

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3193/2025

ATAS/1029/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 décembre 2025

Chambre 5

En la cause

A_____

recourant

représenté par Me Romain RIETHER, avocat

contre

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

intimée

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____ 1964, machiniste, domicilié en France, a été victime d'un accident de la circulation en date du 25 août 2019. Alors qu'il circulait sur sa moto, une voiture lui a coupé la route et l'assuré a lourdement chuté. Selon le rapport de consultation des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), daté du 26 août 2019, l'assuré avait subi un traumatisme de la jambe gauche, un traumatisme du poignet droit, un traumatisme cervical, ainsi qu'un traumatisme des pouces des deux mains.
- b.** L'employeur de l'assuré, la société B_____SA, a déclaré le cas à son assurance accidents, SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA), par formulaire daté du 28 août 2019.
- c.** L'assuré a été opéré des deux pouces dans le centre de chirurgie de la main et du poignet de la clinique C_____ (ci-après : C_____) en date du 27 août 2019. Selon le rapport de protocole opératoire de l'intervention, l'un des diagnostics était un traumatisme crânien cérébral (ci-après : TCC) avec perte de connaissance et perte de mémoire précoce.
- d.** Par courrier du 16 octobre 2019, la SUVA a informé l'assuré qu'elle prenait en charge les prestations d'assurance légales pour les suites de l'accident, tout en réservant le montant du droit à l'indemnité journalière qui serait fixé plus tard.
- e.** Dans son rapport médical du 26 novembre 2020, la docteure D_____, spécialiste en neurologie, a exposé que lors de l'accident, l'assuré portait son casque et avait présenté une amnésie circonstancielle de plusieurs minutes, puisqu'il existait une amnésie rétrograde très courte. Il avait une amnésie complète de l'accident. L'assuré rapportait la persistance d'un manque du mot occasionnel, notamment par exemple sur le nom de films vus récemment ou sur des mots peu usités, ainsi qu'une perte occasionnelle du fil de l'action en cours. Cependant, il ne relatait aucune difficulté dans la conduite de sa moto et était parfaitement indépendant pour la gestion de toutes ses affaires, y compris administratives. Il rapportait d'occasionnelles céphalées holocrâniennes, depuis des années, sans changement de la fréquence depuis l'accident ; le sommeil était relativement correct, sans changement depuis l'accident. Le médecin conseil concluait qu'en dépit des troubles attentionnels et du manque du mot rapportés par le patient, l'évaluation mentale et l'examen neurologique du jour étaient parfaitement normaux et il n'y avait aucune atteinte à l'intégrité découlant de l'accident, du point de vue neurologique, ni aucune limitation fonctionnelle ou incapacité de travail.
- f.** La SUVA a demandé à l'un de ses médecins-conseils, le docteur E_____, spécialiste en neurologie, une appréciation médicale neurologique que ce dernier a rédigée en date du 12 novembre 2021. Après avoir résumé les différentes pièces du dossier, le médecin exposait que son appréciation serait limitée à l'aspect

neurologique. Selon lui, l'événement du 25 août 2019 avait provoqué un TCC léger selon les éléments contemporains à l'accident ; cette conclusion était basée sur le fait que l'assuré avait présenté une brève perte de connaissance et une amnésie circonstancielle ; bien que son casque était abîmé, il n'avait pas présenté de plaies au niveau de la tête et l'examen neurologique était normal, de même que le CT body scan n'avait pas mis en évidence de fracture crânienne ou de lésion intracrânienne ; ce n'était que cinq mois après le deuxième accident, qui était survenu le 10 septembre 2021, que l'assuré avait signalé des problèmes cognitifs. À teneur de l'examen neuropsychologique réalisé en octobre 2021, l'assuré avait présenté des fluctuations attentionnelles n'impactant pas significativement les performances cognitives, de discrets déficits dans quelques tests concernant l'encodage visuel et des difficultés pour gérer l'alternance des tâches. En l'absence de lésions structurelles objectivables, le médecin ne retenait pas de lien de causalité pour le moins probable avec le TCC. À l'issue de l'examen, la médecin considérait que les troubles de la santé n'étaient pas imputables à l'événement du 10 septembre 2021 ou à celui du 25 août 2019, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante. L'état de santé pouvait être considéré comme stabilisé et il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité en lien de causalité probable avec l'accident.

g. L'assuré a consulté F_____, spécialiste en neuropsychologie, qui a rédigé un rapport daté du 28 janvier 2023 destiné à évaluer les difficultés cognitives rencontrées par le patient. Après avoir testé le fonctionnement cognitif de l'assuré, la psychologue a considéré que ce dernier témoignait de bonnes capacités de raisonnement (résolution de problèmes, raisonnement social) ainsi que des capacités non négligeables de retenir des informations, si elles lui étaient présentées de manière claire et sans interférence. Elle remarquait, cependant, des difficultés significatives dans plusieurs autres domaines évalués, tout particulièrement les fonctions exécutives et le langage et considérait que les résultats paraissaient cohérents avec les difficultés consécutives à l'accident, telles que décrites par l'assuré et les membres de son entourage, dans sa vie quotidienne fonctionnelle et relationnelle. Elle considérait le tableau clinique comme étant cohérent avec les séquelles d'un TCC, à savoir, des difficultés mnésiques, exécutives, attentionnelles, comportementales, langagières et de la fatigue qui étaient clairement de nature à interférer avec une pratique professionnelle qui ne tiendrait pas compte de ces particularités. Le ressenti des difficultés génèrait aussi, manifestement, de l'anxiété et de la frustration auprès de l'assuré.

- B. a.** Par décision du 23 novembre 2023, la SUVA a mis fin à la prise en charge des troubles cognitifs de l'assuré, notamment ses difficultés mnésiques et son manque de mots en se prévalant du fait qu'ils avaient été signalés tardivement. De surcroît, l'imagerie médicale ne mettait pas en évidence de lésions post-traumatiques au niveau cérébral et les troubles n'étaient pas objectivés par la Dre D_____ dans son rapport du mois de novembre 2020.

b. Par courrier du 20 décembre 2023, l'assuré s'est opposé à la décision du 23 novembre 2023.

c. Son conseil a complété l'opposition, par courrier du 29 avril 2024, joignant un rapport médical rédigé en date du 19 mars 2024 par le docteur G_____, spécialiste en médecine générale. Après avoir passé en revue les différents avis médicaux, le médecin relevait que le Dr E_____ n'avait pas retenu de relation de causalité entre les troubles de la mémoire et l'accident du 28 septembre 2019 alors que la neuropsychologue F_____, présentée comme une « experte », confirmait l'atteinte et les troubles neuropsychologiques consécutifs au dit accident. Se fondant sur cette dernière appréciation, le médecin recommandait à l'assuré de demander une révision de son dossier auprès de la SUVA pour faire valoir ses droits. Un rapport de la psychologue susmentionnée, daté du même jour, était joint au courrier du 29 avril 2024, et confirmait son bilan précédent, relevant que de nombreux travaux attestaient de la persistance possible de difficultés significatives consécutivement à des TCC qualifiés de légers. De surcroît, des troubles de l'attention n'apparaissaient pas nécessairement comme étant massifs dans le bilan et pouvaient être très invalidants au quotidien.

d. Par courrier du 26 juillet 2024, la SUVA a informé le conseil de l'assuré qu'un mandat d'expertise allait être confié au docteur H_____, spécialiste en neurologie, à I_____.

e. Ce dernier a rendu son rapport d'expertise neurologique, en date du 29 novembre 2024. Il considérait qu'aucun trouble neurologique n'était lié à l'accident d'août 2019 au degré de la vraisemblance prépondérante. S'agissant d'éventuels troubles neuropsychologiques, il n'était pas capable de répondre à cette question sur la base du présent dossier. Il situait le moment où l'état de santé de l'assuré était de nouveau stable vers la fin de l'année 2019 ou le début de l'année 2020, au plus tard. Il n'existait pas de limitation fonctionnelle du point de vue neurologique, ni dans l'activité habituelle de machiniste, ni dans une activité adaptée ; il n'y avait pas non plus d'arguments en faveur d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

f. Se fondant sur le rapport d'expertise neurologique, la SUVA a rejeté l'opposition et confirmé, par décision sur opposition du 9 juillet 2025, la décision du 23 novembre 2023.

C. **a.** Par acte de son conseil, posté le 10 septembre 2025, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition du 9 juillet 2025 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Il a conclu à son annulation, en reprenant dans les grandes lignes, les griefs qui avaient déjà été développés au stade de l'opposition et en alléguant, au vu des appréciations du Dr G_____ et de F_____, que l'intimée ne pouvait pas se fonder sur les résultats de l'expertise neurologique ; il était nécessaire de mettre en

œuvre une expertise judiciaire pluridisciplinaire avec des volets neurologique, psychologique, psychiatrique et neuropsychologique.

b. Par réponse du 8 octobre 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours, considérant que le raisonnement de la neuropsychologue F_____ était essentiellement fondé sur l'adage *post hoc, ergo propter hoc* et que les examens par imagerie cérébrale n'avaient pas mis en évidence d'atteinte neurologique objectivable, ni d'autres éléments plaidant en faveur d'un lien de causalité naturelle, au degré la vraisemblance prépondérante, au-delà du mois d'octobre 2023 entre les troubles de l'assuré de type neuropsychologique et les événements assurés.

c. Par réplique du 17 novembre 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions rappelant notamment la décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) du 16 juin 2025, lui octroyant une rente entière d'invalidité, à partir du 1^{er} juin 2024.

d. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

e. Les autres faits et documents seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le refus de l'intimée de continuer à prendre en charge, au-delà du 21 octobre 2023, les frais et indemnités liés aux troubles cognitifs du recourant.

3.

3.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et

involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur ; il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit, qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

3.2 Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

4. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps

humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, un facteur extérieur à l'origine de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 et les références).

Pour admettre la présence d'un accident, il ne suffit pas que l'atteinte à la santé trouve sa cause dans un facteur extérieur, soit une cause exogène au corps humain. Encore faut-il que ce facteur puisse être qualifié d'extraordinaire. Cette condition est réalisée lorsque le facteur extérieur excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 134 V 72 consid. 4.1). Le caractère extraordinaire ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Celui-ci doit s'écarter de la mesure ordinaire et normale dans laquelle les influences de l'environnement agissent sur le corps humain (arrêt du Tribunal fédéral 8C_438/2024 du 18 mars 2025 consid. 3.2 et la référence).

L'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de « mouvement non coordonné », à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de trébucher, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute, le facteur extérieur - modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement. Ainsi, dans son arrêt 8C_24/2022 du 20 septembre 2022, le Tribunal fédéral a nié le facteur extraordinaire chez un assuré qui avait monté un petit escalier normal en tenant quelque chose à la main. Cette action n'avait rien d'inhabituel, même si elle s'était produite avec la partie avant du pied et non avec toute la surface du pied sur la marche. L'affaissement du talon sur la marche inférieure ne dépassait pas le cadre de ce à quoi on pouvait s'attendre dans la situation initiale et ne constituait pas un incident particulier. En outre, l'assuré n'avait pas allégué qu'il n'aurait pas vu un pas, qu'il aurait perdu l'équilibre ou qu'il aurait marché dans le vide sans support. Il n'avait pas non plus fait valoir que la configuration de l'escalier aurait été particulière ou qu'il se serait trouvé dans un état particulier (par ex. humide ou verglacé) en raison d'influences environnementales. Malgré l'atteinte à la santé qui s'était produite (rupture partielle du tendon d'Achille), le seul abaissement du talon lors de la montée quotidienne d'un escalier, sans autre perturbation, ne remplissait ainsi pas les exigences relatives au facteur extérieur indispensable à l'affirmation de la notion d'accident au sens de l'art. 4 LPGGA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_159/2023 du 9 novembre 2023 consid. 3.2 et les références).

Pour les accidents survenus dans l'exercice du sport, l'existence d'un événement accidentel doit être niée lorsque et dans la mesure où le risque inhérent à l'exercice sportif en cause se réalise ; autrement dit, le caractère extraordinaire de la cause externe doit être nié lorsqu'une atteinte à la santé se produit alors que le sport est exercé sans que survienne un incident particulier. À titre d'exemples, le critère du facteur extérieur extraordinaire a été admis dans le cas d'une charge contre la balustrade subie par un hockeyeur, d'une réception au sol manquée par un gymnaste lors d'un « saut de carpe », ou encore dans le cas d'un skieur dans un champ de bosses qui, après avoir perdu le contrôle de ses skis en raison d'une plaque de glace, aborde une nouvelle bosse qui le soulève et le fait retomber lourdement au sol. En revanche, il a été nié dans le cas d'une assurée qui, selon ses premières déclarations, a exécuté une culbute en arrière sans incidents particuliers et s'est alors blessée au niveau de la nuque et de l'épaule. Il en est allé de même dans le cas d'une personne qui a exécuté une culbute « ratée » en arrière lors d'un entraînement de Ju-jitsu, le fait qu'elle a roulé non pas par-dessus son épaule, mais par-dessus sa nuque ne constituant pas un mouvement sortant de l'éventail ordinaire des mouvements exécutés dans la pratique de ce sport. Le Tribunal fédéral a également conclu à l'absence de facteur extraordinaire dans les cas suivants : une personne qui a trébuché sur une pierre, sans chuter, pendant une séance de « *nordic walking* » en extérieur ; un assuré qui s'est blessé à la nuque en effectuant une roulade en avant durant une leçon de gymnastique ou en exécutant de manière légèrement imparfaite une figure de gymnastique ou un autre mouvement dans l'exercice d'un sport (arrêt du Tribunal fédéral 8C_159/2023 du 9 novembre 2023 consid. 3.3 et les références).

Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première explication, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être - consciemment ou non - le produit de réflexions ultérieures (ATF 143 V 168 consid. 5.2.2 ; 121 V 45 consid. 2.a et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_438/2024 du 18 mars 2025 consid. 3.4).

5.

5.1 Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit

lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n. U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n. U 142 p. 75 consid. 4b). 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*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n. U 363 p. 46).

5.2 Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 [OLAA - RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; 118 V 293 consid. 2c et les références).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA 2006 n. U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. À cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêt du Tribunal fédéral 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.1 et les références).

En cas de nouvelles atteintes touchant une partie du corps qui n'a pas été lésée initialement par un accident, la causalité naturelle ne saurait être niée sans avoir examiné si lesdites atteintes résultent d'une sursollicitation due à l'empêchement d'utiliser un membre lésé, étant rappelé que l'obligation de prester de l'assureur-accidents existe également lorsque l'accident n'est qu'une cause partielle de l'atteinte à la santé, sans qu'il soit nécessaire qu'il ait entraîné directement une atteinte structurelle au membre lésé (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.4.1 et 6.4.2 et les références).

Le simple fait que l'assuré ait exercé une activité inadaptée aux atteintes à la santé d'origine accidentelle n'est pas suffisant pour nier le lien de causalité avec les troubles qui en résultent. Autre est la question de savoir si l'on peut exiger de lui qu'il y mette fin et dans quelle mesure cela peut entraîner une amélioration de son état de santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.4.1 et les références).

6.

6.1 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

6.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

6.3 Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 137 V 210 consid. 1.3.4 ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

6.4 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4).

Selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références).

6.5 Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un

examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

6.6 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

6.7 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

- 7.** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; *cf.* 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi

n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

- 8.** La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références ; RAMA 1994 n. U 206 p. 327 consid. 1 et les références). 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 (SVR 2016 n. UV p. 55 consid. 2.2.2 ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 17 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

9.

9.1 En l'espèce, le recourant considère, en se fondant sur les appréciations de son médecin traitant et de sa neuropsychologue, qu'au-delà du 21 octobre 2023, il existe toujours un lien de causalité entre l'accident d'août 2019 et ses troubles cognitifs.

L'intimée, en revanche, estime, selon les appréciations de son médecin-conseil et de l'expert neurologue qu'elle a mandaté, qu'un tel lien de causalité n'est plus établi au degré de la vraisemblance prépondérante, au-delà du 21 octobre 2023.

9.2 La chambre de céans constate que l'expertise neurologique est fondée sur toutes les pièces du dossier ; elle comprend une anamnèse complète, systémique, familiale, personnelle, sociale et professionnelle ; elle tient compte des plaintes

exprimées par le recourant et de sa description des circonstances de l'accident du 25 août 2019 et des symptômes qui s'en sont suivis ; l'expert a, par ailleurs, effectué un examen neurologique qui a duré 1h50, pendant lequel il a consigné le statut neurologique après examen de la tête et des nerfs crâniens, des membres supérieurs, du tronc, des membres inférieurs ainsi que de la position debout et de la marche et n'a retenu aucun diagnostic, sur le plan neurologique. Ce rapport d'expertise répond ainsi, sur le plan formel, à tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Sur le fond, l'expert mentionne que l'assuré a parfois des difficultés à trouver ses mots lors de l'entretien. S'agissant du rapport de consultation neuropsychologique effectué en janvier 2023 par la neuropsychologue F_____, l'expert constate que cette dernière n'aborde pas les examens d'imagerie cérébrale déjà réalisés et ne quantifie pas non plus les déficits sur la base de l'article scientifique de FREI et al. de 2016 qu'elle cite. De surcroît aucun avis quantitatif n'est émis quant à la capacité de travail. En ce qui concerne le rapport du Dr G_____, l'expert relève que le médecin a redoublé d'efforts pour documenter la situation médicale de l'assuré, « également dans le but d'étayer un lien de causalité entre l'accident du 25 août 2019 et d'éventuels déficits cognitifs » tout en observant que le rapport du médecin généraliste « n'apporte cependant aucun nouvel élément pertinent ». Il conteste les explications relatives à l'IRM de la tête réalisée au mois d'avril 2021 en raison de céphalées qui ne sont pas convaincantes et mentionne que cet examen d'IRM aurait bien entendu pu mettre en évidence d'éventuelles lésions cérébrales consécutives à l'accident d'août 2019 si elles avaient existé, mais l'examen en question n'a mis en évidence ni lésion de la substance blanche, ni résidus hémorragiques. L'expert en tire la conclusion que l'existence d'un traumatisme crânien de plus haut grade (contusion cérébrale) est improbable et que ce bilan radiologique n'explique pas les difficultés neuropsychologiques existantes.

9.3 Le recourant produit plusieurs rapports rédigés par sa neuropsychologue F_____. Celle-ci relève (rapport du 20 mars 2024, p. 5) qu'il a été mentionné à plusieurs reprises que la nature du traumatisme et l'absence de lésion visible à l'IRM constituent des éléments allant à l'encontre de la persistance de troubles. Elle qualifie toutefois ce raisonnement de dogmatique en raison de la persistance possible de difficultés significatives consécutives à des traumatismes crâniens qualifiés de légers en citant les auteurs PONSFORD et al. 2011 et MCINNES et al. 2017, sans toutefois préciser en quoi ces articles seraient de nature à établir l'existence et la persistance de troubles cognitifs pendant de longues années après un traumatisme léger, non visible à l'IRM. Il s'agit, en somme, d'une appréciation toute générale qui n'est pas de nature à remettre en question l'appréciation de médecins experts en neurologie. De même, on ne doute pas des constatations sur l'état cognitif du recourant, faites par la neuropsychologue lors des consultations, mais celle-ci échoue à rendre vraisemblable un lien de causalité persistant entre les difficultés cognitives du recourant constatées et l'accident d'août 2019.

S'agissant du rapport du 19 mars 2024 du médecin traitant, le Dr G_____, on constate à sa lecture que ce dernier fait une compilation des pièces médicales avant d'apporter une appréciation allant dans le sens de celle de la neuropsychologue F_____, sans non plus établir un lien de causalité persistant entre les troubles cognitifs et l'accident.

9.4 En ce qui concerne les autres rapports médicaux, celui du docteur J_____, chirurgien auprès de C_____ et qui a opéré en urgence l'assuré en date du 27 août 2019, il ne mentionne aucune particularité liée au TCC. Le rapport du 13 avril 2021 de consultation de neurologie du docteur K_____, spécialiste en neurologie auprès de l'Hôpital L_____, mentionne un TCC en 2019, mais sans aucune particularité. Dans son rapport de consultation de neuro-réadaptation du 18 août 2021, le docteur M_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès de la clinique romande de réadaptation, mentionne que l'examen neurologique effectué le jour même est plutôt rassurant, avec un schéma de marche strictement normal, sans trouble de l'équilibre et pas de boiterie. À la consultation du dossier, notamment de l'anamnèse, de l'IRM cérébrale et de l'évaluation neurologique de la Dre D_____, le médecin considère que le dossier plaide pour un TCC léger qui ne devrait pas laisser de difficultés de langage cognitif aussi importantes. Enfin, le bilan neuropsychologique effectué le 6 octobre 2021 par la spécialiste en neuropsychologie N_____, de l'Hôpital L_____, note une désinhibition verbale et comportementale chez un patient qui reconnaît avoir toujours eu une personnalité assez extravertie, tout en notant des modifications comportementales signalées par son entourage, après l'accident. Toutefois, le patient lui-même dit que ces manifestations se sont estompées. La neuropsychologue conclut que le bilan neuropsychologique met en évidence des fluctuations attentionnelles impactant significativement les performances cognitives du patient. L'évaluation des capacités mnésiques auditivo-verbales rend compte des difficultés d'encodage fluctuantes, sans atteinte des processus de stockage et de consolidation, mais avec des résultats assez contrastés en modalité visuelle. Sur le plan exécutif, seules des difficultés pour gérer l'alternance de tâches ont été notées, mais les capacités de flexibilité mentale, d'élaboration conceptuelle, de planification et d'organisation sont correctes.

Dans son rapport médical du 26 novembre 2020, la Dre D_____, relève que l'assuré ne relate aucune difficulté dans la conduite de sa moto et est parfaitement indépendant pour la gestion de toutes ses affaires, y compris administratives. Elle conclut qu'en dépit des troubles attentionnels et du manque du mot rapportés par le patient, l'évaluation mentale et l'examen neurologique du jour sont parfaitement normaux et il n'y a aucune atteinte à l'intégrité découlant de l'accident, du point de vue neurologique, ni aucune limitation fonctionnelle ou incapacité de travail.

9.5 En résumé, les médecins et les neuropsychologues s'accordent sur le fait que le TCC subi le jour de l'accident ne peut être que léger. Les appréciations

diffèrent en ce que l'expert et le médecin-conseil de la SUVA estiment qu'un traumatisme léger ne peut pas avoir les conséquences cognitives décrites par le recourant au-delà du mois d'octobre 2023, alors que le médecin traitant et la psychologue du recourant considèrent qu'il n'est pas exclu qu'un traumatisme léger puisse avoir de telles conséquences.

Néanmoins, comme cela a été examiné *supra*, bien que citant des articles médicaux, ni le médecin traitant, ni la neuropsychologue n'établissent une comparaison pertinente et convaincante avec le cas d'espèce et rendent vraisemblable, au degré prépondérant, que le TCC léger dont a souffert le recourant est responsable de troubles cognitifs allant au-delà du mois d'octobre 2023.

S'agissant d'appréciations médicales et neuropsychologiques différentes, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

On ajoutera que le médecin traitant du recourant n'est pas spécialiste en neurologie et que la neuropsychologue a une formation de psychologue mais n'est pas un médecin, raisons pour lesquelles les appréciations du médecin-conseil de l'intimée et de l'expert, qui sont tous deux des médecins spécialisés en neurologie, doivent être privilégiées.

En l'absence d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise, la chambre de céans considère que l'expertise neurologique présente une pleine valeur probante et fait siennes les conclusions de l'expert en neurologie mandaté par l'intimé.

9.6 Quant à l'argument du recourant, tiré de la décision rendue par l'OAI, il sied de rappeler que cet office effectue une appréciation globale des troubles de la santé de l'assuré pour prendre une décision, alors même que la décision de la SUVA est uniquement en lien avec un événement précis, circonscrit dans le temps et dans ses conséquences purement neurologiques sur la santé. On ne saurait donc se fonder automatiquement sur une appréciation différente de l'OAI pour en conclure à une mauvaise appréciation des faits par l'intimée.

9.7 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier

cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c). C'est le cas, en l'espèce, dès lors que la chambre de céans estime que les faits ont été établis à un degré de vraisemblance prépondérante et qu'une expertise pluridisciplinaire, telle que demandée par le recourant, ne se justifie pas.

À l'aune de ce qui précède, la décision querellée sera confirmée.

10.

10.1 Le recours est rejeté.

10.2 Pour le surplus, en l'absence de loi spéciale prévoyant des frais judiciaires, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA a contrario).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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