



POUVOIR JUDICIAIRE

A/813/2024

ATAS/209/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt incident du 28 mars 2024

Chambre 6

En la cause

A _____

recourant

représenté par Me Thierry ULMANN, avocat

contre

ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCE S.A.

intimée

représentée par Me Fabrice COLUCCIA, avocat

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente.

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1982, au bénéfice d'un bachelor en économie d'entreprise - ressources humaines de la Haute école de gestion, travaillait depuis le 12 octobre 2007 pour B_____ et était assuré à ce titre pour les accidents professionnels et non professionnels auprès d'Allianz suisse société d'assurance S.A. (ci-après : l'assureur ou l'intimée).

b. Le 8 décembre 2010, l'assuré a été victime d'un accident alors qu'il circulait au guidon d'un motocycle, il est entré en collision avec un véhicule qui venait de s'engager sur sa route et qui ne lui a pas accordé la priorité. L'assuré, qui circulait à environ 50 km/h, n'a pas réussi à s'arrêter malgré un freinage d'urgence. Le pneu avant de son scooter a glissé sur la chaussée détrempeée avant de venir percuter le flanc gauche du véhicule. Présentant notamment un hématome à la tête, l'assuré a été transporté en ambulance aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG ; rapport de police du 13 décembre 2010).

B. a. Un CT thoraco-abdominal du 8 décembre 2010 a conclu à l'absence de lésion traumatique récente.

b. Le résumé de séjour de l'assuré du 9 décembre 2010 au service des urgences des HUG atteste comme diagnostic principal une hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique et une perte de connaissance avec amnésie circonstancielle. L'assuré se plaignait de douleurs basi-thoraciques droites et au flanc droit. Alors qu'il roulait sur un scooter, il avait été éjecté, avec réception frontale sur le sol, avec une haute énergie (50 km/h).

Le CT scan tête-bassin a conclu à :

- une hémorragie sous-arachnoïdienne fronto-insulaire droite. Pas de lésion osseuse traumatique. Petite lésion en verre de l'os spongieux de la branche montante de la mandibule droite sans atteinte corticale ;
- pas de lésion traumatique du rachis cervico-dorso-lombaire ;
- au thorax, pas de lésion des gros vx ni de contusions parenchymateuses ; troubles ventilatoires ;
- abdo : pas de lésion traumatique récente.

Le CT scan cérébral de contrôle effectué le 9 décembre 2010 attestait une régression de l'hémorragie sous-arachnoïdienne.

Le traitement consistait notamment en la surveillance de l'assuré, car il n'y avait pas de sanction chirurgicale envisagée par le neurochirurgien.

c. En raison d'une recrudescence des céphalées et des nausées, une tomodensitométrie axiale computerisée du cerveau a été effectuée le 5 janvier 2011, concluant 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 anévrismale ni shunt artério-veineux ; sinusite maxillaire bilatérale.

d. Le 17 février 2011, le docteur C_____, spécialiste FMH en neurologie, a mentionné que l'assuré avait présenté une perte de connaissance, un traumatisme crânio-cérébral (ci-après : TCC) 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. Le diagnostic était des troubles neuropsychologiques post-traumatiques persistants.

e. En raison de troubles cognitifs et mnésiques, de céphalées et nausées, une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du cerveau a été effectuée le 21 février 2011. Elle 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 anévrismale ; image polypoïde à composante hydrique de signal hypo-intense en T1 et hyper-intense en T2 dans le cadre de sinusite maxillaire aiguë.

f. 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, avec au premier plan un ralentissement psychomoteur et des troubles attentionnels sévères, auxquels s'associaient des troubles exécutifs modérés et des difficultés mnésiques sensibles en modalité verbale. Quatre mois post TCC, ces troubles cognitifs en constituaient les séquelles. Celles-ci étaient sévères et étaient de nature à empêcher actuellement toute reprise de l'activité professionnelle. Vu la sévérité du tableau d'atteinte cognitive, elle proposait une réhabilitation neuropsychologique. L'assuré, qui voulait se présenter au test d'admission pour l'école de police des finances, était seulement partiellement nosognosique de ses difficultés cognitives (rapport du 19 avril 2011).

g. Le 2 mai 2011, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a attesté de troubles mnésiques et cognitifs marqués. Des démarches étaient faites pour entreprendre un suivi neuropsychologique adapté avec un traitement de l'atteinte mnésique et cognitive. L'assuré était objectivement dans l'incapacité d'entreprendre de nouvelles études ou d'avoir une activité professionnelle.

h. Le 5 mai 2011, Madame D_____ a attesté, vu les sévères troubles cognitifs, qu'une réhabilitation neuropsychologique était nécessaire auprès d'un spécialiste.

i. 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 des troubles cognitifs, comportementaux et émotionnels de nature modérée à sévère compatibles avec les séquelles du TCC du 8 décembre

2010. L'assuré était partiellement nosognosique de ces troubles cognitifs. Il était peu conscient de la gravité de ses troubles et des répercussions que cela pouvait avoir dans le cadre professionnel. Il n'avait aucun souvenir de son accident. Un bilan logopédique complet paraissait justifié. Compte tenu des troubles, de leur intensité et de la nosognosie partielle, la reprise d'un emploi paraissait risquée et prématurée. L'assuré insistait toutefois très fortement depuis le début à cette reprise professionnelle. Il avait trouvé, par lui-même, un emploi à 20% (rapport du 29 juin 2012).

j. 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.

k. Le 19 octobre 2012, Madame F_____ a attesté une reprise thérapeutique de travail à 20% le 1^{er} juillet 2012 ; il fallait s'attendre à un dommage résiduel.

l. L'assuré a été soumis à un bilan neuropsychologique d'évolution les 1^{er}, 8 et 12 juillet 2013 par Madame F_____, laquelle a constaté une amélioration globale de toutes les fonctions cognitives et comportementales, mais le maintien d'une limitation cognitive ; l'assuré 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. L'assuré était toujours partiellement nosognosique de ses troubles cognitifs. La conscience des troubles était meilleure. Toutefois, la gravité de son état et les conséquences que cela pouvait avoir sur le long terme n'étaient pas encore intégrées. Cela engendrait parfois des projets peu réalistes de sa part. Les troubles étaient compatibles avec les séquelles liées au TCC. L'anxiété aggravait de façon importante le tableau, en ayant un effet direct sur certaines performances (rapport du 29 juillet 2013).

m. Le 3 septembre 2013, un CT du thorax a conclu à l'absence de nodule identifiable au niveau du parenchyme pulmonaire droit, nodule de 2.5 cm appartenant à un petit granulome banal du segment de Fowler gauche.

n. Le 28 juillet 2014, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation (H_____ Médecine), a attesté un polytraumatisme, une tendinopathie de l'épaule droite et une entorse à la colonne dorsale, avec persistance de douleurs costales droites et à l'épaule droite.

o. L'assuré a été soumis à un bilan neuropsychologique d'évolution les 7, 14 et 22 août 2014 par Madame F_____ concluant à de meilleures performances (mais dues à la mise en place de stratégies pour pallier ses difficultés) et à la persistance de limitations cognitives, avec fatigabilité, compatible avec les séquelles du TCC du 8 décembre 2010. L'assuré présentait des pertes d'équilibre et des maux de tête quand il devait se concentrer longuement ou réfléchir. Le pourcentage d'activité lucrative à 30% n'avait jamais pu être augmenté en raison de la fatigabilité et du nombre d'erreurs commises (rapport du 12 septembre 2014).

p. L'assuré a été soumis à un bilan neuropsychologique d'évaluation par Madame F_____ les 24 juin, 2 et 9 juillet 2015, concluant à une amélioration des performances due 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 (rapport du 3 août 2015).

q. Les 29 janvier et 29 septembre 2013, 4 janvier 2014, 11 octobre 2015 et 1^{er} novembre 2015, le Dr E_____ a attesté des troubles cognitifs sur TCC post accident.

r. Par décision du 4 mars 2016, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité (100%) depuis le 1^{er} mai 2015.

s. L'assuré a été soumis à un bilan neuropsychologique d'évaluation les 22, 28 avril, 3 et 13 mai 2016 par Madame 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 aspects comportementaux et thymiques étaient moins bons ; la fatigue représentait un handicap massif pour toutes les activités de la vie quotidienne ; 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 stabilisation était atteinte (rapport du 31 mai 2016).

C. a. Le 19 octobre 2016, le I_____ (ci-après : I_____) (docteurs J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, K_____, spécialiste FMH en neurologie et Madame L_____, 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.

Les experts ont posé le diagnostic de status après accident de la voie publique le 8 décembre 2010 ayant entraîné un TCC modéré à moyennement important avec hémorragie sous-arachnoïdienne fronto-insulaire droite ; sur le plan neuropsychologique : des troubles attentionnels, mnésiques et exécutifs, fatigabilité, changements comportementaux et émotionnels consécutifs à l'événement accidentel du 8 décembre 2010 ; un syndrome post-commotionnel (F07.2) associant des céphalées, sensations vertigineuses, fatigue, irritabilité, troubles cognitifs, sentiments dépressifs et anxieux ; un 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 Madame 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 cinq 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 dysfonctionnements cognitifs importants, la nature des déficits cognitifs, l'absence d'arguments en faveur d'un défaut d'effort, d'une affection psychiatrique invalidante ou d'autres facteurs étrangers à l'accident amenaient à penser qu'ils 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).

b. Le 29 novembre 2016, l'assuré, représenté par un avocat, a contesté auprès de l'assureur le degré de l'atteinte à l'intégrité fixé par le I_____ et a requis un degré de 50%.

c. Le 14 juillet 2017, le docteur M_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a attesté de séquelles neuropsychologiques sévères post TCC.

d. 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 I_____ 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 droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : 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.

e. Le 9 novembre 2017, Madame 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 provoquaient des troubles fonctionnels au quotidien assez importants. La prise de conscience des limites s'accompagnait d'un état dépressif léger qui était traité par l'instauration d'un antidépresseur et d'un soutien psychologique.

f. 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 I_____ parlaient bien d'un TCC et même une commotion cérébrale pouvait entraîner un syndrome post-commotionnel à long terme. Les experts du I_____ 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. Enfin, l'assuré contestait ne pas présenter de séquelles physiques.

Il a communiqué :

- un rapport du 28 décembre 2017 du Dr M_____ 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 I_____, 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 I_____. L'assuré présentait un syndrome post-commotionnel (selon le rapport du I_____), avec impact sévère sur ses activités de la vie quotidienne amenant à un handicap majeur. La causalité avec l'accident était clairement attestée par le I_____. Les limitations fonctionnelles étaient liées

aux troubles cognitifs séquellaires et d'ordre neurologique et donc pas d'ordre psychologique ou psychiatrique ;

- un rapport de Madame 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 un 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). Les troubles cognitifs, comportementaux et émotionnels devaient être considérés de gravité moyenne (table 8 de la SUVA), soit 50% d'IPAI. La décision de l'assureur lui paraissait incompréhensible.

g. Par décision du 26 janvier 2018, l'assureur a cessé toute prestation au 1^{er} novembre 2017 ; le TCC subi, qui n'avait entraîné aucune lésion cérébrale, se situait au niveau d'une commotion cérébrale ; la causalité adéquate devait donc être examinée selon la jurisprudence applicable aux troubles psychiques ; le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident, de gravité moyenne, n'était pas donné, en relevant que les circonstances de l'accident n'avaient pas été particulièrement dramatiques. La lésion neurologique initiale, certes importante, 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.

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. Par ailleurs, en l'absence de séquelles physiques, il n'y avait pas de droit à une IPAI. Enfin, l'effet suspensif de l'opposition était retiré.

h. 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 la prise en charge des traitements médicaux et une IPAI.

Il a communiqué :

- un rapport du 8 février 2018 du Dr G_____, indiquant avoir vu l'assuré la dernière fois le 21 juillet 2014 et avoir 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, avec de sévères limitations fonctionnelles ;
- un rapport du 26 février 2018 du docteur N_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, attestant une acuité visuelle de l'assuré nettement diminuée à gauche entre son examen d'avril 2010 et son examen de mars 2015.
- un certificat médical du 27 février 2018 du Dr C_____, attestant suivre l'assuré depuis 2011 suite à un TCC sévère avec hémorragie sous-arachnoïdienne fronto-insulaire droite entraînant des troubles neuropsychologiques persistants ; selon les publications connues à ce jour, un TCC pouvait être associé à diverses altérations neurocomportementales ou d'ordre cognitif voire neuropsychiatriques, même en l'absence de dommage structurel macroscopique cérébral ; l'assuré avait présenté une hémorragie sous-arachnoïdienne post-traumatique, ces signes avaient disparu, mais les séquelles neuropsychologiques persistaient. Même s'il n'était pas possible de mettre en évidence des lésions objectives sur le plan cérébral, la relation de causalité naturelle et adéquate pouvait être retenue et il appuyait les conclusions des experts du I_____ à cet égard.

i. Par décision du 20 décembre 2018, l'assureur a rejeté l'opposition au motif qu'aucun critère pertinent pour admettre la causalité adéquate entre les troubles psychiques de l'assuré et l'accident, de gravité moyenne – ce que l'assuré ne contestait pas - n'était donné. Le TCC se situait au niveau d'une commotion cérébrale. Les experts avaient admis le lien de causalité naturelle, tout en relevant le manque de congruence entre la bonne évolution des lésions et la persistance des dysfonctionnements cognitifs et émotionnels importants. La causalité adéquate s'examinait selon la jurisprudence applicable aux troubles psychiques. L'accident

n'avait pas été particulièrement impressionnant, il n'avait pas provoqué de lésion particulièrement grave puisque l'hémorragie s'était résorbée rapidement ; le traitement en cours ne se rapportait pas à une lésion somatique ; l'incapacité de travail n'était pas liée à une atteinte neurologique, mais en raison de troubles neuropsychologiques et psychiques ; au plan neurologique l'assuré n'avait pas présenté de douleurs importantes ; le traitement médical avait été adéquat ; il n'y avait pas eu d'erreur dans le traitement ; ni de difficultés ou de complications concernant les lésions somatiques. La lésion neurologique initiale n'avait pas présenté de caractère de gravité particulier puisqu'elle s'était résorbée assez rapidement, ne laissant aucune séquelle cérébrale.

La décision ne se prononçait pas sur la demande de restitution de l'effet suspensif formée par l'assuré.

j. Le 18 janvier 2019, l'assuré, représenté par son conseil, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de cette décision, en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'octroi de l'effet suspensif au recours avec le versement des indemnités journalières depuis le 1^{er} novembre 2017, à la comparution personnelle des parties et à l'audition des médecins traitants 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.

Par ailleurs, il contestait l'IPAI à 35% retenue par les experts. En lisant leur rapport, il était évident que l'atteinte à l'intégrité psychique était de 50%. Par conséquent, les séquelles étaient d'une gravité particulière.

k. Le 4 février 2019, l'assureur a rendu une nouvelle décision sur opposition, identique à celle du 20 décembre 2018, sous réserve qu'elle spécifiait que l'effet suspensif d'un éventuel recours était retiré.

l. Le 5 février 2019, la chambre de céans a indiqué à l'assureur que sa décision du 4 février 2019 remplaçait dorénavant celle du 20 décembre 2018.

m. Le 6 février 2019, l'assuré 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.

n. Le 7 février 2019, l'assureur a conclu au rejet de la demande de restitution de l'effet suspensif.

o. Le 13 février 2019, l'assuré a relevé notamment que l'acte du 4 février 2019 n'était pas une nouvelle décision, mais une simple proposition faite au juge. Il n'entendait pas déposer un nouveau recours.

p. Par arrêt incident du 21 mars 2019, la chambre de céans a jugé que le recours avait un effet suspensif et a réservé la suite de la procédure (ATAS/239/2019).

q. Sur le fond, par réponse du 1^{er} avril 2019, l'assureur a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours.

Il a fait valoir notamment que le rapport du Dr G_____ faisait état d'une consultation qui remontait au 21 juillet 2014. Partant, l'assuré n'avait plus revu ce médecin depuis plus de quatre ans. Tel était également le cas du Dr N_____.

Il a indiqué qu'il ne contestait pas le lien de causalité naturelle entre les plaintes et l'accident. Les déficits neuropsychologiques étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident. Le lien de causalité adéquate n'était toutefois pas rempli.

La question de la causalité naturelle au plan neurologique était sans objet dès lors que l'expert avait constaté l'absence d'atteinte somatique sur ce plan.

Contrairement aux allégations du Dr M_____, il n'y avait aucune séquelle cérébrale.

Le Dr C_____ parlait de la possibilité qu'il subsiste un syndrome post-commotionnel à long terme entraînant des conséquences sur l'état de santé de l'assuré. Cela étant, aucun document médical n'avait fait état de l'existence de ces séquelles.

Comme le traumatisme crânien n'avait entraîné aucune lésion cérébrale, il se situait au niveau d'une commotion cérébrale et pas d'une contusion cérébrale. La causalité adéquate devait donc être examinée selon la jurisprudence applicable aux troubles psychiques. Les critères applicables à un accident de gravité moyenne, ce qui n'était pas contesté par le recourant, n'étaient pas remplis pour les motifs indiqués dans la décision litigieuse.

Enfin, l'assureur n'avait pas violé le droit d'être entendu du recourant. Les faits avaient été pris en considération dans la décision sur opposition, étant précisé que le recourant n'avait apporté aucun nouvel élément médical.

A l'appui de sa position, l'assureur a produit un rapport de Madame L_____ du 27 mars 2019, renvoyant à ses conclusions du 19 octobre 2016, à savoir que le recourant présentait des troubles attentionnels et exécutifs, une fatigabilité, des changements comportementaux et émotionnels causés par l'événement accidentel qui avait occasionné un TCC de degré modéré à moyen ; le trouble neuropsychologique, qui persistait cinq ans après l'accident, était stable et définitif ; il était de degré moyen, à savoir que du fait de son existence, la capacité fonctionnelle de l'assuré était significativement limitée au quotidien et pour la plupart des sollicitations professionnelles. Les experts n'avaient pas constaté d'éléments évoquant l'existence de facteurs étrangers à l'accident pouvant expliquer les plaintes et les troubles neuropsychologiques objectivés ; les troubles résiduels n'étaient pas non plus imputables à une affection psychiatrique invalidante ou à un défaut d'effort ; ils persistaient malgré le suivi neuropsychologique et n'étaient pas liés à une mauvaise compliance ou à un défaut d'investissement de sa part, dans les démarches de réinsertion

professionnelle qui avaient été tentées. En raison des échecs de ces dernières et des difficultés rencontrées dans sa vie quotidienne, l'assuré était devenu plus conscient de la sévérité de ses dysfonctionnements et de l'importance de ses pertes, ce qui avait retenti sur son estime.

r. Le 20 mai 2019, la chambre de céans a entendu les parties en audience.

s. L'assuré a répliqué le 28 mai 2019 et l'assureur a dupliqué le 15 juillet 2019.

D. a. Par arrêt du 2 décembre 2019 (ATAS/1117/2019), la chambre de céans a partiellement admis le recours, annulé les décisions de l'assureur des 20 décembre 2018 et 4 février 2019, dit que les troubles neuropsychologiques et psychiques dont souffre l'assuré sont en lien de causalité avec l'accident du 8 décembre 2010, dit que l'assuré a droit, postérieurement au 1^{er} novembre 2017, au versement des prestations temporaires (indemnités journalières et prise en charge du traitement médical) pour les troubles neuropsychologiques et psychiques, renvoyé la cause à l'assureur pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

b. Le 22 juin 2021, l'assuré a requis de l'assureur qu'il se prononce sur son droit à une rente d'invalidité.

c. Le 1^{er} juillet 2021, l'assureur a informé l'assuré qu'une expertise serait mise sur pied, suite à l'ATAS/1117/2019.

d. Le 7 juillet 2021, l'assuré a requis une décision de la part de l'assureur.

e. A la demande de l'assureur, le docteur O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rendu le 22 mars 2022 un rapport d'expertise selon lequel, à l'exception des troubles neuropsychologiques, les autres lésions n'étaient pas en lien probable avec l'accident et l'assuré n'avait aucun problème somatique avant celui-ci. La capacité de travail était nulle en raison des troubles neuropsychologiques.

f. Le 15 septembre 2022, l'assuré a contesté les conclusions orthopédiques de l'expertise du Dr O_____.

g. Le 24 janvier 2023, le Dr O_____ a confirmé les conclusions de son expertise.

h. Le 30 janvier 2023, Madame F_____ a informé l'assureur que l'état de santé de l'assuré était stable et qu'un bilan d'évolution n'apporterait aucune information supplémentaire. Le but des séances était de maintenir des acquis.

i. Le 8 avril 2023, le docteur P_____, médecin-conseil de l'assureur, a estimé qu'une expertise neuropsychologique était nécessaire car il n'y avait que l'opinion de la psychologue traitante.

j. Le 17 avril 2023, l'assureur a informé l'assuré qu'une expertise neuropsychologique était nécessaire afin de pouvoir examiner et, le cas échéant, fournir pour l'assuré d'autres prestations conformément aux dispositions légales. Il lui était proposé, à choix, deux centres d'expertises.

k. Le 24 avril 2023, l'assuré a contesté le bien-fondé d'une nouvelle expertise neuropsychologique, vu l'ATAS/1117/2019 admettant le lien de causalité entre l'accident et les troubles psychologiques et neuropsychologiques dont il souffrait.

l. Le 5 mai 2023, l'assureur a indiqué à l'assuré qu'une seconde opinion neurologique était nécessaire afin d'examiner si le lien de causalité naturelle était toujours donné, la capacité de travail de l'assuré, le *statu quo ante*, le droit à une IPAI et l'existence d'une impotence.

m. Le 23 mai 2023, Madame F_____ a rendu un rapport, adressé au Dr P_____. Elle continuait le suivi de l'assuré. Un nouveau bilan, effectué en janvier 2023, concluait à un état de santé stable depuis plusieurs années, grâce à la prise en charge thérapeutique. Dans ces conditions, elle ne comprenait pas le sens d'une nouvelle expertise, le dossier sur lequel s'était basé la chambre de céans en 2019 comprenait tous les éléments pertinents, l'état définitif était atteint depuis l'expertise du I_____ en 2016.

n. Le 19 juin 2013, le Dr P_____ a constaté qu'une seconde opinion (après celle de Madame F_____) était désirable, qu'il y avait au dossier une expertise orthopédique mais pas d'expertise neuropsychologique ou multidisciplinaire, de sorte qu'une expertise lui semblait indispensable.

o. Le 28 juin 2023, le docteur Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a répondu à un questionnaire de l'assureur. Les troubles neuropsychologiques étaient décrits par le I_____ en 2016 comme étant probablement stabilisés mais des performances fluctuantes étaient, d'un autre côté, relevées. Il n'y avait pas véritablement de plaintes psychiatriques. S'agissant de la nécessité d'une expertise, il ne semblait pas y avoir de fait nouveau.

p. Le 4 juillet 2023, le Dr E_____ a estimé que les plaintes somatiques étaient en lien avec l'accident.

q. Le 29 juillet 2023, Madame R_____, neuropsychologue FSP, a répondu à des questions de l'assureur. Elle a estimé que l'expertise neuropsychologique du I_____ de 2016 comportait des lacunes. Le cas était sans aucun doute stabilisé depuis de nombreuses années, au plus tard depuis l'expertise neuropsychologique d'août 2016. Une expertise en neuropsychologie, psychiatrie et neurologie était nécessaire pour se déterminer sur la capacité de travail et la causalité naturelle des troubles allégués.

r. Le 28 septembre 2023, l'assuré a écrit à l'assureur qu'il contestait, d'une part, l'expertise du Dr O_____, d'autre part, la nécessité de se soumettre à une nouvelle expertise neuropsychologique, psychiatrique et neurologique car son état était stable, ce que reconnaissent le Dr Q_____ et Madame R_____. Il a requis une décision se prononçant sur son droit à une rente d'invalidité.

s. Par décision du 5 octobre 2023, l'assureur a considéré que l'assuré refusait catégoriquement de se soumettre aux expertises demandées, de sorte que les

prestations d'assurance cesseraient au 30 septembre 2023, jusqu'à l'acceptation de se soumettre à une expertise pluridisciplinaire. L'effet suspensif à une éventuelle opposition était retiré.

t. Le 6 novembre 2023, l'assuré a fait opposition à la décision précitée, en concluant, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif et, principalement, à son annulation, à ce que l'assureur reprenne le versement des indemnités journalières ainsi que la prise en charge des frais de traitement dès le 30 septembre 2023 et à ce qu'il statue sur son droit à une rente d'invalidité et à une IPAI de 50%.

u. Par décision du 6 février 2024, l'assureur a rejeté l'opposition et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

E. a. Le 7 mars 2024, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision précitée, en concluant, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif et à la condamnation de l'assureur à verser les indemnités journalières depuis le 1^{er} octobre 2023 et à prendre en charge les frais de traitement, ainsi qu'à l'ouverture d'enquêtes et, principalement, à l'annulation de la décision et au constat qu'une nouvelle expertise pluridisciplinaire n'est pas nécessaire, au versement par l'assureur des prestations d'assurance (indemnités journalières et frais de traitement), à la constatation du lien de causalité entre les lésions orthopédiques et l'accident, et à ce qu'il soit ordonné de convertir les indemnités journalières en rente, et à lui verser une IPAI de 50%.

b. Le 22 mars 2024, l'assureur, représenté par un avocat, a conclu au rejet de la demande de restitution de l'effet suspensif au recours, au motif qu'il n'existait aucun motif raisonnable pour refuser une expertise pluridisciplinaire.

c. Le 27 mars 2024, l'assureur a communiqué son dossier.

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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la présente loi ne déroge expressément à la LPGA

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est *prima facie* recevable (art. 56 et 60 de la LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).

4.

4.1 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).

4.2 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.

4.3 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).

4.4 L'intérêt de la personne assurée à pouvoir continuer à bénéficier des prestations 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 des prestations. 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). La jurisprudence a également précisé que le retrait de l'effet suspensif prononcé dans le cadre d'une décision de diminution ou de suppression de rente à la suite d'une procédure de révision couvrait également la période courant jusqu'à ce qu'une nouvelle décision soit rendue après le renvoi de la cause par le tribunal cantonal des assurances pour instruction complémentaire, pour autant que la procédure de révision n'a pas été initiée de façon abusive (ATF 129 V 370 et 106 V 18 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral 8C_451/2010 du 10 novembre 2010 consid. 2 à 4, in SVR 2011 IV n. 33 p. 96 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_207/2014 du 1^{er} mai 2014 consid. 5.3).

5.

5.1 Selon 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'assureur détermine la nature et l'étendue de l'instruction nécessaire (al. 1^{bis}) ; 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).

5.2 Selon l'art. 55 al. 2 OLAA, l'assuré ou ses survivants doivent donner tous les renseignements nécessaires et tenir à disposition les pièces qui servent à déterminer les circonstances et les suites de l'accident et à fixer les prestations d'assurance, en particulier les rapports médicaux, les rapports d'expertises, les

radiographies et les pièces permettant de déterminer le gain de l'assuré.¹¹⁰ Ils doivent autoriser des tiers à fournir de tels documents et à donner des renseignements (al. 1); l'assuré doit se soumettre à d'autres mesures d'investigation ordonnées par l'assureur en vue d'un diagnostic et de la fixation des prestations, en particulier aux examens médicaux que l'on peut raisonnablement lui imposer. Ne sont pas raisonnablement exigibles les mesures médicales qui représentent un danger pour la vie ou la santé de l'assuré (al. 2).

5.3 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. Tel est le cas lorsqu'aucun motif légitime n'est perceptible ou lorsque le comportement de la personne assurée apparaît comme totalement incompréhensible. Il en va différemment lorsque la personne assurée n'est pas en mesure, en raison d'une maladie ou pour d'autres motifs, de donner suite aux mesures ordonnées ou refuse de se soumettre à une nouvelle expertise, parce que le dossier contient déjà une expertise conforme aux exigences de la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral U 571/2006 du 29 mai 2007 ; DUPONT / MOSER-SZELESS, Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, édition 2018, n. 51, p. 544).

6. En l'occurrence, il se justifie de restituer l'effet suspensif au recours, dès lors que le recourant, selon toute vraisemblance, obtiendra gain de cause sur le fond, singulièrement sur la question du bien-fondé de la suppression des prestations au 30 septembre 2023 pour défaut de collaboration.

6.1 L'arrêt de la chambre de céans du 2 décembre 2019, devenu définitif, dit, dans son dispositif, que les troubles neuropsychologiques et psychiques dont souffre le recourant sont en lien de causalité avec l'accident et que ce dernier a droit, postérieurement au 1^{er} novembre 2017, au versement de prestations temporaires pour ces troubles. La cause a été renvoyée à l'intimée pour instruction des atteintes orthopédiques, puis détermination du droit du recourant à une rente complémentaire d'invalidité et à une IPAI.

La chambre de céans a considéré que l'expertise pluridisciplinaire du I_____, comprenant les volets psychiatrique, neurologique et neuropsychologique était probante. Selon celle-ci, le recourant présentait une capacité de travail nulle comme agent de sécurité et de 50% dans une activité adaptée, soit une activité à faible responsabilité, au sein d'une petite équipe, n'impliquant pas ou peu de contact avec la clientèle et ne le plaçant pas en situation de rythme de travail imposé, ceci afin de permettre l'aménagement de pauses, un fractionnement des horaires et une surveillance, par un tiers responsable, de ses productions. Le tableau paraissait stabilisé et ne devait plus évoluer de façon significative.

Au demeurant, une instruction complémentaire n'a été jugée nécessaire par la chambre de céans que concernant l'aspect orthopédique, à l'exclusion des volets psychiatrique, neuropsychologique et neurologique. En particulier, le renvoi à

l'intimée pour calculer à nouveau l'IPAI n'a pas été conditionné à une nouvelle expertise psychiatrique, la chambre de céans ayant uniquement précisé qu'il incombait à l'intimée d'effectuer une nouvelle évaluation globale, tenant compte des aspects psychiatrique, neuropsychologique et, le cas échéant, après instruction complémentaire, orthopédique.

6.2 Dans ces conditions, l'imposition au recourant d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, psychiatrique, neurologique et neuropsychologique n'est pas justifiée. Elle l'est d'autant moins qu'aucun élément nouveau n'est avancé par l'intimée pour justifier une nouvelle appréciation médicale.

6.2.1 Au contraire, Madame F_____ a confirmé, dans ses appréciations des 30 janvier et 23 mai 2023, que l'état du recourant était stable depuis plusieurs années, ce que les spécialistes consultés par l'intimée, le Dr Q_____ et Madame R_____, ont également confirmé. Le Dr Q_____ a indiqué qu'il ne semblait pas y avoir de fait nouveau, l'état étant considéré comme stabilisé en 2016 (avec un conditionnel sur l'éventualité d'un progrès) et Madame R_____ a souligné que le cas était stabilisé depuis de nombreuses années, au plus tard depuis l'expertise neuropsychologique d'août 2016.

6.2.1.1. En particulier, Madame R_____ s'est principalement attachée à mettre en cause la valeur probante de l'expertise du I_____ et à proposer, pour ce motif, une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Or, à cet égard, selon la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.2 et la référence citée), le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir une « seconde opinion » sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas. L'assuré ne dispose pas non plus d'une telle possibilité. Il ne s'agit en particulier pas de remettre en question l'opportunité d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, mais de voir dans quelles mesure et étendue une instruction sur le plan médical doit être ordonnée pour que l'état de fait déterminant du point de vue juridique puisse être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante (KIESER, *ATSG-Kommentar*, 2^{ème} éd., n. 12 et 17 ad art. 43 LPGA). La nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise découle du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales. Cela dépend de manière décisive de la question de savoir si le rapport médical traite de façon complète et circonstanciée des points litigieux, se fonde sur des examens complets, prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et contient une description du contexte médical et une appréciation de la situation médicale claires, ainsi que des conclusions dûment motivées de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.2).

En l'occurrence, l'arrêt de la chambre de céans du 2 décembre 2019 a précisément considéré que l'expertise du I_____ était probante, de sorte qu'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, telle que la conçoit l'intimée, doit être qualifiée de seconde opinion non autorisée.

6.2.1.2. Madame R_____ a subsidiairement indiqué que les connaissances sur l'évaluation de l'effort et la validité des symptômes avaient évolué, ce qui n'est cependant pas un motif suffisant pour soumettre le recourant à une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Enfin, on ne voit pas en quoi la nouvelle IRM cérébrale évoquée par Madame R_____ serait pertinente, la causalité entre les troubles neuropsychologiques et psychiques ayant déjà été admise.

6.2.2 Enfin, comme relevé par le recourant, le Dr P_____ n'a pas du tout tenu compte du dossier médical, puisqu'il propose une expertise pluridisciplinaire au motif qu'aucune expertise neuropsychologique ou multidisciplinaire n'est présente au dossier, ignorant totalement le rapport d'expertise pluridisciplinaire du I_____. L'intimée n'a même pas pris la peine d'attirer son attention sur cette erreur, ce qui aurait éventuellement permis d'obtenir un avis probant de son médecin-conseil.

6.3 Au vu de ce qui précède, les avis médicaux invoqués ne permettent pas de justifier la nécessité d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, laquelle apparaît comme un procédé permettant à l'intimée de mettre en cause l'expertise du I_____ jugée probante par la chambre de céans et d'obtenir une seconde opinion, qui n'est pas autorisée. On ne saurait, dans ces conditions, considérer que le refus du recourant est inexcusable au sens de l'art. 43 LPGA ou que l'expertise pluridisciplinaire peut raisonnablement lui être imposée au sens de l'art. 55 OLAA.

La suppression des prestations au 30 septembre 2023 pour défaut de collaboration du recourant est, ainsi, sans aucun doute, injustifiée.

7. En conséquence, la restitution de l'effet suspensif au recours est admise et le fond est réservé.

Une indemnité de procédure de CHF 2'000.- sera allouée au recourant qui obtient, sur incident, gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

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

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

1. Restitue l'effet suspensif au recours.
2. Alloue au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à charge de l'intimée.
3. Réserve la suite de la procédure.
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

Adriana MALANGA

La présidente

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