RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/3225/2021** **ATAS/403/2022**

# COUR DE JUSTICE

## Chambre des assurances sociales

# Arrêt du 4 mai 2022

**4ème Chambre**

En la cause

| | |
|---|---|
| Monsieur A_____, domicilié à ETREMBIÈRES, France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mattia DEBERTI | recourant |

contre

| | |
|---|---|
| SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE | intimée |

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Antonio Massimo DI TULLIO et Larissa ROBINSON-MOSER, Juges assesseur·e·s**

## EN FAIT

**A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1982, exerçait, depuis le 1er juin 2016, la profession de chauffeur de poids lourds auprès de l'entreprise B_____ SA. À ce titre, il était assuré auprès de la SUVA caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : l'assureur ou l'intimée) pour les accidents professionnels ou non professionnels.

**b.** Le 23 mai 2017, alors qu'il circulait au guidon d'une moto en rentrant du travail, l'assuré s'est fait percuter par un scooter qui lui a coupé la route.

**c.** L'assureur a pris en charge les suites du cas en allouant, dans un premier temps, des indemnités journalières et en prenant en charge le traitement des lésions résultant de l'accident.

**d.** Entendu le 19 janvier 2018 dans les locaux de l'assureur, l'assuré a indiqué qu'il ressentait beaucoup de douleurs : du torse aux extrémités des doigts de pied, jour et nuit. Les douleurs les plus fortes se situaient au niveau cervical. Il en souffrait surtout la nuit. Il se déplaçait en fauteuil roulant mais se tortillait constamment dans son fauteuil à cause des douleurs. À son domicile, il parvenait à se lever de son fauteuil, à faire de courtes distances avec les béquilles mais il était sujet à des pertes d'équilibre. C'était dur pour lui. Au niveau moral, il y avait des hauts et des bas, de bons comme de mauvais jours. Il n'avait pas consulté de psychiatre/psychologue et affirmait, d'une part, ne pas en ressentir l'envie et, d'autre part, ne plus vouloir revenir sur cet événement car « [c'était] trop dur ».

**e.** Dans une appréciation médicale du 26 mars 2019, le docteur C_____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que l'assuré présentait une tétraplégie incomplète de niveau sensitivo-moteur à C4 sur contusion médullaire C5-C6 et un canal cervical étroit. S'y ajoutait une tétraparésie prédominant au niveau des membres inférieurs avec des troubles des fonctions urinaire, digestive et sexuelle. Les troubles fonctionnels étaient en relation pour le moins probable avec l'accident du 23 mai 2017. Étant donné que le tableau clinique correspondait à une tétraplégie incomplète « AIS sub C4 », ce médecin a retenu un taux d'atteinte à l'intégrité de 80% en se basant sur les barèmes de la table 21 selon la LAA (« Indemnité pour atteinte en cas de lésions médullaires »).

**f.** Par décision du 8 avril 2019, l'office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : l'OAIE), a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité à compter du 1er mai 2018, après avoir constaté que celui-ci présentait une incapacité de travail totale et durable dans toute activité, dès le mois de mai 2017 (début du délai d'attente d'un an).

**g.** Par décision du 17 juillet 2019, l'assureur a informé l'assuré qu'il lui versait une rente d'invalidité, calculée comme rente complémentaire, d'un montant de CHF 2'862.60 par mois à partir du 1er juillet 2019.

**B.** **a.** Par décision du 4 décembre 2019, l'assureur a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 80% pour les suites de l'accident du 23 mai 2017, représentant un montant de CHF 118'560.-.

**b.** Le 3 février 2020, l'assuré, assisté d'un avocat, a formé opposition à cette décision en contestant l'appréciation du 26 mars 2019 du Dr C_____ et en faisant valoir que depuis 2004, l'indemnisation des atteintes à l'intégrité pour les séquelles psychiques d'accident se faisait selon le tableau 19 qui prévoyait que l'estimation de l'atteinte devait être faite par des spécialistes en psychiatrie et psychothérapie. En l'occurrence, il ressortait des déclarations que l'assuré avait faites le 19 janvier 2018 qu'il souffrait de manière particulière des suites de l'accident du 23 mai 2017, notamment lorsqu'il déclarait que « [c'était] trop dur » de revenir sur les faits qui l'avaient rendu tétraplégique. Ainsi, on ne pouvait que constater que l'atteinte à l'intégrité, basée sur l'appréciation du 26 mars 2019, était incomplète.

Sur la base de ces éléments, l'assuré a conclu à l'annulation de la décision du 4 décembre 2019, à un nouvel examen médical de l'atteinte à l'intégrité en lien avec sa tétraplégie, ainsi qu'à une appréciation de l'atteinte à l'intégrité pour les séquelles psychiques subies lors de l'accident du 23 mai 2017.

**c.** Le 13 février 2020, le Dr C_____ a procédé à une nouvelle appréciation de l'atteinte à l'intégrité et considéré qu'une indemnisation de 85% était justifiée sur le plan neurologique.

**d.** Le 4 mars 2020, le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement de l'assureur, a indiqué qu'on était en présence d'un accident grave qui avait abouti à une contusion médullaire C5-C6 et une tétraplégie incomplète. On notait, en plus de l'atteinte sensitivo-motrice, une atteinte digestive (qui nécessitait des sondages) et sexuelle, un traumatisme crânio-cervical, ainsi que toute une série de complications. Lors de ses multiples séjours à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR), des spécialistes avaient mis en évidence une atteinte à la thymie avec la présence d'idées noires et, lors d'une consultation du 29 mai 2019, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et chef du service de paraplégie de la CRR, avait décrit une situation psychique qui, bien qu'en légère amélioration, restait problématique, avec une image de soi dégradée, une perte de la valeur de soi, la présence d'une dysphorie et d'une démotivation. Il avait tendance à se réfugier à son domicile et à ne pas « se remettre en activité ». Dans son appréciation du cas, le Dr D_____ a estimé, en l'état de l'instruction, qu'il n'y avait que des descriptifs d'une thymie basse sur le plan symptomatique et que tant qu'on ne disposait pas d'un diagnostic clair, posé selon les critères en vigueur et de quantification de l'intensité de la dépression, il serait difficile de statuer. Même si l'on pouvait anticiper qu'une pareille atteinte post-traumatique fût la source d'un trouble de l'adaptation suffisamment important pour générer une baisse de la thymie et de l'anxiété, il n'en demeurait pas moins que les évaluations faites à ce

jour restaient trop fragmentaires et superficielles. Sur la base de ces éléments, le Dr D_____ a estimé que même si le cas n'était pas encore stabilisé (et qu'ainsi, il était trop tôt pour se prononcer sur une éventuelle atteinte à l'intégrité), il paraissait utile qu'un psychiatre procède à une évaluation de l'état psychique de l'assuré – via la CRR – et propose éventuellement un traitement (médicamenteux ou autre) si nécessaire.

**C.** **a.** Le 15 octobre 2020, la CRR a convoqué l'assuré en vue d'un séjour qui était appelé à se dérouler dès le 27 octobre 2020 dans cet établissement.

**b.** Par courriel du 27 octobre 2020, confirmé par entretien téléphonique du lendemain, la CRR a informé l'assureur que les formalités d'admission de l'assuré n'avaient pas pu être effectuées, en raison de son refus de porter un masque de protection, et qu'il avait donc regagné son domicile avant même le début du son séjour.

**c.** Par courrier du 2 décembre 2020, l'assureur a invité le conseil de l'assuré à lui faire savoir si son mandant était suivi par un spécialiste en psychiatrie et, dans l'affirmative, d'en transmettre les coordonnées.

**d.** Le 5 janvier 2021, l'assureur a à nouveau écrit au conseil de l'assuré pour lui rappeler la teneur de son précédent courrier, du 2 décembre 2020, resté sans suite. En conséquence, l'assureur a réitéré sa demande de transmission des informations demandées et imparti un délai de trente jours à cet effet, référence étant faite à la disposition légale fixant les règles applicables en matière d'instruction des demandes de prestations (art. 43 LPGA).

**e.** Par courriel du 5 février 2021, le conseil de l'assuré a fait savoir à l'assureur qu'il n'avait pas encore été en mesure de recueillir l'information sollicitée auprès de son mandant mais qu'il donnerait des nouvelles d'ici la fin du mois de février.

**f.** Par courriel du 7 mai 2021, l'assureur a relancé le conseil de l'assuré au sujet du courriel du 5 février 2021 de celui-ci, demeuré sans suite, tout en faisant part une nouvelle fois de son souhait d'être informé quant à l'existence d'un suivi psychiatrique et, dans l'affirmative, de se faire remettre une appréciation émanant de ce psychiatre. Enfin, l'assureur a précisé que faute d'être en possession de ces informations dans un délai supplémentaire de trente jours, il ne pourrait pas évaluer l'atteinte à l'intégrité de l'assuré.

**g.** Contacté le 17 juin 2021 par téléphone de l'assureur, le conseil de l'assuré a indiqué qu'il avait eu beaucoup de difficultés à joindre son client mais qu'il l'avait eu au téléphone en mai et reçu, de sa part, la promesse qu'il donnerait des nouvelles. Après avoir pris note de l'engagement de l'avocat de relancer l'assuré, l'assureur lui a répondu qu'il attendrait encore jusqu'à fin juillet. Sans les informations demandées d'ici-là, il n'entrerait pas en matière.

**h.** Par courriel du 29 juillet 2021, l'assuré a informé l'assureur qu'il avait changé d'adresse de messagerie électronique et de compte bancaire. En conséquence, il a invité l'assureur à faire le nécessaire pour mettre à jour son dossier.

**i.** Par retour de courriel du 4 août 2021 à l'assuré, l'assureur s'est référé à la décision d'octroi d'une IPAI du 4 décembre 2019 en rappelant que celle-ci avait fait l'objet d'une opposition mais que les informations demandées au sujet d'un éventuel suivi psychiatrique – et, dans l'affirmative, les coordonnées du praticien concerné – ne lui avaient toujours pas été communiquées. En conséquence, l'assureur a demandé à l'assuré de lui fournir ces informations.

**j.** Par décision du 20 août 2021, l'assureur a partiellement admis l'opposition. Se référant à l'appréciation du Dr C_____ du 13 février 2020, estimant qu'une IPAI de 85% (au lieu de 80%) pouvait être justifiée sur le plan neurologique, l'assureur a octroyé un montant complémentaire de CHF 7'410.- à l'assuré en précisant qu'il se prononcerait sur le droit à l'IPAI pour les troubles psychiques lorsque ce dernier serait disposé à porter un masque ou lorsque le port du masque ne serait plus obligatoire « voir[e], en tout cas et à défaut », lorsque l'assuré aurait fourni un rapport médical permettant au Dr D_____ de se déterminer selon la jurisprudence en vigueur.

**D.** **a.** Le 20 septembre 2021, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'un recours contre cette décision, concluant à son annulation, à ce que l'intimée soit condamnée à sursoir à sa décision aussi longtemps que le recourant ne serait pas en mesure d'être examiné par la CRR, et au renvoi du dossier à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

À l'appui de ses conclusions, le recourant a relevé qu'en raison de la situation sanitaire qui prévalait au moment de la convocation à la CRR en octobre 2020 (pandémie de COVID-19), l'évaluation psychiatrique programmée nécessitait le port d'un masque de protection. Il se trouvait toutefois dans l'incapacité de porter un tel accessoire qui lui provoquait des troubles respiratoires importants, conduisant même à des pertes de connaissances. Dans la mesure où il ne pouvait pas se plier aux dites exigences sanitaires, son séjour à la CRR aurait dû être annulé et l'intimée ne pouvait pas rendre de décision augmentant le taux d'IPAI de 80 à 85% – en raison des seuls troubles neurologiques – sans toutefois se prononcer sur l'aspect psychique de l'atteinte.

**b.** Par réponse du 22 novembre 2021, l'intimée a souligné que dans la décision querellée, elle avait indiqué qu'elle se prononcerait sur le droit à l'IPAI pour les troubles psychiques lorsque le recourant serait disposé à porter un masque ou lorsque le masque ne serait plus obligatoire, voire, en tout cas et à défaut, lorsqu'il aurait fourni un rapport médical qui permettrait au Dr D_____ de se déterminer selon la jurisprudence en vigueur. Partant, en l'état et faute d'éléments nouveaux,

l'intimée ne pouvait que renvoyer à ladite décision dont il n'y avait pas lieu de s'écarter. Partant, elle a conclu au rejet du recours.

**c.** Le 24 novembre 2021, la chambre de céans a accordé au recourant un délai pour venir consulter les pièces du dossier et, dans ce même délai, faire part de ses remarques éventuelles en y joignant toutes pièces utiles.

**d.** Le recourant ne s'étant plus manifesté par la suite, la cause a été gardée à juger.

## EN DROIT

**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.

**2.**

**2.1** À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

**2.2** La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

**2.3** Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA).

**2.4** Dans la mesure où la décision du 20 août 2021 a été notifiée au plus tôt le lendemain, le recours, posté le 20 septembre 2021, a été interjeté à temps. Celui-ci satisfait également aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi l'art. 89B LPA), de sorte qu'il est recevable.

**3.** Le litige porte sur la question de savoir si un défaut de collaboration peut être reproché au recourant dans le cadre de la détermination d'une éventuelle atteinte psychique consécutive à l'accident du 23 mai 2017 et, dans l'affirmative, si la décision litigieuse pouvait fixer l'IPAI en l'état du dossier, soit sur la base de la seule atteinte somatique (neurologique).

**4.** Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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).

La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2009 du 24 février 2010 consid. 2; ATF 129 V 402 consid. 2.1 et les références).

**5.**

**5.1** Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2ème phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

**5.2** L'annexe 3 à l'ordonnance sur l'assurance-accident du 20 décembre 1982 (OLAA – RS 832.202) comporte un barème, reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a; RAMA 1988 p. 236), des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

La Division médicale de la SUVA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3).

**5.3** Des troubles psychiques consécutifs à un accident ouvrent droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité lorsqu'il est possible de poser de manière indiscutable un pronostic individuel à long terme qui exclut pratiquement pour toute la vie une guérison ou une amélioration (ATF 124 V 209 consid. 2b; ATF 124 V 29 consid. 3). Pour se prononcer sur le caractère durable de l'atteinte à l'intégrité et sur la nécessité de mettre en œuvre une instruction d'ordre psychiatrique, on se fondera sur la pratique applicable à la question de la causalité adéquate en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5).

Conformément à cette jurisprudence et à la doctrine psychiatrique majoritaire, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité doit être en principe nié en cas

d'accident insignifiant ou de peu de gravité, même si l'existence d'un lien de causalité adéquate est exceptionnellement admise. En cas d'accident de gravité moyenne également, le caractère durable de l'atteinte doit, en règle générale, être nié sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre dans chaque cas une instruction plus approfondie au sujet de la nature et du caractère durable de l'atteinte psychique. Il ne convient de s'écarter de ce principe que dans des cas exceptionnels, à savoir lorsque l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves, pour autant que les pièces du dossier fassent ressortir des indices évidents d'une atteinte particulièrement grave à l'intégrité psychique, qui ne paraît pas devoir se résorber. On doit voir de tels indices dans les circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident et qui servent de critères lors de l'examen de la causalité adéquate (ATF 115 V 133 consid. 6c; ATF 115 V 403 consid. 5c), pour autant qu'ils revêtent une importance et une intensité particulières et qu'en tant que facteurs stressants, ils ont, de manière évidente, favorisé l'installation de troubles durables pour toute la vie. Enfin, en cas d'accidents graves, le caractère durable de l'atteinte à la santé psychique doit toujours être examiné, au besoin par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, pour autant qu'il n'apparaisse pas déjà évident sur le vu des éléments ressortant du dossier (ATF 124 V 29 consid. 5c; ATF 124 V 209 consid. 4b).

**5.4** En présence d'une ou de plusieurs atteintes à l'intégrité physique et d'une atteinte à l'intégrité psychique, dont les conditions d'indemnisation sont réalisées, la réglementation posée à l'art. 36 al. 3 OLAA ne permet pas de considérer que les troubles psychiques sont déjà indemnisés par l'octroi d'une indemnité pour l'atteinte à l'intégrité physique. Certes, le but de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est de compenser par le versement d'un montant en espèces les souffrances physiques, ainsi que psychiques ressenties par l'assuré ensuite d'une atteinte à son intégrité. Elle s'apparente ainsi à l'indemnité pour tort moral selon le droit privé. Toutefois, lorsque les troubles psychiques constituent une atteinte particulièrement grave, justifiant une indemnisation selon les art. 24 al. 1 LAA et 36 al. 1 OLAA, on ne saurait admettre que celle-ci est pleinement réalisée par le seul versement d'une indemnité pour l'atteinte à l'intégrité physique qui est à l'origine des souffrances psychiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_917/2010 du 28 septembre 2011 consid. 5.4).

**6.**

**6.1** Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. À teneur de l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de

manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3).

**6.2** Selon les circonstances, l'assureur social qui se heurte à un refus de collaborer d'une partie peut, après lui avoir imparti un délai pour respecter ses obligations et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état du dossier. Le cas échéant, il peut rejeter la demande présentée par cette partie en considérant que les faits dont elle entendait tirer un droit ne sont pas démontrés. Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, selon les circonstances, rendre une décision d'irrecevabilité de la demande dont il est saisi. Il ne doit cependant faire usage de cette possibilité qu'avec la plus grande retenue, autrement dit lorsqu'un examen sur le fond n'est pas possible sur la base du dossier (art 43 al. 3 LPGA). Mais l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière que s'il ne lui est pas possible d'élucider les faits sans difficultés ni complications spéciales, malgré l'absence de collaboration de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1 et les références).

**6.3** Conformément au principe inquisitoire, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction. En tout état de cause, l'assuré n'est pas habilité à requérir une décision formelle afin de faire examiner l'opportunité d'une mesure d'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.5). S'il se soustrait à une telle mesure alors que celle-ci est objectivement et subjectivement exigible (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 214/01 du 25 octobre 2001, consid. 2b et ci-après : consid. 6.4), il prend – délibérément – le risque que sa demande soit rejetée par l'administration, motif pris que les conditions du droit à la prestation ne sont pas, en l'état du dossier, établies au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêt U 316/06 précité, consid. 3.1.1).

**6.4** La condition cumulative de l'exigibilité doit être comprise de manière objective et subjective, les principes développés pour l'art. 21 al. 4 LPGA étant applicables par analogie. On précisera que la question de l'exigibilité subjective doit également être examinée de manière objective. En d'autres termes, il ne s'agit pas de savoir si la personne assurée considère, sur la base de sa propre perception (subjective), que la mesure d'instruction à laquelle elle est invitée à se soumettre est raisonnablement exigible ou non, mais d'évaluer objectivement si les circonstances subjectives (telles que son âge, son état de santé ou ses

expériences antérieures en matière d'examens médicaux) permettent ou non la mesure requise (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 4ème éd. 2020, p. 778, n. 92 ad art. 43 LPGA et la référence à l'ATF 134 V 64 consid. 4.2.1). Les examens auxquels la personne assurée est tenue de se soumettre dans le cadre d'une expertise médicale doivent en règle générale être considérés comme exigibles (arrêt du Tribunal fédéral 9C_732/2012 du 26 novembre 2012 consid. 4.2), sauf s'ils présentent un risque trop important pour la santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_528/2009 du 3 novembre 2009 consid. 7.2 ; Jacques-Olivier PIGUET, in Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la LPGA, n. 11 ad art. 43).

**6.5** Lorsqu'il est saisi d'un recours de la personne assurée, interjeté contre la décision rejetant sa demande au motif que les conditions du droit à la prestation ne sont pas, en l'état du dossier, établies au degré de la vraisemblance prépondérante, le juge ne doit alors examiner que si la décision, rendue conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA sur la base de l'état de fait existant (incomplet), est correcte (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 906/05 du 23 janvier 2007, consid. 6, U 489/00 du 31 août 2001, consid. 2b et I 214/01 du 25 octobre 2001, consid. 3 et les références). Il ne se justifie pas – et cela n'a d'ailleurs aucun sens sous l'angle de l'économie de la procédure – d'examiner uniquement le caractère nécessaire ou non de la mesure requise. Soit les preuves recueillies jusqu'alors sont suffisantes pour trancher directement le litige, faisant apparaître comme inutile toute mesure complémentaire d'instruction. Soit le dossier n'est pas suffisamment instruit pour pouvoir statuer en connaissance de cause, justifiant par voie de conséquence le complément d'instruction requis par l'administration. Dans cette hypothèse, le juge ne peut que confirmer le rejet de la demande de prestations prononcé par l'administration, puisque le dossier ne permet pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence des conditions du droit à la prestation. Cela étant, si l'assuré se montre par la suite disposé à collaborer à l'instruction et à se soumettre aux mesures nécessaires à celle-ci, il lui est loisible de saisir à nouveau l'administration d'une demande de prestations. Celle-ci devra rendre une nouvelle décision, si les nouveaux éléments recueillis sont de nature à justifier une appréciation différente de la situation (arrêt du Tribunal fédéral U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1 *in fine*).

**7.**

**7.1** En l'espèce, il ressort de l'appréciation du 4 mars 2020 du Dr D_____ que le recourant a été victime d'un accident grave ouvrant la voie, en principe, à l'octroi d'une IPAI – pour autant que cette prestation soit justifiée notamment par le caractère durable d'une atteinte à la santé psychique (ci-dessus : consid. 5.3) – mais qu'en l'état de l'instruction, les évaluations versées au dossier, recueillies auprès de la CRR, étaient (et sont) trop lacunaires et superficielles pour pouvoir se prononcer sur une telle indemnité. Ce point n'est pas contesté. Pour le surplus, il est constant qu'à époque de l'entretien du 19 janvier 2018, le recourant n'était pas suivi par un psychiatre ou un psychologue et que pour compléter les

renseignements médicaux dans le sens indiqué par le Dr D_____, l'intimée a d'abord tenté d'organiser un séjour à la CRR en octobre 2020 mais que cette mesure d'instruction n'a pas pu être mise en œuvre en raison du refus du recourant de porter un masque de protection à l'intérieur de cet établissement. Il ressort en outre du dossier que les échanges entre le recourant (ou son conseil) et l'intimée, qui ont eu lieu entre le 2 décembre 2020 et le 4 août 2021, portaient sur une mesure d'instruction alternative, à savoir une évaluation de l'état psychique du recourant en dehors d'une admission à la CRR, et que malgré les demandes répétées de l'intimée pendant le laps de temps évoqué, d'une durée de huit mois, le recourant n'a pas indiqué, ne serait-ce que par la voix de son conseil, s'il était au bénéfice d'un suivi psychiatrique et, dans l'affirmative, s'il pouvait remettre une appréciation délivrée par cet éventuel psychiatre. Il résulte enfin des échanges ayant eu lieu entre le 2 décembre 2020 et le 4 août 2021, en particulier des courriers/courriels des 5 janvier et 7 mai 2021, que ceux-ci comportent des mises en demeure satisfaisant aux réquisits de l'art. 43 al. 3, 2ème phrase LPGA. Il s'ensuit que l'intimée était en principe fondée à se prononcer en l'état lacunaire du dossier, soit de réévaluer le taux de l'IPAI à hauteur de 85% uniquement sur la base de l'appréciation neurologique modifiée du Dr C_____, indépendamment d'une éventuelle atteinte à l'intégrité psychique.

**7.2** Une telle conséquence procédurale n'entre toutefois en considération que si le comportement de la personne assurée peut être qualifié d'inexcusable au sens de l'art. 43 al. 3 LPGA, ce qui est le cas lorsqu'aucun motif légitime n'est perceptible ou lorsque le comportement de la personne assurée apparaît comme totalement incompréhensible (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 166/06 du 30 janvier 2007 consid. 5 ; Jacques-Olivier PIGUET, op. cit. n. 51 ad art. 43 LPGA).

**7.3** En l'occurrence, le recourant fournit pour seules explications, et uniquement au stade du recours, qu'un séjour à la CRR – dont il reconnaît la nécessité pour l'évaluation de son atteinte à l'intégrité psychique – n'était pas exigible dès lors que ce séjour était subordonné à l'obligation de porter un masque de protection qui était, selon lui, la « cause d'importants problèmes de santé […], allant des troubles respiratoires jusqu'à la perte de connaissance », et que ces troubles ne faisaient qu'accentuer les épreuves psychiques qu'il endurait. Il ajoute encore qu'il était « trop dur » de revenir sur les faits qui l'avaient rendu tétraplégique.

En argumentant de la sorte, le recourant ne prend pas en compte le fait qu'après avoir appris l'annulation du séjour à la CRR, l'intimée a précisément adapté les moyens d'obtenir les renseignements médicaux requis en s'abstenant de planifier un nouveau séjour dans cette clinique ou tout autre établissement. Dans ces circonstances, on ne voit pas en quoi les deux raisons avancées par le recourant, à savoir le côté « trop dur » et/ou l'impossibilité de porter un masque de protection pour raisons de santé – dont aucune n'est étayée par un certificat médical –, l'auraient empêché, huit mois durant, de simplement répondre aux nombreux courriels lui demandant s'il était au bénéfice d'un suivi psychiatrique et s'il

pouvait, dans l'affirmative, remettre une appréciation délivrée par son psychiatre. On relève à cet égard que le recourant se servait pourtant de sa messagerie, notamment pour signaler à l'intimée, le 29 juillet 2021, le changement de son compte bancaire. Un tel refus de renseigner et de collaborer est par conséquent inexcusable. Étant donné, pour le surplus, que l'intimée a correctement appliqué la procédure de mise en demeure (ci-dessus : consid. 7.1), l'intimée était fondée à se prononcer en l'état du dossier, conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA.

**8.** Compte tenu de ce qui précède, le recours est rejeté.

**9.** Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 LPGA et 89H al. 1 LPA).

*****

**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 |
|---|---|
| Isabelle CASTILLO | Catherine TAPPONNIER |

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