



Présidente : Anne-Françoise Boillat
Juges : Carine Guenat et Jean Crevoisier
Greffière e.o. : Océane Migliore

ARRÊT DU 29 MAI 2026

en la cause liée entre

A. _____,

recourant,

et

Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) Fluhmattstrasse 1, case postale, 6002 Lucerne 2,

intimée,

relative à la décision sur opposition de l'intimée du 16 avril 2025 (sinistre n° XXX._____).

CONSIDÉRANT

En fait :

- A. A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le . _____ 1982, a travaillé à plein temps en qualité de polisseur du 1^{er} octobre 2021 jusqu'au 3 novembre 2024 (terme de son licenciement) auprès de B. _____ SA. À ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, l'intimée ou l'assureur) contre les suites d'accidents professionnels et non professionnels.
- B. Par déclaration d'accident du 26 janvier 2023, l'employeur de l'assuré a annoncé que ce dernier avait subi une contusion cérébrale, suite à un accident survenu le 9 janvier 2023. Il y est indiqué que ce jour-là, l'assuré s'est baissé pour nettoyer un tiroir et lorsqu'il s'est relevé, il s'est tapé la tête contre une barre de rideau (pce 1 du dossier

de l'intimée ; les pièces citées ci-après, sans autre indication, se réfèrent au dossier produit par l'intimée).

L'intimée a reconnu le cas et alloué les prestations légales d'assurances (indemnités journalières et frais de traitement, pce 5).

- B.1 Dans les suites directes de l'accident, soit le 9 janvier 2023, le recourant a effectué un scanner cérébro-cervical, qui n'a décelé aucune lésion traumatique (pce 26). Les diagnostics de traumatisme crânien mineur et de contusion cervicale ont été retenus (pces 26 et 29). L'assuré a été dans l'incapacité totale de travailler du 9 au 13 janvier 2023 (pce 3) et a repris le travail à temps plein dès le 16 janvier 2023 (pce 1).

Compte tenu de la persistance des symptômes (migraines), le recourant a été adressé par son médecin-traitant à un spécialiste en neurologie, qui l'a examiné le 20 mars 2023 (pces 8 et 31). Lors de l'examen, le recourant s'est plaint d'épisodes de scotomes (tâches) scintillants au niveau de l'œil gauche, s'étendant parfois jusqu'à l'œil droit, ainsi que de douleurs occipitales bilatérales, irradiant en casque, respectant globalement le trajet des nerfs d'Arnold. Le spécialiste en neurologie a retenu que le recourant présentait une névralgie d'Arnold bilatérale prédominante à droite, probablement favorisée par le choc subi au niveau de l'arrière de la tête, précisant également qu'il avait été vu en consultation dans une clinique spécialisée en ophtalmologie, laquelle a constaté un bilan ophtalmologique normal. Le spécialiste en neurologie n'a pas jugé nécessaire de réaliser une infiltration au vu de l'amélioration des symptômes depuis la survenance de l'accident. Par ailleurs, concernant les épisodes de scotomes scintillants, ils remplissent, selon lui, les caractéristiques d'auras migraineuses (migraines secondaires post-traumatiques) que le spécialiste met en lien avec l'accident. Ce praticien a requis la mise sur pied d'une IRM du cerveau.

- B.2 Suite à l'IRM du cerveau réalisée le 5 avril 2023 afin de rechercher une éventuelle cause secondaire aux symptômes encore endurés, notamment au niveau de l'occiput droit, le neurologue traitant a fait état, dans son rapport du 18 avril 2023, que les résultats de l'IRM (pce 30) mettaient en évidence un cavernome au niveau occipital droit qui ne montre pas de saignement récent mais pouvant parfaitement expliquer les migraines symptomatiques (de ce petit cavernome) avec auras encore endurées jusqu'à peu avant la consultation (elles auraient cessé depuis trois semaines). L'aspect radiologique n'est, de l'avis de ce médecin, nullement inquiétant et ne nécessite pas de contrôle particulier.

- B.3 Le 12 janvier 2024, l'assuré a consulté le service des urgences, s'étant bloqué la nuque alors qu'il travaillait (pce 32). Une discrète rectitude du rachis cervical a été constatée sans atteinte franche dégénérative visible ni constat de lésions des parties molles (pces 18 et 27). Une incapacité de travail du 12 au 15 janvier 2024 a été médicalement attestée et une prescription de physiothérapie a été délivrée (pce 14).

- C. Le 26 mars 2024, l'intimée a requis de l'employeur de l'assuré une déclaration d'accident au sens d'une possible rechute de l'évènement accidentel du 9 janvier 2023 afin d'étudier si les douleurs invoquées par l'assuré sont en lien avec l'accident initial (pce 11 et 13).

Le 26 avril 2024, l'intimée a informé l'assuré qu'elle cessait préventivement le versement des prestations d'assurance (allouées jusqu'ici) dès le 27 avril 2024, jusqu'à examen de son (éventuelle) obligation de prester au-delà de cette date (pce 20).

- D. En raison de la persistance de ses douleurs, l'assuré a consulté divers spécialistes.
- D.1 À plusieurs reprises, il s'est rendu auprès de son neurologue traitant (not. : 29 mai 2024, pce 40 ; contacts téléphoniques, pce 47 ; 3 juillet 2024, pce 58 ; 11 septembre 2024, pce 60). Deux nouvelles IRM cérébro-cervicales ont été réalisées les 28 juin et 1^{er} juillet 2024 (pces 67 et 69). Les rapports médicaux des 4 juillet et 12 septembre 2024 et ceux des radiologues consultés ont fait état d'une IRM cervicale montrant un léger débord discal C5-C6 et d'une IRM cérébrale mettant quant à elle en évidence un petit cavernome sans lien avec les symptômes de l'assuré (pces 58, 60, 67 et 69).
- D.2 Le 15 août 2024, l'assuré a également consulté le service neurologique d'un hôpital universitaire (pce 82). Aux termes de leurs constatations, les spécialistes ont conclu qu'il n'était pas possible d'identifier une cause aux plaintes actuelles de l'assuré. Les constatations indiquent principalement une neuropathie périphérique.
- D.3 L'assuré a également consulté un centre ophtalmologique à plusieurs reprises (not. les 1^{er} juillet, 6 et 30 septembre 2024, pce 83). La tomographie par cohérence du nerf optique (OCT) réalisée n'a pas relevé de problème.
- E. Sur la base des informations médicales collectées, l'intimée a soumis le cas à sa médecin-conseil (pce 95). Dans son appréciation médicale du 13 janvier 2025, la spécialiste en neurochirurgie retient un traumatisme cranio-cérébral sans lésion structurelle ou neurologique suite à l'accident du 9 janvier 2023. Au degré de la vraisemblance prépondérante, après trois mois de traitement post-accident, les plaintes de l'assuré ne sont, selon elle, plus explicables et le traitement de la migraine traitée par β -bloquant concerne un diagnostic maladif. Elle retient dès lors que l'assuré a retrouvé une pleine capacité de travail trois mois post-évènement accidentel, plus précisément dès l'IRM cérébral du 5 avril 2023 (pce 112).
- F. Par décision du 13 février 2025 (pce 139), confirmée sur opposition le 16 avril 2025 (pce 149), l'intimée a mis fin aux prestations d'assurance au 26 avril 2024. Se fondant sur l'appréciation de sa médecin-conseil, elle a considéré que les troubles persistants trois mois après l'évènement au niveau du crâne et de la colonne cervicale n'avaient plus aucun lien avec l'accident. L'état de santé tel qu'il aurait été sans la survenance de l'accident du 9 janvier 2023 peut être considéré comme atteint trois mois après l'évènement au plus tard.

- G. Le recourant a interjeté recours le 26 mai 2025 auprès de la Cour des assurances du Tribunal cantonal. A la lecture de la motivation du recours, l'on comprend que le recourant conclut à l'annulation de la décision précitée et à ce qu'une expertise indépendante soit mise en œuvre. Pour l'essentiel, le recourant conteste l'appréciation de l'intimée et y oppose deux rapports médicaux datés des 31 janvier et 12 avril 2025 émanant des spécialistes en neurologie professant en milieu hospitalier (pces 154 et 155) et un certificat médical de sa généraliste traitante daté du 15 mai 2025 (pce 156).
- H. Dans sa détermination du 13 juin 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a renoncé à déposer formellement une réponse, dans la mesure où le recourant n'aurait apporté aucun nouvel élément de nature à remettre en cause la décision attaquée.
- I. Par ordonnance du 18 juin 2025, le président de la Cour des assurances a donné acte du dépôt de la réponse de l'intimée du 13 juin 2025 et informé les parties que la cause serait mise en délibération à partir du 1^{er} septembre 2025.
- J. Par courrier du 18 août 2025, le recourant a complété son mémoire de recours, en rappelant pour l'essentiel les faits. En outre, il a demandé à la Cour de céans qu'elle reconnaisse le lien direct entre l'accident et ses troubles actuels.
- K. Par courrier du 23 décembre 2025, le recourant a, une nouvelle fois, complété son mémoire de recours, concluant cette fois-ci à ne pas confirmer la décision attaquée, à reconnaître la persistance des conséquences de l'accident du 9 janvier 2023 et à ordonner la reprise du versement des prestations par l'intimée. Pour le surplus, le recourant a réitéré sa précédente motivation.
- L. Il sera revenu, ci-après, en tant que besoin, sur les autres éléments du dossier.

En droit :

1. Interjeté dans les forme (art. 61 let. b LPGA, RS 830.1) et délai légaux (art. 60 LPGA), auprès de l'autorité compétente (art. 57 et 58 LPGA ; art. 169 let. a Cpa, RSJU 175.1) par une personne disposant manifestement de la qualité pour recourir (art. 59 LPGA), le recours est recevable et il y a lieu d'entrer en matière.
- 2.
- 2.1 Selon une jurisprudence constante, le tribunal des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits qui sont survenus postérieurement et ont modifié cette situation doivent en règle générale faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.2.1, arrêt du TF 9C_269/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2 et références citées). Le tribunal doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date

déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt du TF 8C_239/2020 du 19 avril 2017 consid. 5.2, 9C_269/2018 précité consid. 4.2 et références citées).

- 2.2 Bien que postérieur à la décision contestée, le certificat médical de la généraliste du recourant (pce 156), daté du 15 mai 2025, a essentiellement trait à une situation antérieure à la date de la décision contestée, de sorte qu'il doit être pris en considération (TF 8C_13/2022 du 29 septembre 2022 consid. 3.1.3).
- 2.3 S'agissant des éléments produits par le recourant le 23 décembre 2025, soit après le 1^{er} septembre 2025, jour de la mise en délibérations de l'affaire, ils ne sauraient être pris en compte, dès lors que le recourant les a produits de manière tardive. En tout état de cause, au vu des considérants qui suivent, cette prise de position n'apporte aucun élément pertinent pouvant modifier l'issue du présent litige (art. 75 al. 2 Cpa, TF 8C_653/2024 du 3 juin 2025).
3. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'assurance de l'intimée au-delà du 26 avril 2024, plus particulièrement sur le lien de causalité entre les troubles encore endurés par le recourant et l'accident du 9 janvier 2023, dont le caractère accidentel, au sens de l'art. 4 LPGA, n'est pas contesté.
4.
 - 4.1 Selon l'art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (RS 832.20 ; LAA), les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont, en principe, allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputée 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 LPGA).
 - 4.2
 - 4.2.1 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 exigence 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 que cet événement soit la cause unique, prépondérante 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 se présente comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_62/2025 du 23 septembre 2025 consid. 3.1).
 - 4.2.2 Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, ou le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à la lumière de la règle du degré de vraisemblance

prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1). 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 ; TF 8C_71/2025 du 12 juin 2025 consid. 3.1 et les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 142 V 325 consid. 2.3.2.2 ; 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 4.3.3 ; 8C_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 3.2 et les références). 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 (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1 et réf. cit.).

4.3

4.3.1 Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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 manière générale favorisée par une telle circonstance (ATF 144 IV 285 consid. 2.8.2 ; 139 V 176 consid. 8.4.2 ; 129 V 177 consid. 3.2). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 149 V 218 consid. 5.2 ; 123 V 102 ; 122 V 417 ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_62/2025 du 23 septembre 2025 consid. 3.1). Selon la jurisprudence, sont considérés comme objectivables les résultats de l'investigation médicale susceptibles d'être confirmés en cas de répétition de l'examen, lorsqu'ils sont indépendants de la personne de l'examineur ainsi que des indications données par le patient (TF 8C_348/2025 du 13 janvier 2026).

4.3.2 Lorsque des symptômes consécutifs à un accident ne sont pas objectivables du point de vue organique, 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 134 V 109 consid. 2.1 ; 117 V 359 consid. 6, 369 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 6, 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 140 V 356 consid. 3.2 ; 134 V 109 consid. 2.1 ; 115 V 133 consid. 6c/aa, 403 consid. 5c/aa). En cas de traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'examen se fait en revanche sur la base de critères particuliers n'opérant pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes, lorsque les symptômes attribuables de manière crédible au tableau clinique typique (maux de

tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.) se trouvent au premier plan (ATF 134 V 109 consid. 10.3; 117 V 359 consid. 6a).

- 4.3.3 Le Tribunal fédéral a précisé qu'en cas de traumatisme crânio-cérébral, un certain degré de sévérité de l'atteinte sous forme d'une contusio cerebri est nécessaire pour justifier l'application de la jurisprudence en cas de traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral. En revanche, en présence d'un traumatisme crânio-cérébral léger, l'examen d'un lien de causalité adéquate s'effectue en application de la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident (TF 8C_565/2022 du 23 mai 2023 consid. 3.2.3 et les références). Ainsi, un traumatisme crânio-cérébral qui atteint au maximum le degré de sévérité d'une commotio cerebri - sans être à la limite d'une contusio cerebri - ne suffit en principe pas pour l'examen de la causalité adéquate à la lumière de la jurisprudence développée en cas de traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral. Une contusio cerebri est une violence focale exercée sur le tissu cérébral, accompagnée de petites hémorragies parenchymateuses ou d'un oedème local. Une commotio cerebri est un état de dysfonctionnement neurologique temporaire et rapidement réversible accompagné d'une perte de conscience de courte durée peu après l'atteinte et, souvent, d'une amnésie concomitante à l'atteinte et/ou antérieure à l'atteinte, mais sans anomalies neurologiques (arrêt 8C_44/2017 du 19 avril 2017 consid. 4.1 et les références). Pour déterminer si un traumatisme crânien relève tout au plus d'une commotio cerebri, il y a lieu de se fonder sur les constatations initialement émises par les médecins sur les plans clinique, d'imagerie et diagnostique (TF 8C_596/2022 du 11 janvier 2023 consid. 4.3.2; cf. également TF 8C_651/2024 du 27 mars 2025 consid. 5.3).
- 4.4 Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »). 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 (TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2 et les références citées).
- 4.5 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut pas trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine

connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_580/2019 du 6 avril 2020 consid. 4.1 et les références).

- 4.6 Le juge ne peut 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. Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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 à 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 145 V 97 consid. 8.5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.4 et les références).
5. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant a subi un accident qui lui a causé un traumatisme cranio-cervical et qu'il a présenté des douleurs subséquentes. L'intimée considère toutefois, en se fondant sur l'appréciation médicale du 9 janvier 2025 de sa médecin-conseil, spécialiste en neurologie, qu'il n'existe plus de lien de causalité (naturelle mais aussi adéquate) au-delà du 26 avril 2024 entre les troubles persistants (céphalées avec aura visuelle) et l'accident du 9 janvier 2023.
- 5.1 Se pose dès lors la question de la force probante du rapport médical de la médecin-conseil.
- 5.1.1 La Cour de céans constate en premier lieu que l'appréciation médicale de la médecin-conseil remplit les requis juridiques pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, celle-ci a été établie en tenant compte de l'ensemble des pièces au dossier, notamment les éléments personnels et médicaux (cf. « Faits pertinents selon les pièces au dossier », p. 1 et 2 de l'appréciation médicale, pce 112) ainsi que les résultats d'imagerie (cf. « Documentation radiologique » p. 3 de l'appréciation médicale, pce 112). La spécialiste a établi sur cette base une synthèse des rapports médicaux. S'il n'est pas expressément fait mention des plaintes du recourant ayant jalonné son processus médical, elles ressortent toutefois des différents rapports médicaux résumés par cette spécialiste et n'ont, partant, pas été ignorées par celle-ci. La médecin-conseil a par ailleurs motivé ses conclusions avant de poser son diagnostic et de le motiver également. De ce point de vue, une pleine valeur probante

formelle doit être accordée à son appréciation. Par ailleurs, la Cour rappelle qu'un rapport médical établi sur la base du (seul) dossier médical d'un assuré a valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré, ce qui est en l'espèce le cas. Certes, la spécialiste en neurologie ne s'est pas prononcée sur les avis médicaux postérieurs émanant des neurologues travaillant en milieu hospitalier et suivant le recourant (rapports des 31 janvier et 12 avril 2025, voir consid. 5.2), produits par ce dernier à l'appui de son recours. Néanmoins, ces écrits ne contiennent aucun élément nouveau (voir consid. 5.1.2). Ils se limitent essentiellement à confirmer les diagnostics retenus jusqu'ici (maux de tête persistants, présence d'un petit cavernome pariétal considéré comme une découverte fortuite) tout en retenant que tant l'examen ophtalmologique, l'IRM du crâne ou les antécédents médicaux du recourant ne peuvent expliquer les symptômes encore endurés. L'appréciation médicale de la médecin-conseil revêt dès lors une pleine valeur probante formelle.

- 5.1.2 S'agissant de la valeur probante, sous l'angle matériel, du rapport en cause, la Cour relève que la spécialiste (n')a retenu, suite à la survenance de l'accident, (que) le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral (TCC) léger sans lésion structurelle ni neurologique. D'emblée, il apparaît que cette conclusion est en parfaite adéquation avec le rapport hospitalier du 9 janvier 2023 ayant fait suite aux scanners du crâne et de la colonne cervicale réalisés le même jour (pce 29), lesquels ont fait état de l'absence d'œdème, d'une voûte crânienne sans signe de fracture (pce 26), d'absence d'hémorragie cérébrale, de traumatisme cervical ou de troubles neurologiques. Le scanner du cerveau du 14 avril 2023 (pce 28), également pris en considération par la médecin-conseil (pce 112), n'a, lui également, mis en évidence aucune lésion traumatique décelable, seul un petit cavernome sans saignement récent au niveau occipital droit ayant pu être mis en évidence (les parties s'accordent sur le fait qu'il s'agit d'une découverte fortuite) et pouvant expliquer l'apparition (momentanée) de migraines avec aura.

Quant au fait qu'aucun diagnostic cervical n'a été retenu par la médecin-conseil comme conséquence de l'accident du 9 janvier 2023, il ne prête également pas le flanc à la critique, dans la mesure où, spécifiquement en lien avec la colonne cervicale, là également, aucune lésion des parties molles n'a pu être constatée suite aux radiographies réalisées le 15 février 2024. Si une IRM a été effectuée le 1^{er} juillet 2024, à la demande insistante du recourant (pce 47), elle n'a mis en évidence qu'un processus maladif dégénératif (protrusions au niveau C5-C6 et une petite protrusion médiane C3-C4), que rien au dossier ne permet d'attribuer à l'accident litigieux (ce que les parties ne revendiquent par ailleurs pas).

Sans sous-estimer les migraines avec aura endurées par le recourant, la neurologue a livré une explication qui, sur ce plan-là également, convainc, se conformant à l'avis de ses confrères, au sens où elle a admis que si celles-ci pouvaient être initialement objectivées en raison de la présence du petit cavernome, un choc à la tête (combiné à la présence dudit cavernome) pouvant générer les symptômes douloureux de ceux dont le recourant s'est plaint. Ne parvenant pas à expliquer, sous un angle

traumatique, les céphalées, elle a rappelé que leur fréquence et leur intensité devaient en tout état de cause être tempérées. Ainsi, en se référant à l'avis du neurologue traitant du 12 septembre 2024 (pce 60), la médecin-conseil a rappelé expressément que le traitement médicamenteux mis en place (β -bloquant) avait eu un effet bénéfique (elle évoque des migraines *en régression* alors que le neurologue traitant fait état d'un bilan encore plus réjouissant puisqu'il est question d'un traitement ayant *parfaitement fonctionné*, un épisode migraineux n'apparaissant que toutes les trois semaines). La Cour rappelle également que le neurologue traitant, dans son rapport du 3 juin 2024, a fait état d'un recourant se comportant de manière *théâtrale* lorsqu'il s'est agi de décrire la fréquence et l'intensité des crises douloureuses (pce 40).

5.1.3 Partant, selon le critère de la vraisemblance prépondérante (degré de preuve usuel dans le domaine des assurances sociales, TF 8C_549/2018 du 22 janvier 2019 consid. 3 et les références), il convient de se rallier, sous l'angle médical, aux conclusions de la médecin-conseil, à savoir qu'aucun élément au dossier (examens cliniques spécialisés, radiographies, IRM) ne permet d'objectiver les douleurs encore présentes. Quant aux ultimes rapports médicaux sous l'angle neurologique versés au dossier, datés des 31 janvier et 12 avril 2025 (pce 154 s), ils font également état d'examens ophtalmologiques, d'IRM du crâne et d'antécédents médicaux sans particularités, confirmant une fois de plus que l'accident n'a plus généré, au-delà du 26 avril 2024, de séquelle organique.

5.2 Les avis (prétendument) divergents des médecins traitants du recourant ne permettent pas de remettre en question les conclusions de la médecin-conseil de l'intimée.

Contrairement à l'avis du recourant, et ainsi que cela a déjà été évoqué ci-avant, les rapports des 31 janvier et 12 avril 2025 des neurologues spécialistes travaillant en milieu hospitalier s'accordent avec ceux des médecins traitants, ce, en termes de diagnostics retenus (céphalées post-traumatiques – primaires ; présence d'un cavernome droit [cavernome pariétal de 6 mm de large à côté du corps calleux]). Au niveau psychiatrique et pour la première fois, est évoqué un état de stress post-traumatique chronique faisant suite à un traumatisme. Il convient d'emblée de relativiser cette conclusion dans la mesure où elle émane de médecins dont la spécialisation relève de la neurologie et non de la psychiatrie et que jusqu'ici, même dans l'ultime rapport médical du 15 mai 2025 versé au dossier et émanant de la généraliste traitant du recourant, il n'est nullement question d'une affection psychiatrique.

En tout état de cause, face à un recourant extrêmement demandeur d'examens complémentaires et peu enclin à reprendre son activité professionnelle (pces 47 et 60), force est de constater que les spécialistes en neurologie semblent admettre que les maux de tête dont se plaint le recourant sont d'origine malade (migraines), niant ainsi une origine traumatique au trouble douloureux enduré, comme le confirme également par ailleurs le terme de « céphalées post-traumatiques primaires » utilisé. Concernant la fréquence des épisodes douloureux rapportés par les spécialistes en

neurologie, l'on ne peut que s'étonner du fait que le recourant a fait part à ces derniers (31 janvier et 12 avril 2025) de l'existence de maux de tête à raison de 16 jours par mois, ce, depuis la survenance de l'accident, alors que le neurologue traitant, dans son rapport du 12 septembre 2024, fait état d'un épisode migraineux survenant toutes les trois semaines (pce 60). Quoi qu'il en soit, même s'il fallait interpréter les diagnostics retenus comme étant d'origine traumatique, les neurologues consultés ne motivent pas à suffisance pourquoi l'accident de janvier 2023 serait la cause des céphalées encore présentes. De plus, le seul fait de mentionner le qualificatif « post-traumatique » dans un rapport médical pour retenir une origine accidentelle au trouble apparu n'est nullement suffisant, encore faut-il étayer l'analyse des causes – ce qui n'est de toute évidence pas le cas en l'espèce. En effet, le terme « post-traumatique » peut faire référence à la chronologie, à savoir que les troubles sont apparus après le traumatisme – ce qui est le cas en l'espèce, sans qu'un lien avec ce traumatisme soit établi. Dans ces circonstances, force est d'admettre que les rapports médicaux évoqués ne sauraient remettre en doute l'appréciation médicale de la médecin-conseil de l'intimée.

Enfin, s'agissant du certificat médical du 15 mai 2025 de la généraliste traitante consistant en quelques lignes, une force probante supérieure à celle de l'avis de la médecin-conseil ne peut lui être reconnue. En effet, il s'agit d'un rapport qui ne répond nullement aux critères jurisprudentiels en la matière (consid. 4.5), à quoi s'ajoute le fait que sa force probante doit d'emblée être relativisée du fait qu'il provient d'un médecin de famille et qu'en cas de doute, le médecin ou spécialiste traitant aura plutôt tendance à favoriser son patient en raison de son rapport de confiance particulier et de la nécessité d'accepter, d'emblée et sans condition, la douleur exprimée (cf. TF 8C_409/2023 du 15 avril 2024, ATF 135 V 465 consid. 4.5 et les références). Pour ces raisons, ce certificat médical – qui se contente d'ailleurs de rapporter le discours du recourant sans objectivité – ne permet pas de remettre en cause l'appréciation médicale du médecin-conseil de l'intimée.

- 5.3 Il s'ensuit que c'est à raison que l'intimée a exclu l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles encore présentés par le recourant au-delà du 26 avril 2024, les fragilités cervicales au même titre que les migraines encore endurées ne pouvant pas être reliées à une cause organique. Sur cette base, l'intimée était fondée à mettre fin, le 26 avril 2024, aux prestations transitoires déjà allouées et de refuser toutes autres prestations de longue durée.
6. Il convient encore de souligner que le droit à des prestations de l'intimée au-delà du 26 avril 2024 doit également être exclu sous l'angle de la causalité adéquate.
- 6.1 Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre les plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (soit des mécanismes d'accélération de la colonne cervicale en l'absence d'un choc de la tête, avec diagnostic d'une distorsion de la colonne cervicale et/ou de la nuque et les traumatismes équivalents comprenant un choc de la tête ayant entraîné une torsion de la colonne cervicale), un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il y a lieu

d'abord d'opérer une classification des accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement ; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (ATF 134 V 109 consid. 10.1, 115 V 133 consid. 6). Pour procéder à cette classification, 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 (ATF 117 V 359 consid. 6a). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (TF 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références).

- 6.2 Lorsque l'accident est insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles peut, en règle générale, être d'emblée niée, sans même qu'il soit nécessaire de trancher le point de savoir si l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'une lésion analogue à une telle atteinte ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 134 V 109 consid. 10.1, 117 V 359 consid. 6a ; TF U 428/2006 du 30 octobre 2008 consid. 4.2).

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; par analogie ATF 115 V 403 consid. 5b). D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité (ATF 115 V 403 consid. 5b et les références citées).

- 6.3 Il convient dès lors de ranger l'accident du 9 janvier 2023 dans l'une des trois catégories énumérées au consid. 6.1.

- 6.3.1 C'est le lieu de préciser que l'intimée ne s'est pas montrée sévère à l'égard du recourant dans la mesure où elle a estimé que l'accident dont a été victime le recourant devait être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité (pce 149, décision litigieuse, p. 7).

En effet, le recourant a subi un léger traumatisme cranio-cérébral, sans perte de connaissance, du fait d'avoir heurté avec sa tête une barre métallique lors d'un mouvement de redressement. Après la survenance de l'accident, le recourant a été à même de poursuivre sa journée de travail. Ce n'est qu'en fin de journée, constatant une bosse à l'arrière de la tête, qu'il a consulté le service des urgences où des scanners (de la tête ont des vertèbres cervicales) ont été réalisés, sans que ces derniers n'aient pu mettre en évidence un traumatisme cervical (absence de fracture ou lésion), une voûte crânienne altérée, une hémorragie cérébrale ou encore des troubles neurologiques (voir consid. 5.1.2).

Dans cette mesure, la question pourrait même se poser si l'événement du 9 janvier 2023 n'entre pas dans la catégorie des accidents de peu de gravité. En tout état de

cause, cette question peut toutefois rester ouverte au vu des considérations exposées ci-après.

- 6.3.2 Sont réputés accidents de gravité moyenne, les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour admettre le caractère adéquat de l'atteinte, un cumul de trois critères sur sept, ou au moins que l'un des critères se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (TF 8C_11/2017 du 21 août 2017 consid. 4.3). Les sept critères sont les suivants (TF 8C_775/2017 du 13 juin 2018 consid. 5.2 ; 5.3 et les références citées) :
- 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 des complications importantes ;
 - et finalement, le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.
- 6.4 Si l'on estime, à l'instar de l'intimée, que l'accident dont a été victime le recourant doit être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité, il en résulterait, dans cette mesure, que trois critères au moins sans intensité particulière ou un critère de manière particulièrement marquée auraient dû être réalisés pour pouvoir admettre le lien de causalité adéquate (TF 8C_558/2023 du 27 novembre 2024 consid. 6.2, 8C_312/2007 du 5 juin 2008 consid. 3.2), ce qui n'est de toute évidence pas le cas.
- 6.4.1 L'on peut tout d'abord d'emblée nier le caractère particulièrement dramatique ou impressionnant à l'accident dont a été victime le recourant (le fait de se cogner la tête contre une barre métallique). Une fois le choc enduré, le recourant n'a pas montré sa blessure au premier secouriste d'entreprise et l'accident n'a pas été annoncé au responsable ni au chargé de sécurité. Enfin, le recourant a poursuivi son activité professionnelle jusqu'au terme de sa journée avant de se rendre au service des urgences (pce 4).
- 6.4.2 En ce qui concerne le critère de l'intensité des douleurs, seuls les troubles importants qui persistent sans interruption notable entre l'accident et la clôture du cas au sens de l'art. 19 al. 1 LAA sont à prendre en considération. L'intensité est évaluée au regard de la crédibilité des douleurs et de la gêne que la personne assurée subit dans la vie quotidienne en raison de ces troubles (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4; arrêt 8C_41/2024 du 5 août 2025 consid. 10.8.1).

En l'occurrence, le recourant se plaint de céphalées, mais elles ne sauraient être qualifiées de persistantes (il est question tout au plus d'un épisode de migraines toutes les trois semaines, pce 60). Il ne faut également pas perdre de vue que les déclarations du recourant n'ont pas été constantes dans la description qu'il a faite de l'intensité et de la fréquence des migraines (voir également consid. 5.2). Il ne souffre par ailleurs pas de troubles cognitifs, de pertes d'équilibre, de vertiges ou encore de nausées, de sorte que le critère de l'intensité des douleurs doit être nié en l'espèce.

- 6.4.3 Quant à la longueur du traitement médical, il doit d'emblée être relativisé, le neurologue traitant ayant fait état d'un patient très demandeur d'exams complémentaires (pces 40 et 47), comme l'atteste le fait qu'il a consulté, de sa propre initiative et sans en informer son neurologue traitant, un centre de neurologie d'un hôpital universitaire. En tout état de cause, les ultimes conclusions des neurologues professant en milieu hospitalier (rapports des 31 janvier et 12 avril 2025) ont par ailleurs confirmé les précédentes conclusions du neurologue traitant, de sorte que la durée du traitement médical doit être replacé dans son contexte (de sur-investigations médicales), et en l'absence de toute évidence d'erreurs dans l'administration des traitements médicaux.
- 6.4.4 Enfin, le critère de l'importance de l'incapacité de travail doit également être replacé dans le contexte du cas d'espèce, les rapports médicaux du neurologue traitant du recourant ayant mis plusieurs fois en exergue que le recourant avait insisté, tant auprès du spécialiste traitant que de ses assistantes médicales, afin de pouvoir bénéficier d'un arrêt de travail (pces 47 et 60).
- 6.5 Par conséquent, au vu de ce qui précède, un lien de causalité adéquate entre les troubles dont souffre le recourant et l'accident du 9 janvier 2023 doit être nié au-delà du 26 avril 2024.
- 7.
- 7.1 Le recours doit par conséquent être rejeté et la décision sur opposition du 16 avril 2025 confirmée.
- 7.2 La procédure est gratuite et il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. a et g LPG).

PAR CES MOTIFS, LA COUR DES ASSURANCES ARRÊTE :

1. Le recours est rejeté.
Partant, la décision sur opposition de l'intimée du 16 avril 2025 est confirmée.
2. La procédure est gratuite. Il n'est pas alloué de dépens.
3. Les parties sont informées des voie et délai de recours, selon avis ci-après.
4. Le présent arrêt est notifié :
 - au recourant ;
 - à l'intimée ;
 - à l'Office fédéral de la santé publique, Case postale, 3003 Berne ;

Porrentruy, le 29 mai 2026

AU NOM DE LA COUR DES ASSURANCES

La présidente : La greffière e.o. :

Anne-Françoise Boillat Océane Migliore

Communication concernant les moyens de recours :

*Il vous est loisible de déposer un **recours en matière de droit public** auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement, conformément aux dispositions de la LTF, en particulier aux art. 42, 82 ss et 90 ss LTF, dans un délai de **30 jours** à partir de la date où ce jugement vous a été notifié (art. 100 LTF). Ce délai ne peut pas être prolongé (art. 47 al. 1 LTF).*

Le mémoire de recours sera adressé au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne.

Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. Il doit exposer succinctement en quoi l'acte attaqué viole le droit (art. 42 al. 2 LTF).

Le recours ne peut critiquer les constatations de fait que si les faits ont été établis de façon manifestement inexacte ou en violation du droit au sens de l'art. 95, et si la correction du vice est susceptible d'influer sur le sort de la cause (art. 97 al. 1 LTF). Si la décision qui fait l'objet d'un recours concerne l'octroi ou le refus de prestations en espèces de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire, le recours peut porter sur toute constatation incomplète ou erronée des faits (art. 97 al. 2 LTF).

Les décisions préjudicielles ou incidentes sont susceptibles de recours aux conditions des art. 92 et 93 LTF.

Les pièces invoquées comme moyens de preuve doivent être jointes au mémoire. Il en va de même du jugement attaqué (art. 42 al. 3 LTF).

*Les mémoires doivent être remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral, soit, à l'attention de ce dernier, à la Poste **Suisse** ou à une représentation diplomatique ou consulaire **suisse** (art. 48 al. 1 LTF).*