

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/192/2019

ATAS/239/2019

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt incident du 21 mars 2019

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VÉSENAZ, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Thierry ULMANN

recourant

contre

ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA, sise
Richtiplatz 1, WALLSELLEN, représentée par son service
juridique, avenue du Bouchet 12, GENÈVE

intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) travaillait depuis le 12 octobre 2007 pour le Service B_____ (B_____) et était assuré à ce titre selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) auprès d'Allianz suisse société d'assurances SA (ci-après : l'assureur).
2. Le 8 décembre 2010, l'assuré a été victime d'un accident alors qu'il circulait au guidon d'un motorcycle, il est entré en collision avec un véhicule qui lui a coupé la priorité (rapport de police du 13 décembre 2010). Il a été transporté aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG).
3. Le résumé de séjour de l'assuré du 8 décembre 2010 au service des urgences des HUG atteste d'un diagnostic principal d'hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique et perte de connaissance avec amnésie circonstancielle.
4. Un CT thoraco-abdominal du 8 décembre 2010 a conclu à l'absence de lésion traumatique récente.
5. Le service des urgences des HUG a attesté le 9 décembre 2010 d'un diagnostic d'hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique, sans sanction chirurgicale envisagée.
6. Une tomodensitométrie axiale computerisée du cerveau du 5 janvier 2011 a conclu à une régression complète de l'hémorragie sous-arachnoïdienne fronto-insulaire droite ; pas d'effet de masse ni déplacement de la ligne médiane ; pas de dilatation anévrysmale ni shunt artério-veineux ; sinusite maxillaire bilatérale.
7. Le 17 février 2011, le docteur C_____, FMH neurologie, a mentionné que l'assuré avait présenté une perte de connaissance, un traumatisme crânio-cérébral et sur le flanc droit. Le scanner avait montré une hémorragie sous-arachnoïdienne fronto-insulaire droite. Sur le plan des organes et du tronc, il n'y avait aucune lésion visible, qu'elle soit abdominale ou thoracique.
8. Une IRM du cerveau du 21 février 2011 n'a pas révélé d'effet de masse ni déplacement de la ligne médiane. Elle a conclu à une régression complète de l'hémorragie fronto-insulaire droite ; pas de dilatation anévrysmale ; image polypoïde à composant hydrique, de signal hypo-intense en T1 et hyper-intense en T2 dans le cadre de sinusite maxillaire aiguë.
9. L'assuré a été soumis à un examen neuropsychologique les 18 et 19 avril 2011 par Madame D_____, psychologue-neuropsychologue FSP, laquelle a conclu à des troubles cognitifs sévères et a proposé une réhabilitation neuropsychologique.
10. Le 2 mai 2011, le docteur E_____, FMH médecine interne générale, a attesté de troubles mnésiques et cognitifs marqués et d'une incapacité de travail encore totale.
11. Le 5 mai 2011, Mme D_____ a attesté, vu les sévères troubles cognitifs, qu'une réhabilitation neuropsychologique était nécessaire auprès d'un spécialiste.

12. L'assuré a été soumis à un examen neuropsychologique les 21, 29 mai et 8 juin 2012 par Madame F_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, laquelle effectuait son suivi depuis mai 2011, à raison de deux fois par semaine ; cet examen a conclu à une importante limitation cognitive, compatible avec les séquelles du TCC du 8 décembre 2010.
13. Dès le 1^{er} juillet 2012, l'assuré a travaillé à 20 % comme comptable, par le biais de mesures thérapeutiques, puis à 30 % dès décembre 2012.
14. Le 19 octobre 2012, Mme F_____ a attesté d'une reprise thérapeutique de travail à 20 % le 1^{er} juillet 2012 ; il fallait s'attendre à un dommage résiduel.
15. L'assuré a été soumis à un bilan neuropsychologique d'évolution les 1^{er}, 8 et 12 juillet 2013 par Mme F_____, laquelle a constaté une amélioration globale de toutes les fonctions cognitives et comportementales mais le maintien d'une limitation cognitive ; il présentait dans son emploi des difficultés de concentration, engendrant de nombreuses erreurs et imprécisions, une fatigue, une lenteur d'exécution, un manque d'organisation, des actions inachevées ou mélangées et une augmentation occasionnelle de l'irritabilité.
16. Le 3 septembre 2013, un CT du thorax a conclu à l'absence de nodule identifiable au niveau parenchyme pulmonaire droit, nodule de 2.5 cm appartenant à un petit granulome banal du segment de Fowler gauche.
17. Le 28 juillet 2014, le docteur G_____, FMH médecine physique et réadaptation (La Tour Sport Médecine), a attesté de polytraumatisme, tendinopathie de l'épaule droite et entorse à la colonne dorsale, avec persistance de douleurs costales droites et à l'épaule droite.
18. L'assuré a été soumis à un bilan neuropsychologique d'évolution les 7, 14 et 22 août 2014 par Mme F_____ concluant à de meilleures performances de l'assuré (mais dues à la mise en place de stratégies pour pallier ses difficultés) et à la persistance de limitation cognitives, avec fatigabilité, compatible avec les séquelles du TCC du 8 décembre 2010.
19. L'assuré a été soumis à un bilan neuropsychologique d'évaluation par Mme F_____ les 24 juin, 2 et 9 juillet 2015 concluant à une amélioration des performances dû au fait que l'assuré mettait en place de nombreuses stratégies pour pallier ses difficultés, avec cependant l'apparition de maux de tête et fatigue ; des troubles étaient encore présents ; son taux de travail n'avait jamais été augmenté à plus de 30 % en raison de la fatigue et un retour à l'emploi semblait compromis.
20. Les 29 janvier 2013, 29 septembre 2013, 4 janvier 2014, 11 octobre 2015 et 1^{er} novembre 2015, le Dr H_____, a attesté de troubles cognitifs sur TCC post accident.
21. Par décision du 4 mars 2016, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a alloué au recourant une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} mai 2015.

22. L'assuré a été soumis à un bilan neuropsychologique d'évaluation les 22, 28 avril et 3 et 13 mai 2016 par Mme F_____. La prise de conscience des troubles était meilleure mais le moral de l'assuré moins bon ; ses performances étaient fluctuantes, certaines s'étant améliorées et d'autres ayant régressé ; les troubles étaient compatibles avec les séquelles liées à son TCC sévère, en lien avec la présence d'un état anxio-dépressif marqué et réactionnel ; une forme de stabilité était atteinte.
23. Le 19 octobre 2016, le CEMed (docteurs I_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, J_____, FMH neurologie et Madame K_____, neuropsychologue FSP) a rendu un rapport d'expertise à la demande de l'assureur.

L'assuré se plaignait d'une fatigue majeure, de troubles du sommeil, de la concentration, de la mémoire, de l'équilibre, de maux de tête, de douleurs à l'épaule droite, dorsales, costales droites, au genou gauche et de troubles du comportement avec agressivité. Ils ont posé le diagnostic de status après accident de la voie publique le 8 décembre 2010 ayant entraîné un traumatisme crânio-cérébral modéré à moyennement important avec hémorragie sous-arachnoïdienne fronto-insulaire droite ; troubles attentionnels, mnésiques et exécutifs, fatigabilité, changements comportementaux et émotionnels consécutifs à l'événement accidentel du 8 décembre 2010 ; syndrome post-commotionnel (F07.2) ; syndrome de dépendance à l'alcool utilisation épisodique (F10.26) depuis 2013 d'après les souvenirs de l'assuré.

Du point de vue neurologique, l'évolution pouvait être considérée comme normalement favorable bien que persistaient encore un syndrome post-commotionnel modéré caractérisé par des maux de tête, des troubles de l'équilibre, une fatigabilité. On était quelque peu étonné par l'importance des troubles neuropsychologiques et comportementaux par rapport au caractère objectivement relativement modeste du traumatisme sur le plan radiologique, notamment en l'absence de contusion cérébrale objectivée. Les facteurs psychologiques dans l'évolution défavorable devaient être discutés. Les quelques plaintes formulées actuellement par l'assuré ne représentaient pas une cause d'incapacité de travail dans l'activité exercée préalablement ainsi que dans toute autre activité potentiellement exigible. Cette appréciation ne tenait bien entendu pas compte des éléments neuropsychologiques et psychiatriques.

Du point de vue psychiatrique, le tableau clinique était compatible avec un diagnostic de syndrome post-commotionnel (F07.2), associant des céphalées, sensations vertigineuses, fatigue, irritabilité, troubles cognitifs, sentiments dépressifs et anxieux. Ce trouble était clairement lié à l'accident de fin 2010. L'assuré ne souffrait pas de trouble psychiatrique avec l'accident. Il souffrait également d'une problématique d'alcool, dépendance pendant une année et abus occasionnels d'alcool depuis 2014, un diagnostic supplémentaire de syndrome de dépendance à l'alcool utilisation épisodique (F10.26) était donc retenu. Les limitations fonctionnelles n'étaient pas d'ordre psychiatrique, mais étaient liées aux

troubles cognitifs. Du point de vue strictement psychiatrique, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle. La capacité de travail était complète dans toute activité sans diminution de rendement.

Du point de vue neuropsychologique, l'examen mettait en évidence un déficit attentionnel, mnésique et de plusieurs mécanismes exécutifs (organisation, flexibilité, inhibition), une fatigabilité; existaient au dossier des informations faisant état de changements comportementaux, d'une incapacité de gestion financière, d'un isolement social, d'une perte de plaisir, d'une mauvaise gestion émotionnelle avec irritabilité. Par rapport à l'examen pratiqué par Mme F_____ en mai 2016, le tableau était globalement superposable.

Les déficits cognitifs résiduels étaient importants et de nature à contre-indiquer une activité comportant des responsabilités, impliquant des aptitudes de gestion, de prise de décisions, d'organisation, de planification ou d'anticipation, ainsi que d'adaptation stratégique. En effet, au vu du risque élevé d'erreurs lié aux troubles mnésiques, attentionnels et exécutifs, de la faible acceptation des déficits par l'assuré, des difficultés de concentration, d'organisation et d'adaptation mentale rapide, de la fatigabilité et du rythme de travail lent, seul un poste à responsabilité limitée, en petite équipe, n'impliquant pas ou peu de contact avec la clientèle et ne plaçant pas l'assuré en situation de rythme de travail imposé (tel qu'un travail sur une chaîne de production) paraissait envisageable, ceci afin de permettre l'aménagement de pauses, un fractionnement des horaires et une surveillance, par un tiers responsable, des productions de l'assuré. D'autre part, en raison de la fatigabilité objectivée lors de l'examen, une telle activité adaptée pourrait être effectuée à un taux ne dépassant pas 50 % (4 heures par jour).

À plus de 5 ans de l'événement accidentel, les troubles cognitifs étaient encore significatifs. Bien que la neuropsychologue rejoignait l'avis du neurologue quant à une certaine incongruence entre la bonne évolution, sur le plan radiologique, des lésions cérébrales post-traumatiques et la persistance de plaintes et de dysfonctionnement cognitif importants, la nature des déficits cognitifs, et enfin l'absence d'arguments en faveur d'un défaut d'effort, d'une affection psychiatrique invalidante ou d'autres facteurs étrangers à l'accident, amenait à penser que ceux-ci étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident de décembre 2010.

Les déficits neuropsychologiques étaient une conséquence naturelle de l'accident du 8 décembre 2010. La capacité de travail était nulle comme agent de sécurité et de 50 % dans une activité adaptée. Le tableau paraissait stabilisé.

L'association de troubles cognitifs affectant plusieurs secteurs de la cognition (dans le cas présent : la mémoire de travail et épisodique verbale, l'attention soutenue et les aptitudes d'inhibition/organisation/flexibilité), entraînant des modifications comportementales et socio-relationnelles significatives (achats compulsifs, mauvaise gestion émotionnelle, sensibilité accrue au stress, inadéquation dans les relations sociales à l'origine de tensions et conflits avec les ami-e-s, la famille)

compromettant le retour à l'ancienne place de travail et incompatibles avec l'exercice de métiers comportant des responsabilités mêmes réduites correspondaient à une atteinte à l'intégrité modérée à moyenne, de 35 %, selon la table 8 de la SUVA.

Avant l'accident, l'assuré n'avait jamais souffert de trouble psychiatrique ni de personnalité pathologique. Les changements comportementaux étaient à mettre, entre autres, sur le compte des pertes auxquelles cet assuré avait dû faire face (santé, réseau social, travail).

24. Le 29 novembre 2016, l'assuré, représenté par un avocat, a contesté auprès de l'assureur le montant de l'IPAI fixé par le CEMed et requis une IPAI de 50 %.
25. Le 14 juillet 2017, le docteur L_____, FMH médecine interne générale, a attesté de séquelle neuropsychologique sévère post TCC.
26. Le 8 novembre 2017, l'assureur a communiqué à l'assuré un droit d'être entendu.

Le traumatisme qu'il avait subi n'avait entraîné aucune lésion cérébrale, de sorte qu'il se rapprochait non pas d'une contusion cérébrale mais d'une commotion cérébrale ; les experts du CEMed s'étaient étonnés de l'importance des troubles neuropsychologiques et comportementaux. En présence d'un accident de gravité moyenne, aucun des critères jurisprudentiels pour admettre la causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident n'était réalisé ; en l'absence de séquelles physiques, l'assuré n'avait pas de droit à une IPAI. Dès le 1^{er} novembre 2017, le droit aux prestations d'assurance n'était plus donné ; l'effet suspensif de l'opposition était retiré.

27. Le 9 novembre 2017, Mme F_____ a écrit au médecin-conseil de l'assureur qu'il n'y avait que peu d'évolution sur le plan de la fatigue et des troubles cognitifs, qui restaient toujours très présents et fortement handicapants, les difficultés cognitives, émotionnelles et comportementales provoquant des troubles fonctionnels au quotidien assez importants.
28. Le 22 janvier 2018, l'assuré s'est opposé au projet de décision ; il a contesté la suppression de ses prestations au 1^{er} novembre 2017 ; son atteinte à l'intégrité psychique était de 50 % et non pas de 35 %. L'assureur invoquait une commotion cérébrale alors que les experts du CEMed parlaient bien d'un traumatisme crânio-cérébral et même une commotion cérébrale pouvait entraîner un syndrome post-commotionnel à long terme. Les experts du CEMed avaient admis, malgré une certaine incongruence, un syndrome post-commotionnel lié à l'accident et provoquant une incapacité de travail. Par ailleurs, plusieurs critères jurisprudentiels étaient réalisés, tels que les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques, la gravité et la nature particulière des lésions, un long traitement, des douleurs physiques et psychiques intenses, des difficultés intervenues au cours de la guérison, l'importance de l'incapacité de travail, de sorte que le lien de causalité adéquate entre les troubles et l'accident était donné.

Il a communiqué :

- un rapport de Mme F_____ du 18 janvier 2018 selon lequel l'état de stress de l'assuré, associé à une fatigabilité importante, avait probablement causé des incongruences ; la fatigue était un symptôme connu après TCC, non lié au degré de celui-ci. Dès lors que l'assuré avait présenté une hémorragie sous-arachnoïdienne (qui était une atteinte cérébrale), cela dépassait une simple commotion cérébrale, laquelle pouvait avoir engendré le syndrome post-commotionnel ; l'absence de lésion cérébrale à l'IRM du 21 février 2011 ne signifiait pas l'absence de lésion fonctionnelle et ce type d'IRM ne permettait pas de mettre en évidence les lésions. Après deux ans, l'assuré avait dû stopper son emploi à 30 %, contre sa volonté ; il avait fait des efforts en vue de retravailler. Le traitement qu'elle avait prodigué à l'assuré depuis le 23 mai 2011 pouvait être qualifié de spécifique et pénible ; le traitement avait cessé en novembre 2017, faute de remboursement et l'assuré était livré à lui-même, ce qui était fâcheux et incompréhensible ; il souffrait de douleurs psychologiques et morales ; il avait présenté une lésion grave et particulière, soit une hémorragie sous arachnoïdienne et des difficultés étaient apparues au cours de la guérison (HTA, troubles du sommeil, blessures physiques, prise de poids). La décision de l'assureur lui paraissait incompréhensible.
 - un rapport du 28 décembre 2017 du Dr L_____ indiquant qu'il était en désaccord complet avec la décision de l'assureur. Les séquelles cérébrales organiques étaient présentes, malgré l'absence de séquelles radiologiques. La capacité de travail résiduelle, telle que décrite par les experts du CEMed, était incompatible avec une activité professionnelle sur le marché de l'emploi actuel ; l'arrêt de l'existence normale de l'assuré au moment de l'accident était particulièrement dramatique ; le suivi psychologique était un traitement prolongé et pénible pour l'assuré ; il n'y avait pas de guérison mais la persistance de complications psychologiques handicapantes ; les traitements de la gestion des émotions étaient entravés d'effets secondaires (complications importantes) entraînant leur arrêt ; l'importance de l'incapacité de travail était reconnue par le CEMed. L'assuré présentait un syndrome post-commotionnel (selon le rapport du CEMed), avec impact sévère sur ses activités de la vie quotidienne amenant à un handicap majeur. La causalité avec l'accident de décembre 2012 était clairement attestée par le CEMed. Les limitations fonctionnelles étaient liées aux troubles cognitifs séquellaires et d'ordre neurologique et donc pas d'ordre psychologique ou psychiatrique.
29. Par décision du 26 janvier 2018, l'assureur a cessé toute prestation au 1^{er} novembre 2017 ; il a considéré que le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident n'était pas donné, en relevant que les circonstances de l'accident n'avaient pas été particulièrement dramatiques. La lésion neurologique initiale, certes importantes, n'avait finalement pas présenté de caractère de gravité particulier. Comme déjà indiqué, il n'y avait pas eu de contusion cérébrale et

l'hématome sous-arachnoïdien s'était résorbé assez rapidement, ne laissant aucune séquelle cérébrale. Au plan neurologique, l'assuré n'avait pas présenté de douleurs importantes. Le traitement médical avait été adéquat. Il n'y avait pas eu de difficultés ou complications au cours de la guérison des lésions somatiques (neurologiques). L'incapacité de travail de longue durée n'était pas liée aux séquelles de l'atteinte neurologique mais avait persisté en raison des troubles neuropsychologiques psychiques.

L'assuré n'avait subi aucune atteinte cérébrale concrète ; il appartenait à l'assureur de vérifier si le traumatisme crânio-cérébral avait entraîné une lésion objectivable de type contusion cérébrale ou si ce traumatisme se situait plutôt au niveau d'une commotion cérébrale, sans lésion au niveau du cerveau.

Les experts n'avaient pas retenu uniquement sur le plan neurologique une discordance entre l'importance des troubles (il n'y en avait pratiquement pas au niveau neurologique) et le caractère modeste du traumatisme au niveau radiologique. Même lorsqu'il s'était agi d'apprécier le lien causal (naturel) par rapport aux dysfonctionnements cognitifs et émotionnels, l'expert neuropsychologue s'était lui aussi étonné d'un certain manque de congruence.

L'effet suspensif de l'opposition était retiré.

30. Le 8 février 2018, le Dr G_____, a indiqué avoir vu l'assuré le 21 juillet 2014 et a posé le diagnostic de status post accident de la voie publique le 8 décembre 2010 avec comme séquelles une instabilité et des douleurs de l'épaule droite ; des douleurs fémoro-patellaires gauches et des douleurs costales droites. Il y avait une vraisemblance proche de la certitude que ses douleurs le limitaient fonctionnellement dans beaucoup d'activités dans le long terme ; l'instabilité de l'épaule droite pouvait créer dans le long terme de l'arthrose.
31. Le 26 février 2018, le docteur M_____, FMH médecine interne générale, a attesté d'une activité usuelle de l'assuré nettement diminuée à gauche entre son examen de 2010 et son examen de 2015.
32. Le 28 février 2018, l'assuré a fait opposition à la décision du 26 janvier 2018 en concluant, préalablement à la restitution de l'effet suspensif à l'opposition, et principalement, à l'annulation de la décision et au versement des prestations d'assurance depuis le 1^{er} novembre 2017, dont les traitements médicaux et une IPAI.

Il a communiqué :

- un certificat médical du Dr C_____, attestant suivre l'assuré depuis 2011 suite à un traumatisme crânio-cérébral sévère avec hémorragie sous-arachnoïdienne fronto-insulaire droite entraînant des troubles neuropsychologiques persistants ; selon les publications connues à ce jour, un traumatisme crânio-cérébral pouvait être associé à diverses altérations neurocomportementales ou d'ordre cognitif voire neuropsychiatriques, même en l'absence de dommage structurel

macroscopique cérébral. Il appuyait les conclusions des experts du CEMed quant à la causalité entre les troubles et l'accident.

33. Par décision du 20 décembre 2018, l'assureur a rejeté l'opposition de l'assuré au motif qu'aucun critère pertinent pour admettre la causalité adéquate entre les troubles psychiques du recourant et l'accident n'était donné. La décision ne se prononçait pas sur la demande de restitution de l'effet suspensif formée par l'assuré.
34. Le 12 janvier 2019, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision du 20 décembre 2018 en concluant, préalablement, à l'octroi de l'effet suspensif au recours avec le versement des indemnités journalières depuis le 1^{er} novembre 2017 et, principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi des prestations d'assurance depuis le 1^{er} novembre 2017, dont la prise en charge des traitements médicaux et le versement d'une IPAI. S'agissant de l'effet suspensif, le recourant a relevé que la suppression des prestations d'assurance avait eu, pour lui, des conséquences désastreuses du point de vue financier, psychologique et familial.
35. Par décision du 4 février 2019, l'assureur a rendu une nouvelle décision sur opposition, identique à celle du 20 décembre 2018, sous réserve qu'elle spécifie que l'effet suspensif d'un éventuel recours est retiré.
36. Le 6 février 2019, le recourant a informé la chambre de céans qu'il avait requis de l'assureur l'annulation de la décision du 4 février 2019, dans un courrier du même jour, au motif qu'une reconsidération de la décision du 20 décembre 2018 ne pouvait aggraver les conséquences de celle-ci, alors que c'était le cas par le biais du retrait de l'effet suspensif à un éventuel recours.
37. Le 7 février 2019, l'assureur a conclu au rejet de la demande de restitution de l'effet suspensif. L'intérêt de l'administration au retrait de l'effet suspensif en cas de suppression des prestations l'emportait sur l'intérêt de l'assuré à percevoir celles-ci. En effet, de deux choses l'une : ou bien la situation de l'assuré était précaire et il était alors à craindre que s'il n'obtenait pas gain de cause sur le fond de la contestation, la procédure en restitution des prestations versées à tort se révélerait infructueuse, ce qui justifiait le retrait de l'effet suspensif. Ou bien l'assuré avait des ressources suffisantes pour couvrir l'éventuelle créance en restitution, et dans ce cas, ses intérêts n'étaient pas mis en péril par le retrait de l'effet suspensif. Compte tenu de cette alternative, il y avait lieu d'admettre que l'intérêt de l'assureur-accidents à suspendre l'allocation de ses prestations l'emportait sur celui de l'assuré à percevoir les prestations litigieuses pendant toute la durée du procès. En l'occurrence, l'assuré avait fait valoir des conséquences financières désastreuses suite à la décision litigieuse ; de plus, la position de l'assureur reposait sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire ; l'assuré ne disposait pas de ressources suffisantes pour couvrir une éventuelle créance en restitution. Le retrait de l'effet suspensif devait donc être confirmé.

38. Le 13 février 2019, le recourant a relevé que la question de l'effet suspensif restait ouverte et a requis un délai pour dupliquer.
39. Le 5 mars 2019, le recourant a dupliqué en relevant que depuis le 1^{er} septembre 2015, il recevait une rente d'invalidité ; aussi avait-il sollicité l'institution de prévoyance professionnelle de son employeur, soit l'Allianz suisse société sur la vie SA (ci-après : l'institution LPP), laquelle ne lui avait toutefois toujours pas répondu. L'assureur ne pouvait, en cours de procédure, rendre une nouvelle décision qui péjorait sa situation, de sorte qu'il ne pouvait s'agir que d'une proposition de retrait de l'effet suspensif au recours. Il n'y avait aucun motif pour que l'assureur cesse avec effet immédiat le versement des indemnités journalières. Son comportement était contraire aux règles de la bonne foi. La cessation des prestations le mettait dans une situation financière très précaire, alors que l'intérêt de l'assureur était préservé par le fait que l'institution LPP devait lui verser une rente d'invalidité dès que l'indemnité journalière de l'assurance-accidents cessait, comme c'était le cas depuis le 1^{er} novembre 2017. En conséquence, il serait en mesure de payer une éventuelle créance en restitution de la part de l'assureur.

Il a communiqué :

- un courrier de sa part adressé le 24 mars 2016 à l'institution LPP, réclamant à celle-ci le versement de prestations d'invalidité, suite à la décision de l'OAI du 4 mars 2016 ;
 - un courrier de relance du 31 janvier 2017 ;
 - un courrier de l'institution LPP du 22 février 2017 l'informant que le droit à la rente était différé tant que l'assuré touchait l'intégralité de son salaire ou des indemnités journalières à hauteur de 80 % de la perte de salaire subie ; dès que les indemnités journalières seraient épuisées et une décision de l'assurance-invalidité rendue, il serait informé de la suite ;
 - un courrier de l'assuré à l'institution LPP du 27 novembre 2017 réclamant le versement d'indemnités LPP ;
 - un courrier de l'assuré à l'institution LPP du 14 février 2019 l'informant que le 4 février 2019, l'assureur avait rendu exécutoire sa décision de suppression de l'indemnité journalière, de sorte qu'il avait droit à des indemnités LPP ;
40. Sur quoi, la cause a été gardée à juger sur la question de l'effet suspensif.

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. A 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.
3. a. Selon l'art. 54 al. 1 let. c LPGA les décisions et les décisions sur opposition sont exécutoires lorsque l'effet suspensif attribué à une opposition ou à un recours a été retiré.

En vertu de l'art. 11 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11), l'opposition a un effet suspensif, sauf si un recours contre la décision prise sur opposition n'a pas d'effet suspensif de par la loi, si l'assureur a retiré l'effet suspensif dans sa décision, si la décision a une conséquence juridique qui n'est pas sujette à suspension (al. 1). L'assureur peut, sur requête ou d'office, retirer l'effet suspensif ou rétablir l'effet suspensif retiré dans la décision. Une telle requête doit être traitée sans délai (al. 2).

b. La LPGA ne contient aucune disposition topique en matière d'effet suspensif. Selon l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de la procédure administrative en matière d'assurances sociales qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 de la LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA - RS 172.021). L'art. 61 LPGA, qui règle la procédure de recours devant le tribunal cantonal des assurances, renvoie quant à lui à l'art. 1 al. 3 PA. Aux termes de cette disposition, l'art. 55 al. 2 et 4 PA relatif au retrait de l'effet suspensif est applicable à la procédure devant les autorités cantonales de dernière instance qui ne statuent pas définitivement en vertu du droit public fédéral.

L'art. 55 al. 3 PA prévoit que l'autorité de recours ou son président peut restituer l'effet suspensif à un recours auquel l'autorité inférieure l'avait retiré; la demande de restitution de l'effet suspensif est traitée sans délai.

4. a. Conformément à la jurisprudence relative à l'art. 55 PA à laquelle l'entrée en vigueur de la LPGA et de l'OPGA n'a rien changé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 46/04 du 24 février 2004 consid. 1, in HAVE 2004 p. 127), la possibilité de retirer ou de restituer l'effet suspensif au recours n'est pas subordonnée à la condition qu'il existe, dans le cas particulier, des circonstances tout à fait exceptionnelles qui justifient cette mesure. Il incombe bien plutôt à l'autorité appelée à statuer d'examiner si les motifs qui parlent en faveur de l'exécution immédiate de la décision l'emportent sur ceux qui peuvent être invoqués à l'appui de la solution contraire. L'autorité dispose sur ce point d'une certaine liberté d'appréciation. En général, elle se fondera sur l'état de fait tel qu'il résulte du dossier, sans effectuer de longues investigations supplémentaires. En procédant à la pesée des intérêts en présence, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent également être prises en considération; il faut cependant qu'elles ne fassent aucun doute (ATF 124 V 82 consid. 6a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_885/2014 du 17 avril 2015 consid. 4.2).

b. Dans le contexte de la révision du droit à la rente, l'intérêt de la personne assurée à pouvoir continuer à bénéficier de la rente qu'elle percevait jusqu'alors n'est pas d'une importance décisive, tant qu'il n'y a pas lieu d'admettre que, selon toute vraisemblance, elle l'emportera dans la cause principale. Ne saurait à cet égard constituer un élément déterminant la situation matérielle difficile dans laquelle se trouve la personne assurée depuis la diminution ou la suppression de la rente. En pareilles circonstances, l'intérêt de l'administration apparaît généralement prépondérant, puisque dans l'hypothèse où l'effet suspensif serait accordé et le recours serait finalement rejeté, l'intérêt de l'administration à ne pas verser des prestations paraît l'emporter sur celui de la personne assurée; il serait effectivement à craindre qu'une éventuelle procédure en restitution des prestations versées à tort ne se révèle infructueuse (ATF 119 V 503 consid. 4 et les références; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 267/98 du 22 octobre 1998, in VSI 2000 p. 184 consid. 5; Hansjörg SEILER, in Praxiskommentar zum VwVG, n° 103 ad art. 55 PA).

5. Le recours devant le tribunal cantonal des assurances est une voie de droit ordinaire possédant un effet dévolutif: un recours présenté dans les formes requises a pour effet de transférer à la juridiction cantonale la compétence de statuer sur la situation juridique objet de la décision attaquée. L'administration perd la maîtrise de l'objet du litige, en particulier celle des points de fait susceptibles de fonder la décision attaquée (ATF 9C_403/2010 du 31 décembre 2010 consid. 3.1). Il en découle en principe que l'administration n'a plus, dès ce moment, la faculté de procéder à des mesures d'instruction nouvelles ou complémentaires et ne peut modifier la décision querellée en rendant une nouvelle décision (ATF 127 V 228 consid. 2b/aa ; ATF 125 V 345 consid. 2b/aa). Le principe de l'effet dévolutif du recours connaît cependant une exception, en tant que l'administration peut reconsidérer sa décision jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours (art. 53 al. 3 LPGA). Pour des motifs liés à l'économie de procédure, il se justifie en effet de permettre à l'administration de revenir lite pendente sur sa décision, lorsque celle-ci s'avère, à la lecture de l'acte de recours, manifestement erronée (ATF 9C_403/2010 du 31 décembre 2010 consid. 3.2).

La décision prise pendente lite ne met fin au litige que dans la mesure où elle correspond aux conclusions du recourant. Le litige subsiste dans la mesure où la nouvelle décision ne règle pas toutes les questions à satisfaction du recourant ; l'autorité saisie doit alors entrer en matière sur le recours dans la mesure où l'intéressé n'a pas obtenu satisfaction, sans que celui-ci doive attaquer le nouvel acte administratif (ATF 113 V 237). Dans un arrêt non publié du 15 juin 2007 (ATF non publié I 115/06, consid. 2.1) appliquant l'art. 53 al. 3 LPGA, le Tribunal fédéral des assurances a confirmé cette jurisprudence.

Dans la mesure où la nouvelle décision rendue pendente lite conformément à l'art. 53 al. 3 LPGA entraîne une péjoration de la situation juridique du recourant, elle ne saurait revêtir la force matérielle d'une décision administrative, ne met pas

fin au litige et doit être considérée comme une simple proposition faite au juge par l'une des parties au procès (ATF 109 V 234 consid. 2; VSI 1994 p. 281 consid. 4a et les références; voir également arrêts H 142/06 et 145/06 du 8 juin 2007, H 36/06 et H 37/06 du 5 juin 2006, I 450/04 du 6 octobre 2005 et H 41/02 du 19 août 2002 ; DUPONT-MOSER-SZELESS, LPGA commentaire, 2018, p.647, n° 107).

6. En l'occurrence, la question de savoir si la nouvelle décision de l'intimée du 4 février 2019, retirant l'effet suspensif à un éventuel recours est une décision qui péjore la situation du recourant, ce qui semble a priori être le cas, peut cependant en l'état rester ouverte, la chambre de céans devant, en toute hypothèse, se prononcer sur la question de l'effet suspensif, étant saisie soit d'une demande de retrait de l'effet suspensif de la part de l'intimé, soit d'une demande de restitution de l'effet suspensif de la part du recourant.
7. a. L'intimée estime que son intérêt à suspendre ses prestations pendant la durée du procès l'emporte sur l'intérêt du recourant à les percevoir dès lors que celui-ci ne disposerait pas de ressources suffisantes pour couvrir une éventuelle créance en restitution. De surcroît, elle relève que sa décision est fondée sur l'expertise du CEMed.

Quant au recourant, il fait valoir qu'il se retrouve, en raison de l'exécution immédiate de la décision litigieuse, dans une situation financière, psychologique et familiale très difficile, de sorte qu'il présente un intérêt manifeste à ce que l'effet suspensif soit prononcé, étant par ailleurs relevé que, reconnu invalide à 100 % par l'OAI depuis le 1^{er} mai 2015, il aura droit au versement d'une rente d'invalidité de l'institution LPP, ce qui lui permettra, en cas de rejet du recours, de rembourser l'intimée.

b. La chambre de céans considère que le recours doit avoir effet suspensif pour les motifs qui suivent :

S'agissant de l'intérêt du recourant à ce que la décision de suspension des prestations de l'intimée ne soit pas immédiatement exécutée, il est, d'un point de vue économique, non contestable et admis par l'intimée, étant constaté que l'institution LPP ne lui verse toujours pas de rente d'invalidité. Au surplus, la chambre de céans constate que Mme F_____ a expliqué, dans un rapport circonstancié du 18 janvier 2018, que le recourant avait bénéficié d'un traitement de réhabilitation neuropsychologique depuis le 21 mai 2011, d'abord deux fois par semaine durant une année, puis une fois par semaine et cela jusqu'au 30 octobre 2017, date à laquelle l'intimée avait stoppé tout remboursement. Le traitement, non pris en charge par l'assurance-maladie était hautement nécessaire et le recourant était, depuis son interruption, livré à lui-même, ce qui était fâcheux et incompréhensible, ce d'autant plus que l'expertise du CEMed soulignait la nécessité du maintien de la prise en charge neuropsychologique pour aider le recourant dans sa phase d'acceptation mais aussi pour éviter une aggravation de son état de santé, ce qui n'était pas le cas actuellement. A cet égard, il est à constater

que les experts du CEMed ont effectivement conclu à la nécessité d'un accompagnement psychologique par la neuropsychologue, tant pour soutenir la phase de prise de conscience des troubles cognitifs que pour éviter une notable aggravation de l'état de santé. En privant, avec effet immédiat le recourant de toute prestation, l'intimée a provoqué l'interruption du suivi neuropsychologique régulier dont il bénéficiait depuis 2011, avec des conséquences délétères sur sa santé, comme relevé par Mme F_____.

Dans ces conditions, il y a lieu de constater que le recourant présente un intérêt marqué à la poursuite de la prise en charge de son traitement ainsi qu'au versement des indemnités journalières.

S'agissant du risque économique que l'intimée subirait en cas de reprise des prestations, il convient de relever qu'il n'est pas prépondérant dès lors que le recourant a exposé qu'il allait être mis au bénéfice d'une rente d'invalidité selon la LPP, étant déjà au bénéfice d'une rente entière d'invalidité versée par l'OAI (art. 23 al. let. a et 24 al. 1 let. c LPP). L'intimée n'a pas remis en cause ces affirmations, lesquelles découlent de surcroît également du courrier du 22 février 2017 de l'institution LPP reconnaissant que dès l'épuisement des indemnités journalières, selon décision de l'intimée, elle informerait le recourant de la suite de la procédure, le droit au versement d'une rente étant différé aussi longtemps que le recourant touchait des indemnités journalières à hauteur de 80 % de la perte de salaire subie.

Il convient encore de souligner que les prévisions sur l'issue du litige au fond, en particulier sur les chances de succès du recours, n'ont pas à être prises en considération, le recourant ayant démontré qu'il présentait un intérêt manifeste à recevoir les prestations de l'intimée, sans risque financier établi pour celle-ci.

Enfin, l'intimée estime que sa décision est fondée, dès lors qu'elle repose sur l'expertise du CEMed. Elle semble prétendre que le recours n'aurait aucune chance de succès, soit que sa propre décision serait de toute évidence justifiée, élément, s'il était avéré, qui pourrait effectivement remettre en cause une suspension de la décision litigieuse (sur ce point, arrêt du Tribunal fédéral 9C 885/2014 du 17 avril 2015). Toutefois, à cet égard, l'expertise du CEMed reconnaît de façon claire un lien de causalité naturelle entre les troubles neuropsychologiques du recourant et l'accident et qualifie ceux-ci de déficits cognitifs résiduels importants (expertise du CEMed p. 24), ce qui suffit, au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral (voir, à cet égard, arrêt du Tribunal fédéral 8C 727/2016 du 20 octobre 2017, consid. 9.3), pour écarter l'hypothèse selon laquelle le recours n'aurait aucune chance d'être admis.

8. Au vu de ce qui précède, la pesée des intérêts en présence commande qu'il soit donné une importance prépondérante à l'intérêt du recourant, par rapport à celui de l'intimée.

En conséquence, il sera dit que le recours a effet suspensif.

La suite de la procédure sera réservée.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant selon l'art. 21 al. 2 LPA-GE

1. Dit que le recours a effet suspensif.
2. Réserve la suite de la procédure.
3. 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) aux conditions de l'art. 93 al. 1 LTF; 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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