

GE_GERICHTE A/2715/2012 vom 8. Mai 2013

GE Cour de justice, 2013-05-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2715_2012

FR: GE_GERICHTE A/2715/2012 du 8 mai 2013

IT: GE_GERICHTE A/2715/2012 del 8 maggio 2013

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 08.05.2013
A/2715/2012

A/2715/2012 ATAS/443/2013 du 08.05.2013 (LAA) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2715/2012
ATAS/443/2013 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 8 mai
2013 4 ème Chambre En la cause Monsieur M_____, domicilié à GENEVE recourant
contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile
en l'étude de Maître Didier ELSIG intimée EN FAIT Monsieur M_____ (ci-après
l'assuré ou le recourant), né en 1963, a travaillé plusieurs années dans le domaine de la
sécurité, puis a exercé le métier de polisseur en 2001 et 2002, avant d'alterner des périodes
d'incapacité de travail, de chômage et d'occupations temporaires. Depuis 2002, il est assuré
auprès de la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS (ci-après l'assureur-accidents ou l'intimée) 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. Un traitement psychiatrique a été instauré en 2001 auprès
du Dr A_____, psychiatre, lequel a diagnostiqué un état de stress post-traumatique,
des troubles dépressifs récurrents et des traits de personnalité paranoïaque. A partir du mois
de septembre 2002, l'assuré a été suivi par la Dresse B_____, spécialiste FMH en
psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 21 mars 2003 à l'attention de l'Office
cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI), la praticienne a diagnostiqué un trouble
panique suite à une agression subie en 1990 et un état anxio-dépressif. L'assuré a souffert
d'une lombosciatalgie droite chronique et a été opéré d'une hernie discale L5-S1 à droite en
avril 2002, puis une deuxième intervention a été pratiquée en novembre 2005. 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, les médecins du
Département de chirurgie de la main des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG)
ont indiqué que l'évolution était mauvaise et ont fait 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 ème côte à gauche
a été diagnostiquée. L'assuré a été en incapacité de travail du 13 octobre au 21 novembre
2005 et le traitement était terminé le 1 er novembre 2005. Le 9 novembre 2005, au cours
d'une intervention policière, l'assuré a été blessé au genou droit. L'imagerie par résonance

magnétique (ci-après IRM) pratiquée le 5 janvier 2006 a permis de diagnostiquer une déchirure de grade III de la corne postérieure du ménisque interne . L'assureur-accidents 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 méniscectomie de la corne postérieure interne. Le compte-rendu opératoire mentionnait une déchirure complexe du ménisque interne. Lors d'un examen effectué le 26 avril 2006, le Dr D _____ a relevé que le genou était encore enflé et que l'assuré boitait. Il a fait état d'une perte de force en raison de la douleur. Dans ses rapports des 7 mars et 2 mai 2006, le Dr C _____ a décrit une évolution favorable marquée par une instabilité ligamentaire. En date du 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, l'assuré a chuté dans les escaliers et s'est tapé la tête. Il en est résulté une plaie occipitale ainsi qu'une perte de connaissance. Lors de son examen du 25 juillet 2006, le Dr E _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, a relevé que l'évolution du genou droit n'était pas favorable, qu'il y avait une poche d'eau persistante à l'intérieur du genou, une perte de force ainsi qu'une instabilité. Ce médecin a toutefois conclu qu'il y avait une dissociation objective/subjective avec d'importantes plaintes et un status au genou droit relativement pauvre. Dans un rapport du 8 août 2006, le Dr D _____, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué une distorsion du genou, avec une instabilité ligamentaire. Il a décrit une instabilité du genou avec une chute anamnestique récente et un traumatisme cervical. Selon lui, une maladie psychique de longue date, sans rapport avec l'accident, jouait un rôle dans l'évolution du cas. Le 1^{er} novembre 2006, l'assuré a déclaré avoir été piqué par une seringue. Dans un rapport du 13 février 2007, le Dr C _____ a retenu un status après une 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. Du 5 au 9 mars 2007, l'assuré a été hospitalisé aux HUG pour une lombosciatalgie L5 droite aiguë. Le 17 mars 2007, l'assuré a été agressé 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 constatés le jour même par le Dr F _____, médecin aux HUG. L'assuré a séjourné du 15 au 16 mai 2007 à l'Hôpital de Beau-Séjour pour sevrage à l'alcool et exacerbation de lombalgies chroniques suite à l'agression du 17 mars 2007. A son arrivée, il était anxieux et présentait des signes d'une attaque de panique. Les médecins ont diagnostiqué une dépendance à l'alcool et, comme comorbidités, des lombalgies chroniques exacerbées avec une irradiation aux membres inférieurs, 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 E _____ 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 a indiqué que, d'après les constatations faites aux HUG en 2007, les conséquences des divers accidents assurés par l'assureur-accidents étaient loin d'être au premier plan dans les troubles de la santé dont souffrait l'assuré. Les troubles principaux étaient des dépendances à l'alcool, au tabac et aux benzodiazépines. Lors des diverses hospitalisations, l'assuré n'avait pas désiré se soumettre à un traitement permettant d'éviter

la prise de ces substances. Ces troubles de la santé conditionnaient à titre principal l'évolution future. Selon les renseignements figurant au dossier, il n'y avait aucun traitement adapté pour les suites de l'un des accidents assurés par l'assureur-accidents. L'incapacité de travail de l'assuré était conditionnée par son état psychique, d'une part, et les conséquences des maladies de l'appareil disco-ligamentaire vertébral, d'autre part. Aucune suite d'accident n'était alors à l'origine de l'incapacité de travail et ceci probablement depuis longtemps. Le Dr E_____ a indiqué que l'assuré était manifestement incapable de travailler pour des troubles maladifs, ceci vraisemblablement depuis 2002, qu'il était grand temps que l'assureur-accidents cesse de verser des prestations et que la situation difficile de l'assuré soit confiée à un organisme interdépartemental gérant la coordination entre les assurances-chômage et invalidité et l'aide sociale. Par décision du 31 juillet 2007, l'assureur-accidents a mis fin à toutes ses prestations au 31 août 2007, au motif que les troubles qui subsistaient alors n'étaient plus dus à l'accident du 9 novembre 2005, ni aux suites des accidents qui avaient été déclarés. L'assuré a formé opposition, considérant que la décision entreprise ne faisait pas la distinction entre les suites de l'accident du 9 novembre 2005 et de celui du 17 mars 2007. Il a conclu à ce que l'assureur-accidents 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, l'assureur-accidents a rejeté l'opposition de l'assuré, relevant qu'il n'existait 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 E_____ du 25 juillet 2006, qui retenait objectivement un status du genou droit relativement pauvre. S'agissant de l'accident du 17 mars 2007, il ressortait de l'appréciation du Dr E_____ du 26 juillet 2007 qu'il n'avait engendré ni traitement ni incapacité de travail et que les constatations initiales apparaissaient tout à fait rassurantes. En effet, le Dr F_____ avait relaté le jour même que l'assuré se plaignait de douleurs lombaires connues, mais ce médecin n'avait constaté aucun hématome au dos. Quant aux irradiations apparues environ un mois après le sinistre, l'assureur-accidents a relevé que même si une décompensation devait être admise, l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident était prouvée seulement lorsque la radioscopie mettait en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme. Or, selon le Dr E_____, l'incapacité de travail de l'assuré était conditionnée par son état psychique et par les conséquences des troubles de l'appareil disco-ligamentaire vertébral. Dès lors, l'accident du 17 mars 2007 ne laissait plus subsister de troubles justifiant une incapacité de travail et/ou l'indication d'un traitement. Quant à l'état de santé psychique de l'assuré, il n'était en aucune manière en relation avec un accident assuré. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'intéressé a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après TCAS) contre ladite décision le 15 janvier 2008. S'agissant de l'accident du 9 novembre 2005, il a allégué que depuis l'intervention chirurgicale, son genou lâchait régulièrement, occasionnant des chutes et parfois de nouvelles blessures. Cette instabilité ligamentaire avait été relevée par le Dr D_____, lequel avait mentionné une chute avec traumatisme cervical. D'autres chutes par lâchage avaient eu lieu, notamment à la fin du mois de septembre 2006. Quant à l'agression du 17 mars 2007 impliquant de multiples agresseurs, elle avait occasionné de nouvelles atteintes dorsales sous forme d'une péjoration des lombalgies chroniques. Elles avaient été constatées notamment lors d'une hospitalisation au mois de mai 2007. Son état psychique s'était également fortement péjoré

depuis cette agression, comme l'avait attesté la Dresse B _____ le 11 décembre 2007, relevant que son état de santé avait subi une dégradation depuis qu'il avait été victime de l'agression le 17 mars 2007, qui était la troisième à être particulièrement marquante dans sa vie. La psychiatre avait indiqué une tendance à la prise d'alcool afin de diminuer l'angoisse et les douleurs et mentionné que l'état de santé du patient se péjorait sur le plan somatique également. L'assuré a relevé que lorsqu'il s'était prononcé en juillet 2007, le Dr E _____ ne l'avait plus revu depuis une année, que ses constats n'étaient pas de nature à remettre en question l'appréciation des médecins et qu'il n'avait pas tenu compte de la décision de l'OAI intervenue entretemps, ni sollicité l'avis des médecins-traitants, ni même procédé à un examen médical. Les conclusions de son rapport ne présentaient 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, l'assuré considérait que l'agression du 17 mars 2007 constituait un accident de gravité moyenne à tout le moins, au vu du déroulement de l'agression et des lésions constatées. Il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition et à la confirmation de son droit aux prestations d'assurance-accidents subsidiairement, 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. Dans sa réponse du 15 avril 2008, l'assureur-accidents a conclu au rejet du recours. S'agissant du genou droit, il s'est référé à l'appréciation du Dr E _____ 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'évoquaient aucune pathologie ou plainte en lien avec le genou. L'assureur-accidents s'est en outre référé à une appréciation du 5 mars 2008 du Dr H _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, selon laquelle, d'après les pièces communiquées, il n'y avait 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 avaient été accordées. S'agissant des troubles dorsaux, le seul élément susceptible d'être associé aux dorsalgies était l'agression dont l'assuré disait 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, il souffrait de troubles dégénératifs lombaires de longue date. 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. Quant au constat médical établi le jour de l'agression, il ne faisait pas état d'un hématome dans le dos tel que décrit ultérieurement par l'assuré, mais uniquement de douleurs lombaires déjà connues. La seule aggravation documentée en lien avec la colonne lombaire était celle qui avait précédé l'agression. Les dorsosciatalgies persistantes au-delà du mois d'août 2007, soit plus de cinq mois après l'agression, ne justifiaient donc pas le maintien des prestations d'assurance. Enfin, concernant les troubles psychiques, il apparaissait que l'assuré souffrait de problèmes psychiques mis en évidence dès 1990 et qui lui avaient valu une incapacité de travail de longue durée dès le 18 juin 2001. Depuis lors, plusieurs diagnostics avaient été posés, notamment ceux de trouble de la personnalité émotionnellement labile, de trouble panique et de traits de personnalité paranoïaque. Dans son rapport du 11 décembre 2007, la Dresse B _____ avait évoqué une aggravation de la symptomatologie depuis l'agression de mars 2007 et retenu un THADA (trouble hyperactif avec déficit d'attention) évoluant vers un trouble bipolaire, péjoré par une consommation d'alcool croissante. Dans son appréciation du 26 mars 2008, la Dresse

G _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, responsable du service de psychiatrie des assurances auprès de l'assureur-accidents, a expliqué qu'un lien de causalité naturelle ne pouvait pas être exclu de manière certaine, mais que si l'on devait le retenir, les accidents seraient responsables tout au plus d'une aggravation passagère de l'état de santé psychique de l'assuré. Selon elle, l'existence d'un lien de causalité adéquate avec l'un des quelconques accidents garantis, en particulier celui du 17 mars 2007 qui semblait avoir été le plus marquant sous l'angle psychique, devait être niée. D'après les déclarations de l'assuré, l'agression subie ce jour-là avait pris la forme de coups de poing assésés par dix personnes. Le constat médical n'avait toutefois objectivé qu'un petit hématome de l'arcade sourcilière droite et faisait seulement état des douleurs mentionnées par l'assuré dont la principale, située dans la région lombaire, était connue. Aucun soin n'avait été nécessaire et le traitement mis en œuvre était qualifié d'antalgie habituelle. Même si les circonstances de cette agression n'étaient pas très détaillées, il était certain qu'elle ne pouvait 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 l'assuré, présentant par ailleurs des traits paranoïaques l'ayant déjà conduit à fournir de fausses indications, ne permettait pas d'accorder sans autre valeur probante à ses déclarations. Au demeurant, même si l'on devait retenir que l'assuré avait été victime d'une agression collective, la gravité toute relative des blessures ne permettait pas d'admettre qu'elle avait été d'une violence propre à lui conférer un caractère impressionnant au point de justifier un lien de causalité adéquat avec les troubles psychiques. Sur demande du TCAS, l'assureur-accidents a communiqué le 5 mai 2008 la traduction de l'appréciation psychiatrique de la Dresse G _____ du 26 mars 2008 et de l'appréciation médicale du Dr H _____ du 5 mars 2008. Ce dernier a relevé que du point de vue somatique, aucune lésion structurelle de l'axe vertébral d'origine traumatique n'avait 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 avait reçu des coups de poing. En ce qui concernait le genou, une arthroscopie gonale et une résection arthroscopique de la corne postérieure du ménisque médial avaient été effectuées le 19 janvier 2006 ; l'ensemble des ligaments et les cartilagineuses décrits dans le compte rendu opératoire étaient normaux. Ce genou ne présentait donc aucune arthrose, ni dégénérative, ni post-traumatique. Concernant le rachis lombaire, les documents d'imagerie montraient 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 montraient une configuration pratiquement inchangée par rapport à celles de 2005 et ne mettaient pas en évidence de lésion traumatique fraîche ni en 2005 ni en 2006. Il s'agissait-là d'un processus correspondant à l'évolution naturelle de la pathologie discale L5-S1 qui avait déjà été traitée par voie chirurgicale en 2002. Une influence liée à l'accident ne pouvait pas être mise en évidence, ce qui excluait pratiquement une relation de causalité avec l'accident. Une audience de comparution personnelle s'est tenue le 14 mai 2008 par devant le TCAS. L'assuré a déclaré s'opposer à la décision de l'assureur-accidents de mettre fin à ses prestations au 31 août 2007 car il souffrait toujours d'atteintes à la santé consécutives aux événements des 9 novembre 2005 et 17 mars 2007. S'agissant du genou droit, l'assuré a indiqué qu'il présentait toujours des douleurs, ainsi que des lâchages. Concernant l'agression de mars 2007, la plainte pénale qu'il avait déposée avait été classée par le Parquet et les agresseurs n'avaient pas pu être identifiés. L'assuré a expliqué qu'il avait été agressé par une

dizaine de personnes, dont quatre l'avaient frappé, que son copain avait été gravement blessé et qu'ils avaient été conduits à l'hôpital en ambulance. Les coups qui lui avaient été portés lors de cette agression avaient aggravé la symptomatologie lombaire, mais les médecins ne voulaient plus l'opérer. Le médecin urgentiste ne lui avait pas prescrit de traitement. Deux ou trois jours après l'agression, un œdème externe était 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 étaient violentes et constantes et il devait prendre du Romeron pour pouvoir dormir. Du point de vue médicamenteux, il avait tout essayé, mais il avait refusé la morphine car il ne supportait pas les effets secondaires des stupéfiants. Son état psychique s'était dégradé. Depuis l'agression, il avait des peurs et des angoisses. Il avait 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'était atténué. A l'époque, il n'avait pas bénéficié d'un suivi psychologique. En revanche, depuis 2002, il était suivi par la Dresse B _____ pour ses problèmes psychiques. En 1999, suite à une situation personnelle difficile, les attaques de panique étaient revenues et il souffrait également de douleurs. Il a expliqué qu'il avait toujours eu des problèmes d'angoisse et que l'agression du mois de mars 2007 n'avait pas arrangé les choses. Il avait peur, notamment peur de mourir, et n'était pas tranquille. Suite à cette agression, sa psychiatre et le Dr D _____ avaient augmenté la médication, notamment anxiolytique, et lui avaient prescrit également un antidépresseur. Il allait en consultation chez son psychiatre deux fois par mois et l'appelait en cas de problème. Il a expliqué par ailleurs avoir fait une dépression en 2004-2005 car il devait se marier et sa compagne avait perdu leur enfant, ce qu'il avait très mal supporté. Le représentant de l'assureur-accidents a indiqué avoir mis fin aux prestations au 31 août 2007 en raison des troubles somatiques et ne pas avoir pris en compte les troubles psychiques. Sur requête du TCAS, le Dr D _____ a indiqué le 5 juin 2008 que l'assuré était venu à sa consultation les 20 mars, 12 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 anamnestique pour laquelle il avait été soigné aux urgences le 17 mars 2007. Il avait aussi été vu par Genève-Médecins le 31 mars 2007 et une ecchymose des derniers arcs costaux à droite avait alors été constatée. Cette lésion avait été encore plus importante le 20 mars 2007 et avait disparu mi-avril. Le Dr D _____ a expliqué qu'il lui était 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 qu'on pouvait admettre certainement une aggravation passagère d'un à deux mois après l'agression. Dans ses conclusions du 26 juin 2008, l'assureur-accidents a relevé que l'instruction complémentaire avait permis d'établir que l'agression du 17 mars 2007 avait causé une ecchymose des derniers arcs costaux à droite, qui avait disparu à la mi-avril. Il n'y avait 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 avaient été servies jusqu'au 31 août 2007, de sorte qu'elles couvraient nécessairement l'ecchymose ainsi que l'aggravation retenue par le Dr D _____. L'assureur-accidents a conclu au rejet du recours. Dans ses conclusions du 27 juin 2008, l'assuré a sollicité 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 a conclu principalement à l'annulation de la décision litigieuse, à la confirmation de son droit aux prestations d'assurance, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise relative au lien de causalité entre les accidents depuis novembre 2005 et son incapacité de travail. Par arrêt du 26 novembre 2008, le TCAS a partiellement admis le recours et renvoyé la cause à l'assureur-accidents pour instruction complémentaire. Il a en effet considéré, s'agissant du genou droit, que le dossier manquait de documentation médicale récente et pertinente concernant les conséquences de l'accident du 9 novembre 2005 et qu'il ne saurait tirer de conclusions définitives quant aux lésions du genou droit et les conséquences qu'elles entraînaient. Cette question devait faire l'objet d'investigations complémentaires par un expert en chirurgie orthopédique, de sorte que la cause était renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire sur ce point. Le TCAS a également considéré qu'il n'était pas exclu que les agressions dont l'assuré avait été victime aient joué un rôle spécifique dans l'apparition et l'aggravation des troubles psychiques actuels et qu'il était décisif de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouaient plus de rôle et devaient être considérées comme ayant disparues, le cas échéant à partir de quand. Il a considéré qu'il n'était pas en mesure d'apprécier le statut quo sine et qu'une expertise psychiatrique s'avérait nécessaire. Le TCAS a en revanche rejeté les prétentions de l'assuré au titre des troubles lombaires, considérant que l'aggravation passagère des douleurs lombaires à la suite de l'agression du 17 mars 2007 avaient été prises en charge par l'assureur-accidents. Par acte du 16 janvier 2009, l'assureur-accidents a recouru contre cet arrêt auprès du Tribunal fédéral concluant à son annulation en ce qu'il admettait l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques et les événements assurés et à son annulation en ce qu'il ordonnait une expertise psychiatrique. Le 20 mars 2009, le Tribunal fédéral a toutefois déclaré le recours irrecevable. L'assureur-accidents a mis en œuvre l'expertise orthopédique qu'il a confiée au Dr I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel a rendu son rapport le 22 février 2011. L'expert a rappelé que l'assuré avait été victime d'un accident de la voie publique le 9 novembre 2005. En raison de douleurs au genou droit, un examen par IRM avait été pratiqué le 5 janvier 2006, lequel avait mis en évidence une lésion isolée grade III selon Tossi de la corne postérieure du ménisque interne droit. L'évolution ayant été défavorable, une arthroscopie avait été pratiquée le 19 janvier 2006, laquelle avait confirmé la lésion isolée de la corne supérieure du ménisque interne réséquée. Cet examen n'avait pas révélé de lésions associées, en particulier cartilagineuses de tout le genou droit, et les médecins suivant l'assuré relevaient une évolution favorable. Lors de son examen, le Dr I_____ a constaté un genou droit sec, stable, avec une mobilité complète, une absence totale d'amyotrophie de la musculature de la cuisse droite ou du mollet droit, un bilan radiologique en charge du genou droit strictement normal, avec une absence totale de signes dégénératifs ou tout autre signe traduisant des séquelles défavorables à court ou moyen terme d'une méniscectomie interne droite. Il a relevé une importante discrédence entre les plaintes de l'assuré vis-à-vis de son genou et une fonction tout à fait normale de celui-ci, ainsi qu'une attitude parfois caricaturale de boiterie ou de déficit d'extension du genou droit, particulièrement lors de la demande de mouvements actifs sur le divan d'examen, ceci contrastant complètement avec la démarche souple et fluide lorsque l'assuré se déplaçait dans le cabinet de consultation ou en radiologie. L'expert a également indiqué que l'assuré déclarait de vives douleurs à l'effleurement alors que s'il était distrait, il ne se plaignait d'aucune douleur lorsque l'expert lui prenait le genou à pleine main. Le Dr I_____ a estimé, sur la base des éléments

purement objectifs, qu'il s'agissait d'une évolution tout à fait favorable d'une méniscectomie sélective d'une lésion isolée de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit qui ne présentait pas de lésions associées. Le bilan clinique et radiologique à cinq ans de l'événement montrait un genou droit normal et il n'y avait aucun élément organique pour expliquer la plainte douloureuse de l'assuré qui ne semblait pas relever d'un problème organique de son genou droit, mais qui nécessitait une investigation psychiatrique. Il a fixé le statu quo sine à six mois après l'intervention chirurgicale, soit au 1^{er} août 2006 pour les suites de l'événement du 9 novembre 2005. Dès cette date, la capacité de travail de l'assuré dans l'activité d'origine de polisseur en horlogerie était totale, au regard des seuls troubles physiques. Il n'y avait aucune atteinte à l'intégrité dans les suites de l'accident du 9 novembre 2005 au vu du statu quo sine. Le Dr J_____, spécialiste FMH en neurologie, psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport le 1^{er} février 2011, sur la base de son examen psychiatrique détaillé réalisé le 11 février 2011 et des pièces du dossier. Le Dr J_____ a diagnostiqué un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline existant depuis l'adolescence, un trouble panique (angoisse épisodique paroxystique) existant depuis 1990, une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques et une suspicion d'abus d'alcool. Concernant le trouble de la personnalité, l'expert a expliqué que l'assuré avait une tendance à adopter un comportement querelleur et à entrer en conflit avec les autres, une propension aux explosions émotionnelles et une difficulté à contrôler des comportements irréflechis, une certaine inclinaison à agir de façon emportée et sans considération pour les conséquences possibles de ce type d'attitude et une humeur imprévisible et capricieuse. L'ensemble de ces comportements marquaient de manière décisive la vie de l'assuré jusqu'à ce jour. S'y ajoutaient des perturbations de l'image de soi, de l'établissement des projets et des préférences personnelles et une certaine tendance à établir des relations interpersonnelles instables, fréquemment suite à des crises émotionnelles. S'agissant du trouble panique, l'expert a indiqué que les attaques typiques de panique se manifestaient depuis 1990 avec une intensité et une fréquence variables et que l'assuré se souvenait parfaitement de la manifestation initiale qui était apparue peu de temps après son agression en 1990. Il a précisé que ce diagnostic avait fait l'objet d'un large consensus de la part des différents psychiatres ayant examiné l'assuré. Le Dr J_____ a relevé que l'assuré avait abusé périodiquement de l'alcool de manière très importante dans le passé et que des traitements de sevrage avaient été recommandés et instaurés à plusieurs reprises, mais que l'assuré les avait interrompus. Son examen révélait également des indices évidents évocateurs d'un abus d'alcool persistant, mais non objectivable, l'assuré ayant refusé la prise de sang qui était prévue. L'expertise a en outre mis en évidence de très nettes tendances à l'aggravation et une attitude fortement démonstrative chez l'assuré concernant ses descriptions, sa mimique ou encore sa gestuelle. Le Dr J_____ a relevé des symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou une incapacité physique prouvés, mais amplifiés et entretenus par l'état psychique de l'assuré de manière disproportionnée par rapport à ce que laissaient supposer les constatations de l'examen physique, ainsi que des indices suggestifs d'une origine psychique des troubles amplifiés, comme la peur importante d'un handicap ou de la mort, la possibilité d'une indemnisation financière et la déception quant à la prise en charge. Concernant le diagnostic d'un état de stress post-traumatique (ci-après ESPT) posé par le Dr A_____ dans ses rapports des 16 janvier et 2 mai 2002, et vraisemblablement en rapport avec l'agression de 1990, l'expert a relevé que le second rapport de ce médecin précisait déjà que cet ESPT s'était amélioré et que les rapports établis

ultérieurement par d'autres psychiatres ne le mentionnaient plus. Plus aucun symptôme spécifique et constitutif d'une telle pathologie ne pouvait être mis en évidence dans le cadre de son expertise, de sorte qu'il a conclu que cette pathologie, pour autant qu'elle ait vraiment existé, avait disparu depuis longtemps. L'expert a résumé que l'on pouvait admettre que l'assuré avait toujours présenté une vulnérabilité psychique accrue ainsi qu'un état plutôt fragile et instable en raison d'un trouble de sa personnalité qui s'était manifesté dès le début de l'âge adulte. En dépit de ces faits, il avait été en mesure d'exercer sans interruption diverses activités professionnelles jusqu'à la fin de l'année 1999, date du début de ses troubles dorsaux. Depuis lors, la symptomatologie de nature purement psychique ne s'était pas aggravée de manière déterminante; en particulier, les différents accidents subis depuis 2005 ne l'avaient pas péjorée. L'état psychique actuel de l'assuré était influencé tout autant par des événements sans liens avec les accidents, tels que le décès de sa mère, que par les événements accidentels précités. D'autres facteurs s'y ajoutaient, notamment le fait que l'assuré soutenait diverses opinions erronées qui n'avaient pas de rapports avec les accidents et faisait montre d'une volonté évidente qu'on lui alloue des prestations. En dépit de ses troubles psychiques, l'assuré était actif dans la mesure de ses possibilités, ses intérêts étaient variés et l'on ne décelait chez lui aucun symptôme d'un état dépressif sévère. Il était apte à contrôler dans une large mesure le trouble panique dont il souffrait depuis 20 ans. L'expert en a conclu que l'assuré devait être en mesure de contrôler et de surmonter ses troubles psychiques par un effort de volonté raisonnablement exigible de sa part pour parvenir à une réintégration dans une activité à plein temps, quelle qu'elle soit, adaptée à son âge et à son niveau de formation, avec une diminution de rendement ne devant pas dépasser 20%. Cependant, le pronostic lui semblait extrêmement défavorable étant donné l'existence de divers facteurs néfastes étrangers à la maladie, dont la persistance de circonstances de vie difficiles, de demandes de prestations élevées, de chances extrêmement limitées sur le marché du travail général en raison d'une absence prolongée du processus de travail et du développement d'un déconditionnement dans l'intervalle. Le Dr J _____ a indiqué que l'assuré souffrait indubitablement des troubles psychiques susmentionnés avant que les accidents assurés n'aient eu lieu. Le trouble de la personnalité avec personnalité émotionnellement labile ou limitée existait déjà dès le début de l'âge adulte, et le trouble panique s'était développé sans conteste suite à l'agression subie en 1990 qui avait entraîné de graves blessures. Ce trouble persistait depuis lors avec une intensité variable. Selon lui, l'assuré était fixé sur les événements accidentels ainsi que sur les blessures et les péjorations présumées qui en avaient résulté, plaçant ainsi clairement ses troubles physiques au premier plan. La rancœur et la colère de l'assuré vis-à-vis de l'assureur-accidents s'étaient considérablement accrues, notamment en raison de l'évolution prolongée de la procédure. Compte tenu d'une organisation pathologique de sa personnalité, il faisait usage avant tout de mécanismes de défense immatures pour surmonter les situations difficiles. L'expert a ainsi exclu tout lien de causalité entre les troubles psychiques et les accidents assurés puisque ces troubles préexistaient sans nul doute et ne s'étaient pas aggravés durablement en raison des accidents. Il a estimé que des événements privés sans rapport avec l'accident, notamment le décès de la mère de l'assuré, jouaient un rôle prépondérant. D'un point de vue purement psychiatrique, l'assuré ne souffrait donc plus d'une atteinte psychique d'origine accidentelle en date du 31 août 2007. Pour le surplus, l'expert a expliqué que le pronostic était défavorable, même à moyen et à long terme, en raison de l'affection proprement dite, de son début précoce, ainsi que de son évolution. On pouvait admettre que les symptômes présents persisteraient durant toute la vie de l'assuré. Dans un courrier du 20 octobre 2011,

la Dresse B _____ a indiqué au médecin-conseil de l'assureur-accidents que l'assuré souffrait d'un ESPT, d'un trouble de déficit de l'attention de l'adulte avec des fluctuations de type bipolaire, avec une hypersensibilité donnant lieu à un côté justicier très poussé, voire "parano". L'ESPT, l'hypersensibilité et les douleurs le poussaient parfois à des consommations excessives d'alcool et de tabac. Elle a en outre relaté d'autres facteurs de stress, induits notamment par le décès de sa mère et les conflits avec les assureurs-maladie et accidents et son bailleur. Le 6 février 2012, l'assureur-accidents a indiqué à l'assuré que les expertises mises en œuvre l'amenaient à confirmer la fin de l'octroi de ses prestations et lui a accordé un délai pour se prononcer à ce sujet avant qu'une décision ne soit prise. Par courrier du 20 février 2012, l'assuré a informé l'assureur-accidents que son médecin-traitant souhaitait examiner les radiographies effectuées par le Dr I _____ et qu'il avait passé une IRM le 19 janvier 2012 prouvant l'aggravation de son état de santé suite aux accidents survenus depuis 2006. Suite à une IRM, le Dr K _____ a rédigé un rapport le 19 janvier 2012, lequel a notamment conclu à une récurrence de hernie discale L5-S1 et à une arthrose des massifs articulaires postérieurs en L4-L5 et L5-S1. Ce médecin a précisé que son examen mettait en évidence du tissu fibro-cicatriciel consécutif aux deux interventions chirurgicales subies par l'assuré en L5-S1 à droite et que ce tissu fibro-cicatriciel, qui circonscrivait la racine S1 droite à son émergence du fourreau dural, était identique à ce qui figurait sur l'examen de 2006. Une nouvelle IRM a été effectuée le 22 février 2012. Il ressort du rapport rédigé le même jour par le Dr L _____, radiologue FMH, que l'assuré présente une dégénérescence discale étagée avec discarthrose C5-C6, C6-C7, une hernie discale C6-C7, une arthrose étagée des facettes articulaires postérieures et un important œdème intraspongieux des vertèbres C6-C7. Ce même médecin a effectué des radiographies de la colonne cervicale et rendu un rapport le 23 février 2012. Il a conclu à un bon alignement des vertèbres sur l'incidence de face, à un discret glissement antérieur de C4 et C5 qui s'accroît en flexion avec bloc fonctionnel en C6-C7 et se réduit en extension traduisant la présence d'une instabilité, à une discarthrose sévère C6-C7 et à une arthrose des facettes articulaires postérieures. Le 19 avril 2012, le médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents a indiqué que ces documents médicaux ne comportaient aucune information sur le genou de l'assuré, de sorte que les conclusions de l'expertise du Dr I _____ conservaient toute leur pertinence. Par courrier du 24 mai 2012, l'assuré a indiqué à l'assureur-accidents que ses médecins-traitants, les Drs D _____ et B _____, n'étaient pas du tout d'accord avec les rapports d'expertise. L'assureur-accidents a rendu une nouvelle décision en date du 31 mai 2012, par laquelle il a confirmé la fin de toutes ses prestations au 31 août 2007, motifs pris que l'expertise orthopédique confirmait que les troubles du genou droit ne justifiaient plus ni traitement ni incapacité de travail depuis le 1^{er} août 2006, et que l'expertise psychiatrique confirmait qu'il n'existait plus de lien de causalité entre les troubles psychiques et les divers accidents assurés au 31 août 2007. Il a rappelé au surplus, s'agissant des troubles lombaires, que sa précédente décision sur opposition du 29 novembre 2007 était entrée en force. En date du 6 juin 2012, l'assuré a formé opposition contre ladite décision, précisant que ses médecins-traitants feraient part de leurs constatations médicales. L'assuré n'ayant pas produit de nouvelles pièces, l'assureur-accidents a rejeté l'opposition et confirmé sa décision en date du 28 août 2012. Il a rappelé les conclusions du rapport d'expertise du Dr I _____, à savoir qu'il n'y avait aucun élément organique pouvant expliquer la plainte douloureuse de l'assuré, que l'accident du 9 novembre 2005 ne jouait plus de rôle depuis le 1^{er} août 2006 dans les plaintes litigieuses, et qu'aucun traitement ni aucune incapacité de

travail ne trouvait de justification accidentelle au-delà du 1^{er} août 2006. Le bilan clinique et radiologique réalisé à cinq ans de l'accident du 9 novembre 2005 montrait un genou droit cliniquement et radiologiquement normal. Les documents médicaux versés au dossier depuis cette expertise n'apportaient aucune information ou élément nouveau. Sur le plan psychiatrique, il ressortait du rapport d'expertise du Dr J_____ que les troubles psychiques de l'assuré préexistaient sans aucun doute et qu'ils n'avaient pas été aggravés durablement en raison des accidents assurés. Il n'existait plus d'atteinte psychique d'origine accidentelle en date du 31 août 2007. Il ne ressortait pas d'éléments inconnus de l'expert ni même d'avis divergent motivé du rapport de la Dresse B_____ du 20 octobre 2011. En date du 7 septembre 2012, l'assuré fait parvenir à la Cour de céans copie d'un courrier qu'il adresse à l'assureur-accidents le jour même et dans lequel il déclare faire un "recours total" contre la décision sur opposition du 28 août 2012, indiquant notamment que le rapport de son médecin-traitant, le Dr D_____, contredit totalement les rapports d'expertise de l'assureur-accidents. Il conclut qu'il attend d'être payé depuis cinq ans. Par courrier recommandé du 11 septembre 2012, la Cour de céans indique au recourant que son écriture n'est pas conforme à la loi sur la procédure administrative et attire son attention sur le fait que l'acte de recours doit contenir des conclusions, ainsi qu'un exposé succinct des faits ou des motifs invoqués. Elle lui explique qu'il lui appartient d'exposer brièvement les raisons pour lesquelles il saisit la justice et conteste la décision attaquée, qu'il doit formuler les prétentions exactes qu'il entend faire valoir et joindre la décision attaquée. Un délai lui est accordé au 24 septembre 2012 pour satisfaire à ces exigences sous peine d'irrecevabilité. Le recourant transmet à la Cour de céans, en date du 12 septembre 2012, copie de la décision sur opposition contestée et, par envoi du 18 septembre 2012, un certificat du Dr D_____ attestant que certaines souffrances actuelles sont dues à des accidents survenus de 2005 à 2007. Invitée à se prononcer sur la pièce produite par le recourant, l'intimée conclut, dans son écriture du 24 octobre 2012, à l'irrecevabilité du recours pour défaut de motivation, relevant que l'acte de recours contient essentiellement des "réflexions non juridiques" sans rapport avec l'objet du litige et ne présente ni conclusions ni motifs. Subsidiairement, elle sollicite qu'un nouveau délai lui soit accordé afin de prendre position sur les arguments au fond du recourant. Par écriture du 15 mars 2013, l'intimée se détermine sur le fond et conclut au rejet du recours au motif qu'il ressort clairement des rapports d'expertise orthopédique et psychiatrique que les séquelles de l'accident du 9 novembre 2005 au genou droit étaient guéries bien avant le 31 août 2007 et qu'elles le sont restées depuis lors, et que les accidents assurés ne jouaient plus de rôle dans les troubles psychiques dont souffrait l'assuré avant les sinistres. Par ailleurs, le certificat médical du Dr D_____ ne faisait pas état de constatations nouvelles et n'était pas de nature à établir un lien de causalité entre les sinistres et les troubles au degré de la vraisemblance prépondérante. Sur demande de la Cour de céans, l'intimée produit, le 16 avril 2013, les pièces déposées au cours de la procédure antérieure ayant abouti à l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 26 novembre 2008. Par courrier du 17 avril 2013, le recourant est informé que ces documents sont à sa disposition au greffe pour consultation. Sur ce, la cause est gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. En application de l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. Interjeté par courrier du 7 septembre 2012 contre la décision sur opposition de l'intimée du 28 août 2012, le recours a été formé en temps utile. a) En vertu de l'art. 61 let. b LPGA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté. Cette règle découle du principe de l'interdiction du formalisme excessif et constitue l'expression du principe de la simplicité de la procédure qui gouverne le droit des assurances sociales. C'est pourquoi, le juge saisi d'un recours dans ce domaine ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte de recours. A cet égard, la jurisprudence a précisé qu'il y a lieu d'accorder un délai convenable en application de l'art. 61 let. b LPGA non seulement dans les cas où l'acte de recours est insuffisamment motivé mais également en l'absence de toute motivation pour autant que le recourant ait clairement exprimé sa volonté de recourir contre une décision déterminée dans le délai légal de recours; demeure réservé l'abus de droit (ATF 134 V 162 ; ATF non publié 8C_828/2009 consid. 6.2 du 8 septembre 2010). b) Si le juge qui est saisi d'un recours ne doit pas se montrer strict lorsqu'il apprécie la forme et le contenu de l'acte de recours, l'intéressé doit néanmoins manifester clairement et par écrit sa volonté d'en obtenir la modification ; à défaut, l'écriture qu'il produit ne peut être considérée comme une déclaration de recours (ATF 116 V 356 consid. 2b et les références ; ATFA non publié I 501/02 consid. 2.2 du 28 janvier 2003). En particulier, il n'appartient pas à une autorité cantonale de recours de faire des recherches dans les pièces du dossier pour déterminer, notamment, quel est l'objet du litige et de quoi pourrait se plaindre l'intéressé (ATF 123 V 335 consid. 1a ; cf. ATFA non publié K70/04 du 29 juillet 2004). c) Les conclusions et les motifs peuvent résulter implicitement du mémoire de recours. Toutefois, il faut pouvoir déduire de ce dernier, considéré dans son ensemble, à tout le moins ce que le recourant demande et quels sont les faits sur lesquels il se fonde. La motivation du recours doit être topique, en ce sens qu'il appartient au recourant de prendre position par rapport à la décision incriminée et d'expliquer en quoi et pourquoi il s'en prend à elle. Il n'est pas nécessaire que la motivation soit pertinente, mais elle doit se rapporter au litige en question (ATF 125 V 335 ; ATF 113 Ib 287 ; ATFA non publié P 68/04 du 16 février 2005). En l'espèce, il ressort de l'acte de recours que l'assuré conteste intégralement la décision sur opposition du 28 août 2012 au motif que son médecin-traitant est en désaccord avec les conclusions des experts mandatés par l'intimée. Le recourant explique qu'il attend d'être payé depuis cinq ans et produit un certificat établi par son médecin le 18 septembre 2012, lequel atteste que son patient présente encore des séquelles des accidents survenus entre 2005 et 2007. La Cour de céans, laquelle doit veiller au respect du principe général de la simplicité de la procédure et ne saurait se montrer trop stricte lorsqu'elle apprécie la forme et le contenu de l'acte de recours, déduit de ce qui précède que le recourant conteste les conclusions des deux rapports d'expertise ordonnés par la SUVA et sollicite que l'intimée soit condamnée à lui verser des prestations prévues par la LAA pour les accidents dont il a été victime entre 2005 et 2007. Les exigences de forme sont dès lors remplies, de sorte que le recours est recevable. a) Le litige porte sur le point de savoir si les troubles psychiques et somatiques dont souffre le recourant sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec les accidents déclarés, et plus particulièrement ceux survenus le 9 novembre 2005 et le 17 mars

2007. b) La Cour de céans précise, en ce qui concerne les troubles somatiques, que le TCAS a d'ores et déjà rejeté, par arrêt du 26 novembre 2008 ayant acquis force de chose jugée, les prétentions du recourant au titre des troubles lombaires, de sorte que ces derniers ne font pas partie de l'objet du litige. Selon l'art. 6 LAA, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose 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 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Par ailleurs, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. 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 résulte exclusivement de 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 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (ATF non publié 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; ATF non publié 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). 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) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF

126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). b) Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. Le lien de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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 177 consid. 2.2 et ATF 125 V 460 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b ; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa). Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. 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 les critères suivants (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5), 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 les complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail dus aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références ; ATF 115 V 133 consid. 6c/aa). Selon la jurisprudence constante, lorsqu'à la suite de deux ou plusieurs accidents apparaissent des troubles psychiques, l'existence d'un lien de causalité adéquate

doit, en principe, être examinée en regard de chaque accident considéré séparément (ATF 115 V 138 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5). Cette règle s'applique en particulier lorsque les accidents ont porté sur différentes parties du corps et occasionné des atteintes diverses (RAMA 1996 n° U 248 p. 177 consid. 4b ; ATFA non publié U 359/04 du 20 décembre 2005). La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins-traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin-traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). b) La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les

conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994 p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATFA non publié U 359/04 consid. 2 du 20 décembre 2005 ; ATFA non publié U 389/04 consid. 4.1 du 27 octobre 2005 ; ATFA non publié U 222/04 consid. 1.3 du 30 novembre 2004). a) En l'espèce, en ce qui concerne le genou, le rapport d'expertise du 22 février 2011 du Dr I_____ fait état d'un genou droit sec, stable, avec une mobilité complète, une absence totale d'amyotrophie de la musculature de la cuisse droite ou du mollet droit, un bilan radiologique en charge du genou droit strictement normal, avec une absence totale de signes dégénératifs ou tout autre signe traduisant des séquelles défavorables à court ou moyen terme d'une méniscectomie interne droite. Il a relevé une importante discrédence entre les plaintes de l'assuré vis-à-vis de son genou et une fonction tout à fait normale de celui-ci, ainsi qu'une attitude parfois caricaturale de boiterie ou de déficit d'extension du genou droit. Sur la base des éléments objectifs suivants, à savoir que l'arthroscopie pratiquée le 19 janvier 2006 avait démontré que le genou ne présentait pas de lésion associée, que l'évolution de la méniscectomie sélective d'une lésion isolée de la corne postérieure du ménisque interne avait été tout à fait favorable, que le bilan clinique et radiologique à cinq ans de l'événement montrant un genou droit normal, qu'aucun élément organique n'expliquait la plainte douloureuse du recourant, l'expert a fixé le statu quo sine à six mois après l'intervention chirurgicale, soit au 1^{er} août 2006 pour les suites de l'événement du 9 novembre 2005. Dès cette date, la capacité de travail de l'assuré dans l'activité d'origine de polisseur en horlogerie était totale, au regard des seuls troubles physiques. Il n'y avait aucune atteinte à l'intégrité dans les suites de l'accident du 9 novembre 2005 au vu du statu quo sine. S'agissant de la valeur probante du rapport d'expertise, la Cour de céans relève que le Dr I_____ s'est basé sur les pièces transmises par l'assureur-accidents, sur son examen de l'assuré le 7 décembre 2010, sur l'interprétation du bilan radiologique comprenant notamment des IRM, sur son propre bilan radiologique, sur les documents qu'il a obtenus directement auprès de l'OAI, ainsi que sur ses consultations téléphoniques des 22 décembre 2010 et 31 janvier 2011 avec le Dr J_____, médecin mandaté aux fins de l'expertise psychiatrique. Le rapport d'expertise contient l'anamnèse personnelle du recourant, les plaintes exprimées par celui-ci lors de la consultation, et se fonde sur des observations approfondies et des investigations complètes. L'expert a expliqué que le bilan radiologique du genou était parfaitement normal, qu'il n'y avait aucun signe dégénératif ou traduisant des séquelles défavorables suite

à une méniscectomie. Le bilan radiologique montrait un genou normal, sans aucun élément organique pouvant expliquer les doléances du recourant, lequel adoptait parfois une attitude caricaturale, ce qui ressort également des rapports du médecin-conseil de l'intimée et de l'expert-psychiatre. Les conclusions de l'expert, selon lesquelles le statu quo sine a été atteint six mois après l'intervention, soit le 1^{er} août 2006, sont dès lors motivées et convaincantes. Enfin, on comprend que le statu quo sine a été fixé au 1^{er} août 2006 au vu de l'arthroscopie du 19 janvier 2006 ne montrant pas de lésion associée et du fait de l'évolution favorable de la situation après la méniscectomie. S'agissant du certificat du Dr D _____ établi le 18 septembre 2012 et faisant état de souffrances séquellaires aux accidents survenus entre 2005 et 2007, la Cour de céans relève que le médecin-traitant ne motive pas du tout son appréciation et n'indique en particulier pas les raisons pour lesquelles il considère que les souffrances actuelles du recourant seraient dues aux accidents assurés ni ne fournit d'élément permettant de douter des conclusions du rapport d'expertise. Il ne mentionne aucun facteur que l'expert aurait ignoré dans le cadre de son mandat et ne révèle aucun indice concret permettant de douter du bien-fondé du rapport d'expertise. Au vu de la valeur probante du rapport d'expertise, il est dès lors établi, au degré de la vraisemblance prépondérante exigé par la jurisprudence, qu'il n'y a pas de rapport de causalité naturelle entre les douleurs du genou invoquées par le recourant et les accidents assurés. b) Le recourant a en outre transmis à l'intimée des rapports d'imagerie médicale du Dr L _____, datés des 22 et 23 février 2012, lesquels font état d'atteintes à la colonne cervicale. La Cour de céans relève que, bien que le recourant ait déclaré avoir reçu, au cours de l'agression du 17 mars 2007, des coups de poing dans le dos, sur la nuque et sur le visage, ses plaintes n'ont jusqu'à présent concerné que la région lombaire. Ni dans son premier acte de recours du 15 janvier 2008, ni lors de la comparution personnelle du 14 mai 2008, ni dans la présente procédure et plus particulièrement dans son acte de recours du 7 septembre 2012, le recourant n'a fait état de cervicalgies. Ce n'est qu'en 2012, soit près de cinq ans après l'accident du 17 mars 2007, que le recourant produit des rapports permettant implicitement de supposer qu'il estime que ses troubles cervicaux seraient en rapport de causalité avec l'accident. Toutefois, ni ces documents, ni aucun autre rapport médical ne permettent de retenir un quelconque lien de causalité naturelle entre les accidents assurés et les troubles cervicaux. Sur le plan psychique, il ressort du rapport d'expertise du 1^{er} février 2011 que le Dr J _____ a diagnostiqué un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline existant depuis l'adolescence, un trouble panique (angoisse épisodique paroxystique) existant depuis 1990, une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et une suspicion d'abus d'alcool. Il a ainsi exclu tout lien de causalité entre les troubles psychiques et les accidents assurés puisque ces troubles préexistaient certainement et ne s'étaient pas aggravés durablement en raison des accidents. Il a estimé en outre que des événements privés sans rapport avec les accidents jouaient un rôle prépondérant, tels que le décès de sa mère, des préoccupations administratives, et des conflits avec ses assureurs. Selon l'expert, le recourant ne souffrait plus, d'un point de vue purement psychiatrique, d'une atteinte d'origine accidentelle en date du 31 août 2007. La Cour de céans constate que ce rapport a été établi sur la base d'un examen psychiatrique détaillé réalisé le 11 janvier 2011, sur l'ensemble des pièces du dossier ainsi que sur l'expertise orthopédique. Il comprend une anamnèse et les constatations objectives de l'expert, notamment les constatations psychopathologiques et les résultats des tests psychométriques, à l'exclusion d'examens de laboratoire, l'assuré ayant refusé de subir une prise de sang. Il se fonde ainsi sur des observations approfondies et des investigations

complètes. Le Dr J_____ a expliqué que les troubles psychiques du recourant étaient antérieurs aux divers accidents assurés puisque le trouble de la personnalité existait depuis l'adolescence, soit depuis près de vingt ans avant le premier accident assuré, et que le trouble panique existait depuis plus de dix ans avant le premier sinistre assuré. L'expert a estimé que les troubles psychiques du recourant n'avaient pas été durablement aggravés par les sinistres, en tous les cas pas au-delà du 31 août 2007, et que des événements privés sans lien avec les accidents jouaient un rôle prépondérant. Ses conclusions, clairement motivées, fondées sur une analyse complète et détaillée, emportent la conviction de la Cour de céans, de sorte que son rapport présente une valeur probante au sens de la jurisprudence. Le courrier du 20 octobre 2011 de la Dresse B_____, psychiatre-traitant du recourant, n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise. En effet, bien que la psychiatre-traitant ait retenu le diagnostic d'EPST, la Cour de céans relève qu'il ressort du rapport d'expertise du Dr J_____ qu'elle ne l'avait pas posé auparavant et que l'expert a clairement motivé les raisons pour lesquelles il a conclu que cette pathologie, pour autant qu'elle ait vraiment existé, avait disparu depuis longtemps. En outre, la psychiatre-traitant est également d'avis que les problèmes psychiques sont antérieurs aux événements assurés et que d'autres circonstances privées jouent un rôle, mais elle estime que l'agression de 2007, laquelle a été la troisième marquante subie par le recourant, a fortement péjoré son état psychique. La Cour de céans constate que, contrairement à l'expert, la psychiatre-traitant ne se prononce pas sur le statu quo et donc sur le rapport de causalité naturelle entre les accidents assurés et l'état de santé psychique du recourant. Son rapport ne saurait dès lors être déterminant. A l'appui de son recours, l'assuré ne produit aucun document ni ne livre des informations remettant en cause l'expertise du Dr J_____. Il convient dès lors de retenir, au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, que les troubles psychiques actuels du recourant préexistaient aux accidents assurés et qu'ils ne se sont pas aggravés durablement en raison de ces accidents, en tous les cas pas au-delà du 31 août 2007, de sorte que le rapport de causalité naturelle doit être exclu. Au vu de ce qui précède, dans la mesure où le rapport de causalité naturelle entre les accidents assurés, et plus particulièrement ceux des 9 novembre 2005 et 17 mars 2007, et les troubles psychiques et somatiques présentés par le recourant fait défaut au-delà du 31 août 2007, c'est à juste titre que l'intimée a considéré qu'elle n'était plus tenue de verser au recourant des prestations au-delà de cette date pour les conséquences des affections physiques et psychiques dont il est atteint. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H LPA). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. 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; 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 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.