

GE_GERICHTE A/2973/2023 vom 30. April 2024

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2973_2023

FR: GE_GERICHTE A/2973/2023 du 30 avril 2024

IT: GE_GERICHTE A/2973/2023 del 30 aprile 2024

Erwägungen

E. 3

décembre 2001. g. Le Dr E_____ a procédé à une deuxième expertise le 19 mai 2003. Dans son rapport du 26 juin 2003, il a confirmé le diagnostic précédemment posé et ajouté ceux de discret syndrome post commotionnel et rachialgies cervico-dorsales persistantes, et de probable état anxio-dépressif en partie réactionnel. L'assuré se plaignait de la persistance de douleurs cervico-dorsales avec une irradiation scapulaire droite, d'un manque de force et de sensibilité du membre supérieur droit, de troubles de la mémoire et de la concentration, et de maux de tête occasionnels. Il prenait des anti-inflammatoires à la demande, et avait repris son activité professionnelle à temps complet le 5 février 2002. Un examen neurologique réalisé le 19 mai 2003 avait mis en évidence une hypoesthésie tactile et douloureuse hémicorporelle droite, vraisemblablement subjective, mais qui justifiait de pratiquer un bilan radiologique visant à écarter toute cause somatique et notamment post traumatique. Il avait ainsi demandé une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cérébrale et une IRM cervico-dorsale, réalisées le 2 juin 2003, qui n'avaient pas révélé de lésion post traumatique. Il n'avait pas répété l'électroencéphalogramme et l'électromyogramme pratiqués lors de l'expertise du 28 novembre 2001, compte tenu de la normalité de ces examens. Anamnestiquement, cliniquement et radiologiquement, il n'y avait aucun élément permettant de conclure à l'existence d'une atteinte majeure du système locomoteur et nerveux en relation de causalité avec l'accident, ou secondaire à une affection d'origine malade. Les troubles sensitifs hémi corporels droits étaient donc à considérer comme clairement subjectifs. Les anomalies mises en évidence à l'examen neuropsychologique du 5 novembre 2001 étaient totalement aspécifiques et se rencontraient effectivement après un TCC mineur ou une distorsion cervicale, mais également lors d'états douloureux chroniques et d'états anxio-dépressifs. L'importance des plaintes et leurs répercussions sur la capacité de travail s'expliquaient en grande partie par l'existence d'un état anxio-dépressif en partie réactionnelle à l'évènement accidentel, dont les conséquences avaient été très significativement péjorées par des facteurs de personnalité indépendants au traumatisme. Étant donné qu'il convenait d'admettre la persistance de rachialgies, de céphalées et de quelques troubles de la mémoire et de la concentration en relation de causalité maintenue avec l'accident du 6 février 2001, et compte tenu du fait que l'interruption du traitement en cours pourrait être de nature à entraîner une perte de la capacité de travail, il suggérait la prise en charge dudit traitement et éventuellement d'une série de neuf séances de physiothérapie par an pour une période de cinq ans à partir de l'accident. Une perte à l'intégrité de 5% pour céphalées post traumatiques, discret syndrome post commotionnel et rachialgies post traumatiques paraissait raisonnable. La persistance de l'état anxio-dépressif ne pouvait plus être considérée comme en relation de causalité probable ou certaine avec l'accident, au vu de la prédominance des facteurs de personnalité et de l'absence de lésion somatique majeure secondairement au traumatisme. Le pronostic

était excellent du point de vue somatique, mais aléatoire du point de vue psychologique, une décompensation ultérieure ne pouvant être exclue. h. Le 4 juillet 2003, l'assureur a reconnu le droit de l'assuré à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5%, correspondant à un montant de CHF 5'340.-. i. Dans un avis du 5 novembre 2004, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, médecin-conseil de l'assureur, a conclu que le lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles retenus dans les expertises de 2001 et 2003 était probable pour une durée de cinq ans à compter de l'accident, soit jusqu'au 6 février 2006. La prise en charge ne concernait toutefois que les anti-inflammatoires non stéroïdiens et neuf séances de physiothérapie par an. Le statu quo ante / sine n'était pas atteint. j. Par rapport du 20 octobre 2004, le docteur G_____, spécialiste FMH en neurologie, a fait part de difficultés de concentration, de céphalées, de troubles de la mémoire et d'un état dépressif. Il a retenu les diagnostics de TCC avec des séquelles et d'état dépressif. k. Sur demande de l'assureur, le docteur H_____, spécialiste FMH en neurologie, a procédé à une expertise. Dans son rapport du 16 juin 2005, l'expert a diagnostiqué un état tensionnel chronique engendrant un tableau de contractures musculaires diffuses, une labilité émotionnelle et des troubles de l'attention, ainsi qu'un caractère colérique et des troubles visuels à rattacher à un accident survenu le 10 juin 2003 (cf. infra B). L'état anxieux et tensionnel bien individualisé était modulé par la fatigue et le surmenage. Le cas était stabilisé, et les douleurs, les céphalées, les troubles de l'attention et de la concentration n'étaient plus en rapport de causalité naturelle avec l'accident, ce qui était confirmé par le fait qu'il existait des jours sans aucune symptomatologie ou avec très peu de symptômes. La seule relation de causalité vraisemblable concernait les troubles sensitifs hémicorporels droits, lesquels n'engendraient toutefois pas de handicap significatif et ne justifiaient pas une invalidité ou une limitation des activités professionnelles. L'étiologie de ces troubles restait indéterminée, mais ils étaient survenus dans le cadre de l'accident et il pensait qu'ils devaient être rattachés au sinistre sans qu'il puisse les expliquer de façon certaine. Ce déficit n'engendrait pas de limitation des capacités professionnelles ou d'atteinte à l'intégrité significative autre que celle mentionnée par le Dr E_____. Il n'existait aucune limitation de l'activité professionnelle s'agissant des suites de l'accident du 6 février 2001. l. Les 28 janvier 2008 et 11 mai 2009, le Dr G_____ a rapporté des difficultés de concentration et de mémoire, des céphalées et un état anxio-dépressif séquellaire du TCC survenu le 6 février 2001. L'état de santé était stable sous médication. m. Par avis des 11 et 15 mai 2009, le Dr F_____ a rappelé que le Dr E_____ avait admis en 2003 que le traitement auprès du neurologue était à la charge de l'assureur-accidents pour une durée de cinq ans, et que le Dr H_____ avait nié en 2005 la causalité naturelle avec l'accident. n. Par décision du 4 juin 2009, l'assureur a informé l'assuré que, conformément aux conclusions de son médecin-conseil, basées sur les avis des experts, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte à la santé et l'évènement du 6 février 2001 était uniquement possible. Les problèmes de santé qui persistaient étaient dus à des facteurs étrangers au sinistre, de sorte qu'il mettait fin à ses prestations. Il prendrait en charge, à bien plaisir, sans reconnaissance de responsabilité et sans préjudice de droit pour l'avenir, les consultations neurologiques chez le Dr G_____ et les médicaments que ce dernier avait dernièrement prescrits, étant rappelé qu'aux termes de l'expertise de 2003, seuls le traitement par médicaments anti-inflammatoires et éventuellement une série de neuf séances de physiothérapie pour une durée de cinq ans devaient être pris en charge. Par ailleurs, l'expertise du 16 juin 2005 avait confirmé que les troubles neurologiques n'étaient plus en relation de causalité prépondérante (plus de 50%) avec l'accident de 2001.

o. Le 22 juin 2009, l'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision, relevant subir au quotidien les conséquences de l'accident, comme attesté par le Dr G_____. p. Par courrier du 16 septembre 2009, l'assuré, par l'intermédiaire d'un avocat, a complété son opposition, soutenant que ses difficultés de concentration, les céphalées, les problèmes de mémoire et son état anxio-dépressif étaient séquellaires au TCC survenu le 6 février 2001 et en lien de causalité avec l'accident. q. Par décision sur opposition du 22 février 2010, l'assureur a maintenu qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des rapports d'expertise des 4 décembre 2001, 26 juin 2003 et 16 juin 2005. L'assuré présentait encore des difficultés de concentration, des céphalées, des problèmes de mémoire et un état anxio-dépressif, lesquels n'étaient plus en rapport de causalité naturelle avec l'accident et devaient être mis sur le compte de la prédominance de facteurs de personnalité, notamment en raison de l'absence de lésion somatique majeure secondaire à l'accident. Seuls les troubles sensitifs de l'hémicorps droit motivaient encore un contrôle neurologique périodique, dont la prise en charge n'était pas litigieuse, sauf concernant le caractère facultatif. Au vu des conclusions de l'expertise du 16 juin 2005 et des explications du Dr F_____ du 11 mai 2009, la décision contestée devait être modifiée, dans le sens qu'il était reconnu le droit à la prise en charge d'un contrôle périodique auprès du neurologue, ainsi qu'aux médicaments prescrits par ce dernier, postérieurement au 4 juin 2009, en lien exclusif avec les troubles sensitifs de l'hémicorps droit. Pour le reste, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail à compter du 19 février 2001 déjà, ce qui constituait un indice valable motivant la suppression du droit aux prestations quand bien même il n'était pas complètement guéri. Ce principe s'appliquait a fortiori, dans la mesure où la suppression du droit aux prestations était intervenue huit ans après la reprise du travail. Cette décision sur opposition est entrée en force. B. a. Le 10 juin 2003, alors qu'il travaillait toujours en qualité de pépiniériste pour l'employeur, l'assuré a subi un traumatisme oculaire droit sévère dans le cadre de travaux à la débroussailleuse, suite à la projection d'un caillou de 5cm de diamètre qui a pulvérisé ses lunettes de protection. Le choc a provoqué une rupture cornéenne et une lésion du cristallin avec cataracte (cf. déclaration de sinistre du 16 juin 2003). b. Il a été hospitalisé au service ophtalmologique des HUG, où il a subi une opération le jour même avec une suture cornéenne et une phaco-émulsification du cristallin lésé. c. En novembre 2003, il a bénéficié d'une implantation secondaire d'une lentille intraoculaire. d. Le 14 avril 2004, une autogreffe cornéenne droite avec rotation de la greffe a été réalisée. e. Par rapport d'expertise du 10 septembre 2005, le docteur I_____, médecin associé à l'hôpital ophtalmologique de Lausanne, a constaté que l'acuité visuelle était abaissée à 20% et qu'au vu de la violence du choc, il était fort probable qu'une rétinopathie contusive soit également présente. Les atteintes à la santé étaient en lien de causalité certain avec l'accident assuré. Les tentatives de reprise du travail s'étaient soldées par un échec en raison de la vision monoculaire de l'assuré. Ce dernier avait de la peine à juger les distances, à travailler sur des échelles et ressentait des irritations et des douleurs oculaires importantes dès qu'il était en contact avec des poussières, ce qui était constant dans sa profession. L'incapacité de reprendre l'activité habituelle était totale et l'assuré ne devrait pas travailler dans une profession nécessitant une bonne vision stéréoscopique, en présence de machines rotatives à hautes vitesses ou des scies motorisées, et devrait être exposé le moins possible à des poussières excessives. Suivant la profession, une activité à 100% pourrait être reprise. L'atteinte à l'intégrité corporelle pouvait être estimée à 30% pour ce qui était de l'atteinte oculaire pure. L'accumulation des traumatismes de 2001 et 2003 pouvait aussi avoir un retentissement sur l'équilibre psychique du patient, entraînant un possible état dépressif. Il

persistait en effet des céphalées et des vertiges du premier traumatisme. f. Le 12 décembre 2005, l'assuré s'est soumis à un traitement de capsulotomie au laser YAG. g. Le 23 mars 2006, le professeur J_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, a considéré que l'état de l'assuré était définitif et que son activité de pépiniériste devrait dorénavant, et de façon définitive, se limiter au travail au sol. h. Par rapports des 6 août 2006 et 17 janvier 2007, le Prof. J_____ a diagnostiqué des séquelles d'un traumatisme perforant de l'œil droit le 10 juin 2003 et indiqué que l'assuré avait repris le travail le 1^{er} avril 2006. Le traitement consistait en des consultations de contrôle tous les trois à quatre mois. Il fallait s'attendre à un dommage permanent, en raison d'une perte d'acuité visuelle et de l'accommodation à droite, et de la perte de la vision du relief. i. Par décision du 26 octobre 2006, l'assureur a alloué à l'intéressé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30%, soit à un montant de CHF 32'100.-. Par ailleurs, il continuerait de prendre en charge la surveillance médicale nécessaire tous les trois à quatre mois. Il n'existait pas de droit à une rente d'invalidité. j. Le 27 novembre 2006, l'assuré, par l'intermédiaire de son avocat, a formé opposition. Il a sollicité l'octroi d'une rente et estimé que l'atteinte à l'intégrité devait être fixée à 40%. k. Par décision sur opposition du 30 juin 2008, l'assureur a confirmé sa décision du 26 octobre 2006. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle avait été fixée par l'expert à 30%. Le taux de 40% invoqué par l'assuré ne se fondait sur aucun raisonnement permettant de mettre en doute ce pourcentage qui correspondait à la perte totale de la vue d'un côté. S'agissant du droit à la rente, il n'y avait pas de perte de gain liée au handicap, puisque l'assuré exerçait toujours la même profession, avec un salaire complet, régulièrement réalisé dans le cadre d'une activité professionnelle stable. Ce revenu était déterminant pour apprécier la notion d'invalidité. Le fait que l'assuré subisse des irritations oculaires, même fréquents, dans le cadre de sa profession actuelle n'était pas susceptible de fonder un droit à une rente, étant rappelé que cette séquelle lui avait ouvert le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30%. Enfin, même en comparant le salaire perdu aux valeurs de référence statistique, le droit à une rente ne serait pas donné, dès lors que le taux d'invalidité serait inférieur à 10% (8,87%). l. Le 7 mai 2012, l'assuré a été opéré pour un changement d'implant et une vitrectomie. L'assureur a pris en charge cette rechute et versé des indemnités journalières. m. Il a également pris en charge une lentille de contact droite sclérale, puis de nouvelles lunettes de vue et solaires en 2019. C. a. Par courrier du 24 juin 2021, l'assuré, représenté par son avocat, a signalé à l'assureur une « annonce de rechute/séquelles tardives » des sinistres de 2001 et 2003. Cette annonce n'avait pas été formulée précédemment, car il avait bénéficié, jusqu'à la fin de l'année 2020, de prestations de la part de la Bâloise Assurances, son nouvel assureur-accidents, à la suite de divers sinistres survenus depuis 2010. Il avait été mis au bénéfice d'une rente entière de la part de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), dès le 1^{er} septembre 2011, suite à une expertise pluridisciplinaire réalisée par la Policlinique médicale universitaire de Lausanne (ci-après : PMU). Il ressortait de cette expertise du 14 juin 2016 que son invalidité se fondait « d'un point de vue écrasant » sur les conséquences des accidents de 2001 et 2003, et que sa capacité de travail était nulle depuis 2003 dans l'ancienne activité de pépiniériste et limitée à 50% dans une activité adaptée, en raison notamment des troubles neuropsychologiques dus à l'évènement du

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. 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 entré 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 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. 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 10 juin 2003.

E. 8

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