

S2 22 51

ARRET DU 11 MARS 2024

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

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ;
Anaïs Mottiez, greffière

en la cause

X _____, recourant, représenté par Maître Marlyse Cordonier, avocate, Genève

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA),
intimée

(art. 6 et 36 LAA ; causalité naturelle, statu quo sine/ante, valeur probante)

Faits

A. X _____, né le xx.xx1 1966, célibataire et sans enfant, est au bénéfice d'un CFC d'employé de commerce obtenu en 1989. Après avoir exercé en cette qualité auprès de diverses entreprises entre 1993 et 2013, il a été engagé en tant que secrétaire de direction des services « constructions, bâtiments et aménagement du territoire » par la commune de A _____ en novembre 2013, à un taux de 100%, pour un salaire mensuel brut de 6367 fr. 25 (pièces 22 et 24 du bordereau du recourant, d'où toutes les pièces mentionnées ci-dessous sont, sauf indication contraire, tirées). A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA).

B. Le 17 juillet 2016, l'assuré a été victime d'une crise d'épilepsie tonico-clonique inaugurale d'origine indéterminée, compliquée d'un traumatisme crânien, pour laquelle il a été pris en charge le même jour à B _____, où il a séjourné jusqu'au 25 juillet suivant. L'imagerie cérébrale réalisée le 18 juillet 2016 a mis en évidence une pétéchie hémorragique sous-arachnoïdienne précentrale droite, probablement post-contusion cérébrale, chez un patient présentant également une plaie de l'occipute à gauche suturée ainsi qu'un syndrome vestibulaire à droite post-chute (pièces 1 et 3). Le 26 août suivant, la Dresse C _____, médecin-traitant de l'intéressé, a notamment relevé que son patient présentait des céphalées, des vertiges invalidants ainsi que des troubles de la concentration et qu'il était en incapacité de travail totale depuis le jour de l'accident (pièce 19).

Dans un rapport du 19 octobre 2016, le Dr D _____, médecin-adjoint du service de neurologie de B _____, a indiqué que depuis sa sortie de l'hôpital, la situation de l'intéressé était favorable d'un point de vue épileptologique et que le traitement était bien toléré, mais qu'il présentait toujours des vertiges qui l'empêchaient de travailler (pièce 9).

Le 26 janvier 2017, l'assuré a remis à l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI) une demande de prestations, dans laquelle il indiquait notamment avoir été en incapacité totale de travail du 17 juillet 2016 au 22 janvier 2017, puis avoir présenté une incapacité de travail de 80% du 23 janvier 2017 au 5 février suivant et de 60% dès le 6 février 2017, en raison de vertiges et de céphalées consécutifs à la crise d'épilepsie survenue en juillet 2016 (pièce 22).

Le 10 février 2017, la Dresse C _____ a indiqué au Dr D _____ que son patient présentait une persistance de vertiges à la mobilisation ainsi que d'importants troubles de la concentration (capacité à se concentrer d'environ 1h30-2h, que ce soit sur un ordinateur, pour des tâches administratives ou dans le cadre d'une discussion) et a requis l'avis de ce spécialiste (pièce 17).

Dans un rapport du 16 février 2017, le Dr D _____ a relevé que l'évolution de l'intéressé depuis l'événement du 17 juillet 2016 était défavorable, ce dernier gardant une très grande fatigabilité avec une peine à se concentrer, se sentant tout le temps vaseux et ayant des vertiges. Au vu de ces symptômes, le Dr D _____ a évoqué le diagnostic de syndrome post-commotionnel et préconisé la réalisation d'un bilan neuropsychologique (pièce 12).

Le 29 mars 2017, un examen neuropsychologique a été effectué par le Dr E _____, spécialiste FMH en neurologie, et F _____, neuropsychologue. Ces derniers ont observé quelques performances limites à certaines épreuves attentionnelles et exécutives (légère précipitation engendrant d'occasionnelles erreurs, fluence verbale abaissée en raison d'un recours à une stratégie peu efficiente) ainsi qu'un traumatisme cranio-cérébral léger. Pour le reste, ils ont relevé que l'orientation, le langage, le traitement des nombres, les praxies, les gnosies, la mémoire, le reste des fonctions exécutives et attentionnelles ainsi que le raisonnement se situaient dans la norme (pièce 13).

Dans un rapport d'expertise du 12 septembre 2018, réalisée à la demande de l'OAI, le Prof. G _____, spécialiste FMH en neurologie, a relevé que l'examen neuropsychologique avait mis en évidence une altération attentionnelle (rythme de traitement et fluctuation attentionnelle), sans élément organique suggestif, le reste des fonctions cognitives investiguées (langage, praxies constructives, traitement des nombres, mémoire, fonctions exécutives) étant dans la norme. Ainsi, sur le plan neurologique organique, il a estimé la capacité de travail de l'assuré à 100%. Toutefois, au vu de l'aspect psychologique actuel (craintes anxieuses) de ce dernier, il a proposé une reprise du travail à 50% durant 3 mois avec une augmentation progressive par la suite, associée à un coaching psychologique (pièce 33).

Par décisions des 10 janvier 2019 et 20 mars 2019, l'OAI a d'une part dénié le droit de l'assuré à des mesures d'ordre professionnel, étant donné qu'il disposait d'une capacité de travail totale dans toute activité et qu'il ne présentait aucune incapacité de gain, et lui a d'autre part octroyé une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2017 au 28 février 2018,

le versement de la rente étant ensuite suspendu dès le 1^{er} mars 2018, puis repris du 1^{er} septembre 2018 au 30 novembre suivant (pièces 35 et 36). Non contestées, ces décisions sont entrées en force.

C. Dans le cadre de la révision du cas de l'intéressé par l'OAI, la Dresse C _____ a produit un rapport daté du 4 décembre 2019, dans lequel elle a indiqué avoir requis une nouvelle évaluation neuropsychologique ainsi qu'un bilan neurologique au Centre de la mémoire, à H _____, afin d'objectiver les troubles présentés par son patient depuis sa reprise du travail à 100%, soit notamment une fatigabilité majeure et des troubles de la concentration importants (pièce 39).

Le 23 janvier 2020, la Dresse I _____, neurologue au Centre de la mémoire, a posé le diagnostic de trouble neurocognitif léger, dans un contexte de surcharge professionnelle et/ou d'une reprise de l'activité trop rapide à 100%, provoquant comme élément nouveau un trouble de la mémoire épisodique. Elle a précisé que l'examen neurologique était normal et que l'examen neuropsychologique, réalisé le 15 janvier 2020 par J _____, neuropsychologue FSP, avait mis en évidence des troubles attentionnels modérés à sévères, avec une réduction de la vitesse de traitement des informations, des troubles d'attention soutenue, un ralentissement des temps de réaction simples (avec ou sans signal avertisseur), des troubles d'attention divisée et des troubles modérés à sévères de la mémoire épisodique verbale et visuo-spatiale. Elle a conclu que l'atteinte cognitive paraissait suffisante pour interférer en partie avec l'activité professionnelle, si bien que des aménagements du taux de travail et/ou des horaires étaient indiqués, notamment une diminution du pourcentage de travail à 60%, un certificat d'incapacité de travail de 40% ayant en outre été établi à partir du 27 janvier 2020 (pièce 41). Le neuropsychologue a quant à lui conclu qu'en regard de l'examen du 31 août 2018, cette nouvelle évaluation montrait une évolution plutôt défavorable, avec l'apparition de troubles mnésiques épisodiques et la persistance, voire une légère aggravation, des troubles attentionnels. Il a toutefois relevé que certaines épreuves utilisées étaient sensiblement différentes de celles de 2018 (pièce 40).

Une IRM cérébrale réalisée le 28 janvier 2020 s'est révélée superposable avec l'IRM cérébrale réalisée le 18 juillet 2016 et a notamment mis en évidence une lésion pétéchiiale hémorragique unique du gyrus précentral droit inchangée depuis la précédente imagerie (pièce 42).

Dans un rapport final du 14 avril 2020, le Dr K _____ a relevé que l'assuré présentait des troubles attentionnels, en lien avec une anxiété, ne revêtant aucun caractère

incapacitant et qu'une aggravation était alléguée sur la base d'un examen neuropsychologique utilisant une méthodologie différente de celle du Prof. G _____. Il a ajouté que les éventuels troubles à distance d'un traumatisme crânio-cérébral (TCC) ou d'un AVC s'amélioreraient dans un premier temps avant de se stabiliser, mais n'avaient pas vocation à s'aggraver, à moins qu'une autre pathologie vienne se greffer au tableau. Une telle pathologie n'étant pas annoncée, le Dr K _____ a estimé que la situation décrite par la Dresse I _____ n'était qu'une interprétation différente d'une situation inchangée et qu'il n'y avait pas de modification objective, significative et durable de l'état de santé de l'intéressé (pièce 45). Par projet de décision du 21 avril 2020, l'OAI a ainsi informé l'intéressé qu'il entendait lui dénier tout droit à des prestations de l'AI, en l'absence d'une péjoration de son état de santé depuis la précédente décision du 20 mars 2019, ce à quoi ce dernier s'est opposé le 22 juin 2020 (pièces 46 et 47).

Dans un rapport du 1^{er} juillet 2020, le Dr K _____ a rappelé que le trouble de la mémoire épisodique allégué, de même que les troubles attentionnels, résultaient d'une évaluation différente de celle réalisée par le Prof. G _____ en 2018. Les méthodologies d'évaluation prêtant toutefois à discussion, il a requis le renouvellement de l'expertise neurologique sollicitée en 2018, avec le même expert (pièce 48).

Le 2 février 2021, le Prof. G _____ a relevé que le nouvel examen neuropsychologique avait mis en évidence des troubles attentionnels modérés à sévères avec des troubles d'attention sélective et soutenue, un fléchissement des temps de réaction simples (avec ou sans signal avertisseur) ainsi qu'une distractibilité. Comparativement au bilan d'août 2018, il a noté l'apparition d'un fléchissement en mémoire antérograde ainsi qu'un ralentissement plus marqué à une tâche d'attention sélective et soutenue, le reste du tableau restant globalement superposable. Il a relevé qu'il n'y avait pas eu de péjoration réellement significative entre 2018 et 2021, mais qu'au vu de l'échec de l'essai de reprise professionnelle au-delà de 60% et compte tenu de la persistance des cicatrices post-hémorragiques, il lui semblait adéquat d'accepter une incapacité de travail comme aide-comptable, l'intéressé pouvant continuer correctement, malgré quelques erreurs, son activité à 60% dans son poste actuel. S'agissant des 40% restants, il a précisé qu'une activité plus simple, probablement uniquement occupationnelle, pourrait être effectuée, mais qu'il était peu probable qu'il puisse s'agir d'une activité lucrative significative (pièce 49).

Dans un rapport final du 10 février 2021, le Dr K _____ a retenu que la nouvelle expertise neurologique du Prof. G _____ montrait que les quelques différences

constatables entre les examens neuropsychologiques de 2018 et 2021 ne revêtaient aucune valeur significative et que l'expert basait son appréciation sur des observations de terrain mais n'établissait pas le lien médico-théorique existant entre la modification de l'état de santé et la capacité de travail, de sorte qu'il maintenait ses conclusions du 14 avril 2020, selon lesquelles l'assuré conservait une pleine capacité de travail dans son activité habituelle (pièce 51).

Par décision du 6 mai 2021, l'OAI a dénié à l'intéressé tout droit à des prestations de l'AI. Cette décision a été contestée céans et confirmée par jugement du 11 mars 2024 (cause S1 21 152).

D. Par déclaration de sinistre du 24 mars 2021, l'ancien employeur de l'assuré a signalé que ce dernier avait chuté en date du 17 juillet 2016 en raison d'une crise d'épilepsie, ce qui avait provoqué une commotion cérébrale (pièce CNA 1).

Dans un courrier du 25 mars 2021, l'intéressé, représenté par Me Marlyse Cordonier, s'est expliqué sur la tardiveté de l'annonce faite à l'assurance-accidents. Il a en substance indiqué avoir consulté son conseil uniquement à partir de la procédure de révision de son cas par l'OAI et que les frais médicaux avaient été pris en charge par son assurance-maladie et les indemnités journalières versées par le L _____, tous les intervenants ayant considéré que la crise d'épilepsie avait provoqué la chute du 17 juillet 2016. Cependant, le traumatisme crânien dont il avait été victime avait en réalité pour origine ladite chute, ce qui constituait un accident au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 142 V 435). Ainsi, dans la mesure où cette chute avait eu pour conséquence une incapacité de travail, il appartenait selon l'assuré à la CNA d'intervenir pour les suites de cet accident (pièce CNA 5).

Dans une appréciation du 4 août 2021, le Dr M _____, spécialiste FMH en neurologie et médecin-conseil auprès du N _____, a retenu que l'intéressé avait pu présenter, dans un premier temps, un vertige positionnel paroxystique en relation avec l'accident, que les symptômes des vertiges, plutôt diffus et variables, n'étaient toutefois pas objectivés par des anomalies vestibulaires cliniques, si bien qu'ils n'étaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, plus liés à l'accident en cause, et que, s'agissant des troubles cognitifs, ils étaient d'apparition tardive et de manifestation variable, ce tableau étant en outre susceptible de motiver des doutes quant à son organicité. Le Dr M _____ a ainsi conclu que l'assuré ne présentait, au degré de la vraisemblance prépondérante, plus de troubles attribuables à l'accident du 17 juillet 2016, que la seule séquelle structurelle objectivable de cet accident était une lésion sous-arachnoïdienne

frontale droite et qu'il n'existait pas de limitation fonctionnelle en relation pour le moins probable avec l'accident (pièce CNA 27). Le 24 août suivant, le Dr M _____ a ajouté que pour la seule résorption de la pétéchie hémorragique sous-arachnoïdienne précentrale droite, un délai de 2 à 4 semaines était estimé, de sorte que d'un point de vue médico-asséculoologique, le statu quo était atteint le 29 mars 2017, date de l'examen neuropsychologique effectué par le Dr E _____ et F _____ (pièce CNA 29).

Par décision du 30 août 2021, la CNA a informé l'assuré que le cas était clos au 29 mars 2017, date à laquelle les séquelles de l'accident du 17 juillet 2016 étaient résorbées et le statu quo atteint, et qu'elle mettait fin aux prestations d'assurance à cette même date (pièce CNA 31).

Le 29 septembre 2021, O _____ SA, assureur-maladie de l'intéressé, a formulé une opposition provisoire à l'encontre de la décision du 30 août 2021 et a requis une copie du dossier. Après avoir pris connaissance de ce dernier, O _____ SA a admis que les frais médicaux inhérents à l'état de santé de l'assuré étaient à sa charge dès le 29 mars 2017 et a retiré son opposition provisoire (pièces CNA 41 et 46).

Le 30 septembre 2021, l'intéressé s'est opposé à la décision du 30 août précédent, soutenant en substance que l'avis du Dr M _____, sur lequel se fondait ladite décision, ne saurait être suivi, que les troubles cognitifs dont il souffrait n'étaient pas d'apparition tardive, dès lors que des difficultés de concentration, des céphalées et des vertiges avaient été constatés par son médecin traitant dès le mois d'août 2016, que l'avis du 2 février 2021 du Dr G _____, qui avait mis en évidence un TCC avec saignement sous-arachnoïdien et juxta-parenchymateux ainsi que, de façon séquellaire, un syndrome de fatigue associé à des troubles de la concentration, de l'attention et mnésiques, présentait une pleine valeur probante, que l'évaluation neuropsychologique du 29 mars 2017 ne constituait pas une base suffisante pour nier l'existence de troubles en lien avec l'accident du 17 juillet 2016, dans la mesure où elle ne tenait notamment pas compte de sa situation professionnelle, et que l'affirmation selon laquelle il fallait compter un délai de 2 à 4 semaines pour la résorption de la pétéchie hémorragique sous-arachnoïdienne précentrale droite était contredite par l'IRM réalisée le 28 janvier 2020, sur laquelle se retrouvait dite lésion. L'assuré a ainsi conclu qu'en présence d'un traumatisme crânio-cérébral et de lésions cérébrales objectivables, le lien de causalité entre les troubles neurocognitifs et l'accident du 17 juillet 2016 était établi au degré de la vraisemblance prépondérante (pièce CNA 44). Il a en outre joint à son pli un rapport de la Dresse C _____ du 15 septembre 2021, affirmant notamment que les troubles de la concentration étaient apparus dès le début de l'évolution post-traumatique.

Dans un rapport du 3 janvier 2022, le Dr M _____ a retenu que les griefs soulevés dans l'opposition n'étaient pas susceptibles de modifier ses appréciations précédentes. Il a notamment relevé que l'aggravation du tableau neuropsychologique en février 2021 (seconde expertise du Prof. G _____) par rapport à l'examen précédent ne s'expliquait pas par l'accident, en l'absence de complications organiques, que l'expert retenait en effet un syndrome de fatigue associé à des troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire, sans autre atteinte cognitive, que l'évaluation neuropsychologique du 29 mars 2017 mettait en évidence un bilan sans anomalie notable, que les performances aux examens neuropsychologiques n'avaient rien à voir avec la situation au poste de travail, que la résorption d'un discret saignement sous-arachnoïdien se produisait en quelques jours et que, *in casu*, entre le 18 juillet 2016 et le 28 janvier 2020, le diamètre de la lésion avait diminué de 2 mm à 1 mm, cette séquelle millimétrique n'étant pas susceptible d'expliquer une perte cognitive (pièce CNA 50).

Par décision sur opposition du 19 mai 2022, la CNA a rejeté les griefs de l'intéressé et confirmé sa décision du 30 août précédent, arguant notamment que les appréciations du Dr M _____ présentaient une pleine valeur probante et que la suite du traitement était à la charge de l'assurance-maladie, laquelle l'avait d'ailleurs admis (pièce CNA 52).

E. X _____ a recouru céans le 20 juin 2022, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du 19 mai précédent, à la constatation de l'existence d'un lien de causalité entre les troubles neurocognitifs et l'accident du 17 juillet 2016 et au renvoi de la cause à la CNA pour instruction complémentaire et versement des prestations d'assurance, notamment d'une rente basée sur un degré d'invalidité de 50% dès le 27 janvier 2020 ainsi que d'une éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité. Subsidiairement, il a conclu à ce qu'une expertise neurologique avec un volet neuropsychologique soit ordonnée. Il a en substance réitéré les arguments développés à l'appui de son opposition du 30 septembre 2021, soutenant que les appréciations du Dr M _____ ne présentaient pas une valeur probante suffisante, au contraire de l'évaluation médicale du Prof. G _____ qui devait prévaloir.

Dans sa réponse du 21 septembre 2022, la CNA a soutenu qu'un examen personnel de l'assuré par le Dr M _____ n'était pas nécessaire, dans la mesure où ce spécialiste disposait d'un dossier médical complet lui permettant d'établir les circonstances de l'accident, l'atteinte à la santé ainsi que son évolution et de présenter des conclusions motivées. Elle a ajouté que les appréciations du Dr M _____ étaient partagées par le Dr K _____, médecin généraliste auprès du SMR (OAI), dans son rapport du

14 avril 2020, de sorte qu'elle ne voyait pas de raison de s'écarter des conclusions dûment motivées de son médecin conseil. La CNA a ainsi conclu au rejet du recours et a requis l'édition du dossier AI de l'intéressé.

Le 7 novembre 2022, l'assuré a relevé que les conclusions du Dr K _____, selon lesquelles les éventuels troubles cognitifs à distance d'un TCC s'amélioreraient dans un premier temps puis se stabilisaient, étaient inexactes et que, selon la littérature médicale topique, il était possible que des troubles de la mémoire et de la concentration soient constatés seulement lors de la reprise professionnelle ou de l'augmentation du temps de travail, ce qui s'était précisément passé en l'espèce. Il a ainsi maintenu les conclusions prises à l'appui de son recours.

La CNA ayant renoncé à déposer formellement une duplique, l'échange d'écritures a été clos le 28 novembre 2022.

Considérant en droit

1.

1.1 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.

Remis à la poste le 20 juin 2022, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 19 mai précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), et devant la Cour de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

2.

2.1 Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 29 mars 2017 pour les suites de l'accident du 17 juillet 2016.

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.

L'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles énumérées exhaustivement à l'article 6 alinéa 2 LAA, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

2.3 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle et adéquate.

L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement 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'évènement 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 et les références). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 123 V 102 ; 122 V 417 ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb).

En vertu de l'article 36 alinéa 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 139 V 176 consid. 5.3 ; 135 V 39 consid. 6.1 et les références), 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, soit à l'assureur (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références).

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 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1 et C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). 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 précité 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 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 précité consid. 7). 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 4A_172/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.5 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-4232/2011 du 17 juillet 2012 consid. 5 et C-3456/2010 du 23 janvier 2012 consid. 8). 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345). 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, 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_108/2011 du 24 octobre 2011 consid. 2.2).

3.

3.1 Dans le cas d'espèce, l'intimée a mis un terme à ses prestations au 29 mars 2017, au motif que le statu quo avait été atteint à cette date conformément à l'avis de son médecin-conseil.

Dans son appréciation du 4 août 2021, complétée le 24 août suivant, le Dr M _____, spécialiste FMH en neurologie et médecin-conseil auprès du N _____, a en effet estimé que l'intéressé ne présentait plus de troubles attribuables à l'accident du 17 juillet 2016 et ce depuis le 29 mars 2017, date de l'examen neuropsychologique réalisé par le Dr E _____ et F _____. Il a retenu que le tableau cognitif était d'apparition tardive, qu'il était susceptible de motiver des doutes quant à son organicité et que les déficits neuropsychologiques de l'assuré ne sauraient être attribués à la seule lésion sous-arachnoïdienne séquellaire à l'accident. Le recourant soutient quant à lui, en se fondant sur l'avis de son médecin-traitant, la Dresse C _____, ainsi que sur la seconde expertise du Prof. G _____, que les troubles cognitifs dont il souffre se seraient manifestés déjà peu après l'accident, qu'ils se seraient aggravés avec la reprise, respectivement l'augmentation, de son activité professionnelle et qu'ils seraient toujours en lien de causalité avec l'accident du 17 juillet 2016.

L'intimée a choisi de régler le cas d'assurance du recourant en se basant principalement sur l'avis de son médecin-conseil, sans recourir à une expertise externe (art. 44 LPGA)

autre que celle qui a été établie par le Prof. G _____ dans le cadre de la révision du cas de l'assuré par l'OAI et qui ne traite pas formellement de la question de la causalité (cf. *infra* consid. 3.3). Dès lors, selon la jurisprudence rappelée ci-dessus (cf. *supra* consid. 2.4), l'appréciation des preuves doit répondre à des exigences strictes et des doutes, mêmes minimes, quant à la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, exigent de procéder à des investigations complémentaires.

3.2 A la lecture du dossier, il appert que, dans son appréciation du 4 août 2021, le Dr M _____ a pris en compte l'ensemble des rapports établis par les spécialistes ayant suivi l'assuré suite à l'accident du 17 juillet 2016. En revanche, il n'a, dans un premier temps, pas fait état des rapports émanant de la Dresse C _____, médecin-traitant de l'intéressé, émis dans les suites de l'accident (cf. pièces 19, 20 et 21). Or, dans un rapport du 26 août 2016, soit un peu plus d'un mois après l'accident, la Dresse C _____ relevait déjà que son patient présentait des céphalées, des vertiges ainsi que des troubles de la concentration (cf. pièce 19). Cette praticienne a par la suite confirmé la persistance des vertiges et des céphalées (cf. rapport du 28 octobre 2016, pièce 20) ainsi que des troubles de la concentration (cf. rapports des 19 janvier 2017 [pièce 21] et 15 septembre 2021). Ce n'est que dans son appréciation complémentaire du 3 janvier 2022 que le Dr M _____ a reconnu que la Dresse C _____ avait fait état de difficultés de concentration dans son rapport du 26 août 2016. Il a toutefois estimé qu'après cette date, cette praticienne avait relevé uniquement des vertiges et des céphalées, qui avaient été jugés compatibles avec un vertige paroxystique positionnel bénin, excluant ainsi une apparition immédiate des troubles cognitifs chez l'assuré. S'il est vrai que le Dr D _____ ne mentionne pas non plus de troubles de la concentration dans son rapport du 19 octobre 2016 et que l'assuré lui-même n'en fait pas état dans sa demande de prestations AI du 26 janvier 2017, cela n'en demeure pas moins en contradiction avec les rapports de la Dresse C _____ susmentionnés. Si la jurisprudence admet que les médecins traitants, de par le lien de confiance qui les unit à leurs patients, trancheront dans le doute plutôt en faveur de ces derniers, le Dr M _____ n'indique toutefois pas pour quelle raison cela aurait été le cas en l'espèce.

A cela s'ajoute que le Dr M _____ se contente d'affirmer que les déficits neuropsychologiques présentés par l'intéressé ne sauraient être attribués à la seule lésion sous-arachnoïdienne séquellaire à l'accident du 17 juillet 2016, sans pour autant donner d'explications quant à l'origine desdits déficits. A cet égard, la Dresse I _____ a noté, dans son rapport du 23 janvier 2020, une aggravation des

troubles cognitifs chez l'intéressé dans le contexte de la reprise de son activité professionnelle, respectivement de l'augmentation de son temps de travail. Or, le Dr M _____ a considéré que les performances obtenues par l'assuré lors des tests neuropsychologiques n'avaient rien à voir avec la situation au poste de travail, sans toutefois se prononcer sur la littérature topique relevée par l'intéressé (SCHNIDER/ANNONI, et alii., Symptomatologie après le traumatisme d'accélération craniocervicale [coup du lapin, whiplash-associated disorder], in : Bulletin des médecins suisses/Schweizerische Arztleistung 2001 p. 288 s.) selon laquelle il est précisément possible que des troubles de la mémoire ou de la concentration soient constatés seulement lors de la reprise professionnelle ou lors de l'augmentation du temps de travail, comme l'a attesté la Dresse I _____. Au vu de ces développements, une pleine valeur probante ne saurait ainsi être reconnue à l'avis interne du Dr M _____.

3.3 S'agissant du Prof. G _____, il ressort de l'expertise du 2 février 2021 que ce dernier a posé les diagnostics de traumatisme crâniocérébral de juillet 2016 avec saignement sous arachnoïdien et juxtaparenchymateux, après une crise épileptique unique d'origine indéterminée, ainsi que, de façon séquellaire, de syndrome de fatigue associé à des troubles de la concentration/attention/mnésique, sans autre atteinte cognitive. Cependant, ce spécialiste, mandaté par l'OAI dans le cadre de la révision du cas de l'intéressé et non par la CNA, ne s'est pas formellement prononcé sur la question de l'existence d'un lien de causalité entre les troubles présentés par le recourant et l'accident du 17 juillet 2016, ni sur le degré de vraisemblance d'un tel lien. Le Prof. G _____ n'a pas non plus établi le moment auquel les troubles cognitifs présentés par l'intéressé étaient apparus, se contentant de retenir que l'état de ce dernier paraissait séquellaire avec une persistance de petites lésions cicatricielles bien objectivées à l'IRM réalisé en 2020 et que ces lésions étaient suffisantes pour expliquer la persistance d'un syndrome de fatigue cognitive (pièce 49, p. 9). Or, cette lecture de l'imagerie réalisée en 2020 diffère en tous points de celle du Dr M _____, qui a estimé que la séquelle millimétrique objectivée sur l'IRM de 2020 n'était pas susceptible d'expliquer une perte cognitive. Par ailleurs, il ressort du dossier qu'aucun autre spécialiste n'a traité de la question de la causalité entre l'accident du 17 juillet 2016 et les troubles présentés par l'intéressé.

3.4 Ainsi, en l'état du dossier, la Cour de céans constate que l'instruction médicale est insuffisante et contradictoire, que les rapports médicaux au dossier ne permettent pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique et qu'un doute subsiste quant au lien de causalité naturelle entre l'accident

du 17 juillet 2016 et les atteintes cognitives présentées par le recourant au-delà du 29 mars 2017. La CNA aurait dû remédier à son instruction lacunaire et ne pouvait pas attendre du Tribunal qu'il la complète à sa place. Partant, il convient de renvoyer le dossier à l'autorité intimée pour instruction complémentaire sur le plan neurologique conformément à ce qui précède, et mise en œuvre d'une nouvelle expertise neurologique indépendante, puis nouvelle décision sur ce point, sans qu'il n'y ait lieu de donner suite, dans la présente cause, aux autres moyens de preuves requis par le recourant, respectivement par l'intimée (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

4.

4.1 La procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA), la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, ne prévoyant pas le prélèvement de frais.

4.2 Aux termes de l'article 61 lettre g LPGA, la partie recourante est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque, dans la procédure judiciaire cantonale portant sur des prestations d'assurance sociale, la décision administrative est annulée et la cause renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire puis nouvelle décision (ATF 137 V 57 consid. 2.1 et 132 V 215 consid. 6).

Eu égard à ce qui précède, X _____ a obtenu gain de cause en l'espèce. Il a ainsi droit à une pleine indemnité pour les dépens, qui, vu l'issue de la cause, seront supportés par l'intimée (art. 61 let. g LPGA, art. 81a al. 2 et 91 al. 1 et 2 a contrario LPJA, art. 27 al. 1, 40 al. 1 et 46 al. 2 LTar). Compte tenu du travail utile de Me Marlyse Cordonier, laquelle a rédigé un recours, une détermination et un courrier, le tout accompagné d'environ 70 pièces, dans un dossier de difficulté moyenne, la Cour fixe l'indemnité à un montant forfaitaire de 2000 fr., débours et TVA compris.

Prononce

1. Le recours est admis et le dossier renvoyé à la CNA pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise neurologique indépendante et nouvelle décision au sens du considérant 3.
2. Il n'est pas perçu de frais.
3. La CNA versera à X _____ une indemnité de 2000 francs pour ses dépens.

Sion, le 11 mars 2024