



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3107/2025

ATAS/5/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 janvier 2026

Chambre 9

En la cause

A _____
représenté par Me Renato CAJAS, avocat

recourant

contre

**CNA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS**

intimée

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, présidente; Andres PEREZ et Michael
RUDERMANN, juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1976, a été employé en qualité de concierge par la Ville de Vernier (ci-après : l'employeur) à compter du 1^{er} janvier 2010.
- b.** Dans ce cadre, 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).
- c.** Par déclaration de sinistre du 12 janvier 2023, l'employeur de l'assuré a expliqué à la CNA que ce dernier s'était blessé en date du 9 janvier 2023 de la façon suivante : « [l'assuré] a ouvert la porte d'entrée de l'école pour contrôler la fermeture de cette dernière. En se retournant, la porte s'est refermée sur lui », ce qui avait occasionné une blessure au nez.
- d.** À teneur du rapport médical du service des urgences de l'Hôpital de La Tour du 10 janvier 2023, l'assuré avait été pris en charge le 9 janvier 2023 en raison d'un traumatisme maxillo-facial. Il présentait une dermabrasion minime au niveau du nez et un saignement rapidement tari. Il ne présentait pas d'hématome au niveau septal, ni de mobilité au niveau du nez. Un diagnostic de traumatisme mineur du nez avec dermabrasion non suturée était retenu. Une désinfection avait été effectuée et des « steri-strip » avaient été posés. Des soins supplémentaires n'étaient pas prévus.
- e.** Dans un rapport du 6 mars 2023, le docteur B_____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ci-après : ORL), a indiqué que l'assuré se plaignait, depuis son accident, d'une obstruction nasale permanente prédominante du côté droit et d'un sifflement continu dans les deux oreilles. L'examen clinique révélait une déformation du septum nasal antérieur dextro-convexe en verre de montre, qui obstruait de façon subtotale la fosse nasale du côté droit, ainsi qu'un « pied de cloison » du côté gauche. Une septoplastie était indiquée. L'audiogramme réalisé montrait quant à lui des pertes auditives de 1% de chaque côté, soit un impact minime sur l'audition. Les acouphènes devaient être considérés comme étant le résultat d'une contusion de l'oreille interne, secondaire au choc. Il n'y avait pas de traitement pour les acouphènes, même si l'on pouvait s'attendre à une évolution spontanément favorable au cours de l'année qui suivait le traumatisme. Un contrôle clinique à une année de l'accident devait être effectué.
- B.** **a.** À teneur de deux notices téléphoniques du 4 avril 2024, la CNA a refusé la prise en charge d'une facture relative à l'assuré au motif que son dossier était « liquidé » au 11 juillet 2023 et lui a conseillé d'annoncer une « rechute » à son employeur.

Le même jour, l'employeur de l'assuré a adressé une nouvelle déclaration de sinistre à la CNA, en mentionnant que celui-ci avait subi une « rechute » en date du 13 février 2024.

b. À teneur d'une notice téléphonique du 31 juillet 2024, l'assuré a expliqué à la CNA qu'en date du 9 janvier 2023, il avait reçu une porte sur le visage. Il avait saigné de la bouche et du nez et s'était rendu aux urgences dans la mesure où il avait de la peine à respirer d'une narine. Après avoir constaté que les troubles respiratoires ne s'estompaient pas, il avait consulté le Dr B_____, qui avait constaté une « déviation » et préconisé une opération pour laquelle il fallait attendre huit mois, raison pour laquelle il l'avait revu au mois de février 2024. L'assuré souhaitait effectuer cette opération pendant son incapacité de travail due à une opération du genou, ce que le Dr B_____ avait refusé. L'opération avait été fixée le 1^{er} octobre 2024. L'assuré a confirmé qu'aucune radiographie n'avait été faite à la suite de son accident et qu'il n'avait aucun antécédent au nez.

Dans le prolongement de cet entretien téléphonique, l'assuré a transmis à la CNA une attestation médicale du Dr B_____ du 10 juillet 2024, mentionnant qu'il souffrait, depuis son accident, d'une obstruction nasale bilatérale dans le contexte d'une déformation septale et d'un hématome organisé de la cloison nasale. Une correction chirurgicale sur sa déformation septale, associée à une turbinectomie partielle inférieure bilatérale à visée fonctionnelle, était indiquée.

c. Dans son rapport du 12 août 2024, le docteur C_____, spécialiste en infectiologie et en médecine interne générale, a relevé que le choc accidentel sur le nez du recourant avec un impact direct avait provoqué une obstruction nasale permanente du côté droit, laquelle justifiait qu'une septoplastie fût effectuée.

d. Le 18 août 2024, le docteur D_____, spécialiste en médecine interne générale et chef de clinique à l'Hôpital de La Tour, a indiqué que l'assuré présentait, à la suite de l'accident, une dermabrasion du nez sans déformation, ni hématome. Le diagnostic de contusion nasale avait été retenu.

e. Dans une appréciation médicale du 27 août 2024, le docteur E_____, spécialiste ORL et médecin-conseil de la CNA, a relevé qu'il était difficile d'évaluer la problématique nasale et d'établir un lien avec l'évènement du 9 janvier 2023. Des renseignements complémentaires devaient ainsi être obtenus de l'assuré et de l'Hôpital de La Tour.

f. Par courriel du 9 septembre 2024, l'assuré a transmis à la CNA un document intitulé « questionnaire septorhinoplastie », dans lequel il confirmait avoir saigné lors de l'accident durant une à deux heures, sans que le saignement ait dû être arrêté par un médecin. L'assuré précisait que l'accident avait provoqué une déviation d'un os interne du nez qui l'empêchait de respirer. Il a également communiqué à la CNA des photographies de son nez avant et après l'accident.

g. Dans son appréciation médicale du 24 septembre 2024, le Dr E_____, se fondant sur la notice d'entretien téléphonique du 19 septembre 2024, a relevé que

le cabinet du Dr B_____ avait indiqué que l'endoscopie nasale réalisée après l'accident n'avait pas été documentée et qu'il n'existait pas de radiographie du nez. Aucun autre document ne pouvait être présenté pour aider à évaluer une problématique nasale d'origine traumatique. Selon lui, il n'existait donc pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, de lésion traumatique du nez consécutive à l'accident du 9 janvier 2023. Il recommandait ainsi de ne pas prendre en charge l'intervention chirurgicale du nez, laquelle était du ressort de l'assurance-maladie.

h. Par courrier du 25 septembre 2024, anticipé par la voie électronique, la CNA a informé l'assuré que l'opération prévue en date du 1^{er} octobre suivant était à la charge de l'assurance-maladie, dès lors qu'il n'existait aucun lien de causalité entre l'accident du 9 janvier 2023 et ses troubles nasaux.

i. Par courriel du même jour, l'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision, en indiquant que depuis son accident, il souffrait d'acouphènes aux deux oreilles et ne respirait plus qu'avec une seule narine, ce qui engendrait énormément de problèmes au quotidien. La CNA était ainsi invitée à revoir sa position.

j. À teneur d'une notice téléphonique du 25 septembre 2024, la CNA a eu un entretien téléphonique avec le Dr B_____, qui s'est montré scandalisé par sa décision. Selon lui, la déformation septale était d'origine traumatique et l'assurance-accidents devait prendre en charge l'opération prévue.

k. Par courriel du 2 octobre 2024, l'assuré a adressé à la CNA un rapport du Dr C_____ du 30 septembre 2024, par lequel celui-ci indiquait que le choc subi par l'assuré avait rapidement entraîné la présence d'une narine bouchée à droite de manière permanente, en relevant qu'il ne présentait pas de symptômes ORL avant son accident. L'obstruction nasale était ainsi attribuée au choc traumatique du mois de janvier 2023.

l. Dans un rapport du 3 octobre 2024, le Dr B_____ a rappelé que l'assuré souffrait d'une obstruction nasale droite invalidante et d'un sifflement aigu continu dans les deux oreilles à la suite de l'accident du 9 janvier 2023. Sur la base de l'anamnèse et d'un examen clinique, il avait conclu que l'obstruction nasale était due à une déformation post-traumatique du septum nasal, qui présentait une déformation dextro-convexe antérieure en verre de montre, un épaississement septal secondaire à un hématome organisé et un pied de cloison du côté gauche. Le bilan auditif était quant à lui évocateur d'un traumatisme acoustique expliquant la présence d'acouphènes et devant être mis en lien avec le choc subi à la tête le 9 janvier 2023. Une septoplastie fonctionnelle avait été prévue pour le 1^{er} octobre 2024. Le médecin-conseil de la CNA avait mis en doute son diagnostic et l'indication chirurgicale en sollicitant la transmission d'images radiologiques, alors que le diagnostic retenu ne se posait pas sur la base d'un

examen radiologique, mais sur un examen clinique. En outre, il n'avait pas convoqué l'assuré en vue de valider l'indication chirurgicale.

m. Par courrier du 4 novembre 2024, l'assuré a sollicité que le Dr E_____, médecin-conseil de la CNA, n'intervienne plus dans son dossier. Dans la mesure où il n'était manifestement pas en mesure de rédiger en français, il était légitime de s'interroger sur son aptitude à comprendre un dossier traité dans cette langue. La CNA violait en outre son devoir d'instruction en se fondant exclusivement sur l'avis de son médecin-conseil. Des photographies et une vidéo jointes au courrier montraient que le choc subi par l'assuré avait été violent, ce dernier ayant d'ailleurs une cicatrice au nez. Se fondant sur le rapport du 6 mars 2023 du Dr B_____, l'assuré considérait que le lien de causalité entre l'accident et la déformation du septum nasal était clairement établi. La CNA était ainsi invitée à prendre en charge l'opération de l'assuré, subsidiairement, à mettre en œuvre un CT-scan afin de déterminer l'origine de la déformation du septum nasal.

n. Dans son appréciation médicale du 5 novembre 2024, le médecin-conseil de la CNA a relevé que la turbinectomie partielle des cornets prévue simultanément à la septoplastie visait une pathologie indépendante de l'accident. En outre, le rapport du Dr B_____ du 6 mars 2023 ne mentionnait aucun hématome septal, contrairement à son attestation du 10 juillet 2024. L'absence d'hématome septal et de lésion osseuse ressortait du reste du rapport de l'Hôpital de La Tour du 10 janvier 2023. Aucune objectivation de la problématique nasale ne pouvait être établie. Un lien de causalité naturelle entre l'accident et un hypothétique hématome septal n'était pas non plus démontré. Les acouphènes bilatéraux rapportés par l'assuré pouvaient difficilement être imputés à l'accident du 9 janvier 2023, dès lors qu'aucun acouphène n'était mentionné dans le cadre du traitement initial à l'Hôpital de La Tour.

o. Par courrier du 23 décembre 2024, la CNA a informé l'assuré que les appréciations de son médecin-conseil avaient été traduites et étaient à sa disposition. Son médecin-conseil disposait de toute la légitimité nécessaire pour apprécier la situation. Elle envisageait de rendre une décision sujette à opposition si, après lecture des dites appréciations médicales, l'assuré maintenait ou complétait son argumentaire.

p. Le 7 janvier 2025, l'assuré a souligné que le médecin-conseil de la CNA faisait preuve de mauvaise foi en s'étonnant de l'absence de mention d'un hématome dans le rapport du Dr B_____ du 6 mars 2023, établi près de deux mois après l'accident. Il faisait en outre abstraction de l'existence d'une cicatrice sur le nez et remettait en cause, les constatations cliniques du Dr B_____. Le bien-fondé du refus de prester était contesté.

q. Par courrier du 5 février 2025, l'assuré a maintenu les termes de son courrier du 4 novembre 2024, en se référant au rapport que lui avait adressé le Dr B_____ en date du 30 janvier précédent. Ce dernier précisait notamment

qu'une obstruction nasale chronique sur déformation post-traumatique du septum nasal pouvait revêtir des causes multiples, comme une déformation de la portion osseuse ou cartilagineuse de la cloison nasale ou un hématome organisé de la cloison nasale. Il n'avait mentionné la présence d'un hématome que dans son attestation du 10 juillet 2024 au motif que le médecin-conseil demandait plus de détails sur l'origine de la déformation du septum nasal. Il avait toutefois constaté la présence de cet hématome dès sa consultation du 6 mars 2023. En outre, il était habituel que le médecin consulté au service des urgences ne soit pas un spécialiste ORL en mesure de juger de la situation clinique endonasale, ce qui pouvait expliquer qu'aucun hématome n'ait été remarqué aux urgences de l'Hôpital de La Tour.

La turbinectomie partielle des cornets n'était quant à elle pas une intervention liée à une maladie. En effet, dans le contexte d'une correction chirurgicale d'une déformation du septum nasal complexe, 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. Il ne s'agissait pas d'un geste lié à une maladie.

Concernant les acouphènes, ils pouvaient constituer les séquelles de traumatismes acoustiques, qu'un traumatisme crânien était susceptible de provoquer, étant précisé que l'anamnèse et le test auditif étaient compatibles avec un traumatisme acoustique lié à l'accident du 9 janvier 2023. En outre, les acouphènes avaient pu être masqués par les symptômes nasaux ayant dans un premier temps attiré l'attention de l'assuré.

r. Le 19 mars 2025, le Dr B_____, répondant à une demande de rapport médical de la CNA, a informé cette dernière qu'il avait arrêté de répondre à ses requêtes en lien avec l'assuré, dès lors qu'elle refusait de lui rembourser ses honoraires le concernant. L'assuré avait été adressé au professeur F_____, spécialiste ORL, en vue de la suite de sa prise en charge.

s. Dans son rapport médical du 1^{er} avril 2025, le Prof. F_____ a constaté l'existence d'une déviation septale avec obstruction juste après la valve du côté droit. À gauche, l'obstruction était un peu plus postérieure. Il existait également une hypertrophie turbinale inférieure, compensatrice par rapport à la déviation. La déviation septale et l'obstruction nasale étaient confirmées par le CT-scan effectué. Le Prof. F_____ concluait en indiquant que cette obstruction nasale mécanique serait apparue à la suite de l'accident du 9 janvier 2023.

t. Par courrier du 7 avril 2025, l'assuré, se fondant sur le rapport du Prof. F_____, a invité la CNA à prendre en charge l'intervention chirurgicale requise.

u. Dans son appréciation médicale du 26 mai 2025, le docteur G_____, spécialiste en médecine du travail, ORL et médecin-conseil de la CNA, a indiqué qu'il partageait l'avis du Dr E_____ et a recommandé le refus de la prise en

charge de l'opération du nez de l'assuré. Les pièces du dossier ne montraient pas une fracture du nez ou du septum et le scanner réalisé le 1^{er} avril 2025 mettait uniquement en évidence une déviation du septum et une hyperplasie des cornets nasaux inférieurs. Selon lui, un hématome consécutif à l'accident serait complètement résorbé après un an et demi et ne serait plus visible, de sorte que l'hématome décrit n'était pas, avec certitude, une conséquence de l'accident du 9 janvier 2023. Les cornets nasaux étaient quant à eux des corps caverneux pouvant gonfler et dégonfler temporairement à tout moment, avec ou sans fracture du nez, de sorte que leur hyperplasie n'était pas post-traumatique, mais endogène. Par ailleurs, le fait que le Dr B_____ n'ait pas voulu ou pu fournir la preuve, sous formes d'images endoscopiques, de la présence de la déviation du septum et de l'hématome procédait d'une démarche qui n'était ni transparente ni compréhensible. En résumé, le scanner du 1^{er} avril 2025 avait permis d'exclure une ancienne fracture du nez ou du septum, la déviation du septum pouvant être congénitale ou préexistante. Il n'existait pas de preuves qu'elle fût, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, la conséquence de l'accident du 9 janvier 2023.

- C.**
- a.** Par décision du 13 juin 2025, la CNA a indiqué qu'il n'existait aucun lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, entre l'évènement du 9 janvier 2023 et les troubles du nez de l'assuré, de sorte qu'elle ne verserait pas de prestations d'assurance dans cette situation.
 - b.** Par courrier du 24 juin 2025, l'assureur-maladie de l'assuré a formé une opposition provisoire à l'encontre de cette décision, en sollicitant une copie du dossier.
 - c.** Le 27 juin 2025, l'assureur-maladie a retiré son opposition à l'encontre de cette décision, en mentionnant que sur la base des indications transmises, les frais médicaux inhérents à l'état de santé de l'assuré étaient à sa charge dès le 13 février 2024.
 - d.** Par courrier du 9 juillet 2025, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision du 13 juin 2025, en concluant à ce que la CNA prenne en charge l'opération de septo-turbinoplastie.

Le Prof. F_____ retenait que l'obstruction nasale était post-traumatique et les médecins-conseils de la CNA faisaient abstraction des constatations cliniques du Dr B_____, en lui reprochant de ne pas avoir réalisé d'images endoscopiques. Le lien de causalité entre l'accident et ses troubles nasaux ne reposait pas uniquement sur le fait que ceux-ci étaient apparus postérieurement à l'évènement du 9 janvier 2023. En effet, au vu de la violence du choc subi par l'assuré, l'accident était la cause de ses troubles, indépendamment d'un hypothétique état préexistant qui était en tout état de cause contesté. En cas de doute, il appartenait à la CNA de mettre en œuvre une expertise permettant d'établir la violence du choc subi par l'assuré, l'allégation de l'existence d'un état préexistant n'étant pas suffisante pour justifier le refus de prester.

e. Par décision du 31 juillet 2025, la CNA a écarté l'opposition formée par l'assuré en se référant aux diverses appréciations médicales de ses médecins-conseils et en relevant que leurs avis concordants devaient se voir reconnaître une pleine valeur probante. S'agissant des médecins de l'assuré, le Dr C_____ retenait une obstruction nasale post-traumatique, terme qui pouvait, selon la jurisprudence, faire référence à l'élément temporel et non à la causalité. Le Prof. F_____ n'attribuait quant à lui pas clairement l'obstruction nasale constatée à l'accident. S'agissant des explications du Dr B_____, elles n'étaient pas de nature à remettre en cause les appréciations des médecins-conseils de la CNA, dès lors que la présence d'un hématome avait été exclue lors de la consultation de l'assuré au service des urgences de l'Hôpital de La Tour. Le Dr G_____ avait en outre expliqué qu'un hématome nécessitait une intervention immédiate au risque d'occasionner une perforation du septum. Par ailleurs, le Dr B_____ n'expliquait pas dans quelle mesure il retenait un lien de causalité entre l'accident et les troubles, alors qu'il n'y avait pas de fracture du nez, ni du septum, tant sur le plan clinique que radiologique. Le simple fait que les troubles se soient manifestés après l'accident n'était pas de nature à établir une relation de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante.

Il n'y avait pour le surplus pas lieu de mettre en œuvre l'expertise médicale requise par l'assuré dans la mesure où les pièces du dossier permettaient de statuer sur son dossier, sans que d'autres mesures soient susceptibles de modifier les faits pertinents.

Enfin, la décision sur opposition ne traitait pas de la problématique des acouphènes, ceux-ci n'ayant pas fait l'objet de la décision initiale. L'assuré était libre de solliciter le prononcé d'une décision sujette à opposition à cet égard.

- D.** a. Par acte du 12 septembre 2025, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant, préalablement, à son audition ainsi qu'à celle de son épouse, du Dr B_____ et du Dr E_____, et à la mise en œuvre d'une expertise ORL visant à déterminer l'origine de l'obstruction nasale sur déformation post-traumatique du septum nasal diagnostiquée par le Dr B_____ et les soins rendus nécessaires par l'accident du 9 janvier 2023. Le recourant concluait, à titre principal, à l'annulation de la décision sur opposition du 31 juillet 2025 et à ce qu'il soit ordonné à l'intimée de prendre en charge les soins médicaux nécessaires au traitement de l'obstruction nasale, les frais inhérents à une septoplastie, ainsi que les frais de convalescence et de suivi médical consécutifs à la septoplastie. À titre subsidiaire, il concluait au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire.

Il a fait valoir que le Dr E_____ ne se référait à aucune source médicale confirmant qu'un hématome apparaissait immédiatement après un événement traumatique, respectivement qu'une déviation du septum nasal ne pouvait pas intervenir sans la présence d'un hématome immédiatement après l'évènement

traumatique. La littérature médicale jointe à son recours mentionnait toutefois que la formation d'un hématome survenait usuellement dans un délai de 24 à 72 heures après l'évènement traumatique, étant relevé que dans 5% des cas, l'hématome se manifestait au-delà de ce laps de temps. L'argument du Dr E_____, qui relevait qu'aucun hématome n'avait été constaté au service des urgences de l'Hôpital de La Tour, était ainsi dénué de pertinence, dès lors que le recourant s'était présenté aux urgences moins de 24 heures après l'accident.

Par ailleurs, une fracture n'était pas une condition préalable à la formation d'une déviation du septum nasal, la littérature médicale confirmant à cet égard qu'un léger traumatisme était suffisant pour créer un hématome septal pouvant engendrer une telle déviation. Or, le choc subi par le recourant excédait largement celui d'un traumatisme léger. Enfin, l'absence d'un dossier d'imagerie était compensée par les constatations cliniques du Dr B_____ et par le CT-scan réalisé par le Prof. F_____.

b. Par réponse du 8 octobre 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours, en soulignant que le recourant n'alléguait aucun élément nouveau. Il ne se justifiait pas de mettre en œuvre une expertise ORL dans le cas d'espèce, ni de donner suite aux demandes d'audition du recourant, dès lors que les avis de ses médecins-conseils étaient pleinement probants et que les troubles étaient documentés par les pièces du dossier.

c. Par courrier du 10 novembre 2025, le recourant a relevé qu'il avait produit deux éléments nouveaux à l'appui de son recours, à savoir de la littérature médicale contredisant les avis des médecins-conseils de l'intimée, de sorte que la mise en œuvre d'une expertise était pleinement justifiée. La littérature médicale produite indiquait notamment qu'un hématome pouvait apparaître après un délai de 72 heures, qu'une lésion mineure pouvait causer un hématome septal et qu'un hématome non traité pouvait conduire à la formation d'un abcès, respectivement à une déviation du septum nasal. Il n'y avait pour le surplus pas lieu de remettre en cause la véracité des constatations médicales du Dr B_____.

d. Le 11 novembre 2025, le recourant a communiqué à la chambre de céans une clé USB contenant des photographies de la porte ayant heurté le visage du recourant et une vidéo de cette dernière.

e. Ces courriers ont été transmis à l'intimée.

EN DROIT

1.

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

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.

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.

- 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.

- 3.**

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).

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).

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 6 février 2024 consid. 4.2 et la référence).

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

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).

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).

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)

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 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.

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 LPGA, 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 ;

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 LPGa (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 LPGa 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

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).

6.

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.

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

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.

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 1^{er} avril

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.

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 1^{er} 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 minime 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

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.

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

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. f^{bis} LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 31 juillet 2025.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour mise en œuvre d'une expertise et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de procédure de CHF 2'500.-.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

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