

## **GE\_GERICHTE A/3524/2011 vom 30. November 2011**

GE Cour de justice, 2011-11-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3524\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3524_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/3524/2011 du 30 novembre 2011

IT: GE\_GERICHTE A/3524/2011 del 30 novembre 2011

### **Erwägungen**

#### **E. 8**

ème Chambre En la cause Monsieur M\_\_\_\_\_, domicilié au Grand-Lancy, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Imed ABDELLI recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 Lucerne intimée EN FAIT En date du 22 mars 2007, M\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, de nationalité algérienne, a subi un accident de la circulation. Alors qu'il se trouvait en scooter, un camion est sorti de sa trajectoire et l'a heurté. La déclaration de sinistre LAA, remplie le 18 avril 2007, indique qu'il a été atteint à l'épaule droite, cette articulation ayant subi une luxation. Les premiers soins lui ont été donnés auprès des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et le suivi de traitement effectué par la Dresse A\_\_\_\_\_, généraliste. Le rapport établi par le centre d'accueil d'urgence des HUG, le 23 mars 2007, indique qu'en sus de la luxation de l'articulation de l'épaule droite, l'assuré a également subi un traumatisme crânio-cérébral, avec perte de connaissance. Les investigations pratiquées au niveau cérébral et cervical sont mentionnées comme « sans problème ». Le traitement préconisé a été une réduction de l'épaule, ainsi que la prise d'antalgiques, avec la mise en place d'une attèle au coude au corps, durant 4 à 6 semaines, puis rééducation. A compter du 22 mars 2007, la SUVA a versé à l'assuré des indemnités journalières LAA, à hauteur de 132,55 fr. par jour. Le rapport établi le 23 mai 2007 par la Dresse A\_\_\_\_\_ mentionne que l'assuré souffre d'un syndrome de stress post-traumatique (ci-après également : PTSD), ainsi que de céphalées post-commotionnelles. Pour son problème d'épaule, il suit un traitement de physiothérapie et prend des médicaments, étant soigné en collaboration avec le Dr A\_\_\_\_\_, orthopédiste, auprès des HUG. Son incapacité de travail, à compter du 22 mars 2007, est indiquée comme probable jusqu'au mois de juillet 2007. Le rapport médical intermédiaire établi le 31 mai 2007 par la Dresse A\_\_\_\_\_ fait état des mêmes diagnostics, sans amélioration. La reprise du travail n'est pas envisagée, étant à réévaluer un mois plus tard. Un examen par le médecin d'arrondissement doit être prévu d'ici la fin juin s'il n'y a pas d'amélioration. Le rapport médical intermédiaire établi le 30 juillet 2007 par la Dresse A\_\_\_\_\_ mentionne une très lente amélioration de la mobilité de l'épaule droite, avec persistance d'un traumatisme neuropsychique lié au traumatisme cervico-crânien : trouble de la concentration « etc. », cumulé à un état dépressif relationnel. Le médecin mentionne qu'il n'y a pas de circonstance en rapport avec l'accident qui joue un rôle dans l'évolution du cas. La prise en charge de physiothérapie et le traitement médicamenteux sont toujours en cours, les consultations ayant lieu une fois toutes les 3 semaines environ. La durée probable du traitement mentionné est évaluée à plusieurs mois. Aucune reprise de travail n'est à envisager. L'examen par le médecin d'arrondissement de la SUVA, Caisse Nationale Suisse d'Assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA) est préconisé par la Dresse A\_\_\_\_\_. Le 10 septembre 2007, l'assuré a été examiné par le

Dr B \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA Genève. Dans son rapport établi le 10 septembre 2007, ce médecin indique que l'assuré est suivi pour des troubles neuropsychologiques et un syndrome de stress post traumatique, que son épaule est extrêmement limitée fonctionnellement, sans aucune atrophie au niveau de la musculature du membre supérieur droit et que la situation n'est pas du tout stabilisée. L'incapacité de travail est totale. Le Dr B \_\_\_\_\_ relève que selon le médecin traitant, la Dresse Emmanuelle A \_\_\_\_\_, il existe un état de stress post traumatique, pour lequel il propose une évaluation par le psychiatre conseil dans un proche avenir. Sont également à obtenir des renseignements sur le suivi neuropsychologique actuel et les résultats du bilan radiologique jusqu'à ce jour, aucun examen radiologique n'étant été mis à sa disposition par le patient. La SUVA a par la suite pris en charge les frais relatifs à une ceinture de soutien lombaire souple, sans garantie de prise en charge des troubles du dos par la suite, en date du 30 octobre 2007. En date du 20 décembre 2007, l'employeur de l'assuré, X \_\_\_\_\_ SA, a indiqué que l'assuré déployait auprès de lui la fonction d'agent d'exploitation d'escale. Il avait pour tâche le chargement et le déchargement du fret, de la poste et des bagages, à l'aide d'engins prévus à cet effet, tels que tapis roulant, tracteurs électrique, et transporteur de containers. Il s'occupait également de la conduite et de la mise en place des échelles et des génératrices. Sa fonction englobait certaines occupations occasionnelles, comme le lavage d'équipements, ainsi que de petits travaux d'entretien. Il assumait également la fonction de « team leader », sous les avions de la flotte Y \_\_\_\_\_. Il était donc responsable d'une équipe de 2 à 4 personnes pendant l'escala de ces avions. Dans son rapport médical du 4 janvier 2008, adressé au Dr B \_\_\_\_\_, la Dresse A \_\_\_\_\_ indique que sur le plan somatique, l'état de santé de l'assuré s'est lentement amélioré depuis le mois de juillet 2007, avec une augmentation des amplitudes de la mobilité de l'épaule droite. Il persiste néanmoins un certain déficit d'abduction et d'élévation du membre supérieur droit, une diminution de la force de préhension de la main droite, des douleurs dorsales et cervicales latéralisées à droite, sur contractures musculaires. Le patient est suivi sur le plan orthopédique par le Dr A \_\_\_\_\_, auprès des HUG. Il bénéficie également d'un suivi par le service de neuro- rééducation, du Dr C \_\_\_\_\_ et de la Dresse D \_\_\_\_\_, pour les troubles neuropsychologiques consécutifs à l'accident du 22 mars 2007 (troubles frontaux-mnésiques, troubles attentionnels, phénomène de « déjà vécu », irritabilité temporelle possible, syndrome post-commotionnel avec phonophobie, troubles visuels et céphalées). Il bénéficie encore d'un suivi psychiatrique par la consultation de la Jonction, auprès du Dr E \_\_\_\_\_, le diagnostic retenu étant un état de stress post traumatique, secondaire à l'accident. Dans ces circonstances, le patient n'est pas apte à reprendre son activité professionnelle précédente auprès de X \_\_\_\_\_. Néanmoins, une reprise de l'activité professionnelle est envisageable, à temps partiel dans un premier temps, mais dans un poste plus léger sur le plan physique. Le patient s'est montré d'accord avec cette proposition et est demandeur pour trouver une solution de reprise rapide de son activité professionnelle. En date du 10 janvier 2008, un entretien a eu lieu avec l'équipe de prestations de la SUVA, l'assuré et son conseil, ainsi qu'une représentante de son employeur, N \_\_\_\_\_, conseillère sociale. Lors de cet entretien, l'assuré a indiqué n'avoir jamais souffert avant l'accident de l'épaule droite, du dos, de l'omoplate droite, de perte de mémoire et de dépression. Il a mentionné être toujours limité de manière importante par son épaule droite, n'arrivant pas à toucher son dos, ni à lever le bras au-dessus de la tête. Il lui est impossible de soulever une charge qu'il peut cependant tenir de son bras droit, à bout de bras, jusqu'à 25 kg environ. Il lui est également impossible de

faire des rotations complètes de l'épaule, ce qui est très handicapant pour la conduite d'un véhicule. Il souffre de douleurs dorsales sur le côté droit et sur l'omoplate droite, lesquelles ne sont pas permanentes. Elles se manifestent à raison d'une à deux fois par semaine, mais sont qualifiées de « très invalidantes ». Elles se présentent sans raison apparente, également lors de gestes brusques et lorsque l'assuré sollicite un peu trop son bras droit. Ce dernier rajoute qu'il subit d'importantes céphalées, se manifestant également sans raison apparente. En ce qui concerne les acouphènes de l'oreille gauche, il indique que cela va mieux, contrairement à l'oreille droite. Lorsqu'il se lève le matin ou lorsqu'il est stressé, il ressent des acouphènes à droite. Quant aux pertes de mémoire, il indique qu'il n'y a aucune évolution. Il souffre également d'insomnies, pour lesquelles il prend parfois des somnifères, ainsi que d'angoisses et fait beaucoup de cauchemars, relatifs à l'accident. Il se trouve toujours en suivi psychiatrique, auprès du Dr. E\_\_\_\_\_. Il indique qu'il aimerait pouvoir reprendre un travail, mais dans un poste allégé. Il est marié, a deux enfants, pour lesquels il perçoit 400 fr. par mois à titre d'allocations familiales. A l'issue de l'entretien, il a été décidé que N\_\_\_\_\_ allait discuter avec les responsables d'unité de l'employeur, pour voir s'il y avait une possibilité de trouver un poste allégé, de manière à permettre une reprise de travail. Un bilan est prévu à 2 mois après la reprise de travail, pour déterminer le rendement notamment. Selon entretien téléphonique de X\_\_\_\_\_ SA avec l'entreprise de prestations de la SUVA, du 15 janvier 2008, il n'a pas été possible de trouver un poste adapté aux limitations physiques de l'assuré auprès de son employeur. En date du 12 février 2008, le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, consulté par l'assuré, a établi un rapport au Dr Constant B\_\_\_\_\_. Il indique que sur le plan orthopédique, la seule lésion objectivée était une luxation de l'épaule droite, traitée dans les règles de l'art. Le patient lui a indiqué avoir subi un traumatisme crânio-cérébral, avec une perte de connaissance, qui aurait duré environ 12 heures. Sur le plan psychiatrique, le patient dit avoir suivi un traitement antidépresseur depuis 8 ans, mais de manière irrégulière. Le médecin indique se trouver face à un patient avec un passé psychiatrique, antérieur à l'accident. Il est possible que l'accident ait aggravé son état sur le plan psychique. En ce qui concerne l'épaule, bien que le médecin ne l'ait pas examiné, il estime qu'un an après l'accident, celle-ci ne devrait plus poser de problème, bien que le patient la ménage encore à l'heure actuelle. Le traitement suivi est assez lourd, sous forme de Tramal, jusqu'à 100 gouttes par jour, de Dafalgan, de Lyrica et de Fluctine. Des traitements à base de morphine ont été entrepris en milieu hospitalier. Le Dr F\_\_\_\_\_ termine en indiquant que le patient présente très certainement un syndrome somatoforme douloureux associé à un état dépressif préexistant. Il suggère que soit mise sur pied une expertise pluridisciplinaire (orthopédie, neurologie et psychiatrie). En date du 26 mars 2008, le Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin d'arrondissement de la SUVA Genève, indique avoir effectué un examen le 19 mars 2008 sur l'assuré. Il pose comme diagnostic des troubles de l'adaptation, avec perturbation des émotions et des conduites. Selon le Dr G\_\_\_\_\_, l'accident a créé une amnésie antérograde et rétrograde, ce qui a partiellement protégé l'assuré en ce qui concerne le développement d'une symptomatologie d'état de stress post traumatique. Les conséquences globales de l'accident, notamment sur le plan physique, ont largement remis en question son avenir professionnel, qui demeure incertain. C'est dans ce contexte principalement que se situent les réactions psychologiques actuelles de cet assuré, son irritabilité, ses troubles de l'humeur, son anxiété, ses périodes d'abattement. En ce qui concerne une prise en charge d'ensemble psychiatrique, celle-ci a été tentée, mais a été vécue quasiment sur un mode persécutoire par le patient. Il n'est donc

pas souhaitable de le réadresser chez un psychiatre, ni de lui prescrire un traitement psychotrope, lequel a également été très mal vécu. Le médecin indique que selon lui, il n'est pas possible de faire un travail de psychothérapeutique à proprement parlé avec ce patient, que l'on peut tout au plus soutenir dans une démarche pratique et pragmatique, visant principalement à le réintégrer professionnellement. Selon le Dr G\_\_\_\_\_, il serait peut-être souhaitable qu'une évaluation soit faite au niveau de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), en ce qui concerne les compétences de travail réelles et les tâches possibles à effectuer. S'agissant enfin de la capacité de travail pour des raisons psychologiques, il n'y a selon le médecin aucune incapacité de travail en lien avec la symptomatologie dépressivo-anxieuse, constatée. Au mois de mars 2008, la SUVA a confirmé la prise en charge d'une participation annuelle maximale de 300 fr. sur l'abonnement de fitness de l'assuré, dans la mesure où des séances de gymnastique régulières ont été préconisées par la Dresse A\_\_\_\_\_. Au mois d'avril 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité. Le 13 mai 2008, l'assuré a de nouveau été examiné par le Dr B\_\_\_\_\_. Dans le rapport établi le lendemain par ce médecin, il est indiqué qu'au niveau de l'appareil locomoteur, il n'existe aucun trouble rachidien, ni au niveau des membres inférieurs. Au niveau de l'épaule droite, il subsiste une limitation en fin d'amplitude, en abduction et élévation antérieure, de même qu'en rotation interne. Pour les seuls problèmes de l'épaule droite, le médecin indique que l'assuré ne peut plus porter des charges moyennes à lourdes en hauteur, ni bras tendus et, de ce fait, son travail de bagagiste n'est pas réalisable actuellement. Dans toute activité ne nécessitant pas des mouvements répétitifs de l'épaule droite, réalisés exclusivement en dessous de l'horizontal, il pourrait travailler en plein. Entant donné les problèmes psychologiques et neuropsychologiques surajoutés, il serait souhaitable que l'assuré soit pris en charge à la CRR pour un bilan complet ou alors, comme préconisé par le Dr F\_\_\_\_\_, qu'une expertise multidisciplinaire, neurologique, psychiatrique et orthopédique, soit organisée. Enfin, le médecin note encore que le dossier radiologique doit évidemment être retrouvé et obtenu. L'assuré a été hospitalisé du 12 août au 26 août 2008 auprès de la Clinique romande de réadaptation. Il en est sorti pour être immédiatement hospitalisé, de manière volontaire, auprès de la Clinique de Belle-Idée, aux institutions psychiatriques des HUG. Plusieurs examens ont été effectués et rapports médicaux rendus, par les différents spécialistes de la CRR. L'avis de sortie établi le 26 août 2008 par la Dresse H\_\_\_\_\_ mentionne que l'hospitalisation volontaire à la Clinique de Belle-Idée fait suite à des automutilations (scarifications de l'avant-bras gauche), avec tentative de défenestration. En 1989, l'assuré a subi un accident, avec des brûlures étendues des membres inférieurs et des paresthésies (suivies de greffes cutanées). Il a subi un état dépressif réactionnel et un « PTSD ». Un suivi psychiatrique a été effectué en 2002 à la consultation des Eaux-Vives, pour angoisses, puis en 2003, à la consultation de la Jonction, pour « PTSD » et troubles de la personnalité émotionnellement labile, avec cervico-brachialgies non organiques. Le suivi a été interrompu en 2005. En juin 2006, une première hospitalisation a eu lieu à Belle-Idée, pour risque d'hétéro agressivité. Le diagnostic posé suite à l'accident de scooter du 22 mars 2007 indique un traumatisme cervico-crânien probablement modéré, avec syndrome post-commotionnel, une luxation de l'épaule droite, compliquée d'une épaule gelée au décours, ainsi que des contusions multiples à droite. Des céphalées d'origine plurifactorielles sont encore mentionnées, d'origine post traumatique, cervicogènes, ainsi qu'à caractère partiellement migraineux. Enfin, il est indiqué que l'assuré souffre d'un épisode dépressif sévère, avec symptômes

psychotiques (F32.3), ainsi que d'une personnalité émotionnellement labile, de type impulsif (F60.30). Le patient suit un lourd traitement médicamenteux. Le rapport établi le 22 août 2008 par le Dr I\_\_\_\_\_, médecin associé spécialiste FMH en rhumatologie auprès de la CRR reprend les rapports des examens effectués sur le patient au niveau du rachis cervical, de ses épaules, coudes, mains et poignets, ainsi que des pieds, comme les constatations découlant des différents examens radiologiques et CT scans, effectués du mois de mars au mois d'octobre 2007. En conclusion, le médecin indique que le status après luxation gléno-huméral réduite de l'épaule est compliqué d'une épaule gelée actuellement au décours, une tuméfaction du dos de la main apparue après le traumatisme et diverses douleurs du coude, du rachis cervico-dorsal et du pied droit, sans anomalie évidente, tant sur les radiographies qu'à l'examen clinique. Sur le plan thérapeutique, le médecin pense que le patient n'a pas besoin de physiothérapie après sa sortie de la CRR, étant en mesure de faire des exercices à domicile, de la natation et du fitness pour essayer de renforcer globalement le membre supérieur et les muscles rachidiens. Il devrait encore progresser en mobilités, mais gardera probablement des douleurs de l'épaule. En ce qui concerne le travail, il faut lui reconnaître des limitations pour le travail en hauteur, le travail de force, ainsi que le travail des bras en porte-à-faux, en ce qui concerne l'épaule, comme ceci a déjà été signalé par le médecin d'agence et le médecin traitant. Dans une activité qui respecterait ces limitations, le patient pourrait travailler à plein temps. Il faudrait probablement qu'il change de travail, dans la mesure où aucun poste adapté n'est apparemment possible dans son entreprise. Le Dr I\_\_\_\_\_ indique qu'une mini-ECF serait peut-être intéressante pour fixer le niveau d'effort actuel. Le rapport de physiothérapie, établi par O\_\_\_\_\_, physiothérapeute diplômée auprès de la CRR n'indique aucune proposition de poursuite ambulatoire, étant précisé que le patient est arrivé avec 10 à 15 minutes de retard ou ne venait pas du tout aux séances fixées. Le rapport établi le 29 septembre 2008 par les Drs J\_\_\_\_\_, chef de clinique spécialiste FMH en neurologie, et K\_\_\_\_\_, chef de service spécialiste FMH en neurologie, auprès de la CRR, mentionne comme diagnostic primaire une réadaptation neurologique (Z 50.9), avec différents diagnostics secondaires déjà contenus dans l'avis de sortie. A titre de comorbidités, ce rapport fait état d'un traumatisme en 1989 avec : un traumatisme cervico-crânien, une fracture de la jambe gauche traitée de manière conservatoire, des brûlures au 3<sup>ème</sup> degré étendues sur les deux jambes, ainsi qu'en 2003 : des cervico-brachialgies gauches, sans lésion organique. Après un rappel amnésique complet, ainsi qu'un examen clinique, les médecins indiquent que du point de vue neuropsychologique, la situation n'est pas évaluable de façon fiable en raison des problèmes psychiatriques. Du point de vue moteur, en ce qui concerne l'épaule, il existe des limitations déjà signalées. Il est probable que le patient garde des douleurs de l'épaule à long terme. Toutefois, en raison des limitations peu importantes, aucune physiothérapie après hospitalisation n'est préconisée. Une évaluation professionnelle dans les ateliers de la CRR a débuté, afin de déterminer les limitations et de cerner plus précisément le type d'activité adaptée et réalisable. Toutefois, cette évaluation n'a pu être réalisée, au vu du départ précipité du patient, celui-ci ne s'étant pas présenté à de nombreux rendez-vous. Un examen neuropsychologique est à prévoir lorsque les facteurs psychologiques seront mieux maîtrisés. Du point de vue neurologique, l'examen est dans les limites de la norme, hormis des troubles sensitifs sur les zones greffées des deux membres inférieurs. Le rapport établi suite à l'examen neuropsychologique effectué en date des 18 et 21 août 2008, par la Dresse L\_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en neuropsychologie et le Dr AA\_\_\_\_\_, neuropsychologues auprès de la CRR, indique que l'examen neuropsychologique n'a pu

être que partiellement réalisé, notamment en raison des troubles de l'humeur et de la personnalité manifestes, lesquels ont limité l'investissement dans certaines tâches proposées au patient. Le tableau neuropsychologique actuel est dominé par un ralentissement idéomoteur, ainsi que des performances mnésiques à court et long terme et exécutives déficitaires. Ses performances sont, telles que mesurées en l'état, difficilement interprétables. Un examen neuropsychologique est à prévoir lorsque les facteurs psychologiques seront mieux maîtrisés. Le rapport établi le 26 août 2008 par la Dresse AB\_\_\_\_\_, cheffe de clinique du service psychosomatique auprès de la Clinique romande de réadaptation indique que l'existence d'un état dépressif réactionnelle et d'un « PTSD » a été reconnue depuis son accident de voiture, ayant provoqué des brûlures étendues des membres inférieurs et des parésies, dès 1989. Les plaintes actuelles du patient sont concentrées sur ses troubles mnésiques, sa baisse de concentration, sa nervosité, irritabilité, intolérance à la frustration et tristesse, baisse de l'élan vital, troubles de concentration et de l'attention, ainsi que troubles du sommeil. Le diagnostic posé est un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3), ainsi qu'une personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.30). La Dresse AB\_\_\_\_\_ indique que sur le plan psychique, le patient a développé un état anxio-dépressif et est suivi par un psychiatre depuis plusieurs mois. Il a des antécédents psychiatriques connus et plusieurs traitements psychotropes ont déjà été essayés par le passé. L'état de stress post traumatique fait d'intrusions, de conduites d'évitement et d'autres signes, est encore présent mais de degré modéré. On signale aussi un manque d'assurance et de confiance en soi et entre autres, une baisse de l'estime de soi, un mal être et des idées de persécution. Subjectivement, son état évolue lentement malgré les différents traitements entrepris. La Dresse AB\_\_\_\_\_ propose du point de vue thérapeutique le maintien de son traitement actuel (Remeron 15 mg), ainsi que des séances de relaxation durant son séjour. Elle indique enfin qu'en date du 26 août 2008, sans motif explicite, le patient s'est automutilé dans un épisode d'angoisses majeures, son état ayant nécessité un transfert auprès de la Clinique de Belle-Idée. Dans le rapport établi le 23 août 2008, le Dr AC\_\_\_\_\_, du service de neuropsychiatrie de Belle-Idée, fait état d'un enregistrement polysomnographique qui a permis de mettre en évidence un syndrome d'apnée du sommeil, léger, lequel ne mérite pas de traitement. La mise en place d'une bonne hygiène du sommeil, avec l'aide du psychiatre qui suit le patient pour son syndrome post traumatique, devrait permettre une amélioration des symptômes. Le rapport établi le 12 janvier 2009 par les Drs AD\_\_\_\_\_ et AC\_\_\_\_\_, chefs de clinique, auprès du département de psychiatrie adulte des HUG, retient comme diagnostic principal un épisode dépressif moyen (F32.1), avec un syndrome de stress post traumatique (PTSD) (F43.1), une personnalité émotionnellement labile, de type de borderline (F60.31) et des cervicalgies. Il indique qu'il s'agit d'une 6<sup>ème</sup> hospitalisation en admission ordinaire, pour état dépressif. Le patient est connu pour une personnalité borderline et un syndrome post traumatique, étant suivi par le Dr . E\_\_\_\_\_, de la consultation de la Jonction. Sa dernière hospitalisation remonte à août 2008, suite à des automutilations. Il a également été hospitalisé en 2006, une fois en 2005, une fois en 2002, une fois et en 2001. Il s'est présenté aux urgences, se plaignant de cervicalgies. Hospitalisé durant une nuit, il est adressé pour suite de soins au centre de thérapie brève, puis reprise de suivi avec le Dr E\_\_\_\_\_. Le rapport établi le 22 février 2009 par la Dresse A\_\_\_\_\_ indique que le patient souffre toujours de douleurs chroniques de l'épaule droite, ainsi que d'un traumatisme neuropsychologique lié au traumatisme cervico-crânien, comme d'une symptomatologie psychiatrique en aggravation

depuis le mois de juillet 2007 (état dépressif, avec symptômes psychotiques). Le traitement en cours est une médication antalgique et psychotrope, les consultations ayant lieu à raison d'une fois par mois. La durée probable du traitement est indéterminée. Selon le médecin, la SUVA devrait s'adresser à l'employeur pour procurer au patient un travail approprié. Elle indique également qu'il y a un dommage permanent à craindre, dans la mesure où le patient souffre de douleurs chroniques. L'assuré est suivi en neuro-rééducation, par le Dr AD\_\_\_\_\_, auprès des HUG, ainsi que sur le plan psychiatrique, par le Dr E\_\_\_\_\_.

Le 3 mars 2009, le Dr B\_\_\_\_\_ a, à nouveau, examiné l'assuré. Il a repris les conclusions des rapports établis auprès de la CRR. En fonction de ses propres conclusions, il estime qu'au niveau de l'épaule droite, le dommage permanent peut déjà être estimé et qu'à charge de l'assurance accident, reste seule en question la prise en charge des médicaments antidouleurs, aucune physiothérapie ne s'avérant utile. Au niveau psychiatrique, une nouvelle appréciation semble indispensable, dans la mesure où il s'agit d'un problème majeur empêchant tout retour à une vie professionnelle. L'appréciation médicale effectuée le 11 mars 2009 par le Dr G\_\_\_\_\_, sur la base des rapports de la CRR, mentionne que la situation n'est pas stabilisée du point de vue psychotique. La mise en évidence d'une personnalité borderline et d'un état dépressif sont les diagnostics considérés comme étant de « premier plan » la présence d'un état de stress post traumatique étant retenue, mais restant un diagnostic de « second plan ». Selon le Dr G\_\_\_\_\_, ce n'est que pour le dernier diagnostic que l'existence d'un lien de causalité naturelle peut être retenu, l'accident ne pouvant en aucun expliquer les décompensations de nature psychotique ou dépressive présentées récemment par le patient. En date du 19 octobre 2009, X\_\_\_\_\_ SA a signifié à l'assuré la résiliation de son contrat de travail avec effet au 31 décembre 2009. Selon le rapport médical adressé le 18 septembre 2009 par le Dr E\_\_\_\_\_ au médecin conseil de la SUVA, il est indiqué que d'un point de vue psychiatrique, l'assuré a présenté suite à l'accident professionnel du 22 mars 2007 et les conséquences d'un arrêt prolongé, une dépression, compliquée par des traits de troubles de la personnalité. L'évolution est mitigée, en raison de l'interaction des différents troubles. Ainsi, un objectif de reprise de travail est discuté avec la Dresse A\_\_\_\_\_ qui doit intégrer les aspects somatiques dans l'évaluation globale de la capacité de travail. L'assuré reste en effet instable et d'évolution future incertaine. Le patient suit toujours un traitement médicamenteux, à savoir du Remeron (30 à 45 mg), antidépresseurs, ainsi que des suivis d'entretiens psychiatriques-psychothérapeutiques, de manière régulière. Au mois de novembre 2009, la SUVA a sollicité des HUG que lui soient transmis les différents examens pratiqués lors de l'hospitalisation du 22 mars 2007. Selon les résultats d'examens de l'épaule du 23 mars 2007, le CT scan cérébral et de la colonne cervicale du 22 mars 2007 et le CT thoraco-abdominal du 22 mars 2007, aucune fracture ni anomalie particulière n'ont été relevées. Le rapport établi le 25 septembre 2007 par le Dr C\_\_\_\_\_, chef de clinique auprès du service de neuro-rééducation des HUG, fait suite aux consultations qui ont eu lieu les 28 août, 13 septembre et 24 septembre 2007. Les diagnostics posés sont, suite à l'accident de la voie publique du 22 mars 2007 : traumatisme cranio-cérébral, avec amnésie circonstancielle d'une douzaine d'heures (glasco teste initial à 15), des troubles frontaux mnésiques probables, avec un léger manque du mot, fatigabilité et troubles attentionnels, en lente amélioration, des phénomènes de « déjà vécus », à dater du traumatisme (irritabilité temporelle possible, en cours d'investigation), un syndrome post-commotionnel avec phonophobie, nausées, troubles visuels et céphalées, une luxation traumatique de l'épaule droite, des contusions multiples, avec douleurs

musculo-tendineuses du membre supérieur droit, persistantes, des dorso-lombalgies, exacerbées à l'effort. Des céphalées d'origine multiples factoriels, post traumatisme crânio-cérébral, cervicogènes et à caractère partiellement migraineux sont également mentionnées. Un état dépressif réactionnel, avec état de découragement et stress post traumatique (PTSD) est posé, avec un status après état dépressif réactionnel et PTSD sur accident, en 1989, et un status après état de surcharge psychique, fluctuant. Une sinusite auxiliaire gauche aiguë est encore indiquée, étant ressortie d'un examen pratiqué le 12 juillet 2007. Enfin, un status après accident de 1989, avec des brûlures étendues des deux membres inférieurs, greffe cutanée et paresthésie séquellaires, figure au rapport. Le Dr C \_\_\_\_\_ indique que la prise en charge de l'état anxio-dépressif, dans le contexte d'un état de stress post traumatique, doit avoir lieu à la consultation des Eaux-Vives. Du point de vue des céphalées, en voie de chronicisation, l'étiologie se révèle certainement post traumatique, dans le contexte d'un syndrome post-commotionnel, avec composantes cervicogènes et de caractère migraineux également. Considérant le risque de chronicisation, ce médecin pose l'indication à introduire un traitement de fond. Pour la première fois le 24 septembre 2007, le patient a mentionné des épisodes de déjà vécus, totalement indépendant selon le médecin de l'état de stress post traumatique et pouvant être la manifestation d'une irritabilité temporelle post traumatique. De ce fait, il a demandé la pratique d'un électroencéphalogramme et d'une consultation, afin de décider de l'éventuelle introduction d'un traitement antiépileptique. A noter, selon lui, que cette médication pourrait également constituer un traitement de fond pour les céphalées. Le patient doit être reconvoqué pour cet examen et cette consultation. Le médecin note encore que le résultat de l'IRM, considéré comme « normal », ne signifie pas qu'il n'y ait pas eu d'atteinte cérébrale et que les troubles neuropsychologiques à type de fatigue, troubles attentionnels et oublis au quotidien, soient factices. L'imagerie, aussi précise soit-elle, ne peut montrer des lésions cérébrales au niveau cellulaires ni un dysfonctionnement transitoire des réseaux neuronaux. A également été rediscutée l'importance d'une prise en charge psychologique pour l'état de stress post traumatique, celui-ci influençant directement les capacités du patient à s'investir dans le quotidien. Dès le 23 octobre 2007, la consultation sera effectuée par le Dresse D \_\_\_\_\_, qui succède au Dr C \_\_\_\_\_, dès le 1<sup>er</sup> octobre 2007. Le rapport établi le 1<sup>er</sup> novembre 2007 par le Dr AE \_\_\_\_\_, chef de clinique, et la Dresse AF \_\_\_\_\_, médecin interne, du service de neurologie, unité d'épileptologie clinique et d'électroencéphalographie des HUG, mentionne que les céphalées chroniques semblent, d'après leurs descriptions, polymorphes et s'intégrer davantage dans la symptomatologie anxieuse présentée par le patient. L'électroencéphalogramme pratiqué le 1<sup>er</sup> novembre 2007 est parfaitement rassurant. Le patient ne souffre pas d'épilepsie mais ses malaises sont à intégrer aux troubles anxio-dépressifs et à l'atteinte neuropsychologique consécutive à l'accident. Le suivi psychothérapeutique et en neuro-rééducation mérite à ce titre d'être poursuivi. Aucun changement thérapeutique n'est préconisé, le patient a été mis en garde contre l'abus de médicaments de Maxalt ou d'antalgiques de type AINS. En date du 23 juillet 2008, le Dr AD \_\_\_\_\_, chef de clinique auprès du service de neuro-rééducation des HUG fait état de troubles attentionnels et exécutifs importants, ressortis de l'examen pratiqué le même jour. Ce tableau clinique ne peut être expliqué que partiellement par le traumatisme crânien subi le 22 mars 2007, qui a peu d'élément de gravité. Le médecin pense que l'état anxieux et probablement dépressif majore le tableau clinique. Pour cette raison, il a insisté auprès du patient sur la nécessité d'un suivi psychiatrique simultané. Concernant la prise en charge neuropsychologique, le médecin ne pense pas qu'un bilan soit

facilement praticable dans le contexte d'anxiété actuelle, mais qu'un suivi pourrait être envisagé avec une approche comportementale, en coordination avec le psychiatre. Le Dr AD\_\_\_\_\_ a également établi un rapport médical le 2 juillet 2009, se référant au bilan neuropsychologique réalisé en mai 2009. Ce bilan a montré un ralentissement et des troubles attentionnels pour l'alerte et l'attention divisée, de même que des troubles exécutifs avec une atteinte de l'auto activation, de la flexibilité, de l'inhibition et de la planification, comme des troubles de mémoire visio-spaciale et de la difficulté de construction visio-spaciale. Suite à ce bilan, une prise en charge neuropsychologique thérapeutique a commencé, avec une bonne adhérence du patient à la thérapie. Dans son rapport établi le 1<sup>er</sup> juin 2010, la Dresse A\_\_\_\_\_ indique que sur le plan somatique, il y a persistance des douleurs occasionnelles de l'épaule, du membre supérieur droit et du rachis cervical. La capacité de travail théorique est de 100 % dans une activité plus légère, avec des limitations pour le travail en hauteur, le travail de force et le travail des bras en porte-à-faux. Du point de vue psychiatrique, l'évolution est péjorée, l'état du patient étant préoccupant. Il s'agit d'un état dépressif et anxieux sévère, avec désorganisation psychique, rendant le suivi et la prise en charge difficile. Le patient est notamment et légitimement préoccupé par sa situation sociale et l'avenir de sa famille, ce qui péjore son état thymique. Du point de vue psychiatrique, l'incapacité de travail actuelle est totale, devant être évaluée à moyen et long terme, en fonction de l'évolution de la pathologie psychiatrique. Une évaluation de ses capacités de réinsertion professionnelle, sous forme d'un stage ou de toutes autres mesures, proposées par l'assurance invalidité, et pour lesquels le patient est très motivé, serait susceptible d'avoir un impact positif. Selon elle, l'état n'est pas stabilisé. En date du 9 juillet 2010, le Dr AG\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et en psychiatrie et psychothérapie, auprès de la SUVA, a établi un rapport d'appréciation neurologique. Après avoir repris les différents examens et certificats médicaux contenus dans le dossier, ce médecin aboutit à la conclusion que l'accident du 22 mars 2007 n'a provoqué ni trauma important de la tête, ni une autre lésion importante du système nerveux central. Il s'en suit qu'un trouble psychique ou une maladie psychiatrique ne peuvent pas être expliqués chez l'assuré par les suites neurologiques d'accident organique ou structurel. D'autres études neurologiques ou neuropsychologiques concernant les suites de l'accident ne sont pas nécessaires ; aucune preuve de l'existence de suite organique de l'accident n'ayant été apportée. Une atteinte importante et/ou durable à l'intégrité corporelle dans le domaine neuropsychologique, ou à l'intégrité mentale dans le domaine neuropsychologique, ne peut pas être établie comme suite de l'accident. Compte tenu des rapports médicaux en temps réel et établis suite à l'accident du 22 mars 2007, un droit à une indemnisation dans le domaine neurologique ou neuropsychologique n'est pas fondé. Au plus tard après le traitement de réadaptation stationnaire à la CRR, en août 2008, on peut selon ce médecin estimer que les suites neurologiques subjectives sont stabilisées. Même avec l'hypothèse d'un syndrome céphalgique port traumatique chronique qui pourrait exister chez l'assuré, celui-là ne serait pas explicable par des suites organiques de l'accident, d'une part, et n'entraînerait pas de diminution importante de la capacité de travail, d'autre part. Il n'y a pas de suite neurologique ou psycho-neurologique de l'accident motivant une limitation dans le temps ou dans les performances, la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle ou dans une activité de référence. Par courrier adressé le 27 août 2010 au mandataire chargé de la défense des intérêts de l'assuré, la SUVA a indiqué mettre fin au paiement des soins médicaux (en dehors des médicaments antidouleurs pour l'épaule droite) et de l'indemnité journalière, avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2011, ce délai devant permettre à

l'assuré d'entreprendre par ses propres moyens ou avec le concours de l'AI des démarches pour trouver un poste de travail adapté. La SUVA s'est fondée sur le dernier examen effectué par le Dr B\_\_\_\_\_, le 3 mars 2009, lequel avait montré que la situation pouvait être considérée comme stabilisée s'agissant des troubles de l'épaule droite. Demeurait réservée l'appréciation des troubles neurologiques et neuropsychologiques. Au vu des pièces du dossier, sur la base desquelles le Dr AG\_\_\_\_\_ s'était prononcé le 8 juillet 2010, un droit à une indemnisation dans le domaine neurologique et neuropsychologique n'était pas non plus fondé. En revanche, les séquelles au niveau de l'épaule droite subsistant, des limitations conséquentes avaient été fixées par le médecin d'arrondissement, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité en vertu de l'art. 24 al. 1 LAA devant encore être fixée. Le 25 septembre 2010, l'assuré a fait une chute accidentelle dans sa baignoire, ayant provoqué une contusion costale et lombaire droite. Les examens pratiqués aux HUG, le jour de l'accident précité, n'ont démontré aucune fracture du bassin ou au niveau lombaire. Aucun arrêt de travail n'a été préconisé. Selon courrier du 6 décembre 2010, la SUVA a confirmé verser une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique à hauteur de 10'680 fr. Dans la mesure où un stage a été prévu par l'assurance-invalidité à compter du 17 janvier 2011, la SUVA a prolongé le versement de l'indemnité journalière jusqu'au 16 janvier 2011, par courrier du 7 décembre 2010. Le stage effectué à compter du 17 janvier 2001 dans le cadre de l'examen de la rente invalidité a été interrompu le 1<sup>er</sup> février 2011, en raison de douleurs présentées par l'assuré. En date du 4 février 2011, un scanner lombaire a été effectué. La Dresse AH\_\_\_\_\_, ayant rédigé le rapport établi suite à cet examen, le 7 février 2011, a indiqué qu'un complément de bilan par IRM cérébral ou médullaire était recommandé, dans la mesure où une ectasie durale, mise en évidence, devait faire rechercher en premier lieu une neurofibromatose de type 1 ou une éventuelle maladie de Marfan, ainsi qu'une spondylarthrite ankylosante. Par ailleurs, la présence d'un antélisthésis de L5 sur S1 (grade 1) secondaire à une lyse isthmique bilatérale et la présence d'une discopathie L5-S1 protrusive, majorée par l'antélisthésis avec rétrécissement des trous de conjugaison L5-S1, pouvant être à l'origine d'une symptomatologie radiculaire L5 bilatérale, avait été mise en évidence également. L'IRM cérébrale et des cavités orbitaires pratiquée le 10 février 2011 par la Dresse AH\_\_\_\_\_ n'a indiqué aucune anomalie notable. En particulier, elle signale l'absence d'argument en faveur d'une neurofibromatose de type 1. Une IRM médullaire et lombaire a été effectuée le 11 février 2011 par la Dresse AI\_\_\_\_\_. Cette dernière note en conclusion l'attitude du segment cervical qui a pu être observée, ainsi que de très légères discopathies protrusives C5-C6 et C6-C7, sans image de conflit disco-radiculaire. De discrètes discopathies D1-D2 ainsi que de D5-D6 à D11-D12, sans image de conflit disco-radiculaire non plus, sont ressorties de l'examen, de même qu'un discret antélisthésis de grade 1 de L5 sur S1, sur isthmolyse L5 bilatérale connue, s'accompagnant d'une légère discopathie protrusive, entraînant une diminution de la vacuité des trous de conjugaison L5-S1 des deux côtés. Par ailleurs, de discrets remaniements à caractères inflammatoire des plateaux vertébraux jouxtant le disque L5-S1 ont été signalés, de même qu'une ectasie durable s'étendant de L4 à l'extrémité du sac dural. Par courrier du 22 février 2011, le nouveau mandataire de l'assuré a sollicité auprès de la SUVA la reprise en charge du cas de son client, en évoquant le résultat des examens pratiqués le 11 février 2011. La déclaration de sinistre LAA remplie le 4 mars 2011 indique qu'en date du 25 septembre 2010, l'assuré a glissé dans la salle de bain, s'étant retenu à la porte afin d'éviter une chute. Ce mouvement avait provoqué une torsion douloureuse. Le type de lésion mentionné sur cette déclaration est : fracture des

isthmiques bilatérales gauches et droites. Les premiers soins avaient été donnés par les HUG, le suivi de traitement étant effectué par la Dresse A\_\_\_\_\_ et le centre de diagnostic radiologique de Carouge. La durée probable de l'incapacité de travail était supérieure à un mois. Par courrier du 15 mars 2011, la SUVA a indiqué avoir accepté la prise en charge des troubles en relation avec l'accident du 25 septembre 2010, une nouvelle incapacité de travail ayant été signalée dès le 1<sup>er</sup> février 2011 et différait en examen radiologique sollicité durant le mois de février 2011. Dès lors, la SUVA devait réexaminer sa responsabilité à compter du 1<sup>er</sup> février 2011, des réserves étant cependant formulées dans ledit courrier. Le rapport médical établi le 21 mars 2011 par le Dresse A\_\_\_\_\_ fait état de douleurs lombaires, signalées depuis octobre, novembre 2010 par le patient, lesquelles seraient apparues suite à la chute dans sa baignoire du 25 septembre 2010. A la demande du patient et en raison desdites douleurs, des examens ont été pratiqués en février 2011, une évaluation neurochirurgicale étant cours. Selon un rapport préliminaire des neurochirurgiens, aucune indication opératoire n'a été posée. Une proposition de traitement antalgique, éventuellement par infiltration, après complément de bilan par radiologie fonctionnelle, pouvant être considérée. La Dresse A\_\_\_\_\_ concluait que le patient présentait actuellement une aggravation nette de son état psychiatrique, avec un état anxieux majeur et une agitation, sur le trouble de personnalité connu, entravant ses capacités cognitives et rendant le suivi extrêmement difficile, l'anamnèse pendant les consultations s'avérant parfois quasiment impossible. Le suivi sur le plan psychiatrique était toujours assuré par le Dr E\_\_\_\_\_. Par information donnée par X\_\_\_\_\_ SA à la SUVA le 8 avril 2011, s'il avait travaillé auprès de cette entreprise en 2011, l'assuré aurait réalisé en revenu de 4'610 fr. par mois, fois 13, plus 500 fr. par mois à titre d'autres compléments de salaire. Le rapport établi le 11 avril 2011 par le Dr AJ\_\_\_\_\_, chef de clinique auprès du service de neurochirurgie des HUG, sur demande de la Dresse A\_\_\_\_\_, indique que le patient fait état de douleurs lombaires irradiantes dans le flanc droit, apparues à la suite de son accident du mois de septembre 2010. A l'examen clinique, une douleur est objectivement notée à la palpation paravertébrale bilatérale. Il n'y a pas de déficit neurologique des membres inférieurs. Les réflexes rotuliens ne sont pas obtenus et les réflexes achilléens sont faibles. Sur l'IRM lombaire, la présence d'un canal rachidien de très bonne dimension, avec un petit antélisthésis de grade 1 de L5-S1 est notée. Aucune compression radiculaire n'est constatée par le médecin. En résumé, le Dr AJ\_\_\_\_\_ pense que l'assuré peut souffrir effectivement de douleurs lombaires basses chroniques, mentionnant qu'il est difficile de savoir si elles sont vraiment en lien avec le problème de lysisithmique. En l'état, aucune indication opératoire ne peut être posée, ce qui est difficile pour le patient. Le Dr AJ\_\_\_\_\_ propose de soulager les douleurs en effectuant des infiltrations L5-S1 bilatérales. Il propose également de refaire une radiographie lombaire en flexion et en extension pour évaluer le degré d'immobilité du segment L5-S1 et aussi d'effectuer un scanner lombaire pour mieux apprécier la lysisithmique. Au cours du mois d'avril 2011, le service de protection des mineurs est intervenu dans la famille de l'assuré, la situation familiale s'avérant extrêmement délicate. Une menace de résiliation de bail à loyer a été reçue, ce qui mettait en danger le cadre de vie des enfants. Le service de protection des mineurs a ainsi indiqué à la SUVA qu'il devait rencontrer l'assuré pour envisager des démarches auprès de l'Hospice Général. Le 4 mai 2011, le Dr B\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur les suites de l'accident du mois de septembre 2010. Il indique que suite aux faux mouvements décrits par l'assuré, on peut conclure que la glissade n'a causé aucune lésion traumatique au niveau rachidien et qu'à lecture attentive du dossier, des examens

complémentaires radiologiques réalisés et des avis médicaux spécialisés requis, les conséquences délétères de l'évènement du 25 septembre 2010 devraient s'éteindre au plus tard à 6 mois. Il rappelle pour mémoire que suite à l'accident du mois de mars 2007, le rachis lombaire n'a jamais été concerné. Par décision du 9 mai 2011, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité et une indemnité pour atteinte à l'intégrité, en raison des séquelles à l'épaule de l'accident du 22 mars 2007. S'agissant de la rente d'invalidité, la SUVA a indiqué que les investigations sur le plan médical et économique avaient mis en évidence une diminution de la capacité de gain de 16 %. Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle s'élevait à 16'680 fr., pour une atteinte évaluée à 10 %. Ladite décision indiquait qu'en cas d'opposition, dans la mesure où des prestations en cours étaient réduites ou supprimées, l'effet suspensif de l'opposition était retiré au sens de l'art. 11 OPGA. Par décision du 10 mai 2011, le cas été clos par la SUVA au 31 janvier 2011 s'agissant des suites de l'accident du 25 septembre 2010, dans la mesure où de l'appréciation du service médical, lequel s'était fondé sur l'ensemble des examens radiologiques pratiqués en février 2011, les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident. Ladite décision précise que si des prestations en cours sont réduites ou supprimées par ses effets, l'effet suspensif de l'opposition est retiré au sens de l'art. 11 OPGA. En date du 8 juin 2011, l'assuré a formé opposition contre la décision du 9 mai 2011. Il a conclu à l'annulation de la décision, à ce que son dossier médical soit complété, par des avis plus récents, à ce que lui soit octroyé un délai suffisant pour offrir ses moyens de preuve, relatifs plus particulièrement à son état de santé et à ses revenus d'avant et après accident du 22 mars 2007, à ce qu'une décision motivée sur l'ensemble du dossier soit rendue, à ce qu'il soit procédé à une nouvelle expertise pluridisciplinaire et à ce que le droit de compléter son opposition au sujet de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle lui soit réservé. En date du 10 juin 2011, l'assuré a formé opposition contre la décision du 10 mai 2011. Il a conclu à ce que l'effet suspensif soit octroyé à son opposition, à ce que la décision du 10 mai 2011 soit annulée, à ce que le versement des prestations dès le 1<sup>er</sup> février 2011 soit repris, de même que la prise en charge des frais médicaux, à ce que toute décision relative à la réduction des prestations soit suspendue jusqu'à l'issue d'une nouvelle expertise, à ce que son dossier médical soit complété, plus particulièrement en sollicitant des avis plus récents, à ce qu'un délai suffisant lui soit octroyé pour offrir ses moyens de preuve, relatifs plus particulièrement à son état de santé (du fait des deux accidents du 22 mars 2007 et du 25 septembre 2010) et à ses revenus d'avant et après accident du 22 mars 2007, à ce qu'une décision motivée soit rendue sur l'ensemble de son dossier, à ce qu'il soit procédé à une nouvelle expertise pluridisciplinaire et à ce que lui soit réservé le droit de compléter son opposition au sujet de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle. Par décision incidente du 22 juin 2011, la SUVA a maintenu le retrait de l'effet suspensif de la décision du 10 mai 2011. Au mois d'août 2011, le mandataire de l'assuré a pu prendre connaissance de l'intégralité du dossier LAA. Un délai lui a été accordé pour compléter son opposition, lequel n'a pas été utilisé s'agissant de l'opposition contre la décision du 9 mai 2011. Après avoir sollicité un délai, l'assuré a complété son opposition du 10 mai 2011, par écriture du 23 septembre 2011. Il s'est en particulier penché sur l'ensemble des rapports médicaux contenus dans le dossier LAA soutenant que l'accident du mois de septembre 2010 avait aggravé les conséquences de l'accident du 22 mars 2007, que le dossier ne livrait aucun examen approfondi sur la question de la causalité du 2<sup>ème</sup> accident sur les douleurs, notamment lombaires, dont il souffrait, de même que sur l'interaction de cet accident avec les problèmes de santé déjà connus. Il invoquait le fait que le statu quo sine ne pouvait pas être considéré comme

atteint, aucune stabilisation médicale n'étant par ailleurs acquise dans son cas. Il sollicitait que les deux sinistres, du 22 mars 2007 et du 25 septembre 2010, fassent l'objet d'un examen commun. Au surplus, il reprenait ses précédentes conclusions. Par décision sur opposition du 29 septembre 2011, la SUVA s'est prononcée sur les deux oppositions, des 8 et 10 juin 2011. Elle a maintenu ses précédentes décisions, des 9 et 10 mai 2011. S'agissant de l'accident du 22 mars 2007, la situation s'étant stabilisée sur le plan stomatique, seule une rente et l'octroi d'une indemnité pour l'atteinte à l'intégrité corporelle entrait en considération. Ces rentes et indemnités ayant été chiffrées de manière correcte, elle les maintenait. Par ailleurs, sur le plan psychiatrique, le lien de causalité nécessaire à l'engagement de sa responsabilité était nié. Quant à l'accident du 25 septembre 2010, le lien de causalité nécessaire entre cet accident et les douleurs lombaires était inexistant, aucune des souffrances psychiques dont était atteint l'assuré ne pouvant être prise en considération non plus, relativement à ce second accident. En date du 31 octobre 2011, l'assuré a formé recours, en deux exemplaires, contre la décision sur opposition du 29 septembre 2011. Il sollicite que les deux recours soient déclarés recevables, précisant que l'un est interjeté contre la décision sur opposition du 29 septembre 2011, en relation avec l'accident du 22 mars 2007, le second en relation avec l'accident du 25 septembre 2010. Il conclut, préalablement, à ce que l'effet suspensif soit octroyé aux deux recours, à ce que la jonction des causes relatives aux deux recours soit ordonnée, à ce que soit rapporté à la procédure le dossier instruit auprès de l'Office cantonal de l'assurance invalidité de Genève et à ce qu'un délai lui soit accordé pour compléter son écriture, à ce que l'ouverture des enquêtes soit ordonnées. Principalement, le recourant conclut à ce que le versement des prestations soit repris dès le 1<sup>er</sup> février 2011, pour les périodes non couvertes, à ce qu'il en soit de même pour la prise en charge de ses frais médicaux, à ce que soit suspendue toute décision à la réduction de prestation jusqu'à l'issue de la nouvelle expertise, à ce que son dossier médical soit complété, en sollicitant des avis plus récents, à ce qu'un délai suffisant lui soit octroyé pour offrir ses moyens de preuve, relatifs plus particulièrement à son état de santé (du fait des deux accidents du 22 mars 2007 et du 25 septembre 2010) et à ses revenus d'avant et après l'accident du 22 mars 2007, à ce qu'une décision motivée soit rendue sur l'ensemble de son dossier. A titre subsidiaire, il conclut encore à ce qu'il soit procédé à une nouvelle expertise pluridisciplinaire et à ce qu'un droit lui soit réservé pour compléter son recours au sujet de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle. Par écriture unique du 14 novembre 2011, la SUVA s'est prononcée sur la demande en restitution d'effet suspensif. Elle a également sollicité la jonction des causes relatives aux deux recours. S'agissant de l'effet suspensif, elle a invoqué le fait que le dossier avait donné lieu à une importante instruction par ses services administratifs, dont on ne pouvait pas affirmer qu'elle était manifestement lacunaire, de sorte que les prévisions sur l'issue du litige ne présentaient pas pour le recourant un degré de certitude suffisant pour être prises en compte. De plus, le recourant ne disposait pas de revenu particulier, alléguant même être sans ressource. Dans ces conditions, elle ne pouvait pas envisager le recouvrement des prestations qu'elle devrait éventuellement verser indûment. Dès lors, la décision de retirer l'effet suspensif au recours était fondée. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011,

cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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 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 leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37, page 316, consid. 3b). En l'espèce, tous les faits déterminants se sont produits après l'entrée en vigueur de la LPGA au 1<sup>er</sup> janvier 2003. Conformément à l'art. 60 LPG, le recours doit être déposé dans les 30 jours suivant la notification de la décision sujette à recours. Respectant par ailleurs les autres conditions de recevabilité, le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 et ss LPGA). Préalablement, la Cour de céans se prononcera sur la demande de jonction des causes formulée par les parties. Selon l'art. 70 al. 1 de la loi cantonale sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA ; E 5 10), l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune. En l'espèce, force est de constater que bien que le recourant fonde ses prétentions sur les séquelles et atteintes à sa santé subies en raison des deux accidents, intervenus respectivement en date des 22 mars 2007 et 25 septembre 2010, les complexes de faits concernant ces deux cas déclarés en général sont imbriqués. Le recourant fait état d'interdépendance entre ces deux événements et leurs suites, en requérant des mesures d'instruction qui pourront être effectuées simultanément. Cela permettra par ailleurs une meilleure célérité et efficacité dans le cadre de l'instruction des deux causes. Il appartiendra à la Cour de céans de déterminer si les deux événements sont effectivement liés, particulièrement s'agissant d'une éventuelle aggravation des atteintes à la santé découlant du premier accident, par le second. Enfin, les prétentions du recourant se recoupent, en ce qui concerne la prise en charge demandée d'indemnités journalières et de frais médicaux, requise à tout le moins avant qu'une décision définitive puisse être rendue et l'octroi d'une rente invalidité et la fixation d'une indemnité pour atteinte définitive à son intégrité décidés. La jonction des causes, à laquelle les deux parties souscrivent, l'intimée ayant même rendu une seule décision sur opposition en date du 29 septembre 2011, sera donc ordonnée. 4. Le litige porte notamment sur le droit de l'assuré à des prestations LAA au-delà du 31 janvier 2011. Il a demandé à ce que les indemnités journalières lui soient versées et ses frais médicaux soient intégralement pris en charge jusqu'à droit jugé. La SUVA a retiré l'effet suspensif à sa décision sur opposition du 29 septembre 2011. La LPGA ne contient pas de dispositions propres sur l'effet suspensif. Selon l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA). L'art. 61 LPGA pose des exigences auxquelles doit satisfaire la procédure devant le tribunal cantonal des assurances, laquelle est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA. L'art. 56 LPGA, qui concerne le droit de recours, ne règle pas l'effet suspensif éventuel du recours (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, p. 562 ch. m. 16 ad art. 56 et la référence; ATF 129 V 376 consid. 4.3 in fine). Par renvoi de l'art. 1

al. 3 PA, l'art. 55 al. 2 et 4 PA, concernant le retrait de l'effet suspensif, s'applique à la procédure devant les autorités cantonales de dernière instance qui ne statuent pas définitivement en vertu du droit public fédéral. L'entrée en vigueur de la LPGA et de l'OPGA n'a rien changé à la jurisprudence en matière de retrait par l'administration de l'effet suspensif à une opposition ou à un recours ou de restitution de l'effet suspensif. Ainsi, la possibilité de retirer l'effet suspensif à l'opposition (cf. art. 11 al. 1 et 2 OPGA) n'est pas subordonnée à la condition qu'il existe, dans le cas particulier, des circonstances tout à fait exceptionnelles qui justifient cette mesure. Il incombe bien plutôt à l'autorité appelée à statuer d'examiner si les motifs qui parlent en faveur de l'exécution immédiate de la décision l'emportent sur ceux qui peuvent être invoqués à l'appui de la solution contraire (cf. RAMA 2004 no U 521 p. 447 et les références). L'autorité dispose sur ce point d'une certaine liberté d'appréciation. En général, elle se fondera sur l'état de fait tel qu'il résulte du dossier, sans effectuer de longues investigations supplémentaires ; qu'en procédant à la pesée des intérêts en présence, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent également être prises en considération. Il faut cependant qu'elles ne fassent aucun doute. Par ailleurs, l'autorité ne saurait retirer l'effet suspensif au recours lorsqu'elle n'a pas de raisons convaincantes pour le faire (ATF 124 V 88 s. consid. 6a, 117 V 191 consid. 2b et les références). La Cour de céans relève qu'à ce stade de la procédure, les chances de succès de l'assuré sur le fond du litige n'apparaissent prima facie pas telles qu'elles l'emporteraient sur l'intérêt de la SUVA à l'exécution immédiate de sa décision de mettre fin aux prestations. En effet, il n'est pas possible en l'état actuel de déterminer quelle sera l'issue de la procédure, ce d'autant plus que le recourant requiert des compléments d'instruction et qu'avant tout, une étude approfondie de l'ensemble des pièces du dossier est nécessaire. De plus, il convient également de relever que l'intérêt de l'intimée doit prévaloir en l'espèce à celui du recourant de se voir verser des prestations durant la procédure, dans la mesure où il apparaît vraisemblable, à teneur du dossier et des propres allégations du recourant s'agissant de sa situation financière, qu'une décision de restitution qui s'avérerait ultérieurement fondée, serait dépourvue de chances de succès. Au vu de ce qui précède, la demande en restitution de l'effet suspensif, mal fondée, sera rejetée. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : statuant Préalablement : Ordonne la jonction des causes A/3524/2011 et A/3533/2011, sous le numéro de cause A/3524/2011. A la forme : Déclare le recours recevable. Sur incident : Rejette la demande en restitution de l'effet suspensif. Réserve la suite de la procédure. 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 suppléante Laurence CRUCHON Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le