

S2 24 23

**ARRÊT DU 9 SEPTEMBRE 2025**

**Tribunal cantonal du Valais  
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Christophe Joris et Frédéric Fellay, juges ;  
Mireille Allegro, greffière

**en la cause**

**X \_\_\_\_\_**, recourant, représenté par Maître Michel De Palma, avocat, à Sion

**contre**

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA)**,  
intimée

(TCC, tinnitus, surdité et troubles psychiatriques ; lien de causalité adéquate et  
capacité de travail exigible)

## Faits

A. X \_\_\_\_\_, né le xx.xx.xxxx, travaillait comme aide-constructeur métallique auprès de A \_\_\_\_\_ SA, à B \_\_\_\_\_, et, à ce titre, était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la CNA.

Le 3 septembre 2020, il a reçu une barre métallique de 40 kg sur la tête. Il portait un casque de chantier ainsi que des tampons dans les oreilles. Dans la déclaration d'accident remplie le 22 septembre 2020, il a indiqué que depuis l'accident, il avait un fort bruit dans l'oreille droite, mal à la tête et se sentait fatigué (pièce 1, p. 18). Entendu ultérieurement, il a ajouté qu'il avait perdu légèrement connaissance, mais avait ensuite continué à travailler le jour de l'accident, pensant que le mal de tête allait passer (pièce 30, p. 70).

Le 18 septembre 2020, il a consulté les urgences de l'Hôpital de B \_\_\_\_\_. Un scanner cérébral et cervical a été réalisé, qui n'a montré ni fracture ni hémorragie, mais des lésions dégénératives au niveau C2-C3 et C4-C5 (pièce 31, p. 76). Les diagnostics de TCC (traumatisme cranio-cérébral) léger et d'acouphènes à droite ont été posés et le patient a été dirigé vers un médecin spécialiste ORL (pièce 24, p. 59). Un certificat d'arrêt de travail total a été établi dès le 19 septembre 2020 (pièce 4, p. 28).

Le 8 octobre 2020, l'assuré a consulté le Service d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôpital de B \_\_\_\_\_ en raison d'acouphènes de type sifflement en continu à droite ainsi que d'une hypoacousie à droite stable depuis le traumatisme, de légers vertiges rotatoires aux changements de position de tête et de céphalées occipitales temporales droites persistantes. Dans leur rapport du 27 octobre 2020 (pièce 19), les Drs C \_\_\_\_\_ et D \_\_\_\_\_ ont conclu à une surdité neurosensorielle droite sévère suite à une probable commotion cochléaire le 3 septembre 2020 et ont conseillé la poursuite du traitement de Symfona pour les acouphènes, ainsi qu'un essai d'appareillage qui pourrait améliorer l'audition et réduire la perception des acouphènes.

La CNA a soumis le cas à sa médecine du travail, par la Dresse E \_\_\_\_\_, spécialiste ORL (pièce 37). Dans son rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2020, celle-ci a admis le lien de causalité entre les symptômes (perte auditive et acouphènes du côté droit) et l'accident, ainsi que l'origine professionnelle de la perte auditive constatée à gauche et a recommandé la fourniture d'appareils auditifs binauraux (pièce 39).

Au contrôle avant appareillage effectué le 21 décembre 2020, la Dresse F \_\_\_\_\_, spécialiste ORL, a relevé une perte auditive de 91.7% à droite et de 11.5% à gauche, soit une surdité binaurale de 56.6% (pièce 50, p. 108).

Le 19 janvier 2021, la Dresse E \_\_\_\_\_ a estimé que la perte auditive à droite justifiait une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 15% sur la base de la table 12 d'indemnisation (pièce 63, p. 146). Elle a également autorisé la prise en charge de l'appareil auditif standard binaural (pièce 64, p. 148 ; pièce 67, p. 156). L'assuré a finalement testé un appareillage monaural droit, qui n'a pas eu d'effets sur les acouphènes, de sorte qu'il y a renoncé (pièce 88, p. 195).

**B.** En raison de la persistance des céphalées associées à des acouphènes et de l'apparition de troubles de la concentration, l'assuré a consulté le Centre de traitement de la douleur le 2 février 2021 (pièce 72, p. 167). Dans son rapport du 3 février suivant, le Dr G \_\_\_\_\_ a décrit une sensation de lourdeur et de serrement au niveau crânio-occipital, aggravée par la mobilisation crânienne, la lecture ou les activités nécessitant une intense concentration, qui était en lien avec la présence constante d'acouphènes. Il a estimé que la prise en charge devait rester symptomatique, éventuellement à associer à de la thérapie cognitivo-comportementale ou de la relaxation, et a prescrit un traitement antalgique (pièce 91, p. 200).

Sur conseil de la CNA, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI) courant février 2021 (pièce 83, p. 186).

Le 11 mars 2021, l'assuré a bénéficié d'un examen neuropsychologique, en raison de son désarroi face aux symptômes qui persistaient (vertiges, acouphènes, difficultés de concentration, maux de tête et troubles du sommeil). Les neuropsychologues ont relevé des résultats insuffisants à certaines tâches exécutives (programmation, abstraction, incitation, inhibition) et à une épreuve attentionnelle (temps de réaction visuels), mais des résultats globalement dans les limites de la norme pour le restant des fonctions évaluées (orientation, langage, praxies, gnosies, mémoire immédiate, mémoire à long-terme, fonctions exécutives - aspect de flexibilité et d'attention divisée, raisonnement associatif en modalité visuo-spatiale). Ils ont conclu à la participation de facteurs autres qu'organiques à ce tableau (pièce 92, p. 202).

Le 31 mai 2021, l'assuré a expliqué qu'il entendait comme un bruit d'aspirateur toute la journée, qui s'amplifiait le soir, ce qui empêchait le sommeil et provoquait des maux de tête. Il a indiqué qu'il poursuivait les soins au Centre du traitement de la douleur, que le

psychiatre du Centre lui avait conseillé de suivre un traitement psychiatrique et qu'il avait pris rendez-vous le 17 juin 2021 chez un psychiatre du H \_\_\_\_\_ (pièce 110, p. 238).

Mandatée, la Dresse E \_\_\_\_\_ a considéré, dans un avis du 21 juin 2021, que, d'un point de vue ORL, les acouphènes droits de l'assuré n'étaient pas susceptibles d'entraîner une incapacité de travail. Elle a recommandé le port d'appareils auditifs et le suivi d'une thérapie cognitivo-comportementale dans le cadre de la prise en charge psychiatrique débutée le 17 juin 2021, et a proposé un examen psychiatrique interne (pièce 123, p. 266 ; traduction, pièce 136, p. 292).

Le 1<sup>er</sup> juillet 2021, la CNA a obtenu le rapport des consultations des 21 avril et 5 mai 2021 effectuées auprès du Service de psychiatrie de l'Hôpital de I \_\_\_\_\_ (pièce 127, p. 275). Selon ce dernier, l'assuré souffrait de céphalées occipitales chroniques associées à des acouphènes et des troubles de la concentration suite à un traumatisme crânien. Les céphalées et les acouphènes étaient décrits comme très invalidants et responsables des troubles de la concentration et du sommeil. L'assuré présentait une thymie abaissée, des ruminations anxieuses et de l'irritabilité, qui justifiaient de retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21).

En juillet 2021, l'assuré a commencé un traitement médicamenteux psychiatrique à base de Sertraline 50 mg et Temesta 1 mg, qui a calmé très partiellement la problématique. En septembre 2021, il a entrepris des séances d'acupuncture (pièce 131, p. 285, pièce 148, p. 313 ; pièce 150, p. 317).

Dans un rapport du 8 septembre 2021, la Dresse J \_\_\_\_\_ du H \_\_\_\_\_ a expliqué que le traitement médicamenteux avait été adapté en raison de la sédation rapportée par le patient, mais qu'au cours du suivi, celui-ci avait noté une légère amélioration de la thymie, une diminution des angoisses et une restauration du sommeil, mais qu'il restait envahi par la présence des acouphènes, présentait des troubles de la concentration et était plus irritable. Le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21) a été maintenu (pièce 156, p. 332).

L'assuré a été convoqué par la CNA pour un examen psychiatrique auprès du Dr K \_\_\_\_\_, le 19 octobre 2021 (pièce 165). Dans son appréciation médicale du 9 novembre 2021 (pièce 175), le médecin d'arrondissement a retenu que l'assuré se plaignait d'acouphènes à droite, de vertiges, de maux de tête, de troubles du sommeil, de perte de mémoire et d'une baisse de confiance. A l'examen, il n'a pas relevé de troubles de l'élocution, de ralentissement, de signes de la lignée psychotique et de problèmes au niveau des fonctions cognitives, mais a constaté que l'assuré était vite

nerveux. Il n'a pas observé de symptômes d'état de stress post-traumatique liés à l'accident. Il a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée en rémission partielle. Il a mis celui-ci en lien de causalité naturelle avec l'accident de septembre 2020 et a invité la CNA à se déterminer sur la causalité adéquate. Il a estimé que le traitement était adéquat et devait être complété par une approche de thérapie cognitivo-comportementale de type *mindfulness*, pouvant être favorable pour les acouphènes.

Dans un rapport du 2 décembre 2021, le H \_\_\_\_\_ a signalé que l'assuré avait décidé d'arrêter les antidépresseurs de son propre chef en octobre 2021, mais qu'en raison d'un léger abaissement thymique avec une augmentation des angoisses et de la nervosité, un nouveau traitement antidépresseur par Brintellix lui avait été prescrit. Il a ajouté qu'un travail psychothérapeutique était en cours sur l'acceptation, l'observance et une meilleure gestion des acouphènes et que le patient était investi dans la prise en charge (pièce 185, p. 399).

Dans son rapport du même jour, le Dr G \_\_\_\_\_ a indiqué que la tentative d'administration de CBD avait été mal tolérée et qu'il n'avait plus de traitement à proposer. Il a noté que la thymie était améliorée par le traitement antidépresseur, que la qualité du sommeil était acceptable avec la prise de Lorazépam et Xanax et que les douleurs de type céphalées tensionnelles étaient partiellement contrôlées par la prise de Mydocalm. Il a cependant précisé que les acouphènes à droite - dont l'origine était clairement le traumatisme cochléaire du 3 septembre 2020 - persistaient et entraînaient des troubles de la concentration, des vertiges, de l'insomnie et des épisodes de céphalées récurrentes. De son point de vue, la symptomatologie avait un impact invalidant sur la fonctionnalité quotidienne du patient et justifiait une indemnisation adéquate (pièce 191, p. 410).

Le 25 avril 2022, le H \_\_\_\_\_ a attesté un état stationnaire avec peu d'évolution depuis novembre 2021, une thymie stable et toujours les acouphènes à droite comme principale plainte, lesquels étaient décrits comme catastrophiques, constants et générant de la tension, de la fatigue et une irritabilité. Il a précisé que le patient avait intégré un groupe de méditation et d'autohypnose qu'il appréciait et qu'il poursuivait le travail psychothérapeutique sur l'acceptation et sur une meilleure gestion des acouphènes (pièce 211, p. 449).

La CNA a soumis une nouvelle fois le cas à la Dresse E \_\_\_\_\_, qui a estimé, le 29 septembre 2022, qu'il n'était pas encore stabilisé sur le plan psychothérapeutique et

qui a recommandé la mise en œuvre d'un nouvel examen ORL en raison des vertiges persistants (pièce 250 ; traduction, pièce 260, p. 539).

Avant cet examen, la CNA a recueilli le rapport du Dr G \_\_\_\_\_ du 12 décembre 2022 (pièce 277, p. 568), qui indiquait que l'accident avait provoqué un choc cochléaire et des acouphènes chroniques permanents accompagnés de cervicalgies et de céphalées tensionnelles et que plusieurs traitements antalgiques *per os et iv* avaient été tentés, sans grande amélioration des céphalées. Le spécialiste en antalgie précisait que le patient était très invalidé, surtout par les acouphènes, qui avaient un impact important sur sa qualité de vie et sa fonctionnalité (troubles de la concentration, troubles du sommeil et état anxio-dépressif).

Le H \_\_\_\_\_ a également remis un rapport le 21 décembre 2022 (pièce 278, p. 570), dans lequel il attestait un état stationnaire avec peu d'évolution, à savoir une thymie abaissée, une irritabilité majeure, une intolérance au stress et au bruit, des troubles de la concentration et de la mémoire, des vertiges, des céphalées, un bourdonnement d'oreille et une fatigue. Il a expliqué que les ateliers de groupe avaient été abandonnés, que l'assuré avait bénéficié d'une cure de physiothérapie en piscine, qui lui permettait de se relaxer ponctuellement et qu'en raison de la persistance des manifestations thymiques, un nouveau traitement antidépresseur allait être instauré.

Le 13 février 2023, la Dresse F \_\_\_\_\_ a procédé à un examen ORL afin de déterminer l'origine des vertiges (pièce 276, p. 566). Dans son rapport du 20 février 2023 (pièce 295, p. 617), la spécialiste a relevé une perte auditive de 99.8% à droite et de 11.3% à gauche, soit une perte globale de 59.4%. De son point de vue, selon les tables d'atteinte à l'intégrité, la surdité unilatérale droite avec une discrète hypoacousie gauche ne représentait aucune perte à l'intégrité. Elle n'a pas pu expliquer les vertiges sous un angle physique, le bilan vestibulaire étant normal. Elle a mis la symptomatologie vertigineuse en lien avec le TCC et le stress post-traumatique. Elle a indiqué que les acouphènes droits se situaient à 250 Hz et atteignaient 110 dB. Elle les a qualifiés de très importants, dès lors qu'ils étaient décrits comme étant continus et très marqués et qu'ils perturbaient de façon permanente la vie du patient, prenant le pas sur la surdité coexistante. Sur la base de la table 13 d'indemnisation, elle a estimé l'atteinte à l'intégrité à 10%. Elle a ajouté qu'elle n'avait pas d'autres propositions que la poursuite de la prise en charge sur le plan psychologique et des autres activités (méditation, autohypnose, sophrologie).

Prenant position le 3 mars 2023 (pièce 304, p. 641 ; traduction, pièce 308), la Dresse E \_\_\_\_\_ a constaté que les vertiges ne pouvaient pas être expliqués uniquement par le domaine ORL et qu'il n'y avait pas de résultats systémiques pathodiagnostiques objectivables. Elle a rejoint l'avis de la Dresse F \_\_\_\_\_ selon lequel les vertiges étaient probablement dus en grande partie à l'accident du 3 septembre 2020 et qu'ils étaient renforcés par une composante psychique. Elle a constaté que l'audiogramme tonal avait révélé une perte auditive de 99.8% à droite et de 11.3% à gauche et qu'à 250 Hz, l'assuré entendait les acouphènes à droite à 110 dB. Au vu de ces éléments, elle a confirmé une atteinte à l'intégrité de 15% pour la perte auditive monaurale, en référence à la table 12. Sur la base de la table 13, en présence d'acouphènes « très graves », elle a fixé l'atteinte à l'intégrité à 10%, rejoignant en cela l'avis de la Dresse F \_\_\_\_\_ (pièce 303, p. 639). S'agissant de la capacité de travail, elle a rappelé que, d'un point de vue ORL, les acouphènes n'étaient pas susceptibles d'entraîner une incapacité de travail, mais qu'en raison des vertiges subjectifs, il fallait éviter de travailler sur des échafaudages, sur des machines comportant des éléments rotatifs ou sur des échelles non sécurisées.

Par communication du 24 mars 2023, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait un terme au paiement des indemnités journalières au 30 avril 2023, dès lors qu'il n'y avait plus lieu d'attendre du traitement une sensible amélioration des séquelles de l'accident, et qu'elle examinerait le droit aux autres prestations (rente et indemnité pour atteinte à l'intégrité [IPAI]) dès que possible (pièce 310).

**C.** L'assuré s'est inscrit auprès de l'assurance-chômage dès le 1<sup>er</sup> mai 2023 (pièce 341).

Par projet de décision du 25 mai 2023, l'OAI lui a reconnu le droit à une rente d'invalidité de 100% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2021 (pièce 342, p. 811).

Par décision du 28 juillet 2023, la CNA a conclu à l'absence de lien de causalité adéquate entre l'accident du 3 septembre 2020 et les troubles psychiques et les acouphènes présentés par l'assuré, de sorte qu'elle ne répondait que de la perte auditive et des vertiges (cf. résumé, pièce 354). Elle a considéré que l'assuré était à même d'exercer une activité adaptée dans différents secteurs du marché de l'emploi, à la condition qu'il évite de travailler sur des échafaudages, sur des machines comportant des éléments rotatifs ou sur des échelles non-sécurisées, ce qui lui permettrait de réaliser un revenu annuel de 63'899 fr. (données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires ESS), soit une perte de seulement 4% par rapport au gain qu'il pourrait réaliser sans la

survenance de l'accident de 66'837 fr. 45 par année. Elle a, en revanche, alloué une IPAI de 15% pour la perte auditive liée à l'accident (pièces 360, p. 853).

Représenté par M<sup>e</sup> Michel de Palma, l'intéressé a formé opposition le 14 septembre 2023 (pièce 377, p. 926). Il a contesté la pleine capacité de travail reconnue dans une activité adaptée, plus précisément les limitations fonctionnelles admises par la Dresse E \_\_\_\_\_, qui n'avait pas tenu compte des lésions qui avaient conduit à la surdité droite ainsi que des acouphènes. Il a rappelé que l'OAI avait retenu une incapacité de travail totale dans toutes activités professionnelles. Il a relevé que l'origine des acouphènes, à la base des céphalées et des troubles de la concentration, était clairement liée au traumatisme cochléaire du 3 septembre 2020 et que la causalité adéquate était donnée en l'espèce, dès lors que la chute d'une barre métallique de 40 kg sur la tête d'une personne était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'était produit. Il a également contesté l'IPAI, qui, selon lui, devait être fixé à 35% en application des tables 12 et 8 d'indemnisation.

Par décision du 6 octobre 2023 (pièce 387), l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité de 100% au terme du délai d'attente, soit dès le 1<sup>er</sup> septembre 2021.

Avant de statuer sur l'opposition, la CNA a soumis le cas à la Dresse E \_\_\_\_\_, qui s'est prononcée le 1<sup>er</sup> février 2024 (pièce 402). S'agissant de la stabilisation du cas, elle a relevé que ni les appareils auditifs ni la thérapie cognitivo-comportementale n'avaient permis d'améliorer l'audition et que d'un point de vue ORL, il n'existait aucune autre option thérapeutique. Elle a indiqué que l'assuré souffrait d'une déficience auditive et d'acouphènes à droite, ainsi que d'une sensation subjective de vertiges, qui n'avait pas pu être objectivement confirmée par la spécialiste ORL. Elle a estimé que la capacité de travail et le rendement n'étaient pas restreints dans une activité adaptée, sans travaux sur des machines rotatives, des échafaudages non sécurisés ou des échelles, pour tenir compte de la sensation subjective de vertige. Concernant l'atteinte à l'intégrité, elle a rappelé qu'elle avait admis 15% pour la perte auditive sur la base de la table 12 et 10% pour le tinnitus (ou acouphène) sévère en application de la table 13.

Par décision sur opposition du 15 février 2024, la CNA a admis partiellement l'opposition, en ce sens qu'elle a reconnu à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25% au lieu de 15%, reconnaissant sa responsabilité concernant les acouphènes (ch. 9.2 et 9.3 de la décision sur opposition ; pièce 404). Pour le reste, elle a confirmé le refus de rente, dans la mesure où d'un point de vue ORL, les acouphènes n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail, qui était uniquement limitée par les vertiges selon

l'appréciation de la Dresse E \_\_\_\_\_, qui était pleinement probante. La CNA a, en outre, rappelé que la décision de l'OAI ne la liait pas et que l'uniformité de la notion d'invalidité n'avait pas pour conséquence de libérer les assureurs-accidents et les offices AI de l'obligation de procéder de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité.

**D.** Le 18 mars 2024, l'intéressé a recouru céans contre ce prononcé. Il a contesté l'absence de causalité adéquate entre les troubles psychiques et son accident, en mettant en avant la gravité des lésions, la douleur physique bien présente avec les acouphènes et les céphalées, ainsi que les complications liées au fait que les traitements n'avaient pas permis d'amélioration de son état de santé. Il a estimé que la CNA ne pouvait pas se fonder exclusivement sur l'avis de la Dresse E \_\_\_\_\_, qui n'avait pas tenu compte de l'impact des acouphènes, des troubles de la concentration et de la mémoire, ainsi que des céphalées, qui affectaient la capacité de travail, et qu'il se justifiait de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Il a encore contesté l'IPAI, qui devait être fixée à 65% selon lui pour tenir compte des troubles de la concentration (20%) et des vertiges (20%), en sus des acouphènes et des troubles auditifs admis.

Répondant le 8 mai 2024, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition. Elle a confirmé que les troubles psychiques ne pouvaient pas être mis en lien de causalité adéquate avec l'accident au vu des critères jurisprudentiels, de sorte qu'ils n'avaient pas à être pris en compte dans l'appréciation de la capacité de travail exigible, de même que les céphalées qui n'étaient pas établies sur le plan organique. Elle a rappelé que les acouphènes n'entraînaient pas d'incapacité de travail selon la Dresse E \_\_\_\_\_, dont l'avis n'était pas mis en doute par les autres rapports médicaux. S'agissant de l'IPAI, elle a constaté que le recourant n'apportait aucun élément médical justifiant un taux supérieur à 25%.

Dans sa réplique du 14 juin 2024, le recourant a relevé que, dans un rapport du 11 avril 2024 (versé en cause le 17 avril 2024), le H \_\_\_\_\_ avait confirmé une symptomatologie anxieuse et dépressive avec des symptômes somatiques (céphalées, acouphènes et cervicalgies) qui étaient consécutifs au TCC subi en septembre 2020 et que, dans son courrier du 25 avril 2024 (versé en cause le lendemain), le Dr L \_\_\_\_\_ avait attesté que les acouphènes entraînaient une incapacité de travail de 70%. Il a soutenu à nouveau que les critères jurisprudentiels pour admettre un lien de causalité adéquate étaient remplis, de sorte que les troubles psychiques devaient être pris en compte, comme d'ailleurs les céphalées qui n'étaient pas de nature psychiatrique mais étaient causées par les acouphènes. Or, de l'avis des médecins

traitants, ceux-ci avaient un impact sur la capacité de travail, contrairement à ce qu'affirmait la Dresse E \_\_\_\_\_.

Prenant position le 31 juillet 2024, l'intimée a considéré que le recourant n'avait allégué aucun élément nouveau susceptible de mettre en doute ses conclusions, de sorte qu'elle renonçait à déposer une duplique.

L'échange d'écritures a été clos le 6 août 2024.

### **Considérant en droit**

#### **1.**

**1.1** Selon l'article 1 alinéa 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

**1.2** Posté le 18 mars 2024, le présent recours contre de la décision sur opposition du 15 février 2024 a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations LAA, à savoir une rente d'invalidité et une IPAI supérieure à celle de 25% déjà allouée, respectivement sur les atteintes en lien de causalité avec l'accident et la capacité de travail exigible de la part du recourant.

**2.1** Le recourant prétend que les troubles physiques et psychiques (perte auditive, acouphènes, vertiges, céphalées, symptomatologie anxieuse et dépressive avec troubles de la concentration et du sommeil) survenus à la suite de l'accident du 3 septembre 2020 doivent être pris en charge par l'intimée et que ceux-ci justifient une incapacité de travail totale dans toute activité lucrative, respectivement l'octroi d'une rente d'invalidité entière - à l'instar de ce que lui a octroyé l'OAI - , ainsi que l'allocation d'une IPAI de 65% (15% pour la perte auditive, 10% pour l'acouphène, 20% pour les troubles de la concentration, 20% pour les vertiges).

**2.2** L'intimée estime, quant à elle, qu'elle n'a pas à intervenir pour les troubles psychiques et non établis sur le plan organique (à savoir les troubles de la concentration

et de la mémoire, les troubles du sommeil, ainsi que les céphalées) et se rallie à l'appréciation de la Dresse E \_\_\_\_\_ concernant la capacité de travail encore exigible de la part du recourant dans une activité adaptée.

Elle a, en revanche, reconnu sa responsabilité pour la perte auditive droite de 99.8%, pour laquelle elle a octroyé une IPAI de 15%, ainsi que pour les acouphènes à droite, qui ont été dûment objectivé par des examens audiométriques et mis en relation de causalité naturelle avec la commotion cochléaire survenue lors de l'accident du 3 septembre 2020, pour laquelle elle a octroyé une IPAI de 10%.

### **3.**

**3.1** Selon l'article 6 alinéa 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate.

L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'évènement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références).

La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 129 V 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a

et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_567/2017 du 12 mars 2018 consid. 3). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 6 et 115 V 403 consid. 5).

**3.2** En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité (voir ATF 134 V 109 ; 117 V 359).

Dans ces cas, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc. ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_394/2024 du 7 janvier 2025 consid. 7.2.1 ; 8C\_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 3.2). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence se manifestent au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_792/2009 du 1<sup>er</sup> février 2010 consid. 6.1 et réf. cit.). Il faut également que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9 ; 119 V 335 consid. 1 et 117 V 359 consid. 4b).

Pour l'examen de la causalité adéquate en présence d'un traumatisme cranio-cérébral, la jurisprudence distingue encore la situation dans laquelle les symptômes, qui peuvent être attribués de manière crédible au tableau clinique typique, se trouvent toujours au premier plan, de celle dans laquelle l'assuré présente des troubles psychiques qui

constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause. Dans le premier cas, cet examen se fait sur la base des critères particuliers développés pour les cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme cranio-cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a et 117 V 369 consid. 4b). Il s'agit donc d'appliquer par analogie les critères jurisprudentiels utilisés en cas d'atteintes additionnelles à la santé psychique, mais sans distinguer entre les composantes somatiques et psychiques des lésions. Dans le second cas, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, c'est-à-dire en distinguant entre atteintes psychiques et physiques (ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb et réf. cit. ; 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_559/2023 du 19 janvier 2024 consid. 3.2).

Dans le cadre du premier cas de figure, la méthode spécifique instaurée par la jurisprudence pour examiner le lien de causalité adéquate impose d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et d'appliquer les critères objectifs – dont le Tribunal fédéral a reconnu le caractère exhaustif – formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 6.1) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions ;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ;
- l'intensité des douleurs ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ;
- l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; 115 V 133 consid. 6c/bb). De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept, ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de

manière particulièrement marquante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 3.3 et la référence).

### 3.3

**3.3.1** Lors de l'apparition d'un tinnitus (acouphènes) à la suite d'un traumatisme, son objectivation pose souvent 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.

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'assurances sociales, 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'article 24 alinéa 1 LAA.

La table 13 de la CNA distingue trois catégories de tinnitus en fonction de leur gravité :

1. le tinnitus léger ou minime :

- acouphène intermittent ou continu, uni- ou bilatéral ;
- 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%.

2. 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%.

### 3. le 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%.

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

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

secondaire, c'est la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident qui est applicable pour l'examen de la causalité adéquate.

Si l'expert arrive à la conclusion que le tinnitus dont souffre l'assuré se présente sous la forme d'un tinnitus « léger » ou « important » selon la table 13 de la CNA, il y aura également lieu d'appliquer la jurisprudence tirée de l'ATF 115 V 133 pour déterminer l'étendue de la prise en charge par l'assureur-accidents des troubles psychiques qui en résultent. En effet, on doit 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 l'expérience de la vie, et que d'autres facteurs ont concouru à entraîner ou à favoriser le résultat tel qu'il s'est produit. Dans ces deux cas, le tinnitus apparaît comme une cause secondaire de l'affection psychique, ce qui justifie l'application des critères jurisprudentiels en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF non publié 8C\_451/2009 du 18 août 2010 consid. 5.5 ; arrêts genevois A/3434/2010 du 8 février 2011 et A/3135/2017 du 27 juin 2019 consid. 7e).

**3.4** Aux termes de l'article 24 alinéa 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 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 consid. 4a/cc).

Pour fixer ce taux d'IPAI, la médecin d'arrondissement tient compte des atteintes à la santé en lien avec l'évènement accidentel.

**3.5** La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations,

l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'article 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

**3.6** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme

une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c).

#### **4.**

**4.1** En l'espèce, à la suite de l'accident du 3 septembre 2020, les diagnostics de TCC léger, d'acouphènes à droite et de surdité neurosensorielle droite sévère dus à une commotion cochléaire ont été posés (cf. rapport des urgences du 19 septembre 2020, pièce 24 ; rapport du 27 octobre 2020, pièce 19 ; rapport du 2 décembre 2021, pièce 191). Ces atteintes ne sont aucunement contestées et l'intimée a reconnu, à juste titre, sa responsabilité en lien avec celles-ci.

S'agissant de la perte auditive droite évaluée à 99.8% (cf. rapport de la Dresse F \_\_\_\_\_ du 13 février 2023, pièce 295), la Dresse E \_\_\_\_\_ a fixé le taux de l'atteinte à l'intégrité à 15% en conformité avec la table 12 concernant la perturbation de l'ouïe (cf. appréciation du 19 janvier 2021, pièce 63, confirmée le 3 mars 2023, pièce 304). Le recourant ne remet pas en cause cette évaluation.

Concernant l'acouphène à droite ou tinnitus, dans son appréciation du 3 mars 2023 (pièce 303), la Dresse E \_\_\_\_\_ l'a qualifié de très sévère au vu des éléments au dossier et des examens ORL réalisés par la Dresse F \_\_\_\_\_, qui l'avait situé à 250 Hz et 110 dB. Sur la base de la table 13, elle a fixé l'atteinte à l'intégrité à 10% correspondant à un tinnitus très important. Cette appréciation ne prête pas flanc à la critique au vu des descriptions faites par l'ensemble du corps médical concernant l'importance de l'impact de l'acouphène sur le quotidien du recourant.

**4.2** Au cours des semaines et mois suivant l'accident, l'assuré a développé des céphalées, des vertiges, des troubles de la concentration et du sommeil, ainsi que de

l'irritabilité. Ces éléments l'ont conduit à consulter le Centre de traitement de la douleur en février 2021, puis le H \_\_\_\_\_ dès juin 2021.

Dans ses rapports, notamment le dernier du 11 avril 2024, le H \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et a expliqué que l'assuré avait développé une symptomatologie anxieuse et dépressive associée à des acouphènes et des céphalées à la suite du TCC survenu en septembre 2020. Selon le H \_\_\_\_\_, les céphalées, les troubles cognitifs et du sommeil, ainsi que l'irritabilité sont en lien avec la constante présence d'acouphènes (pièce 279). Il en va de même du Dr G \_\_\_\_\_ (pièces 91, 191 et 277), qui, dans son rapport du 2 décembre 2021, a clairement indiqué que les acouphènes à droite - dont l'origine était le traumatisme cochléaire du 3 septembre 2020 - déterminaient les troubles de la concentration, les vertiges, l'insomnie et les céphalées récurrentes.

Il ressort de l'ensemble des rapports médicaux que le tinnitus est central dans la problématique du recourant et que si un traitement permettait de le soulager, alors la symptomatologie psychique en serait clairement améliorée. Il sied dès lors d'admettre que le tinnitus est à l'origine des troubles psychiques du recourant, de sorte que la causalité adéquate avec l'accident doit être admise.

**4.3** Il s'ensuit que l'intimée, respectivement son médecin d'arrondissement, auraient dû tenir compte l'intégralité des problèmes de santé de l'assuré pour apprécier la capacité de travail résiduelle encore exigible de sa part. L'appréciation de la Dresse E \_\_\_\_\_ à cet égard (cf. avis du 3 mars 2023, pièce 304, et avis du 1<sup>er</sup> février 2024, pièce 402) est d'ailleurs peu convaincante, contrairement à ce que prétend l'intimée. En effet, celle-ci admet des limitations fonctionnelles en lien avec les vertiges, alors même qu'elle estime que les acouphènes - qui en est à l'origine - n'entraînent aucune incapacité de travail. Ceci est contradictoire. En outre, affirmer que le tinnitus n'a pas d'impact sur la capacité de travail sans motiver cette position, de surcroît après avoir qualifié celui de « très grave », n'est de loin pas satisfaisant.

**5.** Au vu de ce qui précède, le recours est admis et le dossier renvoyé à l'intimée pour appréciation de la capacité de travail en tenant compte de la surdité, du tinnitus « très important » et de la décompensation psychique liée à ce dernier, comportant céphalées, vertiges, troubles de la concentration, troubles du sommeil et irritabilité.

Au vu de l'issue du litige, l'administration des moyens de preuves offerts dans le mémoire de recours se révèle inutile.

**6.**

**6.1** En application de l'article 61 lettre <sup>f</sup><sup>bis</sup> LPGA et compte tenu du fait que la LAA n'en prévoit pas, il n'est pas perçu de frais judiciaires dans le présent litige portant sur des prestations de l'assurance-accidents.

**6.2** Sous l'empire de l'article 61 lettre g LPGA, la partie recourante est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque, dans la procédure judiciaire cantonale portant sur des prestations d'assurance sociale, la décision administrative de refus est annulée et la cause renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire puis nouvelle décision (ATF 137 V 57 consid. 2.1 et 132 V 215 consid. 6). A la lumière de cette jurisprudence, le recourant obtient ainsi gain de cause en l'espèce. Il a droit à des dépens qui, vu l'issue de la cause, seront supportés par l'intimée (art. 61 let. g LPGA, art. 81a al. 2 et 91 al. 1 et 2 *a contrario* LPJA, art. 27 al. 1 et 40 al. 1 LTar).

Dans le présent dossier de complexité moyenne, le mandataire du recourant a produit un mémoire de recours, deux courriers et une réplique. Compte tenu de la fourchette de 550 fr. à 11'000 fr. prévue par l'article 40 alinéa 1 LTar, de l'activité utile déployée, de la teneur des pièces de procédure déposées et de l'ampleur du dossier, la Cour fixe les dépens à un montant forfaitaire de 2000 fr., débours et TVA inclus (art. 27 al. 5 LTar).

Par ces motifs,

**Prononce**

1. Le recours est admis, la décision sur opposition du 15 février 2024 annulée et le dossier renvoyé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens du considérant 4.3.
2. Il n'est pas perçu de frais.
3. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) versera à X \_\_\_\_\_ une indemnité de 2000 francs pour ses dépens.

Sion, le 9 septembre 2025