

GE_GERICHTE ATAS/296/2024 vom 30. April 2024

GE Cour de justice, 2024-04-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_296_2024

FR: GE_GERICHTE ATAS/296/2024 du 30 avril 2024

IT: GE_GERICHTE ATAS/296/2024 del 30 aprile 2024

Erwägungen

E. 1.1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance- accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

A/2973/2023 - 14/23 -

E. 1.2

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Selon l'art. 61 LPGA, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA. L'art. 61 let. b LPGA, repris à l'art. 89B LPA, indique que l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions et que si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté. Cette disposition découle du principe de l'interdiction du formalisme excessif et constitue l'expression du principe de la simplicité de la procédure qui gouverne le droit des assurances sociales. C'est pourquoi le juge saisi d'un recours dans ce domaine ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte de recours (ATF 143 V 249 consid. 6.2). La motivation est suffisante lorsque le recourant manifeste sa volonté d'être considéré en tant que tel d'une part, et de faire modifier la situation juridique consacrée par la décision, d'autre part (Susanne BOLLINGER, Basler Kommentar zum ATSG, 2020, n. 28 ad art. 61 LPGA).

E. 1.3

En l'espèce, la motivation du recours est pour le moins succincte et un peu confuse, dès lors que le recourant fait valoir un cas de révision et un cas de rechute/séquelles tardives. On comprend néanmoins qu'il sollicite des prestations de la part de l'intimée en lien avec les accidents survenus en 2001 et 2003, en raison des atteintes à la santé mises en évidence lors de l'expertise de 2016. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours du 14 septembre 2023 contre la décision du 21 juillet, notifiée le 24 juillet 2023, est recevable.

E. 2.1

À 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. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Le recours ayant été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario).

E. 2.2

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où tant les accidents assurés que la rechute ou les séquelles tardives sont survenus avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

A/2973/2023 - 15/23 -

E. 3

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de la part de l'intimée en raison d'un cas de rechute/séquelles tardives des accidents des 6 février 2001 et 10 juin 2003, étant rappelé que des décisions sur opposition ont été rendues le 22 février 2010, respectivement le 30 juin 2008.

E. 4

Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

E. 4.1

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 (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 43 consid. 1). Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V

286 consid. 1b et les références). 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. 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 (raisonnement post hoc, ergo propter hoc ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).

E. 4.2

En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre

A/2973/2023 - 16/23 - l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). L'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type « coup du lapin » justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après un période de latence (par ex., vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable ; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes - qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type « coup du lapin » - apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75 ; arrêt du Tribunal fédéral U 580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1). Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

E. 4.3

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 148 V 356 consid. 3 ; 129 V 177 consid. 3.2 et la référence). 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 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). Lorsque des symptômes consécutifs à un accident ne sont pas objectivables du point de vue organique, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien

de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 134 V 109 consid. 2.1 ; 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4 ;

A/2973/2023 - 17/23 - 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_559/2023 du 19 février 2024 consid. 3.2). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 140 V 356 consid. 3.2 ; 134 V 109 consid. 2.1 ; 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa). En cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue ou de TCC sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'examen se fait en revanche sur la base de critères particuliers n'opérant pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes, lorsque les symptômes attribuables de manière crédible au tableau clinique typique (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.) se trouvent au premier plan (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a) ; toutefois, lorsque les troubles psychiques constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, c'est-à-dire en excluant les aspects psychiques (ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb).

E. 4.4

Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; 118 V 293 consid. 2c et les références). Il appartient à la personne assurée de rendre plausible une telle rechute ou séquelle tardive, sans quoi l'assureur-accidents peut rendre une décision de refus d'entrer en matière (art. 87 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RAI - RS 831.201], applicable par analogie en assurance-accidents selon l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_263/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3 et l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 55/07 du 13 novembre 2007 consid. 4.1). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et

A/2973/2023 - 18/23 - l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral U 80/05 du 18 novembre 2005 consid. 1.1). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références ; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à

la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêt du Tribunal fédéral 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.1 et les références). Lorsque le cas d'un assuré a été liquidé par une décision de refus de prestations entrée en force, celui-ci peut toujours invoquer la survenance d'une modification dans les circonstances de fait à l'origine de sa demande de prestations (RAMA 1994 n° U 189 p. 138). Alors que dans le domaine de l'assurance-invalidité, cette situation est réglée par le biais de la nouvelle demande de prestations, l'assurance-accidents prévoit la possibilité pour l'assuré d'annoncer en tout temps une rechute ou des suites tardives d'un accident assuré (arrêts du Tribunal fédéral 8C_501/2014 du 5 août 2015 consid. 4.3 et 8C_207/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.1). Dans cette hypothèse, un nouvel examen illimité ne peut pas être effectué. Il faut bien plutôt partir de la décision entrée en force et l'admission d'une rechute ou de séquelles tardives suppose une modification de l'état de fait déterminant sous l'angle du droit à la prestation (arrêt du Tribunal fédéral 8C_148/2018 du 6 juillet 2018 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 55/07 du 13 novembre 2007 consid. 4.1).

E. 5

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

A/2973/2023 - 19/23 -

E. 6

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 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence). La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61

let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

E. 7

En l'espèce, la chambre de céans observe tout d'abord que le recourant n'a pas requis une révision ou une reconsidération des décisions sur opposition rendues suite aux accidents de 2001 et 2003, mais a annoncé un cas de « rechute/séquelles tardives » de ces événements. Ces termes ressortent expressément de son courrier du 24 juin 2021, dans lequel il a d'ailleurs invoqué les art. 11 OLAA et 21 LAA, ainsi que de son opposition du 8 septembre 2021, par laquelle il a reproché à l'intimée de ne pas s'être attardée sur son annonce de « rechute/séquelles tardives » de l'accident de 2001 et lui a demandé d'« entrer en matière quant à l'annonce de rechute/séquelles tardives ». Ainsi, contrairement à ce que laisse suggérer un paragraphe de son recours, l'intéressé n'a pas sollicité « une révision de la décision sur opposition du 30 juin 2008 ». D'ailleurs, il n'invoque aucun motif de révision procédurale.

A/2973/2023 - 20/23 - Elle constate ensuite que l'intimée, en dépit de sa détermination selon laquelle l'entrée en force de la décision sur opposition du 22 février 2010 empêcherait d'annoncer un cas de rechute/séquelles tardives, est bien entrée en matière sur l'annonce du recourant.

E. 7.1

Il convient donc d'examiner si l'intéressé présente des atteintes à la santé qui, en apparence mais non dans les faits, étaient considérées comme guéries.

E. 7.1.1

Dans son annonce de rechute/séquelles tardives, le recourant a indiqué que son « invalidité » se fondait « d'un point de vue écrasant » sur les conséquences des accidents de 2001 et 2003. Il a fait état de « troubles neuropsychologiques dus à l'événement traumatique du 6 février 2001 », rappelant que les experts en neurologie avaient précisé que « les suites d'un TCC restaient imprévisibles et devaient être monitorées », ainsi que de troubles psychiques. Il a produit le rapport de la PMU du 14 juin 2016. Depuis lors, il n'a versé aucune autre pièce médicale à son dossier, que ce soit à l'appui de son opposition du

E. 7.1.2

En ce qui concerne les troubles neuropsychologiques, il ressort des faits de la cause que le recourant a subi un TCC avec une perte de connaissance et une contusion cervico-dorsale le 6 février 2001. Dans les suites immédiates du traumatisme, il s'est plaint de douleurs

diffuses aux niveaux des colonnes cervicale et dorsale, de céphalées, de vertiges, de troubles sensitifs de l'hémicorps droits, de troubles psychiques, avec une labilité émotionnelle et un état anxio-dépressif, de difficultés de concentration et de mémoire. L'intimée a mis en œuvre plusieurs examens, dont deux bilans neuropsychologiques en 2001 et 2003, et trois expertises neurologiques en 2001, 2003 et 2005, au cours desquelles des examens complémentaires ont été ordonnés. Dans sa décision sur opposition du 22 février 2010, il a conclu que les troubles qui persistaient, en particulier les céphalées, les problèmes de mémoire et les difficultés de concentration, n'étaient plus en relation de causalité naturelle avec l'accident assuré. Contrairement à ce que laisse suggérer le recourant, l'intimée n'a pas mis un terme à ses prestations au motif qu'il aurait continué à travailler, mais bien parce qu'il a nié tout rapport de causalité entre les atteintes encore présentées et le sinistre. Seuls les troubles sensitifs de l'hémicorps droit justifiaient la poursuite de la prise en charge d'un contrôle neurologique périodique et du traitement prescrit dans ce cadre. Le rapport d'expertise de la PMU du 14 juin 2016 ne retient aucun diagnostic neurologique ou neuropsychologique dans sa partie consensuelle. Il ressort toutefois du rapport relatif à la consultation spécialisée en neuropsychologie que l'examen avait mis en évidence des performances cognitives sans changement majeur depuis 2001 et était marqué au premier plan par un défaut d'attention, un trouble de la mémoire de travail et des signes de fléchissement exécutif, ainsi qu'un ralentissement. Ces éléments paraissaient s'inscrire de manière

A/2973/2023 - 21/23 - prépondérante dans les probables troubles de l'humeur rapportés par l'expertisé et son épouse, et possiblement majorés par le syndrome d'apnées du sommeil qui ne serait plus appareillé depuis 18 mois. Sur le plan strictement neuropsychologique, seule une activité simple et routinière paraissait pouvoir être envisagée à un taux de 50%. Les restrictions retenues étaient dues au trouble de la mémoire de travail, au ralentissement et aux signes de fléchissement exécutif. Force est donc de constater que le seul document produit par le recourant atteste de la persistance des troubles neuropsychologiques dont il se plaignait déjà en 2001 et qui ont justifié plusieurs mesures d'instruction médicale. Ces troubles n'étaient pas considérés comme guéris lors du prononcé de la décision sur opposition du 22 février 2010, puisque cette dernière a précisément exclu qu'ils puissent encore être considérés en rapport de causalité naturelle avec l'accident de février 2001. En l'absence d'une nouvelle atteinte d'ordre neuropsychologique, l'existence d'une rechute ou de suites tardives ne saurait être retenue.

E. 7.1.3

S'agissant des troubles psychiatriques, un état anxieux et déprimé a été relevé lors de l'examen neuropsychologique de novembre 2002, avec une indication pour un traitement psychothérapeutique. Un probable état anxio-dépressif a également été noté dans le cadre des expertises neurologiques de 2003 et 2005. Le neurologue traitant a pour sa part mentionné le diagnostic d'état dépressif et le recourant a rappelé souffrir d'un état anxio-dépressif dans son opposition du 16 septembre 2009. L'intimée a retenu, dans sa décision sur opposition du 22 février 2010, que les troubles psychiques dont se prévalait l'intéressé n'étaient plus en relation de causalité naturelle avec l'accident assuré. Suite au sinistre de 2003, l'intimée a procédé à une expertise ophtalmologique, dont le rapport du 10 septembre 2005 signale que l'accumulation des traumatismes pouvait avoir un retentissement sur l'équilibre psychique de l'intéressé, entraînant un possible état dépressif. Celui-ci n'a cependant pas mentionné de troubles psychiques et les prestations ont été

allouées en lien avec les seules atteintes ophtalmologiques. D'ailleurs, l'état psychologique de l'intéressé n'a été évoqué ni dans la décision du 26 octobre 2006, ni dans l'opposition du 27 novembre 2006, ni dans la décision sur opposition du 30 juin 2008. L'expert psychiatre de la PMU a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, sans dater son apparition. Il a toutefois noté, dans son rapport de consultation de psychiatrie, que l'expertisé avait eu beaucoup de mal à se remettre des séquelles de son accident de 2001, qu'il avait été victime d'un nouveau sinistre en 2003 ayant entraîné une atteinte à l'œil, puis d'un troisième accident en 2010 qui avait « provoqué » de nouveaux traumatismes avec des arrêts de travail prolongés et l'apparition d'un état anxio-dépressif amenant à une prise en charge psychiatrique en novembre 2013. Depuis lors, l'intensité de sa dépression avait fluctué.

A/2973/2023 - 22/23 - L'expert a conclu que la capacité résiduelle de travail, au niveau psychique, avait été temporairement nulle, de mai 2015 à janvier 2016 en raison d'une aggravation de l'état psychique, et qu'elle était de 30% depuis février 2016. Ainsi, le spécialiste en psychiatrie de la PMU n'a retenu l'existence d'un diagnostic formel au sens de la CIM-10 qu'à partir de 2013 au plus tôt, et il a estimé que c'était le troisième accident, soit celui survenu en 2010 et dont l'intimée ne répond pas, qui avait engendré l'apparition d'une atteinte à la santé ayant motivé une prise en charge spécialisée. Les allégations du recourant quant à l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques et les accidents de 2001 et 2003 sont donc mises à mal par ce document. À toutes fins utiles, il sera encore rappelé que, selon la jurisprudence, plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères. En l'occurrence, il s'est écoulé douze ans, respectivement dix ans, entre les accidents assurés et la prise en charge psychiatrique. Durant cet intervalle, le recourant n'a présenté aucune incapacité de travail en lien avec son état psychique, ni n'a consulté de spécialiste, ni n'a suivi de traitement. Dans ces conditions, l'existence de séquelles tardives des accidents de 2001 ou de 2003 ne saurait être retenue. Enfin, même à considérer que l'expert aurait dû faire remonter l'existence d'une atteinte psychique à 2001, dès lors que des médecins, toutefois non spécialistes en psychiatrie, avaient signalé une symptomatologie anxio-dépressive dès le premier accident, il conviendrait de rappeler que l'état pathologique existait encore lorsque l'intimée a rendu sa décision sur opposition le 22 février 2010. Elle a alors expressément exclu tout lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques dont se prévalait le recourant et l'accident de 2001. Dans ces conditions, aucune rechute ne peut être admise. En conclusion, le recourant n'a pas apporté d'éléments de nature à rendre vraisemblable l'existence d'une rechute ou de séquelles tardives en lien de causalité naturelle avec les événements accidentels survenus les 6 février 2001 et

E. 8

septembre 2021, de son courrier du 30 septembre 2022, ou encore dans le cadre de la présente procédure.

E. 10

juin 2003. 8. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f bis LPGA a contrario).

A/2973/2023 - 23/23 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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