RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/887/2021 **ATAS/418/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 mai 2022

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié chez Monsieur B_____, à CHÊNE-BOUGERIES, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Gaétan DROZ	recourant

contre

AXA ASSURANCES SA, sise General-Guisan-Strasse 42, WINTERTHUR, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michel BERGMANN	intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA, Juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1983, était partie à un contrat de travail de durée déterminée du 7 août 2018 au 28 février 2019 avec la société C_____ SA (ci-après : l'employeur), en vertu duquel il occupait la fonction de chef de rang au restaurant D_____, établissement exploité par ladite société. Il était assuré, à ce titre, auprès d'Axa assurances SA (ci-après : l'assureur ou l'intimée) pour les accidents professionnels et non professionnels.

b. Le 1er septembre 2018, alors qu'il se rendait à son lieu de travail au guidon d'un scooter, l'assuré a mal négocié un virage ; s'étant déporté trop à l'extérieur, de celui-ci, il a percuté un camion circulant sur sa voie en sens opposé. Selon un questionnaire complété le 19 septembre 2018, l'assuré avait chuté suite au choc, son casque s'était fendu et le scooter avait été détruit. Présentant notamment une fracture du crâne, du tibia gauche, de l'humérus droit, de l'omoplate, des côtes et de la clavicule ainsi qu'une hémorragie cérébrale, il avait été acheminé aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) le jour même pour y subir plusieurs opérations.

c. Dans une note du 5 mars 2019, le docteur E_____, chef de clinique auprès du service de chirurgie orthopédique et traumatologie des HUG, a indiqué que l'évolution post-opératoire était favorable. L'assuré marchait avec une canne pour ses déplacements externes et son épaule faisait des progrès. Tout en indiquant que la délivrance des arrêts de travail était gérée par le professeur F_____, spécialiste FMH en médecine interne et en cardiologie, le Dr E_____ a précisé que l'assuré n'était pas encore apte à reprendre son travail dans la restauration, que l'arrêt de travail serait prolongé jusqu'à fin avril 2019 et qu'ensuite, une reprise du travail à 100% était en principe prévue.

d. Par courrier intitulé « droit d'être entendu » du 21 mars 2019, confirmé par décision du 23 mai 2019, l'assureur a informé l'assuré que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle (ci-après : IPAI), fixée provisoirement à 10%, ainsi que les indemnités journalières allouées seraient réduites de 30% dans la mesure où il avait provoqué l'accident du 1er septembre 2018 par sa faute.

e. Dans un rapport du 12 juin 2019, le Dr E_____ a indiqué qu'il avait opéré l'assuré en septembre 2018 pour une fracture multi-fragmentaire de son humérus droit ainsi qu'une fracture multi-fragmentaire du plateau tibial gauche avec une très bonne évolution. Le dernier contrôle de ces deux fractures était prévu le 4 avril 2019 mais l'assuré ne s'était pas présenté à la consultation « sans [l'avoir] averti au préalable ». Le 23 mai 2019, l'assuré avait eu un nouveau traumatisme en chutant à vélo avec, comme conséquence, une nouvelle fracture de sa clavicule droite pour laquelle il avait bénéficié d'une ostéosynthèse par plaques le 29 mai 2019, pratiquée par le docteur G_____, également médecin auprès du service de

chirurgie et traumatologie des HUG. Suite à ce deuxième accident, l'assuré se retrouvait donc à nouveau en arrêt de travail.

Interrogé sur les troubles et/ou handicaps dont l'assuré se plaignait à la suite de l'accident du 1er septembre 2018, le Dr E_____ a indiqué que lors de sa dernière consultation, remontant au 21 février 2019, il n'y avait pas de troubles liés à un handicap. En revanche, en raison de l'accident du 23 mai 2019, l'assuré présentait une incapacité de travail complète depuis le jour de cet événement, jusqu'au 14 juillet 2019. L'arrêt de travail correspondant serait, cas échéant, prolongé par le Dr G_____ selon l'évolution. Interrogé sur la capacité de travail de l'assuré dans une autre activité lucrative pouvant raisonnablement être exigée de lui, le Dr G_____ a répondu qu'a priori, il n'y aurait pas besoin de modifier l'activité professionnelle. Aussi s'attendait-il à une reprise de celle-ci d'ici six semaines à trois mois, sans limitations fonctionnelles.

B. **a.** Dans une note du 17 juin 2019, l'assureur a consigné un entretien téléphonique du même jour avec l'assuré, aux termes duquel il s'était cassé la clavicule environ quinze jours plus tôt en faisant du vélo ; en raison du précédent accident du 1er septembre 2019, son genou gauche s'était bloqué, entraînant ainsi une chute et la fracture de la clavicule évoquée.

b. Le 14 août 2019, l'assuré a informé l'assureur qu'il avait déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) le jour même.

c. Par entretien téléphonique du 29 août 2019, Monsieur H_____, psychologue, a informé l'assureur que la doctoresse I_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'avait mandaté pour le suivi de l'assuré. La première consultation remontait au 28 août 2019. Sur quoi, l'assureur lui a répondu qu'il incombait à l'assureur-maladie de l'assuré de prendre en charge – à tout le moins provisoirement – les frais des consultations en question, leur prise en charge par l'assureur-accidents dépendant notamment de l'existence d'un lien de causalité adéquate entre d'éventuels troubles psychiques et, d'une part le premier ou le deuxième accident d'autre part.

d. Dans un rapport du 30 septembre 2019, le professeur F_____, spécialiste FMH en médecine interne et en cardiologie, a indiqué au sujet de l'accident du 1er septembre 2018 qu'actuellement, c'étaient essentiellement des séquelles neuropsychologiques qui étaient au premier plan (syndrome post-traumatique). En effet, l'assuré présentait des troubles anxieux marqués, avec des réveils nocturnes brusques avec crises d'angoisse et des flash-backs de cet événement. Les limitations fonctionnelles, qui consistaient en une discrète boiterie suite à la fracture comminutive des fémur et tibia gauches, n'étaient pas en soi la cause d'une incapacité de travail « dans le cadre d'une autre activité lucrative » ; toutefois, c'étaient les troubles neuropsychologiques précités qui posaient problèmes. Une fois ceux-ci maîtrisés, le Prof. F_____ escomptait une

augmentation (future) de la capacité de travail. Il n'y avait plus de traitement en cours, en dehors d'une prise en charge psychologique.

e. Dans un rapport du 12 octobre 2019, la Dresse I_____ et M. H_____ ont indiqué que chaque fois que l'assuré était confronté à l'évocation de son accident du 1er septembre 2018, ils avaient constaté une énorme charge émotionnelle de détresse compatible avec un syndrome d'état de stress post-traumatique.

f. Dans une note du 30 octobre 2019, relative à une consultation donnée le même jour pour les suites de l'accident du 23 mai 2019, le Dr G_____ a indiqué que l'assuré allait bien. La cicatrice de la clavicule était sans particularité. La consolidation était en cours et le matériel en place. Il n'y avait ni douleurs ni antalgie, de sorte qu'il était possible de mettre fin au suivi de la clavicule. L'assuré avait fait part de son souhait de revoir le Dr E_____ pour les suites de l'accident du 1er septembre 2018, en vue d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse au tibia et à l'épaule.

g. Par pli du 7 novembre 2019, l'assureur a informé le Centre d'expertises médicales (ci-après : CEMED) qu'il envisageait de lui confier une expertise multidisciplinaire (orthopédique et neuro-psychologique), charge au CEMED de convoquer directement l'assuré afin de fixer un rendez-vous.

h. Par courriel du 12 novembre 2019 à l'assureur, le CEMED a accusé réception du courrier de l'assureur et ajouté qu'il préconisait d'ajouter des volets neurologique et psychiatrique à l'expertise demandée.

i. Le 20 novembre 2019, l'assureur a adressé une suite de convocations à l'assuré en vue de son examen le 16 décembre 2019 à 16h15 par le docteur J_____, neurologue FMH, le 20 décembre 2019 à 11h00 par le docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le 10 janvier 2020 à 08h30 par le docteur L_____, psychiatre et psychothérapeute FMH et, enfin, le 13 janvier 2020 à 13h30 par Monsieur M_____, spécialiste FSP en psychothérapie et neuropsychologie.

j. Le 25 novembre 2019, l'assuré a contacté l'assureur par téléphone pour lui annoncer qu'il avait mis fin à la thérapie que la Dresse I_____ avait déléguée à M. H_____. En effet, ce traitement n'était pris en charge ni par l'assureur ni par sa caisse maladie qui lui reprochait de ne pas être à jour dans le paiement de ses primes.

k. L'assuré ne s'étant pas présenté aux examens médicaux des 16 et 20 décembre 2019 des Drs J_____, respectivement K_____, le CEMED lui a envoyé, par courrier du 20 décembre 2019, une nouvelle convocation en vue de son examen le 10 janvier 2020 à 08h15 par le Dr L_____, le 13 janvier 2020 à 13h30 par M. M_____, le 5 février 2020 à 16h30 par le Dr J_____ et le 20 février 2020 à 11h00 par le Dr K_____.

l. Dans une note du 26 décembre 2019, le Dr E_____ a indiqué que l'assuré ne s'était pas présenté à sa consultation du 7 novembre 2019.

m. Par courriel du 6 janvier 2020, l'assureur a transmis à l'assuré, en pièce jointe, une copie du courrier du CEMED du 20 décembre 2019 précité. Tout en lui rappelant qu'il devait se soumettre aux mesures d'investigation ordonnées et se conformer à son obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur a fait savoir à l'assuré que s'il ne se rendait pas aux examens médicaux prévus les 10 et 13 janvier, 5 et 20 février 2020 auprès du CEMED, les frais inhérents aux rendez-vous manqués lui seraient facturés et qu'il serait statué en l'état du dossier.

n. Le 9 janvier 2020, l'assuré a répondu en ces termes au courriel de l'assureur du 6 janvier 2020 : « Très bien merci ».

o. Par courriel du 10 janvier 2020, l'assuré a fait savoir à l'assureur qu'il aurait préféré que ce dernier lui finance les séances chez M. H_____ – qu'il avait choisi et avec qui il avait un bon contact – pour pouvoir avancer et se faire aider par ce psychologue, plutôt que de se voir imposer des « spécialistes » à qui il ne confierait rien de ses peurs ou de ses angoisses.

p. Dans un deuxième courriel envoyé quelques minutes après, l'assuré a encore écrit : « j'ai besoin d'aller de l'avant au lieu de ça je stagne et me renferme ».

q. Par courrier du 7 février 2020 à l'assuré, le CEMED a indiqué que « selon votre accord du 05.02.2020 » et pour des raisons d'organisation interne, le rendez-vous avec le Dr K_____ serait déplacé au jeudi 5 mars 2020 à 09h00.

C. **a.** Par courriel du 21 février 2020, l'assuré a fait savoir à l'assureur que sa situation devenait extrêmement difficile ; il avait vraiment besoin de consulter « un psy » et de trouver une solution rapidement. Depuis son accident, il souffrait de troubles du comportement qu'il devenait très compliqué de gérer seul. Il avait besoin d'aide.

b. Par courriel et courrier du 24 février 2020, l'assureur lui a répondu qu'il n'était pas en mesure de se déterminer sur la prise en charge d'un traitement psychothérapeutique dans les suites de l'accident du 1er septembre 2018. Par conséquent, l'assuré était invité à adresser – provisoirement et jusqu'à détermination définitive – ses factures de traitement psychothérapeutique, en relation avec ledit événement, à sa caisse maladie.

c. Par courriel du 3 mars 2020, le CEMED a rappelé à l'assuré qu'il avait rendez-vous avec le Dr K_____ le 5 mars 2020 à 9h00.

d. Par retour de courriel du 5 mars 2020, envoyé à 02h06 du matin, l'assuré a indiqué que dans la mesure où il dormait particulièrement mal en ce moment, il y avait peu de chance qu'il soit présent « demain matin ». En revanche, s'il était possible que le CEMED fixe un rendez-vous à sa convenance en milieu de journée, il se rendrait disponible « afin d'en terminer ».

e. Par courriel du 5 mars 2020, l'assuré a informé l'assureur qu'il avait manqué son rendez-vous du même jour avec l'expert K_____. Cela faisait dix jours qu'il faisait des cauchemars chaque nuit et qu'il était « en décalage ». Il fallait trouver une solution qui ne le pénalise pas plus qu'il ne l'était déjà. Il regrettait cette situation et demandait à l'assureur comment celui-ci envisageait la suite.

f. Dans une note du 5 mars 2020, relatant un entretien téléphonique avec le CEMED, l'assureur a appris que l'assuré s'était déjà soumis aux trois premiers volets de l'expertise et qu'il restait donc uniquement à les compléter par le volet orthopédique – du ressort du Dr K_____.

g. Par courriel du 23 mars 2020, l'assuré s'est adressé à l'assureur pour s'assurer que celui-ci ferait bien le nécessaire pour que ses indemnités journalières soient payées « ce vendredi avant le confinement total ».

h. Le 26 mars 2020, l'assureur lui a répondu que même s'il ne s'était pas présenté – et de manière inexcusable – au CEMED le 5 mars 2020 et qu'il s'exposait ainsi au risque qu'il soit statué en l'état du dossier ou qu'il ne soit pas entré en matière, il n'en demeurait pas moins qu'une discussion avec le Dr K_____ était en cours pour convenir d'une nouvelle date d'examen, de sorte que les indemnités journalières du mois de mars avaient bien été versées le 23 ct.

i. Par courriel du 2 avril 2020, le CEMED a informé l'assureur que l'examen orthopédique du Dr K_____ aurait lieu à la date nouvellement fixée du jeudi 28 mai à 11h00.

j. Par courrier du 12 mai 2020, adressé sous pli simple et recommandé, ainsi qu'en pièce jointe à un courriel du même jour, l'assureur a informé l'assuré que malgré son rendez-vous manqué du 5 mars 2020 avec le Dr K_____, il lui transmettait une ultime convocation pour se rendre le 28 mai 2020 à 11h00 auprès de cet expert. Tout en invitant l'assuré à confirmer sa présence à cet examen d'ici le 15 mai 2020, l'assureur a précisé qu'à défaut, il n'aurait pas d'autre choix que de statuer en l'état du dossier.

k. Dans une note du 27 mai 2020, transcrivant un entretien téléphonique du même jour avec l'assuré, l'assureur a mentionné que l'assuré n'avait pas oublié son rendez-vous du lendemain au CEMED, allant jusqu'à confirmer qu'il se rendrait bien à cette expertise.

l. Par courriel du 28 mai 2020, envoyé à 05h59, l'assuré a informé l'assureur que son père, Monsieur Gérard LORI, avait été admis aux HUG suite à un problème de cœur et que dans ces conditions, il ne saurait être présent au rendez-vous « du CEMED demain ».

m. Lors d'un appel téléphonique du 28 mai 2020 effectué par l'assureur, le secrétariat des HUG a indiqué, sur question, que le père de l'assuré avait été admis le 25 mai 2020 dans leur établissement. Pour les visites, une demande

devait être adressée à l'infirmière des soins. C'était elle qui, cas échéant, délivrait l'autorisation de visite. Ce régime était valable pour l'ensemble des HUG.

n. Par courriel du 28 mai 2020, envoyé à 09h01, l'assureur a fait savoir à l'assuré que même s'il se disait peiné par la situation de son père, celle-ci ne le dispensait pas d'honorer son devoir de collaboration. En effet, son père avait été hospitalisé le 25 mai 2020 et lors de l'entretien téléphonique du 27 mai 2020, l'assuré avait confirmé spontanément sa présence à l'expertise du 28 mai 2020, sans faire mention de l'hospitalisation de son père. En conséquence, l'assureur s'est dit au regret d'informer l'assuré qu'il ne s'agissait pas d'une excuse valable, ce d'autant qu'il s'agissait de la 4ème fois qu'il ne donnait pas suite à une convocation du CEMED. Partant, l'assureur a prié instamment l'assuré de se rendre au rendez-vous fixé, précisant qu'à défaut, il statuerait en l'état du dossier.

o. Quelques minutes plus tard, l'assureur a encore tenté de joindre l'assuré sur son téléphone portable et lui a laissé un message vocal l'informant de l'envoi du courriel du même jour et en répétant en substance la teneur de celui-ci.

p. Par retour de courriel du 28 mai 2020, l'assuré a précisé à l'attention de l'assureur que son père avait été hospitalisé en urgence à cause d'un problème cardiaque. Il avait dû l'accompagner et rester avec lui pour qu'il ne soit pas seul. La santé de son père était prioritaire et il n'avait pas dormi de la nuit. Enfin, l'assuré s'est dit prêt à convenir d'un nouveau rendez-vous dans la mesure du possible.

q. Quelques minutes plus tard, l'assuré a appelé l'assureur pour répéter de vive voix, en substance, les lignes de son courriel du même jour. L'assureur ayant objecté que le papa de l'assuré se trouvait entouré de médecins et d'infirmiers, qu'il n'était donc pas seul et que l'assuré aurait pu lui parler de cette situation immédiatement, soit le 25 mai 2020 ou lors de l'entretien téléphonique du 27 mai 2020, l'assuré a répliqué que son père allait bien le 27 mai et qu'il lui avait demandé de venir le voir car il se sentait seul et n'allait pas bien. Il s'était donc rendu en urgence auprès de son père aux HUG et y était resté toute la nuit, de sorte qu'il était trop fatigué pour se rendre à l'expertise à 11h00. Il dormait à ce moment précis. Enfin, l'assureur a invité l'assuré à confirmer par écrit tout ce qu'il venait d'expliquer et à relater en détail l'horaire d'accompagnement de son père durant la nuit du 27 au 28 mai 2020. Sur quoi, l'assuré a confirmé qu'il ferait le nécessaire et s'en occuperait « ce week-end » (NDR : soit le week-end du 30 au 31 mai 2020).

r. Par courriel du 2 juin 2020, l'assureur a invité le CEMED à clore le mandat d'expertise et à lui transmettre les rapports relatifs aux trois volets d'expertise accomplis.

s. Par courriel du 5 juin 2020, l'assuré a indiqué à l'assureur avoir oublié d'envoyer un courrier concernant le rendez-vous manqué. En ce moment, il n'allait pas très bien et les problèmes de santé de son père n'arrangeaient rien.

Il avait beau expliquer depuis plusieurs mois qu'il avait besoin d'un soutien psychologique et qu'en raison du litige l'opposant à sa caisse maladie, celle-ci refusait de prendre charge les frais d'un tel suivi.

t. Le 26 août 2020, le CEMED a rendu son expertise pluridisciplinaire des 10 et 13 janvier et 5 février 2020. Les experts ont posé les diagnostics suivants :

- status après accident de la voie publique le 1er septembre 2018 ayant entraîné, sur le plan neurologique/neurochirurgical, des fractures crâniennes multiples et un important hématome épidural fronto-pariétal bilatéral, traité par craniotomie évacuatrice fronto-pariétale le 1er septembre 2018 ;
- troubles de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) ;
- troubles neuropsychologiques minimaux au sens de la classification de l'association suisse des neuropsychologues, sans incidence sur la capacité de travail.

Selon M. M_____, l'examen neuropsychologique ne mettait en évidence que des difficultés ou des troubles légers affectant l'attention, probablement sur la base d'un dysfonctionnement exécutif léger. Ce qui dominait toutefois le tableau, c'étaient des comportements particuliers, sous la forme d'une opposition à l'examen et d'un irrespect de l'autre et des règles communes. Ces troubles du comportement étaient sans relation claire avec le traumatisme crânien dû à l'accident du 1er septembre 2018. En ce qui concernait les difficultés attentionnelles mises en évidence lors de l'examen, elles étaient peu significatives et pouvaient être comprises dans le cadre des troubles psychiques retenus par l'expert psychiatre. Elles correspondaient à des troubles neuropsychologiques minimaux sans incidence sur la capacité de travail.

Selon le Dr L_____, il existait des symptômes discrets d'état de stress post-traumatique : cauchemars (dont il était difficile de conclure qu'ils étaient liés à l'accident), détresse psychologique lorsque l'assuré était confronté à des images à la télévision de personnes en salle de réanimation avec évitement de cette situation (il changeait de chaîne), angoisses lorsqu'il était dans une voiture et que son conducteur conduisait trop vite ou trop près d'une autre voiture. En revanche, l'expert n'avait pas observé de signes anxieux lorsque l'assuré avait relaté les deux accidents. Il existait aussi une amnésie circonstancielle de l'événement. Si une symptomatologie de stress post-traumatique était présente, elle n'apparaissait pas suffisamment importante pour retenir un PTSD (NDR : Post-Trauma Stress Disorder ou état de stress post-traumatique ; ci-après : ESPT), de sorte qu'il n'y avait pas lieu de retenir ce diagnostic. Pour le surplus, il existait un trait de personnalité antisociale sous la forme d'une incapacité de se conformer aux normes sociales, remontant en tout cas au début de l'âge adulte. Enfin, la discrète symptomatologie dépressive et anxieuse rentrait vraisemblablement dans le cadre d'un diagnostic de trouble de l'adaptation réaction mixte anxieuse et dépressive

(F43.22) dont il était difficile de dater précisément le début mais qui paraissait exacerbé depuis que l'assuré s'était séparé de son amie un mois plus tôt.

Selon le Dr J_____, l'examen neurologique devait être considéré comme sans aucune anomalie significative.

En réponse aux questions posées par l'assureur, les experts ont estimé que le traumatisme cranio-cérébral (ci-après : TCC) du 1er septembre 2018 et son traitement étaient en relation de causalité certaine avec l'événement accidentel mais qu'au vu d'une évolution remarquablement favorable, il n'y avait plus aucune plainte sur le plan neurochirurgical et neurologique. Quant à la symptomatologie soupçonnée temporairement de correspondre à un ESPT, elle paraissait vraisemblablement liée à l'accident du 1er septembre 2018. En revanche, le lien de causalité naturelle du trouble de l'adaptation (F43.22) avec l'accident était seulement possible (la rupture sentimentale jouait également un rôle dans cette symptomatologie). Il en allait de même des troubles neuropsychologiques.

Sur le plan neurologique, l'événement accidentel du 1er septembre 2018 avait entraîné une incapacité de travail temporaire pour une période de six mois maximum. Actuellement, sous réserve d'un bilan orthopédique, la capacité de travail était complète dans l'activité habituelle ainsi que dans toute activité potentiellement exigible. L'accident du 23 mai 2019 n'avait pas entraîné de conséquence neurologique. L'état final avait été atteint au plus tard un an après l'événement accidentel, mais en principe, six mois après ce dernier compte tenu de l'absence de plaintes à caractère neurologique proprement dit. Cette appréciation ne tenait toutefois pas compte des éléments orthopédiques. Enfin l'assuré ne formulait actuellement aucune plainte et l'examen neurologique s'était révélé rigoureusement normal, de sorte que la reconnaissance d'une atteinte à l'intégrité n'entrait pas en ligne de compte.

D'un point de vue psychique et neuropsychologique, des facteurs étrangers à l'accident (état antérieur et/ou maladie intercurrente) avaient joué un rôle. Sur le plan psychique, le trouble de l'adaptation – dont le lien de causalité avec l'accident était seulement possible – était en partie expliqué par la rupture sentimentale récente. Il n'y avait apparemment aucun état pathologique antérieur à l'accident, hormis le trait de personnalité antisocial qui ne paraissait avoir été aggravé par aucun des deux accidents. Partant, la question de savoir s'il y avait une aggravation d'un trouble psychique due à l'accident était sans objet. Quant aux facteurs étrangers à l'accident, ils ne justifiaient pas à eux seuls une incapacité de travail. Sur le plan neuropsychologique, les comportements de l'assuré lors de l'examen étaient à mettre en relation avec les traits de personnalité dysfonctionnels décrits par l'expert psychiatre, même si un trouble de la personnalité n'avait pas été retenu par celui-ci. À la question de savoir si l'état final avait été atteint, l'expert psychiatre a indiqué que la symptomatologie soupçonnée temporairement de correspondre à un état de stress post-traumatique,

sans justifier une incapacité de travail quelconque, pouvait bénéficier d'une psychothérapie, par exemple une approche cognitive et comportementale, pour la soulager en cas de besoin. Pour le reste, aucun traitement n'était actuellement dispensé et ne s'avérait nécessaire.

Enfin, les experts ont nié l'existence d'une atteinte à l'intégrité tant d'un point de vue neurologique que psychique et neuropsychologique.

u. Le 18 août 2020, le Prof. F_____ a écrit à l'assureur pour l'informer qu'il était, depuis le 13 novembre 2018, le médecin traitant de l'assuré et qu'en cette qualité, il s'étonnait qu'aucune solution « assécurologique » n'ait été trouvée à ce jour. Il était particulièrement frustrant qu'aucune décision n'ait été prise au sujet du seul traitement dont son patient avait actuellement besoin, à savoir un soutien psychologique simple pour l'aider à surmonter un syndrome post-traumatique caractérisé par des flash-backs nocturnes, que personne – hormis le Prof. F_____ lui-même – ne traitait actuellement.

D. **a.** Par décision du 13 novembre 2020, l'assureur a constaté que l'assuré ne s'était pas présenté à l'expertise orthopédique du 28 mai 2020, qu'il s'agissait de la troisième fois qu'il ne déférait pas à une convocation bien qu'il eût été préalablement rendu attentif aux conséquences d'un tel comportement. En conséquence, il convenait de « clore, en l'état, [les] deux cas d'assurance et ne plus entrer en matière », de sorte que le droit à des prestations d'assurance était refusé à compter du 1er novembre 2020.

b. Par pli du même jour, l'assureur a transmis au Prof. F_____ une copie du rapport d'expertise du CEMED.

c. Le 16 novembre 2020, l'assuré a contesté la décision du 13 novembre 2020 en indiquant que le fait d'avoir raté plusieurs rendez-vous d'expertise s'expliquait par son état de santé qui ne lui permettait pas de s'y rendre. En plus des lourds problèmes physiques consécutifs à son accident, il souffrait de maux de tête constants et d'une forte dépression post-traumatique.

d. Par pli du 17 novembre 2020, le Prof. F_____ a indiqué à l'assureur que même s'il était conscient de la problématique que représentait l'absence de l'assuré aux différentes expertises orthopédiques prévues, il pouvait attester de la souffrance psychologique de son patient et de la persistance, à distance de l'accident, d'insomnies, de cauchemars et de phénomènes de flash-backs qui interféraient avec son fonctionnement social et jouaient un rôle dans ses difficultés de se plier aux exigences d'expertises requises dans son cas.

e. Le 10 décembre 2020, l'assuré a envoyé un nouveau courrier d'opposition, identique à celui du 16 novembre 2020.

f. Par décision du 3 février 2021, l'assureur a rejeté l'opposition, considérant que c'était de manière inexcusable que l'assuré ne s'était pas rendu à l'expertise orthopédique du Dr K_____, de sorte qu'il devait être statué en l'état du dossier

en ce qui concernait les troubles orthopédiques, soit sur la base des rapports des Drs E_____ et G_____, lesquels ne faisaient état d'aucune incapacité de travail au-delà de la mi-juillet 2019. C'était donc à juste titre que l'assureur avait mis un terme à ses prestations, la date du 1er novembre « 2019 » (recte : 2020) retenue à cet effet étant déjà « fort généreuse ».

E. **a.** Le 8 mars 2021, l'assuré, représenté par un avocat, 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, principalement, à son annulation, à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser un montant de CHF 10'645.74 à titre d'indemnités journalières de CHF 84.49 par jour entre le 1er novembre 2020 et le 7 mars 2021 ainsi que des indemnités journalières et toutes autres prestations d'assurance à hauteur d'au minimum CHF 84.49 par jour à compter du 8 mars 2021, sous suite de dépens. Il a également conclu, à titre préalable, à ce qu'il lui soit accordé un délai pour compléter son écriture.

À l'appui de ces conclusions, le recourant a indiqué qu'il développerait de manière circonstanciée sa motivation dans le complément au recours mais qu'en l'état, il relevait d'ores et déjà que les motifs de la décision initiale et ceux de la décision sur opposition ne se confondaient pas, justifiant ainsi l'annulation de cette dernière. Il a également indiqué qu'il s'engageait, en tout état de cause, à se présenter à toute nouvelle convocation à une expertise.

b. Le 18 juin 2021, le recourant a complété sa première écriture en soutenant que l'absence d'identité des motifs des décisions des 13 novembre 2020 et 3 février 2021 violait son droit d'être entendu et justifiait, partant, l'annulation de la décision. Cette conclusion s'imposait aussi dans l'hypothèse d'une réparation du droit d'être entendu devant la chambre de céans étant donné que les conditions pour pouvoir statuer en l'état du dossier n'étaient pas réalisées au vu du caractère excusable des rendez-vous manqués des 5 mars et 28 mai 2020. Le rapport d'expertise du CEMED était, en toute hypothèse, dépourvu de valeur probante. Enfin, le recourant a conclu préalablement à son audition, à celle de plusieurs de ses médecins, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire comportant les quatre volets initialement prévus au CEMED.

c. Par réponse du 15 octobre 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours et faisant valoir en substance qu'une expertise judiciaire ne pouvait pas être ordonnée lorsque l'assuré avait refusé, sans motifs valables, de se soumettre à une expertise ordonnée par l'assureur et que la chambre de céans devait simplement examiner si la décision litigieuse, refusant tout droit à des prestations à compter du 1er novembre 2020, était correcte sur la base des éléments dont l'intimée disposait à cette date, ce qui était le cas en l'occurrence.

d. Par réplique du 10 décembre 2021, le recourant a persisté dans ses conclusions et souligné que les éléments contradictoires de l'expertise ne permettaient pas à celle-ci de se voir reconnaître valeur probante.

e. Par duplique du 5 janvier 2022, l'intimée a soutenu que le fait que les experts n'aient pas insisté davantage pour obtenir des précisions sur les points relatifs à l'anamnèse ne signifiait pas qu'ils n'avaient pas procédé à un examen approfondi ou qu'ils n'avaient pas mené l'expertise de manière diligente.

f. Le 5 janvier 2022, une copie de cette écriture a été transmise, pour information, au recourant.

g. Sur quoi, 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). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 LPGA et 17 al. 3 LPA).

2.4 Après réception de la décision sur opposition le 4 février 2021, le délai de recours a commencé à courir le lendemain et est arrivé à échéance le 8 mars 2021, le dernier jour du délai tombant un samedi (6 mars 2021). Posté le 8 mars 2021, le recours a été interjeté en temps utile. Respectant également les exigences de forme prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi l'art. 89B LPA), le recours est recevable.

3. Le litige porte sur le droit de l'assuré aux prestations d'assurance au-delà du 31 octobre 2020.

4.

4.1 Au préalable, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, motif pris que la motivation de la décision du 13 novembre 2020 n'est pas la même que celle de la décision sur opposition du 3 février 2021, la première décision appliquant la seconde hypothèse prévue par l'art. 43 al. 3 LPGA, à savoir « clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière », alors que la décision attaquée du 3 février 2021 applique la première hypothèse prévue par cette même disposition légale en se prononçant « en l'état du dossier ». Le recourant ajoute que cela revient, en l'occurrence, à examiner son droit à des prestations d'assurance sur la base des trois volets de l'expertise pluridisciplinaire mais à statuer en l'état du dossier en ce qui concerne les troubles orthopédiques. Dans la mesure il n'était pas question, avant le 3 février 2021, de rendre une décision sur le droit aux prestations d'assurance sur la base de l'expertise pluridisciplinaire du CEMED, le recourant soutient avoir été ainsi privé de la possibilité de solliciter de plus amples mesures d'instruction, notamment une contre-expertise.

4.2 Ce grief, de nature formelle, doit être examiné en premier lieu (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; ATF 124 V 90 consid. 2 notamment).

Selon l'art. 42 al. 1, 1ère phrase, LPGA, les parties ont le droit d'être entendues.

Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé.

Garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa ; arrêt du Tribunal fédéral C 128/04 du 20 septembre 2005 consid. 1.2), le droit de produire ou de faire administrer des preuves, sous réserve qu'elles soient pertinentes (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa), ainsi que le devoir pour l'autorité de motiver sa décision, afin que le destinataire puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre aux exigences de motivation, il suffit que l'autorité mentionne au moins brièvement les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision; elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties (cf. ATF 129 I 232 consid. 3.2 ; ATF 126 I 97 consid. 2b ; ATF 129 I 232 consid. 3.2 ; ATF 126 I 97 consid. 2b).

Bien que la notification irrégulière d'une décision ne doive entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (art. 49 al. 3 LPGA), on ne saurait déduire de ce principe que le défaut de notification aurait pour conséquence la nullité de la décision en cause. Le défaut de notification n'est susceptible d'entraîner des conséquences que dans la mesure où il a causé une erreur préjudiciable à son destinataire ; en effet, la protection juridique des parties est suffisamment réalisée lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité

(ATF 122 V 189 consid. 2). En d'autres termes, il convient d'examiner selon les circonstances du cas concret si l'intéressé a été effectivement induit en erreur et désavantagé de la sorte. Pour répondre à cette question, il convient de se référer au principe de la bonne foi qui sert à arbitrer entre le besoin de protection juridique de l'assuré, d'une part, et la sécurité juridique d'autre part (ATF 111 V 149 consid. 4c ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_85/2011 du 17 janvier 2012 consid. 4.3 et 9C_791/2010 du 10 novembre 2010 consid. 2.2 ; Valérie DEFAGO GAUDIN, in Dupont/Moser-Szeless (éd.), Commentaire romand de la LPGA, p. 598). On précisera que même si le contenu et la densité d'une motivation suffisante ne peuvent être définis de façon générale mais seulement en fonction d'une situation concrète, il n'en reste pas moins que le but du devoir assigné à l'autorité de motiver sa décision est de s'assurer que l'intéressé puisse attaquer la décision en connaissance de cause, de manière à pouvoir cibler les éventuels griefs à son encontre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_363/2009 du 18 mars 2010 consid. 3.2 ; cf. ég. Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 4ème éd., 2020, p. 896, n. 66 ad art. 49).

Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'à titre exceptionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_181/2013 du 20 août 2013 consid. 3.3 et la référence). Cependant, le fait de ne pas prévenir l'intéressé d'un changement de motivation ne constitue pas une violation si grave du droit d'être entendu qu'elle ne pourrait être corrigée par la suite (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 422/01 du 30 novembre 2001 consid. 4b et la référence).

4.3 En l'espèce, il est vrai que les décisions des 13 novembre 2020 et 3 février 2021 ne se confondent pas dans leurs motifs. On relève toutefois qu'avant de décider, le 3 février 2021, de statuer en l'état du dossier, soit sur la base des trois volets de l'expertise du CEMED – et indépendamment du volet orthopédique initialement prévu –, l'intimée avait laissé entendre, par courriels des 6 janvier 2020 et 26 mars 2020, courrier du 12 mai 2020, courriel et entretien téléphonique du 28 mai 2020 qu'elle statuerait (ou pourrait statuer) en l'état du dossier. On ne saurait donc estimer que la décision litigieuse se fonde sur une norme – *in casu* l'art. 43 al. 3 LPGA, mentionné notamment dans le courriel du 26 mars 2020 – ou un motif juridique non évoqué antérieurement et dont aucune des parties ne se serait prévalue ou n'aurait pu supputer la pertinence dans le cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral I 422/01 précité, consid. 4a). Sans préjudice de ce qui précède, la question de savoir si, en l'espèce, le droit d'être entendu a été violé souffre de rester indécise dans la mesure où son éventuelle violation n'est pas grave au point qu'elle ne pourrait pas être réparée devant la chambre de céans puisque celle-ci bénéficie d'un plein pouvoir d'examen en fait et en droit (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.1 ; ATF 134 V 199 consid. 1.2) et administre les preuves nécessaires (art. 61 let. c LGPA).

5.

5.1 Aux termes de l'art. 6 al. 1 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 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).

5.2 L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b 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. 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 (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).

5.3 Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus

singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, 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 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 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 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références).

En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5).

6. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les 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. 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 140 V 356 consid. 5.3; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de

l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84; arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid. 3.3).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minime, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

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 entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

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 juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa):

- 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;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb). Dans un tel cas, la jurisprudence considère que quatre des critères précités doivent être réunis (arrêt du Tribunal fédéral 8C_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5, arrêt du Tribunal fédéral 8C_487/2009 du 7 décembre 2009, consid. 5). Dans le cas d'un accident de gravité moyenne proprement dit, la réalisation de trois des critères est suffisante (arrêt du Tribunal fédéral BGE 134 V 109 du 3 mai 2012 consid. 6.2.2, arrêt du Tribunal fédéral 8C_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5).

7.

7.1 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

7.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer

les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

7.3 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).

7.3.1 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 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

7.3.3 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. 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).

7.3.4 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 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

8.

8.1 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 de la personne assurée de collaborer à l'instruction de l'affaire (cf. art. 28 al. 1 LPGA).

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).

8.2 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 (arrêt du Tribunal fédéral U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également clore l'instruction et décider de na pas entrer en matière. La variante principale est donc qu'une décision matérielle doit être prise sur la base du dossier, une décision de non-entrée en matière ne devant être prise qu'à titre alternatif, si une décision matérielle n'est pas possible (arrêt du Tribunal fédéral 9C_28/2010 du 12 mars 2010 consid. 5 et les arrêts cités). 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).

8.3 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. 8.4), 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).

8.4 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).

8.5 Les conséquences procédurales prévues en cas de violation de l'obligation de renseigner ou de collaborer n'entrent en considération que si le comportement de la personne assurée peut être qualifié d'inexcusable (art. 43 al. 3 LPGA). Tel est le cas lorsqu'aucun motif légitime n'est perceptible ou lorsque le comportement de la personne assurée apparaît comme totalement incompréhensible (arrêt du Tribunal fédéral I 166/06 du 30 janvier 2007 consid. 5 ; Jacques-Olivier PIGUET, op. cit., n. 51 ad art. 43 LPGA). En tant que l'art. 43 al. 1 et 2 LPGA prévoit que les mesures d'instruction ordonnées doivent être nécessaires et pouvoir être raisonnablement exigées, la non réalisation de l'une de ces deux conditions rend en principe excusable le refus de la personne assurée se soumettre à une expertise (arrêt du Tribunal fédéral 8C_283/2020 du 4 août 2020 consid. 3.1 et l'arrêt cité). Ainsi, un défaut de collaboration est en particulier excusable lorsqu'il s'explique pour des raisons des raisons de santé – notamment psychiques (arrêt du Tribunal fédéral 9C_994/2009 du 22 mars 2010 consid. 5.2).

8.6 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 arrêt du Tribunal fédéral U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). Cela étant, si l'assuré se montre par la suite – soit après le prononcé de la décision fondée sur l'art. 43 al. 3 LPGA – disposé à collaborer à l'instruction et à se soumettre aux mesures nécessaires à l'appréciation du cas, il lui est loisible de saisir à nouveau l'administration d'une demande de prestations. Si, lors de ce nouvel examen du droit aux prestations – qui n'a lieu que pour l'avenir et ne s'étend donc pas à la période durant laquelle la collaboration a été refusée de manière inexcusable –, les nouveaux éléments recueillis sont de nature à justifier une appréciation différente de la situation, l'assureur devra alors rendre une nouvelle décision avec effet *ex*

nunc et pro futuro à compter du dépôt de la nouvelle demande (arrêt du Tribunal fédéral 8C_733/2010 du 10 décembre 2010 consid. 5.6 ; arrêt du Tribunal fédéral U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1 ; Jacques-Olivier PIGUET, op. cit., n. 56 ad art. 43 LPGA).

9.

9.1 En l'espèce, il est constant que le 1er septembre 2018, le recourant a été victime d'un accident de la voie publique en percutant, au guidon d'un scooter, un camion circulant normalement sur sa voie en sens opposé. Il ressort pour le surplus de la lettre de sortie des HUG du 22 octobre 2018 (pièce M4 intimée) qu'à la suite de ce choc survenu à la vitesse d'environ 40 km/h, le recourant présentait alors un TCC avec amnésie circonstancielle et des troubles neuropsychologiques (légers troubles exécutifs, fatigabilité) et, d'un point de vue orthopédique, de multiples fractures (notamment du crâne, du tibia gauche, de l'humérus droit, de l'omoplate, des côtes et de la clavicule droite). Il ressort par ailleurs du dossier que même après le deuxième accident du 23 mai 2019, qui avait valu au recourant une nouvelle fracture de la clavicule droite, l'évolution avait été très bonne d'un point de vue orthopédique (cf. rapport du Dr E_____ du 12 juin 2019 et note du Dr G_____ du 30 octobre 2019), au point que le Prof. F_____ indiquait dans un rapport du 30 septembre 2019 qu'hormis une discrète boiterie consécutive à la fracture comminutive du fémur et du tibia gauches – qui ne justifiait pas en soi une incapacité de travail dans le cadre d'une « autre activité lucrative » – , les séquelles liées à l'accident du 1er septembre 2018 étaient avant tout neuropsychologiques (troubles anxieux marqués, réveils nocturnes brusques avec crises d'angoisse et des flash-backs de son accident), si bien que le Prof. F_____ faisait dépendre une augmentation future de la capacité de travail de la mesure dans laquelle les problèmes neuropsychologiques seraient maîtrisés. Dans le même sens, la Dresse I_____ attestait, en réponse à un questionnaire du 4 novembre 2019, une incapacité de travail totale pour raisons psychiques (ESPT et trouble dépressif) depuis le 1er septembre 2018 en précisant qu'elle s'attendait à ce que le traitement – qui n'avait pas commencé – conduise à une baisse de la réactivité neurovégétative concomitante à la rémission des évitements cognitifs, émotionnels et comportementaux, de même qu'à une amélioration de l'humeur, permettant ainsi d'envisager une reprise de la capacité de travail.

9.2 Il n'est pas contesté qu'au vu du caractère lacunaire des rapports médicaux évoqués, disponibles en novembre 2019, l'intimée avait besoin de renseignements complémentaires pour envisager la suite de la prise en charge en cas, de sorte que l'expertise pluridisciplinaire demandée au CEMED à cette époque constituait une mesure d'instruction nécessaire, y compris d'un point de vue orthopédique, pour « appréhender correctement l'état de santé [du recourant] » (cf. complément au recours, p. 19).

9.3 Est en revanche litigieux le point de savoir si le recourant a violé son devoir de collaboration en ne déférant pas aux convocations à des examens médicaux

qui étaient initialement censés avoir lieu les 16 et 20 décembre 2019 auprès des Drs J_____ et K_____ et en persistant encore à deux reprises, soit les 5 mars et 28 mai 2020, à ne pas se rendre aux rendez-vous nouvellement fixés en vue de l'examen orthopédique par le Dr K_____, bien que ces deux dernières convocations aient été précédées de mises en demeure adressées à temps (le 6 janvier 2020 pour l'examen du 5 mars 2020, le 12 mai 2020 pour l'examen du 28 mai 2020), avertissant l'intéressé qu'à défaut de se rendre à l'examen à la date fixée, il serait statué en l'état du dossier.

Il convient de rappeler en premier lieu que 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, sauf s'ils présentent un risque trop important pour la santé (cf. ci-dessus : consid. 8.4). On soulignera en outre que la personne qui demande une prestation d'assurance doit s'accommoder du fait que les examens nécessaires à l'appréciation de son cas représentent pour elle une certaine charge (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_283/2020 du 4 août 2020 consid. 4.3.2.2. et l'arrêt cité).

En l'occurrence, le Prof. F_____ indique dans son rapport du 17 novembre 2020 que bien qu'il soit conscient de la problématique que représentent les multiples reports de l'examen orthopédique en raison des absences successives du recourant aux dates fixées à cet effet, il peut néanmoins attester de la souffrance psychologique et de la persistance, à distance de l'accident, d'insomnies, de cauchemars, et de phénomènes de flash-backs qui interfèrent dans son fonctionnement social et « jouent un rôle dans ses difficultés de se plier aux exigences d'expertises requises dans son cas ». Pour sa part, le recourant souligne que les troubles précités, mentionnés par le Prof. F_____, de même que l'ESPT et le trouble dépressif attestés par la Dresse I_____, se manifestent en particulier par des « troubles du sommeil, passablement documentés, [qui] ont entraîné son absence à l'examen du 5 mars 2020 avec le Dr K_____ » (cf. complément au recours, p. 18). Quant à la non-présentation à l'examen du 28 mai 2020, le recourant l'explique par l'hospitalisation de son père aux HUG qui l'aurait conduit à le veiller durant la nuit du 27 au 28 mai 2020.

La chambre de céans constate tout d'abord que même si le Prof. F_____ indique que les troubles précités « jouent un rôle dans ses difficultés à se plier aux exigences d'expertises requises dans son cas », il ne va pas jusqu'à mentionner que des raisons psychiques rendraient impossible le respect du devoir de collaborer à l'instruction (sur cette dernière exigence : cf. l'arrêt 9C_994/2009 précité, consid. 5.2), ce d'autant que la présence de l'intéressé à trois des quatre volets de l'expertise du CEMED permettrait d'infirmer une telle conclusion. En second lieu, il ressort des pièces du dossier, en particulier du courriel du 28 mai 2020 et de l'entretien téléphonique que le recourant a eu le 27 mai 2020 avec l'intimée que même si les raisons de l'absence à l'examen orthopédique du 28 mai 2020 (hospitalisation du père) sont en l'apparence différentes de celles invoquées

à l'appui du rendez-vous manqué du 5 mars 2020 (troubles du sommeil), il n'en demeure pas moins que le recourant met en avant un point commun entre ces deux convocations non respectées, à savoir la fatigue induite par ces troubles et/ou l'absence de sommeil. Par ailleurs, il y a tout lieu de considérer que si l'hospitalisation de son père, qui avait déjà eu lieu le 25 mai 2020, empêchait réellement le recourant de se présenter à l'examen orthopédique prévu trois jours plus tard, celui-ci aurait mis à profit l'entretien téléphonique du 27 mai 2020 pour signaler à l'intimée la nature de cet empêchement, ce dont il s'est abstenu, allant au contraire jusqu'à annoncer spontanément qu'il serait bien présent à l'examen orthopédique prévu le lendemain. Le recourant objecte certes que la santé de son père se serait dégradée dans la nuit du 27 au 28 mai, le contraignant à veiller son père toute la nuit aux HUG. Cependant, il n'a jamais donné suite à l'invitation de l'intimée de confirmer par écrit les détails de ces déclarations et de l'horaire d'accompagnement de son père durant la nuit en question, ce qui rend d'autant moins crédibles les explications données que les visites de proches aux HUG ont lieu entre 12h et 20h, moyennant une autorisation délivrée par l'équipe soignante (cf. la page « https://www.hug.ch/tags/visites [...] » consultée lors de la rédaction du présent arrêt). Cela étant, quand bien même le recourant aurait passé la nuit du 27 au 28 mai 2020 dans la chambre de son père aux HUG comme il le prétend, il n'en demeure pas moins qu'au lieu de prendre ses dispositions pour se rendre à temps au CEMED, soit en montant dans un train à destination de Nyon comme il l'avait fait en janvier-février 2020 (cf. rapport d'expertise, p. 14), il a tout de même trouvé l'énergie nécessaire non seulement pour effectuer le trajet entre les HUG et son domicile, mais aussi pour se servir de son ordinateur à 05h59 en vue d'informer l'intimée de son absence à l'examen orthopédique prévu à 11h00, ce qui revenait à mettre l'intimée devant le fait accompli et à fermer la porte à toute possibilité d'arrangement avec le CEMED pour tenir compte, cas échéant, d'une arrivée anticipée ou (légèrement) retardée. Dans ces circonstances, et dans le contexte d'une troisième convocation qui n'aurait pas été nécessaire si l'intéressé avait fait preuve d'un minimum de collaboration exigible aux dates d'examen antérieurement prévues, la fatigue de ce dernier apparaît certes plausible mais représente une contrainte dont il devait s'accommoder en se déplaçant malgré tout en train à Nyon pour y rencontrer l'expert, comme il l'avait annoncé à l'intimée lors de l'entretien téléphonique du 27 mai 2020.

Il s'ensuit que l'absence du recourant à l'examen orthopédique du 28 mai 2020 était inexcusable et qu'ainsi, l'intimée était fondée à statuer en l'état du dossier pour les aspects orthopédiques du cas.

10. Avant d'analyser ce point, il convient tout d'abord d'examiner si s'agissant des aspects neurologiques, neuropsychologiques et psychiatriques du dossier, l'intimée était fondée à se prononcer sur la base de l'expertise du CEMED.

10.1 Il ressort en synthèse de l'avis des experts que s'agissant des diagnostics présentant un lien de causalité naturelle avec l'accident du 1er septembre 2018, ou

bien de façon certaine (pour le traumatisme cranio-cérébral et son traitement), ou bien au degré de la vraisemblance prépondérante (pour la symptomatologie soupçonnée temporairement de correspondre à un ESPT), le recourant n'a jamais présenté d'incapacité de travail pour des raisons psychiques et qu'il a recouvré, d'un point de vue strictement neurologique, sa capacité de travail dans l'activité habituelle (et toute autre activité) au terme d'une période de six mois après l'accident du 1er septembre 2018, celui du 23 mai 2019 étant dépourvu de conséquences neurologiques. En envisageant la question de la causalité entre l'accident du 1er septembre 2018 et le traitement médical, les experts ont indiqué que d'un point de vue neurologique, l'état final avait été atteint au plus tard un an après l'événement accidentel, mais, en principe six mois après ce dernier, compte tenu de l'absence de plaintes à caractère neurologique proprement dit. D'un point de vue psychique, ils n'ont pas retenu que l'état final avait été atteint mais mentionné que la symptomatologie soupçonnée temporairement de correspondre à un état de stress post-traumatique « pourrait bénéficier d'une psychothérapie, par exemple une approche cognitive et comportementale pour la soulager si besoin est », thérapie que l'intimée considère de toute manière ne pas devoir prendre en charge en faisant valoir qu'il n'existerait pas de lien de causalité adéquate entre la symptomatologie précitée et l'accident du 1er septembre 2018 (cf. ci-après : consid. 10.2).

Pour sa part, le recourant ne conteste pas le volet neurologique de l'expertise mais soutient qu'en tant qu'elles ont trait à son état psychique, les conclusions des experts du CEMED seraient incomplètes et en contradiction avec le rapport du 30 septembre 2019 du Prof. F_____ et le rapport (non daté) de la Dresse I_____ reçu le 5 décembre 2019 en réponse au questionnaire de l'intimée du 4 novembre 2019 (pièce 28 recourant et M23 intimée). Il relève que selon le Prof. F_____, les troubles neuropsychologiques secondaires à l'accident du 1er septembre 2018 ne permettraient pas d'augmentation future de la capacité de travail tant qu'ils ne seraient pas maîtrisés, et que selon la Dresse I_____, les symptômes observés seraient dus à l'accident du 1er septembre 2018, qu'ils rempliraient les critères d'un ESPT et d'un trouble dépressif, entraîneraient une incapacité de travail totale depuis la date de cet événement ainsi que la nécessité d'un suivi spécialisé psychiatrique et psychothérapeutique. Le recourant soutient en outre que dans la mesure où l'expertise renfermerait des indications contradictoires sur ses habitudes de sommeil et les raisons pour lesquelles il s'estimait incapable de travailler, ce document serait dépourvu de valeur probante, ce d'autant que l'impartialité des experts L_____ et M_____ aurait été altérée par l'agacement palpable que leur aurait inspiré son attitude guère collaborative, voire son opposition à l'examen.

Il sied de relever que les experts du CEMED (effectivement intervenus) ont rendu un rapport basé sur une documentation complète, une anamnèse familiale et socioprofessionnelle, que ce document relate les plaintes du recourant et qu'il

comporte des examens dans chacune des trois spécialités médicales. En outre, les conclusions motivées et les diagnostics sont précis (sous réserve du trouble qui ne serait pas suffisamment intense pour constituer un ESPT). Leur rapport doit dès lors se voir reconnaître valeur probante, à tout le moins pour ce qui concerne le volet neurologique de l'expertise qui n'est pas contesté. Pour les raisons exposées ci-après (consid. 10.2), il n'est cependant pas nécessaire d'apprécier la valeur probante des volets psychiatriques et neuropsychologiques de ce rapport, compte tenu de l'absence de lien de causalité adéquate entre l'événement du 1er septembre 2018 et les éventuels troubles psychiques du recourant, que l'on s'en tienne aux diagnostics de l'expert L_____ ou plutôt à ceux de la Dresse I_____.

10.2 Selon la jurisprudence, la question du lien de causalité naturelle entre une affection de nature psychique et un accident peut rester indécise dans la mesure où le lien de causalité adéquate doit de toute manière être nié (arrêts du Tribunal fédéral 8C_77/2009 du 4 juin consid. 4 ; 8C_746/2008 du 17 août 2009 consid. 5). Il en va de même de la causalité naturelle entre un traumatisme de type « coup du lapin » (ou traumatisme juridiquement assimilé) non objectivable d'un point de vue organique et un accident (ATF 135 V 465 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_318/2013 du 18 septembre 2013 consid. 5.1). Se pose toutefois la question de savoir si en l'absence d'instruction médicale du cas sous l'angle de la causalité naturelle, l'examen des critères de la causalité adéquate doit se faire en excluant les aspects psychiques (cf. ATF 115 V 133 consid. 6c/aa) ou plutôt en renonçant à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques. On rappellera à cet égard que la première solution s'impose en présence de troubles psychiques apparus après un accident, alors que la seconde doit être choisie en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un TCC sans preuve d'un déficit organique objectivable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_614/2020 du 7 septembre 2021 consid. 2.1 et les arrêts cités).

En l'occurrence, la documentation médicale établie aux HUG peu après l'événement du 1er septembre 2018 fait état d'un « TCC sans perte de connaissance avec amnésie circonstancielle » (cf. pièces M1 à M4 intimée). Il n'en ressort toutefois pas qu'il s'agit d'un accident qui aurait entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable. De plus, en tant qu'il s'agissait d'un TCC sans perte de connaissance avec amnésie circonstancielle, celui-ci n'atteignait pas, pour un TCC, l'intensité minimale requise d'une contusion cérébrale (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_44/2017 du 19 avril 2017 consid. 4.1 ; Kaspar GEHRING, in Kieser, Gehring, Bollinger [éd.], KVG/UVG-Kommentar, 2018, p. 557, n. 56 ad art. 4 LPGA). Pour ces motifs, il convient d'examiner le lien de causalité adéquate entre les éventuels troubles psychiques et l'accident du 1er septembre 2018 au

regard des critères de l'ATF 115 V 133, soit en tenant compte uniquement des troubles physiques.

10.3 Ceci étant précisé, il convient de qualifier l'accident en question.

10.3.1 Ont été qualifiés de gravité moyenne un choc frontal entre deux voitures (arrêt du Tribunal fédéral 8C_354/2011 du 3 février 2012), une chute d'ascenseur sur deux étages (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 204/00 du 30 avril 2001), la chute d'un bloc de pierre d'un immeuble en construction sur un ouvrier lui percutant le dos, la jambe et causant un traumatisme crânien (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 338/05 du 1er septembre 2006), un piéton renversé par une voiture avec traumatisme crânien (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 128/03 du 23 septembre 2004).

Le Tribunal fédéral a considéré qu'un accident impliquant une voiture roulant à moins de 50 km/h pouvait être qualifié d'accident de gravité moyenne en l'absence de circonstances particulières (arrêt du Tribunal fédéral 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 3).

Un accident impliquant une collision par l'arrière du véhicule de l'assuré qui a été projeté sur une distance de 15 m doit être considéré comme un accident de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 142/05 du 6 avril 2006 consid. 4.2).

Lorsqu'un véhicule est percuté par l'arrière par une autre voiture alors qu'il se trouve à l'arrêt sur la chaussée en présélection à gauche, il s'agit d'un accident de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 237/04 du 13 septembre 2005 consid. 4).

Selon la casuistique des accidents impliquant des motocyclistes percutés par un véhicule automobile, les cas classés dans la catégorie des accidents de gravité moyenne stricto sensu ont en commun le choc d'un motocycliste roulant à une vitesse comprise entre 50 km/h et 70 km/h avec un automobiliste en train de bifurquer (arrêt du Tribunal fédéral 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 4.4.1).

Ont par contre été considérés comme des accidents moyens, à la limite des accidents graves, une violente collision frontale, suivie d'une collision latérale avec une troisième voiture et une sortie de route pour éviter un véhicule arrivant en sens inverse, suivie d'un choc contre un talus, puis contre un arbre, entraînant la destruction totale du véhicule (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 88/98 du 7 juin 1999). Il en va de même d'une collision où un motocycliste a été projeté à une dizaine de mètres du point d'impact après avoir été percuté par un véhicule automobile (arrêt du Tribunal fédéral 8C_134/2015 du 14 septembre 2015 consid. 5.3.1) et d'une collision frontale violente entre un scooter et une camionnette (arrêt du Tribunal fédéral 8C_917/2010 du 28 septembre 2011 consid. 5.3).

10.3.2 Compte tenu de la casuistique rappelée plus haut (consid. 10.3.1) et du déroulement de l'accident du 1er septembre 2018 (choc du scooter à environ

40 km/h contre l'avant gauche d'un camion dont le chauffeur avait préalablement fait une manœuvre d'évitement sur sa droite et freiné pour éviter une collision frontale ; cf. pièce R1 intimée), l'événement considéré doit être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne au sens strict, sans être à la limite des accidents graves.

10.3.3 L'accident devant être considéré comme étant de gravité moyenne *stricto sensu*, au moins trois des critères jurisprudentiels doivent être remplis, un seul étant toutefois suffisant s'il revêt une intensité particulière.

10.3.4 La survenue d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit toutefois pas en soi à conduire à l'admission de ce critère. Or, en l'espèce, objectivement considéré et au vu des précédents jurisprudentiels en la matière, l'événement du 1er septembre 2018 n'a pas eu un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant (à titre de comparaison, ce critère a été reconnu en présence d'un accident de la circulation dans un tunnel impliquant un camion et une voiture avec plusieurs collisions contre le mur du tunnel [arrêt du Tribunal fédéral 8C_257/2008 du 4 septembre 2008, consid. 3.3.3], d'un carambolage de masse sur l'autoroute [arrêt du Tribunal fédéral 8C_623/2007 du 22 août 2008 consid. 8.1], ou encore dans le cas d'une conductrice dont la voiture s'était encastrée contre un arbre entraînant le décès de la mère de celle-ci, qui occupait le siège passager [arrêt du Tribunal fédéral U 18/07 du 7 février 2008]).

10.3.5 S'agissant de la gravité des lésions physiques, la jurisprudence a nié la réalisation de ce critère malgré :

- une fracture du calcanéum (arrêt du Tribunal fédéral 8C_432/2009 du 2 novembre 2009 consid. 5.3) ;
- une entorse pelvienne aggravée de blocages récurrents et d'une iléite (arrêt du Tribunal fédéral 8C_275/2008 du 9 avril 2009 consid. 4.4) ;
- des fractures au niveau du visage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_825/2008 du 9 avril 2009 consid. 4.4) ;
- un polytraumatisme (bien que qualifié de grave par les médecins) avec traumatisme thoracique et abdominal et fractures ouvertes de la partie faciale du crâne (arrêt du Tribunal fédéral 8C_197/2009 du 19 novembre 2009 consid. 3.6).

En l'espèce, le recourant a subi, le 1er septembre 2018, un polytraumatisme avec fracture diastastique coronale cérébrale et volumineux hématome épidural frontal pariétal, une fracture comminutive sous-capitale de l'humérus droit sans atteinte intra-articulaire, une fracture non déplacée du tiers distal de la clavicule droite, une fracture non déplacée des arcs antéro-latéraux des côtes de 4 à 7 à droite sans volet, une fracture peu déplacée de l'arc postérieur de la 3ème côte droite, une fracture non déplacée de la pointe de l'omoplate droite ainsi qu'une fracture

tassement du plateau supérieur de D3 et D5 de 20% stable (cf. rapport d'expertise du CEMED, pp. 3-4).

Au regard de la casuistique listée ci-dessus, il est douteux que le critère de la gravité des lésions physiques soit réalisé au point d'avoir engendré, de façon adéquate, des suites psychiques invalidantes. En effet, si le recourant a certes subi de nombreuses fractures, les HUG n'ont constaté, le 2 septembre 2018, aucune atteinte neurologique une fois l'intéressé extubé (cf. pièce M1 intimée, p. 2). Par ailleurs, celui-ci s'est finalement bien remis de ses blessures (cf. arrêt du Tribunal fédéral U 135/03 du 19 mars 2004 consid. 3.2.2 pour une telle appréciation).

10.3.6 Pour l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). Par ailleurs, l'aspect temporel n'est pas seul décisif; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêts 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.3, 8C_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3, et U 92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 avec les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C_361/2007 consid. 5.3 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 380/04 du 15 mars 2004 consid. 5.2.4 in RAMA 2005 n° U 549 p. 239).

Or, force est de constater, en l'espèce, que le recourant a uniquement bénéficié d'un traitement conservateur, sous la forme de séances de physiothérapie (cf. pièce M18 intimé) et d'antalgiques (au début), que selon le rapport du 30 septembre 2019 du Prof. F_____, il n'y avait en tout cas plus de traitement en cours à la date dudit rapport – en dehors d'une prise en charge psychologique (non pertinente pour le critère ici examiné). Ces renseignements du Prof. F_____ sont en outre corroborés par le Dr G_____ en date du 30 octobre 2019 (absence d'antalgiques) et, en janvier-février 2020, par le rapport d'expertise du CEMED (p. 11 : aucun traitement physique ni médicamenteux en cours). Il s'ensuit que le critère de la durée anormalement longue du traitement médical n'est pas réalisé.

10.3.7 Au regard précisément de la « très bonne évolution » et de l'absence de troubles liés à un handicap, attestés notamment par le Dr E_____ dans son rapport du 12 juin 2019, le critère des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes n'apparaît pas réalisé non plus.

10.3.8 En outre, aucun élément du dossier ne permet de retenir que les médecins ayant suivi le recourant auraient violé les règles de l'art médical et que, ce faisant, il y aurait eu aggravation significative des séquelles de l'accident (voir dans ce

sens : arrêt du Tribunal fédéral 8C_887/2011 du 5 mars 2012 consid. 4.5). Le recourant ne le prétend d'ailleurs pas.

10.3.9 Enfin, si l'on tient compte du fait que le tableau clinique s'est résumé très tôt à des troubles neuropsychologiques (cf. rapport du Prof. F_____ du 30 septembre 2019) et qu'en date du 12 juin 2019, le recourant était en passe de recouvrer sa capacité de travail entière (d'un point de vue somatique) dans un délai de six semaines à trois mois, ni le critère des douleurs physiques persistantes ni celui du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques n'apparaissent réalisés (voir dans ce sens : arrêt du Tribunal fédéral 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 ainsi que l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_116/2009 du 26 juin 2009 consid. 4.6, dans lequel le critère de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques a été admis pour une incapacité de travail complète pendant une durée de presque trois ans).

10.4 Force est donc de constater, sans qu'il soit nécessaire de trancher la question, que c'est tout au plus un critère énoncé par la jurisprudence (gravité des lésions physiques ; cf. ci-dessus : consid. 10.3.5) qui serait éventuellement rempli en l'espèce, sans toutefois revêtir une intensité particulière. Cela est cependant insuffisant pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 1er septembre 2018 et les troubles psychiques attestés par le Prof F_____ et la Dresse I_____. Il sera encore précisé que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, comportant notamment un volet psychiatrique, ne permettrait au demeurant pas de modifier l'appréciation de la chambre de céans quant à l'absence de lien de causalité adéquate, ce point étant une question de droit – et non de fait comme celle de l'existence d'un lien de causalité naturelle.

Partant, l'intimée était fondée à ne pas prendre en compte la persistance des troubles psychiques invoqués et de leurs éventuelles répercussions (sur la capacité de travail et le besoin d'un traitement) lorsqu'elle a décidé de ne pas octroyer de prestations d'assurance au-delà du 31 octobre 2020, mettant ainsi fin aux indemnités journalières encore versées.

11. Reste à déterminer si la continuation du droit aux prestations d'assurance au-delà du 31 octobre 2020 peut se fonder sur des motifs orthopédiques.

11.1 Dans la mesure où il a été retenu que l'intimée était fondée à se prononcer en l'état du dossier, et donc de faire abstraction du volet orthopédique initialement prévu pour l'expertise du CEMED (ci-dessus : consid. 8.6 et 9.3), il convient d'examiner (cf. ci-après : consid. 11.3) si la décision attaquée apparaît fondée au regard des rapports orthopédiques versés au dossier.

11.2 La notion d'incapacité de travail (cf. art. 6 LPGA auquel renvoient les art. 16 al. 1 et 17 al. 1 LAA) est la même dans toutes les branches d'assurances sociales : une personne est considérée comme incapable de travailler lorsque, pour cause d'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, elle ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore

seulement avec le risque d'aggraver son état. Elle s'apprécie en principe sur la base de donnée médicales et en fonction de la profession exercée jusqu'alors par l'assuré. En cas d'incapacité durable dans l'ancienne profession, l'assuré est en revanche tenu, en vertu de son devoir de diminuer le dommage, de mettre à profit sa capacité fonctionnelle résiduelle dans un autre secteur (cf. art. 6, 2ème phrase, LPGA). L'assureur doit alors enjoindre à l'assuré de changer d'activité et lui impartir un délai pour s'adapter aux nouvelles circonstances et chercher du travail ; il reste tenu de verser les indemnités journalières pendant cette période (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_173/2008 du 20 août 2008 consid. 2.3 ; Jean-Maurice FRÉSARD, Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Ulrich Meyer [éd.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, vol. XIV, Soziale Sicherheit, 3ème éd. 2016, p. 973, n. 212-213).

11.3 En l'espèce, l'intimée indique s'être fondée sur les rapports et notes des Drs E_____ et G_____ qui n'attesteraient d'aucune incapacité de travail dès mi-juillet 2019, qu'il en ressortirait que le traitement médical avait pris fin et que le recourant n'aurait d'ailleurs pas daigné se rendre à son dernier rendez-vous avec le Dr E_____, soit le 7 novembre 2019. Elle ajoute en substance que les certificats d'incapacité de travail au-delà de la mi-juillet 2019 auraient été délivrés – par le Prof. F_____ – sur la base des seuls troubles psychiques, et qu'ainsi, ce serait à juste titre qu'elle aurait mis fin à ses prestations le 1er novembre « 2019 » (recte : 2020), cette date étant déjà « fort généreuse ».

La chambre de céans constate pour sa part que les indications données par le Dr E_____ ont quelque peu varié. Alors qu'il indiquait, dans sa note du 5 mars 2019, que normalement, une reprise à 100% était en principe prévue en mai 2019, cette échéance a été effectivement repoussée au 15 juillet 2019 du fait de l'incapacité de travail à 100% du 23 mai au 14 juillet 2019, consécutive à l'accident du 23 mai 2019. Enfin, le Dr E_____ indiquait dans son rapport du 12 juin 2019, en lien avec l'accident du 1er septembre 2018, qu'il espérait « une reprise à 100% de ses capacités sans limitations fonctionnelles » d'ici six semaines à trois mois. Il existe ainsi des imprécisions quant à l'évolution de la capacité de travail dans l'activité habituelle. Cependant, celles-ci n'apparaissent pas importantes au regard de la date fixée par l'intimée pour l'arrêt des prestations d'assurance (1er novembre 2020), étant rappelé au surplus que le Prof. F_____ retenait déjà dans son rapport du 30 septembre 2019 que la discrète boiterie ne pouvait être la cause d'une incapacité de travail dans le cadre « d'une autre activité lucrative ». Il ne ressort toutefois pas clairement de ce rapport du Prof. F_____ s'il considère que la discrète boiterie qu'il rapportait le 30 septembre 2019 faisait obstacle, à cette date, à une reprise de l'activité habituelle de chef de rang dans la restauration. Sur cette question, l'avis exprimé par le Dr E_____ dans son rapport du 12 juin 2019 semble potentiellement diverger puisqu'il retenait qu'a priori, il n'y aurait « pas besoin de modifier l'activité professionnelle ».

Au regard des imprécisions décrites, le dossier n'était pas suffisamment instruit pour pouvoir statuer en connaissance de cause, justifiant par voie de conséquence le complément d'instruction requis par l'intimée (expertise pluridisciplinaire au CEMED). À cet égard, le volet orthopédique initialement prévu par l'intimée avait pour vocation d'apporter des précisions notamment quant à l'évolution de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Ainsi, en tant qu'il entend tirer argument du fait que le Prof. F_____ retient que « les limitations fonctionnelles décrites ne constituent pas en soi une incapacité de travail dans le cadre d'une autre activité lucrative », le recourant doit se laisser opposer le fait qu'il a lui-même empêché l'intimée, par son défaut inexcusable de collaborer à l'instruction, de vérifier le bien-fondé d'une éventuelle incapacité de travail dans l'activité habituelle (dans ce sens : cf. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_28/2010 du 12 mars 2010 consid. 4.1 et la référence à l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 173/01 du 8 avril 2002). En conséquence, le recourant doit assumer qu'en l'état de l'instruction, son dossier ne permette pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il existait, au-delà du 31 octobre 2020, un droit aux prestations d'assurances pour les conséquences somatiques – en particulier orthopédiques – des accidents des 1er septembre 2018 et 23 mai 2019. Il s'ensuit que la chambre de céans n'a pas d'autre choix que de confirmer la décision litigieuse, étant toutefois rappelé qu'il est loisible au recourant de saisir l'intimée d'une nouvelle demande (cf. ci-dessus : consid. 8.6).

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

13. 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