

*Par arrêt du 20 décembre 2024 (8C\_539/2024), le Tribunal fédéral a déclaré irrecevable le recours en matière civile interjeté par X\_ contre ce jugement*

S2 22 55

## **ARRET DU 6 AOÛT 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 Michel De Palma, avocat, Sion

#### **contre**

**GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA**, intimée

(art. 6 al. 1 LAA, causalité adéquate en matière de troubles neuropsychologiques ;  
valeur probante d'une expertise)

## Faits

**A.** X \_\_\_\_\_, né le xx.xx 1964, marié et père de deux enfants majeurs, est au bénéfice d'un CFC d'employé de commerce ainsi que d'un diplôme fédéral de comptable. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002, il a exercé à plein temps en tant que comptable-gérant de sa propre fiduciaire (A \_\_\_\_\_ SA, au B \_\_\_\_\_). A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la société Groupe Mutuel Assurances GMA SA (ci-après : GMA SA). En sus de cette activité, l'assuré gérait également une exploitation agricole avec ses deux fils (pièces GMA 1 et 61).

**B.** Le 18 mai 2018, alors qu'il sortait deux génisses au pré, l'intéressé a glissé et chuté de tout son corps sur la route avec réception sur la tête. Il a été pris en charge le jour même à C \_\_\_\_\_, où la réalisation d'un scanner cérébral a mis en évidence une fracture pariéto-temporale et du rocher droit extralabyrinthique ainsi qu'un hématome épidural temporo-pariétal droit consécutif à un traumatisme crânio-cérébral (TCC) mineur avec possible perte de connaissance et amnésie circonstancielle et rétrograde limitée à la journée du 18 mai 2018. L'assuré s'est en outre plaint d'une perte d'audition au niveau de son oreille droite. Un scanner cérébral de contrôle a été effectué le 22 mai suivant à D \_\_\_\_\_ et a montré une évolution favorable, sans progression de l'hématome épidural, si bien que l'intéressé a pu rentrer à son domicile le 24 mai 2018 (pièces GMA 2, 3, 6 et 8).

L'assuré a repris son activité habituelle de comptable à 50% dès le 2 juillet 2018 (pièce GMA 12).

Le 7 novembre 2018, GMA SA a transmis à l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI) une demande de prestations AI remplie par l'intéressé en raison du TCC subi le 18 mai précédent (pièce GMA 16).

Le 19 décembre 2018, la Dresse E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie et médecin-adjoint à D \_\_\_\_\_, a relevé que l'évolution de l'assuré était favorable avec une quasi normalisation des seuils auditifs à droite et une audition subjectivement symétrique et bonne (pièce GMA 19).

Dans un rapport du 8 mars 2019, le Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'intéressé, a indiqué qu'il voyait son patient environ chaque deux mois dans les suites d'un TCC sévère avec fracture pariéto-

temporale et hématome sous-dural, que celui-ci souffrait de céphalées ainsi que d'une fatigabilité très importante impliquant des troubles de la concentration après une demi-journée de travail, qu'il n'y avait eu aucune amélioration depuis la reprise du travail à un taux de 50% et qu'il n'était pas possible d'augmenter ce taux (pièce GMA 28).

A l'issue d'un examen neuropsychologique réalisé le 25 avril 2019, G \_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, et H \_\_\_\_\_, neuropsychologue, ont relevé qu'à presque une année après l'accident, l'assuré présentait des troubles mnésiques antérogrades modérés en modalité verbale, un dysfonctionnement exécutif, une fatigue accrue, une sonophobie ainsi que des modifications comportementales (irritabilité et émotivité accrues). Elles ont retenu que ce tableau de déficits cognitifs modérés était tout à fait compatible avec le TCC vécu par l'intéressé et qu'au vu de l'envergure des troubles persistants, une augmentation du taux d'activité au-delà de 50% ne leur semblait pas recommandée, au contraire d'une stabilisation à moyen terme de ce taux (pièce GMA 29).

Le 28 août 2019, le Dr F \_\_\_\_\_ a indiqué que les symptômes de son patient étaient stables sur les six derniers mois (céphalées et fatigabilité importante), ce qui avait pour conséquence qu'il y avait peu d'amélioration à attendre s'agissant de son état de santé (pièce GMA 35).

Le 14 novembre 2019, GMA SA a émis des réserves quant à la poursuite de la prise en charge du cas, estimant que les informations à sa disposition ne permettaient plus de déterminer si le traitement médical et l'incapacité de travail de l'assuré au-delà du 29 novembre 2019 étaient toujours en lien de causalité avec l'accident du 18 mai 2018 (pièce GMA 37).

Une IRM du cerveau réalisée le 15 novembre 2019 s'est révélée dans la norme et n'a mis en évidence aucun argument en faveur de lésions séquellaires post-traumatiques (pièce GMA 38).

Le 20 février 2020, la Dresse I \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et maladies des poumons, a relevé qu'un tracé polygraphique de plus de neuf heures avait permis d'observer une ronchopathie (35-40 % de la nuit) associée à un SAS (syndrome d'apnées du sommeil) léger à modéré, précisant qu'il s'agissait majoritairement d'hypopnées en position de décubitus dorsal et qu'il était difficile de dire si ce SAS pouvait expliquer partiellement la symptomatologie de fatigue diurne. Le 15 mai suivant, le Dr J \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin-conseil, a indiqué que les troubles mentionnés par la Dresse I \_\_\_\_\_

étaient en relation de causalité naturelle probable avec l'accident du 18 mai 2018 (pièces GMA 47 et 49).

Le 13 juillet 2020, GMA SA a informé l'intéressé qu'en raison de la situation due à la crise du coronavirus, elle était disposée à prendre en charge les frais médicaux et le versement de l'indemnité journalière jusqu'au 30 juin 2020, mais que dès cette date, elle émettrait à nouveau des réserves quant à la poursuite de son obligation de prester (pièce GMA 50).

Dans un rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante du 27 septembre 2020, l'enquêteur spécialisé de l'OAI a notamment retenu que la perte de gain de l'assuré, calculé selon la méthode extraordinaire, s'élevait à 50.92 %, arrondi à 51 % (pièce GMA 61).

Le 5 novembre 2020, le Dr K \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a posé les diagnostics de troubles neuropsychologiques émotionnels et fatigue invalidante, consécutifs au TCC du 18 mai 2018, ainsi que d'anosmie idiopathique depuis 7 ans. Il a précisé que la situation de l'intéressé était typique d'un syndrome neuropsychologique et comportemental séquellaire à un TCC, actuellement chronicisé, sans amélioration clinique, et que l'ensemble des troubles décrits était reconnu dans des situations de TCC, y compris en l'absence de lésion visible à l'IRM. Ce médecin a ajouté qu'aucune autre pathologie n'expliquait les troubles objectifs neurologiques et neuropsychologiques mis en évidence chez l'assuré, si bien que la causalité avec l'accident du 18 mai 2018 était selon lui établie (pièce GMA 54).

Le 16 novembre 2020, GMA SA a prié l'assureur perte de gain de l'intéressé de prendre en charge provisoirement le paiement des indemnités journalières à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2020 (pièce GMA 58).

A l'issue d'un nouvel examen neuropsychologique effectué le 23 novembre 2020, la psychologue G \_\_\_\_\_ et L \_\_\_\_\_, neuropsychologue, ont relevé que l'assuré présentait un léger dysfonctionnement exécutif mesuré sur le versant formel et observé sur le versant comportemental, des modifications socio-émotionnelles auto-rapportées, une légère perturbation de la mémoire épisodique antérograde verbale ainsi qu'une fatigabilité accrue rapportée par l'intéressé au quotidien, et, dans une moindre mesure, observée sur la durée de l'évaluation. Elles ont ajouté que ce tableau neurologique était valide et reflétait les séquelles du TCC du 18 mai 2018, qu'en regard de la précédente évaluation du 25 avril 2019, une évolution globalement favorable du tableau cognitif était objectivée avec l'amélioration des performances mnésiques et que les troubles

présentés par l'assuré étaient de nature à entraîner des limitations sur le plan professionnel, à savoir une diminution du rendement et de l'efficacité due à la fatigabilité et un impact négatif dans les situations où l'assuré était amené à effectuer plusieurs tâches simultanément (pièce GMA 60).

Le 21 janvier 2021, le Dr J \_\_\_\_\_ a noté qu'à deux ans et huit mois de l'accident, la situation médicale de l'intéressé était vraisemblablement stabilisée et que sa capacité de travail était de 50% depuis le mois de juillet 2018, en raison de troubles neuropsychologiques. A cet égard, ce médecin a relevé que l'examen neuropsychologique du 23 novembre 2020 avait démontré la persistance de troubles, si bien qu'il a estimé qu'une expertise neurologique et neuropsychologique devait être mise sur pied (pièce GMA 63).

Dans un rapport d'expertise bidisciplinaire du 7 mai 2021, le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, et N \_\_\_\_\_, neuropsychologue FSP, tous deux exerçant pour le O \_\_\_\_\_, à P \_\_\_\_\_, ont indiqué que, sur le plan strictement neurologique, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle, d'incapacité de travail ou de « perte à l'intégrité ». Sur le plan neuropsychologique, ils ont relevé que leur examen avait montré une péjoration cognitive par rapport au dernier bilan effectué en novembre 2020 avec des atteintes apparemment importantes touchant les fonctions exécutives, mnésiques et attentionnelles. Ils ont toutefois précisé qu'au vu de la présence de signes d'exagération des symptômes, leur évaluation n'apparaissait pas fiable. Ces spécialistes ont ainsi conclu qu'il était possible, bien que peu probable, que l'intéressé souffre de troubles cognitifs, mais qu'en raison de facteurs non-neuropsychologiques qui interféraient très vraisemblablement avec l'actualisation des compétences, il était impossible de retenir un diagnostic neuropsychologique clair ni de définir des limitations à la capacité de travail, et ce même si les plaintes formulées par l'assuré dans les domaines mnésiques, exécutif, attentionnel et comportemental étaient selon eux en relation de causalité naturelle avec l'accident de 2018. Ils ont ajouté que le statu quo ante avait été atteint à la fin du mois de novembre 2020, que la capacité de travail de l'intéressé était depuis lors réputée entière dans son activité habituelle et qu'il n'y avait pas d'atteinte importante et durable à l'intégrité (pièce GMA 68).

**C.** Par décision du 10 juin 2021, GMA SA a informé l'assuré qu'elle cessait la prise en charge du traitement médical et le versement des indemnités journalières au 30 novembre 2020, dès lors que, selon le rapport d'expertise du O \_\_\_\_\_, sa situation médicale pouvait être considérée comme stabilisée dès cette date et qu'il était dès lors en mesure de reprendre son activité professionnelle à 100%. GMA SA a ajouté

que, dans la mesure où les séquelles de l'accident du 18 mai 2018 ne réduisaient pas sa capacité de gain, il n'avait pas droit à une rente d'invalidité et qu'en l'absence d'atteinte à son intégrité, il n'avait pas non plus droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI ; pièce GMA 69).

L'assuré, représenté par Me Michel De Palma, s'est opposé à cette décision en date du 12 juillet 2021, arguant en substance que son taux d'invalidité devait être réexaminé, GMA SA n'ayant pas pris en compte ses problèmes de fatigue ainsi que ses troubles de la concentration et de la mémoire, que l'assurance n'indiquait pas le taux d'IPAI qui pourrait être retenu et qu'au vu des constatations neurologiques du Dr K \_\_\_\_\_, la prise en charge des soins médicaux devait être assurée pour l'avenir. Le 15 septembre suivant, l'intéressé a complété son opposition, estimant que les conclusions de l'expertise bidisciplinaire du Dr M \_\_\_\_\_ et de Madame N \_\_\_\_\_, truffée de contradictions et d'erreurs, balayaient sans explication les considérations faites sur le plan neuropsychologique et que l'exagération des symptômes alléguée n'était pas documentée sur le plan médical, si bien que cette expertise ne présentait aucune valeur probante et qu'il convenait bien plutôt de se référer aux conclusions des Drs K \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_. L'assuré a en outre joint à son écriture un rapport du 26 juillet 2021 du Dr F \_\_\_\_\_, qui s'appuyait sur les résultats de l'examen neuropsychologique du 25 avril 2019 ainsi que sur l'avis du 5 novembre 2020 du Dr K \_\_\_\_\_ pour affirmer que la symptomatologie de son patient était la conséquence du TCC de 2018 et que l'importance de cette symptomatologie empêchait une augmentation de sa capacité de travail au-delà de 50 % (pièces GMA 72 et 78).

Dans un rapport du 21 octobre 2021, le Dr M \_\_\_\_\_ et la neuropsychologue N \_\_\_\_\_ ont confirmé que, sur le plan strictement neurologique, il n'existait pas de séquelles significatives de l'accident du 18 mai 2018 et ont précisé que le bilan neuropsychologique du 23 novembre 2020 montrait une évolution favorable avec un trouble neuropsychologique léger à prédominance exécutive, qu'il était très inhabituel d'observer une péjoration du fonctionnement cognitif suite à un traumatisme crânien qui n'avait pas été qualifié de sévère, que si l'examen neuropsychologique de 2021 avait effectivement mis en évidence un dysfonctionnement dans plusieurs domaines, il n'était pas possible d'interpréter ces dysfonctionnements en raison de nombreux résultats psychométriquement incohérents, que la passation d'une épreuve dédiée à l'exagération de symptômes avait confirmé que les résultats obtenus étaient anormaux, qu'ainsi, un lien de causalité entre les déficits neuropsychologiques et l'accident de 2018 n'était que

possible et que, dans ce contexte, il n'y avait pas d'incapacité de travail dans l'activité habituelle de comptable (pièce GMA 79).

Par décision sur opposition du 1<sup>er</sup> juin 2022, GMA SA a rejeté les griefs de l'intéressé et confirmé sa décision du 10 juin 2021. Elle a notamment soutenu que le rapport d'expertise du 7 mai 2021 et le complément du 21 octobre suivant remplissaient toutes les exigences requises par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante et qu'en l'absence de perte de gain, la capacité de travail de l'assuré étant entière dans son activité habituelle dès le 1<sup>er</sup> décembre 2020 selon les experts, celui-ci ne présentait pas d'invalidité, de sorte qu'elle avait à juste titre mis fin à la prise en charge des frais médicaux ainsi que des indemnités journalières au 30 novembre 2020 et refusé le versement d'une rente d'invalidité et d'une IPAI (pièce GMA 81).

**D.** X \_\_\_\_\_ a recouru devant le Tribunal administratif de Paris le 4 juillet 2022 à l'encontre de la décision sur opposition du 1<sup>er</sup> juin précédent, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision, à la réalisation d'une expertise judiciaire visant à déterminer le taux d'invalidité et d'IPAI et, subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 50 % et d'une IPAI de 30 %. Il a en substance réitéré les arguments développés à l'appui de son opposition s'agissant de l'absence de valeur probante de l'expertise bidisciplinaire du 7 mai 2021 et a ajouté que, par décision du 5 mai 2021, jointe en annexe, l'OAI lui avait reconnu un droit à une rente d'invalidité basée sur un taux d'invalidité de 51 %, si bien que l'intimée était tenue de se calquer sur cette décision selon le principe de la coordination des assurances sociales. Le recourant a en outre estimé qu'au vu de son atteinte à la santé, une IPAI de 30 % fondée sur la table 8.3 du barème d'indemnisation de la CNA se justifiait. Il a enfin joint à son recours un rapport final SMR du 24 novembre 2020, dans lequel la Dresse Q \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale auprès du SMR, avait admis que sa capacité de travail était nulle dans toute activité du 18 mai 2018 au 1<sup>er</sup> juillet suivant, puis de 50% dès le 2 juillet 2018.

Dans sa réponse du 6 octobre 2022, l'intimée a soutenu qu'une expertise avait été confiée à un spécialiste en neurologie et à une neuropsychologue, tous deux expérimentés, dont le rapport remplissait les exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante, et que les autres avis médicaux au dossier ne permettaient pas de mettre en doute les conclusions des experts, si bien que la réalisation d'une expertise judiciaire ne se justifiait pas. Elle a ajouté que, s'il était vrai que le SMR avait une autre appréciation de la capacité de travail du recourant, l'assureur-accidents n'était pas lié par les conclusions de l'assurance-invalidité. Par ailleurs, GMA SA a relevé qu'au vu des pièces médicales au dossier, notamment de l'IRM du mois de novembre 2019, il y avait

lieu de constater une absence de substrat organique dès cette date, si bien que la causalité adéquate devait être analysée selon les critères de gravité établis par la jurisprudence topique du Tribunal fédéral. Or, en l'espèce, l'intimée a retenu que non seulement l'existence de troubles neuropsychologiques en relation de causalité naturelle avec l'accident n'était pas donnée, puisqu'elle n'était déclarée que possible par les experts, mais que, même s'il fallait l'admettre, la causalité adéquate ne serait quant à elle pas établie dès lors qu'aucun critère jurisprudentiel de gravité n'était rempli. S'agissant enfin de l'IPAI, GMA SA a argué qu'en l'absence de substrat organique, la table 8.3, relative à l'évaluation de l'importance des troubles psychiques résultant d'une atteinte cérébrale organique, ne saurait être appliquée. L'intimée a ainsi conclu au rejet du recours.

Le 7 novembre 2022, le recourant a indiqué que l'expertise s'était déroulée à R \_\_\_\_\_ et que le stress lié au déplacement jusque-là ainsi que la durée de l'expertise expliquaient l'exagération des symptômes relevés par les experts. Il a par ailleurs à nouveau soutenu que, selon le Dr K \_\_\_\_\_, la causalité entre les troubles qu'il présentait et l'accident de 2018 était indiscutable et que l'intimée avait violé le principe de la coordination des assurances sociales en ne tenant pas compte du taux d'invalidité retenu par l'assurance-invalidité.

Le 8 décembre 2022, l'intimée a rappelé que l'IRM du 15 novembre 2019 s'était avérée dans la norme, sans lésion séquellaire post-traumatique parenchymateuse visible, ce que le Dr K \_\_\_\_\_ avait par ailleurs confirmé, si bien que les éléments relevés par ce médecin étaient uniquement subjectifs et que les « troubles objectifs » qu'il mentionnait devaient être considérés comme une erreur de langage. GMA SA a de plus noté que l'analyse du recourant en matière de coordination entre assurances sociales était erronée, dès lors que l'assurance-invalidité pouvait se baser sur des symptômes et plaintes sans s'interroger sur leur étiologie, ce qui n'était pas le cas de l'assurance-accidents. L'intimée a en outre joint à son écriture un rapport du 25 octobre 2022 de la neuropsychologue N \_\_\_\_\_, qui expliquait notamment que toutes les expertises neuropsychologiques comportaient un volet sur la fiabilité des réponses de l'expertisé à des tests qui étaient par nature manipulables.

Le 31 janvier 2023, l'assuré a maintenu que l'avis du Dr K \_\_\_\_\_ devait prévaloir. A cet égard, il a transmis ce rapport du 28 décembre 2022 de ce médecin, qui estimait en substance qu'au vu des troubles exécutifs et de la fatigabilité présentés par son patient, il n'était pas possible de valider l'hypothèse d'une exagération des symptômes retenue par les experts.

Le 7 février 2023, l'intimée a précisé que si l'analyse de la causalité naturelle relevait de la compétence des médecins, celle de la causalité adéquate était du ressort des juristes et que, selon la teneur de sa réponse du 6 octobre précédent, cette dernière devait être niée en l'espèce.

L'échange d'écritures a été clos le 8 février 2023.

### **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 4 juillet 2022, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 1<sup>er</sup> juin précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours, compte tenu du report du délai échéant le samedi 2 juillet 2022 (art. 38 al. 3 et 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 la question de savoir si l'intimée était en droit de mettre fin à ses prestations au 30 novembre 2020 (indemnités journalières et frais de traitement) et de considérer que le recourant était dès lors apte à travailler à 100% dans son activité habituelle, lui déniaient ainsi un droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à une IPAI, au motif que les troubles neuropsychologiques encore présents à cette date n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident du 18 mai 2018.

**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. 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.

**2.2.1** 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 ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'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).

**2.2.2** La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_567/2017 du 12 mars 2018 consid. 3).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6, 117 V 369 consid. 4, 115 V 133 consid. 6 et 115 V 403 consid. 5).

La question de savoir si l'apparition de troubles psychiques doit être considérée comme une conséquence naturelle d'un accident ou si elle a pour origine d'autres causes peut rester indécise, si la causalité adéquate fait de toute façon défaut.

**2.2.3** La relation de causalité adéquate entre des troubles sans substrat organique objectivable et l'accident doit être appréciée à l'aune de la jurisprudence en matière de causalité adéquate entre des troubles psychiques et un accident (ATF 115 V 133 et 403).

En cas de troubles psychiques, il convient de tabler, pour déterminer l'existence d'un éventuel lien de causalité adéquate, sur le déroulement objectif de l'événement accidentel, critère qui repose sur un souci d'égalité de traitement et de sécurité du droit, lequel serait méconnu s'il lui était préféré celui de la façon dont l'assuré a subjectivement ressenti et assumé le choc traumatique. En fonction de leur déroulement objectif, les accidents se classent en trois catégories, à savoir les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents graves et, catégorie intermédiaire, les accidents de gravité moyenne. Par conséquent, afin de procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même.

Lorsque l'accident est insignifiant, l'existence d'un lien de causalité adéquate doit, en règle générale, être niée d'emblée. En cas d'accident grave, l'existence d'un lien de causalité adéquate doit en revanche être normalement admise. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères définis par la jurisprudence applicable en matière de troubles du développement psychique consécutifs à un accident (ATF 115 V 133 consid. 6 et 115 V 403 consid. 5), dont les plus importants sont :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ;
- enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Pour qu'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et un accident de gravité moyenne soit généralement admis, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/aa ; cf. p. ex. arrêts du Tribunal fédéral 8C\_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.4 et 8C\_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 3.2).

**2.3** 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 145 I 167 consid. 4.1, 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 ; 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). Par ailleurs, le juge doit avoir égard au fait que la relation de confiance unissant un patient à son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci; cela ne justifie cependant pas en soi d'évincer tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1)

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 134 V 231 et 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_543/2011 du 19 janvier 2012 consid. 2.3.1).

**2.4** Il est en outre rappelé que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'assureur-accidents est fondé à procéder à sa propre évaluation de l'invalidité, indépendamment de la décision de l'office de l'assurance-invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_195/2013 du 15 octobre 2013 consid. 4.1 et 9C\_813/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.4). L'uniformité de la notion d'invalidité n'a pas pour

conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1, 126 V 288 consid. 2a et 2d, 119 V 471 consid. 4a ; Pratique VSI 2004 p. 185 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 4). D'un autre côté, une évaluation entérinée par une décision entrée en force d'un assureur ne peut pas rester simplement ignorée par un autre assureur, qui ne peut s'en écarter que s'il existe des motifs suffisants ; peuvent constituer de tels motifs le fait qu'une évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré ou de mesures d'instruction extrêmement limitées ou superficielles, ou encore qu'elle n'est pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 4). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré. C'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et inversement (ATF 133 V 549 consid. 6 et 131 V 362 consid. 2).

**2.5** En l'occurrence, il ressort du dossier que l'évolution de l'état de l'assuré a été globalement favorable sur le plan oto-rhino-laryngologique, avec une quasi normalisation des seuils auditifs à droite et une audition subjectivement symétrique et bonne (cf. rapport de la Dresse E \_\_\_\_\_ du 19 décembre 2018). Il en va de même de manière générale sur le plan somatique, dès lors que seuls des céphalées et un syndrome d'apnées du sommeil léger à modéré subsistaient à un peu plus d'une année de l'accident (cf. rapport du Dr F \_\_\_\_\_ du 28 août 2019 et celui de la Dresse I \_\_\_\_\_ du 20 février 2020).

En revanche, tant les examens neuropsychologiques des 25 avril 2019 et 23 novembre 2020 que le rapport du 5 novembre 2020 du Dr K \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, ont mis en évidence l'existence de déficits cognitifs modérés, ce qui a conduit à la réalisation d'une expertise bidisciplinaire par le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, et N \_\_\_\_\_, neuropsychologue FSP, qui ont conclu qu'il était certes possible que le recourant souffre de troubles cognitifs, mais qu'au vu de la présence de signes d'exagération des symptômes lors de leur examen, il était impossible de retenir de diagnostic neurologique clair ni de définir des limitations à la capacité de travail et que l'état de santé de l'intéressé devait être considéré comme stabilisé depuis le mois

de novembre 2020, soit depuis le second examen neuropsychologique, lequel avait mis en évidence une évolution favorable du tableau cognitif.

**2.5.1** Dans son argumentaire, le recourant critique tout d'abord la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire du 7 mai 2021 du Dr M \_\_\_\_\_ et de la neuropsychologue N \_\_\_\_\_. Il prétend que cette expertise est truffée d'erreurs et de contradictions, qu'elle ne statue pas sur la question principale, soit la détermination du taux d'invalidité, respectivement de la capacité de gain, que les experts balayent sans explication et de manière incompréhensible les considérations qu'ils ont faites sur le plan neurologique en estimant que la présence de signes d'exagération des symptômes enlevait toute fiabilité à leur examen et que cette exagération n'est pas documentée sur le plan médical. Il estime, en outre, que les rapports des Drs K \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_, qui retiennent une capacité maximale de travail de 50%, doivent lui être préférés, ce d'autant plus qu'ils se surperposent aux constatations faites par les experts. Enfin, l'intéressé indique avoir été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité de 50%, servie par l'assurance-invalidité suite à l'avis des médecins SMR.

A la lecture des pièces médicales au dossier, force est de constater que le recourant ne saurait être suivi dans son argumentation. En effet, s'il est vrai que le Dr M \_\_\_\_\_ et la neuropsychologue N \_\_\_\_\_ ont constaté que leur examen avait montré une péjoration cognitive par rapport au précédent bilan du 23 novembre 2020 avec des atteintes apparemment importantes touchant les fonctions exécutives, mnésiques et attentionnelles, leurs conclusions sont claires et dûment motivées, dès lors qu'ils ont expliqué ne pas pouvoir évaluer l'intensité de ces troubles neuropsychologiques compte tenu des signes d'exagération de symptômes qui sont apparus à l'examen. A cet égard, et contrairement à ce que prétend le recourant, la neuropsychologue N \_\_\_\_\_ a expliqué que ces signes découlaient du nombre d'items reconnus à chacune des trois phases de la TOMM, nombre qui était inférieur au score limite, ce qui impliquait une exagération (cf. expertise p.19). Par ailleurs, ces spécialistes se sont fondés sur l'ensemble des pièces au dossier et ont procédé à une évaluation médicale complète et approfondie, à l'issue de laquelle ils ont conclu que l'intéressé présentait une capacité de travail de 100% dans son activité habituelle dès la fin du mois de novembre 2020, période où les tests neuropsychologiques ne retenaient plus que des troubles légers, sans retentissement notable sur la capacité de travail. Ils ont en outre confirmé leurs conclusions dans un rapport du 21 octobre 2021, en précisant pour quelles raisons ils ne retenaient pas d'incapacité de travail dans l'activité habituelle, à savoir parce qu'il était très inhabituel d'observer une péjoration du fonctionnement cognitif suite à un

traumatisme crânien qui n'avait pas été qualifié de sévère, que si l'examen neuropsychologique de 2021 avait effectivement mis en évidence un dysfonctionnement dans plusieurs domaines, il n'était pas possible d'interpréter ces dysfonctionnements en raison de nombreux résultats psychométriquement incohérents et que la passation d'une épreuve dédiée à l'exagération de symptômes avait confirmé que les résultats obtenus étaient anormaux.

A l'inverse, le Dr K \_\_\_\_\_ (cf. rapports des 5 novembre 2020 et 28 décembre 2022) ne fait qu'indiquer que l'assuré présente différents troubles cognitifs compatibles avec l'accident de 2018, y compris en l'absence de lésion visible à l'IRM, lesquels nécessitent selon lui une prise en charge asséculoologique, et se contente d'affirmer que l'hypothèse d'exagération des symptômes ne peut pas être validée, sans expliquer pour quelles raisons les conclusions de la neuropsychologue N \_\_\_\_\_ consécutives à l'épreuve de validation des résultats devraient être écartées. Quant au Dr F \_\_\_\_\_, son rapport du 26 juillet 2021 ne fait que se référer à l'avis du Dr K \_\_\_\_\_ ainsi qu'aux résultats des tests neuropsychologiques de 2019 pour retenir une capacité de travail maximale de 50%, de sorte qu'il ne saurait prévaloir. Cela vaut d'autant plus compte tenu de la jurisprudence relative aux rapports des médecins traitants, rappelée ci-dessus (cf. *supra* consid. 2.3). Enfin, le fait que la Dresse Q \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, ait noté dans un rapport final du 24 novembre 2020 que la capacité de travail de l'intéressé était de 50% dès le 2 juillet 2018 n'est d'aucun secours à ce dernier, dans la mesure où ce rapport a non seulement été rédigé avant que l'expertise bidisciplinaire n'ait eu lieu, mais surtout car l'assureur-accidents est fondé à procéder à sa propre évaluation de l'invalidité, indépendamment de la décision de l'office de l'assurance-invalidité (cf. *supra* consid. 2.4).

Ainsi, dès lors que l'appréciation du Dr M \_\_\_\_\_ et de la neuropsychologue N \_\_\_\_\_ repose sur une évaluation médicale complète et approfondie et que les Drs K \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_ ne font pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise ou suffisamment pertinents pour en mettre en doute les conclusions, dite appréciation ne saurait être remise en cause au motif que ces médecins ont une opinion divergente de celle des experts. Dans ces circonstances, il appert que l'expertise bidisciplinaire du 7 mai 2021 bénéficie d'une pleine valeur probante et que les différents avis médicaux au dossier permettent à l'intimée de porter un jugement valable sur le présent cas, sans qu'il se justifie de donner suite aux moyens de preuve requis par le recourant, à savoir l'édition du dossier AI et la

mise en œuvre d'une expertise (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1).

**2.5.2** Eu égard à ce qui précède et compte tenu de l'IRM cérébrale du 15 novembre 2019, qui s'est avérée normale et n'a montré aucun argument en faveur de lésions séquellaires post-traumatiques, seuls sont donc en cause des troubles neuropsychologiques.

Dans un litige concernant l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-accidents, il est admissible de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle entre l'accident et les plaintes de l'assuré au motif que ce lien de causalité ne pourrait de toute façon pas être qualifié d'adéquat et, partant, qu'il ne suffirait pas à fonder le droit aux prestations (ATF 135 V 465 consid. 5.1). Il n'est ainsi pas déterminant en l'espèce que les experts aient admis un lien de causalité naturelle entre les troubles présentés par l'assuré et l'accident du 18 mai 2018. Quant à la relation de causalité adéquate entre ces troubles, sans substrat organique objectivable, et ledit accident, elle doit être appréciée à l'aune de la jurisprudence en matière de causalité adéquate entre des troubles psychiques et un accident (cf. *supra* consid. 2.2.3).

*In casu*, l'intimée a classé l'événement en cause – soit une chute de l'assuré de sa hauteur – parmi les accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents de faible gravité, ce qui n'est pas contesté par le recourant. Comme tous les accidents de gravité moyenne, l'événement n'a pas manqué d'un certain caractère impressionnant pour l'intéressé qui en a été victime. Cela ne suffit cependant pas en soi à conduire à l'admission de ce critère. Cela est d'autant plus vrai que l'assuré a possiblement perdu connaissance au moment du choc et qu'il a présenté une amnésie circonstancielle et rétrograde limitée à la journée du 18 mai 2018, soit à celle de l'accident (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_236/2016 du 11 août 2016 consid. 6.2.1 et la jurisprudence citée). Ni le TCC modéré ni la fracture subie lors de cet accident ne constituent des lésions graves propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques (ATF 134 V 109 consid. 10.2.2). Les lésions physiques ont par ailleurs évolué positivement de manière globale et n'ont pas nécessité un traitement médical particulièrement long ou compliqué. A cet égard, les experts ont notamment indiqué dans leur rapport du 7 mai 2021 qu'il n'y avait pas de traitement en cours, excepté la prise occasionnelle d'Ibuprofène en cas de maux de tête. Il n'y a du reste pas eu d'erreur dans la prise en charge du recourant entraînant une aggravation notable d'éventuelles séquelles et les pièces au dossier ne témoignent pas de difficultés apparues au cours de la guérison ou de complications importantes. Mis à part des céphalées relevées par le Dr F \_\_\_\_\_ (rapport du

28 août 2019), l'assuré n'a pas signalé de douleurs intenses. S'agissant enfin du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, il y a lieu d'observer que le recourant a été en mesure de reprendre son activité habituelle de comptable à 50% dès le 2 juillet 2018, soit un mois et demi après son accident, et que l'augmentation de la capacité de travail a été freinée par son état de fatigue et par ses difficultés de concentration, soit pour des troubles non organiques. Partant, aucun des critères de gravité posés par la jurisprudence n'est rempli en l'espèce.

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles allégués et l'accident. Elle a ainsi à bon droit mis fin au versement de ses prestations (prise en charge du traitement médical et indemnités journalières) au 30 novembre 2020, soit à la date – non contestée au stade du recours – où le statu quo a été atteint, selon l'expertise bidisciplinaire du 7 mai 2021, dont il a été établi ci-dessus que la valeur probante était entière (cf. *supra* consid. 2.5.1).

**2.5.3** Après avoir mis un terme aux prestations de l'intéressé, GMA SA a examiné son droit à une éventuelle rente d'invalidité.

A cet égard, le recourant conteste la pleine capacité de travail retenue par l'intimée sur la base de l'expertise bidisciplinaire du 7 mai 2021 dans son activité habituelle de comptable. Il considère que les avis de son médecin traitant, le Dr F \_\_\_\_\_, et du Dr K \_\_\_\_\_, qui ont fixé sa capacité résiduelle de travail au maximum à 50%, devraient prévaloir. Comme cela a toutefois été démontré ci-dessus (cf. *supra* consid. 2.5.1), l'expertise du Dr M \_\_\_\_\_ et de la neuropsychologue N \_\_\_\_\_ présente une pleine valeur probante et les avis des Drs F \_\_\_\_\_ et K \_\_\_\_\_ ne sont pas de nature à mettre en doute les conclusions des experts. Ces dernières doivent dès lors être suivies.

Partant, en l'absence de perte de gain, c'est à bon droit que GMA SA a dénié tout droit de l'intéressé à une rente d'invalidité.

**2.5.4** Enfin, GMA SA a également examiné le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Sur ce point, l'assuré conteste à nouveau l'avis des experts, selon lesquels il ne présente aucune atteinte durable et importante à l'intégrité, et estime, sans aucun rapport médical à l'appui, avoir droit à une IPAI de 30% fondée sur la table 8.3 du barème d'indemnisation de la CNA, à savoir celle relative à l'évaluation de l'importance des troubles psychiques résultant d'une atteinte cérébrale organique. L'intéressé ne saurait

être suivi. En effet, outre le fait que l'estimation d'une éventuelle atteinte à l'intégrité est du ressort des médecins et non de l'assuré, il appert qu'il n'y a aucune atteinte organique en l'espèce (cf. not. IRM du 15 novembre 2019 et rapport d'expertise du 7 mai 2021), si bien que la table 8.3 ne peut trouver application. Partant, et étant rappelé que le rapport d'expertise du 7 mai 2021 présente une pleine valeur probante (cf. *supra* consid. 2.5.1), il n'y a pas lieu de s'éloigner des conclusions des experts. L'intimée a ainsi à juste titre dénié le droit du recourant à une IPAI.

**2.5.5** En tous points mal fondé, le recours est rejeté et la décision sur opposition du 1<sup>er</sup> juin 2022 confirmée.

### **3.**

**3.1** Il n'est pas perçu de frais, la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, n'en prévoyant pas (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA). Au vu de l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA).

### **Prononce**

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

Sion, le 6 août 2024