

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3613/2023

ATAS/522/2024

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 juin 2024

Chambre 5

En la cause

A _____

recourant

représenté par Me Émilie CONTI MOREL, avocate

contre

AXA ASSURANCES SA

intimée

Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FULLEMANN, juges assesseurs.

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____ 1974, travaille en qualité de comptable à 100%, pour B_____ (ci-après : B_____ ou l'employeur) qui est assurée pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de l'assurance AXA ASSURANCES SA (ci-après : AXA).

b. Par déclaration de sinistre LAA transmise par B_____, l'assuré a annoncé un accident sur la voie publique, survenu le 24 août 2018 ; il a été renversé par un scooter sur un passage piéton à Annecy (France) et a subi une perte de connaissance, à la suite de quoi il a été hospitalisé au sein du service de neurochirurgie du centre hospitalier Annecy Genevois (ci-après : CHANGE), du 24 au 26 août 2018. Dès son admission, l'assuré a été soumis à un examen de tomodensitométrie cérébrale qui a mis en évidence une minime lame, un hématome sous-dural frontal gauche et une hémorragie sous-arachnoïdienne post-traumatique. La docteure C_____, praticienne hospitalière au sein du service de neurochirurgie, a décrit la situation médicale dans un rapport du 26 août 2018, notamment l'absence de lésions vertébrales cervicales et des radiographies de la main gauche qui n'avaient pas mis en évidence de fracture. Le patient avait pu retrouver son domicile, en date du 26 août 2018, et était traité par antalgiques périphériques, à la demande.

c. Un scanner cérébral effectué le 31 août 2018 par le docteur D_____, du département d'imagerie médicale du CHANGE, mentionne, en conclusion, une bonne évolution, une infime hémorragie sous-arachnoïdienne résiduelle, en frontal antérieur gauche.

d. La docteure E_____, spécialiste en médecine générale à Annecy-le-Vieux (France), a certifié, par courrier du 24 septembre 2018, outre les éléments susmentionnés, le fait que le patient présentait des céphalées, un ralentissement psychomoteur et la disparition de l'hématome au scanner de contrôle du 22 septembre 2018. Il était mentionné qu'il persistait, à ce jour, des troubles de la concentration, de la compréhension, de l'attention et une fatigabilité nécessitant une augmentation du temps de repos et un ralentissement psychomoteur. Il existait également un manque de confiance en soi et tous ces éléments justifiaient une prise en charge neuropsychologique.

e. En date du 22 octobre 2018, l'assuré a été admis à la clinique F_____, où il a bénéficié d'une prise en charge neuropsychologique, en raison d'un syndrome post-traumatique, avec bégaiement.

f. L'assuré a été en arrêt de travail complet, du 24 août 2018 au 14 mars 2019, puis a repris son activité professionnelle à 50%, en télétravail, jusqu'au mois de janvier 2020, après quoi il a augmenté son taux de travail, sur site, à hauteur de 60% jusqu'au mois de juillet 2020. À partir de ce mois, il est passé à 80% et a conservé ce taux jusqu'au jour de la décision querellée en expliquant qu'il se

trouvait dans l'impossibilité de reprendre son taux initial de 100%, compte tenu des séquelles de l'accident.

g. GENERALI, assurance responsabilité civile de l'auteur de l'accident, a mandaté le docteur G_____, qui a désigné, en qualité de sapiteur, le docteur H_____, ancien médecin-chef du service de neurologie du centre hospitalier de Chambéry et expert près la Cour d'appel de Chambéry. Ce dernier a rendu un rapport d'expertise du 1^{er} juillet 2020, complété en date du 28 janvier 2021. Dans son rapport complémentaire, il a constaté que l'assuré avait cessé de prendre son traitement antidépresseur, ce qui avait entraîné une certaine amélioration de son comportement. L'expert H_____ en concluait que le comportement hypomane, qui avait été précédemment constaté, était en rapport avec la prise d'antidépresseurs et ne relevait pas du registre frontal. Il a toutefois constaté que des séquelles persistaient, notamment une fatigabilité cognitive, une tendance à la distractibilité, des troubles de la concentration, des céphalées, une certaine irritabilité, qui avaient entraîné une diminution de la flexibilité mentale. En ce qui concernait l'activité professionnelle, elle était de 80% depuis le 28 juillet 2020, ce rythme étant au moins programmé jusqu'au 19 mars 2021. L'assuré n'avait pas d'activité sportive, regardait la télévision et lisait de façon régulière des magazines. L'examen clinique n'avait pas été refait car il avait été considéré comme strictement et rigoureusement normal lors de l'expertise du 1^{er} juillet 2020. En conclusion, l'expert considérait que la consolidation semblait possible et pouvait être fixée au 12 octobre 2020, date du courrier de la docteure I_____ ; le taux d'AIPP (atteinte à l'intégrité physique et psychique, selon la dénomination des assurances françaises) devait prendre en considération les troubles cognitifs mineurs et se chiffrer à 15% ; les arrêts de travail étaient imputables à l'accident du 24 août 2018 ; les souffrances endurées se chiffrèrent à trois sur une échelle de sept et, enfin, il y avait une incidence professionnelle en raison de la fatigabilité qui induisait une authentique pénibilité dans le travail de l'assuré. L'expert se déclarait convaincu qu'une reprise à 100% serait possible à moyen terme.

h. Lors d'un entretien téléphonique avec un employé d'AXA, en date du 14 avril 2021, l'assuré a exposé que sa reprise de travail à 80% se passait bien et représentait le bon palier car il pouvait se reposer en milieu de semaine. La gestionnaire d'AXA lui a annoncé que le médecin-conseil d'AXA était d'avis que sa capacité de travail était désormais totale, ce à quoi l'assuré a demandé à être vu en consultation par ledit médecin-conseil, ce qui lui a été refusé.

i. Le médecin-conseil d'AXA, soit le docteur J_____, spécialiste FMH en médecine interne, a pris position dans un rapport médical du 27 avril 2021. Il a déclaré s'être fondé sur l'expertise du Dr H_____, du 1^{er} juillet 2020 et son complément du 28 janvier 2021. En conclusion, l'évolution devait être considérée comme favorable, le cas était stabilisé depuis octobre 2020, aucun traitement supplémentaire n'était indiqué et il n'y avait pas d'invalidité, car la capacité de travail était de 100%. Une atteinte à l'intégrité en raison des complications

psychiques de lésions cérébrales pouvait être retenue, ce qui correspondait à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 10%.

j. AXA a informé l'assuré qu'elle allait mettre fin à ses prestations, à la suite de quoi ce dernier lui a fait parvenir un rapport médical du docteur K_____, spécialiste FMH en neurologie, daté du 24 juin 2021, dans lequel il expliquait avoir réalisé quelques tests neuropsychologiques. Après lecture des résultats du test et après avoir revu l'ensemble des documents, le neurologue considérait que l'assuré présentait les séquelles de son syndrome post-traumatique sous forme d'un bradypsychisme, d'une difficulté dans certaines fonctions cognitives ainsi qu'un syndrome frontal. Le médecin rappelait que le patient avait repris un travail à 80%, dans un environnement extrêmement favorable et bienveillant mais, au vu des séquelles, il lui paraissait indiscutable qu'il y avait une réserve sur le plan asséculogique avec un minimum de 20% d'incapacité de travail liée aux séquelles du traumatisme cranio-cérébral, parfaitement documentées dans les différents rapports médicaux de l'assuré.

k. À la demande d'AXA, le médecin-conseil J_____ s'est prononcé après lecture du rapport du Dr K_____, dans un avis médical du 9 août 2021. Selon lui, le rapport de consultation qui lui avait été soumis ne revêtait pas les caractères d'exhaustivité d'une expertise ; il s'agissait d'un simple avis, basé sur une consultation unique, qui ne pouvait pas être comparé au travail d'expertise effectué par le Dr H_____. Il émettait l'hypothèse que le Dr K_____ ignorait l'état antérieur à l'accident, soit les troubles obsessionnels compulsifs traités au début des années 2000, avec rechute en février 2017. En conclusion, il estimait que le rapport médical du 24 juin 2021 confirmait une évolution favorable sur le plan des suites post-traumatiques de l'événement et qu'il n'y avait pas de fait médical nouveau ou non considéré dans l'expertise du Dr H_____ ; il maintenait ses conclusions précédentes.

- B.**
- a.** Par décision du 3 septembre 2021, AXA a mis un terme au versement de ses prestations dès le 1^{er} septembre 2021 et a chiffré le montant de l'IPAI à CHF 14'820.- représentant 10% du salaire annuel assurable au moment du sinistre.
 - b.** Par courrier de son mandataire, daté du 14 octobre 2021, l'assuré s'est opposé à la décision du 3 septembre 2021. La prise de position du médecin-conseil était critiquée, notamment le fait que ce dernier ne faisait que reprendre les résultats des expertises du Dr H_____ sans avoir examiné directement l'assuré. Ce dernier demandait à être mis au bénéfice d'une rente invalidité, à un taux de 20% à compter du 1^{er} septembre 2021, ainsi que l'octroi d'une IPAI de 20%. L'opposition a été complétée en date du 28 octobre 2021, l'assuré alléguant que le médecin-conseil d'AXA n'était pas neurologue et ne pouvait donc pas se prononcer sur un cas qui sortait de son domaine de spécialisation.

c. L'assuré a transmis à AXA plusieurs pièces médicales complémentaires, notamment des rapports médicaux du neurologue K_____, démontrant, selon lui, qu'il souffrait toujours d'une incapacité de travail de 20%.

d. Par courrier du 18 mai 2022, AXA a informé l'assuré de son intention de compléter l'instruction de son dossier, en ayant notamment recours au O_____ (ci-après : O_____), singulièrement au docteur L_____, spécialiste FMH en neurologie. L'assuré s'est opposé à ce choix, considérant que le médecin en question n'avait pas la qualification d'un expert SIM. Ce nonobstant, AXA a maintenu son choix tout en ajoutant Monsieur M_____, neuropsychologue FSP, pour effectuer un bilan neuropsychologique.

e. Le Dr L_____ et le neuropsychologue M_____ ont rendu un rapport intitulé « évaluation pluridisciplinaire du 25 août et 13 septembre 2022 ». Le mandat était destiné à vérifier l'éventuelle présence d'un substrat organique et si ce dernier permettait d'expliquer les troubles cognitifs de l'assuré. Le rapport a récapitulé les différentes pièces médicales versées au dossier tout en les résumant avant de passer à l'histoire médicale actuelle selon l'assuré, puis aux plaintes ainsi qu'à une description des activités quotidiennes. S'ensuivait une description des données objectives, ainsi que les résultats de l'examen neuropsychologique du 28 août 2022. En conclusion, le neurologue, tenant compte de l'avis du neuropsychologue, admettait une incapacité de travail de 20%, dans toute activité potentiellement exigible.

f. Par courrier de son mandataire du 12 décembre 2022, l'assuré a constaté que l'évaluation du Dr L_____ et du neuropsychologue M_____ allait dans son sens, les conclusions admettant une incapacité de travail de 20%. Se fondant sur cette évaluation, l'assuré a demandé l'octroi d'une rente invalidité LAA de 20% depuis le 1^{er} septembre 2021 ainsi que l'octroi d'une IPAI de 20% au lieu de celle au taux de 10% déjà octroyée.

g. Le rapport d'évaluation L_____/M_____ a été soumis à AXA, ce qui a abouti à un rapport médical du docteur N_____, spécialiste FMH en neurologie, daté du 17 mars 2023. Le Dr N_____ a considéré que le rapport ne permettait pas de confirmer objectivement les constatations des troubles subjectifs rapportés par l'assuré et notamment le problème de la fatigue. En conclusion, il a considéré que l'on ne pouvait pas confirmer, du point de vue neurologique, qu'il existait une incapacité de travail en raison de la fatigue, sans constat objectif, sans preuve d'un dommage structurel du cerveau et en présence de symptômes qui n'étaient très certainement pas d'origine organique. Il estimait que les troubles subjectifs ne pouvaient pas être considérés, avec une forte probabilité, comme une conséquence organique de l'accident.

h. Par courrier de son mandataire, daté du 29 juin 2023, l'assuré a considéré que l'avis du Dr N_____ devait être écarté de la procédure, dès lors que le rapport

L_____/M_____ avait été réalisé par des experts indépendants et déployait une pleine valeur probante. En annexe, l'assuré communiquait :

- une prise de position de son médecin neurologue, le Dr K_____, datée du 6 juin 2023 dans laquelle ce dernier critiquait les conclusions du Dr N_____, considérant notamment que ce dernier avait sous-estimé la gravité de la blessure initiale et des lésions frontales qui pouvaient entraîner un syndrome frontal persistant et qu'il avait appliqué une méthode numérique, mathématisée de sa conclusion et avait oublié l'aspect narratif qui devait être pris en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail. Il concluait que la capacité de travail de 80% uniquement était pleinement justifiée ;
- un court certificat de la Dre I_____, neurologue et ancienne interne du CHU de Lyon (France), daté du 9 juin 2023, qui confirmait la présence, selon elle, de séquelles du traumatisme crânien du 24 août 2018, à type essentiellement de fatigabilité et de troubles de concentration, justifiant à son sens la poursuite de son activité professionnelle à 80%.

i. Par décision sur opposition du 4 octobre 2023, AXA a rejeté l'opposition et a considéré que c'était à tort qu'elle avait octroyé une IPAI de 10% à l'assuré, montants qui lui avaient déjà été versés mais dont elle renonçait à demander le remboursement. Le droit à la rente était lié dès lors que la situation de l'assuré était considérée comme médicalement stabilisée au 31 août 2021. Les troubles à la santé postérieurs au 31 août 2021 n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident, pas plus que les troubles concernant la fatigabilité et le bégaiement.

C. a. Par acte de son mandataire déposé au greffe universel en date du 3 novembre 2023, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition du 4 octobre 2023 auprès de la chambre des assurances sociales de la cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Il a repris, en substance, les arguments déjà allégués au stade de l'opposition et a conclu au versement d'une IPAI d'au moins 20%, avec intérêts, dont devait être déduit le montant de CHF 14'820.- déjà versé, ainsi qu'au versement d'une rente invalidité de 20% à compter du 1^{er} septembre 2021 avec intérêts, le tout sous suite de frais et dépens.

b. Par réponse du 8 janvier 2024, AXA a conclu au rejet du recours, renvoyant, en substance, à la motivation contenue dans la décision querellée et niant la valeur probante du rapport L_____/M_____ contenant, selon l'intimée, des contradictions intrinsèques qui avaient justifié le mandat octroyé au Dr N_____.

c. Par réplique du 30 janvier 2024, l'assuré a persisté dans ses conclusions, relevant notamment que le rapport L_____/M_____ devait être qualifié de rapport d'expertise et se voir reconnaître la valeur probante qui y était attachée.

d. Par duplique du 21 février 2024, l'intimée a également persisté dans ses conclusions en rejet du recours, rappelant, notamment, que le traumatisme crânien consécutif à l'accident devait être qualifié de léger et que le score de Glasgow d'une valeur de 14 correspondait à un traumatisme crânien léger.

e. Par observations complémentaires du 13 mars 2024, l'assuré a contesté l'appréciation du Dr N_____ et a notamment conclu que le traumatisme crânien devait être qualifié de modéré et non pas de léger.

f. Par observations complémentaires du 26 mars 2024, l'intimée a répété ses arguments déjà exposés dans sa duplique du 21 février 2024.

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

h. 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).

1.2 Selon l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2).

Le dernier employeur du recourant, lequel est domicilié en France, est situé dans le canton de Genève. Partant, la chambre de céans est compétente à raison de la matière et du lieu, pour juger du cas d'espèce.

1.3 Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai (art. 60 et 38 al. 3 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]) prévus par la loi, le recours est recevable.

2. Le litige porte, d'une part, sur la stabilisation de l'état de santé du recourant au 31 août 2021 et, d'autre part, sur sa capacité de travail dans une activité adaptée, son taux d'invalidité ainsi que le taux de l'IPAI.

3. La LPGA s'applique à la présente espèce, par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA.

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 129 V 402 consid. 2.1 ; 122 V 230 consid. 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).

3.2 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. 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). Ainsi, l'assureur-accidents doit également prendre en charge les suites indirectes d'un accident (RAMA 2003 no. U 487 p. 337 consid. 5.2.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_684/2008 du 5 janvier 2009 consid. 5.1 et 8C_444/2008 du 23 décembre 2008 consid. 5 ; ATAS/848/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5b/aa).

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'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit

celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

5.

5.1 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. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

5.2 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 (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). 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 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).

5.3 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 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

5.4 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).

5.5 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 135 V 465 consid. 4.5 et les références ; 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).

5.6 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).

6.

6.1 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 142 V 435 consid. 1 et les références ; 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).

6.2 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires, ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

7. En l'espèce, les parties s'opposent sur la qualification et la valeur probante du rapport du O_____ rendu par le neurologue L_____ et le neuropsychologue M_____, ainsi que sur la valeur probante du rapport rendu par le médecin-conseil N_____.

7.1 S'agissant de la qualification de l'évaluation L_____/M_____, on rappellera que, par courrier du 18 mai 2022, l'intimée a informé le mandataire de l'assuré qu'elle allait compléter l'instruction en demandant « la prise de position » d'un conseil médical, à savoir le Dr L_____, neurologue. L'assuré était informé qu'il allait bientôt être convoqué pour une « visite de consultation ».

En réponse à des questions soulevées par le recourant, l'intimée, par courrier du 29 juin 2022, a précisé qu'il s'agissait d'une « prise de position pour un conseil médical » et non pas d'une « expertise au sens de l'art. 44 LPGA ».

On peine à comprendre les raisons pour lesquelles l'intimée n'a pas suivi les règles prévues lorsqu'on recourt aux services d'un expert indépendant au sens de l'art. 44 LPGA. Ce faisant, l'intimée a matériellement mandaté un expert indépendant, sans respecter les règles de l'art. 44 LPGA destinées à protéger les droits de l'assuré, comme l'a souligné ce dernier dans le courrier de son mandataire du 13 juillet 2022.

Évitant la dénomination « expertise », l'intimée a demandé un rapport sous forme « d'évaluation pluridisciplinaire », néanmoins, l'ambivalence de la dénomination du mandat ressort à plusieurs reprises des éléments de langage utilisés dans le rapport : le Dr L_____ et M_____ se présentent, en p. 2 de l'évaluation, comme

« Les experts soussignés », ils mentionnent, p. 8, *in fine*, « Attente de l'expertisé », terme repris en p. 9, au milieu, « Description par l'expertisé ».

AXA semble également avoir considéré qu'il s'agissait d'une expertise, comme cela ressort de l'e-mail du 14 septembre 2022 envoyé par AXA au mandataire de l'assuré, dans lequel il est fait mention « de la consultation de votre mandant à des fins d'expertise qui a eu lieu hier », précisant qu'il y a eu malheureusement « un problème d'ordre technique avec l'enregistrement sonore » et proposant soit de renoncer à cet enregistrement soit de « réaliser une nouvelle consultation ». On voit mal les raisons pour lesquelles une simple « prise de position pour un conseil médical », tel que la démarche est présentée par AXA, devrait être accompagnée d'un enregistrement sonore, comme cela est obligatoire en cas d'expertise.

Le médecin-conseil d'AXA, le Dr N_____, qui s'est prononcé sur l'évaluation, a utilisé constamment, dans son rapport médical du 17 mars 2023, les termes « d'expert » et « d'expertise » soit, dans la version originale en allemand, les termes « *Die Experten* » et « *Expertise* ».

En dépit de ces éléments, AXA maintient dans sa décision querellée qu'il ne s'agissait que d'une « demande de prise de position » (décision, p. 6, ch. 1.30) et que « le rapport du O_____ n'est pas une expertise au sens de l'art. 44 LPGA » (décision, p. 13, premier §, *in fine*).

S'il est vrai qu'AXA n'a pas respecté les règles découlant de l'art. 44 LPGA, il n'en reste pas moins qu'elle a mandaté, sans nul doute possible, des experts indépendants de son service médical, pour se prononcer sur le cas d'espèce. Partant, la chambre de céans considère que le rapport d'évaluation rendu par le Dr L_____ et le neuropsychologue M_____ doit être considéré comme un rapport d'expertise, effectué par un médecin et un neuropsychologue indépendants.

Il s'agit, à présent, d'examiner si ledit rapport présente une pleine valeur probante.

7.2 Le rapport a été rendu en connaissance du dossier médical de l'assuré, les différents rapports médicaux et les pièces d'imagerie sont répertoriés dans la partie « Analyse du dossier », p. 3 à 6.

Les plaintes du recourant sont prises en compte dans la partie « Données subjectives », p. 7 et 8.

Les données objectives et le status neurologique sont mentionnés en p. 10 et comprennent : un examen en station debout et à la marche, une auscultation des carotides, un examen de la nuque et des paires crâniennes, un examen des membres supérieurs et des membres inférieurs ainsi qu'un examen du tronc.

Les résultats de l'examen neuropsychologique du 25 août 2022, d'une durée de trois heures, sont ensuite détaillés ; l'expert mentionne que l'assuré commence à bailler après 1h30 de séance (soit à 10h30), qu'à 10h45, la fatigue est évaluée à 7 sur 10 et qu'elle est de 8 sur 10 en fin de séance, à midi. L'expert constate que

« l'expression émotionnelle très mobile chez un assuré souriant en début de séance se fige avec la durée de celle-ci ». Lors du test neuropsychologique, on constate ce qui suit : sur la flexibilité, le temps de réponse est inférieur à la norme ; sur l'attention divisée, l'expert note que les constantes sont très inférieures à la norme en auditif et à la limite de la norme en visuel et mentionne « une difficulté à gérer cette double tâche qu'indique le ralentissement important pour les stimuli auditifs ». S'agissant de l'attention sélective, l'expert note que le rendement est clairement inférieur à la norme et qu'il en résulte un indice de concentration à la limite de la norme. En conclusion, l'expert note au plan attentionnel un rendement très pauvre en attention sélective, avec un indice de concentration à la limite de la norme et une difficulté en attention divisée, qui engendre un ralentissement excessif pour les stimuli auditifs. Au plan mnésique, une reconnaissance faible en apprentissage de liste, alors que les rappels immédiats et différés sont tous dans la norme. L'expert précise que le léger bégaiement de l'assuré n'affecte pas la capacité de communication. Il relève encore qu'il n'y a pas de comportement, souvent associé, d'exagération de symptômes, l'assuré est un peu démonstratif mais il n'est pas exagérément plaintif, ni revendicateur et ne renonce pas indûment à répondre aux tests.

L'examen de l'IRM cérébrale du 5 août 2022 met en évidence une minime atrophie cérébrale débutante, sans cicatrice ni de foyer de sidérose leptoméningée secondaire à la petite hémorragie sous-arachnoïdienne frontale antérieure gauche qui avait été mise en évidence lors de l'IRM de l'année 2018. Il n'y a pas d'hydrocéphalie, ni d'autre élément pathologique.

Faisant le bilan de la situation actuelle et exposant leurs conclusions, les experts notent que l'examen neurologique proprement dit est sans anomalie significative (rapport, p. 18 *in fine*) et que le bilan neuropsychologique permet d'objectiver des troubles neuropsychologiques minimaux, sans retentissement sur la capacité de travail (rapport, p. 19, § 2)

Cependant, en dépit de ces observations objectives, les experts prennent ensuite des conclusions qui semblent s'éloigner des éléments objectifs puisqu'ils se fondent sur « l'avis de Monsieur A _____ » pour considérer qu'en raison de la persistance de ses plaintes, de la fatigabilité, de la perte de rendement, du besoin accru de sommeil et d'une perte de performance en cas d'activité prolongée, ces éléments doivent être pris en compte et justifient la reconnaissance d'une perte de la capacité de travail de 20% dans le type d'activité professionnelle exercé jusqu'ici par le recourant.

Les experts se fondent donc uniquement sur les plaintes subjectives du recourant pour estimer que ce dernier n'a qu'une capacité de travail de 80%, alors même qu'ils ont exposé, avec justesse et de manière convaincante, qu'aucun élément objectif n'était de nature à justifier une diminution de la capacité de travail.

Il résulte de ce qui précède que, comme l'a soulevé l'intimée, le rapport d'expertise contient une contradiction intrinsèque entre les éléments établis objectivement par les experts et leurs conclusions, qui peuvent ainsi être remises en cause (dans le même sens et à propos d'éléments établis objectivement par des médecins traitants et ignorés dans les conclusions des experts, cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

Cela ne signifie pas pour autant que l'expertise ne présente pas de valeur probante, notamment quant aux constatations objectives, à l'examen clinique, aux résultats des tests neuropsychologiques et à l'interprétation de l'imagerie médicale, mais la motivation qui conduit les experts à retenir cette diminution de la capacité de travail de 20% est insuffisante.

7.3 Il convient donc de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle procède à un complément d'expertise et demande aux experts, notamment, d'exposer avec plus de rigueur et de façon plus détaillée, les raisons pour lesquelles ils ont abouti à la diminution de la capacité de travail de 20%.

Pour ce faire, les experts devront prendre connaissance de toutes les pièces reçues postérieurement à leur précédente évaluation, notamment le rapport médical du médecin-conseil N_____ et les appréciations des médecins traitants K_____ et I_____ et motiver soigneusement les raisons pour lesquelles il peut être tenu compte des éléments subjectifs qui les ont conduits à retenir un taux de 20% d'incapacité de travail.

Ce complément d'expertise devra, cette fois-ci, respecter formellement la procédure prévue par l'art. 44 LPGA, et les droits du recourant, notamment en ce qui concerne la possibilité de poser des questions supplémentaires dans le cadre du mandat de complément d'expertise, devront être strictement respectés par l'intimée.

Si, par hypothèse, il paraissait vraisemblable que les symptômes ne sont pas d'origine organique, l'intimée devra proposer un expert en psychiatrie, conformément à l'art. 44 LPGA, pour compléter l'expertise par un volet psychiatrique, avec une évaluation consensuelle multidisciplinaire.

Dès lors que la capacité de travail du recourant doit faire l'objet d'un complément d'expertise, il n'est pas nécessaire, à ce stade, d'examiner l'éventuel droit à une rente et/ou à une IPAI.

8.

8.1 Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimée, afin qu'elle procède conformément aux considérants.

8.2 Le recourant, représenté par un avocat et obtenant partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière

administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), fixée en l'espèce à CHF 3'000.-.

8.3 Pour le surplus, 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. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 4 octobre 2023.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Alloue au recourant une indemnité de CHF 3'000.- à titre de dépens, à charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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