

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2973/2023

ATAS/296/2024

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 30 avril 2024**

**Chambre 10**

En la cause

A \_\_\_\_\_  
représenté par Me Maurizio LOCCIOLA, avocat

recourant

contre

**HELSANA ACCIDENTS SA**

intimée

**Siégeant : Joanna JODRY, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

## EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1977, a travaillé à partir du 1<sup>er</sup> février 2000 comme aide-pépiniériste pour l'entreprise B\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur). À ce titre, il était assuré contre le risque d'accident professionnel et non professionnel auprès de la Suisse, Société d'assurances contre les accidents (depuis lors, Helsana Accidents SA ; ci-après : l'assureur).
- b.** Le 6 février 2001, l'assuré a été victime d'un accident professionnel. Il était juché sur la ridelle d'une remorque d'un camion et essayait de décoincer une sangle qui tenait un arbre d'environ 250 kilos. La sangle s'est libérée d'un coup, déséquilibrant l'arbre, qui heurta la tête de l'assuré. Ce dernier est tombé du camion et a perdu connaissance quelques minutes (cf. déclaration de sinistre du 7 février 2001 et son complément du 23 novembre 2001).
- c.** L'assuré a été examiné à la Permanence d'Onex, où les diagnostics de trouble cranio-cervical et de trauma de la colonne cervicale ont été posés. Lors de cette consultation, le patient était somnolent, présentait un *Glasgow* de 15, et se plaignait de douleurs diffuses aux colonnes cervicale et dorsale, et de maux de tête (cf. rapport du 23 février 2001 de la doctoresse C\_\_\_\_\_, médecin auprès du Groupe médical d'Onex).
- d.** L'intéressé a été transféré aux urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), où des examens complémentaires ont été réalisés. Il est resté hospitalisé jusqu'au 7 février 2001 et a été en incapacité totale de travail jusqu'au 16 février 2001, puis à nouveau dès le 15 mai 2001.
- e.** Un bilan neuropsychologique effectué le 5 novembre 2001 a mis en évidence des difficultés dans les tests évaluant les fonctions exécutives, une réduction des capacités d'évocation d'une information apprise en modalité verbale et des difficultés d'apprentissage en modalité visio-spatiale, ainsi qu'un ralentissement et des erreurs dans les épreuves attentionnelles. Les difficultés observées étaient compatibles avec une souffrance post traumatique modérée. Le patient, anxieux et déprimé, exprimait une détresse importante en lien avec sa situation, pour laquelle un soutien psychothérapeutique paraissait indiqué (cf. rapport du 12 novembre 2001 de Madame D\_\_\_\_\_, neuropsychologue).
- f.** Mandaté par l'assureur, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a procédé à un examen de l'assuré. Dans son rapport d'expertise du 4 décembre 2001, ce spécialiste a diagnostiqué un status après un traumatisme cranio-cervical (ci-après : TCC) mineur et une contusion cervico-dorsale banale sans évidence de lésion majeure du système nerveux et locomoteur. Il a relevé que les radiographies de la colonne cervicale, un CT-scan cérébral et un examen neurologique réalisés aux HUG le 6 février 2001 s'étaient révélés dans la norme. De même, des radiographies de la colonne dorsale effectuées le 17 mai 2001 suite au nouvel arrêt de travail n'avaient pas montré d'anomalie significative.

L'apparition des troubles présentés dans les suites immédiates de l'accident était en relation de causalité naturelle certaine avec l'évènement du 6 février 2001. Ce genre d'accident était de nature à entraîner quelques troubles persistants pouvant durer pendant une période prolongée et nécessiter une prise en charge thérapeutique. Si on pouvait encore admettre la persistance de rachialgies, de céphalées, de vertiges, ainsi que de troubles de la mémoire et de la concentration modérés en relation de causalité naturelle avec le sinistre en tant que syndromes post commotionnels et rachialgies post traumatiques, l'importance actuelle des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail ne pouvaient être considérées en lien de causalité naturelle maintenue avec le sinistre. Cette évolution défavorable était à rechercher dans des facteurs de personnalité et socio-professionnels. De façon théorique, il estimait que le rôle des facteurs étrangers à l'accident se montait à 80% au moins. Ainsi, même s'il estimait que les symptômes actuels n'étaient plus en lien de causalité proportionnelle avec l'évènement assuré, il convenait d'admettre la persistance probable de troubles modérés en relation de causalité naturelle avec l'accident justifiant la poursuite d'une prise en charge pour une période de deux ans au maximum.

L'expert a joint deux rapports d'examen électrophysiologique réalisés le 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 hémicorporels 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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 6 février 2001. En dépit de sa bonne volonté, sa reconversion auprès de l'employeur s'était révélée un échec. Les experts H\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ avaient noté à l'époque que si la capacité de travail était totalement recouvrée, les suites d'un TCC restaient imprévisibles et devaient être monitorées. Enfin, les experts de la PMU faisaient varier l'impact des troubles psychiques de 50% à 30% sur la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Ainsi, les divers médecins ayant examiné sa situation étaient unanimes à considérer que ses troubles étaient apparus à la suite de l'accident du 6 février 2001 et s'étaient aggravés avec celui du 10 juin 2003, de sorte que la causalité naturelle ne pouvait être niée. S'agissant de la causalité adéquate, si la réalisation d'une partie des critères dégagés par la jurisprudence pouvait être discutée concernant l'évènement du 6 février 2001, tel n'était pas le cas pour celui du 10 juin 2003.

Il a produit la décision de l'OAI, ainsi que le rapport d'expertise de la PMU, comportant les volets en médecine interne, neuropsychologie, ophtalmologie, orthopédie, neurologie, psychiatrie et rhumatologie. Il en ressort que les spécialistes ont retenu, à titre de diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail, un traumatisme de l'œil droit sévère avec une plaie cornéenne et une cataracte traumatique le 10 juin 2003 (avec des interventions en 2003, 2004, 2005 et 2012, un astigmatisme et une possible rétinopathie contusive), des omalgies droites depuis 2010 (avec une opération en 2015), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). Les experts ont

également retenu, à titre de diagnostics sans influence sur la capacité de travail, des gonalgies gauches (avec une arthroscopie en 2002 et en 2015), une entorse du genou droit en mars 2009 (avec une arthroscopie et une ménisectomie en 2009 et en 2010), un accident de la voie publique le 24 septembre 2010 avec une fracture du tiers distal de la diaphyse droite (traitée par enclouage avec une ablation du matériel d'ostéosynthèse le 11 avril 2013), et des lombo-fessalgies depuis l'accident de 2010. Les experts ont noté des limitations fonctionnelles sur les plans orthopédique et ophtalmologique, mais aucune restriction au niveau neurologique. Sur le plan neuropsychologique, ils ont indiqué que l'expertisé présentait un trouble de la mémoire de travail, un ralentissement et des signes de fléchissement exécutif. Au niveau psychique, étaient signalées des difficultés d'organisation, une labilité émotionnelle et une fatigabilité. Ils ont conclu que, d'un point de vue somatique, la capacité de travail était de 0% dans l'ancienne activité habituelle en raison des problèmes ophtalmologiques depuis le 10 juin 2003, et de 50% dans une activité adaptée en raison des limitations neuropsychologiques mises en évidence depuis novembre 2001. De mai 2015 à janvier 2016, en raison de l'aggravation de l'état psychique, la capacité résiduelle avait été temporairement nulle, mais elle était estimée à 30% depuis février 2016, dans une activité adaptée aux limitations rhumato-orthopédiques et ophtalmologiques.

**b.** Dans un avis du 19 juillet 2021, le Dr F\_\_\_\_\_ a considéré que le rapport d'expertise du 14 juin 2016 ne permettait pas de remettre en question la teneur de la décision relative à l'accident du 6 février 2001. En effet, à l'époque, le *statu quo* avait été posé suite à l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_, et n'avait pas été contesté. S'agissant des suites de l'accident du 10 juin 2003, il a rappelé qu'une capacité de travail de 100% avait été retenue dans un poste adapté, soit une activité sans exposition à la poussière et sans vision stéréoscopique. Enfin, s'agissant des troubles psychiatriques, il avait été constaté une éventuelle atteinte anxio-dépressive dans le cadre d'un patient colérique, mais la causalité naturelle n'avait jamais été donnée pour un problème psychiatrique. Dans ces conditions, la mise en œuvre d'une expertise ne se justifiait pas.

**c.** Par décision du 26 juillet 2021, l'assureur a conclu que les conditions d'une rechute ou d'une séquelle tardive n'étaient pas réunies. S'agissant des troubles ophtalmologiques, l'assuré avait repris le travail à temps complet en 2006, dans une activité adaptée à ses limitations auprès de son employeur. La reprise du travail s'était alors faite sans particularité et, même après une comparaison des revenus avec un gain d'invalidité statistique, il n'existait pas de droit ouvert à une rente d'invalidité, comme mentionné dans la décision sur opposition du 30 juin 2008. Le Dr F\_\_\_\_\_ avait considéré que l'atteinte à l'œil droit n'avait pas évolué depuis 2003 et que l'état de santé était stabilisé. Ainsi, pour les seules suites de l'accident du 10 juin 2003, la capacité de travail exigible était toujours restée entière dans un poste adapté aux limitations. Sur le plan psychiatrique, le dossier

médical lié au sinistre de 2003 ne rapportait pas de plainte en relation avec ces troubles et le médecin-conseil avait estimé qu'une éventuelle atteinte anxio-dépressive n'avait jamais été retenue comme facteur aggravant. Se référant encore au rapport d'expertise de la PMU, le Dr F\_\_\_\_\_ avait relevé que les symptômes psychiques étaient apparus peu de temps après un nouvel accident de scooter le 24 septembre 2010, avant de devenir invalidants dès 2013. En conclusion, sur le plan somatique (œil droit), il n'existait pas de preuve objective, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'une rechute ou d'une aggravation des troubles. Sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas de lien de causalité naturelle, au degré de la vraisemblance prépondérante, entre les seules suites de l'accident du 10 juin 2003 et les troubles présentés.

**d.** Le 8 septembre 2021, l'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision. S'agissant de l'accident du 10 juin 2003, son employeur avait adapté son poste de travail autant que possible, ce qui lui avait permis de maintenir son activité. Cette reprise était toutefois aléatoire, compte tenu des types de travaux effectués par l'employeur. La perte d'un emploi spécialement adapté à une victime d'un accident constituait un changement important de circonstance propre à influencer le degré d'invalidité, de sorte que les conditions de la révision étaient données. Par ailleurs, la décision contestée ne faisait pas état de l'annonce de rechute/séquelle tardive de l'évènement du 6 février 2001, ce qui constituait une violation de son droit d'être entendu et de l'obligation d'instruire la demande. Enfin, les troubles psychiques étaient documentés depuis l'évènement du 6 février 2001 et s'étaient par ailleurs aggravés avec celui du 10 juin 2003.

L'assuré a notamment annexé des notes de l'assureur relatives à des entretiens téléphoniques que celui-ci avait eus en 2006 avec l'assuré, respectivement avec l'employeur, concernant la reprise d'une activité adaptée.

**e.** Sur demande de l'assureur, l'OAI lui a transmis une copie de son dossier, dont une expertise pluridisciplinaire réalisée par le K\_\_\_\_\_, le 14 février 2022. Les experts ont conclu que la capacité de travail avait toujours été de 100% du point de vue de la médecine interne, que l'incapacité de travail antérieure de 70% pour des motifs psychiatriques avait évolué pour laisser place à une capacité de travail de 100% depuis le mois d'avril 2018, que la capacité de travail était de 80% depuis le 18 octobre 2021 d'un point de vue neurologique, qu'elle avait selon toute vraisemblance toujours été de 100% dans une activité adaptée au niveau orthopédique, et qu'elle était de 100% d'un point de vue ophtalmologique depuis la dernière décision du 24 novembre 2016, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, hormis les périodes pré et post-opératoires dans la spécialisation avec une incapacité de travail totale pour trois à quatre semaines. L'évolution était quasi stable d'un point de vue ophtalmologique et les limitations fonctionnelles retenues par le Dr I\_\_\_\_\_ dans son expertise du 6 septembre 2005 étaient toujours d'actualité.

**f.** Invité le 18 juillet 2022 à se déterminer sur ce document, le Dr F\_\_\_\_\_ a considéré, s'agissant de l'accident du 10 juin 2003, que la situation ne s'était pas péjorée depuis l'expertise du 14 juin 2016. Concernant le rapport de causalité entre les troubles psychiatriques et les sinistres de 2001 et 2003, le rapport confirmait l'absence de lien et décrivait la pathologie comme non invalidante. Par conséquent, sur la base du rapport du K\_\_\_\_\_, en tenant compte uniquement de l'atteinte psychiatrique, la capacité de travail était totale.

**g.** Le 30 septembre 2022, l'assuré a contesté toute valeur probante au rapport du K\_\_\_\_\_, qui s'apparentait à une seconde opinion suite à l'expertise de la PMU, et relevé que le domaine de spécialisation du Dr F\_\_\_\_\_ n'était en rien lié à ses affections.

**h.** Le 12 juin 2023, le Dr F\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur un avis du SMR du 18 janvier 2023, aux termes duquel la problématique ophtalmologique était stable et le reste en amélioration, entraînant une suppression de la rente d'invalidité.

**i.** Par décision du 19 juin 2023, l'OAI a supprimé le droit à la rente de l'assuré. Il a notamment retenu que ce dernier avait présenté une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> avril 2018, avec toutefois une baisse de rendement de 20% dès le 18 octobre 2021. La perte de gain était insuffisante pour donner droit à une rente.

L'intéressé a recouru contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice(A/2631/2023). Le recours a été partiellement admis.

**j.** Par décision sur opposition du 21 juillet 2023, l'assureur a confirmé sa décision du 26 juillet 2021.

S'agissant du sinistre de 2001, sa décision sur opposition, entrée en force, fixait un *statu quo sine / ante* au 4 juin 2009. Il n'était dès lors pas possible d'annoncer de rechute ou des séquelles tardives pour un tel événement, dès lors que le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations avait cessé. Ceci dit, même s'il convenait d'analyser une éventuelle rechute ou des séquelles pour les troubles neurologiques et/ou psychiatriques liés à l'accident de 2001, les conditions ne seraient pas réalisées.

Il n'existait pas de lien de causalité naturelle entre la rechute annoncée le 24 juin 2021 et l'événement du 10 juin 2003, respectivement celui du 6 février 2001. Aucune pièce ne faisait état d'une aggravation neurologique, respectivement une rechute ou de séquelles tardives à ce sujet. Les dossiers des accidents de 2001 et de 2003 ne faisaient aucune référence, jusqu'à la clôture des cas, d'un trouble psychiatrique suite à ces événements. La première mention de tels troubles remontait à 2010 ou 2011, soit plus de neuf et de sept ans après les événements litigieux. Il ressortait de l'expertise du 14 février 2022 que l'assuré n'avait eu aucun suivi psychiatrique ou psychologique, ni traitement prescrit pour des troubles psychiques, jusqu'en 2015. Aucun document n'établissait un lien de causalité naturelle entre les troubles psychiatriques et les événements assurés.

Concernant les troubles ophtalmologiques liés à l'accident de 2003, aucune pièce n'attestait d'une aggravation, respectivement d'une rechute ou de séquelles tardives. Les expertises de 2016 et 2022 confirmaient les conclusions de celle réalisée en 2005 par le Dr I\_\_\_\_\_, sur laquelle était fondée la décision sur opposition du 30 juin 2008. Il n'y avait dès lors aucun élément médical nouveau permettant de remettre en cause ladite décision.

S'agissant de l'argumentation de l'assuré concernant la perte d'un emploi spécialement adapté, il était rappelé que l'exigence d'une activité adaptée à son état de santé avait déjà été relevée par le Dr I\_\_\_\_\_ et que cette question avait fait l'objet d'une décision sur opposition entrée en force. En outre, l'assuré avait continué à exercer son activité adaptée auprès du même employeur jusqu'à son accident de 2010.

La mise en place d'une expertise psychiatrique était inutile. Sur la base des expertises déjà réalisées, le Dr F\_\_\_\_\_ avait en effet conclu à l'absence de lien de causalité naturelle entre l'événement de 2003 et l'atteinte psychiatrique. Bien qu'il ne soit pas psychiatre, il disposait de suffisamment de connaissances médicales pour remarquer l'absence de soin psychiatrique avant 2010. L'assuré n'apportait aucun rapport contredisant la position du médecin-conseil et celle des experts. Partant, il avait refusé à raison la rechute annoncée pour l'événement de 2003, en l'absence de causalité naturelle entre l'atteinte actuelle et le sinistre. Il avait également nié à raison le devoir de prise en charge du sinistre de 2001, au motif que le *statu quo sine / ante* avait été déterminé par une décision sur opposition entrée en force de chose décidée.

Puisqu'un *statu quo sine / ante* avait été fixé pour l'accident du 6 février 2001, il n'était pas nécessaire d'analyser la causalité adéquate avec les troubles psychiques, ce d'autant plus que la causalité naturelle n'était pas réalisée non plus. Néanmoins, dans l'hypothèse où la causalité adéquate devait quand même être analysée pour les troubles psychiatriques, il y aurait lieu de retenir que l'accident de 2001 constituait au maximum un accident de gravité moyenne au sens strict. Aucun des critères mentionnés par la jurisprudence n'était réalisé pour la lésion à la tête, de sorte que la causalité adéquate n'était pas réalisée non plus.

S'agissant de l'accident de 2003, il constituait dans la pire des hypothèses un accident de gravité moyenne au sens strict, de sorte que trois des sept critères énumérés par la jurisprudence devaient être réalisés. En l'occurrence, seuls éventuellement deux critères pourraient être donnés, soit la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, ainsi que la durée du traitement médical, mais cela pouvait être discuté. En outre, aucun d'eux ne s'était manifesté de manière particulièrement marquante, de sorte que la causalité adéquate n'était pas donnée non plus.

- D.**    **a.** Par acte du 14 septembre 2023, l'assuré, représenté par son avocat, a saisi la chambre de céans d'un recours contre la décision précitée. Il a conclu, sous suite

de frais et dépens, à l'annulation de la décision entreprise et à ce qu'il soit dit qu'il pouvait prétendre à toutes les prestations légales de l'assureur-accidents correspondant à une perte de gain de 80%.

Suite au rapport d'expertise du 14 juin 2016 et à la décision de l'OAI du 6 septembre 2016 lui octroyant une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2011, sur la base d'un taux d'invalidité de 76%, il avait sollicité la « révision de la décision sur opposition du 30 juin 2008 », dans la mesure où il avait tenté de reprendre une activité professionnelle auprès de son précédent employeur, laquelle avait échoué. L'intimée avait rejeté cette « annonce de rechute » par décision, alors que l'expertise de la PMU démontrait que ses atteintes à la santé étaient liées aux accidents de 2001 et 2003.

**b.** Dans sa réponse du 14 novembre 2023, l'intimée s'en est rapporté à justice quant à la recevabilité du recours, qui n'était que très sommairement motivé, et a repris intégralement les motifs à l'appui de sa décision sur opposition. L'événement du 6 février 2001 ne concernait pas directement la procédure en question.

**c.** Par écriture du 31 janvier 2024, le recourant a sollicité la suspension de la cause dans l'attente de droit jugé dans celle n° A/2631/2023, laquelle était susceptible de rendre sans objet la présente cause. Une suspension permettrait en outre d'éviter des jugements contradictoires.

**d.** Le 13 février 2024, l'intimée s'est opposé à la suspension. Il n'était responsable que des suites de l'événement du 10 juin 2003, l'événement du 6 février 2001 étant entré en force de chose décidée. Or, toutes les expertises au dossier démontraient l'absence de causalité entre le sinistre de 2003 et les atteintes psychiatriques. S'agissant des atteintes somatiques, aucun élément ne montrait une aggravation, respectivement une rechute ou des séquelles tardives de l'atteinte ophtalmologique. Le recourant n'avait apporté aucun élément médical probant justifiant ladite suspension. Les deux dossiers concernaient des affections distinctes et il était difficile de comprendre l'argument selon lequel il existait un risque de jugements contradictoires.

## **EN DROIT**

### **1.**

**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.

**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).

**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.

## 2.

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

**2.2** Le 1<sup>er</sup> 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.

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.
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).

**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).

**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

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 prester 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).

**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 ;

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).

**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

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).

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 LPG), 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).

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).

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.

**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.

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

**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.

**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.

**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 :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie KOMAISKI

Joanna JODRY

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le