

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3524/2011 LAA

ATAS/454/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 mai 2013

8<sup>ème</sup> 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, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Laurence CRUCHON, Présidente suppléante, Monique STOLLER  
FÜLLEMANN et Christine LUZZATTO, juges assesseurs;**

---

### EN FAIT

1. En date du 22 mars 2007, M\_\_\_\_\_ (ci-après : le patient, 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.

2. 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 du traitement effectué par la Dresse N\_\_\_\_\_, généraliste.
3. Il ressort de la même déclaration que le salaire brut de base s'élevait à 4'223 fr., treize fois, plus 464 fr. par mois d'autres compléments de salaire pour 2007, soit 60'467 fr.
4. Le rapport d'accident établi le 22 mars 2007 par la Brigade de Sécurité Routière indique sous la rubrique "type d'accident et dégâts" qu'il s'est agi d'une collision lors de changement de voie ou après changement de voie entre un camion et l'assuré circulant en scooter. Ce dernier a été heurté à deux reprises, légèrement, par le camion, ce qui l'a déséquilibré et fait tomber. Le rapport fait mention du fait que le recourant a été "légèrement blessé", souffrant de douleurs au dos et d'une luxation de l'épaule droite.
5. Le rapport établi par le centre d'accueil d'urgence des HUG, le 23 mars 2007, mentionne qu'en sus de la luxation de l'articulation de l'épaule droite, le patient accidenté a également subi un traumatisme crânio-cérébral, avec perte de connaissance.

Les investigations pratiquées au niveau cérébral et cervical sont qualifiées de "sans problème".

Le traitement préconisé a été une réduction de l'épaule, ainsi que la prise d'antalgiques, une surveillance neurologique de douze heures, la mise en place d'une attelle au coude au corps, durant quatre à six semaines, puis rééducation.

6. Les CT scan cérébral et de la colonne cervicale et le CT thoraco-abdominal du 22 mars 2007 n'ont montré aucune fracture ni anomalie particulière. Selon les résultats d'examen de l'épaule, du 23 mars 2007, aucune tuméfaction ni signe indirect d'épanchement articulaire n'a été relevé. Aucune lésion n'a été mise en évidence.
7. A compter du 22 mars 2007, la SUVA a versé à son assuré des indemnités journalières LAA, à hauteur de 132 fr. 55 par jour.

8. Le rapport établi le 23 mai 2007 par la Dresse N\_\_\_\_\_ 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 O\_\_\_\_\_, orthopédiste, auprès des HUG. Son incapacité de travail, à compter du 22 mars 2007, est indiquée comme probable jusqu'au mois de juillet 2007.
9. Le rapport médical intermédiaire établi le 31 mai 2007 par la Dresse N\_\_\_\_\_ fait état des mêmes diagnostics, sans amélioration. La reprise du travail n'est pas envisagée, devant être réévaluée 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.
10. Le rapport médical intermédiaire, établi le 30 juillet 2007 par la Dresse N\_\_\_\_\_, 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. 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 trois semaines environ. La durée probable du traitement est évaluée à plusieurs mois. Aucune reprise de travail n'est à envisager. Un examen par le médecin d'arrondissement de la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA) est préconisé.
11. Le 10 septembre 2007, l'assuré a été examiné par le Dr P\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA Genève. Dans son rapport établi le même jour, 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 P\_\_\_\_\_ relève que selon le médecin traitant, la Dresse N\_\_\_\_\_, 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'ayant été mis à sa disposition par le patient.

12. Le rapport établi le 25 septembre 2007 par le Dr Q\_\_\_\_\_, 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 crânio-cérébral, avec amnésie circonstancielle d'une douzaine d'heures (Glasgow test 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 vécu", 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 multifactorielle, post-traumatisme crânio-cérébral, cervicogène 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, ressortie à l'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 séquellaire, figure au rapport.

Le Dr Q\_\_\_\_\_ indique que la prise en charge de l'état anxio-dépressif, dans le contexte d'un état de stress post-traumatique, doit être effectuée par 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 vécu", totalement indépendants 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 anti-épileptique. 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 ni des lésions

cérébrales au niveau cellulaire, ni un dysfonctionnement transitoire des réseaux neuronaux.

L'importance d'une prise en charge psychologique a également été rediscutée 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 doit être effectuée par le Dresse R \_\_\_\_\_, qui succède au Dr Q \_\_\_\_\_, dès le 1<sup>er</sup> octobre 2007.

13. La SUVA a ensuite 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.
14. Le rapport établi le 1<sup>er</sup> novembre 2007 par le Dr. S \_\_\_\_\_, chef de clinique, et la Dresse T \_\_\_\_\_, 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.
15. En date du 20 décembre 2007, l'employeur de l'assuré, X \_\_\_\_\_ SA, a indiqué que celui-ci 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 roulants, tracteurs électriques, et transporteurs 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 Easy Jet. Il était donc responsable d'une équipe de deux à quatre personnes pendant l'escale de ces avions.
16. Dans son rapport médical du 4 janvier 2008, adressé au Dr P \_\_\_\_\_, la Dresse N \_\_\_\_\_ indique que sur le plan somatique, l'état de santé de son patient 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 O \_\_\_\_\_, auprès des HUG. Il bénéficie également d'un suivi par le service de neuro- rééducation, du Dr Q \_\_\_\_\_ et de la Dresse R \_\_\_\_\_, 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 U \_\_\_\_\_, chef de clinique, 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 \_\_\_\_\_ SA. 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.

17. 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, Mme V \_\_\_\_\_, 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, ajoutant n'avoir pas d'autre accident à signaler qui aurait laissé des séquelles appréciables. 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 U \_\_\_\_\_. 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 Mme V\_\_\_\_\_ 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 a été prévu à deux mois après la reprise de travail, pour déterminer le rendement notamment.

18. 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.

19. En date du 12 février 2008, le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, consulté par l'assuré, a établi un rapport à l'attention du Dr P\_\_\_\_\_. Il indique que sur le plan orthopédique, la seule lésion objectivée est 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 douze heures. Sur le plan psychiatrique, le patient dit avoir subi un traitement antidépresseur depuis huit 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 examinée, il estime qu'un an après l'accident, celle-ci ne devrait plus poser de problèmes, 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 A\_\_\_\_\_ 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).

20. En date du 26 mars 2008, le Dr B\_\_\_\_\_, 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 B\_\_\_\_\_, 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 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 psychothérapeutique à proprement parler 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 B \_\_\_\_\_, 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.

21. 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 N \_\_\_\_\_.
22. Le 18 avril 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance invalidité, en vue d'une réinsertion, ou d'un reclassement professionnel. Les précisions données s'agissant de l'atteinte à la santé sont : douleurs à l'épaule droite avec limitation fonctionnelle et blocage, des douleurs chroniques aux membres inférieurs, ainsi que des troubles de la concentration et des maux de tête.
23. Le 13 mai 2008, il a de nouveau été examiné par le Dr P \_\_\_\_\_.

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.

Etant 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 A\_\_\_\_\_, 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.

24. En date du 23 juillet 2008, le Dr C\_\_\_\_\_, 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'éléments 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.
25. 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.

L'avis de sortie établi le 26 août 2008 par la Dresse D\_\_\_\_\_ 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 labiles, avec cervicobrachialgies 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.

Plusieurs examens ont été effectués et rapports médicaux rendus, par les différents spécialistes de la CRR.

26. Le rapport établi suite à l'examen neuropsychologique effectué en dates des 18 et 21 août 2008, par la Dresse E\_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en neuropsychologie, et le Dr F\_\_\_\_\_, neuropsychologue 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.

27. Le rapport établi le 22 août 2008 par le Dr G\_\_\_\_\_, 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 de ses 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-humérale 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 sont examinées, sans lésion ni anomalie évidente pouvant être relevée, tant sur les radiographies qu'à l'examen clinique. Relativement aux cervicalgies et dorsalgies, le médecin précise que ni les radiographies du rachis cervical, ni le scanner du rachis cervical et dorsal haut et moyen n'ont montré de lésion traumatique. Un discret trouble statique cervico-dorsal se remarque, le médecin spécifiant qu'à son avis, il s'agit plutôt de douleurs musculaires.

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 mobilité, mais gardera probablement des douleurs à 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, pour 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.

28. Le rapport de physiothérapie, établi par Mme H\_\_\_\_\_, physiothérapeute diplômée auprès de la CRR, n'indique aucune proposition de poursuite ambulatoire, étant précisé que le patient est arrivé avec dix à quinze minutes de retard ou ne venait pas du tout aux séances fixées.
29. Dans le rapport établi le 23 août 2008, par le Dr I\_\_\_\_\_, médecin auprès du service de neuropsychiatrie de Belle-Idée, fait état d'un enregistrement polysonographique 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.

30. Le rapport établi le 26 août 2008 par la Dresse J\_\_\_\_\_, cheffe de clinique du service psychosomatique auprès de la Clinique romande de réadaptation, indique que l'existence d'un état dépressif réactionnel et d'un « PTSD » a été reconnue depuis l'accident de voiture ayant provoqué des brûlures étendues des membres inférieurs et des parésies en 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 J\_\_\_\_\_ 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 aux autres, une baisse de l'estime de soi, un mal-être et des idées de persécution.

Subjectivement, l'état du patient évolue lentement malgré les différents traitements entrepris.

La Dresse J\_\_\_\_\_ propose le maintien du 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.

31. Le rapport établi le 29 septembre 2008 par les Drs K\_\_\_\_\_, chef de clinique spécialiste FMH en neurologie, et L\_\_\_\_\_, chef de service spécialiste FMH en neurologie, tous deux 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 accident 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, de 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 devra être prévu 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.

32. Le rapport établi le 12 janvier 2009 par les Drs AB\_\_\_\_\_, et BB\_\_\_\_\_, chefs de clinique auprès du département de psychiatrie adulte des HUG, pose 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 borderline (F60.31) et des cervicalgies.

Il indique qu'il s'agit d'une sixième 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 U\_\_\_\_\_, psychiatre auprès 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 thérapies brèves, puis reprise de suivi avec le Dr U\_\_\_\_\_.

33. Le rapport établi le 22 février 2009 par la Dresse N\_\_\_\_\_ 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 C\_\_\_\_\_, auprès des HUG, ainsi que, sur le plan psychiatrique, par le Dr U\_\_\_\_\_.

34. Le 3 mars 2009, le Dr P\_\_\_\_\_ 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 que sur le plan somatique, la situation est stabilisée et qu'au niveau de l'épaule droite, le dommage permanent peut déjà être estimé. A charge de l'assurance accident, reste seule en question la prise en charge des médicaments antidouleurs, aucune physiothérapie ne s'avérant utile.

L'exigibilité sur le plan de la capacité de travail est pleine, avec des activités impossibles, en raison du problème de l'épaule droite : le port de charges moyennes à lourdes, les activités en hauteur, tous les travaux nécessitant force de traction ou pulsion et les activités impliquant les bras en porte-à-faux.

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.

35. L'appréciation médicale effectuée le 11 mars 2009 par le Dr B\_\_\_\_\_, 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 B \_\_\_\_\_, ce n'est que pour le dernier diagnostic que l'existence d'un lien de causalité naturelle peut être retenue, l'accident ne pouvant en aucun cas expliquer les décompensations de nature psychotique ou dépressive présentées récemment par le patient.

36. Le Dr C \_\_\_\_\_ 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 adhésion du patient à la thérapie.

37. Selon le rapport médical adressé le 18 septembre 2009 par le Dr U \_\_\_\_\_ au médecin conseil de la SUVA, l'assuré a présenté une dépression suite à l'accident professionnel du 22 mars 2007 et les conséquences d'un arrêt prolongé, compliquée par des traits de troubles de la personnalité. L'évolution est mitigée, en raison de l'interaction des différents troubles. Un objectif de reprise de travail est discuté avec la Dresse N \_\_\_\_\_ qui doit intégrer les aspects somatiques dans l'évaluation globale de la capacité de travail. Le patient reste en effet instable et d'évolution future incertaine. Il suit toujours un traitement médicamenteux, à savoir du Remeron (30 à 45 mg), des antidépresseurs, ainsi que des suivis d'entretiens psychiatriques-psychothérapeutiques, de manière régulière.

38. 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.

39. Le 30 avril 2010, CB \_\_\_\_\_, psychologue spécialiste FSP/ASNP en neuropsychologie, s'est adressée à la Dresse N \_\_\_\_\_ pour indiquer que le patient a souhaité reprendre le suivi commencé en mai 2009 et interrompu en octobre 2009, depuis février 2010. Des problèmes de communication entre elle-même et le patient avaient cependant conduit à une nouvelle interruption du traitement neuropsychologique.

40. Dans son rapport établi le 1<sup>er</sup> juin 2010, la Dresse N \_\_\_\_\_ 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 difficiles. 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.

41. En date du 9 juillet 2010, le Dr DB \_\_\_\_\_, 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'ensuit 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 post-traumatique chronique qui pourrait exister chez l'assuré, celui-ci 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.

42. 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 P\_\_\_\_\_, le 3 mars 2009, lequel avait montré que la situation pouvait être considérée comme stabilisée s'agissant des troubles de l'épaule droite.

Au vu des pièces du dossier, sur la base desquelles le Dr DB\_\_\_\_\_ 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 déterminée.

43. Le 25 septembre 2010, l'assuré a fait une chute accidentelle dans sa baignoire, laquelle a provoqué une contusion costale et lombaire droite.
44. Les examens radiologiques 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. Le diagnostic principal posé était une contusion costale et lombaire droite. Le traitement ordonné était la prise d'anti-inflammatoires et antalgiques.
45. Selon courrier du 6 décembre 2010, la SUVA a confirmé verser une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique, pour le problème de l'épaule, à hauteur de 10'680 fr.
46. 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, les indemnités journalières devant par la suite être versées par l'AI.
47. Le stage de réadaptation professionnelle débuté le 17 janvier 2011 et prévu jusqu'au 15 avril 2011, dans le cadre de l'examen de la rente invalidité, a été interrompu volontairement par l'assuré le 1<sup>er</sup> février 2011, ce dernier faisant état de fatigue, douleurs et mauvais traitements psychologiques subis durant les trois premières semaines.
48. Le bilan établi par l'entreprise PRO entreprise sociale privée, chargée du stage, conclut à l'impossibilité pour l'assuré d'occuper un poste de travail sur le marché économique traditionnel, en raison de ses capacités actuelles.
49. En date du 4 février 2011, un scanner lombaire a été effectué.

La Dresse EB\_\_\_\_\_ qui a 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.

50. Les IRM cérébrale et des cavités orbitaires pratiquées le 10 février 2011, par la Dresse EB \_\_\_\_\_ n'ont mis en évidence aucune anomalie notable. En particulier, cette dernière signale l'absence d'argument en faveur d'une neurofibromatose de type 1.
51. Une IRM médullaire et lombaire a été effectuée le 11 février 2011, par la Dresse FB \_\_\_\_\_. Cette dernière note en conclusion l'attitude du segment cervical qui a pu être observé, 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 caractère inflammatoire des plateaux vertébraux jouxtant le disque L5-S1 ont été signalés, de même qu'une extasie durable s'étendant de L4 à l'extrémité du sac dural.
52. 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.
53. 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 ont été prodigués par les HUG, le suivi de traitement effectué par la Dresse N \_\_\_\_\_ et le Centre de diagnostic radiologique de Carouge.

La durée probable de l'incapacité de travail est mentionnée comme étant supérieure à un mois.

54. 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 différents examens radiologiques effectués durant le mois de février 2011. Dès lors, l'assurance devait

réexaminer sa responsabilité à compter du 1<sup>er</sup> février 2011, des réserves étant cependant formulées à ce sujet.

55. Le rapport médical établi du 23 mars 2011 par le Dresse N\_\_\_\_\_ 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 en 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, pouvait être considérée.

La Dresse N\_\_\_\_\_ a conclu sur le fait 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 U\_\_\_\_\_.

56. Selon les informations données par X\_\_\_\_\_ SA à la SUVA le 8 avril 2011, s'il avait travaillé auprès de cette entreprise en 2011, l'assuré aurait réalisé un revenu de 4'610 fr. par mois, treize fois, plus 500 fr. par mois à titre d'autres compléments de salaire, soit 65'930 fr.

57. Le rapport établi le 11 avril 2011 par le Dr GB\_\_\_\_\_, chef de clinique auprès du service de neurochirurgie des HUG, sur demande de la Dresse N\_\_\_\_\_, 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 antélisthesis de grade 1 de L5-S1 est notée. Aucune compression radiculaire n'est constatée par le médecin. En résumé, le Dr GB\_\_\_\_\_ pense que le patient 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 lyse isthmique. En l'état, aucune indication opératoire ne peut être posée, ce qui est difficile pour le patient. Le Dr GB\_\_\_\_\_ 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 lyse isthmique.

58. Le 4 mai 2011, le Dr P\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur les suites de l'accident du mois de septembre 2010.

Il indique que suite au faux mouvement décrit 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 six mois.

Il rappelle pour mémoire que suite à l'accident du mois de mars 2007, le rachis lombaire n'a jamais été concerné.

59. Par décision du 9 mai 2011, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2011 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%. Le taux d'invalidité de 16% relatif à la rente d'invalidité avait été obtenu sur la base des données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DTP), ce qui avait conduit à comparer un revenu mensuel de 5'500 fr. que l'assuré aurait réalisé auprès de son ex-employeur pour 2011 et un revenu ressortant des DTP pour des activités compatibles avec les limitations fonctionnelles de l'assuré, à hauteur de 4'600 fr. par mois.

La base du calcul de la rente était le revenu touché par l'assuré durant l'année précédant l'accident et le gain assuré pris en considération se montait à 60'905 fr. La rente s'élevant à 80% dudit revenu en cas d'invalidité totale devait être réduite en conséquence du taux d'invalidité partielle retenu, de sorte qu'elle se montait à 668 fr. 50, en tenant compte de l'allocation de renchérissement.

Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle s'élevait à 10'680 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.

60. Par décision du 10 mai 2011, le cas a été clos par la SUVA au 31 janvier 2011 s'agissant des suites de l'accident du 25 septembre 2010, dans la mesure où selon 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.

Cette 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.

61. 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.

62. 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 suffisamment long 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.

63. Par décision incidente du 22 juin 2011, la SUVA a maintenu le retrait de l'effet suspensif de la décision du 10 mai 2011.

64. 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.

65. 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 deuxième 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 a invoqué 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 a sollicité que les deux sinistres, du 22 mars 2007 et du 25 septembre 2010, fassent l'objet d'un examen commun.

Au surplus, il a repris ses précédentes conclusions.

66. Par décisions 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 somatique, seuls une rente et l'octroi d'une indemnité pour l'atteinte à l'intégrité corporelle entraient en considération. Ces rentes et indemnités ayant été chiffrées de manière correcte, elles étaient maintenues.

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 pouvait être prise en considération non plus, relativement à ce second accident.

67. En date du 31 octobre 2011, l'assuré a formé recours, en deux exemplaires, contre la décision sur opposition du 29 septembre 2011.

Il a sollicité que les deux recours soient déclarés recevables, précisant que l'un était 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 a conclu, 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 (ci-après : OAI), à ce qu'un délai lui soit accordé pour compléter son écriture et à ce que l'ouverture des enquêtes soit ordonnée.

Principalement, il a conclu 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 prestations 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 accident du 22 mars 2007, à ce qu'une décision motivée soit rendue sur l'ensemble de son dossier.

A titre subsidiaire, il a encore conclu 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.

68. Par écriture unique du 14 novembre 2011, la SUVA s'est prononcée sur la demande en restitution d'effet suspensif, persistant à considérer que sa décision de retrait de l'effet suspensif était fondée.

Elle a également sollicité la jonction des causes relatives aux deux recours.

69. Par arrêt incident du 30 novembre 2011, la Chambre de céans a ordonné la jonction des causes A/3524/2011 et A/3533/2011 sous le numéro de cause A/3524/2011, déclaré le recours recevable et rejeté la demande en restitution de l'effet suspensif, tout en réservant la suite de la procédure.

70. Dans son écriture de réponse sur le fond du 23 décembre 2011, la SUVA a conclu à la confirmation de la décision entreprise du 29 septembre 2011 et au rejet du recours, soulevant qu'aucun élément nouveau n'avait été présenté par le recourant, en particulier pour établir que son état de santé n'était pas stabilisé sur le plan physique.

71. Il ressort des pièces produites par l'intimée que pour établir les DTP, 142 DTP ont été prises en considération, dont 5 ont été retenues (aide de cafétéria sur Carouge, collaborateur de production sur Rolle, praticien en logistique sur Nyon, employé d'horlogerie sur Carouge et collaborateur de production sur Aubonne). Le salaire annuel moyen des DTP retenues s'élevait à 55'243 fr. pour 2011.

72. Par ordonnance du 11 janvier 2012, le dossier relatif à la demande AI présentée par le recourant a été apporté à la procédure, mis à disposition des parties et un délai leur a été octroyé pour déposer d'éventuelles observations écrites.

73. Le dossier AI comprend plusieurs expertises, confiées en 2010 aux Dresses EB\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, experte médicale de la SIM, IB\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, experte médicale de la SIM, et JB\_\_\_\_\_, spécialiste FSP en psychiatrie et neuropsychologie, appartenant toutes trois au Bureau Romand d'Expertise Médicale (BREM) puis, en 2011 aux Dresses KB\_\_\_\_\_,

---

spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, ainsi qu'en rhumatologie, pour le plan somatique, et LB\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, pour le plan psychique.

74. Les Dresses EB\_\_\_\_\_, IB\_\_\_\_\_ et JB\_\_\_\_\_ ont effectués des anamnèses séparées et repris les différents documents médicaux du dossier AI dans leur rapport du 9 août 2010. Il ressort des anamnèses que le recourant a vécu deux accidents dus à des explosifs, en 1986 et 1989, en Algérie, lors desquels il a subi de graves brûlures aux membres inférieurs. Il en aurait gardé une certaine faiblesse des jambes, ainsi qu'une crainte des lieux publics avec rassemblements.

De nombreuses hospitalisations en raison de problèmes psychiques figurent au dossier, dès l'année 2001. Ainsi, du 23 mars au 6 avril 2001, l'assuré a fait l'objet d'une hospitalisation non volontaire, en raison d'un état dépressif sévère avec idées suicidaires, le diagnostic principal étant un état de stress post-traumatique, avec un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques. Une hospitalisation non volontaire de quelques heures seulement a eu lieu le 30 mars 2002, avec pour diagnostic principal un état de stress post-traumatique, associé à des traits de personnalité narcissique. Une troisième entrée non volontaire a eu lieu le 26 octobre 2005, avec affects anxio-dépressifs et idéations suicidaires, ainsi qu'hallucinations auditives dans un contexte de PTSD. Une quatrième hospitalisation non volontaire a eu lieu le 12 juin 2006, en raison d'hétéro-agressivité, avec pour diagnostic principal une personnalité émotionnellement labile (F60.3) avec probable PTSD. Une cinquième hospitalisation non volontaire a eu lieu pour risque auto-agressif (automutilation sur le bras) du 26 au 27 août 2008, dans le cadre de l'hospitalisation à la CRR, le diagnostic principal étant une personnalité émotionnellement labile (F60.3) avec probable PTSD. Une sixième hospitalisation volontaire cette fois, a eu lieu du 28 au 29 décembre 2008, pour état dépressif, avec pour diagnostic principal un épisode dépressif moyen (F32.10), ainsi qu'un PTSD (F43.1), une personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31) et des cervicalgies.

Le status somatique fait état d'un bon état général apparent, avec d'importantes cicatrices de prises de greffes et de brides après brûlures aux deux jambes et aux chevilles. Des troubles veineux associés, une réduction diffuse des masses musculaires, ainsi que des limitations à la marche : discrète claudication avec diminution de la charge et du temps d'appui à gauche, l'impossibilité de marcher sur les talons et de se mettre à genoux, sont mentionnés. Ces éléments remontent à la période antérieure à l'accident de 2007. Relativement au rachis, aucune indication n'est présente en relation avec des douleurs basses. Seul le haut du dos est concerné : myogélose paracervicale et de la musculature de la ceinture scapulaire. Cela étant, la mobilité cervicale est préservée – sans qu'aucune lésion n'ait pu être constatée par examen - et le déroulement dorsolombaire est indiqué comme complet. La mobilité du haut du membre droit est un peu réduite, en ce qui

concerne l'épaule seulement, sans amyotrophie significative. Les céphalées, d'origine mixte, ne sont pas en premier plan. Une composante post-traumatique, cervicogène, existe indéniablement, sur les tensions musculaires constatées et migraineuse. Le traitement réside en prise d'antimigraineux et d'antalgiques simples. Les limitations en lien avec les problèmes somatiques sont : les mouvements répétitifs et en force du membre supérieur droit et réalisés exclusivement en dessus de l'horizontale, la marche en terrain instable, l'utilisation d'une échelle, d'un escabeau ou d'un échafaudage, de même que la position à genoux ou accroupie, ainsi que le port de charges supérieures à 30 kg.

Le status neuropsychologique, en cohérence avec celui établi à la CRR, est compatible avec des séquelles de traumatisme léger mais la gravité des troubles est majorée par l'atteinte psychiatrique.

Le status psychiatrique établit une personnalité émotionnellement labile type impulsif (F60.30), présente depuis que le recourant était jeune adulte et mal compensée depuis 2007, et un trouble anxieux d'intensité moyenne (F41.9), impossible à dater, faisant suite à un état de stress post-traumatique, déjà présent en Algérie, entraînant comme limitations une intolérance à la frustration, une difficulté à gérer ses émotions, une interprétativité, un vécu persécutoire, une diminution du seuil anxiogène, une difficulté à se concentrer et des capacités d'adaptation réduites. La poursuite d'une prise en charge de soutien ainsi qu'une médication psychotrope est préconisée pour améliorer la capacité de travail.

Relativement à la capacité de travail, au vu des limitations précitées, les expertes concluent à une incapacité de travail totale du 22 mars 2007 au 31 mai 2009 et à une capacité de 50% dans toute activité dès le 1<sup>er</sup> juin 2009.

75. Dans son rapport d'expertise établi le 11 octobre 2011, la Dresse KB \_\_\_\_\_ a repris, outre l'anamnèse et l'examen clinique pratiqué le 15 septembre 2011 sur l'assuré, une ultrasonographie de l'épaule droite du 27 septembre 2011 et les rapports médicaux contenus au dossier AI, dont la plupart sont résumés ci-dessus. Elle a relevé que sur le plan de l'AI, le traitement du dossier avait été considéré difficile par le Service Médical Régional (ci-après : SMR), en raison de la problématique psychiatrique, une expertise médicale pluridisciplinaire, rhumatologique, psychiatrique et neuropsychologique ayant déjà été effectuée en 2010, sur mandat de l'OAI. Les diagnostics alors posés comme ayant une répercussion sur la capacité de travail étaient avant tout d'ordre psychiatrique. Dès lors, le SMR avait ouvert un mandat de réadaptation. Le stage envisagé auprès de l'entreprise privée sociale PRO n'avait pas été poursuivi pour des raisons qui n'étaient pas liées à des problèmes physiques.

Les douleurs dont se plaignait en premier lieu l'expertisé étaient des douleurs lombaires basses, en barre, plutôt situées à droite et irradiant dans la fesse droite.

Elles étaient présentes surtout lors du redressement des positions, penchée en avant ou assise, et du maintien en position assise. L'experte a noté qu'elles s'étaient manifestées après l'accident du 25 septembre 2010, alors que l'assuré se trouvait sur un escabeau placé dans sa baignoire, en train de nettoyer le plafond de la salle de bains, qu'il avait glissé et effectué un mouvement de torsion du buste pour se rattraper. A l'appui des diagnostics présentés par l'IRM médullaire et lombaire du 11 février 2011, l'experte a expliqué que la lyse isthmique était probablement antérieure à l'événement de septembre 2010 et qu'elle s'était décompensée au moment de la rotation forcée du buste. En effet, lorsqu'il travaillait, l'assuré effectuait des tâches de manutention relativement lourdes, de sorte qu'il disposait d'une musculature très développée. Cette musculature avait permis de maintenir une relative stabilité du segment concerné. Sur le plan thérapeutique, l'experte a préconisé, en sus des antalgiques parfois utilisés au besoin par l'assuré, le port d'une ceinture de soutien lombaire et un reconditionnement musculaire pelvien et abdominal. En ce qui concerne la capacité de travail, elle était nulle s'agissant de l'ancienne activité professionnelle, selon l'experte, mais pouvait être estimée à 50% dans une activité adaptée et amenée à 80% après reconditionnement.

S'agissant des douleurs résiduelles de l'épaule droite, après l'accident du 22 mars 2007, l'experte a mentionné qu'il s'agissait d'une luxation post-traumatique avec une évolution compliquée par une capsulite rétractile. Ces douleurs ne nécessitaient pas particulièrement de prise d'antalgiques. De plus, la limitation sur le plan fonctionnel était moindre, avec une absence d'inflammation, les plaintes de l'assuré paraissant disproportionnées au regard de l'examen physique et ultrasonographique. L'experte s'est référée, pour ce qui concernait la capacité de travail, à l'opinion du médecin de la SUVA, à savoir que l'état de l'épaule était stabilisé depuis mars 2009.

L'experte a encore fait mention de douleurs cervicales parfois présentées par l'assuré, sans qu'une médication ne soit nécessaire et sans que des limitations fonctionnelles puissent être mises en relation.

76. Dans son rapport d'expertise psychiatrique également établi le 11 octobre 2011, la Dresse LB \_\_\_\_\_ a conclu à une incapacité de travail à 100%, sans possibilité de réadaptation professionnelle. Sur la base des documents médicaux présents au dossier AI, elle a fait mention des différentes hospitalisations psychiatriques vécues par le patient. Elle a également indiqué qu'une septième hospitalisation, également volontaire, a eu lieu du 8 au 12 avril 2011, en raison d'un risque auto-agressif, avec comme diagnostic principal une personnalité émotionnellement labile type impulsif (F60.30), ainsi qu'un état dépressif moyen, PTSD et des cervicalgies.

L'experte a fait état du déroulement difficile de son entretien avec le patient, chaque question soulevant des réactions importantes de ce dernier, de sorte que la

collecte des éléments pour l'anamnèse, de même que la description des symptômes et des plaintes s'étaient révélées presque impossibles.

Les diagnostics posés par l'experte sont : un trouble mixte de la personnalité (paranoïaque, antisociale et émotionnellement labile) (F61.0) présent depuis le début de l'âge adulte, mal compensé depuis 2007, ce trouble ayant une répercussion sur la capacité de travail ; un trouble anxieux d'intensité moyenne (F41.9), impossible à dater ; un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique, depuis mars 2007 (F33.00) ; une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), ces trois derniers diagnostics n'ayant pas de répercussions sur la capacité de travail. Pour l'experte, le trouble de la personnalité est le fil rouge de l'histoire médicale de l'assuré qui, tant qu'il était inséré socialement, grâce à sa famille et à son travail (2002-2007), était bien compensé sur le plan de la personnalité. Après mars 2007, ce trouble devait être considéré comme en décompensation.

Le syndrome de stress post-traumatique, réactivé en 2007, n'était plus d'actualité, les critères n'en étaient plus remplis, comme l'expertise du BREM l'avait retenu.

L'experte conclut à une incapacité de travail totale dès le 22 mars 2007, en raison du trouble de la personnalité mixte mal compensé, le pronostic étant sombre car l'assuré semblait avoir épuisé ses ressources adaptatives, en dépit d'un suivi spécialisé régulier et d'un traitement psychotrope également régulier. Elle indique encore que des investigations devraient être envisagées s'agissant d'une éventuelle dépendance à l'éthyle et au cannabis qui pourrait expliquer la persistance de certains troubles, tels que l'exacerbation du sentiment de persécution.

77. La SUVA s'est déterminée par courrier du 8 février 2012, indiquant que le dossier relatif à la demande de prestations AI n'avait apporté aucun élément nouveau lui permettant de remettre en question sa position et persistant à conclure au rejet du recours.
78. Dans ses observations écrites du 24 février 2012, le recourant s'est référé notamment au rapport établi dans le cadre du dossier AI par la Dresse KB\_\_\_\_\_, laquelle avait indiqué que la lyse isthmique était probablement antérieure à l'événement du 25 septembre 2010 et qu'elle s'était décompensée au moment de la rotation forcée du buste. Ainsi, les conséquences du deuxième accident étaient bien plus importantes que ce qui avait été considéré par la SUVA. En outre, le recourant s'est référé à l'avis de la Dresse N\_\_\_\_\_ du 23 mars 2011 qui avait mis en exergue un changement de diagnostics, avec antélisthésis de L5 sur S1 de grade I avec lyse isthmique bilatérale. Selon ce médecin, c'étaient les douleurs lombaires présentées après la chute du 25 septembre 2010 qui avaient empêché le recourant de poursuivre un stage en vue de mesures de reclassement ou de réinsertion professionnelle entrepris auprès de PRO. Dès lors, le taux

d'invalidité retenu par la SUVA à hauteur de 16% devait être revu. Le rapport précité faisant aussi état d'une nette aggravation de l'état psychiatrique du recourant, entravant ses capacités cognitives, on ne pouvait retenir, comme l'avait fait la SUVA, qu'aucune relation de causalité adéquate n'existait entre le deuxième accident et les troubles psychiques. Cet accident n'était au demeurant pas de peu de gravité, dans le sens où ses conséquences, initialement mal évaluées par le recourant qui avait été rassuré par les médecins des urgences, ne pouvaient être anticipées. En résumé, le recourant considérait que ne figurait pas au dossier de la SUVA d'examen circonstancié et motivé qui traitait de la corrélation entre les deux accidents et de l'ensemble des questions qui formaient le litige, dont les troubles psychogènes que la SUVA avait totalement exclus de son calcul de l'invalidité et de l'atteinte à l'intégrité physique. Sur la base des éléments ressortant du dossier AI, concluant à une incapacité de travail totale, le recourant a sollicité de la SUVA qu'elle reconsidère sa décision, en acceptant le principe des nouveaux examens.

Le recourant a ainsi persisté dans ses conclusions, notamment à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée.

79. Par pli du 29 février 2012, le recourant a transmis le projet de décision de l'OAI, prévoyant l'octroi d'une rente AI complète dès le 1<sup>er</sup> mars 2008, basée sur un taux d'invalidité de 100%, sollicitant que la SUVA reconsidère sa position, au vu de ce nouvel élément.
80. En date du 3 avril 2012, une audience de comparution personnelle des parties a eu lieu.
81. Le recourant a souligné le fait que pour lui, tous les problèmes, physiques et psychiques, étaient liés. Il a indiqué avoir pris de nombreux médicaments et utiliser encore du Remeron, comme antidépresseur, ce qui l'aidait à lutter aussi contre les douleurs, ainsi que du Seroquel, en cas de besoin. Ses problèmes financiers l'empêchaient d'entreprendre les traitements préconisés par son médecin, la Dresse MB\_\_\_\_\_. Une intervention chirurgicale avait été proposée par le Dr GB\_\_\_\_\_, que les médecins lui avaient déconseillée, en raison des risques post-opératoires. Sur le plan psychologique, il était suivi par la Dresse NB\_\_\_\_\_, à l'unité de psychiatrie pour adultes des HUG. Le Xanax lui avait aussi été prescrit comme traitement de réserve. En matière neuropsychologique, il avait été suivi au sein des HUG après l'accident de mars 2007. Se sentant mieux, il avait arrêté ce traitement. S'agissant de l'accident qu'il avait eu à Alger en 1989, il avait été soigné par des greffes de peau pour ses brûlures, mais n'avait bénéficié d'aucun suivi sur le plan psychologique. Il avait souffert d'insomnies mais avait repris le cours de sa vie, en assumant une formation, puis divers emplois, en Algérie et en Suisse. Il n'avait reçu aucune prestation particulière d'assurance suite à ce premier accident. Selon lui, il n'avait pas de problème de santé. A son avis, ses problèmes psychologiques étaient apparus lorsqu'il s'était réveillé le 28 mars 2007,

suite à son accident du 22. A la question de savoir pour quelles raisons il avait été hospitalisé en 2001, 2002, 2005 et 2006, le recourant a indiqué que les raisons étaient différentes. Il avait suivi des traitements médicamenteux de courte durée (quelques mois) entre les hospitalisations. Il avait toutefois toujours continué à travailler. Le recourant a souligné qu'avant le stage de février 2011, il s'était rendu compte, contrairement à ce qui lui avait été indiqué par ses médecins, que l'accident de septembre 2010 avait engendré des problèmes plus importants que des contusions. Il avait demandé à la Dresse N\_\_\_\_\_ d'effectuer un scanner, ce qu'elle avait refusé, de même qu'un autre médecin qu'il était allé consulter à Plainpalais, mais dont il avait oublié le nom. Après le deuxième accident, il y avait de nombreuses choses qu'il ne pouvait plus faire dans son quotidien, comme de donner le bain à ses enfants, faire la cuisine ou le ménage comme avant, alors que c'était lui qui tenait le ménage et s'occupait des enfants en raison de l'invalidité de son épouse. Le fait de devoir se pencher était devenu problématique, alors qu'il n'avait jamais souffert de problème lombaire avant septembre 2010. Depuis, c'était toujours lui qui assumait la tenue du ménage mais avec de grandes difficultés. Il avait demandé l'aide de l'Hospice général, ce qui lui avait été refusé.

Le recourant a précisé ne pas requérir d'indemnité pour atteinte à l'intégrité psychique des suites du premier accident et réserver ses droits de le faire quant au second. Il a sollicité la possibilité de produire des rapports médicaux supplémentaires, à demander aux Dresses MB\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_, et de se déterminer suite à ces rapports, de même que de produire des pièces relatives à ses revenus avant/après accidents.

82. La SUVA a déclaré ne pas être opposée à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée, émettant l'idée que des compléments soient requis de la part des experts déjà consultés, afin d'éviter que le recourant ne doive se soumettre à de nouvelles personnes.
83. Sur quoi, la Cour a réservé la suite de la procédure s'agissant de la demande d'expertise judiciaire pluridisciplinaire, octroyé un délai au 5 juin 2012 au recourant pour produire les rapports médicaux complémentaires et les pièces supplémentaires et au 15 juin 2012 à l'intimée pour se déterminer sur les rapports et pièces nouvelles.
84. Sur demande du conseil du recourant, les délais précités ont été repoussés à deux reprises.
85. Dans l'ultime délai imparti au 13 août 2012, le recourant a produit un rapport établi le 19 juillet 2012 par la Dresse OB\_\_\_\_\_, médecin adjointe auprès du Service de médecine de premier recours du Département de médecine communautaire de premier recours et des urgences (DMCPRU) des HUG.

86. Dans son rapport, celle-ci a indiqué suivre le recourant depuis le 19 mai 2011 et a mentionné des lombalgies non déficitaires qui seraient apparues après l'accident de mars 2007 selon le patient et se seraient nettement péjorées après la chute de septembre 2010. Son médecin traitant jusqu'au 16 mai 2011, la Dresse N\_\_\_\_\_, l'avait envoyé chez un neurochirurgien qui n'avait pas posé d'indication opératoire. Les traitements à disposition pour ce problème étaient des médicaments antalgiques et de la physiothérapie. Le recourant présentait également des douleurs à l'épaule droite, depuis l'accident de mars 2007, et au coude droit, avec une limitation des mouvements de ces deux articulations. Les traitements préconisés étaient les mêmes que pour les lombalgies. En outre, le recourant souffrait de plusieurs difficultés d'ordre psychiatrique, dont au premier plan une anxiété et un état dépressif fluctuant. La Dresse PB\_\_\_\_\_ du Service de psychiatrie de liaison des HUG suivait mensuellement le recourant pour ces problèmes. A noter qu'en novembre 2011, une hospitalisation en milieu psychiatrique avait été nécessaire en raison d'une péjoration de l'état dépressif avec des idées suicidaires. Au bout de trois jours, le recourant avait demandé sa sortie, rejetant les différentes propositions thérapeutiques. En l'absence de critères de dangerosité, la sortie avait été accordée et le traitement habituel repris, avec antidépresseur (Remeron) et anxiolytique (Xanax, en réserve).

Son impression générale était celle d'un patient au passé douloureux qui avait travaillé à reconstruire sa vie après sa migration en Suisse avec succès. L'accident de la voie publique de 2007 avait été extrêmement délétère à plusieurs titres. D'une part en raison des séquelles physiques de douleur et de l'impotence fonctionnelle de l'épaule droite et des douleurs lombaires. Ceci avait rendu une reprise de son travail impossible, suivie par de grandes difficultés économiques et sociales. Toutes ces problématiques avaient engendré une péjoration de l'état psychique avec état dépressif et trouble anxieux. Il était possible que l'accident et ses conséquences aient réactivé d'autres événements traumatiques antérieurs (antécédent de torture en Algérie). Il était absolument indispensable de poursuivre le traitement médical, psychothérapeutique et psychotrope. Quant aux douleurs lombaires, elles s'étaient nettement péjorées depuis la chute de septembre 2010, étant bien expliquées par l'anthélistésis avec lyse isthmique, dont la datation ne pouvait être établie en l'absence d'imagerie antérieure à l'accident. Toutefois, au niveau anamnésique, les douleurs coïncidaient avec l'accident. Le pronostic des séquelles de l'accident était réservé. Le pronostic au niveau psychiatrique dépendait de l'acceptation du patient de poursuivre le traitement mais aussi d'éléments non maîtrisables tels que la survenance de difficultés familiales et sociales se surajoutant à la problématique actuelle.

87. Dans ses déterminations écrites du 13 août 2012, le recourant s'est référé au rapport précité, prétendant qu'une indication opératoire avait été posée pour le problème des lombalgies non déficitaires, mais que devant le risque estimé par le chirurgien, il avait préféré ne pas y donner suite. Il a souligné que le rapport confirmait ses

déclarations du 3 avril 2012 et le fait qu'il ne niait pas les épisodes psychiques précédant l'accident de mars 2007 (aggravé par celui de septembre 2010) mais mettait l'accent sur sa réussite à les surmonter. Il contestait ainsi que les seuls problèmes conduisant à son incapacité de travail soient liés à ses problèmes psychiques et soulignait au contraire que la raison principale, voire exclusive, de cette incapacité résidait dans ses problèmes physiques.

Concernant sa baisse de revenus du fait de l'accident, le recourant a produit divers documents établis par son ancien employeur, notamment un certificat d'aptitude professionnelle du premier degré en tant qu'ouvrier qualifié en mécanique auto diesel, délivré le 19 juillet 1992 par le Ministère de la formation professionnelle et du travail de la République algérienne démocratique et populaire, ainsi que des certificats de travail élogieux, datés des 30 novembre 2005, 27 juillet 2006 et 31 décembre 2009, précisant les tâches effectuées pour son ancien employeur, de même qu'un courrier de ce dernier, du 20 novembre 2009, adressé à son ancien mandataire, indiquant qu'il aurait pu être nommé à des postes plus importants (rouleur matériel, chauffeur, puis chef de machine) s'il avait réussi les tests d'aptitude et suivi les formations y relatives. Il aurait ainsi pu gagner 4'362 fr. mensuellement dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, 4'532 fr. dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009, 4'632 fr. dès avril 2009 et 4'932 fr. dès janvier 2010. Il a ainsi souligné que les accidents complémentaires et superposés qu'il avait subis lui avaient causé une grande perte économique et professionnelle.

Le recourant a persisté dans ses précédentes conclusions.

88. Dans sa détermination écrite du 7 septembre 2012, l'intimée a persisté dans ses conclusions, soulignant que le rapport de la Dresse OB\_\_\_\_\_ ne permettait pas d'affirmer que les douleurs présentées par le recourant soient en relation de causalité naturelle avec les accidents subis.
89. Le 2 octobre 2012, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er 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.

2. 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.

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Conformément à l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente 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).

3. Le litige porte notamment sur le droit de l'assuré à des prestations LAA au-delà du 31 janvier 2011, notamment à l'octroi et aux montants des rentes invalidité et indemnité pour atteinte à l'intégrité, pour les suites des accidents des 22 mars 2007 et 25 septembre 2010.

a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA; ATF 122 V 232 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

b) L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des

---

renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 141). 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*»; cf. ATF 119 V 341 sv., consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., 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.

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 consid. 2, arrêt U 355/98 du 9 septembre 1999) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites 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 p. 264). 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 (ATF non publié du 23 novembre 2009, cause 8C\_463/2009, consid. 3).

c) Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 125 V 461 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).

Par contre, en présence de troubles psychiques, 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 (ATF 115 V 139 consid. 6, 407 consid. 5).

d) L'accident doit être qualifié de gravité moyenne lorsqu'il se situe en deçà de la limite supérieure de cette catégorie, selon la jurisprudence du TFA en la matière, résumée in ATA 670/01 (pour mémoire : ont été qualifiés de gravité moyenne un choc frontal entre deux voitures de gravité moyenne - ATA du 2 septembre 1997 - , une chute d'ascenseur sur deux étages - ATFA U 204/00-, la chute d'un bloc de pierre d'un immeuble en construction sur un ouvrier lui percutant le dos, la jambe et causant un traumatisme crânien - ATFA U 338/05-, un piéton renversé par une voiture avec traumatisme crânien - ATFA U 128/03).

En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants: les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (1); 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 (2); la durée anormalement longue du traitement médical (3); les douleurs physiques persistantes (4); les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident (5); les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes (6); le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques (7). 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 puisse être admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa).

A titre d'exemple, le Tribunal fédéral des assurances a statué sur le cas d'un manoeuvre employé dans une entreprise de transformation de bois qui, travaillant avec une fraiseuse, a vu sa main happée par celle-ci, ce qui a entraîné la perte de

trois doigts. Cet accident a été classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents graves et la causalité adéquate a été admise (RAMA 1999 n° U 346 p. 428).

La causalité adéquate a par contre été niée dans le cas d'un assuré travailleur manuel dont la main dominante a été mutilée lorsqu'il découpait une plaque métallique avec une scie circulaire, parce que le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques propres selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques n'était pas réalisé au regard de l'ensemble des circonstances (RAMA 2002 n° U 449, p. 53).

e) 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. 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 352 ss consid. 3).

Ainsi, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la CNA aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

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. 3b/bb et cc).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

Enfin, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3).

f) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

La maxime inquisitoire prévoit que les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPG). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties 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 195 consid. 2 et les références ; ATF 130 I 183 consid. 3.2). Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer à l'administration des

preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 130 I 184 consid. 3.2 ; ATF 128 III 411 consid. 3.2).

Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle 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 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3). Au demeurant, il n'existe 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 322 consid. 5a).

g) La jurisprudence (DTA 2001 p. 169) prévoit deux solutions lorsque le juge cantonal estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de la rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136; RAMA 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210).

h) L'art. 18 al. 1 LAA prévoit qu'un assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, l'invalidité étant l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée au sens de l'art. 8 al. 1 LPGA.

Avant d'examiner précisément le taux d'invalidité du recourant, se pose la question du moment à partir duquel l'état de santé du recourant peut être considéré comme stabilisé, ce qui détermine à la fois la fin du versement des indemnités journalières et l'éventuel début du droit à la rente.

L'art. 19 al. 1 LAA prévoit que le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Selon la jurisprudence, cette disposition délimite du point de vue temporel le droit au traitement médical et le

---

droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé. Il ne suffit donc pas que le traitement médical laisse présager une amélioration de peu d'importance, ou qu'une amélioration sensible ne puisse être envisagée dans un avenir incertain (ATF non publié du 31 août 2004, no U 305/03, consid. 4.1; ATF non publié du 21 novembre 1995, U 89/95; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, p. 274). La question de savoir si la poursuite du traitement peut entraîner une amélioration de l'état de l'assuré est de nature médicale. En revanche, celle de savoir si l'amélioration que la poursuite du traitement peut entraîner doit être qualifiée de sensible, est une question de droit que le juge apprécie librement (ATA du 28 mars 1995, consid. 3 et références citées). Dès lors que le droit au traitement médical trouve ses limites dans le fait que celui-ci doit apporter à l'assuré une sensible amélioration de son état de santé, les douleurs persistantes ne confèrent pas de droits à la poursuite du traitement, si l'on ne peut escompter de celle-ci une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (ATA cité et références citées).

i) Aux termes des art. 24 et 25 LAA, une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité est versée à l'assuré qui, par suite d'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale (art. 24 al. 1 LAA). L'indemnité est allouée sous forme de prestation en capital et ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident; elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (art. 25 al. 1 LAA).

Depuis le 1er janvier 2008, le montant maximum du gain assuré s'élève à 126'000 fr. par an et 346 fr. par jour (art. 22 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 [OLAA ; RS 832.202]). Entre le 1er janvier 2000 et le 31 décembre 2007, ce montant s'élevait à 106'800 fr. par an et 293 fr. par jour (art. 22 al. 1 aOLAA; RO 1998 2588).

Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (ci-après OLAA), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave.

L'atteinte à l'intégrité fait abstraction des effets particuliers qu'elle peut exercer sur un individu donné; elle traduit une évaluation abstraite, valable pour tous les assurés. Seul est donc pris en compte "le degré de gravité" attribuable à une telle atteinte à l'intégrité chez l'homme moyen. La gravité s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée en effet de manière abstraite, égale pour tous. En cela, l'IPAI se distingue donc de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un

---

dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'IPAI peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b, et les références; ATFA non publié du 30 juillet 2002, U 249/01). (ATF 113 V 218 consid. 4; W. GILD et H. ZOLLINGER, *Die Integritätentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, Berne 1984, pp. 38 et 46; dans le même sens, A. MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, Berne 1985, p. 417; A. RUMO-JUNGO, E. MURER, *Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, Zurich 1991, ad art. 25 al. 1, p. 104).

L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b, 210 consid. 4a/bb et les références). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la division médicale de la CNA a établi des tables complémentaires comportant des valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés. Ces tables émanant de l'administration ne constituent pas une source de droit et ne lient pas le juge, mais sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 32 consid. 1c, 211 consid. 4a/cc, 116 V 157 consid. 3a).

4. En l'espèce, il convient d'examiner quelles ont été les suites sur la santé du recourant qui peuvent être mises en lien avec les deux accidents et de se prononcer sur les prestations qui pourraient en conséquence être mises à charge de l'assureur LAA.

On examinera tout d'abord les suites de l'accident du 22 mars 2007.

Trois affections sont à prendre en compte : la problématique de l'épaule, les suites de la commotion et la symptomatique psychique.

a/aa) S'agissant de l'épaule, le diagnostic posé dès le 23 mars 2007, à savoir une luxation post-traumatique de l'articulation de l'épaule droite n'a plus été remis en cause par les examens et rapports médicaux postérieurs, si ce n'est qu'on apprend de l'expertise effectuée par la Dresse KB\_\_\_\_\_ dans le cadre de la demande de prestations AI qu'une capsulite rétractile a compliqué l'évolution de la guérison.

Le lien de causalité entre cette affection et l'accident ne fait pas de doute.

Les traitements suivis, soit la mise en place d'une attelle, la prise d'antalgiques et la rééducation par physiothérapie, préconisés dès les premiers examens, n'ont pas été modifiés par la suite.

L'état de l'épaule a été considéré comme stabilisé, à compter du mois de mars 2009, par le Dr P\_\_\_\_\_, ce qui n'est pas contestable au vu des examens et rapports des autres médecins. L'augmentation des amplitudes de la mobilité de l'épaule droite était en effet déjà constatée par la Dresse N\_\_\_\_\_, en janvier 2008, le traitement pratiqué ayant été effectué selon les règles de l'art, selon le Dr A\_\_\_\_\_, consulté le mois suivant par le recourant. Quant au Dr G\_\_\_\_\_, intervenu en août 2008 au sein de la CRR, le status après luxation gléno-huméral est compliqué d'une épaule gelée au décours, sans toutefois qu'un traitement particulier ne soit envisagé, si ce n'est à ce moment là, la pratique à domicile d'exercices permettant de renforcer globalement et de faire progresser en mobilité le membre supérieur.

Des limitations fonctionnelles de l'épaule droite, ainsi que la permanence durable de douleurs pour le recourant ont été reconnues par tous les praticiens, de sorte que l'intimée a pris la décision d'octroyer une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), ainsi qu'une rente d'invalidité, par décision du 9 mai 2011, en raison des séquelles à l'épaule.

a/bb) Le recourant conteste le taux d'invalidité reconnu, mais en relation avec sa situation de santé globale et non pas parce que l'assureur aurait mal évalué la seule problématique de l'épaule.

Le taux de 10% retenu pour l'octroi de l'IPAI ne saurait être contesté. Il correspond en effet à l'annexe 3 OLAA, en vigueur depuis 1998, qui prévoit un taux de 10% pour une luxation récidivante de l'épaule, ainsi qu'à la table 1 de la CNA, en vigueur depuis 2000, qui reconnaît un taux de 10% pour une épaule bloquée en adduction mais avec une mobilité jusqu'à 30% au-dessus de l'horizontale.

Au regard des rapports médicaux, lesquels font référence à une limitation moindre de la mobilité de l'épaule du recourant sur la durée, notamment l'expertise de la Dresse KB\_\_\_\_\_, le taux retenu par l'intimé ne saurait être valablement revu.

Au surplus, les nombreux rapports médicaux apportant suffisamment d'information pour tenir compte d'une situation claire et présentant des conclusions concordantes, la Cour n'a aucune raison de faire suite aux conclusions du recourant visant à ce qu'une expertise pluridisciplinaire, notamment orthopédique, soit ordonnée.

Le montant accordé au titre d'IPAI, à savoir 10'680 fr., au regard des dispositions applicables pour un accident qui s'est produit en 2007, est ainsi parfaitement correct.

a/cc) Enfin, sans prendre de conclusions spécifiques de ce chef, on comprend de la position adoptée par le recourant durant la procédure, et notamment des pièces produites en relation avec ses perspectives de gains supplémentaires pour le cas où il aurait continué sa formation et gravi les échelons auprès de son ex-employeur, que la rente d'invalidité retenue par l'intimée est également contestée.

Or, à teneur des chiffres établis au dossier, en particulier du salaire transmis pour 2011 par l'ancien employeur, de même qu'au vu de l'étude des DTP effectuée par l'intimée et des montants retenus, le taux d'invalidité de 16% et le calcul de la rente en découlant ne saurait être valablement remis en question. A juste titre, le recourant n'a pas contesté les DTP, ni les perspectives de revenus y relatives retenues par l'intimée. Quant au salaire qu'il aurait réalisé en 2011 sans accident, il n'est pas possible de prendre en considération des perspectives d'augmentation relatives à des formations supplémentaires non effectuées, et par là même non réussies, de sorte que les échelons qui auraient pu être gravis dans l'entreprise ne sont que spéculatifs.

La rente d'invalidité telle que l'a calculée l'intimée ne saurait donc être revue.

b) Lors de l'accident du 22 mars 2007, le recourant a subi un traumatisme crânio-cérébral, avec perte de connaissance.

Les conséquences relevées médicalement suite à ce traumatisme ont été des céphalées, ainsi que des douleurs cervicales et des problèmes neurologiques et neuropsychiques.

Toutefois, aucune lésion n'a été constatée par les différents examens pratiqués : CT scan cérébral et de la colonne cervicale le 23 mars 2007, ainsi que l'IRM cérébrale et des cavités orbitaires du 10 février 2011.

Dès le 30 juillet 2007, la Dresse N\_\_\_\_\_ a précisé qu'aucune circonstance en lien avec l'accident ne joue de rôle dans l'évolution du cas. Les Dr Q\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_, intervenus dès 2007, ont relevé les origines multifactorielles des symptomatiques en question. Les Dr C\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_, K\_\_\_\_\_, L\_\_\_\_\_, puis DB\_\_\_\_\_ ont souligné l'importance de l'impact des troubles psychiatriques sur les problèmes de céphalées

et neuropsychiques, non seulement s'agissant des difficultés à poser un diagnostic, mais également en ce qui concernait l'origine desdits problèmes. L'expertise du BREM a fait état de la majoration des troubles en question par la problématique psychiatrique de l'assuré. Enfin, dans l'expertise de la Dresse LB\_\_\_\_\_ de 2011, ces troubles ne sont même plus mentionnés.

Au vu de ce qui précède, le lien de causalité entre l'accident et les troubles précités ne peut donc être établi, en tout cas pour ce qui concerne les troubles parus comme les plus durables, à savoir les troubles neuropsychiques.

Aucun traitement sur la durée n'a été instauré, si ce n'est la prise d'antalgiques pour les douleurs, mentionnée de manière générale. Le recourant a été suivi sur le plan neuropsychique durant une période, mais a indiqué avoir arrêté ce traitement de son propre chef, à une date non précisée, car il se sentait mieux. Le suivi sur le plan neuropsychique n'est en tous cas plus régulier après octobre 2009.

Aucune limitation fonctionnelle ni sur la capacité de travail n'a pu être établie du point de vue médical, s'agissant des suites du traumatisme crânio-cérébral.

Au surplus, les nombreux rapports médicaux apportant suffisamment d'informations pour tenir compte d'une situation claire et présentant des conclusions concordantes, la Cour n'a aucune raison de faire suite aux conclusions du recourant visant à ce qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée.

Au vu de ce qui précède, l'intimée était en droit de cesser la prise en charge du cas relativement à ces suites, étant rappelé que les indemnités journalières ont été versées du 25 mars 2007 jusqu'au 16 janvier 2011 compris.

c) S'agissant des troubles psychiques, à savoir les troubles anxio-dépressifs et le syndrome de stress post-traumatique dont souffre le recourant, certains médecins ont retenu l'un ou l'autre des troubles comme étant prépondérant.

Il n'est cependant pas nécessaire de solliciter de compléments d'instruction sur ce point, dès lors qu'il apparaît que le lien de causalité n'est pas établi entre ces troubles et l'accident.

Il en est ainsi du lien de causalité naturelle puisque, contrairement à ce qu'a parfois soutenu le recourant au cours de la procédure, ces troubles se sont présentés non pas suite à l'accident, mais étaient déjà préexistants.

Cela ressort clairement des expertises établies en 2010 par le BREM et en 2011 par la Dresse LB\_\_\_\_\_, dans le cadre de l'examen de la demande AI, qui font état de plusieurs hospitalisations antérieures à l'accident, dès l'année 2001, aussi bien pour des troubles dépressifs que pour un syndrome récurrent de stress post-traumatique, préexistant à l'accident de mars 2007.

Au vu de ce qui précède, il n'est pas possible de considérer l'accident du 22 mars 2007 comme à l'origine desdits troubles.

Il n'apparaît pas non plus que ces troubles se soient sérieusement aggravés après cet accident, comme la Dresse N \_\_\_\_\_ – qui au demeurant n'est pas psychiatre – semble l'avoir pensé, puisque, sur le plan chronologique, ils ne se sont décompensés une nouvelle fois gravement qu'en août 2008, soit près d'un an et demi après l'accident.

La Cour renoncera en tous les cas à solliciter des compléments d'instruction et ne donnera pas de suite favorable aux conclusions du recourant s'agissant de la mise en place d'une expertise psychiatrique, dans la mesure où quand bien même l'existence d'un lien de causalité naturelle pourrait par impossible être reconnue, cela ne saurait être le cas pour le lien de causalité adéquate.

D'abord, l'accident doit être qualifié de faible gravité, éventuellement de gravité moyenne. Il ne s'agit en tout cas pas d'un accident grave.

Cela étant, à la lumière des documents et déclarations figurant au dossier, la Cour se détermine comme suit quant aux conditions de la jurisprudence, dans l'hypothèse d'un accident de gravité moyenne:

aa) le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ne peut pas être retenu et il n'y a pas de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques, aucune circonstance particulière en lien avec l'accident n'ayant d'ailleurs été alléguée par le recourant ;

bb) de même faut-il nier que les lésions physiques aient été graves ou d'une nature particulière propre à entraîner des troubles psychiques, s'agissant d'une luxation de l'épaule dont l'évolution vers la stabilisation a duré deux ans ;

cc) de surcroît, les traitements médicaux des suites de l'accident n'ont été ni longs, ni particulièrement pénibles, aucune intervention chirurgicale n'ayant par ailleurs été envisagée. Certes, le traitement médical dans son ensemble a été relativement long puisqu'il a duré plus de deux ans, mais il s'avère que c'est surtout le suivi neuropsychologique qui a perduré après le mois de mars 2009, et ce pour une durée limitée, sans que des souffrances particulières n'y soient liées et étant rappelé que l'origine traumatique prépondérante des troubles en questions n'a pu être reconnue ;

dd) on peut éventuellement retenir des douleurs persistantes de l'épaule, mais celles-ci sont circonscrites et n'entravent pas le recourant dans sa vie quotidienne, de sorte qu'elles ne devraient avoir aucun impact sur le plan psychiatrique ou psychologique ;

ee) on ne peut pas non plus retenir d'erreur dans le traitement médical ;

ff) rien ne permet de retenir le critère des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;

gg) la durée de l'arrêt de travail est certes très longue puisque celui-ci est en cours depuis six ans, sans aucune reprise du travail, mais elle ne se confond pas entièrement avec la durée de l'incapacité de travail. Celle liée aux troubles somatiques a pris fin en mars 2009. L'incapacité subséquente, au moins depuis 2010, est due uniquement aux troubles psychiques dont souffre l'assuré. Elle est surtout due aux troubles anxio-dépressif et PTSD. Ainsi, le critère de la durée de l'incapacité de travail consécutive à l'accident, de deux ans au maximum pour les troubles de l'épaule, ne peut pas non plus être retenu.

Aucun des sept critères n'est véritablement rempli en l'espèce, ce qui justifie de nier la causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par le recourant et l'accident du 22 mars 2007.

La Cour a en effet acquis la conviction qu'au vu de l'ensemble des circonstances, il n'était pas dans l'ordre des choses que les faits, tels qu'ils ont pu être établis, génèrent chez le recourant l'incapacité de travail qui est la sienne aujourd'hui de manière prépondérante pour des affections psychiatriques.

Au vu de ce qui précède, le recours contre la décision sur opposition du 29 septembre 2011, en tant qu'elle a confirmé la décision du 9 mai 2011, est mal fondé et doit être rejeté.

5. S'agissant des suites de l'accident du 25 septembre 2010, deux affections sont à prendre en compte à teneur de l'objet du litige : la problématique touchant la colonne lombaire et les souffrances psychiques.

a) En ce qui concerne les douleurs lombaires dont souffre le recourant, un diagnostic n'a été posé qu'au mois de février 2011, soit plus de quatre mois après l'accident avec lequel elles ont été reliées. Quand bien même le recourant a-t-il allégué avoir tenté en vain d'obtenir des examens, il sied de constater que les médecins consultés de suite après l'accident n'ont pas considéré utile de procéder à des examens particuliers.

Il est à souligner que l'existence de douleurs dorsales était déjà mentionnée au dossier après le premier accident mais que cette problématique n'avait fait l'objet ni d'investigation, ni de traitement particulier hormis le port d'une ceinture dont les coûts avaient été pris en charge par l'assureur et d'une minerve, de manière épisodique. Les seules investigations médicales et les mentions dans les différents rapports jusqu'en 2010, notamment reprises dans l'expertise du BREM, ne concernent que le haut du dos et les cervicales. En tout cas, le recourant n'avait pas

mis en lien ces douleurs avec le premier accident et n'a sollicité d'examen médicaux pour des douleurs lombaires qu'après le mois de septembre 2010.

La Cour ne peut dès lors retenir de lien entre les deux accidents relativement à cette problématique.

Par contre, à teneur des investigations présentes au dossier, il n'est pas possible à la Cour de se prononcer sur l'existence ou le défaut de lien de causalité entre les problèmes à la colonne lombaire et le second accident.

En effet, si des diagnostics ont été posés par différents médecins et que la Dresse KB\_\_\_\_\_ semble indiquer que l'affection était préexistante à l'accident du 25 septembre 2010, rien ne permet de déterminer si les diagnostics peuvent être mis en relation avec un traumatisme subi lors de cet accident ou s'ils doivent être imputés à un problème de santé relevant de manière prépondérante d'un état maladif. En particulier, il convient de déterminer si l'accident a participé, et dans quelle mesure, à provoquer les diagnostics posés suite aux différents examens pratiqués.

Les conclusions du Dr P\_\_\_\_\_ sont insuffisantes à ce sujet, étant souligné que son rapport du 4 mai 2011 ne remplit pas les conditions de la jurisprudence pour qu'on lui reconnaisse une valeur probante suffisante, ne serait-ce déjà parce qu'il n'a pas examiné l'assuré avant de l'établir.

Le dossier sera par conséquent renvoyé à l'assurance pour instruction complémentaire au sens des considérants qui précèdent, étant précisé que comme l'intimée l'a déjà proposé, il serait souhaitable que le recourant soit examiné par un des experts déjà consultés. La Cour considère en effet que la mise en place d'une expertise judiciaire n'est pas nécessaire en l'espèce, une expertise pouvant rapidement et simplement être diligentée par l'intimée pour répondre aux questions qui se posent au vu des considérants ci-dessus.

b) Relativement aux troubles psychiques dont fait état le recourant, il y a lieu de reprendre le raisonnement déjà effectué en relation avec l'accident du 22 mars 2007 pour ce qui concerne le lien de causalité naturelle qui apparaît inexistant dans le cas d'espèce.

Par souci d'exhaustivité, la Cour reprendra en outre l'examen des conditions relatives au lien de causalité adéquate, comme suit :

aa) aucun caractère particulièrement impressionnant ne peut être retenu en ce qui concerne l'accident qui s'est produit dans la salle de bains du recourant, lequel n'a d'ailleurs fait état d'aucune circonstance concomitante de nature dramatique, ni même d'aucune circonstance particulière ;

bb) de même faut-il nier que les lésions physiques aient été graves ou d'une nature particulière propre à entraîner des troubles psychiques, s'agissant de douleurs lombaires ne devant être traitées en l'état que par le port d'une ceinture, un reconditionnement musculaire et la prise d'antalgiques. Contrairement à ce qu'a soutenu le recourant, aucune intervention chirurgicale ne semble avoir été préconisée ;

cc) les traitements médicaux des suites de l'accident n'ont ainsi été ni particulièrement longs, ni particulièrement pénibles, en l'état ;

dd) on peut éventuellement retenir des douleurs persistantes qui n'ont toutefois pas impliqué de traitement lourd ;

ee) on ne peut pas non plus retenir d'erreur dans le traitement médical qui ait pu produire une aggravation des symptômes ;

ff) rien ne permet de retenir le critère des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;

gg) la durée de l'arrêt de travail consécutif à l'accident de septembre 2010, de plus deux ans, ne peut pas non plus être retenue, dans la mesure où la durée globale importante de l'incapacité de travail doit être mise en lien de manière prépondérante avec les autres affections, particulièrement psychiques, dont souffre le recourant.

Aucun des sept critères n'est véritablement rempli en l'espèce, ce qui justifie de nier l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par le recourant et l'accident du 25 septembre 2010.

La Cour a en effet acquis la conviction qu'au vu de l'ensemble des circonstances, il n'était pas dans l'ordre des choses que les faits, tels qu'ils ont pu être établis, génèrent chez le recourant l'incapacité de travail qui est la sienne aujourd'hui de manière prépondérante pour des affections psychiatriques.

Aussi, la demande d'organisation d'une expertise psychiatrique doit également être refusée au recourant.

Au vu de ce qui précède, la décision du 10 mai 2011 et la décision sur opposition du 29 septembre 2011 doivent être partiellement annulées, en ce qui concerne la problématique de la colonne lombaire, et confirmées pour le surplus.

6. Le recourant, qui est assisté et obtient en partie gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que le Tribunal fixe en l'espèce à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA).
7. Au surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H al. 1 LPA).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement et annule la décision du 10 mai 2011 et la décision sur opposition du 29 septembre 2011, au sens des considérants.
3. Renvoie la cause à la SUVA pour instruction complémentaire relativement à la problématique de la colonne lombaire, au sens des considérants.
4. Confirme au surplus la décision sur opposition du 29 septembre 2011.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant la somme de 1'000 fr. pour ses dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de trente jours dès sa notification 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) auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente suppléante

Florence SCHMUTZ

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