de l'assuré, et notamment de son acouphène, ne constituait plus une suite directe de l'accident du 11 janvier 1998, et qu'il convenait de chercher l'origine des troubles dans des circonstances étrangères à l'accident. Il précisait toutefois que son

- 5 - affirmation n'aurait de caractère définitif qu'à réception des rapports d'examens préconisés par la Dresse Q. _____. L'assuré a remis à la CNA les rapports d'examens réalisés en octobre 2012. Le résultat de la tomодensitométrie (TDM) des rochers, réalisée le 9 octobre 2012, faisait apparaître un syndrome d'instabilité depuis quelques mois avec déficit gauche. Sur le plan audiométrique, l'assuré présentait une surdité mixte à gauche à

60 dB. Le compte-rendu de vidéonystagmographie (VNG) du 22 octobre 2012 indiquait des épreuves oculomotrices normales, l'absence de nystagmus spontané et de position, l'absence de signe d'une fistule, l'absence de prépondérance directionnelle en VVOR (Visual Vestibulo Ocular Reflex) et VOR (Vestibulo Ocular Reflex), un index de fixation oculaire normal et l'absence de déficit vestibulaire. Les conclusions du compte-rendu étaient retranscrites comme suit : « Examen vestibulaire normal. Prévoir kiné vestibulaire. Probable dépendance visuelle ». Dans un document séparé relatif à une demande de séances de kinésithérapie vestibulaire, la Dresse H. _____ écrivait ceci : « Instabilité chronique. VNG normal. Pas de signe de la fistule... Dépendance visuelle ». Le 7 juin 2013, la Dresse V. _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, médecin d'arrondissement de la CNA, a fait part de son appréciation, rédigée en ces termes (traduit de l'allemand en français) : « Je me réfère à l'appréciation médicale du Dr L. _____ du 12.02.2013. Les examens de contrôles vidéonystagmographiques qui avaient été demandés sont maintenant à notre disposition. Monsieur R. _____ avait souffert il y a 15 ans environ d'une perforation traumatique du tympan gauche qui avait pu être refermée avec succès grâce à 2 interventions chirurgicales. Sur un plan fonctionnel, l'assuré présente comme précédemment une surdité combinée de gravité moyenne du côté gauche ; de ce fait, une garantie de remboursement des coûts inhérents à un appareillage auditif de niveau d'indication 2 (ancien système tarifaire) lui avait été accordée par la Suva en 2010 à la charge de l'événement accidentel. Dans l'intervalle, l'assuré s'est plaint de troubles vertigineux répétés qui ont été contrôlés et documentés par vidéonystagmographie en janvier et octobre 2012 par le Dr H. _____, spécialiste ORL. A cette occasion, l'examen calorimétrique comme la vidéonystagmographie avaient permis d'exclure la présence d'un trouble de la fonction vestibulaire

- 6 - périphérique en raison de l'événement accidentel. A l'examen clinique également, il n'y a avait pas de signes d'une éventuelle fistule labyrinthique. De même, le CT-scan de la région crânienne du 18.10.2012 révélait une bonne pneumatisation des 2 rochers ; aucune fistule labyrinthique ne pouvait être mise en évidence. Par conséquent, l'on peut exclure d'un point de vue otologique que les troubles vertigineux rapportés par l'assuré soient attribuables à l'événement accidentel d'il y a 15 ans. Monsieur R. _____ présente aussi un acouphène qui le gêne subjectivement. A ce sujet, nous lui conseillons de faire contrôler une nouvelle fois son appareillage auditif par un acousticien ; il s'agit d'une prothèse auditive de marque Siemens et de type SYR 701, qui avait été adaptée par l'audioprothésiste [...] en 2010. En effet, il n'est pas rare que l'on puis[s]e masquer plus efficacement les symptômes de l'acouphène par un nouveau réglage fin. » Par courrier du 26 juin 2013, la CNA a informé l'assuré que de l'avis de son service médical, il pouvait être exclu, d'un point de vue otologique, que les troubles vertigineux rapportés soient attribuables à l'événement accidentel d'il y a 15 ans. La CNA lui conseillait de faire contrôler son appareillage auditif, indiquant qu'il n'était pas rare que l'on puisse masquer plus efficacement les symptômes de l'acouphène par un nouveau réglage fin. Le 31 juillet 2013, l'assuré a répondu ne pas comprendre la position de la CNA dans la mesure où l'assurance savait pertinemment que sa perte d'audition de plus de 65% de l'oreille gauche, son acouphène et ses vertiges étaient dus à l'accident survenu en 1998. Par décision du 20 août 2013, la CNA a confirmé les termes de son courrier, savoir qu'il n'existait aucun lien de causalité certain ou pour le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre l'événement du 11 janvier 1998 et les troubles vestibulaires annoncés. Le 3 octobre 2013, elle a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision du 20 août

précédent. A titre préliminaire, elle a relevé que seule était litigieuse la question de savoir si les vertiges présentés par l'assuré concernaient la CNA, précisant par ailleurs avoir suggéré à l'assuré de faire contrôler une nouvelle fois son appareillage auditif par un acousticien. Reprenant l'appréciation de la Dresse

- 7 - V. _____, la CNA a relevé que s'agissant d'une question essentiellement médicale, il n'existait aucun élément permettant de douter de l'analyse effectuée en toute connaissance de cause par la spécialiste précitée, qu'il convenait de lui accorder entière valeur probante et de conclure que c'était à bon droit que la CNA avait refusé d'engager sa responsabilité pour les vertiges présentés par l'assuré. C. Le 30 octobre 2013, la CNA a transmis à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, comme valant recours contre sa décision sur opposition du 3 octobre 2013, un courrier de R. _____ daté du 16 octobre 2013. Dans son écriture, le recourant soutient en substance que sa perte d'ouïe de l'oreille gauche, son acouphène et ses vertiges sont dus à l'accident survenu en 1998, et non à autre chose. Il fait grief à l'intimée de se fonder sur l'avis de médecins qui ne l'ont pas reçu en consultation, soulignant au demeurant que « tous les médecins ou professeurs n'ont jamais maîtrisé à 100% l'oreille interne de l'être humain ». Le 31 décembre 2013, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, soulignant que le recourant ne faisait valoir aucun élément médical nouveau. Dans ses déterminations du 15 janvier 2014, adressées à la CNA et remises céans, le recourant relève qu'il est normal qu'il ne fasse valoir aucun élément médical nouveau dans la mesure où son cas ne peut s'améliorer mais, au contraire, s'aggrave. Il réitère ses précédentes allégations, expose avoir tenté de faire régler son appareil auditif mais en vain et mentionne ne plus pouvoir travailler. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations

- 8 - expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance- accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (art. 58 al. 2 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, la valeur litigieuse excède manifestement 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats et non par un juge unique (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01] ; art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD). d) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et transmis au tribunal compétent à raison du lieu, compte tenu du domicile du recourant en France et du

domicile de son dernier employeur dans le canton de Vaud (cf. art. 58 al. 2 LPGA). Il respecte en outre les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

- 9 - 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a). b) En l'occurrence, le litige porte sur le point de savoir si la caisse intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 3 octobre 2013, à refuser de verser les prestations d'assurance pour les éventuelles suites de l'événement du 11 janvier 1998, soit les troubles vestibulaires présentés par l'assuré. Quant à la question des prestations d'assurance pour la perte de l'ouïe de l'oreille gauche et l'acouphène, abordée par le recourant, elle n'est pas l'objet de la présente procédure, la décision du 20 août 2013 respectivement la décision sur opposition du 3 octobre 2013 ne se prononçant que sur les troubles vestibulaires. Il sied de relever que par courrier du 26 juin 2013, la CNA a suggéré à l'assuré de faire contrôler une nouvelle fois son appareillage auditif, s'agissant des symptômes de l'acouphène. 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, et sous réserve de dispositions spéciales de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. b) Selon la jurisprudence relative aux prestations accordées selon la LAA en cas d'accident professionnel et non professionnel (cf. art. 6 al. 1 LAA), le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette

- 10 - exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua none de celle-ci. 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'assureur ou, 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. Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b). Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; TF 8C_638/2011 du 23 août 2012 consid. 3) ; 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_919/2010 du 3 novembre 2011 consid. 5). 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

- 11 - ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 précité consid. 3.2 ; 129 V 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a). Ainsi, l'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base de l'appréciation médicale, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvé à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante (ATF 119 V 335 consid. 4c). c) 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 [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). 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 les références citées ; 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

- 12 - prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3). 4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale

soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2). Selon la jurisprudence, la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 5. In casu, il s'agit de déterminer si les troubles vertigineux rapportés par le recourant dès l'automne 2009 sont la conséquence

- 13 - probable de la perforation traumatique du tympan gauche survenue lors de l'accident du 11 janvier 1998. a) Dans les suites de l'accident, l'assuré a présenté un acouphène de l'oreille gauche associé à une surdité mixte du même côté. Il n'est pas fait état, dans les rapports médicaux figurant au dossier, de plaintes relatives à des troubles vestibulaires avant octobre 2009, lorsque le Dr B._____ mentionne la présence de vertiges. En janvier 2012, ce spécialiste retient une augmentation, depuis quelques mois, des vertiges positionnels et constate une hyper-réactivité de l'oreille gauche à la suite de l'examen calorimétrique et la vidéonystagmographie. Lors de l'examen réalisé en octobre 2012, la Dresse Q._____ constate des signes d'atteinte vestibulaire périphérique gauche ; elle préconise un scanner des rochers et un examen neuro-otologique avec vidéonystagmographie. La tomodensitométrie des rochers fait apparaître un syndrome d'instabilité, présent depuis quelques mois, avec déficit gauche. La vidéonystagmographie montre l'absence de signe d'une fistule, l'absence de prépondérance directionnelle en VVOR et VOR et l'absence de déficit vestibulaire. L'examen vestibulaire se révèle ainsi normal. Se prononçant sur les documents médicaux au dossier, la Dresse V._____ relève que l'examen calorimétrique comme la vidéonystagmo-graphie ont permis d'exclure la présence d'un trouble de la fonction vestibulaire périphérique en lien avec l'événement accidentel. De plus, le scanner a révélé une bonne pneumatisation des deux rochers et aucune fistule labyrinthique n'a pu être mise en évidence. Elle exclut dès lors que les troubles vertigineux rapportés par l'assurés soient attribuables à l'événement accidentel survenu quinze ans plus tôt. Précédemment, le Dr L._____ se disait pratiquement sûr, sous réserve des résultats des examens préconisés par la Dresse Q._____, que l'éventuelle péjoration des troubles de l'assuré ne constituait plus une suite directe de l'accident du 11 janvier 1998, et qu'il convenait d'en chercher l'origine dans des circonstances étrangères à l'accident.

- 14 - b) Si les Drs B._____ et Q._____ mentionnent des signes d'atteinte vestibulaire et les séquelles de l'accident de 1998, savoir la surdité mixte et l'acouphène de l'oreille gauche, ils ne se prononcent pas sur l'existence d'un lien de causalité. Seul le recourant considère que les troubles vertigineux sont attribuables à l'événement assuré ; il ne fonde son allégation sur aucune appréciation médicale, soutenant uniquement que ses troubles ne sont pas dus à autre chose. Or c'est le lieu de rappeler que le seul fait que des symptômes douloureux ou des atteintes se sont manifestés après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident mais revient à raisonner selon le principe « post hoc, ergo propter hoc » (cf. consid. 3b supra). La

Dresse V._____ expose de façon claire les raisons pour lesquelles les troubles vertigineux ne résultent pas de l'atteinte à l'oreille gauche survenue en janvier 1998. Elle rappelle que les seules lésions mises en évidence chez l'assuré dans les suites de l'accident sont une perforation traumatique du tympan gauche, refermée avec succès grâce à deux interventions chirurgicales, et qu'il persiste une surdité combinée de gravité moyenne du côté gauche pour laquelle l'intimée a garanti le remboursement des coûts inhérents à un appareillage auditif. Se référant aux documents relatifs aux examens pratiqués en octobre 2012, la Dresse V._____ retient l'absence de trouble de la fonction vestibulaire périphérique en relation avec l'événement accidentel et l'absence de fistule labyrinthique. Elle exclut de ce fait l'existence d'une relation de causalité entre les troubles vertigineux rapportés par l'assuré et l'accident de janvier 1998. Aucun élément ne justifie de s'écarter de l'appréciation de la Dresse V._____, dont la valeur probante ne saurait être mise en doute (cf. consid. 4 supra). Son analyse a été effectuée en pleine connaissance du dossier, notamment de l'anamnèse, des plaintes exprimées et des examens réalisés en octobre 2012. Il n'est apporté au demeurant aucune pièce médicale susceptible d'infirmier les considérations de la Dresse V._____. Il sied à cet égard de rappeler qu'il incombe à l'assuré –

- 15 - qui annonce une rechute ou des séquelles tardives – 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 (cf. consid. 3c supra). Or on ne peut que constater l'échec du recourant à ce sujet, lequel ne produit aucun élément médical subséquent qui viendrait mettre en doute le bien-fondé des considérations du médecin d'arrondissement. Ainsi, sur le fond, le recourant ne formule aucune critique à l'encontre du rapport établi par la Dresse V._____ et ne cherche pas à démontrer au moyen d'une argumentation précise et étayée que les conclusions de cette dernière seraient erronées. Il ne mentionne pas d'éléments de nature clinique ou diagnostique que les spécialistes qu'il a précédemment consultés auraient mis en évidence et qui auraient été ignorés par le médecin d'arrondissement de la CNA. S'agissant de l'allégation du recourant relative au fait que « tous les médecins [...] n'ont jamais maîtrisé à 100% l'oreille interne », elle n'est que subjective et dénuée de pertinence. En effet, il résulte du registre des professions médicales publié par l'OFSP (Office fédéral de la santé publique) que les Drs L._____ et V._____ ont obtenu, respectivement en 1984 et 1990, le titre de spécialiste en oto-rhino-laryngologie. Il ne se justifie dès lors pas de mettre en doute leurs compétences à se prononcer sur des questions otologiques, et en particulier sur le dossier du recourant. Par ailleurs, le fait que la Dresse V._____ n'a pas examiné personnellement le recourant ne permet pas de douter du bien-fondé de son appréciation. Selon la jurisprudence, un rapport médical établi uniquement sur la base d'un dossier a valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (arrêt U 492/00 du 31 juillet 2001 consid. 3 in RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d et U 194/00 du 15 mars 2011 consid. 3c/ee, non publié in ATF 127 V 106). En l'occurrence, la Dresse V._____ s'est prononcée sur la base du dossier et des résultats d'examens radiographiques remis par le recourant. Ce dernier n'expose au

- 16 - demeurant pas les raisons qui conduirait à ce qu'un examen personnel eut été nécessaire en lieu et place de l'examen de l'ensemble de son dossier. Les critiques du recourant concernant les médecins d'arrondissement de la CNA apparaissent ainsi dénuées de pertinence. Il ne développe pas une argumentation propre à démontrer le caractère

insoutenable des constatations de l'intimée ou à établir, sur la base d'avis médicaux revêtant plein valeur probante, l'existence de doutes quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation de la Dresse V._____. c) Partant, à l'aune de ce qui précède, la Cour de céans retient que les troubles vertigineux rapportés par le recourant ne sont, au degré de vraisemblance prépondérante, pas en relation de causalité naturelle avec l'événement du 11 janvier 1998. Il n'y a dès lors pas lieu, en l'état, d'examiner s'il existe un lien de causalité adéquate (cf. consid. 3b supra). 6. En définitive, l'existence d'un lien de causalité naturelle – et adéquate – entre l'accident du 11 janvier 1998 et les troubles annoncés à l'automne 2009 n'est pas établie au degré de vraisemblance prépondérante. Aussi, l'intimée était-elle fondée, par sa décision sur opposition du 3 octobre 2013, à nier le droit du recourant à des prestations d'assurance pour les troubles vertigineux rapportés. Le recours doit dès lors être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée. a) La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice (cf. art. 61 let. a LPGA). N'obtenant pas gain de cause, le recourant ne peut prétendre de dépens (cf. art. 61 let. g LPGA). b) Quoique l'intimée obtienne gain de cause, elle ne saurait prétendre des dépens de la part du recourant. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant une juridiction de première instance n'a pas droit à des dépens, sous réserve

- 17 - du cas où le demandeur a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (cf. ATF 126 V 143 consid. 4), ce qui n'est pas réalisé en l'espèce. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 3 octobre 2013 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La présidente : La greffière :

- 18 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - R._____ - Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents - Office fédéral de la santé publique 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). La greffière :

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