

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 mai 2017

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Métral, juge, et Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourant, représenté par Me Christophe Tafelmacher,
avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 LAA.

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, maçon, a été engagé par l'entreprise X._____ dès le 15 janvier 2012 en qualité de manœuvre. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 28 janvier 2012, l'assuré a été victime d'un accident professionnel en chutant d'une échelle. Le même jour, il s'est rendu à l'Hôpital W._____ (ci-après : W._____), où une fracture crânienne occipitale gauche avec contusion fronto-basale bilatérale droite a été diagnostiquée (cf. rapport du 2 février 2012 du Dr T._____, médecin assistant au sein de l'W._____). La CNA a pris en charge cet accident.

Dans un rapport du 30 janvier 2012 consécutif à un CT-scan cérébral effectué le même jour, en comparaison d'un tel examen réalisé le 28 janvier 2012, le Dr I._____, spécialiste en radiologie auprès de l'W._____, a fait état de ce qui suit :

« Résultat :

Apparition d'une hypodensité fronto-basale bilatérale à prédominance droite, avec minime composante hémorragique, dans le sens d'une contusion de contrecoup, rétrospectivement non significative le 28. Structures parenchymateuses, systèmes liquidiens par ailleurs sp [sans particularité]. Pas de déplacement secondaire de la fracture occipitale connue. Orbites, structures aériques, cadre osseux par ailleurs sp. Bouchon dans le conduit auditif externe gauche.

Conclusions :

Apparition, par rapport au 28.01, d'une contusion fronto-basale bilatérale à prédominance droite. »

Dans un rapport du 1^{er} février 2012 relatif à un CT-scan de la mandibule réalisé le même jour, la Dresse B._____, spécialiste en radiologie auprès de l'W._____, a indiqué qu'il n'y avait pas de fracture visualisée, ni de luxation des articulations temporo-mandibulaires.

Dans un rapport du 8 mars 2012, les Drs T._____ et CC._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au sein de l'W._____, ont indiqué que l'assuré avait chuté d'une échelle d'environ deux mètres, avec réception occipitale. Il n'avait pas eu de perte de connaissance, de nausées, ou de vomissements après la chute. L'intéressé se plaignait uniquement de douleurs importantes et de vertiges.

Dans un courrier du 22 mars 2012 adressé à la CNA, le Dr Z._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ci-après : ORL), a posé les diagnostics de statut post-chute sur un chantier avec fracture crânienne occipitale gauche avec contusion fronto-basale bilatérale à prédominance droite, ainsi que de troubles otoneurologiques avec cophose gauche et vertiges constants augmentés par les changements de position probablement sur atteinte labyrinthique traumatique. Il a conclu à d'importants troubles persistants après l'accident avec cette atteinte otoneurologique, notamment du point de vue de l'équilibration.

Dans un rapport du 3 avril 2012 consécutif à un CT-scan cérébral effectué le même jour en raison de persistance de céphalées et d'antalgies sur le côté gauche, la Dresse H._____, spécialiste en radiologie auprès de l'W._____, a relevé ce qui suit :

« Résultat :

Pas de mise en évidence de plage d'hémosidérine dans le parenchyme cérébral ni dans les régions juxtaméningées. Notamment, les régions fronto-basales ddc [des deux côtés] ont un aspect normal. Pas de processus expansif anormal ni de prise de contraste pathologique. Pas de zone œdémateuse cérébrale visible. Pas d'hydrocéphalie ni de déviation des structures médianes. Structures méningées, orbites et sphère ORL sans particularité.

Conclusion :

Examen dans les limites de la norme. Pas de lésion hémorragique intracrânienne décelable. Pas d'explication à la symptomatologie cérébrale et ORL du patient. »

L'assuré a séjourné à la D._____ (ci-après : la D._____) du 12 juin au 18 juillet 2012 en vue d'une réadaptation neurologique. Les spécialistes ont relevé que l'assuré se plaignait notamment d'une douleur

occipitale gauche qui descendait tout le long de l'hémicorps gauche jusqu'au genou, de fourmillements occasionnels dans certains doigts gauches, de la persistance de vertiges occasionnels, d'une perte de l'audition à gauche et de la perte de l'odorat. Ils ont noté que les vertiges étaient difficilement catégorisables et ont adressé l'intéressé au M. _____ (ci-après : M. _____) pour un bilan otoneurologique (cf. rapport du 30 juillet 2012 des Drs G. _____, K. _____ et C. _____, respectivement cheffe de clinique, chef de service et médecin assistante au service de réadaptation en neurologie de la D. _____).

Dans un rapport du 21 juin 2012 adressé à la D. _____, le Dr N. _____, spécialiste ORL, a notamment conclu à un statut ORL normal et à un déficit vestibulaire gauche.

Dans un rapport du 22 août 2012, la Dresse F. _____, médecin assistante à l'unité d'otoneurologie du Service ORL du M. _____, a posé les diagnostics de vertiges post-traumatiques et de cophose gauche. Elle a indiqué qu'il n'y avait pas de signe d'une atteinte vestibulaire périphérique ou centrale.

Dans un rapport du 6 septembre 2012, les Drs F. _____ et NN. _____, médecin chef à l'unité d'otoneurologie du Service ORL du M. _____, ont indiqué au status ORL, en particulier, une déviation septale droite.

Dans un courrier du 4 février 2013 au Dr Z. _____, le Dr V. _____, médecin généraliste traitant de l'assuré, a notamment posé les diagnostics d'obstruction nasale persistante sur déviation de la cloison nasale, de vertiges d'origine post-traumatique, de cophose gauche, ainsi que de status après fracture occipitale gauche, contusion fronto-basale bilatérale, avec séquelles neurologiques. Il a indiqué que son patient se plaignait actuellement d'obstruction nasale dans un contexte de déviation septale et a proposé d'organiser une nouvelle évaluation ORL spécialisée.

Dans un rapport médical intermédiaire du 2 avril 2013 à la CNA, le Dr Z._____ a indiqué que « suite à l'accident, [l'assuré] se plai[gnait] actuellement d'une obstruction nasale qui n'existait pas avant la chute de 2012 ». Il a proposé une septoplastie afin de diminuer l'obstruction nasale.

Par courrier du 9 avril 2013, le Dr Z._____ a adressé l'assuré au Service ORL du M._____ pour suite de la prise en charge rhinologique. Il a posé le diagnostic d'obstruction nasale chronique suite à un accident, soit une chute en janvier 2012. L'intéressé lui avait rapporté que cette atteinte était initialement peu gênante puisque d'autres problèmes étaient au premier plan, mais qu'elle allait actuellement en augmentant. Au status, le Dr Z._____ a retenu une déviation septale du côté droit avec quasi occlusion de la narine droite avec, en association, un enfoncement de la pyramide nasale latérale droite et une bosse de l'arête nasale. Il a estimé qu'une septo-rhinoplastie était nécessaire.

Par lettre du 7 juin 2013, la Dresse BB._____, spécialiste ORL au Service ORL du M._____, a demandé à la CNA de prendre en charge une intervention de septo-rhinoplastie. Elle a indiqué que l'assuré avait subi un important accident le 28 janvier 2012 avec, au niveau ORL, une fracture de la pyramide nasale. Elle a ajouté que le patient avait présenté de nombreux problèmes après son accident et que celui concernant l'obstruction nasale n'avait ainsi pas tout de suite été au premier plan. L'examen clinique mettait en évidence la présence d'une déviation septale droite haute, obstruant de manière importante la fosse nasale droite. Ceci était associé à un enfoncement au niveau de la pyramide nasale osseuse du côté droit avec une déviation convexe des os propres du nez du côté gauche. Dans ce contexte, la restauration de la perméabilité nasale nécessitait une septo-rhinoplastie.

Le 21 mars 2014, la Dresse BB._____ a réitéré sa demande de prise en charge d'une septo-rhinoplastie, indiquant que l'assuré souffrait toujours des séquelles de la fracture de la pyramide nasale, avec des sinusites à répétition et une obstruction nasale chronique bilatérale.

Par courrier du 29 août 2014 au M. _____, le Dr Z. _____ a indiqué qu'il était sans nouvelle quant à la suite de la prise en charge. Il a ajouté que l'assuré était toujours très gêné par cette problématique d'obstruction nasale qui évoluait parfois avec des surinfections en sinusite, soit une sinusite d'origine rhinogène post-traumatique.

Dans un rapport du 1^{er} mars 2016, rédigé en allemand, la Dresse R. _____, spécialiste ORL au sein de la CNA, a relevé que selon le rapport du 8 mars 2012 de l'W. _____, l'assuré était tombé sur l'arrière du crâne. En outre, les rapports des CT-scans des 28 et 30 janvier 2012 n'avaient pas indiqué d'autres fractures que la fracture occipitale gauche. En particulier, les orbites, structures aériques et cadre osseux avaient été décrits comme sans particularités. La Dresse R. _____ a ajouté qu'elle n'avait pas décelé de fracture déplacée de l'os nasal sur les images des CT-scans précités. Elle a conclu qu'au vu du mécanisme de l'accident, à savoir une chute avec une réception sur l'arrière de la tête, ainsi que les résultats radiologiques du 28 janvier 2012, la déviation septale et la déformation du nez ne se trouvaient pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation de causalité avec l'accident du 28 janvier 2012. Ainsi, les coûts de la septo-rhinoplastie n'avaient pas à être pris en charge.

Par courrier du 2 mars 2016 adressé à Me Christophe Tafelmacher, conseil de l'assuré, la CNA a indiqué qu'elle refusait de prendre en charge une septo-rhinoplastie à visée fonctionnelle. Elle a expliqué que selon l'appréciation médicale susmentionnée de son service médical, il n'existait aucun lien de causalité certain ou du moins probable entre l'événement dommageable du 28 janvier 2012 et les troubles d'obstruction nasale.

Par lettre du 7 mars 2016, l'assuré, par son conseil, a contesté ce refus, soutenant que l'obstruction nasale présentait un lien de connexité avec son accident du 28 janvier 2012. Etais joint un rapport établi le 10 février 2016 par le Dr Z. _____ indiquant que l'intéressé avait

présenté plusieurs lésions à la suite de son accident de chantier. Ce spécialiste ajoutait qu'il avait constaté une obstruction nasale d'origine mécanique sur fracture des os propres du nez. Au vu de la nécessité d'une correction tant au niveau de la partie interne du nez (septoplastie) qu'externe (rhinoplastie), il avait adressé l'assuré au Service d'ORL du M. _____. Etaient également annexés des courriers du Dr Z. _____ audit Service, soit ceux précités des 9 avril 2013 et 29 août 2014, ainsi qu'une lettre du 29 janvier 2014 priant le Service ORL d'organiser la suite de la prise en charge par septo-rhinoplastie de l'assuré, qui était extrêmement gêné par rapport à son obstruction nasale et actuellement par des sinusites récidivantes post-fracas facial.

Dans un rapport du 16 mars 2016, également en allemand, la Dresse R. _____ a confirmé les conclusions retenues dans son rapport du 1^{er} mars 2016. Elle a ajouté que les rapports relatifs aux CT-scans des 28 et 30 janvier 2012 n'avaient pas décrit de fractures dans la partie centrale du visage, en particulier, pas de fracture des os propres du nez. En outre, le rapport du 8 mars 2012 de l'W. _____ n'avait pas révélé d'hématome, ni d'éventuelle tuméfaction sur l'os nasal. Cela n'avait pas non plus été documenté par le Dr Z. _____, qui était intervenu initialement. Ainsi, sur la base des pièces au dossier, en particulier des observations faites rapidement après l'accident, il n'était pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la déviation septale et la déviation du nez se trouvaient en lien de causalité avec l'accident du 28 janvier 2012.

Par décision du 1^{er} avril 2016 adressée au conseil de l'assuré, la CNA a refusé la prise en charge d'une septo-rhinoplastie à visée fonctionnelle, en raison du défaut d'un lien de causalité certain, ou du moins probable, entre l'événement du 28 janvier 2012 et les troubles d'obstruction nasale. Il s'est référé à l'appréciation médicale du 16 mars 2016 précitée.

Par courrier du 4 mai 2016, l'assuré, par son conseil, s'est opposé à cette décision, soutenant que le lien de causalité avait été

confirmé par le corps médical qui l'avait suivi. Il s'est fondé sur les courriers des 9 avril 2013, 29 janvier 2014 et 10 février 2016 du Dr Z._____, lequel retenait notamment une obstruction nasale chronique suite à un accident. De même, la Dresse BB._____ avait exposé, dans sa lettre du 7 juin 2013, que l'accident avait eu pour conséquence une fracture de la pyramide nasale. Cette spécialiste avait précisé que la problématique d'obstruction nasale n'avait pas été immédiatement au premier plan parce que d'autres problèmes plus conséquents devaient être pris en charge en priorité. Le Dr V._____ avait lui aussi, dans son courrier du 4 février 2013, indiqué que l'obstruction nasale persistante était une des séquelles de l'accident.

Par décision sur opposition du 26 août 2016, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle s'est référée au rapport du 16 mars 2016 de la Dresse R._____, lequel disposait d'une pleine valeur probante. Cette spécialiste avait indiqué qu'aucune fracture faciale, en particulier aucune fracture des os propres du nez, ni d'hématome, voire même de boursouffure du nez n'avaient été documentés par l'imagerie réalisée après l'accident ou par les constatations cliniques de l'W._____. En outre, cet accident avait consisté en une chute sur l'arrière de la tête. Par ailleurs, la CNA a relevé que les rapports médicaux invoqués par l'assuré apparaissaient comme un raisonnement fondé sur l'adage « post hoc, ergo propter hoc » (après celui-ci, donc à cause de celui-ci), ce qui ne permettait pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante. Elle a ajouté que l'on ne saurait se fonder exclusivement sur les conclusions du médecin traitant, voire même du spécialiste traitant régulièrement et durant un certain temps l'assuré.

Par courrier du 23 septembre 2016 à la CNA, les Drs P._____ et J._____, respectivement médecin chef et chef de clinique au Service ORL du M._____, ont indiqué que les plaintes d'obstruction nasale de l'intéressé étaient secondaires à l'accident de 2012 avec une fracture septale ainsi que de l'os propre, et que la septo-rhinoplastie devait dès lors être prise en charge.

Par lettre du 28 septembre 2016, l'assuré, par son conseil, a transmis le rapport précité à la CNA, la priant de reconsidérer sa décision sur opposition.

B. Par acte du même jour de son conseil, L._____ recourt contre la décision sur opposition précitée, concluant à sa réforme dans le sens de la prise en charge de l'opération de septo-rhinoplastie. Il se fonde sur les courriers des Drs Z._____ et BB._____ déjà mentionnés dans le cadre de son opposition, ainsi que sur la lettre du 23 septembre 2016 des spécialistes du M._____. Il soutient que les médecins l'ayant examiné ne se sont pas bornés à constater l'existence d'un accident antérieur à l'obstruction nasale pour conclure à un lien entre ces deux événements. Au contraire, ils sont parvenus à ce constat à la suite d'un examen complet et approfondi. Confrontés à l'avis de l'intimée, les Drs P._____ et J._____ du M._____ ont expressément réaffirmé l'existence d'un tel lien de causalité. En outre, le recourant allègue que l'intimée ne démontre pas en quoi les documents qu'il a produits auraient une valeur probante amoindrie. L'intimée ne prétend d'ailleurs pas que les spécialistes l'ayant examiné l'auraient suivi régulièrement et durant un certain temps, ni qu'ils auraient développé une relation particulièrement étroite avec lui. Le recourant soutient qu'il y a ainsi lieu de reconnaître pleine valeur probante aux avis exprimés par ces spécialistes.

Dans sa réponse du 16 janvier 2017, l'intimée, représentée par Me Didier Elsig, conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle souligne que le recourant ne s'est plaint de douleurs et d'obstructions nasales qu'en 2013. En outre, elle indique que les rapports des 1^{er} et 16 mars 2016 de la Dresse R._____ disposent d'une entière valeur probante.

Dans sa réplique du 8 février 2017, le recourant sollicite une expertise judiciaire, au vu de la divergence des avis exprimés et du fait que celui sur lequel se fonde l'intimée provient d'un médecin interne à son administration.

Par duplique du 6 mars 2017, l'intimée maintient ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

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

2. 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a).

b) En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'intimée doit prendre en charge une opération de septo-rhinoplastie à visée fonctionnelle préconisée pour le recourant. Plus précisément, il y a lieu de déterminer à l'aune de la vraisemblance prépondérante si la problématique d'obstruction nasale présentée par l'intéressé et nécessitant l'intervention chirurgicale précitée est en relation de causalité avec l'accident du 28 janvier 2012.

3. a) En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire, qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assuré a droit, notamment, au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1 ; 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008 consid. 2.2 ; U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2).

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

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

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 117 V 359 consid. 4a ; 117 V 369 consid. 3a).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement

accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et réf. cit. ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

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

d) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. On parle en revanche de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et réf. cit. ; TF 8C_69/2012 du 18 septembre 2012 consid. 2 ; TF 8C_260/2012 du 27 juin 2012 consid. 2).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état

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

e) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse, si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b).

Cela signifie que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester. Dès

lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3).

4. De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et réf. cit. ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109 consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître une valeur probante aussi

longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

5. En l'espèce, se référant à l'appréciation médicale de la Dresse R._____, l'intimée refuse de prendre en charge l'opération de septo-rhinoplastie à visée fonctionnelle, au motif qu'il n'y a pas de lien de causalité entre les troubles d'obstruction nasale présentés par le recourant et l'événement du 28 janvier 2012. L'intéressé, lui, se fondant sur les rapports des Drs Z._____, BB._____, P._____ et J._____, soutient qu'un tel lien existe.

Les spécialistes cités par le recourant indiquent que la problématique d'obstruction nasale est consécutive à l'accident du 28 janvier 2012 (cf. courrier du 9 avril 2013 du Dr Z._____) ayant entraîné une fracture de la pyramide nasale (cf. lettre du 7 juin 2013 de la Dresse BB._____) ou une fracture septale et de l'os propre (cf. courrier du 23 septembre 2016 des Drs P._____ et J._____). Or, une atteinte dans cette zone n'est pas documentée par les nombreux examens réalisés dans les jours et les mois ayant suivi cet accident.

En effet, ainsi que le relève à juste titre la Dresse R._____ dans son appréciation médicale du 16 mars 2016, les documents médicaux établis dans les suites de l'accident n'ont fait mention d'aucune fracture dans la partie centrale du visage, ni même d'hématome ou de tuméfaction sur l'os nasal. Au contraire, dans son rapport du 30 janvier 2012 relatif à un CT-scan cérébral réalisé le même jour, le Dr I._____ a constaté que les orbites, les structures aériques et le cadre osseux étaient sans particularité. Le rapport du 8 mars 2012 de l'W._____, de même que celui du 22 mars 2012 du Dr Z._____, ne mentionnent aucune atteinte dans la région nasale. Le rapport consécutif à un CT-scan effectué le 3 avril 2012 indique également que les structures des orbites et la

sphère ORL sont sans particularité (cf. rapport du 3 avril 2012 de la Dresse H._____). Dans son rapport du 21 juin 2012, le Dr N._____ a lui aussi conclu à un statut ORL normal.

Il ressort des pièces au dossier qu'une déviation septale droite a été mentionnée pour la première fois dans le rapport du 6 septembre 2012 des Drs F._____ et NN._____. Par la suite, en février 2013, le Dr V._____, médecin traitant du recourant, a posé le diagnostic d'obstruction nasale persistante sur déviation de la cloison nasale (cf. courrier du 4 février 2013). Il a noté que son patient se plaignait « actuellement » d'obstruction nasale. Il ne ressort d'aucun document au dossier que le recourant se serait plaint de tels problèmes auparavant. En particulier, le Dr Z._____ n'en a pas fait état dans son courrier du 22 mars 2012, pourtant détaillé. Le rapport du 30 juillet 2012 de la D._____, établi à l'issue d'un séjour de plus d'un mois de l'intéressé, mentionne quant à lui un grand nombre de plaintes émises par ce dernier, auxquelles ne figure toutefois pas une problématique d'obstruction nasale. Dans ce contexte et au vu des examens et consultations effectués, les explications fournies par la Dresse BB._____ dans sa lettre du 7 juin 2013 - à savoir que le recourant avait eu de nombreux problèmes après l'accident avec pour conséquence que celui de l'obstruction nasale n'avait pas tout de suite été au premier plan - ne sont pas convaincantes.

Par ailleurs, ainsi que le relève la Dresse R._____ dans son appréciation médicale du 1^{er} mars 2016, à l'occasion de sa chute du 28 janvier 2012, le recourant est tombé sur l'arrière du crâne (cf. rapport du 8 mars 2012 de l'W._____).

Il y a ainsi lieu de considérer, à l'instar de la Dresse R._____, dont les rapports disposent d'une pleine valeur probante, qu'au vu des observations médicales effectuées rapidement après l'accident du 28 janvier 2012 et du mécanisme même de cet incident, l'existence d'un rapport de causalité entre cet événement et les troubles d'obstruction nasale mentionnés pour la première fois en février 2013 ne peut pas être qualifiée de vraisemblable. Par conséquent, c'est à juste titre que la CNA a

refusé de prendre en charge une opération de septo-rhinoplastie à visée fonctionnelle fondée sur cet accident.

6. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 120 Ib 224 consid. 2b).

En l'occurrence, le dossier est complet du point de vue médical et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, telle que requise par le recourant.

7. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**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 26 août 2016 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 :

Du

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

- Me Christophe Tafelmacher (pour L. _____)
- Me Didier Elsig (pour la 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 :