

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3434/2010

ATAS/129/2011

ARRET

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

du 8 février 2011

2ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Michael ANDERS

recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 6004 Lucerne

intimée

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Eugen MAGYARI,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant) né en 1958, est professeur de dessin au Département de l'instruction publique (ci-après DIP) et, à ce titre, assuré pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après SUVA).
2. En date du 10 avril 2003, le recourant a subi un traumatisme acoustique, dû à l'explosion d'un pétard près de l'oreille gauche. Dans un premier temps, il a continué de donner ses cours puis s'est trouvé en totale incapacité de travail à partir du mois de novembre 2003.
3. Le docteur L_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, a eu en consultation le recourant les 9 juillet et 2 septembre 2003. Dans son rapport du 8 septembre 2003, il explique que le recourant a développé des acouphènes des deux côtés, prédominant à gauche, et décrit une hypersensibilité aux bruits. L'examen des oreilles est normal, l'audiogramme tonal montre des seuils normaux à droite jusqu'à 8000 Hz et à gauche avec un hiatus de 30 Db à 6000 Hz et une élévation progressive des seuils au-delà de 8000 Hz comme à droite. En conclusion il s'agit d'un traumatisme acoustique pour lequel il n'y a aucun traitement, à l'exception de la sophrologie en raison de la gêne auditive. Par rapport à l'audiogramme réalisé à la clinique d' O.R.L., les seuils ont récupéré à droite alors qu'un hiatus auditif persiste à gauche.
4. Dans son rapport du 12 mars 2004, ce spécialiste indique que l'arrêt de travail est toujours en cours. Malgré un audiogramme actuellement normal, les oto-émissions et produits de distorsions restent un peu perturbés à gauche, ce qui pourrait correspondre aux séquelles du traumatisme vécu. La guérison n'est pas possible, mais une bonne gestion de l'acouphène peut être obtenue par la sophrologie.
5. Par décision du 11 juin 2004, la SUVA a refusé de prendre en charge le cas, au motif que l'incapacité de travail n'était pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 10 avril 2003. L'assuré a formé opposition le 7 juillet 2004.
6. Par pli du 24 juillet 2004, l'assuré a commenté le rapport du Dr L_____ et a précisé que ce n'étaient pas les acouphènes, mais son hypersensibilité douloureuse qui l'empêchait de reprendre une vie normale. Son médecin traitant a confirmé le 26 juillet 2004 que l'assuré souffrait d'un acouphène résiduel mais surtout d'une hyperacousie qui l'empêchait de donner un cours dans le bruit.

7. Selon le rapport médical du 7 décembre 2004 de la clinique d'oto-rhinolaryngologie de l'hôpital de Fribourg, l'audiogramme tonal montre des seuils dans la norme et il n'a pas de péjoration depuis l'examen du Dr L_____.
8. Suite à l'opposition du recourant, la SUVA a confirmé sa position, par une décision sur opposition du 18 mars 2005. La question de la causalité naturelle pouvait être laissée ouverte car la causalité adéquate devait en tous les cas être niée, s'agissant d'un accident moyennement grave et de troubles psychiques, en application de la jurisprudence du tribunal fédéral des assurances (ci-après TFA). Le traumatisme acoustique subi n'est pas nié, mais la SUVA considère que l'hypersensibilité aux bruits développée par le recourant s'apparente à des troubles psychiques, selon son médecin-conseil le docteur M_____.

La décision du 11 juin 2004 qui a refusé tout droit à des prestations d'assurance pour une incapacité de travail a ainsi été confirmée.

9. Dans son recours du 21 juin 2005, le recourant conclut à l'annulation de la décision, à ce que la SUVA prenne en charge les suites de l'accident du 10 avril 2003 avec suite de dépens. La conclusion principale est ainsi libellée : "Dire que la SUVA doit à Monsieur (...) toutes les prestations issues de la LAA en relation avec l'accident subi par ce dernier en date du 10 avril 2003".
10. Après le dépôt du mémoire réponse de la SUVA et une comparution personnelle, le Tribunal cantonal des assurances sociales a interrogé les médecins susmentionnés par plis du 31 octobre 2005.
11. Dans sa réponse du 6 décembre 2005, le Dr L_____ a expliqué qu'il n'existe aucune méthode permettant d'objectiver des lésions des cellules nerveuses auditives de l'oreille interne du vivant d'une personne. Au vu des tracés des oto-émissions acoustiques des deux oreilles, la différence pourrait provenir d'une destruction partielle des cellules ciliées externes comme conséquence du traumatisme acoustique, mais cela est très difficile à affirmer. Une totale incapacité de travail uniquement en raison de la présence d'acouphènes et d'une hypersensibilité aux bruits lui paraît difficile à admettre. L'état de santé lui paraît stabilisé à ce jour. Il est très difficile de parler de séquelles chez le recourant, vu les constatations cliniques. Une expertise psychiatrique pourrait être utile.
12. Dans sa réponse du 9 janvier 2006, le Docteur N_____ (pour l'hôpital de Fribourg) a indiqué qu'il n'y a pas de lésion objectivable des cellules nerveuses, que l'audiogramme est dans la norme, mis à part à 8000 Db à gauche où le seuil est élevé jusqu'à 30 Db. Par rapport aux audiogrammes effectués en 2003, l'audition est revenue à la normale. Il a ajouté que les acouphènes bilatéraux et l'hypersensibilité aux bruits sont en rapport direct avec le traumatisme acoustique subi, que ceux-ci peuvent justifier une incapacité de travail dans une profession fortement exposée au bruit, que l'état de santé est stabilisé à ce jour et que les séquelles sont le scotome

du point de vue auditif à 8000 hertz avec un seuil auditif élevé à 30 dB, les acouphènes invalidants et l'hypersensibilité au bruit.

13. Par ordonnance du 3 mars 2006, une expertise psychiatrique du recourant a été confiée au docteur §, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.
14. L'expert a reçu le recourant en consultation les 11 et 19 octobre 2006, et a rendu son rapport d'expertise psychiatrique le 8 novembre 2006. Après un rappel anamnestique, la relation des plaintes du recourant, les constatations objectives, l'expert a conclu à l'absence de tout diagnostic psychiatrique avec influence sur la capacité de travail. Aucun trouble psychique n'est relevé, la capacité de travail est de ce point de vue entière. Dans l'appréciation du cas, l'expert relève que le recourant ne présente pas de troubles de la personnalité, pas de troubles de type dépressif ou anxieux, pas de trouble somatoforme douloureux. Il n'y a pas de relation entre la problématique physique de l'assurée et un trouble psychique. Il n'y a pas de données anamnestiques ou d'éléments laissant penser à un trouble psychique antérieur à l'accident.
15. Par arrêt du 6 février 2007, le Tribunal a rejeté le recours. Il a retenu l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les acouphènes ainsi que l'hypersensibilité au bruit dont souffre le recourant, lien reconnu par les médecins, de façon catégorique par le Docteur N_____, et de façon plus nuancée par le Docteur L_____, qui admet un tel lien avec les acouphènes et explique que l'hypersensibilité au bruit peut découler de ceux-ci. Le tribunal a relevé que la SUVA l'avait elle-même admis, sur la base de l'avis de son médecin-conseil, puisqu'elle a pris en charge les frais jusqu'à fin juin 2004, mettant fin aux prestations au motif que le lien de causalité était rompu, considérant qu'un aspect psychique était prépondérant et sans lien avec l'accident. Cet argument devait être écarté, au vu des conclusions de l'expertise psychiatrique diligentée par le Tribunal de céans, qui revêtait toute valeur probante. Le Tribunal n'a pas retenu de lien de causalité adéquate, force étant de considérer qu'il n'est pas dans le cours ordinaire des choses que l'explosion d'un pétard produise, à long terme et à défaut d'atteinte objectivée, des acouphènes et une hypersensibilité au bruit. La totale incapacité de travail ne pouvait plus être considérée comme justifiée par l'accident du mois d'avril 2003 et l'origine psychique relevée par le Dr L_____ était écartée par l'expertise. Les troubles somatiques du recourant ne pouvaient en aucun cas justifier une telle incapacité de travail selon le Dr L_____. Quant au docteur N_____, il ne reconnaissait la possibilité d'une telle incapacité de travail que dans une profession fortement exposée au bruit. Ainsi et sans nier le caractère bruyant d'une classe d'adolescents, le Tribunal a estimé que l'on ne pouvait cependant comparer celle-ci au bruit d'un chantier avec marteau-piqueur ou au bruit de machines-outils dans une usine. Le Tribunal a encore relevé que la reprise d'une activité professionnelle était donc exigible du recourant, dès lors que le port de

protections spéciales anti-bruit était suggéré par le Dr L_____, et exigible du recourant.

16. Par arrêt du 1^{er} février 2008, le Tribunal fédéral a rejeté le recours de l'assuré (ATF 8C-87/2007). En préambule, le Tribunal fédéral a rappelé que la décision sur opposition litigieuse portait uniquement sur le refus de la SUVA d'allouer des prestations en espèce (indemnité journalière et éventuellement rente), de sorte que les conclusions tendant à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique (IPAI) étaient irrecevables. En substance, l'assuré faisait valoir que le bruit d'une classe est comparable à celui d'un avion de ligne au décollage, selon les éléments ressortant d'une étude danoise et diverses brochures de l'OMS, concernant le bruit d'une garderie, d'une crèche et d'une classe primaire. Selon le Tribunal fédéral, il est possible qu'à certains moments, le niveau sonore soit élevé (entrée et sortie des classes), mais l'intéressé peut alors aisément porter les protections spéciales préconisées par le Dr L_____, lequel admet la capacité de l'assuré d'exercer son activité de professeur de dessin dans un cycle d'orientation.
17. Par pli du 10 février 2010, l'avocat de l'assuré a sollicité de la SUVA qu'elle ouvre une instruction médicale au sujet d'une IPAI et d'une rente LAA.
18. Selon l'appréciation médicale du 22 avril 2010 du Dr M_____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie auprès de la SUVA, aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est due à l'assuré. Concernant le tinnitus subjectif, le médecin considère d'un point de vue ORL que l'existence d'un tinnitus d'origine traumatique devant être qualifié d'important est très improbable en l'absence d'une atteinte auditive objectivable. On doit donc supposer que l'assuré souffre d'un tinnitus (acouphène) subjectif moyennement grave à gauche, qui est certes également en relation de causalité avec l'accident susmentionné, mais qui ne peut pas être considéré comme important.
19. Par décision du 25 mai 2010, la SUVA, statuant sur la demande de révision de l'assuré du 10 février 2010, compte tenu du fait que le Tribunal fédéral s'est déjà prononcé sur le droit à une rente d'invalidité lors de son arrêt du 1^{er} février 2008, refuse de revenir sur la décision initiale, qui a déjà fait l'objet d'un jugement matériel. S'agissant de la demande d'IPAI, la SUVA refuse de l'octroyer, dès lors qu'il n'y a pas d'atteinte importante à l'intégrité physique dans le cas d'espèce.
20. Par pli du 30 juin 2010, l'assuré forme opposition à la décision précitée et conclut à son annulation. Il fait valoir, en premier lieu, que la décision n'est pas rendue suite à une demande de révision, mais sur la base d'un aspect du dossier qui n'a pas été traité, à savoir l'IPAI et la rente LAA. La précédente procédure jugée par l'arrêt du Tribunal fédéral du 1^{er} février 2008 ne concernait que les indemnités journalières. En second lieu, l'assuré conteste l'appréciation, s'agissant du caractère important et durable des lésions engendrées par le traumatisme acoustique. S'agissant de la rente

LAA, l'assuré fait valoir que sa caisse de pension lui a octroyé une rente provisoire d'invalidité de 100 % par décision du 21 avril 2010. Il produit à l'appui de son opposition la décision de la Caisse de prévoyance du personnel enseignant de l'instruction publique et des fonctionnaires de l'administration du canton de Genève (CIA) du 21 avril 2010 qui prolonge pendant une année le droit de l'assuré à une pension provisoire d'invalidité de 100 %, la condition figurant dans la prise de position du 19 novembre 2009 relative au suivi d'un traitement médical étant abandonnée, ainsi qu'une attestation médicale du 9 décembre 2009 de Monsieur François ROCH, sophrologue, qui atteste la participation de l'assuré à des séances de sophrologie depuis septembre 2003, en raison d'une hypersensibilité douloureuse aux bruits et des acouphènes, l'assuré étant très vulnérabilisé suite à ce traumatisme.

21. Par pli du 5 juillet 2010, le conseil de l'assuré transmet à la SUVA une attestation médicale du 28 juin 2010 des Drs N_____ et P_____, de la clinique d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôpital cantonal de Fribourg, lesquels attestent que l'état de l'audition de l'assuré met en évidence une audition conservée au niveau des fréquences graves et moyennes, une légère baisse auditive bilatérale asymétrique au niveau de la fréquence 8'000 Hz qui reste inchangée par rapport au dernier audiogramme tonal effectué dans la clinique en date du 9 janvier 2006. L'évolution des acouphènes bilatéraux reste inchangée et est de nature invalidante pour le patient.
22. Par décision sur opposition du 7 septembre 2010, la SUVA rejette l'opposition. S'agissant de l'IPAI, l'appréciation médicale du 22 avril 2010 du Dr M_____ indique qu'il n'existe pas d'atteinte auditive objectivable, l'audiogramme tonal réalisé en mars 2004 ayant révélé une ouïe normale des deux côtés, conforme à l'âge du patient. En l'absence d'une atteinte auditive, l'existence d'un acouphène important est très improbable, ce qui commande de retenir tout au plus un acouphène subjectif moyennement grave, à gauche, qui ne peut pas être considéré comme important.

L'arrêt du Tribunal fédéral du 1^{er} février 2008 retient de plus l'avis du Dr L_____, selon lequel il était difficile de parler de séquelles objectives de l'accident. Il ressort par ailleurs de la table SUVA n° 13 relative à l'atteinte à l'intégrité en cas de tinnitus que l'un des préalables audiologiques à l'appréciation d'une telle atteinte est une perte auditive démontrable. Or, une telle perte d'origine traumatique fait précisément défaut ici. Il ne suffit donc pas de qualifier les acouphènes subjectifs d'invalidants. L'avis du Dr M_____ ne laisse subsister aucun indice contre son bien-fondé, le dossier ne révèle et l'opposant n'apporte aucun avis médical motivé divergeant. L'existence d'une atteinte à l'intégrité importante résultant de l'accident assuré ne peut pas être établie au degré de la vraisemblance prépondérante exigée par la jurisprudence.

23. Par acte du 8 octobre 2010, l'assuré forme recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales, soit depuis le 1^{er} janvier 2011 la Cour de Justice, Chambre des assurances sociales, il conclut à l'annulation de la décision et la condamnation de la SUVA de verser à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle ainsi qu'à l'octroi d'une rente LAA en lien avec son invalidité, subsidiairement à condamner la SUVA à ouvrir une instruction médicale. L'assuré fait valoir que la précédente procédure n'a pas statué sur le droit à une IPAI ou une rente LAA, l'arrêt du Tribunal fédéral indiquant que l'objet du litige porte uniquement sur le refus d'allouer des prestations en espèce (indemnités journalières et éventuellement rente d'invalidité) pour l'incapacité de travail survenue à partir du 25 novembre 2003. Ainsi, les droits du recourant à une IPAI et à une rente LAA n'ont pas été éteints par l'arrêt du Tribunal fédéral.
24. Dans son mémoire de réponse du 1^{er} décembre 2010, la SUVA conclut au rejet du recours. S'agissant du droit à une rente d'invalidité, le recours est irrecevable, le Tribunal fédéral ayant définitivement statué sur le bien-fondé du refus de la SUVA d'accorder des prestations en espèce, soit des indemnités journalières ou une rente d'invalidité à l'assuré. En écartant toute incapacité de travail pour les suites naturelles et adéquates de l'accident assuré, le Tribunal fédéral a également écarté tout droit à une rente d'invalidité pour les mêmes suites d'accident, car celui qui n'est pas au moins partiellement incapable de travailler, ne saurait être reconnu invalide au sens de la LAA.
- S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle doit être évaluée d'après les constatations médicales et faire abstraction des effets particuliers ressentis par un individu donné et traduire une évaluation abstraite, médico-théorique, valable pour tous les assurés. La SUVA reprend la motivation exposée dans la décision sur opposition, s'agissant de l'appréciation médicale du Dr M_____. Le certificat médical du 28 juin 2010 établi par les Drs N_____ et P_____ n'apporte aucun élément médical déterminant, les conclusions de ces médecins étant superposables à celles retenues dans le rapport du 9 janvier 2006, connu du Dr M_____ lors de son appréciation.
25. La détermination de la SUVA a été transmise à l'assuré pour détermination.
26. Par pli du 24 décembre 2010, le conseil de l'assuré constate que la SUVA s'obstine à donner à l'arrêt fédéral du 1^{er} février 2008 une portée qu'il n'a pas, puisque la question de la rente est seulement posée à titre éventuel.
27. La cause a été gardée à juger le 10 janvier 2011.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la présente loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux, le présent recours est recevable (art. 106 LAA, 56 et 60 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle (IPAI) et une rente d'invalidité LAA, singulièrement si cet aspect a déjà été tranché définitivement.
5. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées 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). Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé

éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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, 402 consid. 4.3.1; ATF non publié du 22 octobre 2008, 8C_628/2007).

b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte la santé. Il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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 129 V 177 consid. 3.2 et la référence; ATF non publié du 22 octobre 2008, 8C_628/2007), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (cf. ATF 123 V 98 consid. 3 et les références).

c) Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). L'indemnité journalière de l'assurance-accidents n'est pas allouée lorsque l'assuré a droit à une indemnité correspondante de l'assurance-invalidité (al. 3).

Le droit au versement de telles indemnités suppose en outre, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3d, 139 consid. 3c, 122 V 416 consid. 2a et les références) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré.

A teneur de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité.

6. a) Si, par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant

maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), édicté conformément à cette délégation de compétence, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1^{ère} phrase).

b) La gravité de l'atteinte s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée en effet de manière abstraite, égale pour tous. En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents se distingue donc de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b, et les références; ATFA non publié du 30 juillet 2002, U 249/01).

c) L'annexe 3 à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA) comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b, 210 consid. 4a/bb et les références). Il représente une «règle générale» (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la SUVA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209, consid. 4 a/cc et 116 V 157 consid. 3a).

Selon la table 12 concernant la perturbation de l'ouïe, il faut que la diminution de celle-ci soit de 50% d'un côté ou de 35% des deux cotés pour ouvrir le droit à une IPAI de 5%.

Selon la table 13 relative à l'atteinte à la santé en cas de tinnitus (acouphènes), c'est sur la base des examens effectués, qui démontrent dans la plupart des cas une perte auditive, que le médecin peut confirmer ou non que les affirmations du patient sont plausibles et que les acouphènes sont à attribuer avec une forte probabilité à l'accident incriminé. Le degré de gravité doit s'appuyer sur l'anamnèse. Le tinnitus (acouphène) peut être léger, important ou très important. Il doit être important pour ouvrir le droit à une IPAI de 5%, ce qui est le cas lorsqu'il : est le plus souvent continu, uni ou bilatéral; d'intensité subjective marquée, même s'il est masqué par les bruits de la vie quotidienne; gêne le repos du patient et l'empêche de dormir; perturbe à un degré moyen et plus marqué par moments certaines activités calmes (lecture, écriture, écoute) et perturbe les activités nécessitant du calme. S'il est très important, il donne droit à une IPAI de 10%. Si une sensibilité anormale aux bruits vient s'y ajouter, ceci est à considérer comme un facteur aggravant.

d) Lorsqu'un tinnitus imputable à un accident est à l'origine d'une décompensation psychique, le Tribunal fédéral a jugé que la jurisprudence relative au caractère adéquat du rapport de causalité entre des troubles psychiques et un accident (ATF 115 V 133) n'était pas applicable et qu'il fallait, dans ces cas, s'en tenir à la formule habituelle relative au cours ordinaire des choses et à l'expérience générale de la vie.

En cas de tinnitus très important (ou très grave), voire à la limite du cas très grave, l'existence d'un rapport de causalité adéquat entre l'accident et la décompensation psychique doit en principe être admise (ATF non publié U 71/02 du 27 mars 2003; RAMA 2004 no U 505 p. 246). La gravité d'un tinnitus doit d'abord être évaluée selon les méthodes et critères d'évaluation indiqués à la table 13. Si le diagnostic d'un tinnitus «très important» (ou très grave) peut être posé, encore faut-il qu'il soit également établi par une expertise psychiatrique que la décompensation psychique constatée est la conséquence directe de ce tinnitus très important (ou très grave). Dans cette éventualité seulement, l'événement accidentel assuré est considéré comme la cause adéquate de cette décompensation psychique. Lorsque le tinnitus n'en constitue qu'une cause secondaire, c'est la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident qui est applicable pour l'examen de la causalité adéquate.

Si, l'expert arrive à la conclusion que le tinnitus dont souffre l'assuré se présente sous la forme d'un tinnitus «léger» ou «important» selon la table 13 de la CNA, il y aura également lieu d'appliquer la jurisprudence tirée de l'ATF 115 V 133 pour déterminer l'étendue de la prise en charge par l'assureur-accidents des troubles psychiques qui en résultent. En effet, le développement de troubles psychiques à la

suite d'un tinnitus léger ou important ne correspond pas au cours ordinaire des choses et de l'expérience de la vie, et que d'autres facteurs ont concouru à entraîner ou à favoriser le résultat tel qu'il s'est produit. Dans ces deux cas, le tinnitus apparaît comme une cause secondaire de l'affection psychique, ce qui justifie l'application des critères jurisprudentiels en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF non publié 8C_451/2009 du 18 août 2010, consid. 5.5).

7. a) Il y a autorité de chose jugée, du point de vue matériel, lorsque le litige a le même objet que celui sur lequel s'est déjà prononcée l'autorité judiciaire par un jugement passé en force. On ne saurait cependant parler d'identité de l'objet du litige, lorsque l'assuré fait valoir une modification ultérieure des faits par rapport au prononcé du jugement ou lorsqu'est entrée en vigueur une modification du droit qui justifie une appréciation juridique différente de la situation (ATF 98 V 174 consid. 2 p. 178). Ce principe se résume par l'adage latin « *ne bis in idem* » : les mêmes parties ne peuvent pas remettre en cause devant quelque juridiction que ce soit un litige tranché par l'autorité compétente avec force de chose jugée. Il a pour but d'assurer la sécurité du droit en empêchant que la régularité d'un acte constatée sur recours ou action soit indéfiniment remise en question et, partant, que le même contrôle soit mis en œuvre indéfiniment (MOOR, Droit administratif, volume II, Berne 2002, p. 324).

La jurisprudence considère que l'autorité de chose jugée ne s'attache qu'au seul dispositif de la décision ou du jugement et non à ses motifs (ATF 115 V 418 consid. 3b/aa, 113 V 159). Les constatations de fait du jugement et les considérants de celui-ci ne participent pas de la force matérielle. Ils n'ont aucun effet contraignant dans le cadre d'une procédure ultérieure (ATF 121 III 478 consid. 4a). Demeure réservée l'éventualité d'un renvoi aux motifs dans le dispositif : dans ce cas, la motivation à laquelle il est renvoyé acquiert force matérielle (ATF 113 V 159 ; ATFA non publié du 6 décembre 2006, I 857/05, consid. 2.1).

b) En vertu de l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, qui formalise un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 133 V 50 consid. 4.1).

Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies (ATFA non publié du 27 mars 2006, I 302/04, consid. 4.5).

Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était manifestement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision prise par l'administration (ATF 125 V 368 consid. 2 et les arrêts cités ; voir aussi ATF 112 V 371 consid. 2c). Lorsque le juge procède par substitution de motifs, cela implique qu'il procède à un double examen. En premier lieu, il doit se prononcer sur le caractère manifestement erroné de la décision initiale. S'il répond affirmativement à cette question, il doit alors examiner la situation existant au moment où la décision de révision de l'administration a été rendue, de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit (ATFA non publié du 17 août 2005, I 545/02, consid. 1.2).

c) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 126 V 322 consid. 5a).

8. Dans le cas d'espèce, le grief de l'assuré concernant la rente LAA est manifestement infondé. A teneur de la loi, les prestations pécuniaires dues en cas d'incapacité de travail sont les indemnités journalières et la rente d'invalidité. La décision initiale de la SUVA du 11 juin 2004 refusant de prendre en charge le cas à défaut de lien de causalité entre l'accident et l'incapacité de travail et, en conséquence, de verser toute les prestations d'assurance découlant d'une incapacité de travail a été définitivement confirmée par arrêt du Tribunal fédéral du 1^{er} février 2008. Cet arrêt concerne ainsi indubitablement le droit aux indemnités journalières et à la rente d'invalidité de la SUVA. Cela découle de la simple lecture de la loi. Cela est aussi confirmé par le texte de la décision sur opposition du 18 mars 2005 qui précise que tout droit à des prestations d'assurance pour une incapacité de travail est refusé et par la teneur de l'arrêt du Tribunal fédéral du 8 février 2007 qui rappelle que le litige porte uniquement sur le refus de la SUVA d'allouer des prestations en espèce (indemnité journalière et éventuellement rente), à l'exclusion de l'IPAI. L'argument du recourant concernant le terme "éventuellement" utilisé dans l'arrêt précité pour la rente est insoutenable: ce terme est indiqué du fait que l'octroi d'une rente n'a pas été examiné dans le détail au vu de l'absence de lien de causalité. L'argument est

d'autant plus étonnant que le conseil du recourant a expressément fait grief à la juridiction cantonale, dans son recours de droit public au Tribunal fédéral, d'avoir éludé la question de la rente LAA et de l'IPAI. Or, le Tribunal fédéral confirme que le refus de prestations dont il est saisi concerne les indemnités journalières et la rente, à l'exclusion de l'IPAI.

Ainsi, et en application de l'article 53 al. 2 LPGA, la SUVA ne peut pas reconsidérer la décision de refus d'indemnité journalière et de rente, dès lors qu'une autorité judiciaire s'est prononcée sur le fond de cet objet du litige. Par ailleurs, le recourant ne fait valoir aucun fait ou moyen de preuve nouveau et important qui ne pouvaient être produits auparavant et qui remettent en cause l'appréciation faite s'agissant du lien de causalité entre l'accident et l'incapacité de travail, au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA.

La décision de la SUVA est donc fondée sur ce point.

Au demeurant, la solution s'impose au regard de la systématique de la loi: l'octroi d'indemnités journalières et de rente LAA est conditionné à l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et l'incapacité de travail. Ainsi, à défaut d'incapacité de travail due à l'accident, l'assuré ne peut pas être reconnu invalide au sens de la LAA.

9. Le second grief de l'assuré concerne le refus de la SUVA de lui allouer une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle. Tous les documents médicaux produits concluent à une audition conservée, sous réserve d'une légère baisse du côté gauche, mais à 8000 Db seulement. Le certificat médical du 28 juin 2010 de l'hôpital de Fribourg n'y change rien, le résultat du test étant superposable à celui pratiqué en 2006, qui concluait que l'audition était revenue à la normale. Ainsi, l'assuré ne souffre d'aucune atteinte à son ouïe, qui est normale selon les constatations médicales, sans qu'il soit besoin de préciser que les minima de diminution d'audition de la table 12 ne sont de loin pas atteints. Ainsi, à défaut d'atteinte importante et durable de l'audition, l'octroi d'une IPAI à ce titre est exclue.

S'agissant des acouphènes, il faut relever, en premier lieu, qu'ils ne sont pas objectivés par une perte auditive ou une atteinte médicalement attestée. A l'opposé, le Dr L _____ a même précisé qu'il était difficile de parler de séquelles chez ce patient et que l'importance des plaintes était difficile à comprendre par rapport aux résultats des examens. Du point de vue de la perception de l'assuré, ce dernier a toujours affirmé que les acouphènes n'étaient pas la cause principale de son inconfort, qui était dû à son hypersensibilité aux bruits même de faible intensité. Aucun élément anamnestique ressortant des divers rapports médicaux ne permet de retenir que les acouphènes atteignent le degré de gravité suffisant, selon les divers critères établis par la table 13, pour ouvrir le droit à une IPAI. Au contraire, l'assuré ne se plaint pas d'être gêné par les acouphènes dans son sommeil ou lors d'une

activité silencieuse, mais de ne pas supporter divers bruits. C'est donc sur la base de l'ensemble des éléments médicaux du dossier que le Dr M_____ a estimé que l'assuré souffrait tout au plus d'un acouphène subjectif moyennement grave, insuffisant pour ouvrir le droit à une IPAI. Les effets particuliers ressentis subjectivement par l'assuré comme étant invalidants, outre qu'ils ne sont pas objectivés par une atteinte physique, ne sauraient être pris en considération pour l'octroi d'une IPAI selon la jurisprudence claire et constante du Tribunal fédéral, selon laquelle les facteurs subjectifs ne sont pas déterminants. A cet égard, l'hypermotilité ressentie ne peut pas, dans le cas d'espèce, être retenue comme un facteur aggravant, dès lors qu'elle existe même en présence de bruits de faible intensité (ventilateur, ordinateur, gaz sortant du brûleur de la cuisinière), alors que tous les spécialistes s'accordent à dire que seuls une exposition à des bruits forts peut justifier cette hyperacousie et en présence d'un tinnitus décompensé, soit de degré très grave.

Pour finir, la précédente procédure a permis d'établir que l'assuré ne souffre d'aucun trouble psychique, de sorte qu'il n'y a pas d'atteinte non plus à cet égard et que l'examen d'un éventuel lien de causalité entre la présence d'acouphènes et une décompensation psychique n'est ainsi pas nécessaire.

Il résulte de ce qui précède que l'assuré ne présente pas d'atteinte importante et durable à son intégrité physique ou psychique, de sorte que c'est à juste titre que la SUVA a refusé de lui octroyer une IPAI.

10. Mal fondé, le recours et rejeté.

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

Statuant

A 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

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

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