

## VD\_FINDINFO AA 75/13 - 94/2014 vom 16. September 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-09-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AA\\_75\\_13\\_-\\_94\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_75_13_-_94_2014)

FR: VD\_FINDINFO AA 75/13 - 94/2014 du 16 septembre 2014

IT: VD\_FINDINFO AA 75/13 - 94/2014 del 16 settembre 2014

### Regeste

ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, TINNITUS, SURDITÉ, ACCIDENT DE GRAVITÉ MOYENNE, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, PRESTATION D'ASSURANCE{AA}, RENTE D'INVALIDITÉ, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, CAUSALITÉ ADÉQUATE, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES, FORCE PROBANTE | 18 LAA, 24 LAA, 6 al. 1 LAA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 16.09.2014 AA 75/13 - 94/2014

ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, TINNITUS, SURDITÉ, ACCIDENT DE GRAVITÉ MOYENNE, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, PRESTATION D'ASSURANCE{AA}, RENTE D'INVALIDITÉ, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, CAUSALITÉ ADÉQUATE, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES, FORCE PROBANTE | 18 LAA, 24 LAA, 6 al. 1 LAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 75/13 - 94/2014 ZA13.029617 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 16 septembre

2014 \_\_\_\_\_ Présidence de Mme Thalmann Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Gerber, juge suppléant Greffier : M. Germond \*\*\*\*\*

Cause pendante entre : M. \_\_\_\_\_, à Aigle, recourant, représenté par Me Anne-Sylvie Dupont, avocate à Lausanne, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne, intimée. \_\_\_\_\_ Art. 6 al. 1, 18ss et 24ss LAA E n f a i t : A.

M. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant) souffre d'une surdité bilatérale (sévère à gauche et profonde à droite) depuis sa naissance. Il a bénéficié de la part de l'assurance-invalidité 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 L. \_\_\_\_\_ électricité jusqu'en 2001, a été placé à la D. \_\_\_\_\_ entre 2002 et 2004 par R. \_\_\_\_\_ SA. Il travaillait à plein temps chez J. \_\_\_\_\_ 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 ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels. Selon un test d'audiométrie réalisé par le Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL) et chirurgie cervico-faciale, le 28 juillet 1999, la perte d'audition s'élevait à 40 dB (à 250 Herz), à 60 dB (à partir de 1000 Hz) et à 70 dB (à partir de 4000 Hz) à gauche et entre 80 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. Selon un rapport médical du 23 mai 2005 du Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste ORL, et du Dr V. \_\_\_\_\_, de l'unité d'oto-neurologie du CHUV, M. \_\_\_\_\_ 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, M. \_\_\_\_\_ a fait valoir une amélioration, qu'il ne souffrait 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, M. \_\_\_\_\_ souffrait d'une surdité de perception à gauche avec des seuils entre 90dB et 105 dB. Les Drs F. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ ont posé le diagnostic de surdité bilatérale ancienne appareillée à gauche depuis 1999 et une probable aggravation par traumatisme acoustique avec acouphène. L'examen montrait une surdité sévère à gauche et profonde à droite, stable sur les deux examens audiométriques pratiqués après l'événement traumatique mentionné. Au regard du dernier examen audiométrique disponible en date de 1999, l'atteinte auditive s'était significativement aggravée rendant probable une séquelle de traumatisme acoustique. D'après un rapport médical du 11 mai 2005, le Dr N. \_\_\_\_\_, 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). D'après le rapport médical du Dr A. \_\_\_\_\_, du 29 juin 2005, M. \_\_\_\_\_ a présenté 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 60dB à gauche en plateau et de 90 dB en plateau à droite. Les tympanes 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) était resté sans effet. Selon le rapport de l'inspecteur de la CNA du 7 juillet 2005, les sifflements pouvaient durer entre deux minutes et parfois une demi-heure, provoquant des maux de tête. L'assuré a souffert en 2001-2002 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'assuré a continué à mal supporter les milieux bruyants. Suite à une expertise pré-appareillage du 19 juillet 2005, le Dr A. \_\_\_\_\_ 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 A. \_\_\_\_\_ du 23 août 2005, M. \_\_\_\_\_ se plaignait encore d'une impression d'aggravation de sa surdité et de vertiges qui le handicapaient 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 le 19 juillet 2005. Si l'adaptation d'une nouvelle audioprothèse était en cours à ce moment, aucun traitement médical n'avait lieu. Le Dr A. \_\_\_\_\_ estimait que l'assuré pouvait reprendre le travail à 50 % dès le 25 juillet 2005, puis à 100 % dès le 8 août 2005. Le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, a certifié une incapacité totale de travail dès le 25 juillet 2005 jusqu'au 30 septembre 2005. Selon un rapport médical du 16 septembre 2005, le Dr X. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une persistance de l'acouphène ainsi qu'une difficulté majeure

d'adaptation avec troubles anxieux. L'entreprise J. \_\_\_\_\_ 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 X. \_\_\_\_\_, l'assuré souffrait de la persistance définitive d'un acouphène important ainsi que d'un trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse et dépressive. Il suivait un traitement par antidépresseur et anxiolytique. Lors d'un téléphone à la CNA en date du 8 février 2006, l'assuré a déclaré souffrir de sifflements dans les oreilles, qui l'empêchaient de dormir et le gênaient fortement. Selon un rapport du 9 février 2006 du Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie de la section médecine du travail de la CNA, la perte auditive préalable à l'accident 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 % était en relation de causalité avec l'accident. S'agissant de l'incapacité de travail, ce médecin estimait 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 M. \_\_\_\_\_ qu'elle mettait un terme à ses prestations (frais médicaux et indemnités journalières) au 15 août 2005. Selon un rapport médical du Dr F. \_\_\_\_\_ 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'audiogramme du 27 mars 2006 avait mis en évidence une surdité profonde bilatérale plus marquée à droite, avec seuils à 90 dB à 1000 Hz et 100 dB à 4000 Hz à gauche. 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'assuré 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 l'assuré 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 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 X. \_\_\_\_\_, 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. A son avis, c'était la persistance des acouphènes, de l'hypoacousie, des céphalées et des troubles du sommeil qui entraînaient des troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. En date du 18 mai 2006, M. \_\_\_\_\_ a fait opposition contre 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. Selon un rapport médical

du 15 août 2006 du Dr P. \_\_\_\_\_, psychiatre, M. \_\_\_\_\_ souffrait de sifflements, de vertiges avec perte d'équilibre, d'acouphènes et d'une baisse de son acuité auditive. Il a entrepris de la physiothérapie depuis mai 2006 pour se soulager de ses acouphènes. Il n'y a pas eu d'amélioration. En plus de ses troubles somatiques, M. \_\_\_\_\_ présentait des difficultés psychiques sous forme d'anxiété généralisée, de découragement avec perte de confiance, idées noires et suicidaires. Il était inapte à travailler et à profiter d'une réadaptation professionnelle. Lors d'un entretien le 15 novembre 2006 avec un inspecteur de la CNA, M. \_\_\_\_\_ a déclaré ne pas avoir récupéré son équilibre malgré les séances de physiothérapie, 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 P. \_\_\_\_\_, psychiatre à [...], 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 P. \_\_\_\_\_, 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, il 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 K. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie. Selon l'expertise du 1<sup>er</sup> octobre 2007 du Dr K. \_\_\_\_\_, 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 qui n'avaient aucune origine traumatique ou somatique mais exclusivement psychologique; l'accident du 3 mai 2005 avait causé une frayeur anormale à l'expertisé et avait réactivé ces troubles. Ceux-ci s'étaient 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 ait rendu un avis de non-lieu le 29 juin 2005 suite au dépôt de la 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 qui avaient amplifié le sentiment d'injustice et les troubles de l'expertisé. Au cours du premier entretien avec l'expert, M. \_\_\_\_\_ 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 K. \_\_\_\_\_ a posé comme diagnostic un trouble dissociatif (F 44.6). Les plaintes de vertiges, de malaises et d'acouphènes n'avaient aucun substrat anatomo-patho-psychologique, mais étaient l'expression d'un trouble dissociatif. En revanche, cet expert n'avait 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 avait provoqué une réaction de panique, voire une stupeur dissociative. Les troubles s'étaient amplifiés progressivement lorsque l'expertisé n'avait pas été reconnu comme victime. Ces troubles étaient apparus vraisemblablement en réaction à des facteurs de stress et à une absence de signes de reconnaissance. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a douté qu'un traitement psychiatrique puisse permettre une amélioration notable des troubles psychiques en raison du refus de M. \_\_\_\_\_ d'admettre que ses troubles soient d'origine psychique et de ses

capacités très limitées de mentalisation. Du point de vue 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 était 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 persiste 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, M. \_\_\_\_\_ a fait opposition à la décision du 5 février. Par acte du 28 mai 2008, la caisse maladie B. \_\_\_\_\_ a fait également opposition à la décision du 5 février 2008. Dans son rapport médical du 25 juin 2008 le Dr Q. \_\_\_\_\_ 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 prééminent. 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 K. \_\_\_\_\_ selon laquelle l'assuré n'avait pas manifesté de gêne liée à l'acouphène seulement après des questions y relatives que cet acouphène est progressivement devenu secondaire ("ist im Verlaufe der Zeit in den Hintergrund getreten"). Le Dr Q. \_\_\_\_\_ 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 n'étaient des conséquences organiques du traumatisme acoustique aigu subi par l'assuré. Dans un rapport complémentaire du 10 juillet 2008, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a estimé que le traitement oto-rhino-laryngologique était certainement achevé, car aucune autre thérapie ne pouvait induire une modification déterminante de l'état de santé de l'assuré. Il était 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 arrêt du 13 octobre 2010 communiqué aux parties le 14 janvier 2011 (CASSO AA 90/08 – 3/2011), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours, annulé la décision sur opposition du 18 juillet 2008 et renvoyé la cause à la CNA pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a estimé que les troubles auditifs du recourant n'avaient pas fait l'objet d'une évaluation qui réponde aux exigences formulées à la table 13 de la CNA. Les constatations figurant dans les rapports des médecins oto-rhino-laryngologues étaient trop lacunaires pour évaluer la gravité de l'atteinte à l'intégrité subie pour ces troubles à l'aune de la jurisprudence. L'existence de l'acouphène était corroborée par tous les médecins oto-rhino-laryngologues, mais son intensité n'avait, au vu des différents rapports versés au dossier, pas fait l'objet d'une analyse en bonne et due forme.

C. Le 15 septembre 2011, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste ORL, de la section médecine du travail de la CNA, a pris position sur le jugement du 13 octobre 2010. S'agissant du tinnitus, il a estimé qu'une objectivation n'était pas possible chez l'assuré dont la perte d'audition était de 100 % aux deux oreilles. Lorsque la perte d'audition est très élevée, le diagnostic du tinnitus se limite à retenir les indications subjectives émises spontanément par la personne concernée, à l'interroger sur les valeurs de perturbation et de gêne ainsi que sur le taux d'atteinte et leurs effets dans le domaine psychique. Concernant la perte d'audition, le Dr T. \_\_\_\_\_ a rapporté cinq audiogrammes marquant l'évolution de la perte d'audition: alors que la perte était déjà totale à droite le 2 janvier 1999, elle s'élevait à 72% à gauche, puis à 80% le 12 mai 2005 et le 19 juillet 2005, puis a augmenté à 97% le 28 septembre 2006 et à 100% le 2 avril 2007. Il ressortait des rapports médicaux que l'assuré souffrait d'une déficience auditive neurosensorielle bilatérale, congénitale et progressive qui était si avancée qu'elle confinait à la surdité. La progression de la perte auditive n'était pas une conséquence de l'accident, mais traduisait avec une vraisemblance largement prépondérante l'évolution naturelle de l'atteinte des oreilles internes. Selon l'expérience clinique et pratique, les pertes d'audition chez une partie des personnes souffrant d'une telle atteinte ne se déroulent pas seulement de manière continue, mais elles peuvent prendre la forme de dégradations subites épisodiques (avec ou sans rétablissement ultérieur complet ou partiel). Lorsque ces dégradations subites sont accompagnées de plaintes de vertiges, cela conduit à la trilogie typique de la perte auditive, du tinnitus et de vertige qui est typique pour le Morbus ménière. Du rapport du 7 juillet 2005, il ressortait que l'assuré avait subi à maintes reprises de tels épisodes en 2001 et 2002. Il en découlait que l'assuré avait subi déjà avant l'événement du 3 mai 2005 des dégradations marquées et épisodiques de l'audition qui étaient accompagnées de bruits dans l'oreille et de vertiges. Le tableau clinique était tel que cela avait entraîné une incapacité de travail pendant plus d'une année. L'ensemble de la symptomatologie avait donc commencé avant l'accident. Celui-ci n'avait entraîné qu'une dégradation temporaire, car le statu quo ante était à nouveau atteint deux mois et demi après.

D. La CNA a mandaté le professeur Z. \_\_\_\_\_, médecin-chef en audiologie à la Clinique universitaire ORL de l'Hôpital de [...] à [...], de réaliser une expertise médicale. Le 7 décembre 2011, le nom de l'expert a été

communiqué à l'assuré. Le 27 décembre 2011, la CNA lui a aussi communiqué la liste des questions soumises à l'expert. Selon l'expertise datée du 4 avril 2012, l'assuré souffrait d'une perte d'audition cochléaire marquée aux deux oreilles. Il existait néanmoins une suspicion d'exagération, à savoir que les seuils d'audition indiqués à l'audiométrie tonale étaient plus mauvais que ceux observés sur le plan purement organique, notamment au niveau de l'oreille gauche. Pour renforcer la suspicion d'exagération ou au minimum d'objectiver le seuil réel d'audition dans une plage de fréquence définie, la mesure des potentiels auditifs devrait être réitérée avec des conditions de mesure bonnes à très bonnes. Au vu de l'agitation relativement importante observée chez l'assuré, cet examen devrait certainement être réalisé sous anesthésie, afin d'obtenir des résultats suffisamment fiables et parlants. L'évolution des troubles de l'audition entre 1999 et 2012 montrait une dégradation relativement importante en 2006. Or, une aggravation si longtemps après un traumatisme acoustique ne constituait probablement pas une conséquence de l'accident. L'atteinte auditive ne résultait ainsi pas avec une vraisemblance prépondérante de l'accident. S'agissant en particulier de la tinnitométrie, l'assuré avait entendu les sons de comparaison, qui étaient de 15 à 20 dB moins forts que le seuil d'audition à la même fréquence. L'acouphène était décrit de façon convaincante par l'assuré. De même la légère différence de fréquence entre l'oreille gauche et la droite revenait constamment et était convaincante. En cas de troubles auditifs étendus, la présence d'acouphène était également très fréquente sans traumatisme acoustique complémentaire et sa prévalence pouvait atteindre 70%. Toutefois l'acouphène pouvait tout à fait avoir été déclenché par le traumatisme acoustique et ce même si aucune dégradation (voire aucune dégradation notable) de l'audition n'était relevée. Cette hypothèse semblait convaincante à l'expert. Le tinnitus pouvait ainsi être considéré avec une vraisemblance prépondérante comme une conséquence de l'accident. Sur la base des données de l'anamnèse, le tinnitus était soit grave, soit très grave. Il était en revanche impossible à l'expert d'évaluer cette gravité de l'acouphène dans la situation de l'assuré. Le volume de l'acouphène ne constituait pas un paramètre fiable de la gravité de l'atteinte. L'acouphène de l'assuré n'était pas objectivable, comme dans la plupart des cas. Un questionnaire structuré sur l'acouphène aurait pu apporter une aide certaine quoique limitée, mais l'assuré n'a pas été en mesure de le remplir; l'assuré avait en effet répondu à la première question du questionnaire sur l'acouphène, puis il avait précisé que cela était trop difficile et qu'il ne pouvait pas répondre aux questions du questionnaire, l'acouphène étant parfois comme ça, parfois autrement. Certains points plaidaient en faveur d'un acouphène très grave tandis que d'autres permettaient de douter de la présence d'un acouphène très grave. Le taux d'atteinte à l'intégrité à cause du tinnitus s'élevait selon la table 13 de la CNA à 5 ou 10 % selon qu'il s'agissait d'un tinnitus grave ou très grave. E. Par décision du 2 mai 2013, la CNA a clos le cas avec effet au 15 février 2008 au soir en mettant fin aux prestations d'assurance. En l'absence de séquelles adéquates d'accident, elle a refusé d'allouer des prestations en espèces supplémentaires sous forme d'une rente d'invalidité ou d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI). Elle estimait que les troubles dont l'assuré se plaignait après le 15 février 2008 ne pouvaient plus s'expliquer, organiquement, comme étant des séquelles de l'accident du 3 mai 2005. F. Par courrier du 25 mai 2013, la Dresse S. \_\_\_\_\_, spécialiste ORL et médecin traitant de l'assuré, a déclaré, en se fondant sur le rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 11 avril 2006, que l'assuré souffrait d'un acouphène qui était décompensé sous forme d'une souffrance psychique de forte intensité et qui pouvait être considéré comme très grave. En date de son courrier, les acouphènes étaient encore présents et ne s'étaient pas améliorés. Par lettre du 31 mai 2013,

l'assuré a fait opposition contre la décision du 2 mai 2013. Il faisait valoir notamment que ses acouphènes n'avaient pas diminué et le faisaient beaucoup souffrir. Par décision sur opposition du 14 juin 2013, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 2 mai 2013. Même si l'acouphène était dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident vu l'expertise, la causalité adéquate devait être niée au regard de l'arrêt de principe du 3 mai 2012 du Tribunal fédéral (TF 8C\_498/2011 en partie publié aux ATF 138 V 248) selon lequel, en présence d'un tinnitus qu'aucun moyen de preuve ne permet de rapporter à une cause organique l'évaluation de la causalité adéquate doit se fonder sur les principes développés en matière de troubles psychiques après un accident. En l'espèce, il s'agirait d'un accident de gravité moyenne n'étant pas à la limite supérieure avec les accidents graves. Or, seul le critère des douleurs persistantes pourrait éventuellement être rempli. G. Par courrier du 8 juillet 2013, M. \_\_\_\_\_ a fait recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision sur opposition du 14 juin 2013. Sans présenter de conclusions formelles, il a fait valoir que ses acouphènes n'avaient pas diminué, le faisaient beaucoup souffrir et le fatiguaient énormément, l'obligeant à beaucoup se reposer. Dans sa réponse du 20 août 2013, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Dans sa réplique du 11 octobre 2013, le conseil juridique nouvellement constitué, Me Anne-Sylvie Dupont, a conclu sous suite de dépens à ce que la CNA soit condamnée à verser au recourant toutes les prestations légales, aux dires de Justice, pour les suites de l'accident du 3 mai 2005. A titre de mesure d'instruction, il a demandé l'ordonnancement d'une expertise pluridisciplinaire (ORL, neurologique et psychiatrique) et en particulier, que l'expert psychiatre se détermine sur le degré de gravité de l'atteinte, en vue de la fixation de l'IPAI. Il a contesté par ailleurs l'applicabilité de la jurisprudence parue à l'ATF 138 V 248 à un cas antérieur à ce changement de jurisprudence. Dans sa duplique du 28 octobre 2013, la CNA a renoncé à se déterminer en bonne et due forme, estimant que le recourant ne faisait valoir aucun élément nouveau. Elle a demandé le rejet de la requête d'ordonnancement d'une expertise pluridisciplinaire. Par courrier du 31 mars 2014, le recourant a déclaré renoncer à déposer des déterminations complémentaires. E n d r o i t : 1. a) Selon l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA, RS 832.20), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve des exceptions expressément prévues. L'art. 56 al. 1 LPGA prévoit que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours. Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, la décision, rendue dans le cadre d'une procédure d'opposition, était donc susceptible de recours auprès de l'autorité vaudoise compétente. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 let. a LPA-VD). c) Le recours a été interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente. Eu égard aux déterminations du 11 octobre 2013, le recours satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme. 2. Le recourant demande l'ordonnancement d'une expertise pluridisciplinaire, ce que l'assureur intimé conteste. 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 consid. 5.1, 125 V 251 consid. 3.a et les références citées; TF 9C\_104/2014 du 30 mai 2014, consid. 4.1 et 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1 ; RAMA 2000, KV 124 p. 214). b) Le recourant fait valoir contre l'expertise du professeur Z.\_\_\_\_\_ que celui-ci a qualifié des mesures réalisées par le Dr A.\_\_\_\_\_ le 29 novembre 2005 comme étant «des données pas totalement explicites» sans motiver cette qualification. Dans la version allemande originale de l'expertise, il est précisé que ce qui n'est pas explicite, c'est la date de l'analyse. Or, dans le dossier de la CNA, le document portant la date du 29 novembre 2005 est un document transmis par télécopie à la CNA ce 29 novembre 2005 par le Dr A.\_\_\_\_\_ en réponse à la demande de la CNA du 24 novembre 2005 requérant la copie des audiogrammes effectués en 1999 (expertise pré et post appareillage). La vraie date de l'audiométrie en question (date masquée sur le document par la date de transmission de la télécopie) est le 28 juillet 1999. Manifestement, l'expert a été induit en erreur par la date de la télécopie. C'est toutefois à juste titre qu'il a émis des doutes sur la date qu'il retenait. Le recourant fait valoir contre l'expertise du professeur Z.\_\_\_\_\_ une contradiction interne, dans la mesure où l'expert nie le lien de causalité naturelle de la dégradation de l'audition de l'oreille gauche en 2006 par la distance temporelle avec l'accident du 3 mai 2005 alors que son expertise fait état d'une perte d'audition de 10% en mai 2005. Or, la dégradation de 7.1% de l'audition de l'oreille gauche entre le 29 novembre 2005 et l'examen du 16 février 2006 figurant dans l'expertise était inexistante, puisqu'il n'y avait eu aucune audiométrie en date du 29 novembre 2005. De même, il n'y avait eu aucune amélioration entre l'audiométrie du 19 juillet 2005, qui constatait une diminution de l'audition de 79.6% à gauche, et l'examen du 16 février 2006, puisque la diminution était passée à 79.7%. L'expertise a en revanche relevé une forte diminution de l'audition à gauche en date du 27 juin 2006, puisque la diminution avait augmenté à 99.7%. En réalité, l'examen par le CHUV date du 27 mars 2006, soit un peu plus d'un mois après l'examen du Dr A.\_\_\_\_\_ du 16 février 2006. Il y a eu ainsi une dégradation importante et rapide de l'audition entre février et mars 2006, soit neuf mois après l'accident du 3 mai 2005. C'est le lien de causalité naturelle entre cette diminution et l'accident qui a été analysé par l'expert. Le recourant critique le fait que l'expertise ne se prononce pas sur le lien de causalité de la dégradation de l'audition constatée après l'accident. Certes, il ne ressort pas clairement de l'expertise si la réponse à la question 8 selon laquelle le trouble de l'audition ne peut selon toute probabilité pas être mis sur le compte de l'accident vise uniquement la diminution qui a eu lieu en 2006 ou aussi la diminution constatée en mai 2005. L'expert ne prend pas position sur l'avis des Drs F.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ du 23 mai 2005 selon lesquels l'aggravation significative de l'atteinte auditive depuis 1999 était probablement une séquelle de traumatisme acoustique.

Le graphique figurant à la page 2 de la version allemande de l'expertise présente toutefois l'évolution entre 1999 et 2005 comme une diminution linéaire et non comme une dégradation consécutive à l'accident du 3 mai 2005. Cette appréciation est corroborée par les rapports du 19 juillet 2005 et du 23 août 2005 du Dr A. \_\_\_\_\_, médecin ORL traitant du recourant ; dans le premier, il relevait que la surdité était progressive; dans le second, il déclarait qu'après une aggravation "initiale" (c'est-à-dire consécutive à l'accident du 3 mai 2005) de 5 à 10 dB à droite et de 10 à 15 dB à gauche, la surdité était "revenue au stade initial" (c'est-à-dire manifestement à l'état antérieur à l'accident) lors du contrôle du 19 juillet 2005. Le rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 15 septembre 2011 auquel le professeur Z. \_\_\_\_\_ se réfère avait déduit des rapports du Dr A. \_\_\_\_\_ que la surdité était revenue le 19 juillet 2005 au statu quo ante. L'absence d'explication du professeur Z. \_\_\_\_\_ sur les causes de la diminution temporaire de l'audition constatée en 2005 ne met donc pas en question la valeur probante de son expertise, d'autant plus que l'objet principal de l'expertise était le tinnitus et non l'aggravation de la surdité. c) Le recourant met en question la valeur probante de l'expertise psychiatrique du Dr K. \_\_\_\_\_ du 1er octobre 2007. Il critique d'abord le fait que l'expertise remonte à près de cinq ans avant la décision entreprise. Or, aucun rapport médical ultérieur ne relève une évolution psychiatrique qui mettrait en cause le bien-fondé de cette expertise au moment de la décision entreprise. Certes, la Dresse S. \_\_\_\_\_ a déclaré dans un courrier du 25 mai 2013 que l'assuré souffrait d'un acouphène qui était décompensé sous forme d'une souffrance psychique de forte intensité; elle est toutefois spécialiste ORL et s'est fondée pour son évaluation sur le rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 11 avril 2006, antérieur à l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_. Le seul écoulement du temps ne suffit donc pas pour justifier une nouvelle expertise. Le recourant critique par ailleurs des «déclarations à l'emporte-pièce», la difficulté à suivre le raisonnement de l'expert, notamment le fait que des conclusions analytiques se trouvent dans le chapitre 4 relatif à l'anamnèse personnelle. Cela ne suffit toutefois pas pour considérer que l'expertise viole les exigences de clarté de la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale. Le recourant critique aussi le fait que l'expert écarte le diagnostic posé par le psychiatre traitant, le Dr P. \_\_\_\_\_, le 25 janvier 2007 de «troubles psychiques réactionnels à un accident» en le qualifiant de «modification durable de la personnalité» et en niant que son handicap ait modifié sa personnalité. Or, le Dr K. \_\_\_\_\_ affirme qu'à son avis aucun événement traumatique majeur n'a modifié la personnalité du recourant au cours de son existence. C'est là le motif décisif pour écarter le diagnostic du Dr P. \_\_\_\_\_, car il signifie que le trouble psychique ne peut pas être réactionnel à l'accident. La conclusion de l'expert d'écarter le diagnostic posé par le Dr P. \_\_\_\_\_ est donc dûment motivée, même si le Dr K. \_\_\_\_\_ n'a pas repris la formulation exacte de ce diagnostic. Quant à l'affirmation du recourant que «de toute évidence, l'accident de 2005 a provoqué une altération [de son] fonctionnement» dont l'expert ne tient pas compte, elle est de type appellatoire et ne permet pas de remettre en question la valeur probante de l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_. d) Le dossier médical étant suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, telle que requise par le recourant à titre de mesure d'instruction supplémentaire, ne se justifie pas (appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 136 I 229 consid. 5.3; TF 9C\_271/2013 du 5 novembre 2013, consid. 3.2 et les références citées). 3. Dans la décision entreprise, la CNA a refusé d'allouer des prestations en espèces supplémentaires sous forme d'une rente d'invalidité ou d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI). Le recourant demande que la CNA soit

condamnée à lui verser toutes les prestations légales, aux dires de Justice, pour les suites de l'accident du 3 mai 2005. 4. S'agissant de l'acouphène, l'autorité intimée a refusé l'octroi de prestations en raison de l'absence de causalité adéquate avec l'accident du 3 mai 2005. a) Dans son arrêt du 13 octobre 2010 (CASSO AA 90/08 – 3/2011), la présente Cour avait renvoyé la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au motif que les troubles auditifs du recourant n'avaient pas fait l'objet d'une évaluation qui réponde aux exigences formulées à la table 13 de la CNA, les constatations figurant dans les rapports des médecins oto- rhino-laryngologues étaient trop lacunaires pour évaluer la gravité de l'atteinte à l'intégrité subie. En effet, dans la jurisprudence antérieure à l'ATF 138 V 248 du 3 mai 2012, le Tribunal fédéral des assurances avait jugé que, lorsqu'un tinnitus très grave ou très important imputable à un accident était à l'origine d'une décompensation psychique, la jurisprudence relative au caractère adéquat du rapport de causalité entre des troubles psychiques et un accident n'était pas applicable (ATF 115 V 133) 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 avait 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 adéquate entre l'accident et la décompensation psychique devait en principe être admise (TFA U 71/2002 du 27 mars 2003, consid. 6 et U 116/2003 du 6 octobre 2003, consid. 2). Si en revanche le tinnitus est «léger» ou «important» selon la table 13 de la CNA, la jurisprudence antérieure à l'ATF 138 V 248 demandait 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 résultaient. 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 devait donc admettre que le développement de troubles psychiques à la suite d'un tinnitus léger ou important ne correspondait 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 apparaissait comme une cause secondaire de l'affection psychique, ce qui justifiait l'application des critères jurisprudentiels en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident (TF 8C\_451/2009 du 18 août 2010, consid. 5.5 et les références citées). Dans son arrêt du 3 mai 2012 publié aux ATF 138 V 248, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en matière de tinnitus. En résumé, il a jugé qu'en l'absence de lésion organique spécifique attestée par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostiques ou d'imagerie à laquelle associer les acouphènes, il y a lieu de qualifier ceux-ci comme étant des symptômes cliniques sans substrat organique. Dans ce cas, l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre ces symptômes et l'accident ne peut être admis sans faire l'objet d'un examen particulier comme pour les autres tableaux cliniques sans preuve d'un déficit organique. Le recourant conteste l'applicabilité de la jurisprudence selon l'ATF 138 V 248 au motif que le cas aurait été tranché selon l'ancienne jurisprudence si la cause avait été en état d'être jugée le 13 octobre 2010. D'après la jurisprudence, tant l'administration (ici l'assureur-accidents) que le tribunal statuant sur un nouveau recours sont liés aux prescriptions matérielles d'un jugement de renvoi (ATF 133 V 477 consid. 5.2.3 ; TF 8C\_190/2011 du 13 février 2012, consid. 4). Il est toutefois reconnu que dans l'hypothèse où un jugement de renvoi n'a pas tranché au fond le droit aux prestations une nouvelle jurisprudence est applicable à la cause renvoyée. En effet, une nouvelle jurisprudence ne s'applique pas qu'aux cas futurs mais à tous les cas encore pendants; cela ne crée ni une rétroactivité inadmissible ni une inégalité de traitement qui

violerait la Constitution (TF 8C\_79/2013 du 25 juillet 2013, consid. 3 et 9C\_476/2009 du 7 décembre 2009, consid. 3.3; RAMA 1992, arrêt K 895 p. 132, K 13/90 consid. 3d avec références; ATF 114 V 315 consid. 5c). En l'espèce, le jugement de renvoi du 13 octobre 2010 n'avait pas tranché la question de la causalité adéquate. Les prescriptions de cet arrêt relatives aux mesures d'instructions à prendre par l'assureur intimé reposaient sur l'ancienne jurisprudence du Tribunal fédéral. Selon la doctrine, l'application du nouveau droit porte atteinte au principe de la confiance si l'autorité a fait traîner la procédure de manière excessive et qu'en l'absence de ce retard excessif l'ancien droit aurait été appliqué (Häfelin/Müller/Uhlmann, Allgemeines Verwaltungsrecht, 6 e édition, Zurich 2010, n° 328 p. 71). En l'espèce, un retard excessif depuis la communication de l'arrêt du 13 octobre 2010 ne saurait être reproché à l'assureur intimé. Le changement de jurisprudence par le Tribunal fédéral datant du 3 mai 2012, soit un mois après l'expertise du professeur Z.\_\_\_\_\_, le délai entre cette expertise du 4 avril 2012 et la décision de la CNA du 2 mai 2013 n'a eu aucun effet sur l'applicabilité de la nouvelle jurisprudence au cas d'espèce. Par ailleurs, l'insuffisance de l'instruction par l'assureur intimé avant sa décision sur opposition du 18 juillet 2008 qui a rendu nécessaire le renvoi par le Tribunal cantonal le 13 octobre 2010 n'implique pas un retard excessif. Par surabondance de motifs, il faut relever que l'impossibilité postulée par le Dr T.\_\_\_\_\_ et constatée par le professeur Z.\_\_\_\_\_ de classer la gravité de l'acouphène ressenti par le recourant parmi ceux qui sont graves ou très graves rend pour le moins vraisemblable que l'application de l'ancienne jurisprudence aurait aussi conduit à l'évaluation de la causalité adéquate au regard des critères fixés à l'ATF 115 V 133, comme selon la nouvelle jurisprudence. C'est donc à juste titre que l'assureur intimé a appliqué la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral sur la causalité adéquate en matière de tinnitus. b) Selon la jurisprudence, on peut parler de conséquences organiques objectivement avérées d'un accident que lorsque les constatations ont été confirmées au moyen d'examens radiologiques ou d'examens par un appareil et si les méthodes d'examen utilisées sont scientifiquement reconnues (TF 8C\_537/2009 du 3 mars 2010, consid. 5.3 et 8C\_216/2009 du 28 octobre 2009, consid. 2 avec la référence citée). Tel n'est pas le cas des acouphènes ressentis par le recourant. Il ressort en effet de l'expertise du professeur Z.\_\_\_\_\_ que l'acouphène de celui-ci n'est pas objectivable. C'est donc à juste titre que l'autorité intimée a évalué le lien de causalité adéquate entre l'acouphène et l'accident du 3 mai 2005 selon les règles applicables pour les tableaux cliniques sans preuve d'un déficit organique. c) La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des atteintes sans preuve d'un déficit organique. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement ; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. En présence d'un accident de gravité moyenne qui n'a pas entraîné un traumatisme du type "coup du lapin", un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral (TCC), il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants: • les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; • la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; • la durée anormalement longue du traitement médical; • les douleurs physiques persistantes; • les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; • les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; • le degré et la durée de l'incapacité de travail

due aux lésions physiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa, 403 consid. 5c/aa). Lorsque l'accident a causé un traumatisme du type "coup du lapin", un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral (TCC), les critères sont partiellement différents (ATF 134 V 109). Le recourant se prévaut de certains de ces critères spécifiques (notamment le processus douloureux s'étendant sur plusieurs années, le degré et la durée de l'incapacité de travail sans lien avec les lésions physiques, l'absence de traitement). Implicitement, le recourant semble donc soutenir qu'il convient d'appliquer la jurisprudence relative aux traumatismes du type "coup du lapin", aux traumatismes analogues à la colonne cervicale ou aux traumatismes cranio-cérébraux (TCC). Or, en l'espèce, même si le recourant a perdu connaissance suite à la détonation, il ne ressort pas des rapports médicaux qu'il aurait subi lors de sa chute un tel traumatisme. C'est pourquoi il faut utiliser les critères fixés par l'ATF 115 V 133. d) Il convient dans un premier temps d'analyser la qualification de l'accident sous l'angle de sa gravité. Pour procéder à cette classification, il faut non pas s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. La classification d'un accident se base d'une part sur le déroulement manifeste de l'événement, d'autre part sur les lésions subies (TFA U 214/2004 du 15 mars 2005, consid. 2.2.3). En l'espèce, il ressort du procès-verbal d'audition-plainte du 4 mai 2005 que l'accident a consisté en la détonation d'un gros pétard, qui a explosé à environ deux mètres derrière le recourant. Celui-ci 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 CHUV. Eu égard à l'amplification due à l'appareillage auditif, on peut admettre que le choc acoustique subi par le recourant n'était pas banal. Il n'était pas non plus grave ni de gravité moyenne à la limite des accidents graves dans la mesure où il n'a pas entraîné de lésions physiques, y compris à l'intérieur des oreilles. On peut en revanche laisser ouverte la question de savoir si l'accident doit être qualifié comme étant de gravité moyenne ou comme étant à la limite des accidents bénins. Dans les deux hypothèses, les conditions de la causalité adéquate ne seraient en effet pas remplies. Lorsqu'un accident est qualifié comme étant de gravité moyenne qui n'est ni à la limite des accidents graves ni à celle de ceux de peu de gravité, il faut soit que trois critères soient remplis, sans que ceux-ci doivent l'être avec une intensité particulière, soit que l'un des critères soit rempli avec une intensité particulière (TF 8C\_464/2012 du 21 décembre 2012, consid. 4.2.2.2, 8C\_996/2010 du 14 mars 2011, consid. 7. 3 et 8C\_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5). Pour un accident de gravité moyenne se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa ; cf. TF 8C\_788/2008 du 4 mai 2009, consid. 2). e) Selon la décision attaquée, l'accident du 3 mai 2005 ne saurait être qualifié comme ayant un caractère particulièrement impressionnant ou des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques. Le recourant soutient en revanche que ce critère serait rempli au motif qu'il a été pris par surprise et n'a pas pu prendre de mesure de protection contre une atteinte portée à la partie la plus sensible de sa personne puisque déjà touchée par un handicap. Or, le fait d'être surpris ne donne pas à un accident un caractère particulièrement impressionnant. Vu la brièveté de la détonation, le fait que le recourant n'ait pas pu protéger son audition de l'amplification de la détonation ne confère pas non plus à l'accident un caractère particulièrement impressionnant. De même, le fait d'avoir

perdu connaissance ne constitue pas une circonstance particulièrement dramatique. En effet, même si le recourant a été inconscient quelques instants, il a pu appeler avec son téléphone portable le responsable du chantier afin d'être amené à l'hôpital pour recevoir un traitement ambulatoire. En outre, aucune lésion traumatique, que ce soit immédiatement après l'accident ou par la suite n'a été mise en évidence par les médecins qui l'ont examiné. En l'espèce, aucun des autres critères de la causalité adéquate n'est rempli. Le recourant n'a en effet pas subi de lésions physiques lors de l'accident du 3 mai 2005, si ce n'est une aggravation temporaire de la surdité, d'une durée inférieure à trois mois eu égard aux constatations du Dr A. \_\_\_\_\_ dans ses rapports du 19 juillet et du 23 août 2005. Aucune erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident n'a été constatée. Quant à la surdité et à l'acouphène, ils ne constituent pas des difficultés apparues au cours de la guérison ou des complications importantes. L'incapacité de travail qui a justifié la rente de l'assurance-invalidité n'était pas due à une lésion physique ni même à l'acouphène et à ses conséquences, mais reposait selon la décision de l'office de l'assurance-invalidité du 16 décembre 2008 principalement sur l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_, donc sur le trouble dissociatif diagnostiqué par ce dernier. Quant aux douleurs liées à l'acouphène, elles ne peuvent pas être considérées comme des douleurs physiques au sens de la jurisprudence. f) Vu qu'aucun des critères de causalité adéquate n'est rempli, c'est donc à juste titre que la décision attaquée a nié le rapport de causalité adéquate entre l'acouphène et l'accident du 3 mai 2005. Il en découle non seulement qu'aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) doit être versée pour l'acouphène, mais aussi qu'aucune rente de l'assurance-accidents n'est due au recourant pour une incapacité de travail liée à l'acouphène. 5. Le recourant soutient qu'il faudrait encore examiner s'il existe un lien de causalité entre l'accident du 3 mai 2005 et une pathologie psychiatrique dont il souffrirait. Selon l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_, dont la pleine valeur probante a été reconnue, le recourant souffre d'un trouble dissociatif (F 44.6) qui est sans lien de causalité naturelle avec l'accident du 3 mai 2005. Le lien de causalité doit donc être nié. Par surabondance de motifs il convient de relever que, même si la causalité naturelle d'une atteinte psychique était reconnue, le lien de causalité adéquate devrait être nié pour les mêmes motifs que ceux exposés plus haut concernant l'acouphène. 6. L'aggravation de la surdité consécutive à l'accident du 3 mai 2005 ne justifie pas l'octroi de prestations postérieurement à la clôture du cas. a) Il ressort des rapports du Dr A. \_\_\_\_\_ du 19 juillet et du 23 août 2005 que l'aggravation de la surdité constatée en mai 2005 par les Drs V. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ dans leur rapport du 23 mai 2005 était temporaire. Le Dr A. \_\_\_\_\_ déclarait le 23 août 2005 que la surdité était "revenue au stade initial" lors du contrôle du 19 juillet 2005. Il faut, conformément à l'interprétation du Dr T. \_\_\_\_\_ en date du 15 septembre 2011, en déduire que le statu quo ante avait été retrouvé le 19 juillet 2005. b) Conformément à l'expertise du professeur Z. \_\_\_\_\_, l'aggravation de la surdité entre février et mars 2006, soit neuf mois après l'accident du 3 mai 2005, est, avec une vraisemblance prépondérante, dépourvue de lien de causalité naturelle avec celui-ci. Aucun élément ne permet de remettre en question cette évaluation. 7. Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 14 juin 2013 par la Caisse nationale suisse

d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais de justice 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 : ■ Me Anne-Sylvie Dupont (pour M. \_\_\_\_\_), ■ Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, - Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), 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 :

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