

S2 24 93

ARRÊT DU 20 JANVIER 2026

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Matthieu Sartoretti, juges ;
Pierre-André Moix, greffier

en la cause

X _____, recourante

contre

Y _____ SA, intimée

(Assurance-accidents, rechute, lien de causalité)

Faits

A. X _____, née en 1974, a été victime d'une perforation du tympan droit en juin 2019, alors qu'elle pratiquait de la plongée sous-marine lors d'un séjour en A _____. Les suites de cet événement ont été prises en charge par Y _____ SA (Y _____ ou l'assurance-accidents), assureur-accidents de l'intéressée, au titre de lésion assimilée.

B. Par déclaration d'accident bagatelle datée du 3 octobre 2023, l'employeur de l'assurée a annoncé à l'assurance-accidents l'existence d'otites à répétition depuis la fin du mois d'août 2023.

Dans un avis du 20 octobre 2023 sollicité par Y _____, la Dre B _____, médecin assistante auprès de l'Hôpital du Valais, a indiqué que l'assurée l'avait consultée le 4 septembre 2023 en se plaignant d'otalgie droite depuis un jour, qui avait été précédée par une pharyngite et une sinusite, avec un écoulement transparent du conduit auriculaire droit. Elle a posé un diagnostic d'otite externe droite et de suspicion d'otite moyenne droite, en préconisant un contrôle ORL spécialisé dans les 48 heures.

Le Dr C _____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie (ORL), a établi un rapport le 21 novembre 2023 dans lequel il a indiqué que le tympan droit de l'intéressée était perforé. Sous le point « Etiologie de l'affection en cause » du formulaire de l'assurance, il a noté « Rhinopharyngite et antécédents accident de plongée en 2019 ». Il a ensuite évoqué un lien possible avec ledit accident. Enfin, il a envisagé une tympanoplastie en cas d'absence de fermeture spontanée de la lésion.

L'intéressée a adressé un courrier à son assurance-accidents le 12 décembre 2023, dans lequel elle a précisé avoir consulté le Dr C _____ à trois reprises. Elle a également transmis à cette occasion des factures de pharmacie pour remboursement.

L'assurance a requis une prise de position de la part de son médecin-conseil, le Dr D _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un succinct compte-rendu daté du 13 janvier 2024, ce praticien a indiqué que la relation de causalité entre les troubles annoncés en octobre 2023 et la lésion assimilée du 4 juin 2019 était possible, se référant à l'avis du Dr C _____ du 21 novembre 2023. Il a en outre mentionné que le statu quo ante/sine n'était en l'état pas atteint.

Par décision du 19 janvier 2024, Y _____ a considéré qu'il n'était pas établi que les troubles de l'oreille droite traités dès le 4 septembre 2023 soient en relation de causalité naturelle avec l'événement du 4 juin 2019, compte tenu de l'absence de traitement médical durant près de trois ans et des résultats des examens effectués. Elle a ainsi estimé que la responsabilité de l'assurance-accidents obligatoire n'était pas engagée tout en annonçant qu'elle ne reviendrait pas sur les prestations déjà payées en 2023.

L'assurée s'est opposée à cette décision le 12 février 2024. Elle a exposé que depuis son accident de plongée, son oreille droite était restée très sensible et qu'elle avait dû renoncer à la plongée compte tenu de la fragilité de son tympan, précisant qu'elle n'avait jamais consulté d'ORL avant 2019. Elle a ajouté que le Dr C _____ avait confirmé que la deuxième perforation du tympan était située exactement au même endroit que la précédente, que son rhume du mois de septembre avait provoqué une simple inflammation et que ce n'était pas la première fois qu'elle était victime d'un rhinovirus, sans que cela provoque une perforation du tympan. Elle a dès lors considéré que le lien de causalité entre les deux perforations tympaniques était avéré.

Le Dr D _____ a émis une appréciation médicale en date du 13 mai 2024, en sa qualité de médecin-conseil de Y _____. Il a indiqué que les éléments du dossier permettaient de retenir que l'accident du 4 juin 2019 avait occasionné une probable perforation du tympan droit et qu'en présence d'une lésion structurelle imputable à cet événement, le statu quo ante/sine ne pouvait pas être rétabli pour cette lésion tympanique droite. Cependant, la rechute annoncée le 3 octobre 2023 était due à une rhinopharyngite et sa relation de causalité naturelle avec l'événement n'était ni probable, ni certaine, mais seulement possible.

Nanti de ces informations, Y _____ a rejeté les griefs de l'assurée dans une décision sur opposition rendue le 1^{er} octobre 2024. Elle a estimé qu'il n'y avait aucun élément qui permettait de s'écarter de l'appréciation médicale du Dr D _____ et qu'aucun médecin ayant suivi l'assurée n'avait attesté d'un lien de causalité certain ou probable entre les troubles auriculaires présentés par cette dernière en septembre 2023 et l'événement du 4 juin 2019.

C. Dans une écriture du 1^{er} novembre 2024 postée le lendemain, X _____ a interjeté recours céans contre cette décision sur opposition en concluant à son annulation, le lien de causalité naturelle entre l'accident de plongée du 4 juin 2019 et la nouvelle perforation du tympan constatée par le Dr C _____ étant selon elle démontré et certain. Elle a répété que la seconde perforation avait eu lieu exactement

au même endroit que la première et que, nonobstant la cicatrisation de son tympan à la suite de son accident de plongée, la membrane était extrêmement fine et était restée fragilisée. Elle a ajouté que les complications d'une rhinopharyngite étaient rares et entraînaient rarement une perforation tympanique. En outre, une telle pathologie touchait les deux côtés ; dans son cas son oreille gauche n'avait présenté aucun signe de souffrance alors que le tympan droit avait été perforé. Un simple état grippal avec un rhume ne pouvait ainsi pas provoquer une lésion au tympan sauf si ce dernier était fragilisé par un accident antérieur.

Dans sa réponse au recours du 11 décembre 2024, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 1^{er} octobre 2024. Elle a fait valoir que la valeur probante de l'appréciation médicale du Dr D _____ était entière, ses explications étant claires et détaillées. Aucun autre avis médical ne venait mettre en doute ses conclusions, le Dr C _____ mentionnant que le lien entre les troubles actuels et l'accident de plongée de 2019 était possible. Dès lors, c'était à juste titre qu'elle avait considéré qu'il n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les troubles auriculaires apparus en 2023 étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident de juin 2019 et qu'elle avait ainsi refusé de les prendre en charge.

La recourante a répliqué le 3 mars 2025, en affirmant que le constat d'otites répétées mentionné dans la déclaration d'accident du 3 octobre 2023 était erroné, dès lors qu'elle avait souffert d'un rhume. Elle a expliqué que depuis son accident de 2019, la gêne au niveau de son oreille droite était quasiment constante, notamment lors de ses trajets quotidiens entre son domicile situé à 1500m d'altitude et son lieu de travail en plaine. Elle a ensuite noté que selon le Larousse, les adjectifs « probable » et « possible » étaient des synonymes et que le Dr C _____ avait mentionné que le lien de causalité entre ses troubles actuels et l'accident de plongée était possible. Elle a souligné le fait que le médecin-conseil de l'assurance, le Dr D _____, n'était pas un spécialiste ORL et que dès lors cela mettait en doute son objectivité et sa capacité. Affirmant que son accident de 2019 avait incontestablement fragilisé son oreille droite, elle a maintenu que la nouvelle perforation tympanique survenue en 2023 sur la même oreille ne relevait pas d'une coïncidence, mais démontrait un lien de causalité incontestable entre la première et la deuxième perforation.

Le 8 avril 2025, l'intimée a relevé que les termes « possible » et « probable » n'étaient pas synonymes et avaient des implications juridiques différentes, ajoutant que le Dr C _____ avait utilisé le mot « possible » pour définir le lien entre les troubles et

l'accident de 2019. Elle a ainsi confirmé ses conclusions initiales tendant au rejet du recours.

L'échange d'écritures s'est clos en l'absence de nouvelles remarques de la recourante sur cette dernière écriture.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Posté le 2 novembre 2024, le présent recours contre la décision sur opposition du 1^{er} octobre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 38 al. 3 et 60 LPGA), devant le tribunal compétent (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 de la loi cantonale du 6 octobre 1976 sur la procédure et la juridiction administrative [LPJA]). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2.

2.1 Le litige porte sur la prise en charge des troubles de l'oreille droite de la recourante, à la suite de la déclaration d'accident du 4 octobre 2023.

2.2 Selon l'article 6 alinéa 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Sauf disposition contraire, la maladie professionnelle est assimilée à un accident professionnel dès le jour où elle s'est déclarée. Elle est réputée déclarée dès que la personne atteinte doit se soumettre pour la première fois à un traitement médical ou est incapable de travailler (art. 6 LPGA ; art. 9 al. 3 LAA).

2.3 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.

L'exigence d'un lien de causalité naturelle 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 *conditio sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'évènement 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 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 avec les références).

Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque que c'est la même affection 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).

Les rechutes et séquelles tardives ne peuvent faire naître une obligation pour 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'assuré et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_421/2018 du 28 août 2018 consid. 3). A cet égard, la jurisprudence considère que 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_115/2019 du 20 novembre 2019 consid. 3 ; 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2 ; 8C_331/2015 du 21 août 2015 consid. 2.2.2).

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 ;

arrêt du Tribunal fédéral 8C_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 5). 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.3).

2.4 Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision 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 (ATF 135 V 39 consid. 6.1). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a).

L'autorité compétente 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 consid. 3.2 ; SVR 2007 IV n° 31 p. 111 [I 455/06] consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

Il ne se justifie pas d'écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.2 et les références). En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). Cependant, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, 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 du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.4). 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'article 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète et approfondie, elle ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_543/2011 du 19 janvier 2012 consid. 2.3.1). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêts du Tribunal fédéral 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 et 8C_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1). Enfin, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Une telle expertise ne sera ordonnée que si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; 142 V 58 consid. 5.1 ; 135 V 465 consid. 4.6).

3. En l'espèce, la recourante a subi une première lésion de son tympan en 2019, lors d'une plongée sous-marine. A la suite de cet événement, elle a consulté un médecin ORL qui a constaté une déchirure du tympan qui s'est cicatrisée par la suite.

Dans son rapport du 21 novembre 2023, le Dr C _____ a indiqué que l'étiologie des troubles de sa patiente était une rhinopharyngite et des antécédents d'accident de plongée en 2019. A la question « Participation d'un état antérieur ? », le spécialiste ORL a répondu : « Possible lien avec accident plongée et perforation tympan en 2019 ». Cette qualification a été reprise par le Dr D _____.

Selon la jurisprudence, le lien de causalité entre un événement et les troubles d'un assuré doit être pouvoir qualifié de probable, et non pas simplement de possible (voir supra consid. 2.3 in fine). Tel n'est pas le cas en l'espèce, puisque tant le spécialiste ORL ayant traité la recourante que le médecin-conseil de l'assurance ont qualifié le lien de possible, et non pas de probable. Les critiques de la recourante sur la distinction possible/probable ne peuvent ainsi pas être prises en compte, au vu de caractère clair de la jurisprudence du Tribunal fédéral. En outre, à suivre son raisonnement, quel que soit le trouble d'un tympan endommagé par un premier accident, il devrait être à charge de l'assurance-accidents initiale compte tenu d'une éventuelle fragilisation due à un événement antérieur ; un tel argument ne saurait être retenu, dès lors qu'il est en contradiction avec la condition du lien de causalité nécessaire entre un événement accidentel et les troubles qui s'ensuivent.

Au surplus, il convient de relever que la valeur probante de l'avis du Dr D _____ est entière. Ce dernier, nanti du dossier médical ORL complet de la recourante et de ses antécédents, est arrivé à des conclusions claires et cohérentes, superposables à celles du Dr C _____ qui avait jugé possible le lien de causalité. Faute de pièces médicales au dossier permettant de s'écarter des avis des Drs D _____ et C _____, leurs conclusions doivent être suivies.

Au vu de ces développements, c'est à juste titre que l'intimée a refusé la prise en charge des troubles auriculaires de l'assurée survenus en septembre 2023. Le recours doit dès lors être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée, sans qu'il y ait lieu de procéder à l'audition des Drs E _____ et C _____ ou de mettre en œuvre un examen clinique approfondi comme requis par la recourante. Il est ainsi rappelé que si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation anticipée 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 superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1).

Enfin, on notera que si la décision sur opposition constate certes inexactement les faits relativement à la situation professionnelle de l'assurée, cette erreur est sans conséquences sur l'issue du litige.

4. Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. fbis LPGA), la LAA ne prévoyant pas la perception de frais judiciaires, ni alloué de dépens à la recourante (art. 61 let. g a *contrario* LPGA) ou à l'intimée (art. 91 al. 3 LPJA ; ATF 126 V 143 consid. 4a)

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 20 janvier 2026