

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 octobre 2010

Présidence de M. JOMINI
Juges : Mme Thalmann et M. Gerber, juge suppléant
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

P. _____, à Aigle, recourant,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

**Art. 6 § 1 CEDH; art. 8 LPGA; art. 6 al. 1, 18 al. 1 et 24 al. 1 LAA;
annexe 3 OLAA**

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après: l'assuré) souffre d'une surdité bilatérale (sévère à gauche et profonde à droite) depuis sa naissance. Il a bénéficié de la part de Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud de mesures médicales jusqu'à sa majorité, d'appareillages acoustiques et d'une formation scolaire spéciale pour sourds. Il a mené à bien un apprentissage de monteur-électricien. Il a travaillé comme monteur-électricien chez C._____ jusqu'en 2001, a été placé à la J._____ entre 2002 et 2004 par N._____. Il travaillait à plein-temps auprès de l'entreprise K._____ SA depuis le 6 décembre 2004. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Suite à un test d'audiométrie réalisé en 1999 par le Dr U._____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie à Aigle, la perte d'audition de l'assuré oscillait entre 40 dB (à 250 Herz) et 70 dB à gauche et entre 80 dB et 95 dB à droite.

Le 3 mai 2005, alors qu'il se déplaçait dans le parking souterrain d'un chantier, l'assuré a été victime de l'explosion d'un gros pétard, qui a explosé à environ deux mètres derrière lui. Il a perdu connaissance quelques instants, le bruit ayant été amplifié par l'appareillage auditif qu'il portait. Lorsqu'il a repris connaissance, il n'entendait plus rien et a ressenti des vertiges. Il a appelé avec son téléphone portable le responsable du chantier qui l'a conduit au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après: CHUV).

L'assuré a porté plainte suite à cet événement. Selon le rapport de police du 4 mai 2005, il a déclaré avoir déjà eu des vertiges sur un chantier en 1997, vertiges qu'il associait à des variations d'altitude ou aux changements de pression.

Selon un rapport médical du 23 mai 2005 des Drs Z._____ et F._____, de l'unité d'oto-neurologie du CHUV, l'assuré a présenté suite à l'explosion du pétard un vertige rotatoire avec un acouphène très intense bilatéral et une très forte hypoacousie gauche. Lors du dernier examen, le 9 mai 2005, P._____ a fait valoir une amélioration, ne souffrant plus de vertiges mais plutôt d'un acouphène bilatéral avec toujours la sensation d'hypoacousie à gauche. Selon l'audiogramme tonal du 3 mai 2005, l'assuré souffrait d'une surdité de perception gauche avec des seuils entre 90 dB et 105 dB. Les Drs Z._____ et F._____ ont posé le diagnostic de surdité bilatérale ancienne appareillée à gauche depuis 1999 et une probable aggravation par traumatisme acoustique avec acouphène.

D'après un rapport médical du 11 mai 2005, le Dr B._____, psychiatre du service de psychiatrie du CHUV, a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) et une modification de la personnalité due à un trouble organique (F09).

Selon le rapport médical du 13 juin 2006 du Dr F._____, spécialiste en oto-rhinolaryngologie, la surdité sévère à gauche et profonde à droite était stable sur les deux examens audiométriques pratiqués après l'accident et compensée au dernier examen audiométrique disponible. Le Dr F._____ a diagnostiqué une probable aggravation de la surdité par traumatisme acoustique et acouphène.

D'après le rapport médical du Dr U._____, du 29 juin 2005, P._____ présentait suite à l'accident une forte aggravation de sa surdité gauche préexistante avec des bourdonnements d'oreille intenses. Lors de l'examen du 25 mai 2005, la surdité bilatérale était plus marquée à droite qu'à gauche, autour de 60 dB à gauche en plateau et de 90 dB en plateau à droite. Les tympons étaient en revanche intacts cliniquement. Le traitement de Sibelium (médicament contre les migraines) et de Nootropyl (médicament contre les vertiges ou un déficit pathologique cognitif et neurosensoriel chronique) est resté sans effet.

Selon le rapport de l'inspecteur de la CNA du 7 juillet 2005, les sifflements ressentis par l'assuré pouvaient durer entre deux minutes et parfois une demi-heure, provoquant des maux de tête. P._____ a souffert en 2001 de la maladie de Ménière, c'est-à-dire d'une affection due à une atteinte de l'oreille interne qui prend la forme d'épisodes imprévisibles et récurrents de vertige, qui s'accompagnent d'acouphènes et d'une baisse d'audition. Cette maladie l'a mis en incapacité totale de travail durant plus d'un an. Par la suite, la situation s'est un peu rétablie, mais l'intéressé a continué à mal supporter les milieux bruyants.

Suite à une expertise pré-appareillage le 19 juillet 2005, le Dr U._____ a relevé que le status ORL était en ordre. En audiométrie tonale, il a constaté une perte auditive de 80% à gauche et de 100% à droite.

Selon un rapport du Dr U._____ du 23 août 2005, l'assuré se plaignait encore d'une impression d'aggravation de sa surdité et de vertiges qui le handicapait passablement. Objectivement, il a constaté une aggravation initiale de la surdité de 5 à 10 dB à droite et de 10 à 15 dB à gauche, qui était revenue au stade initial lors du contrôle du 19 juillet 2005. Si l'adaptation d'une nouvelle audioprothèse était en cours à ce moment, aucun traitement médical n'a été attesté. Ce médecin a estimé que P._____ pouvait reprendre le travail à 50% dès le 25 juillet 2005, puis à 100% dès le 8 août 2005.

Le Dr T._____, spécialiste FMH en médecine générale à Ollon, a certifié une incapacité de travail dès le 25 juillet 2005 jusqu'au 30 septembre 2005. Selon un rapport médical du 16 septembre 2005, il a diagnostiqué une persistance de l'acouphène ainsi qu'une difficulté majeure d'adaptation avec troubles anxieux.

L'entreprise K._____ SA a résilié le contrat de travail de l'assuré pour le 30 novembre 2005.

Selon un rapport médical du 3 décembre 2005 du Dr T._____, P._____ souffrait de la persistance définitive d'un acouphène important ainsi que d'un trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse et dépressive. Il a attesté du suivi par l'intéressé d'un traitement par antidépresseur et anxiolytique.

Lors d'un téléphone à la CNA le 8 février 2006, l'assuré a déclaré souffrir de sifflements dans les oreilles, l'empêchant de dormir et le gênant fortement.

Selon un rapport du 9 février 2006 du Dr D._____, spécialiste FMH en oto-rhinolaryngologie de la section médecine du travail de la CNA, la perte auditive préalable à l'accident de l'assuré correspondait à une perte d'intégrité de 60%. Après l'accident, la diminution notable de l'audition correspondait à une perte d'intégrité de 65%, de sorte qu'un taux de 5% résultait de l'accident. S'agissant de l'incapacité de travail, ce médecin a estimé qu'une période d'environ un mois après l'accident était, en raison du traitement médicamenteux, à charge de l'assurance-accidents. Les éventuelles incapacités ultérieures de travail étaient avec une grande vraisemblance sans lien de causalité avec l'accident.

En date du 14 février 2006, la CNA a informé par lettre P._____ qu'elle mettait un terme à ses prestations (frais médicaux et indemnités journalières) au 15 août 2005, dès lors que selon le Dr D._____ le traumatisme subi justifiait une incapacité de travail d'environ un mois.

Selon un rapport médical du Dr Z._____, de l'unité d'oto-neurologie du CHUV, daté du 11 avril 2006, l'assuré souffrait d'une surdité congénitale bilatérale appareillée ainsi que d'un traumatisme acoustique le 3 mai 2005 ayant entraîné un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive et modification de la personnalité, un acouphène chronique perturbateur et un trouble fonctionnel de l'équilibre. L'examen oto-neurologique s'est avéré normal, sans évidence d'une atteinte vestibulaire organique. L'examen posturographique a révélé par

contre une perturbation du champ d'équilibre et du contrôle postural. Au vu du tableau clinique, l'intéressé présentait un acouphène chronique décompensé et un trouble fonctionnel de l'équilibre dans le contexte d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive consécutif à un traumatisme sonore en mai 2005. Du fait que P._____ avait été pris en charge sur le plan psychiatrique et était sous traitement médical (Xanax et Tranxilium), une nouvelle prise en charge à la consultation acouphène n'était pas impérative. L'évaluation de la capacité de travail était essentiellement du ressort du médecin psychiatre. Les vertiges et les troubles de l'équilibre pouvaient être améliorés par une physiothérapie vestibulaire psychomotrice.

En date du 28 avril 2006, la CNA a rendu une décision par laquelle elle a octroyé à l'assuré une indemnité de 5'340 fr. pour une atteinte à l'intégrité de 5% en raison de la diminution de l'audition. Par décision du même jour, la CNA a mis un terme aux prestations d'assurance avec effet au 28 février 2006 au motif que les troubles qui subsistaient encore avaient une cause psychique qui n'était pas dans un rapport de causalité adéquate avec l'accident du 3 mai 2005.

Selon un rapport médical du 17 mai 2006 du Dr T._____, les acouphènes bilatéraux persistaient tant dans leur intensité que dans leur permanence et étaient très perturbateurs, rendant difficile le port des appareils acoustiques et impossible une reprise du travail, en milieu bruyant tout au moins. Selon ce médecin, la persistance des acouphènes, de l'hypoacousie, des céphalées et des troubles du sommeil entraînaient des troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive.

En date du 18 mai 2006, P._____ a fait opposition à la décision du 28 avril 2006. Le 6 novembre 2006, la CNA l'a informé qu'elle reprenait le versement des prestations d'assurance au-delà du 28 février 2006, avec versement de l'indemnité journalière à compter du 1^{er} mars 2006.

Lors d'un entretien le 15 novembre 2006 avec un inspecteur de la CNA, P. _____ a déclaré ne pas avoir récupéré son équilibre malgré les séances de physiothérapies, ce qui l'empêchait de courir. Il a déclaré souffrir encore en permanence de forts sifflements dans les oreilles, ce qui perturbait fortement son sommeil. En raison de ces acouphènes, il n'osait pratiquement plus sortir de chez lui et passait par des moments d'angoisse. Le traitement psychiatrique avait été arrêté après six séances, car le Dr Q. _____, psychiatre FMH à Montreux, lui aurait dit qu'il ne pouvait plus rien faire pour lui, que le seul moyen d'améliorer la situation était de poursuivre la physiothérapie.

Selon un rapport médical du 25 janvier 2007 établi par le Dr Q. _____, l'assuré souffrait encore depuis son accident acoustique du 3 mai 2005 de troubles importants avec acouphènes, de perte d'équilibre, de maux de tête, de difficultés à se concentrer, d'une symptomatologie psychique réactionnelle à cette symptomatologie somatique. De l'avis de ce spécialiste, l'intéressé était incapable de travailler et ceci probablement pour une longue durée.

La CNA a, conjointement avec l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), organisé une expertise psychiatrique et en a chargé le Dr S. _____, spécialiste FMH en psychiatrie à Pully. Selon l'expertise du 1^{er} octobre 2007, les troubles psychiques étaient apparus de manière évidente à partir de 2001. Les troubles rattachés à la maladie de Ménière (pertes de connaissance avec vertiges) étaient indiscutablement déjà des troubles de conversion ou des troubles dissociatifs sans aucune origine traumatique ou somatique mais exclusivement psychologique; l'accident du 3 mai 2005 avait causé une frayeur anormale à l'expertisé et réactivé ses troubles. Ceux-ci se sont progressivement amplifiés pour des motifs totalement étrangers à l'accident. L'assuré s'est senti victime depuis sa naissance. Le fait que le juge d'instruction pénale ait rendu un avis de non-lieu le 29 juin 2005 suite au dépôt de plainte en raison de l'accident subi, que la CNA ait décidé de l'arrêt des prestations et que l'employeur l'ait licencié avaient tous été des

facteurs ayant amplifié le sentiment d'injustice et les troubles de l'expertisé.

Au cours du premier entretien effectué par l'expert, P. _____ n'avait manifesté à aucun moment la moindre gêne due aux acouphènes; suite aux questions de l'expert lors du second entretien, l'intéressé avait manifesté à plusieurs reprises des difficultés. Le Dr S. _____ a posé comme diagnostic un trouble dissociatif (F 44.6). Les plaintes de vertiges, de malaises et d'acouphènes n'avaient aucun substrat anatomo-pathopsychologique, mais étaient l'expression d'un trouble dissociatif. En revanche, cet expert n'a retenu ni le diagnostic d'épisode dépressif ni celui d'une modification durable de la personnalité. Selon lui, les troubles que présentait l'assuré étaient sans lien de causalité naturelle avec l'accident à proprement parler. Le pétard a provoqué une réaction de panique, voire une stupeur dissociative. Les troubles se sont amplifiés progressivement lorsque l'expertisé n'a pas été reconnu comme victime. Ces troubles sont apparus vraisemblablement en réaction à des facteurs de stress et à une absence de signes de reconnaissance. Le Dr S. _____ a douté qu'un traitement psychiatrique pût permettre une amélioration notable des troubles psychiques en raison du refus de l'expertisé d'admettre que ses troubles fussent d'origine psychique d'une part et de ses capacités très limitées de mentalisation d'autre part. De l'avis de l'expert, seul un traitement psychothérapeutique pouvait permettre une amélioration de l'état de santé, pour autant que l'assuré le décide de son plein gré.

D'un point de vue psychiatrique, le rendement de l'assuré a été considéré comme étant légèrement diminué par les troubles psychiques; de plus, l'assuré était très sensible aux facteurs de stress et pouvait être affecté par des exigences de rendement élevées. L'assuré devait pouvoir exercer son métier de monteur-électricien et travailler dans un premier temps à mi-temps, soit 50% par période de demi-journée. Cet horaire devait pouvoir progressivement être augmenté à 70% puis à terme à 100%, quoiqu'avec un rendement légèrement diminué. Il était évident que l'assuré devait, en raison de ses troubles, pouvoir travailler dans une ambiance peu bruyante et avec des exigences de rendement pas trop

élevées. Il était à craindre que la symptomatologie dissociative ne persistait et n'obère toute activité professionnelle future. Les seules limitations fonctionnelles tenaient à la surdité de l'assuré: ambiance de travail peu bruyante, attention à une communication orale toujours soutenue par la vision.

Par décision du 5 février 2008, la CNA a mis un terme avec effet au 15 février 2008 aux prestations d'assurance pour défaut de lien de causalité entre les troubles et l'accident assuré. Par acte du 3 mars 2008, P. _____ a fait opposition à cette décision. La caisse-maladie de ce dernier en a fait de même par acte du 28 mai 2008.

Dans son rapport médical du 25 juin 2008, le Dr D. _____ a constaté que l'acouphène de l'assuré n'avait pas été analysé de manière complète jusqu'alors. Il a déduit de l'absence d'informations jusqu'en 2006 sur l'évolution de l'acouphène que celui-ci n'était pas trop proéminent. S'agissant de l'évolution depuis son rapport précédent du 9 juin 2006, ce médecin a constaté que les rapports médicaux ne mentionnaient l'acouphène que de manière accessoire, tandis que les atteintes psychiques étaient prédominantes. Il a déduit de la remarque du Dr S. _____ selon laquelle l'assuré n'avait manifesté de gêne liée à l'acouphène seulement après des questions y relatives que cet acouphène était progressivement devenu secondaire ("ist im Verlaufe der Zeit in den Hintergrund getreten"). Le Dr D. _____ a qualifié l'acouphène de moyennement compensé et donc de grave au sens du tableau 13 des atteintes à l'intégrité. Cela justifiait l'octroi d'une indemnité supplémentaire pour atteinte à l'intégrité de 5%. En revanche les troubles de l'équilibre, n'ayant aucun substrat organique, n'étaient certainement pas des conséquences organiquement motivées de l'accident. Si un traumatisme acoustique d'une acuité relativement légère pouvait provoquer au début des troubles de l'équilibre, il ne conduisait en règle générale pas à des troubles persistants de l'équilibre ni à des atteintes objectivables et organiques du système de l'équilibre. En conclusion, ni les troubles psychiques ni les troubles de l'équilibre étaient des conséquences organiques du traumatisme acoustique aigu subi par l'assuré.

Dans un rapport complémentaire du 10 juillet 2008, le Dr D._____ a estimé que le traitement oto-rhinolaryngologique était certainement achevé, car aucune autre thérapie ne pouvait induire une modification déterminante de l'état de santé de l'assuré. Il a été d'avis que l'acouphène ne limitait la capacité de travail de l'assuré qu'en excluant les activités requérant de hautes exigences acoustiques, voire, suivant les cas, des activités impliquant du bruit. L'activité professionnelle de l'assuré comme monteur électricien pouvait être limitée voire exclue sur des chantiers en raison du bruit provoqué par les autres ouvriers; elle pouvait en revanche être exercée sans limitation dans un atelier.

Par décision sur opposition du 18 juillet 2008, la CNA a admis partiellement les oppositions et octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité complémentaire de 5%; elle a rejeté les oppositions pour le surplus. Se référant à la jurisprudence en matière de troubles après acouphène et de tinnitus, elle a nié la présence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 3 mai 2005 et les troubles psychiques présentés par l'assuré. S'agissant des troubles physiques, la CNA a relevé qu'il n'y avait pas de traitement permettant de s'attendre à une amélioration de l'état de santé de l'assuré et que ce dernier pouvait réaliser un revenu quasiment identique à celui obtenu avant l'accident, de sorte qu'il n'y avait pas de droit à une rente d'invalidité. Elle a ensuite retenu, pour les suites physiques de l'accident, le droit complémentaire de l'assuré à une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 5%.

B. Par acte du 9 septembre 2008, P._____ a recouru après du Tribunal cantonal des assurances contre la décision de la CNA du 18 juillet 2008.

C. Dans ses déterminations du 5 janvier 2009, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, retenant en particulier que c'était à juste titre qu'un terme avec effet au 15 février 2008 avait été mis au versement des prestations en faveur de l'assuré.

D. Par lettre du 26 janvier 2009 remise au tribunal, le médecin généraliste traitant du recourant, le Dr W._____, spécialiste FMH en médecine générale à Monthey, a déclaré qu'à son avis l'atteinte provoquée par l'acouphène devait être considérée comme très grave, voire grave car décompensée. Par lettre du 27 janvier 2009, le médecin traitant du recourant, la Dresse R._____, spécialiste en otorhinolaryngologie à Monthey, a communiqué au tribunal qu'à son avis l'acouphène dont souffre le recourant devait être considéré comme très grave, car il était décompensé sous forme d'une souffrance psychique de forte intensité.

Dans ses déterminations du 6 février 2009, l'autorité intimée a maintenu ses conclusions. Elle a relevé qu'en dehors de cas tout à fait exceptionnels, il n'était pas possible d'établir le caractère objectif d'un acouphène.

Par acte du 16 février 2009, le recourant a demandé "une ouverture d'audience".

E. Le dossier de la procédure de l'assurance-invalidité a été versé au dossier de la présente cause en date du 19 février 2009. Il en résulte notamment que, le 18 juillet 2005, P._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Par décision du 26 avril 2006, l'OAI a pris en charge deux appareils acoustiques conformément au niveau de déficience auditive 3.

En date du 20 novembre 2008, l'OAI a rendu une décision reconnaissant à l'assuré le droit à une rente entière dès le 1^{er} mai 2006, puis à une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2008. Cette décision a fixé le revenu sans invalidité à 62'749 fr. et le revenu d'invalidité, depuis le 1^{er} octobre 2007, à 28'237 fr. compte tenu d'un abattement de 10% résultant des limitations fonctionnelles liées au handicap et de la difficulté de l'assuré à retrouver une activité de 50%.

Le 3 décembre 2008, P._____ a recouru contre cette décision après du Tribunal cantonal des assurances. Par arrêt de ce jour, la Cour de céans rejette ce recours (cause AI 621/08).

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Dans son courrier du 16 février 2009, le recourant demande une audience, question qu'il convient d'examiner à titre préalable.

a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances doit être simple, rapide et, en règle générale, publique; si les circonstances le justifient, les parties peuvent être convoquées aux débats (art. 61 let. a et e LPGA). Aux termes de l'art. 30 al. 3 Cst. (Constitution fédérale du 18 avril 1999, RS 101), l'audience et le prononcé du jugement sont publics. La loi peut prévoir des exceptions. Cette disposition constitutionnelle ne confère pas au justiciable de droit à une audience

publique dans toutes les causes visées à l'art. 30 al. 1 Cst., c'est-à-dire celles qui donnent droit à un contrôle judiciaire. Elle se limite à garantir, lorsqu'il y a lieu de tenir une audience, que celle-ci se déroule publiquement, sauf exceptions prévues par la loi (ATF 128 I 290 c. 2; TF 9C_185/2009 du 19 août 2009 c. 2.2.3).

L'art. 6 § 1 CEDH (Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, RS 0.101) garantit à chacun le droit à un examen équitable et public de sa cause, englobant en principe le droit pour une partie de pouvoir être entendue oralement devant un tribunal lors d'une séance publique, pour autant qu'elle n'y ait pas explicitement ou implicitement renoncé. A cet égard, l'obligation d'organiser des débats publics suppose une demande, formulée de manière claire et indiscutable, de l'une des parties au procès; de simples requêtes de preuve, comme des demandes tendant à une comparution ou à une interrogation personnelle, à un interrogatoire des parties, à une audition de témoins ou à une inspection locale, ne suffisent pas pour fonder une semblable obligation. Saisi d'une demande tendant à l'organisation de débats, le juge cantonal doit en principe y donner suite. A titre exceptionnel, il peut y renoncer dans les cas énumérés à l'art. 6 § 1 deuxième phrase CEDH. En outre, en matière d'assurances sociales, il est admissible de refuser la tenue d'une audience publique malgré une requête expresse du justiciable quand il s'agit de questions hautement techniques ou pour tenir compte de l'exigence de la célérité du procès (ATF 136 I 279 c. 1; 122 V 47 c. 3 p. 53 et les références citées; TF 9C_185/2009 du 19 août 2009 c. 2.2.3).

b) En l'espèce, le recourant demande "une ouverture d'audience". Cette formulation n'est pas limpide, il n'est pas certain qu'il faille l'interpréter comme une demande d'être entendu dans le cadre d'une audience publique. On pourrait en effet comprendre aussi que le recourant requiert une ouverture de dossier ou un traitement effectif de sa cause. Dans la mesure où le recourant ne demande ni la mise en œuvre d'une expertise médicale ni l'audition des parties ou de témoins, la tenue d'une audience ne s'avère pas nécessaire, ce d'autant plus que, ainsi

qu'on le verra ci-après, il obtient gain de cause dans le présent litige. Dans ces conditions, on ne saurait interpréter la requête de l'assuré comme une demande non équivoque d'audience publique du tribunal au sens de l'art. 6 § 1 CEDH (pour des cas similaires: TF 9C_185/2009 du 19 août 2009 en part. c. 2.2.4; ATF 136 I 279 c. 1).

3. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement 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 évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 c. 3.1; 129 V 402 c. 4.3.1; 119 V 335 c. 1; 118 V 286 c. 1b et les références citées; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 c. 5.1).

Il n'est pas nécessaire 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 cette atteinte (ATF 129 V 177 c. 3.1; 129 V 402 c. 4.3.1; 119 V 335 c. 1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; cf. ATF 119 V 335 c. 2b/bb;). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 c. 3.1; 129 V 402 c. 4.3.1; 119 V 335 c. 1; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 c. 3.2; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 c. 5.1; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2ème éd., no 79 p. 865).

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 (ATF 129 V 402 consid. 4.3; 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées).

Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 c. 5.1 et les références citées; Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, no 80 p. 865).

4. a) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 c.

5.1; 125 V 251 c. 3a et les références citées; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 c. 3.2.2).

b) Enfin, d'une manière générale, dans le domaine particulier des assurances sociales, le juge doit, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, rendre son arrêt suivant le principe probatoire de la vraisemblance prépondérante, principe selon lequel la simple possibilité d'un état de fait donné ne suffit pas à satisfaire aux exigences de preuve, le juge devant plutôt s'en tenir à la présentation des faits qu'il considère comme la plus vraisemblable parmi toutes les possibilités du cours des événements (ATF 125 V 193 c. 2; 119 V 9 et les références citées).

5. a) Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte durable et importante à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Celle-ci est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (cf. art. 25 al. 1 LAA). L'annexe 3 à l'OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202) comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Ce barème — reconnu conforme à la loi — ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b).

Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). La division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Ces tables, qui ne constituent pas des règles de droit mais de simples indications ne liant pas le juge, sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA 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 (ATF 124 V 209 c. 4a/cc; TF 8C_451/2009 du 18 août 2010 c. 3.2).

b) Par ailleurs, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGa) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al.

1 LAA). Selon l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

6. a) Il est incontesté entre les parties que le recourant a subi le 3 mai 2005 un traumatisme acoustique accidentel et souffre d'un acouphène (tinnitus) lié à ce traumatisme. Selon la décision attaquée, cet acouphène doit être qualifié de grave, auquel correspond un taux d'atteinte à l'intégrité de 5%, d'après les critères définis à la table 13 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA applicable aux cas de tinnitus, car, conformément à l'avis médical du Dr D. _____ du 25 juin 2008, l'acouphène est moyennement décompensé. Le recourant soutient en revanche en substance, conformément à la position de ses médecins traitants (lettres des 26 janvier 2009 du Dr W. _____ et 27 janvier 2009 de la Dresse R. _____), que l'acouphène doit être qualifié de très grave, car décompensé, auquel correspond un taux d'atteinte à l'intégrité de 10%.

b) D'après la science médicale, un traumatisme sonore peut engendrer un tinnitus. Ce point est admis de longue date aussi bien par l'assurance-militaire que l'assurance-accidents obligatoire qui indemnisent l'atteinte à l'intégrité subie par un assuré en cas de tinnitus résultant d'un accident lorsque ce trouble présente un certain degré d'intensité et qu'on peut établir qu'il est durable (TF 8C_451/2009 du 18 août 2010 c. 5.1 et les références citées).

La table 13 de la CNA distingue trois catégories de tinnitus en fonction de leur gravité (TF 8C_451/2009 du 18 août 2010 c. 5.2):

Le tinnitus léger ou minime

-acouphène intermittent ou continu, uni- ou bilatéral;

-d'intensité subjective faible;

-n'influençant ni la vie quotidienne ni les activités professionnelles du patient.

Il s'agit d'un tinnitus quasi-totalement compensé, sans incidence personnelle notable, et peu gênant. Atteinte à l'intégrité = 0 %

Le tinnitus important

- est le plus souvent continu, uni- ou bilatéral,
- d'intensité subjective marquée, souvent masqué par les bruits ambiants de la vie quotidienne;
- gêne le repos du patient (empêchant souvent celui-ci de dormir);
- perturbe à un degré moyen ou plus marqué par moments certaines occupations (lecture, écriture, écoute etc...) ainsi que les activités nécessitant concentration et ambiance de calme.

Ce tinnitus n'est que partiellement compensé et représente une gêne personnelle de degré moyen. Atteinte à l'intégrité = 5 %

Tinnitus très important

- est continu, uni- ou bilatéral, avec gêne subjective très marquée, étant difficile voire très difficile à supporter;
- est rarement masqué par les bruits ambiants de la vie quotidienne;
- gêne régulièrement l'endormissement, voire est perçu durant le sommeil;
- perturbe de façon notable, de façon permanente ou discontinue, des activités telles la lecture, l'écriture, l'écoute etc...;
- prend subjectivement le pas sur une surdité coexistante ou sur d'autres handicaps.

C'est un tinnitus «décompensé», d'importance subjective considérable, très pénible. Atteinte à l'intégrité = 10 %

c) Quand bien même l'objectivation d'un tinnitus peut poser des problèmes, il apparaît néanmoins possible, par des méthodes d'investigations médicales, d'en vérifier la plausibilité, d'en apprécier le degré d'intensité et d'écarter l'implication d'autres facteurs que l'accident à son origine (voir les remarques introductives de la CNA figurant à la table 13). La CNA retient ainsi qu'une expertise médicale est indispensable pour procéder à l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité d'un assuré se plaignant d'un tinnitus à la suite d'un accident. Cette expertise doit comprendre des consultations répétées et des examens audiométriques complets tels un audiogramme tonal et une détermination tinnitométrique de l'intensité subjective, en dB, des acouphènes ainsi que de leur

fréquence. L'expert est appelé à poser son diagnostic sur la base des résultats obtenus et des données d'anamnèse, et à confirmer que les affirmations de l'assuré concernant le préjudice subi sont plausibles, que les acouphènes sont à attribuer avec une forte probabilité à l'événement assuré et qu'ils risquent vraisemblablement de persister toute la vie avec la même intensité (TF 8C_451/2009 du 18 août 2010 c. 5.3).

Il est permis de considérer que les critères et méthodes d'évaluation que l'on vient d'exposer - élaborés par la Division médicale de la CNA et approuvés par la Commission d'audiologie et d'expertise de la Société suisse d'ORL et de chirurgie cervico-faciale - permettent d'établir, au degré de la preuve requis en matière d'assurance sociale, si les symptômes présentés par un assuré sous la forme d'un tinnitus constituent une atteinte à la santé importante et durable résultant d'un accident au sens de l'art. 24 al. 1 LAA. De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral s'est d'ailleurs référé à la table 13 de la CNA pour statuer sur le droit d'un assuré à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en cas de tinnitus (TF 8C_451/2009 du 18 août 2010 c. 5.4 et les références citées)

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. Il a retenu qu'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 devait en principe être admise (TFA U 71/02 du 27 mars 2003; TFA U 116/03 du 6 octobre 2003). Cette manière de voir trouve sa justification dans les répercussions particulièrement marquées qu'un tinnitus qualifié de «très important» d'après la table 13 de la CNA est de nature à entraîner sur la qualité de vie d'un assuré.

Dans les arrêts précités, le Tribunal fédéral n'a cependant pas dit que le degré d'intensité du tinnitus devait s'apprécier à l'aune de la gravité de la décompensation psychique. La gravité d'un tinnitus doit d'abord être évaluée selon les méthodes et critères d'évaluation indiquées 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 (TFA U 71/02 du 27 mars 2003 consid. 6.2).

Si, au terme de l'instruction médicale, 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 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, la gêne dans la vie quotidienne d'un tinnitus léger ou même important est sensiblement moins intense que celle d'un tinnitus très important selon la définition qu'en donne la CNA dans ses tables. On doit donc admettre que 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 (TF 8C_451/2009 du 18 août 2010 c. 5.5 et les références citées).

7. a) En l'espèce, les troubles auditifs de la recourante n'ont pas fait l'objet d'une évaluation qui réponde aux exigences formulées à la

table 13. Les constatations figurant dans les rapports des médecins otorhinolaryngologues sont trop lacunaires pour évaluer la gravité de l'atteinte à l'intégrité subie pour ces troubles à l'aune de la jurisprudence précitée. L'existence de l'acouphène est corroborée par tous les médecins oto-rhinolaryngologues, mais son intensité n'a, au vu des différents rapports versés au dossier, pas fait l'objet d'une analyse en bonne et due forme.

Si les médecins traitants du recourant relèvent des "bourdonnements d'oreille intenses" (rapport du 29 juin 2005 du Dr U._____), un "traumatisme acoustique" avec "persistance de l'acouphène" (rapport du 16 septembre 2005 du Dr T._____), la "persistance définitive d'un acouphène important" (rapport du 3 décembre 2005 du Dr T._____), des acouphènes bilatéraux persistants tant dans leur intensité que dans leur permanence et "très perturbateurs" (rapport du 17 mai 2006 du Dr T._____), le Dr Z._____ signale simplement, dans son rapport médical du 11 avril 2006, que le recourant souffre d'un acouphène chronique perturbateur décompensé, sans quantifier l'intensité de l'acouphène ni le degré de décompensation.

Seul le Dr D._____ (dans son rapport du 25 juin 2008) s'est prononcé sur ces questions; il a toutefois fondé son appréciation non pas sur une expertise médicale avec détermination tinnitométrique de l'intensité subjective, en dB, des acouphènes ainsi que de leur fréquence, mais sur le fait que les rapports médicaux ne mettent pas en avant les acouphènes ainsi que sur l'expertise psychiatrique du Dr S._____, qui signalait l'absence de gêne du recourant pendant le premier entretien.

b) À ce sujet, l'expertise psychiatrique du Dr S._____ ne permet pas non plus d'évaluer le degré de décompensation d'acouphènes causés par l'accident assuré, car elle aboutit à la conclusion que les troubles psychiques sont la cause originaire des acouphènes. De l'avis de l'expert, les acouphènes n'ont, au même titre que les plaintes de vertiges et de malaises, aucun "substrat anatomo-patho-psychologique", mais sont l'expression du trouble dissociatif (F446) qu'il diagnostique. Un tel trouble

dissociatif est appelé “anesthésie dissociative et atteintes sensorielles” dans le CIM-10; il inclut la surdité psychogène et se caractérise par le fait que “les limites des territoires cutanés anesthésiés correspondent souvent plus aux conceptions personnelles du patient sur le fonctionnement du corps qu’à des connaissances médicales”.

Comme ce trouble dissociatif est antérieur à l’accident assuré, il a, d’après l’expert, simplement été réactivé par cet accident qui a causé une frayeur anormale à l’assuré, voire une stupeur dissociative; les troubles se sont en revanche amplifiés pour des motifs étrangers à l’accident. Selon le Dr S._____, les troubles que présente l’assuré sont sans lien de causalité naturelle avec l’accident. On relèvera en outre que les constatations du Dr Q._____ ne permettent pas davantage d’évaluer le degré de décompensation d’acouphènes causés par l’accident assuré.

c) La décision attaquée ne se prononce pas sur la contradiction entre les avis des médecins oto-rhinolaryngologues selon lesquels les acouphènes ont été causés par le traumatisme acoustique du 3 mai 2005 (causalité manifeste selon l’avis du 25 juin 2008 du Dr D._____) et l’avis contraire du Dr S._____ selon lequel il s’agit de l’expression d’un trouble psychique antérieur. Bien qu’elle reprenne le diagnostic posé par l’expert, la décision attaquée admet, du point de vue ORL et sans autre motivation, le lien de causalité naturelle entre l’accident et l’acouphène en tant que bruissement dans les oreilles.

Or, selon la table 13, une causalité des acouphènes non liée à l’accident doit avoir été exclue par des investigations audiométriques poussées. La constatation faite par le Dr D._____ dans son rapport médical du 25 juin 2008 selon laquelle l’acouphène de l’assuré n’a pas été analysé de manière complète jusqu’alors démontre que ces investigations audiométriques n’ont très vraisemblablement pas été faites.

8. En l’absence d’une expertise oto-rhino-laryngologique correspondant aux exigences générales énoncées par la CNA dans sa documentation (consid. 6b ci-dessus), il n’est donc pas possible de statuer

sur le droit du recourant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et il est également prématuré de se prononcer sur la rente d'invalidité de l'assuré en raison de l'accident (TF 8C_451/2009 du 18 août 2010 c. 6.2).

Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle procède à une instruction médicale complémentaire sur le degré de gravité du tinnitus présenté par le recourant et fixe à nouveau le taux de l'atteinte à l'intégrité. En fonction des conclusions auxquelles aura abouti l'expert, la CNA examinera ensuite la question du droit à la rente d'invalidité de l'assuré pour ses troubles psychiques conformément à la jurisprudence énoncée (c. 6d ci-dessus). Au besoin, elle ordonnera une instruction complémentaire au plan psychique. Après quoi, il lui appartiendra de rendre une nouvelle décision sur le droit de l'assuré aux prestations de l'assurance-accidents (indemnité pour atteinte à l'intégrité et rente d'invalidité).

9. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), l'arrêt est rendu sans frais. Le recourant, qui obtient en partie gain de cause sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition du 18 juillet 2008 de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée et la cause renvoyée à celle-ci pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
- III.** Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- P. _____
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :