

## **GE\_GERICHTE A/110/2008 vom 26. November 2008**

GE Cour de justice, 2008-11-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_110\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_110_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/110/2008 du 26 novembre 2008

IT: GE\_GERICHTE A/110/2008 del 26 novembre 2008

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 26.11.2008  
A/110/2008

A/110/2008 ATAS/1351/2008 du 26.11.2008 ( LAA ) , PARTIELMNT ADMIS Recours TF déposé le 20.01.2009, rendu le 20.03.2009, IRRECEVABLE, 8C\_53/2009 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/110/2008 ATAS/1351/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 4 du 26 novembre 2008 En la cause Monsieur M\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Patrick MONNEY recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT Monsieur M\_\_\_\_\_, né en 1963, de nationalité suisse, a travaillé plusieurs années dans le domaine de la sécurité avant d'exercer, en 2001 et 2002, le métier de polisseur. Dans cette dernière activité, il réalisait un salaire mensuel brut de 5'000 fr., versé treize fois par an. Depuis 2002, l'assuré a alterné des périodes d'incapacité de travail, de chômage et d'occupations temporaires. Il était assuré auprès de la SUVA pour les accidents professionnels et non-professionnels. L'assuré, qui a vécu une enfance et une adolescence difficile marquée notamment par un rejet et des violences parentaux, souffre d'une grande instabilité depuis de nombreuses années. En 1990, il a été victime d'une agression au couteau alors qu'il travaillait comme agent de sécurité. Il en est résulté une importante instabilité sur le plan psychique. Il a été suivi par le Dr A\_\_\_\_\_ jusqu'en août 2002. Ce médecin a diagnostiqué un état de stress post-traumatique, un trouble dépressif récurrent et des traits de personnalité paranoïaque. Sur le plan physique, l'assuré souffre de divers maux, notamment d'une lombosciatalgie droite chronique. Il a été opéré une première fois d'une hernie discale L5-S1 à droite en avril 2002, puis une deuxième intervention a été pratiquée en novembre 2005. L'assuré est suivi par la Dresse B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, depuis le mois de septembre 2002. Dans un rapport du 21 mars 2003 à l'attention de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), la praticienne a diagnostiqué un trouble panique suite à une agression subie en 1990 et un état dépressivo-anxieux. Depuis 2004, l'assuré a été victime d'une série d'accidents. En date du 11 janvier 2004, il a subi une agression à l'arme blanche avec une coupure au niveau de l'articulation interphalangienne proximale de l'index gauche. La plaie a été compliquée par une arthrite septique et a nécessité deux interventions. Dans un rapport du 14 octobre 2004 à l'attention de la SUVA, les médecins du Département de chirurgie de la main des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) indiquaient que l'évolution était mauvaise, mais faisaient état de problèmes psychologiques majeurs. Le 25 avril 2005, l'assuré a annoncé que le traitement était terminé. Le 12 octobre 2005, il a été agressé et blessé au visage et au thorax. Une fracture de la 9<sup>ème</sup> côte à gauche a été diagnostiquée. L'assuré a été en incapacité de travail du 13 octobre 2005 au 21 novembre 2005 et le

traitement était terminé le 1<sup>er</sup> novembre 2005. Le 9 novembre 2005, au cours d'une intervention policière, l'assuré a été blessé au genou droit. L'IRM pratiquée le 5 janvier 2006 a permis de diagnostiquer une déchirure de grade III de la corne postérieure du ménisque interne. Par décision du 18 janvier 2006, la SUVA a pris en charge les suites de cet accident non professionnel, notamment les frais de traitement, et a versé des indemnités journalières à l'assuré dès le 12 novembre 2005. Le 19 janvier 2006, le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, a effectué une arthroscopie du genou droit et pratiqué une ménisectomie de la corne postérieure interne. Le compte-rendu opératoire mentionne une déchirure complexe du ménisque interne. Lors de l'examen par le médecin d'arrondissement de la SUVA en date du 25 juillet 2006, le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a relevé que l'évolution du genou droit n'est pas favorable, qu'il y a une poche d'eau persistante à l'intérieur du genou, une perte de force ainsi qu'une instabilité et que l'assuré est toujours suivi par le Dr D \_\_\_\_\_. Dans son rapport, le médecin de la SUVA mentionne d'autres événements : notamment le 19 juin 2006 l'assuré s'est cogné le coude droit contre un mur, le 22 juillet 2006, à la suite d'un lâchage du genou, il est tombé dans les escaliers et s'est tapé la tête. Il en est résulté une plaie occipitale ainsi qu'une perte de connaissance. Dans un rapport du 8 août 2006 à l'attention de la SUVA, le Dr Stéphane D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué une distorsion du genou, avec instabilité ligamentaire. Concernant l'évolution, il a décrit une instabilité du genou avec une chute anamnétique récemment, et traumatisme cervical. Une reprise de travail n'était pas encore en cours. Selon le médecin, une maladie psychique de longue date, sans rapport avec l'accident, joue un rôle dans l'évolution du cas. Le 1<sup>er</sup> novembre 2006, l'assuré a déclaré avoir été piqué par une seringue. Du 5 mars 2007 au 9 mars 2007, il a été hospitalisé aux HUG, service de rhumatologie, pour une lombosciatalgie L5 droite aiguë. Enfin, le 17 mars 2007, il a annoncé à la SUVA avoir été agressé le 17 mars 2007 par plusieurs individus qui l'ont frappé à la nuque, au dos et au visage. Un petit hématome de l'arcade sourcilière droite, une sensibilité diffuse de l'abdomen, une douleur à la palpation costale latérale droite et des douleurs lombaires connues ont été constatées le même jour par le Dr E \_\_\_\_\_ des HUG. Dans un rapport intermédiaire du 13 février 2007 adressé à la SUVA, le Dr C \_\_\_\_\_ décrit un status après déchirure du ménisque interne du genou droit et une évolution défavorable. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail ni sur le dommage permanent. L'assuré a séjourné du 15 mai au 16 mai 2007 au service de médecine interne de réhabilitation de Beau-Séjour pour sevrage à l'alcool et exacerbation de lombalgies chroniques suite à une agression subie le 17 mars 2007. A son arrivée, le patient est anxieux et présente des signes d'une attaque de panique. Les médecins ont diagnostiqué une dépendance à l'alcool et, comme comorbidités, des lombalgies chroniques avec irradiation aux membres inférieurs exacerbées, une cure de hernie discale L5-S1 droite en 2002 et 2005, une bursite olécrânienne infectieuse opérée en juin 2006 compliquée par une hémorragie digestive haute suite au traitement par AINS, une attaque de panique, un état dépressif ainsi qu'une dépendance à l'alcool et aux benzodiazépines. Le Dr C \_\_\_\_\_ a rendu une appréciation médicale en date du 26 juillet 2007. Après un résumé des pièces du dossier et des événements et agressions subies par l'assuré, le médecin-conseil indique que d'après les constatations faites à l'hôpital cantonal en 2007, les conséquences des divers accidents assurés par la SUVA sont loin d'être au premier plan dans les troubles de la santé dont souffre l'assuré. Les troubles principaux sont des dépendances à l'alcool, au tabac et aux benzodiazépines. Lors des diverses hospitalisations, l'assuré n'a pas désiré se soumettre

à un traitement permettant d'éviter la prise de ces substances. Ce sont ces troubles de la santé à titre principal qui conditionnent l'évolution future. Selon les renseignements actuellement au dossier, il n'y a aucun traitement qui soit fait pour les suites de l'un des accidents assurés par la SUVA. L'incapacité de travail du patient est conditionnée par son état psychique, d'une part, et les conséquences de maladies de l'appareil disco-ligamentaire vertébral, d'autre part. Aucune suite d'accident n'est actuellement à l'origine de l'incapacité de travail et ceci probablement depuis longtemps. Le Dr C \_\_\_\_\_ indique qu'il a personnellement de la peine à comprendre comment M. M \_\_\_\_\_ peut être assuré à la SUVA en tant que chômeur alors qu'il est manifestement incapable de travailler pour des troubles malades, ceci vraisemblablement depuis 2002. Il est grand temps que la SUVA cesse ses prestations et que la situation difficile de l'assuré soit confiée à un organisme interdépartemental gérant la coordination entre le chômage, l'AI et l'aide sociale comme le MAMAC. Par décision du 31 juillet 2007, la SUVA a mis fin à toutes ses prestations au 31 août 2007, au motif que les troubles qui subsistent aujourd'hui ne sont plus dus à l'accident du 9 novembre 2005, ni aux suites des accidents qui ont été déclarés. L'assuré a formé opposition, considérant que la décision entreprise ne fait pas la distinction entre les suites de l'accident du 9 novembre 2005 et celui du 17 mars 2007. Il conclut à ce que la SUVA prenne en compte les lâchages du genou droit suite à l'accident du 9 novembre 2005 et l'augmentation de ses douleurs lombaires depuis l'accident du 17 mars 2007. Par décision du 29 novembre 2007, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré, relevant qu'il n'existe ni traitement en cours, ni incapacité de travail due notamment à l'accident du 9 novembre 2005. L'assureur s'est fondé sur l'appréciation médicale du Dr C \_\_\_\_\_ du 25 juillet 2007, qui retenait objectivement un status du genou droit relativement pauvre. Par conséquent, les suites de l'accident du 9 novembre 2005 ne justifient en l'état ni traitement médical, ni incapacité de travail. Elle considère que c'est à bon droit qu'elle a mis à fin à ses prestations journalières et aux frais de traitement à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2007. La SUVA indiquait que si, à l'avenir, elle avait connaissance de nouveaux troubles avec traitements et/ou incapacités de travail pour ce genou, il lui appartiendra d'examiner si, et le cas échéant dans quelle mesure, l'intéressé peut prétendre à un droit à de nouvelles prestations d'assurance au titre de l'accident du 9 novembre 2005. S'agissant de l'accident du 17 mars 2007, il ressort de l'appréciation du Dr C \_\_\_\_\_ du 26 juillet 2007 que les constatations initiales apparaissent tout à fait rassurantes et qu'aucune conséquence de cet accident n'a été constatée, en particulier aucun traitement, ni aucune incapacité de travail. Selon le Dr Gilles E \_\_\_\_\_, des HUG, l'intéressé se plaignait notamment d'une douleur importante de la région lombaire basse, mais ces douleurs lombaires étaient connues. Aucun hématome n'a été constaté au dos à ladite date. Pour le reste, il est constant que les troubles lombaires de l'intéressé sont largement antérieurs aux accidents pris en charge par la SUVA. Quant aux irradiations apparues environ un mois après l'accident du 17 mars 2007, elles figurent dans un rapport d'hospitalisation aux HUG du 18 mai 2007 qui ne met toutefois pas en évidence des conséquences de l'accident en question. Enfin, il ressort des rapports médicaux versés au dossier de la SUVA que de telles plaintes avaient été faites antérieurement à l'accident du 17 mars 2007. L'opposant n'est nullement en mesure d'apporter la preuve d'une aggravation postérieure au 17 mars 2007. Des plaintes qui ne surviennent qu'une à plusieurs semaines plus tard après l'événement démontrent que l'on n'est pas en présence de facteurs d'origine accidentelle. Même si une telle décompensation devrait être admise, l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident est

prouvée seulement lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme. Or, selon le Dr C \_\_\_\_\_, l'incapacité de travail de l'intéressé est conditionnée par son état psychique, d'une part, et les conséquences de l'appareil disco-ligamentaire vertébral, d'autre part. Dès lors, l'accident du 17 mars 2007 ne laisse plus subsister de troubles qui justifieraient une incapacité de travail et/ou l'indication d'un traitement. Quant à l'état de santé psychique de l'opposant, il n'est en aucune manière en relation avec un accident pris en charge par la SUVA. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'intéressé a interjeté recours en date du 15 janvier 2008. S'agissant de l'accident du 9 novembre 2005, il allègue que depuis l'intervention chirurgicale, son genou lâche régulièrement, occasionnant des chutes et parfois de nouvelles blessures. Cette instabilité ligamentaire a été relevée par le Dr D \_\_\_\_\_, notamment en date du 8 août, 2006, où il mentionne une chute avec traumatisme cervical. D'autres chutes par lâchage ont eu lieu depuis lors, notamment à fin septembre 2006. Quant à l'agression du 17 mars 2007 impliquant de multiples agresseurs, elle a occasionné de nouvelles atteintes dorsales sous forme d'une péjoration des lombalgies chroniques. Elles ont été constatées notamment lors d'une hospitalisation en mai 2007. Son état psychique s'est également fortement péjoré depuis cette agression. Il se réfère à cet égard au rapport de la Dresse B \_\_\_\_\_ qui atteste, le 11 décembre 2007, que son état de santé a subi une dégradation depuis qu'il a été victime de l'agression le 17 mars 2007, qui est la troisième à être particulièrement marquante dans sa vie. La psychiatre relève une tendance à la prise d'alcool afin de diminuer l'angoisse et les douleurs. L'état de santé du patient se péjore sur le plan somatique également. Le recourant soutient que l'accident du 17 mars 2007 a sensiblement aggravé son état de santé, notamment sur le plan psychique. Il relève que les constats du Dr C \_\_\_\_\_ ne sont pas de nature à remettre en question l'appréciation des médecins, que de surcroît, lorsqu'il s'est prononcé en juillet 2007, le médecin-conseil de la SUVA ne l'avait plus revu depuis une année et avait annoncé quelques mois auparavant qu'il ne voulait plus revoir les dossiers le concernant. Il n'a par ailleurs pas tenu compte de la décision de l'Office cantonal AI intervenue entretemps, ni sollicité l'avis des médecins traitants, ni même procédé à un examen médical. Les conclusions du rapport du Dr C \_\_\_\_\_ ne présentent en conséquence pas la fiabilité requise pour fonder valablement l'opinion d'une autorité de décision quant à l'existence ou non d'un lien de causalité naturelle. S'agissant de la causalité adéquate, le recourant considère que l'agression du 17 mars 2007 constitue un accident de gravité moyenne à tout le moins, au vu du déroulement de l'agression et des lésions constatées. Il conclut à l'annulation de la décision sur opposition et à la confirmation de son droit aux prestations d'assurance-accidents. Subsidièrement, il conclut à la mise sur pied d'une expertise relative au lien de causalité entre les accidents subis depuis le mois de novembre 2005 et son incapacité de travail actuelle. Dans sa réponse du 15 avril 2008, la SUVA conclut au rejet du recours. S'agissant du genou droit, elle se réfère à l'appréciation du Dr C \_\_\_\_\_ du 26 juillet 2007 selon laquelle à la date de l'examen de 2006 une incapacité de travail ne pouvait plus être retenue en lien avec le genou. Les examens pratiqués aux HUG par la suite n'évoquent aucune pathologie ou plainte en lien avec le genou. La SUVA se réfère à une appréciation du 5 mars 2008 du Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, selon laquelle il n'y a pas d'arthrose du genou. Dans ces conditions, la lésion du 9 novembre 2005 ne saurait ouvrir droit à plus amples prestations que celles qui ont été accordées. S'agissant des troubles dorsaux, le seul élément susceptible d'être associé aux dorsalgies est l'agression dont l'assuré dit avoir été victime le 17 mars 2007 au cours de laquelle il aurait

reçu des coups de poing au dos et à la nuque. Or, le recourant souffre de troubles dégénératifs lombaires de longue date, sous forme notamment d'une hernie discale déjà opérée en 2001 et 2005. Ces atteintes s'étaient aggravées peu avant l'agression donnant lieu à divers examens et à une hospitalisation. Dans un rapport du 16 mars 2007, soit la veille de l'agression, les médecins des HUG relevaient une recrudescence des douleurs depuis novembre 2006 avec irradiation et troubles sensitifs dans le membre inférieur droit. L'imagerie montrait quant à elle un état dégénératif marqué au niveau de L4-L5 et de S1, mais pas de nouvelle hernie discale. Quant au constat médical établi le jour même de l'agression par le Dr E \_\_\_\_\_, il ne fait pas état d'un hématome dans le dos tel que décrit ultérieurement par l'assuré. Il fait mention de douleurs lombaires, certaines qualifiées d'importantes par le recourant, mais décrites comme déjà connues par le médecin. La seule aggravation documentée en lien avec la colonne lombaire est celle qui a précédé l'agression. Cela étant, aucune aggravation objective de l'état de la colonne lombaire postérieurement au 17 mars 2007 n'est établie, pas plus que son imputation à l'agression subie de jour-là. Les dorsosciatalgies persistantes au-delà du mois d'août 2007, soit plus de cinq mois après l'agression qui n'a même pas permis de poser le diagnostic de contusion dorsolombaire, ne justifient donc pas le maintien des prestations d'assurance. Enfin, concernant les troubles psychiques, il apparaît que le recourant souffre de problèmes psychiques mis en évidence dès 1990 et qui lui ont valu une incapacité de travail de longue durée dès le 18 juin 2001. Les diagnostics posés par le Centre d'expertise médicale de Genève à l'attention de l'OCAI sont ceux de troubles de la personnalité émotionnellement labile, type borderline et trouble panique. Des traits de personnalité paranoïaques avaient été évoqués par le Dr G \_\_\_\_\_ en 2002. Quant aux médecins du SMR de l'AI, ils ont estimé en avril 2006 que moyennant un traitement anxiolytique et antidépresseur, l'incapacité partielle de travail (25%) imputable à ces troubles cesserait dans un délai de 3 à 6 mois. Dans son rapport du 11 décembre 2007, la Dresse B \_\_\_\_\_, psychiatre, évoque une aggravation de la symptomatologie depuis l'agression de mars 2007, et retient un THADA (trouble hyperactif avec déficit d'attention) évoluant vers un trouble bipolaire, péjoré par une consommation d'alcool croissante. Dans une appréciation du 26 mars 2008, la Dresse H \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, responsable du service de psychiatrie des assurances auprès de la SUVA, explique qu'un lien de causalité naturelle ne peut pas être exclu de manière certaine. Elle indique cependant que si l'on devait retenir un tel lien, les accidents seraient responsables tout au plus d'une aggravation passagère de l'état santé psychique du patient. En conséquence, un lien de causalité avec une aggravation temporaire est possible, ce qui est insuffisant pour en retenir l'existence, la preuve d'un fait n'étant établie en droit des assurances sociales que lorsque celui-ci est rapporté au degré de la vraisemblance prépondérante. Quoi qu'il en soit, l'existence d'un lien de causalité adéquate avec l'un des quelconques accidents garantis - en particulier celui du 17 mars 2007 qui semble avoir été le plus marquant sous l'angle psychique - doit être niée. Selon les déclarations de l'assuré, l'agression subie ce jour-là aurait pris la forme de coups de poing assénés par dix personnes. Le constat médical n'a toutefois objectivé qu'un petit hématome de l'arcade sourcilière droite. Pour le surplus, il est seulement fait état des douleurs mentionnées par l'assuré dont la principale, située dans la région lombaire, est toutefois qualifiée de connue par le médecin des HUG. Aucun soin n'a été nécessaire et le traitement mis en œuvre est qualifié d'antalgie habituelle. Le médecin n'a rien relevé de particulier sur le plan psychique et n'a pratiqué aucun examen complémentaire, de toute façon refusé par le patient. Même si les circonstances de cette agression ne sont pas très détaillées, il est certain

qu'elle ne peut se voir reconnaître une gravité excédant celle d'un accident moyen au regard de la jurisprudence rendue en la matière. L'absence de tout élément objectif de nature à corroborer la version des faits de cet assuré -présentant par ailleurs des traits paranoïaques l'ayant déjà conduit à fournir de fausses indications - ne permet pas d'accorder sans autre valeur probante à ses déclarations. Quoi qu'il en soit, même si l'on devait retenir que l'assuré a été victime d'une agression collective, la gravité toute relative des blessures ne permet pas d'admettre qu'elle a été d'une violence propre à lui conférer un caractère impressionnant au point de justifier un lien de causalité adéquat avec les troubles psychiques. Après avoir pris connaissance de la réponse de la SUVA, le recourant, par courrier du 25 avril 2008, a sollicité la traduction intégrale des documents intitulés "psychiatrische Beurteilung" du 26 mars 2008 et "orthopädische Beurteilung" du 5 mars 2008. Les pièces traduites communiquées par la SUVA en date du 5 mai 2008 ont été communiquées au recourant. Il s'agit de l'appréciation psychiatrique émise le 26 mars 2008 par la Dresse H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, responsable du service de psychiatrie des assurances, et d'une appréciation médicale du 5 mars 2008 rédigée par le Dr Jürg F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Ce dernier relève que selon les pièces communiquées, du point de vue somatique, aucune lésion structurelle de l'axe vertébral d'origine traumatique n'a pu être mise en évidence, ni en 2005 lors de la fracture de la neuvième côte à gauche, ni ultérieurement lors de la lésion gonale, ni lors de l'accident de mars 2007 quand l'assuré a reçu des coups de poing. En ce qui concerne le genou, une arthroscopie gonale et une résection arthroscopique de la corne postérieure du ménisque médial ont été effectuées le 19 janvier 2006 ; l'ensemble des ligaments et avant tout les cartilagineuses décrits dans le compte rendu opératoire sont normaux, Ce genou ne présente donc aucune arthrose, ni dégénérative, ni post-traumatique. Concernant le rachis lombaire, les documents d'imagerie montrent en 2002 une hernie discale médio-latérale L5-S1 assez importante, en 2005 un rétrécissement de l'espace intervertébral ayant fortement progressé, une petite récurrence médio-latérale du côté droit et un œdème médullaire réactionnel. Les IRM de 2006 montrent une configuration pratiquement inchangée par rapport à celles de 2005. Elles ne mettent pas en évidence de lésion traumatique fraîche ni en 2005 ni en 2006. Il s'agit-là d'un processus correspondant à l'évolution naturelle de la pathologie discale L5-S1 qui a déjà été traitée par voie chirurgicale en 2002. Une influence liée à l'accident ne peut pas être mise en évidence, ce qui exclut pratiquement une relation de causalité avec l'accident. Le Tribunal a convoqué les parties en audience de comparution personnelle qui s'est tenue le 14 mai 2008. Le recourant a déclaré s'opposer à la décision de la SUVA de mettre fin à ses prestations au 31 août 2007 car il souffre toujours d'atteintes à la santé consécutives aux événements des 9 novembre 2005 et 17 mars 2007. Il a indiqué par ailleurs qu'il avait recouru contre la décision AI de suppression de sa rente entière d'invalidité et a déposé en août 2006 une nouvelle demande auprès de l'AI. Il a produit un projet de décision de l'OCAI, daté du 2 avril 2008, d'octroi d'une rente entière d'invalidité pour l'ensemble de ses problèmes de santé, dès le 1<sup>er</sup> août 2006. S'agissant du genou droit, le recourant a indiqué qu'il présente toujours des douleurs, ainsi que des lâchages. Concernant l'agression de mars 2007, la plainte pénale qu'il avait déposée a été classée par le Parquet et les agresseurs n'ont pas pu être identifiés. L'assuré a expliqué qu'il a été agressé par une dizaine de personnes, dont quatre l'ont frappé, que son copain a été gravement blessé et qu'ils ont été conduits à l'hôpital en ambulance. Selon le recourant, les coups qui lui ont été portés lors de cette agression ont aggravé la symptomatologie lombaire, mais les médecins ne veulent plus l'opérer. Le médecin

urgentiste ne lui avait pas prescrit de traitement. Il allègue que deux ou trois jours après l'agression, un œdème externe est apparu, ce que son médecin traitant, le Dr D \_\_\_\_\_, avait constaté. Avant l'agression, la situation était relativement stable, il ressentait parfois des douleurs en cas de changement de temps, mais elles n'étaient pas violentes. Depuis lors, les douleurs sont violentes et constantes et il doit prendre du Romeron pour pouvoir dormir. Du point de vue médicamenteux, il a tout essayé, mais il a refusé la morphine car il ne supporte pas les effets secondaires des stupéfiants. Concernant son état psychique, il s'est dégradé. Depuis l'agression, il a des peurs et des angoisses. Il a toujours des médicaments sur lui. Il a expliqué qu'en 1990, alors qu'il travaillait dans la sécurité, il avait subi une grave agression lors de laquelle il avait reçu un coup de couteau à la gorge. Les artères avaient été touchées, ainsi que la glande salivaire et la langue. Il avait présenté par la suite des attaques de panique qui pouvaient aller jusqu'à quatre par jour. Avec le temps, cela s'est atténué. A l'époque, il n'avait pas bénéficié d'un suivi psychologique. En revanche, depuis 2002, il est suivi par la Dresse B \_\_\_\_\_ pour ses problèmes psychiques. Auparavant c'est le Dr G \_\_\_\_\_ qui le suivait. En 1999, suite à une situation personnelle difficile, les attaques de panique sont revenues et il souffre également de douleurs. Il explique qu'il a toujours eu des problèmes d'angoisses et que l'agression du mois de mars 2007 n'a pas arrangé les choses. Il a peur, notamment peur de mourir et n'est pas tranquille. Suite à cette agression, sa psychiatre et le Dr D \_\_\_\_\_ ont augmenté la médication, notamment anxiolytique, et lui ont prescrit également un antidépresseur. Il va en consultation chez son psychiatre deux fois par mois et l'appelle en cas de problème. Il explique par ailleurs avoir fait une dépression en 2004-2005; il devait se marier et sa compagne a perdu leur enfant, ce qu'il a très mal supporté. Le représentant de la SUVA a indiqué que l'assurance a mis fin aux prestations au 31 août 2007 en raison des troubles somatiques et qu'elle n'a pas pris en compte les troubles psychiques. Il a confirmé que le médecin d'arrondissement de la SUVA a examiné l'assuré pour la dernière fois le 24 juillet 2006. Le mandataire de l'assuré a relevé que le Dr C \_\_\_\_\_, médecin-conseil de la SUVA, a mentionné dans un rapport interne de février 2007 qu'il ne voulait plus voir l'assuré et qu'il a rédigé un avis en juillet 2007 sans même l'examiner ; c'est sur cette base que la SUVA a pris sa décision. Le Tribunal de céans a interpellé le Dr D \_\_\_\_\_, aux fins de savoir si le recourant s'était présenté à sa consultation postérieurement à l'agression du 17 mars 2007, quelles étaient ses plaintes, les constatations objectives quant à la santé physique, voire psychique, et quels étaient ses diagnostics. Le 5 juin 2008, le Dr D \_\_\_\_\_ a indiqué que le patient était venu à sa consultation les 20 mars 2007, 12 avril et 24 avril 2007, et par la suite régulièrement, environ deux fois par mois. Ses plaintes étaient une exacerbation des lombalgies suite à une agression anamnétique pour laquelle il avait été soigné aux urgences le 17 mars 2007. Il a aussi été vu par Genève-Médecins le 31 mars 2007 : le médecin a confirmé l'évolution douloureuse après cette agression et constaté objectivement une ecchymose des derniers arcs costaux à droite. Cette lésion avait été encore plus importante le 20 mars 2007 et a disparu mi-avril. Le médecin traitant indique que le patient souffre de douleurs chroniques déjà invalidantes et ne peut que confirmer les diagnostics élaborés dans la lettre du 27 novembre 2007 par le Dr I \_\_\_\_\_, des HUG, dont il produit le rapport. Les HUG diagnostiquent une lombosciatalgie droite dans le contexte d'un "failed back surgery syndrome". Pour le surplus, le Dr D \_\_\_\_\_ explique qu'il lui est difficile de juger l'impact de l'accident sur les symptômes, étant donné qu'il avait déjà décrit les symptômes douloureux lombaires comme invalidants bien avant l'agression, mais on peut admettre certainement une aggravation passagère d'un à deux mois après l'agression. Il lui est

également difficile d'évaluer l'influence de l'état dépressif sur les douleurs, étant donné que l'agression a aussi aggravé celui-ci. Par courrier du 10 juin 2008, le recourant a sollicité l'audition des Drs D\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_. Dans ses conclusions du 26 juin 2008, la SUVA relève que l'instruction complémentaire a permis d'établir que l'agression du 17 mars 2007 a causé une ecchymose des derniers arcs costaux à droite, qui a disparu à la mi-avril. Il n'y a dès lors pas eu d'aggravation objective de l'état de la colonne lombaire en lien avec l'événement, mais seulement une aggravation passagère des douleurs. Cela étant, les prestations d'assurance ont été servies jusqu'au 31 août 2007, de sorte qu'elles couvrent nécessairement l'ecchymose ainsi que l'aggravation retenue par le Dr D\_\_\_\_\_. La SUVA conclut au rejet du recours. Dans ses conclusions du 27 juin 2008, le recourant demande l'audition des Drs D\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_, afin de faire préciser les conséquences psychiques de l'agression du 17 mars 2007 ainsi que de l'aggravation des lésions. Il conclut principalement à l'annulation de la décision litigieuse, à la confirmation de son droit aux prestations d'assurance, subsidiairement à la mise en oeuvre d'une expertise relative au lien de causalité entre les accidents depuis novembre 2005 et son incapacité de travail actuelle. Les écritures ont été communiquées aux parties le 30 juin 2008. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. Interjeté dans la forme prescrite et le délai de 30 jours dès la notification de la décision, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA). L'objet du litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimée a mis fin à toutes ses prestations en date du 31 août 2007, suite aux divers accidents subis par le recourant, notamment en date des 9 novembre 2005 et 17 mars 2007. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel ou non professionnel. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 122 V 232 consid. 1 et les références). Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, ou non, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 129 V 404 consid. 2.1; 122 V 233 consid. 1; 121 V 38 consid. 1a et les références). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences

dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). a) Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose donc d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 et les références; ATFA D. du 28 juin 1995). Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, cela pour autant que l'événement ait au moins déclenché ou aggravé l'atteinte préexistante (voir ATF du 13 mars 2007 U /532/07; ATF 123 V 43 consid. 2b p. 44, 116 V 145 consid. 2c p. 147 et la jurisprudence citée; RAMA 2001 n° U 435 p. 332 [arrêt E. du 5 juin 2001, U 398/00]; Alfred BÜHLER, Die unfallähnliche Körperschädigung, in : RSAS 1996 p. 94; Rudolf WIPF, Koordinationsrechtliche Fragen des UVG, in : RSAS 1994 p. 9 ss). Par ailleurs, l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radiographie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (RAMA 2000 n° U 363 p. 45, consid. 3a et la référence citée). b) L'atteinte à la santé doit être également en lien de causalité adéquate avec l'événement assuré. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré est propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat apparaissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). L'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V V 365 consid. 5d/bb et les références; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesversaltungsrecht, n. 39). Par la causalité adéquate, il s'agit de déterminer si un dommage peut encore être équitablement mis à la charge d'un tiers (en l'occurrence, l'assurance-accidents), eu égard au but de la norme de responsabilité applicable. Cette question est d'ordre juridique et il appartient au juge d'y répondre en se fondant sur des critères normatifs (cf. ATF 123 III 110 consid. 3a p. 112 sv., 123 V 98 consid. 3 p. 100 ss, 122 V 415 consid. 2c p. 417 sv.). Selon la jurisprudence tirée de l'article 36 LAA, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations

cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier repose exclusivement sur des causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident - statu quo ante - ou à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'accident, par suite d'un développement ordinaire - statu quo sine (RAMA 1992 p. 75 consid. 4b; ATFA non publiés H. du 12 août 1996, U 19/96 et G. du 13 juillet 1990, U 25/90; A. MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, Bâle, 1996, p. 469, n° 3 et 4; Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1990, p. 52; U. MEYER, Die Zusammenarbeit von H\_\_\_\_\_ und Arzt in der Sozialversicherung, Bulletin des médecins suisses 71/1990, p. 1093; ATFA D.P. du 21 janvier 1999). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur la base du critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

a) Les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un traumatisme psychique consécutif à un choc émotionnel ou d'un événement accidentel ayant entraîné une lésion et des suites psychiques secondaires (ATF 129 V 405 consid. 2.2). Lorsque l'assuré a vécu un événement traumatisant sans subir d'atteinte physique, l'examen de la causalité adéquate s'effectue conformément à la règle générale (ATF 129 V 177 ), selon laquelle la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). En cas de lésion corporelle et si elle constitue un accident, l'examen du caractère adéquat du lien de causalité avec les troubles d'ordre psychique consécutifs à l'accident doit se faire, pour un accident de gravité moyenne, sur la base des critères énumérés aux ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa.

b) La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. L'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques consécutifs à l'accident doit, en règle générale, être niée d'emblée, tandis qu'elle doit être admise en cas d'accident grave; pour admettre le rapport de causalité adéquate entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, il faut prendre en considération un certain nombre de critères (ATF 115 V 133 , 403), dont les plus importants sont les suivants : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; la durée anormalement longue du traitement médical; les douleurs physiques persistantes; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit

admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140, 403 consid. 5c/aa p. 409). En l'espèce, suite à l'événement du 9 novembre 2005, le recourant a subi une déchirure du ménisque interne du genou droit, opérée le 19 janvier 2006 par le Dr C\_\_\_\_\_.

L'évolution, décrite comme favorable dans un premier temps selon rapports du Dr C\_\_\_\_\_ des 7 mars et 2 mai 2006, est marquée par une instabilité ligamentaire. Lors de l'examen du 26 avril 2006, le Dr D\_\_\_\_\_, médecin traitant, relève que le genou est encore enflé, que le patient boîte encore et qu'il y a une perte de force en raison de la douleur. Le recourant a signalé à l'intimé, à plusieurs reprises, des lâchages du genou. Lors de l'examen à l'agence le 25 juillet 2006, le Dr C\_\_\_\_\_ indique que l'évolution n'est pas favorable, qu'il y a une poche d'eau persistante à l'intérieur du genou, qu'il y a une perte de force et une instabilité. Il conclut cependant qu'il y a une dissociation objective/subjective avec importantes plaintes et un status au niveau du genou droit relativement pauvre. Le Dr D\_\_\_\_\_ mentionne quant à lui dans un rapport médical intermédiaire du 8 août 2006 une instabilité du genou avec une chute anamnestique, lors de laquelle le patient a subi des blessures. Le Tribunal de céans considère que le dossier manque de documentation médicale récente et pertinente concernant les conséquences de l'accident du 9 novembre 2005, s'agissant du genou droit. En effet, alors que le Dr C\_\_\_\_\_ parle d'un status du genou relativement pauvre en juillet 2006 et déclare qu'il ne veut plus revoir cet assuré, il y a lieu de relever que le recourant a signalé à plusieurs reprises à l'intimée des lâchages du genou et que le Dr D\_\_\_\_\_ a mentionné une instabilité et également des lâchages du genou, qui auraient entraîné des chutes et d'autres blessures. De surcroît, le Dr C\_\_\_\_\_ mentionne une évolution défavorable en février 2007, sans indiquer en quoi elle consiste. Il ne se prononce pas non plus sur la capacité de travail, ni sur une éventuelle atteinte ou dommage permanent. Quant à l'avis orthopédique émis par le médecin conseil de l'intimé, produit en cours de procédure, il ne permet pas au Tribunal de statuer, dès lors qu'il se fonde sur les pièces du dossier. En l'état actuel du dossier, le Tribunal de céans considère que l'on ne saurait tirer de conclusions définitives quant aux lésions du genou droit et les conséquences qu'elles entraînent. Cette question doit faire l'objet d'investigations complémentaires par un expert en chirurgie orthopédique. La cause sera en conséquence renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire sur ce point. Concernant l'agression du 17 mars 2007, le Tribunal de céans relève que le constat du médecin des HUG mentionne un petit hématome à l'arcade sourcilière droite, un abdomen sensible, des douleurs à la palpation costale latérale droite et des douleurs connues à la palpation de L4-L5. Le recourant allègue que l'agression a aggravé de manière significative les douleurs lombaires. S'agissant des troubles lombaires, il convient de rappeler qu'ils existent depuis longtemps, puisque le recourant a été opéré d'une hernie discale à droite à deux reprises, en 2002 et 2005. Il a d'ailleurs été hospitalisé du 5 au 9 mars 2007, soit peu avant l'agression, pour une lombosciatalgie aiguë L5 du côté droit. Les médecins des HUG notaient que le patient se plaignait d'une recrudescence des douleurs progressives depuis novembre 2006. Une IRM lombaire de décembre 2006 montrait de petites protrusions discales L5-S1 gauches, une dissication du disque L5-S1 et une image compatible avec une méningocèle en regard de L4-L5. Après une prise en charge par physiothérapie, le patient a abrégé l'hospitalisation sans autorisation médicale, et les médecins des HUG ont laissé le

soin au médecin traitant de diminuer progressivement le traitement antalgique mis en place avec poursuite de la physiothérapie. Lors de l'hospitalisation du 15 mai au 16 mai 2007 à Beau-séjour, le patient se plaignait encore d'une exacerbation des lombalgies chroniques suite à l'agression. Sur le plan radiologique, les médecins n'ont pas objectivé de lésion traumatique fraîche en 2005 et 2006. Après étude du dossier, le médecin conseil de l'intimé indique dans son appréciation du 5 mars 2008 que les résultats d'imagerie sont typiques d'altérations dégénératives de l'espace discal L5-S1, dans le cadre d'un status après résection partielle en 2002 avec lente dégénérescence du matériel discal résiduel. Il s'agit d'un processus correspondant à l'évolution naturelle de la pathologie discale et une influence liée à l'accident ne peut pas être mise en évidence. Il résulte de l'instruction complémentaire effectuée par le Tribunal de céans et des pièces produites par le recourant que le Dr K\_\_\_\_\_, de Genève-Médecins, a diagnostiqué lors de la consultation du 31 mars 2007 une lombo-sciatalgie non déficitaire. Le patient présentait une exacerbation des lombalgies et des douleurs costales avec, au status, d'importantes contractures de la musculature paravertébrale lombaire et une ecchymose en regard des derniers arcs costaux à droite. Le médecin urgentiste a prescrit un traitement antalgique par Tramal et Valium en plus du traitement symptomatique déjà instauré et a délivré un arrêt de travail jusqu'au 9 avril. Le Dr I\_\_\_\_\_, chef de clinique du Département d'anesthésiologie, pharmacologie et soins intensifs des HUG, mentionne dans son rapport du 27 novembre 2007 que la patient souffre d'une lombosciatalgie droite et d'une dorsalgie dans le contexte d'un "failed back surgery syndrome". Le médecin traitant a pour sa part communiqué au Tribunal en date du 2 juin 2008 qu'il lui est difficile de juger de l'impact de l'agression sur les symptômes étant donné qu'il avait déjà décrit les symptômes douloureux lombaires comme invalidants bien avant l'agression, mais on peut admettre certainement une aggravation passagère d'un ou deux mois après l'agression. L'ecchymose, quant à elle, avait disparu à mi-avril 2007. Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre une aggravation passagère des douleurs lombaires à la suite de l'agression du 17 mars 2007. Etant donné que l'intimé a mis fin à ses prestations cinq mois plus tard, soit au 31 août 2007, force est de constater que les prestations servies ont couvert l'ecchymose et l'aggravation des douleurs lombaires. Les prétentions du recourant au titre des troubles lombaires sont en conséquence mal fondées. Le recourant fait valoir enfin que l'agression du 17 mars 2007 a fortement péjoré son état de santé psychique. Il convient préalablement de qualifier l'événement précité, étant relevé que les circonstances de l'agression ne sont pas très clairement établies, que les agresseurs n'ont pu être identifiés et que la plainte a été classée par le Parquet. Néanmoins, si l'on se fonde sur les déclarations du recourant rapportées par le Dr E\_\_\_\_\_, des HUG, et sur la déclaration - plainte déposée au poste de police des Pâquis le 28 mars 2007, au vu des circonstances de l'agression, en particulier du déséquilibre des forces en présence - dix personnes dont quatre l'ont frappé - et de l'intensité des coups portés au visage, à la nuque et dans le dos qui ont laissé des traces sur son corps (hématome à l'arcade sourcilière et ecchymose dans le dos), l'on peut qualifier l'événement d'accident de gravité moyenne, à la limite d'un accident grave (cf. ATF du 11 avril 2005 en la cause U 128/04). Selon le recourant, son ami aurait par ailleurs été sérieusement blessé par les mêmes agresseurs, la police est intervenue et tous les deux ont été acheminés en ambulance aux urgences de l'hôpital. En l'occurrence, selon le dossier médical, le recourant présenterait des troubles psychiques préexistants sous forme d'un trouble de la personnalité. Puis un trouble panique est apparu, semble-t-il, à la suite de la première agression à l'arme blanche subie en 1990. A cet égard, le Tribunal de céans relève que ledit événement n'est pas documenté dans le dossier autrement que par les

faits ressortant de l'anamnèse; d'après le recourant, alors qu'il travaillait dans la sécurité, il a été agressé à l'arme blanche et blessé gravement au cou, ainsi qu'au visage. On ignore si l'événement a été annoncé à un assureur, quelle était la nature exacte des blessures infligées, la durée de l'incapacité de travail, etc. En 2002, le Dr A \_\_\_\_\_, psychiatre, diagnostiquait un état de stress post-traumatique, un trouble dépressif récurrent et des traits de personnalité paranoïaque. Il a attesté une incapacité de travail de 100 % du 18 juin 2001 au 31 août 2002, date à laquelle il a mis fin au traitement à son cabinet en raison de la mauvaise compliance du patient. La Dresse B \_\_\_\_\_ BAUER, qui suit le recourant depuis le 11 septembre 2002, a diagnostiqué dans son rapport du 21 mars 2003 à l'attention de l'OCAI un trouble panique suite à l'agression de 1990 et un état dépressivo-anxieux. L'état de santé s'améliorait. Selon l'examen psychiatrique effectué le 7 février 2005 par le Centre d'expertise médicale de Genève, à la demande de l'OCAI, le recourant souffre depuis son plus jeune âge d'un trouble de la personnalité limite. Il présente également des attaques de panique. Les diagnostics de trouble panique et de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline ont été retenus par le psychiatre, qui ne diminuent cependant pas sa capacité de travail de façon importante. Selon les experts, un ajustement du traitement peut amener à une disparition complète ou quasi complète de la symptomatologie anxieuse et notamment des attaques de panique, ce dans un délai de trois à six mois. Dans leur rapport d'expertise du 25 avril 2005, les experts concluent finalement à une diminution de la capacité de travail de 25 à 30 % pour des raisons psychiatriques depuis le 11 janvier 2004, date de la deuxième agression au couteau. Concernant l'agression du 17 mars 2007, le Dr E \_\_\_\_\_, des HUG, qui a examiné le recourant le jour même, n'a rien relevé de particulier sur le plan psychique et précisé que le recourant avait refusé des examens complémentaires. Les médecins des HUG ont cependant observé lors de l'hospitalisation du 15 au 16 mai 2007 un état anxieux avec des signes d'attaque de panique et un état dépressif. La Dresse B \_\_\_\_\_ a indiqué dans son rapport établi à l'attention de l'OCAI en date du 11 décembre 2007, que l'état de santé psychique de son patient s'est péjoré depuis l'agression du 17 mars 2007. Elle a précisé d'autre part qu'il lui apparaît de plus en plus clairement que le patient est un ancien THADA qui évolue vers un trouble bipolaire. Elle a observé des fluctuations psychiques, avec auto et hétéro-agressivité, ainsi que des alcoolisations qui apparaissent secondaires pour diminuer les angoisses et les douleurs. Dans son appréciation psychiatrique du 26 mars 2008, fondée sur le dossier, la Dresse J \_\_\_\_\_, psychiatre auprès de la SUVA, indique que l'ensemble des pièces du dossier qui lui ont été soumis ne permettent pas de poser de diagnostic clair à l'heure actuelle. Elle ne peut rejeter de manière sûre l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre les troubles actuels de l'assuré et les sept événements accidentels. Toutefois, il y a des indices évocateurs d'une appartenance de la symptomatologie psychique évoquée aux pathologies psychiatriques sévères qui préexistent chez l'assuré. De ce fait, les différents événements auraient provoqué une péjoration transitoire des troubles psychiques, sans que cette aggravation ait un caractère définitif. S'agissant du cas invalidant et du statu quo, le médecin conseil de l'intimé relève que les documents ne lui permettent pas de savoir quel est l'état de santé actuel du recourant, mais les étapes jalonnant les troubles évoquent que tant les troubles de l'humeur que les troubles liés à la dépendance se sont péjorés successivement depuis l'accident de janvier 2004 jusqu'au mois de mars 2007, jusqu'à entraîner une incapacité de travail totale ou pour le moins une inaptitude à travailler particulièrement levée. La Dresse H \_\_\_\_\_ mentionne qu'au vu des pièces du dossier, elle ne peut pas donner d'avis plus concret. Le Tribunal de céans considère, au vu des

conclusions psychiatriques, que l'existence de troubles psychiques préexistants n'est pas clairement établie, mais qu'en revanche l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les agressions de 1990, 2004 et 2007 et les troubles psychiques que le recourant a présenté à la suite de ces événements peut être admis, au degré de la vraisemblance prépondérante. En effet, le recourant a présenté un trouble panique et/ou un état de stress post-traumatique après la première agression de 1990, puis une aggravation est survenue après la deuxième agression au couteau du 11 janvier 2004 lors de laquelle il a été blessé à la main gauche- qui a laissé des séquelles - qui a entraîné une incapacité de travail de 50 % pour des raisons psychiatriques selon le rapport d'expertise établi à l'attention de l'OCAI. Enfin, une nouvelle péjoration de l'état psychique s'est produite suite à la troisième agression du 17 mars 2007. Le médecin conseil de l'intimé considère que l'aggravation n'aurait été que passagère. A cet égard, le Tribunal de céans constate qu'aucun expert ne s'est prononcé sur les troubles présentés par le recourant à la suite de toutes les agressions subies. Or, dès lors qu'il n'est pas exclu que les agressions dont le recourant a été victime aient joué un rôle spécifique dans l'apparition et l'aggravation des troubles actuels, il est décisif de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent être considérés comme ayant disparu, le cas échéant à partir de quand. En l'état actuel du dossier, le Tribunal de céans n'est pas en mesure d'apprécier le statu quo sine. Dans ces conditions, une expertise psychiatrique s'avère nécessaire. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé afin qu'il mette en oeuvre, dans les meilleurs délais, une expertise orthopédique ainsi qu'une expertise psychiatrique du recourant et rende une nouvelle décision. Le recourant, représenté par un avocat, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que le Tribunal fixe en l'occurrence à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA). **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Renvoie la cause à la SUVA pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. Confirme la décision pour le surplus. Condamne la SUVA à payer au recourant une indemnité de 2'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens. Dit que la procédure est gratuite. 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); 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.