RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1497/2023 **ATAS/713/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 septembre 2023

Chambre 9

En la cause

A_____ recourant
représenté par LOYCO SA, mandataire

contre

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA intimée

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ et Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1983, travaille depuis le 1er janvier 2014 en tant que conseiller financier en trading de matières premières pour le compte de la société B_____ SA, basée à Genève.

b. À ce titre, il est assuré par son employeur contre les conséquences des accidents professionnels et non professionnels auprès de Zurich Compagnie d'assurances SA (ci-après : l'assurance).

B. **a.** Le 5 juin 2019, alors qu'il participait à un match de football inter-entreprise, l'assuré a percuté assez violemment un joueur adverse alors qu'il courait à reculons. Cinq minutes plus tard, à la réception d'un saut, il a senti un bourdonnement dans l'oreille et une paralysie des membres. Il a immédiatement été transporté par ambulance aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) où un accident vasculaire cérébral (ci-après : AVC) a été diagnostiqué.

b. Au terme d'un séjour de l'assuré s'étant déroulé du 5 au 13 juin 2019 au Stroke center des HUG, un AVC ischémique cérébelleux bilatéral (PICA droite, SCA gauche) sur dissection de l'artère vertébral droite a été retenu.

c. L'assuré a repris son activité professionnelle à 50% le 30 juin 2019, puis à 100% le 8 juillet 2019, date à laquelle l'assurance a interrompu le versement des indemnités journalières accident. Elle a cependant continué à prendre en charge les frais de traitement consécutifs à l'évènement du 5 juin 2019.

d. Le 19 novembre 2020, la docteure C_____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante de l'assuré, a adressé à l'assurance un certificat médical de rechute, suite à des paresthésies des doigts, acouphène, baisse d'audition et vertiges dont l'intéressé avait fait état lors d'une consultation du 7 septembre 2020. La Dre C_____ estimait que les symptômes neurologiques s'étaient améliorés depuis l'accident. Elle indiquait en outre qu'aucune nouvelle lésion n'apparaissait à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) effectuée le 22 septembre 2020 qui montrait uniquement les séquelles cérébelleuses bilatérales connues. En revanche, un syndrome de stress post-traumatique en lien avec l'accident persistait et un suivi psychothérapeutique était nécessaire.

e. Dans un rapport du 11 décembre 2020, la docteure D_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué à l'assurance qu'elle suivait l'assuré à son cabinet depuis le 28 septembre 2020, à raison d'une séance chaque deux semaines. Elle posait le diagnostic de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions. La capacité de travail était préservée, mais il existait des limitations liées aux cognitions anxieuses et à un manque de confiance rendant l'assuré plus vulnérable au stress. Le pronostic était favorable et la durée du traitement était évaluée à quelques mois.

f. Par courrier du 14 janvier 2021, l'assurance a refusé la prise en charge des frais relatifs au traitement des troubles psychiques, son psychiatre-conseil ayant estimé que ceux-ci ne pouvaient être attribués au traumatisme du 5 juin 2019, ce d'autant moins qu'ils étaient apparus plus d'un an après les faits.

L'assurance a également interrompu la prise en charge du suivi médical, au motif que les derniers examens médicaux effectués et notamment l'IRM du 22 septembre 2020 permettaient de conclure que l'atteinte cérébrale était désormais stabilisée.

g. Par courrier du 23 mars 2021, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, communiqué son désaccord avec la prise de position de l'assurance du 14 janvier 2021. Il a joint à son écrit un rapport du 15 mars 2021 de la Dre D_____ dans lequel elle expliquait suivre l'assuré du fait d'une symptomatologie anxieuse, d'intensité modérée, avec crises d'angoisse, ruminations.

Le diagnostic qu'elle posait était celui de trouble de l'adaptation avec symptômes anxieux, qu'elle considérait en lien avec l'accident. En effet, si l'intéressé avait fait état d'un « tempérament anxieux » antérieur à l'évènement du 5 juin 2019, c'était cependant uniquement après celui-ci que les symptômes jusqu'alors infra-cliniques étaient devenus invalidants. De plus, le contenu des cognitions anxieuses était directement en lien avec cet évènement.

Pour le surplus, la Dre D_____ considérait que son patient était globalement en bonne santé et que sa capacité de travail était préservée. La symptomatologie était cependant handicapante, dans la mesure où elle se traduisait par des troubles de la concentration, une perte de confiance et des évitements.

h. Suite à ce courrier, l'assurance a ordonné une expertise bi-disciplinaire de l'assuré qu'elle a confiée au Centre d'expertises médicales de Nyon (ci-après : CEMed). Cet examen a été mis en œuvre les 26 et 30 novembre 2021 par les docteurs E_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et F_____, spécialiste en neurologie.

i. Les experts ont adressé conjointement leur rapport consensuel final à l'assurance le 18 janvier 2022.

Sur le plan neurologique, ils ont retenu le diagnostic d'AVC ischémique cérébelleux bilatéral (territoire de la PICA droite et de l'artère cérébelleuse supérieure gauche) sur dissection vertébrale droite traumatique le 5 juin 2019, avec syndrome cérébelleux statique et cinétique gauche initial, avec très discrètes séquelles cérébelleuses cinétiques gauches. Cette atteinte était en lien de causalité certain avec l'accident du 5 juin 2019. L'évolution neurologique s'était avérée « remarquablement positive » et l'état était stabilisé depuis le 30 juin 2021. Les « très discrètes séquelles » cérébelleuses cinétiques résiduelles au niveau du membre supérieur gauche n'étaient pas incapacitantes. Les experts ont également

fait état de migraines ayant débuté antérieurement à l'accident et sans relation avec celui-ci.

Sous l'angle psychiatrique, les experts ont retenu le diagnostic de stress post-traumatique d'intensité légère sur le décours, en lien de causalité certain avec l'accident. Des symptômes résiduels persistaient et le risque d'une rechute dans une symptomatologie anxieuse anticipatoire n'était pas totalement exclue. L'état symptomatique, bien que qualifié de peu d'importance, ne pouvait être considéré comme stabilisé et une amélioration semblait encore possible moyennant la poursuite de la psychothérapie.

j. Le 3 mars 2022, l'assurance est revenue sur sa communication du 14 janvier 2022 et a consenti à prendre en charge le traitement relatif à l'aspect psychique effectué jusqu'alors ainsi que pour une année supplémentaire, la situation devant être réévaluée au-delà de cette période. Concernant l'angle neurologique, la fin de la prise en charge était fixée au 30 juin 2021, date à laquelle les experts avaient considéré la situation comme stabilisée.

k. Le 11 avril 2022, l'assuré a demandé que soit posée à l'experte neurologue la question complémentaire suivante : « Vous avez considéré que la prise en charge des frais de traitement était limitée au 30 juin 2021, date du dernier contrôle aux HUG. Or, une IRM est prévue par la neurologue, suite à l'arrêt de la prise d'aspirine, pour vérifier s'il n'y a pas eu de micro-anévrisme(s). Dans quelle mesure cette démarche médicale ne serait-elle pas une suite de l'accident à charge de l'assureur LAA ? ».

l. L'assurance ayant sollicité des informations complémentaires de la neurologue traitante, la docteure G_____, celle-ci lui a transmis, en juillet 2022, les rapports qu'elle avait établis suite à la consultation neurovasculaire de reprise de suivi du 7 février 2022 lors de laquelle elle avait notamment procédé à un examen écho-doppler carotidien et vertébral ainsi qu'un examen duplex couleur transcrânien.

Selon la neurologue, l'assuré se portait bien et n'avait relaté aucun symptôme éventuellement évocateur d'une récidive. Le bilan neurosonolologique était complètement rassurant. Dans ce contexte, elle avait essentiellement rassuré l'intéressé. Il convenait cependant encore de s'assurer de l'absence de pseudo-anévrisme éventuellement constitué dans les deux ans post-dissection, ce avant d'interrompre la prise d'Aspirine. Dans cette optique, la Dre G_____ entendait revoir la dernière IRM effectuée et, si cette dernière était antérieure au terme des deux ans post-dissection, en effectuer une nouvelle.

m. Le 20 juillet 2022, l'assurance a considéré que tant l'examen du 7 février 2022 auprès de la neurologue traitante qu'une éventuelle IRM à réaliser dans le futur s'inscrivaient dans le cadre de contrôles médicaux non justifiés par une rechute de l'état de santé post-traumatique. Le cas était désormais stabilisé et de tels examens relevaient de l'assurance-maladie. Pour le surplus, l'assurance refusait de soumettre la question complémentaire de l'assuré à l'experte-neurologue, dite

question n'étant pas pertinente, faute de pouvoir aboutir à une réponse considérablement différente de celles déjà données.

C. **a.** L'assuré ayant sollicité une décision formelle sur l'intégralité des aspects du dossier, l'assurance a donné suite à sa demande le 10 novembre 2022, persistant dans les termes de ses courriers précédents. Concernant l'aspect neurologique, l'état était stabilisé depuis le 30 juin 2021 et seules des améliorations insignifiantes pouvaient encore être escomptées, de sorte que l'assurance n'était plus tenue de prester. Le traitement des troubles psychiques post-traumatiques continuait en revanche à être assumé par celle-ci dans la mesure indiquée précédemment.

b. Le 13 décembre 2022, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il a conclu à son annulation et à ce que sa question complémentaire figurant dans son courrier du 11 avril 2022 soit transmise à l'experte neurologue. Celle-ci s'avérait pertinente, dans la mesure où la réponse pouvait permettre de déterminer si un suivi neurologique était encore justifié du fait des suites de l'accident assuré. L'intéressé soulignait pour le surplus que, les experts ayant considéré que son état de santé n'était pas stabilisé, la prise en charge du traitement médical au 30 juin 2021 ne pouvait pas être interrompue.

c. Par décision du 20 mars 2023, l'assurance a rejeté l'opposition. Le rapport d'expertise du CEMed avait retenu de manière convaincante que, sous l'angle neurologique, l'état de santé était stabilisé depuis le 30 juin 2021. C'était ainsi à juste titre que le droit aux prestations pour le suivi médical de l'AVC avait été limité à cette date. Quant au refus de transmettre la question complémentaire aux experts, il ne violait pas le droit d'être entendu, dite question n'étant pas pertinente. Les différents rapports de la Dre G_____ confirmaient que l'état de santé de l'assuré était stabilisé et qu'il avait parfaitement récupéré, sans séquelles. L'IRM avec séquence cou préconisée ne tendait donc pas à une amélioration sensible mais uniquement à déterminer si la prise d'Aspirine devait être maintenue ou non. Or, stricto sensu, l'Aspirine pouvait être interrompue à deux ans d'une dissection post-traumatique chez un patient ne présentant pas de facteurs de risque cardio-vasculaire manifeste.

D. **a.** Le 4 mai 2023, l'assuré a recouru devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision sur opposition, concluant à son annulation et à ce que l'assurance soit tenue de considérer que le *statu quo ante vel sine* des suites de l'accident du 5 juin 2019 n'était pas encore atteint. En substance, le recours était motivé par les éléments déjà invoqués au stade de l'opposition.

b. L'intimée a répondu au recours le 2 juin 2023, concluant à son rejet. Seules devaient être prises en charge les prestations médicales en mesure de procurer une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, soit principalement une amélioration de la capacité de travail. En l'espèce, l'intéressé avait retrouvé sa pleine capacité de travail et il était établi que l'état de santé était stabilisé depuis le

30 juin 2021. C'était ainsi à juste titre que les prestations en lien avec l'atteinte neurologique avaient été interrompues à cette date. La question que le recourant entendait soumettre à l'experte neurologue n'était d'ailleurs pas de nature à remettre en question ce constat.

c. Le 6 juillet 2023, le recourant a persisté dans les termes et conclusions de son recours, déplorant la posture dogmatique de l'assurance autour d'une simple question de clarification qu'elle refusait de soumettre à une experte.

d. Dans ses déterminations du 20 juillet 2023, l'intimée a relevé que le recourant reconnaissait lui-même que son état de santé n'était plus susceptible d'une quelconque amélioration neurologique dès lors qu'il avait pleinement récupéré sur ce plan. La prise en charge des traitements par l'assurance-accidents n'était ainsi plus justifiée.

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 Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7e jour avant Pâques au 7e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur la prise en charge par l'intimée en sus de la psychothérapie, des autres frais médicaux du recourant au-delà du 30 juin 2021, respectivement sur la stabilisation de son état de santé somatique à cette date.

2.1 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, ATF 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; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

Cependant, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). Autrement dit, l'assureur-accidents est tenu d'octroyer une indemnité journalière et de prendre en charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.2).

Selon l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire notamment lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ou lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d).

Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entrainer une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1).

Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). Ni la simple possibilité d'un résultat positif d'un

autre traitement médical, ni un progrès thérapeutique seulement insignifiant escompté d'autres mesures thérapeutiques comme une cure thermale ne donnent droit à leur mise en œuvre. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1).

2.2 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).

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 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 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).

2.3 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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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; ATF 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).

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. A 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).

2.4 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; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. ATF 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).

2.5 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).

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 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

3. En l'espèce, l'intimée admet devoir prendre en charge les suites de l'accident du 5 juin 2019 conformément à la LAA. Se fondant sur les conclusions de l'expertise du CEMed, elle considère cependant que, sous réserve de l'aspect psychique, l'état de santé du recourant est stabilisé depuis le 30 juin 2021. Il n'y aurait ainsi plus lieu de prendre en charge des traitements (hors psychothérapie) au-delà de cette date, faute de pouvoir escompter une amélioration significative de l'état de santé.

Le recourant conteste cette stabilisation et considère qu'il est contradictoire de l'admettre tout en considérant que des améliorations sont encore à espérer sous l'angle psychiatrique.

Il convient tout d'abord d'examiner la valeur probante de l'expertise CEMed. La chambre de céans relève qu'elle a été établie par des spécialistes indépendants, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, après prise de connaissance des plaintes de l'assuré, avec un examen clinique, une énumération détaillée des diagnostics qui ont été distingués selon qu'ils présentent un lien de causalité avec l'accident. Les conclusions auxquelles elle aboutit sont par ailleurs claires, exemptes de contradictions, bien argumentées et cohérentes avec les autres éléments médicaux au dossier.

Concernant en particulier l'évolution après AVC, elle est décrite par l'experte neurologue comme remarquablement positive et stabilisée depuis la date du dernier contrôle écho-doppler du 30 juin 2021, seules demeurant de très discrètes séquelles cérébelleuses cinétiques du membre supérieur gauche. Cette évaluation est conforme non seulement aux déclarations de l'assuré et à son dossier médical au jour de l'expertise, mais elle est également corroborée par les examens ultérieurs auxquels la Dre G_____ a procédé en février 2022 (dont un nouvel echo-doppler) et dont aucun ne fait état de séquelles ou de récidive de l'accident sous l'angle neurologique. Au contraire, le bilan est décrit comme « complètement rassurant » et la neurologue traitante explique que son rôle a essentiellement consisté à rassurer le recourant. La conclusion de l'experte neurologue quant à la stabilisation de l'état de santé au 30 juin 2021 sous l'angle de sa spécialité apparaît dès lors convaincante. Elle l'est d'autant plus que le recourant n'explique guère en quoi elle serait erronée. Au contraire, il indique au final lui-même, au stade de la réplique que « bien entendu, il n'est pas question de prétendre que l'état de santé neurologique serait encore susceptible d'une quelconque amélioration, puisqu'[il] a pleinement récupéré sur ce plan ».

L'aspect psychiatrique de l'expertise est également convaincant et n'est d'ailleurs pas critiqué par le recourant. Au terme d'une analyse approfondie et détaillée, l'expert psychiatre retient, en lien de causalité certain avec l'accident, un état de stress post-traumatique résiduel sur le décours avec une symptomatologie de peu d'importance. Il considère l'état de santé comme non stabilisé et préconise la poursuite des séances de thérapie durant environ un an afin de traiter les quelques symptômes résiduels et éviter un risque de rechute. Ces conclusions sont conformes notamment au dossier médical et aux plaintes du patient lors de l'examen. Si l'expert s'écarte au final du diagnostic de trouble de l'adaptation avec symptômes anxieux au profit de celui de stress post-traumatique résiduel sur le décours, il retient cependant les mêmes symptômes que la psychiatre traitante et argumente sa décision.

Dans ces circonstances, force est de constater que l'expertise est convaincante tant sous l'angle neurologique que psychiatrique et qu'aucun élément ne justifie de s'en écarter. Ses conclusions doivent ainsi se voir reconnaître pleine valeur probante.

3.1 C'est ainsi à bon droit que l'intimée a refusé la prise en charge des examens et traitements, hors psychothérapie, au-delà du 30 juin 2021, faute de pouvoir en attendre une quelconque amélioration de l'état de santé ou d'en éviter la péjoration.

Les éléments postérieurs à l'expertise ne font que confirmer que ce refus de prester était et demeure fondé. Il ressort en effet du rapport de la neurologue traitante du 8 février 2022, consécutif aux examens neurologiques auxquelles elle avait procédé la veille, que les résultats sont parfaitement dans la norme. Rien dans ce document ne laisse entrevoir une rechute ou une détérioration de l'état de

santé. De tels éléments ne sont d'ailleurs pas même alléguées par l'intéressé, encore moins rendu vraisemblables. Dans ces circonstances, les divers contrôles et examens effectués à partir du 1er juillet 2021 et qui semblent, toujours selon la neurologue traitante, avoir eu comme optique principale de rassurer le recourant n'ont pas à être pris en charge par l'assurance-accident.

Il en va de même de l'IRM envisagée par la neurologue traitante en vue de « s'assurer de l'absence de pseudo-anévrisme éventuellement constitué » depuis l'AVC et dont le recourant sollicite la prise en charge. D'une part, aucun symptôme ou élément clinique ne suggère la présence d'un tel pseudo-anévrisme. D'autre part, le résultat d'un tel examen permettrait uniquement de déterminer s'il est possible d'arrêter complètement la prise d'Aspirine comme anticoagulant. Faute d'ouvrir la perspective d'une amélioration sensible de l'état de santé ou d'en éviter la dégradation chez un patient stabilisé ayant depuis longtemps recouvré sa pleine capacité de travail, cet examen de contrôle ne saurait être mis à charge de l'intimée.

Au vu de ce qui précède, l'intimée était également fondée à refuser de soumettre à l'experte la question relative à la prise en charge de l'IRM précitée par l'assurance-accidents. Une telle question ne relève en effet pas de la compétence d'un expert médecin mais bien de la compétence exclusive de l'assureur LAA.

4. Le recours est rejeté.

Le recourant, vu l'issue du litige, ne peut prétendre à une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis 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	La présidente
Sylvie CARDINAUX	Eleanor McGREGOR

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