

MODALITÉS DE L'EXPERTISE:

J'ai rencontré monsieur Guy Bilodeau le 28 juin 2013, à la demande de monsieur Sébastien Jobin-Vermette, avocat au contentieux de la SAAQ, à mon bureau situé à l'adresse indiquée ci-dessus. Je me suis identifié comme psychiatre et évaluateur indépendant. Je lui ai expliqué le contexte de l'entrevue, la nature du rapport à être fourni ainsi que les règles de confidentialité. Il a accepté de procéder à l'entrevue.

Monsieur Bilodeau est arrivé à l'heure. L'entrevue a débuté à 13h50 et s'est terminée à 16h15. L'entrevue s'est déroulée en français en présence de sa conjointe.

2:45 total

À la fin de l'entrevue, j'ai demandé à monsieur Bilodeau s'il désirait ajouter quelque chose et il a eu l'opportunité et le temps d'exprimer spontanément ce qu'il ressentait.

J'ai pris connaissance de la documentation qui m'a été confiée par la SAAQ, celle-ci fait l'objet d'une révision plus loin.

OBJET DE L'EXPERTISE :

- Opinion sur le lien de causalité.
- Opinion sur l'incapacité.
- Opinion sur le traitement et/ou l'investigation.
- Opinion sur les séquelles.

PRÉSENTATION :

Monsieur Guy Bilodeau est un homme âgé de 48 ans, sans enfants, qui vit avec sa conjointe de fait depuis 1991. Avant l'accident du 22 novembre 1990, il travaillait à son compte depuis octobre 1986 dans une entreprise d'installation et d'entretien de systèmes de ventilation. L'accidenté est en arrêt de travail depuis le jour de l'accident. Il n'a pas d'antécédents judiciaires, ni d'antécédents de la CSST ou de la SAAQ.

DOCUMENTS CONSULTÉS :

- La demande d'indemnité générale.
- Les rapports médicaux datés du 8 décembre 1990 au 12 octobre 2011.
- Le rapport de consultation du Dr Roger Morcos, chirurgien orthopédiste, daté du 1^{er} mai 1991.
- Les rapports des consultations en psychiatrie du Dr Michel Saint-Pierre datés du 9 décembre 1991 au 2 décembre 1992.
- Le rapport de consultation en neurochirurgie du Dr Christian Cloutier daté du 28 janvier 1993.
- Le rapport d'expertise orthopédique du Dr Claude Lamarre daté du 29 novembre 1995.
- Le rapport du Dr André Lussier, rhumatologue, daté du 16 décembre 1996.
- Le rapport de monsieur Denis LeBreux, chiropraticien, daté du 7 avril 1997.

la physiothérapie. La suite de ses traitements et la séquence des événements qui suivent cet accident sont bien décrits dans de nombreuses expertises et documents médicaux présents dans ce dossier assez volumineux.

HISTORIQUE, CHRONOLOGIE ET REVISION DES FAITS :

Selon les rapports médicaux datés du 8 décembre 1990 au 12 octobre 2011.

- En date du 8 décembre 1990, le Dr Sykinitis, omnipraticien, a noté : "Contusions multiples chez patient de 26 ans qui était impliqué dans un accident de voiture de haute vitesse. Contusion de la hanche gauche + lombaire. Traitement conservateur à la main. Empracet 30 1-2 co. chaque 4-6 heures, physiothérapie à la main". Le Dr Sykinitis a mis monsieur Bilodeau en arrêt de travail.
- En date du 1^{er} mai 1991, le Dr Moros, chirurgien orthopédiste, a noté : "Lombalgie et cervicalgie post-traumatique. Légère scoliose lombaire. [Traitement] conservateur. Pas d'arrêt de travail de ma part".
- En date du 13 janvier 1992, le Dr St-Pierre, physiatre, a noté : "D.I.M. multi-tagés, cervical, dorsal + lombaire post trauma". Il a suggéré un bloc facettaire, une physiothérapie et a mentionné que monsieur Bilodeau était inapte à retourner au travail.
- En décembre 1998, le Dr Couillard, neurochirurgien, a noté : "Hernie discale L-4 - L-5 gauche et L-5 - S-1 droite. 26 novembre 1998 discectomie L-4 - L-5 gauche, L-5 - S-1 droite. Le patient a été hospitalisé du 24 novembre 1998 au 30 novembre 1998". Il a également mentionné que monsieur Bilodeau était inapte à reprendre son travail.
- En date du 22 septembre 1999, le Dr Dauphin, omnipraticien, a noté comme diagnostics "hernies discales lombaires opérées. Dépression majeure post-trauma". Il a également rapporté la présence d'insomnie, de ralentissement, d'anxiété et de tristesse. Monsieur Bilodeau a été mis sous Effexor.
- En date du 3 septembre 2002, le Dr Corbeil, omnipraticien, a noté comme diagnostics "hernie discale, céphalée, syndrome anxio-dépressif".
- En date du 5 juillet 2005, le Dr Dauphin, omnipraticien, a noté comme diagnostics "TAEC, *vs* discectomie lombaire". Il a également ajouté que monsieur Bilodeau "ne peut lever, tirer, porter, pousser, marcher, se tenir debout, etc. Régression depuis la cessation des traitements de support".
- Dans le dernier rapport daté du 12 octobre 2011, la Dre Lemay, omnipraticienne, a noté "Douleurs rachis cervicale, dorsal et lombaire; limitation de mobilité du rachis; céphalées : depuis l'accident en 1990 (phénomène de "failed back"). Constipation secondaire aux opiacés (pris pour douleur chronique), Incontinences fécales et urinaires. Hémorroïdes secondaires à la constipation (hémoroïdectomie en décembre 2010) avec hémorragie et anémie secondaire (résolue). Limitation de mobilité du rachis cervico-dorso-lombaire. Douleur à la palpation du rachis cervical, dorsal et lombaire. Diminution du réflexe achilléen droit". Comme diagnostics, la Dre Lemay a noté "DIM cervical. "Failed back syndrome" suite à la chirurgie en 1998 (discectomie). Dorsolombalgie chronique dégénérative / sténose foraminale. Radiculopathie S-1 droite avec fibrose. Céphalées et tension chronique secondaire au DIM cervical. Constipation secondaire à la prise des opiacés avec hémorroïdes secondaires. Incontinences fécales et urinaires secondaires à la "failed back syndrome". La Dre Lemay a ajouté qu'elle

- Le rapport d'expertise orthopédique du Dr Marcel Carbonneau daté du 30 septembre 1997.
- Le rapport du Dr Pierre C. Millette, neuroradiologue, daté du 16 avril 1998.
- Le rapport d'examen de Tomo axiale de la colonne lombaire de la Dre Christiane Fisch, radiologue, daté du 24 novembre 1998.
- Le rapport du service interdisciplinaire de réadaptation fonctionnelle daté du 22 juin 1999.
- Le rapport d'expertise orthopédique du Dr André Girard daté du 18 septembre 2001.
- Le rapport d'expertise en neurochirurgie du Dr Benoit Goulet daté du 6 mai 2002.
- **Le rapport d'expertise psychiatrique du Dr Denis Lepage daté du 25 juin 2002.**
- Le rapport de madame Nathalie Duchesne, ergothérapeute, daté du 3 juillet 2003.
- Le rapport de consultation en neurochirurgie du Dr Christian Cloutier daté du 18 août 2003.
- Le rapport d'expertise psychiatrique du Dr Luc Morin daté du 28 novembre 2003.
- Les rapports des thérapeutes en réadaptation physique datés du 15 juin 2004 au 26 mai 2008.
- Le rapport d'expertise orthopédique du Dr Gilles Lamoureux daté du 18 mai 2005.
- Le rapport d'expertise du Dr Mario Seguin, neurochirurgien, daté du 30 juin 2005.
- Le rapport d'examen d'électromyogramme du Dr Spiridon Kantardjieff, neurologue, daté du 1^{er} mai 2006.
- Le rapport d'évaluation médicale du Dr Marc Dauphin, omnipraticien, daté du 7 septembre 2006.
- Le rapport d'examen d'IRM de la colonne lombaire du Dr Denis Bergeron, radiologue, daté du 15 septembre 2006.
- Le rapport de madame Aline Massé, conseillère d'orientation, daté du 9 février 2006.
- Les rapports d'évaluation de l'aptitude à l'emploi de monsieur Normand Grenier, conseiller en réadaptation, datés du 26 juin 2006 et du 4 juillet 2006.
- Le rapport d'examen d'électromyogramme du Dr Michel Lebel, neurologue, daté du 15 octobre 2008.

CIRCONSTANCES DU FAIT ACCIDENTEL :

L'accident s'est produit le 22 novembre 1990 alors que monsieur Guy Bilodeau conduisait son véhicule. Selon la déclaration au dossier, il a perdu le contrôle de sa voiture en voulant éviter d'entrer en collision avec un autre véhicule. En conséquence, sa voiture est sortie de la route et a fait plusieurs tonneaux avant de terminer sa course contre un arbre. L'accident est survenu à haute vitesse (la vitesse réelle ?) et son véhicule a été déclaré une perte totale. L'accidenté portait sa ceinture de sécurité. Il n'y a pas eu de perte de conscience au moment de l'impact. Monsieur Bilodeau a réussi à sortir de sa voiture tout seul et, par la suite, il a été transporté à l'urgence de l'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul. Il se plaignait de douleurs diffuses au niveau cervical, dorsal, lombaire, dans les jambes, à l'épaule droite et à la tête. Les radiographies faites suite à ses plaintes se sont avérées négatives et l'examen neurologique était normal. Un diagnostic de contusions multiples, notamment à la hanche gauche et à la région lombaire, a alors été posé. Monsieur Bilodeau a été mis en observation durant la nuit et a reçu son congé de l'hôpital le lendemain, soit le 23 novembre 1990. De l'Empracet 30 lui a été prescrit ainsi que de

connaissait l'accidenté depuis novembre 2010 et que, depuis ce temps, son état était stable. Elle a indiqué les limitations fonctionnelles permanentes suivantes: "Station debout limitée à moins de 20 minutes; ne peut fléchir rachis dorsolombaire à répétition; ne peut soulever de charges; douleur si assis lors de la conduite plus de 20 à 30 minutes".

Selon le rapport de consultation du Dr Roger Morcos, chirurgien orthopédiste, daté du 1^{er} mai 1991.

- Dans son rapport, le Dr Morcos a noté que monsieur Bilodeau a été référé en consultation par le Dr J. Sykiniotis pour une cervicalgie et une lombalgie à la suite d'un accident d'automobile survenu le 22 novembre 1990. Suite à l'examen qui s'est avéré normal tant du point de vue du rachis que du point de vue neurologique, le Dr Morcos a conclu que l'accidenté présentait une "douleur post-traumatique cervicale et lombaire" et lui a suggéré un traitement actif: musculation des abdominaux, des vertébraux et de la région cervicale.

Les rapports des consultations en physiatrie du Dr Michel Saint-Pierre.

- En date du 9 décembre 1991, le Dr Saint-Pierre a noté que monsieur Bilodeau a été référé en consultation par le Dr L. Mongeau pour une dorso-lombalgie sévère. Dans son rapport, le Dr Saint-Pierre a rapporté que "le patient a consulté les docteurs Morcos et Lamoureux et ces derniers n'ont proposé aucun traitement de nature chirurgicale. Un chiropraticien a été consulté pendant deux mois, sans amélioration. Le patient ne prend aucune médication actuellement. [Il] présente une insomnie depuis plusieurs mois ne dormant qu'environ trois heures par nuit. [Il] n'a pu malgré plusieurs essais reprendre le travail". L'impression du Dr Saint-Pierre était la suivante: "1. Discopathie dégénérative avec rétrolisthésis L5-S1; 2. Possibilité de syndrome facettaire multi-étagé cervical et dorso-lombaire vs fibromyalgie secondaire associé aux troubles du sommeil". Il a prescrit de l'Elavil 25 mg HS et a suggéré une épidurale caudale pour le 13 décembre 1991.
- En date du 13 décembre 1991, le Dr Saint-Pierre a noté que l'épidurale caudale avec corticostéroïdes avait été réalisée avec succès.
- En date du 13 janvier 1992, le Dr Saint-Pierre a noté une amélioration objective post-épidurale et a fixé un rendez-vous à monsieur Bilodeau pour une deuxième infiltration facettaire portant sur les niveaux L-3 - L-4, L-4 - L-5 et L-5 - S-1.
- En date du 17 janvier 1992, le Dr Saint-Pierre a noté qu'une deuxième épidurale caudale avec corticostéroïdes avait été réalisée avec succès.
- En date du 20 mai 1992, le Dr Saint-Pierre a rapporté une absence d'amélioration et a ajouté que "Le patient présente selon moi un tableau qui de plus en plus nous oriente vers une fibromyalgie diffuse pour laquelle présentement, je n'ai aucun traitement additionnel à suggérer".
- En date du 8 juillet 1992, le Dr Saint-Pierre a rapporté "Le patient connu pour une discopathie dégénérative avec rétrolisthésis de L-5 - S-1. Il présente actuellement des signes d'irritation sciatique droite vraisemblablement par aggravation d'une discopathie". Monsieur Bilodeau a eu un rendez-vous pour une autre épidurale caudale le 10 juillet 1992.

- En date du 10 juillet 1992, l'épidurale caudale dans la région lombo-fessière a été réalisée sans complications.
- En date du 31 juillet 1992, le Dr Saint-Pierre a noté "Amélioration du DIM lombo-sacré et de l'irritation sciatique, persistance des anomalies mécaniques au niveau de la charnière lombo-sacré. Tableau fibromyalgique intriqué". Une autre épidurale caudale a été prévue pour le 7 août 1992.
- En date du 2 décembre 1992, le Dr Saint-Pierre a finalement diagnostiqué chez monsieur Bilodeau une hernie discale centrale L-4 - L-5 et L-5 - S1 et a ajouté : "Il est bien difficile chez ce patient d'évaluer l'importance de la douleur et l'importance de douleur qui est en relation avec le problème lombaire. J'ai demandé l'opinion du neurochirurgien à savoir si une chirurgie pourrait l'améliorer. Il sera revu au besoin".

Selon le rapport de consultation en neurochirurgie du Dr Christian Cloutier daté du 28 janvier 1993.

- Cette consultation a été réalisée suite à la demande du Dr Saint-Pierre. Le Dr Cloutier a noté : "Les examens qui ont été faits avec CT-scan, au mois d'octobre et une myélographie, en décembre dernier, sont positifs pour une hernie discale L-5 - S-1 droite et L-4 - L-5 centrale, avec présence de sténose à ce niveau". Son impression diagnostique était la suivante : "Lombalgie chronique et claudication neurogénique S-1, plus marquée du côté droit. À la lumière des tests radiologiques, je propose au patient de subir une discoïdectomie L-5 - S-1 et L-4 - L-5 droite en lui expliquant très bien que la chirurgie devra améliorer les douleurs radiculaires dans le membre inférieur, sans avoir d'effets particuliers sur les douleurs lombaires".

Selon le rapport d'expertise orthopédique du Dr Claude Lamarre daté du 29 novembre 1995.

- Le Dr Lamarre a noté que l'accidenté présentait "une entorse lombaire sévère à la suite d'un accident qui a été vraiment important." Il a également conclu : "Il y a concordance entre l'impact subi et les douleurs que [le patient] présente actuellement". Le Dr Lamarre a établi le déficit anatomo-physiologique de monsieur Bilodeau à deux pour cent (2%) pour cette atteinte lombaire. Du point de vue travail, il a aussi établi les limitations fonctionnelles suivantes : "ne peut travailler en position penchée continue ; ne peut se pencher et se redresser régulièrement ; ne peut soulever des poids de plus de 40 livres ; ne peut travailler en pivotant régulièrement au niveau du tronc".

Selon le rapport du Dr André Lussier, rhumatologue, daté du 16 décembre 1996.

- Le Dr Lussier a rapporté qu'il avait vu monsieur Bilodeau pour "polyarthralgies localisées tant au niveau de la tête avec des douleurs importantes et des céphalées diffuses qu'au niveau du rachis total avec des douleurs au niveau des hanches et [...] des épaules". L'accidenté a été mis sous l'Ultradol 300 mg BID et le Flexeril 10 mg HS "qu'il n'a pas pu prendre étant donné certains effets secondaires entraînant un état dépressif et une sensation de fatigue". Alors, il a été remis sous Robaxisal. Le Dr Lussier a conclu que monsieur Bilodeau a "une facette non organique dans tout l'ensemble de ce syndrome".

Selon le rapport de monsieur Denis LeBreux, chiropraticien, daté du 7 avril 1997.

- Monsieur LeBreux a rapporté que monsieur Bilodeau était venu le consulter le 5 décembre 1990 "souffrant de douleurs au dos couvrant les régions dorsales et lombaires. Cette douleur se manifestait depuis une semaine depuis qu'il avait frappé un poteau de téléphone avec sa voiture. L'examen réalisé a révélé une légère imbalance posturale ainsi qu'une restriction dans les mouvements". Après douze traitements, qui lui ont été prodigués entre le 14 décembre 1990 et le 18 janvier 1991, une amélioration objective de l'état de l'accidenté a été constatée et les traitements ont été cessés suite à une réévaluation.

Selon le rapport d'expertise orthopédique du Dr Marcel Carbonneau daté du 30 septembre 1997.

- Dans son rapport, le Dr Carbonneau a fait une étude rigoureuse des évaluations et des examens orthopédiques précédents de monsieur Bilodeau. Suite à cette analyse, il a confirmé la décision de la SAAQ de refuser toute rechute dans le dossier de l'accidenté.

Selon le rapport du Dr Pierre C. Millette, neuroradiologue, daté du 16 avril 1998.

- Le Dr Millette a fait une étude du dossier radiologique de monsieur Bilodeau : il a analysé les examens de la colonne lombo-sacrée pratiqués à l'Hôpital St-Vincent de Paul le 6-3-87, au Centre hospitalier de Sherbrooke le 9-12-91 et le 24-12-92 et à l'Hôpital St-Vincent de Paul alors que l'accidenté avait 26 ans selon l'inscription sur le film, mais sans date précise de l'examen. Le Dr Millette a constaté qu'il n'y avait pas de différence significative dans l'aspect des structures osseuses et des espaces intervertébraux sur les quatre examens. Le Dr Millette n'a détecté aucun signe de discopathie chronique sur aucun des examens radiologiques pratiqués chez monsieur Bilodeau. En conséquence, il a conclu que "il était erroné de poser le diagnostic de discopathie dégénérative du disque L-5 - S-1 sur les radiographies pratiquées le 6-3-87. Comme ce diagnostic semble avoir été posé uniquement sur la foi d'un rétroisthéis que les examens subséquents ont démontré être illusoire, il devrait être rejeté".

Selon le rapport d'examen de Tomo axiale de la colonne lombaire de la Dre Christiane Fisch, radiologue, daté du 24 novembre 1998.

- Dans son rapport, la Dre Fisch a conclu que monsieur Bilodeau présentait "une hernie discale centro-latérale gauche L-4 - L-5 avec compression du sac dural à ce niveau. Présence d'une deuxième hernie discale centro-latérale droite L-5 - S-1, plus petite que la première, avec également une petite compression du sac dural au site d'émergence de la racine S-1 droite".

Selon le rapport du service interdisciplinaire de réadaptation fonctionnelle daté du 22 juin 1999.

- Monsieur Bilodeau a commencé ses traitements dans un Centre universitaire de santé de l'Estrie au service interdisciplinaire de réadaptation fonctionnelle le 4 mai 1999. Ce programme a duré neuf semaines à raison de cinq journées par semaine et a pris fin le 9

juillet 1999. Pendant cette période, les capacités fonctionnelles de l'accidenté ont été évaluées par un physiothérapeute, un thérapeute en réadaptation physique et un ergothérapeute. En conclusion, il a été noté que : "À son arrivée au programme, nous pouvons observer un déconditionnement général important de sa condition physique. À la fin du programme, ses capacités physiques demeurent faibles, sauf que monsieur est en mesure de bien fonctionner dans son quotidien, ce qui démontre une bonne capacité à utiliser au maximum ses forces tout en respectant ses limites et utilisant ses temps de récupération à bon escient". Monsieur Bilodeau a été également rencontré à trois reprises par le psychologue de l'équipe pour lui offrir le soutien nécessaire et l'aider à s'adapter à sa situation post-accidentelle.

- Dans le rapport de développement de capacité, il a été noté : "pour ce qui est de son orientation sur le marché du travail, monsieur ne possède plus de lien d'emploi, il affirme avoir l'intention de se trouver un emploi correspondant à ses capacités actuelles qui sont plus faibles qu'avant son accident. À cet effet, nous l'avons informé des organismes communautaires en place afin de le guider dans sa recherche d'emploi".

13- Selon le rapport d'expertise orthopédique du Dr André Girard daté du 18 septembre 2001.

- Après la révision des différents documents au dossier de l'accidenté, le Dr Girard a accepté la relation entre la rechute de 1998 ainsi que les discoidectomies L-4 - L-5 pratiquées le 26 novembre 1998 et l'accident du 22 novembre 1990.

14- Selon le rapport d'expertise en neurochirurgie du Dr Benoit Goulet daté du 6 mai 2002.

- Le Dr Goulet a diagnostiqué chez monsieur Bilodeau "une dégénérescence discale L-4 - L-5 et L-5 - S1 pouvant expliquer les douleurs lombaires, mais qui n'expliquent pas les douleurs aux jambes". Le Dr Goulet a également ajouté que les troubles dépressifs, qui jouaient certainement un rôle dans l'état global de l'accidenté, n'étaient pas tenus en compte dans cette évaluation. Il a été d'avis que monsieur Bilodeau était en mesure d'exercer un emploi à temps plein qui respecterait ses limitations fonctionnelles et a conclu que "Le patient a subi une discoidectomie [à deux niveaux] lui ayant laissé des limitations fonctionnelles dont le DAP à 50%".

15- Selon le rapport d'expertise psychiatrique du Dr Denis Lepage daté du 25 juin 2002.

- Dans son rapport, le Dr Lepage a conclu que monsieur Bilodeau souffrait d'un trouble somatoforme. Il a ajouté que "la motivation [de l'accidenté] à gagner son combat contre la SAAQ est à l'avant-plan et colore très probablement l'ensemble du tableau". Le Dr Lepage était d'avis que "il n'y a pas de condition psychologique qui, en soi, empêche monsieur Bilodeau d'exercer tout emploi". Il n'a émis aucune recommandation concernant le plan psychothérapeutique. Finalement, le Dr Lepage a noté : "Pour ce qui est du DAP, il s'agit d'un syndrome névrotique, mais incomplet, fluctuant, qui en soi n'entraîne que des modifications mineures. Les capacités adaptatives de l'individu m'apparaissent limitées, mais ceci à mon avis relève de traits de personnalité. Le tableau psychologique ne rend pas compte en soi d'une réduction significative des activités quotidiennes ni de l'altération du rendement social ou personnel qui répond encore là,

probablement, à des traits de personnalité. Aussi, je ne vois pas que les séquelles permanentes commandent un DAP au-delà de 2% pour ce qui est du volet strictement psychiatrique".

Selon le rapport de madame Nathalie Duchesne, ergothérapeute, daté du 3 juillet 2003.

- Madame Duchesne a évalué la pertinence de l'acquisition d'une chaise ergonomique par monsieur Bilodeau et a noté que "à la lumière des différents éléments soit : la condition non stable de monsieur et l'absence d'une évaluation [par neurochirurgien]; les activités quotidiennes très limitées effectuées par monsieur; l'absence de la nécessité d'assumer la position assise et ce pour une durée déterminée dans le cadre d'obligation de travail rémunéré; les restrictions et limitations fonctionnelles connues et retrouvées au dossier de même que les mesures analgésiques déjà développées et pouvant être appliquées par monsieur Bilodeau, nous ne croyons pas nécessaire de recommander présentement une chaise ergonomique à monsieur".
- Suite à la contestation, en date du 30 octobre 2003, cette décision a été modifiée par la Direction de la révision et les frais relatifs à la chaise orthopédique ont finalement été remboursés à monsieur Bilodeau.

Selon le rapport de consultation en neurochirurgie du Dr Christian Cloutier daté du 18 août 2003.

- Dans son rapport, le Dr Cloutier a noté: "On note un affect déprimé, un ralentissement psychomoteur. Sa femme répond à toutes les questions. Le patient est plutôt affaibli. Examen neurologique est normal. Impression : lombosciatalgies plus marquées à droite, chronique, sans évidence de radiculopathie aiguë et probablement chroniques. Symptômes non spécifiques. Il y a une hyper-sensibilité diffuse avec plusieurs points de douleurs (fibromyalgies ?)". Il a suggéré de faire un électromyogramme "pour voir s'il y a atteinte chronique secondaire à l'ancienne hernie discale", de faire une autre résonance magnétique ainsi que de poursuivre un programme de conditionnement physique.

Selon le rapport d'expertise psychiatrique du Dr Luc Morin daté du 28 novembre 2003.

- Dans son rapport, le Dr Morin a décrit en détail la séquence chronologique des événements qui ont suivi l'accident de monsieur Bilodeau. Le Dr Morin décrit également le processus de détérioration graduelle de l'état physique et psychologique de ce dernier. Le Dr Morin a noté que l'accidenté présentait "des troubles de concentration et de mémoire, de l'irritabilité, une tendance à se retirer dans sa bulle et à fuir le bruit, la parenté, la foule ainsi que perte d'intérêt, tristesse et colère à cause d'un état physique qui ne s'améliore pas". Il lui a diagnostiqué un état dépressif majeur "lequel a été précipité par les douleurs sévères, récurrentes, secondaires et chroniques à l'accident de novembre 1990. Cet état dépressif majeur est source de grande détresse et de dysfonctionnement important dans sa vie quotidienne ainsi que dans son fonctionnement social et occupationnel". Le Dr Morin a consolidé monsieur Bilodeau avec un DAP de 40 % à 70% et a ajouté que "la dépression est souvent une complication de la douleur chronique". Dans ce rapport, le Dr Morin n'a pas donné ses recommandations concernant la nécessité ou non d'un suivi psychiatrique ou bien psychologique et il n'a pas suggéré

non plus de traitement pharmacologique en rapport avec l'état de santé de monsieur Bilodeau.

Selon les rapports des thérapeutes en réadaptation physique datés du 15 juin 2004 au 26 mai 2008.

- Monsieur Bilodeau a été vu en physiothérapie à la clinique Physio Optima à Sherbrooke pour une lombalgie post-traumatique et par la suite, pour une radiculopathie à partir du 15 avril 2004 jusqu'au 23 mai 2008 où, en début de programme, certaines améliorations de son état ont été notées. Par la suite, son état de santé physique a été jugé stable.
- Dans le rapport effectué le 20 mai 2008, madame Catherine Raynauld, thérapeute en réadaptation physique a noté : *"concernant l'évolution de monsieur Bilodeau en physiothérapie, il rapporte généralement un état stable, mais lorsqu'il est de longues périodes sans traitements, il rapporte une augmentation des tensions musculaires et des céphalées. Objectivement, nous avons pu observer au fil des mois une augmentation graduelle d'une boiterie à la marche qui se manifeste par une diminution de mise en charge sur son membre inférieur droit. À l'analyse, nous notons que la mobilité cervicale et dorso-lombaire est légèrement augmentée en flexion. Les autres paramètres de mobilité sont stables"*.

Selon le rapport d'expertise orthopédique du Dr Gilles Lamoureux daté du 18 mai 2005.

- Après avoir pris connaissance des documents soumis et après avoir examiné et questionné monsieur Bilodeau, le Dr Lamoureux a recommandé les restrictions permanentes de classe III suivantes : *"monsieur doit éviter les activités qui impliquent de : soulever, porter, pousser, tirer de façon répétitive ou fréquente des charges dépassant environ 5 kilos; marcher longtemps; garder la même posture debout ou assise plus de 30 minutes consécutives; travailler dans une position instable, par exemple dans échafaudage, échelle, escaliers; d'effectuer des mouvements répétitifs des membres inférieurs (comme actionner des pédales); subir des vibrations de basse fréquence ou des contrecoups à la colonne vertébrale lombaire (comme celles provoquées par du matériel roulant sans suspension)"*. Le Dr Lamoureux était d'avis que l'accidenté était apte à exercer un emploi à temps plein qui respecterait les limitations et restrictions fonctionnelles mentionnées ci-haut. Le Dr Lamoureux n'a suggéré aucun traitement ni investigations supplémentaires et a consolidé monsieur Bilodeau avec un DAP de 5% pour *"discoïdectomie chirurgicale sans ankylose complète L-4 - L-5"*, avec un DAP de 5% pour *"discoïdectomie chirurgicale sans ankylose complète L-5 - S-1"* et avec 0.35% pour les préjudices esthétiques (une cicatrice lombo-sacrée, 7 cm de long par 0.5 cm de large).

Selon le rapport d'expertise du Dr Mario Seguin, neurochirurgien, daté du 30 juin 2005.

- Dans son rapport, le Dr Seguin a mentionné que *"Monsieur Bilodeau rapporte par ailleurs souffrir d'une réaction dépressive pour laquelle il aurait reçu un support principalement de son physiothérapeute et de l'acupuncteur"*. Il a également ajouté que *"concernant le traumatisme crânien, [...] on doit conclure qu'il a été une simple*

commotion cérébrale [...] qui n'a laissé aucune séquelle permanente. Il faut donc expliquer les problèmes mnésiques rapportés par monsieur Bilodeau par sa réaction dépressive et non par un dommage cérébral consécutif à l'accident du 22 novembre 1990. Le Dr Seguin a émis plusieurs restrictions fonctionnelles, mais a néanmoins conclu que l'accidenté était apte à exécuter un travail qui respecterait ses limitations permanentes au début à temps partiel et par la suite à temps plein. Il a suggéré de cesser les traitements de physiothérapie et d'acupuncture et a consolidé monsieur Bilodeau avec la classe de gravité 2 soit 4% pour une ankylose de flexion et d'extension du tronc.

20 - Selon le rapport d'examen d'électromyogramme du Dr Spiridon Kantardjieff, neurologue, daté du 1^{er} mai 2006.

- Suite à cet examen, le Dr Kantardjieff a conclu que "le résultat de cet examen est compatible avec une radiculopathie L-5 - S-1 droite, de faible degré et uniquement chronique. À noter l'absence de tout changement dénervatif aigu dans les muscles examinés".

21 - Selon le rapport d'évaluation médicale du Dr Marc Dauphin, omnipraticien, daté du 7 septembre 2006.

- Dans ce rapport, le Dr Dauphin a fait une analyse du dossier de monsieur Bilodeau et a décrit en détail la séquence des événements qui ont suivi son accident routier du 22 novembre 1990. Le Dr Dauphin a conclu que "Il est donc clair, selon les règles même d'imputabilité de la SAAQ, que les problèmes de la colonne cervicale de monsieur Bilodeau sont reliés directement à son accident d'automobile. En conséquence, il aurait droit aux indemnités et aux soins prévus par la loi". Le Dr Dauphin a consolidé monsieur Bilodeau avec la classe de gravité 2 pour "limitations fonctionnelles à la suite d'une entorse (cervicale)".

Selon le rapport d'examen d'IRM de la colonne lombaire du Dr Denis Bergeron, radiologue, daté du 15 septembre 2006.

- Selon le rapport du Dr Bergeron en date du 15 septembre 2006, "comparativement à l'examen précédent, pas de changement significatif à noter. Pas de signe de hernie discale focale".

22 - Selon le rapport de madame Aline Massé, conseillère d'orientation, daté du 9 février 2006.

- Monsieur Bilodeau a été référé à une évaluation en orientation professionnelle dans le but de déterminer un ou plusieurs types d'emploi qui tiendraient compte de ses limitations et restrictions fonctionnelles ainsi que de son niveau de formation, de ses capacités physiques et de ses intérêts. Après cinq rencontres, madame Masse a conclu : "Au terme de la démarche, monsieur n'a retenu [aucun] type d'emploi. Il exprime qu'il ne souhaite pas être en contact avec des gens, ne veut pas avoir de patron, ne souhaite pas être dans une usine. Les requêtes de monsieur ne nous permettent pas de trouver un emploi possible".

23. Selon les rapports d'évaluation de l'aptitude à l'emploi de monsieur Normand Grenier, conseiller en réadaptation.

- En date du 26 juin 2006, monsieur Grenier a rapporté que le dossier de monsieur Bilodeau pour poursuivre la démarche de réinsertion professionnelle avait été réactivé. Après les rencontres avec la conseillère d'orientation, l'accidenté a finalement retenu deux emplois soit ceux de vérificateur de panneaux de commande et d'électronicien d'entretien. Malheureusement, après les vérifications des exigences réelles de ces emplois sur le marché du travail, il a été conclu qu'ils ne convenaient pas et ne répondaient pas aux conditions émises par la personne accidentée. Par la suite, on a proposé à monsieur Bilodeau de retourner aux études pour passer éventuellement les tests d'équivalence de niveau secondaire afin d'améliorer son niveau d'employabilité. Monsieur Bilodeau a passé ses tests de classement et il s'est classé au niveau préscolaire. Il voulait suivre la formation à distance, mais s'est classé trop bas pour le faire.
- En date du 4 juillet 2006, monsieur Grenier a noté : *"Nous avons reçu un appel du centre d'éducation des adultes. Monsieur Bilodeau a complété ses tests de classement et il se situerait au niveau préscolaire. Il est classé trop bas pour envisager une formation à distance comme monsieur Bilodeau aurait souhaité le faire".*

→ Pas Note
Cote St. Michel

24. Selon le rapport d'examen d'électromyogramme du Dr Michel Lebel, neurologue, daté du 15 octobre 2008.

- Le Dr Lebel a noté que monsieur Bilodeau a été référé "pour évaluation du plancher pelvien dans un contexte d'incontinence fécale". Il a procédé à un électromyogramme anal et a écrit "au niveau du plancher pelvien, je n'ai pas retrouvé de déficit sensitif ou moteur localisé au niveau des organes génitaux ni au niveau de la région périnéale. Il n'y a pas d'hypoesthésie en selle". Suite à son étude, le Dr Lebel a conclu que "l'étude [se situe] dans les limites de la normale. Pas d'évidence de changement neurogène démontré sur cet examen".

25. **ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES PERSONNELS**

Selon monsieur Bilodeau, il n'a jamais été vu en psychiatrie et n'a jamais été suivi en psychothérapie avant l'accident du 22 novembre 1990. Il n'a jamais été traité avec des antidépresseurs ou autres médicaments psychotropes antérieurement à l'accident non plus. Cependant, il n'était pas sûr de cette information. Après l'accident, il déclare avoir fait deux tentatives de suicide : la première par intoxication médicamenteuse après son accident et l'autre par pendaison après sa chirurgie de discoïdectomie en 1998. Dans le premier cas, il a vomi ses médicaments et n'est pas allé à l'urgence et la deuxième fois, c'est sa conjointe qui l'a trouvé au moment de poser son geste.

ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES FAMILIAUX

Monsieur Bilodeau déclare qu'un de ses frères, qui est décédé en 2013 du cancer des poumons, avait des problèmes d'alcool, mais pour le reste, l'histoire psychiatrique familiale est négative.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERSONNELSPré-accident :

- Amygdalectomie.
- Douleur sciatique en 1987.

Rien avant accident

Post-accident :

- Entorse cervicale.
- Migraines.
- Hernie discale.
- Discoïdectomie L-4 - L-5 et L-5 - S1 en novembre 1998.
- Incontinences fécales et urinaires (étiologie ?).
- Hémostectomie en décembre 2010.
- Complications multiples post-hémostectomie : hémorragies qui requéraient des hospitalisations et environ 20 transfusions sanguines au total.
- Dysfonctionnement sexuel intermittent.
- Douleur cervico-dorso-lombaire chronique.

Après accident et ce n'est pas fini

HABITUDES PERSONNELLES

Monsieur Bilodeau ne boit pas de café. Il ne fume pas, ne fait usage ni de drogues ni d'alcool et ne consomme aucune substance toxique. Il ne rapporte pas de jeu pathologique.

TRAITEMENT ACTUEL

- Citalopram 20 mg.
- Mirtazapine 15 mg.
- Temazepam 30 mg.
- Sandomigran 1 mg. PRN
- Jamp-Cyclobenzaprine 10 mg.
- M-Eslon L.A. 15 mg.
- M-Eslon L.A. 10 mg.
- Statex 5 mg.
- Celebrex 200 mg.
- Lyrica 150 mg.

*Pour quel raison consomme-t-il?
vous, vous en prenez combien?*

*Liste que la SAAO rembourse
J manque celle du MSSS.*

28
29
Monsieur Bilodeau ne se souvenait pas depuis quand il prenait le Citalopram. Il n'était pas non plus en mesure de me donner l'information concernant sa réponse à cet antidépresseur. Auparavant, il déclare avoir essayé d'autres antidépresseurs, mais il ne se souvenait pas de leurs noms sauf pour le Wellbutrin. La première fois qu'il a pris un antidépresseur était en 1995.

92 ? En l'air

HISTOIRE PERSONNELLE

30
31
32
Monsieur Bilodeau est né près de Sherbrooke au Québec dans une famille de onze enfants où il était le huitième. Sa mère est âgée de 73 ans et son père est décédé à l'âge de 51 ans d'un infarctus du myocarde. Un de ses frères est également décédé en 2013 d'un cancer des poumons. Il décrit son enfance et son adolescence comme stables, sans traumatisme psychologique. Il nie toute histoire de négligence, violence ou abus. L'histoire personnelle et familiale ainsi que l'histoire de travail de monsieur Bilodeau sont très bien décrites dans l'expertise du Dr Denis Lepage, psychiatre, datée du 21 juin 2002 et dans l'expertise du Dr Luc Morin, psychiatre, datée des 21 et 28 novembre 2003. Monsieur Bilodeau habite avec sa conjointe de fait depuis 1991. Selon lui, leur relation est stable.

SITUATION ACTUELLE 2013

33
En pré-morbide, monsieur Bilodeau était très travaillant. Il a créé sa propre entreprise d'installation et d'entretien de systèmes de ventilation résidentiels dans laquelle il a travaillé de 1986 à 1990. Il a dû cesser de travailler après son accident d'auto du 22 novembre 1990. Il déclare qu'il travaillait environ 14 heures par jour. Il prévoyait agrandir son entreprise, acheter un terrain de son mentor ainsi qu'ouvrir un garage pour les réparations de voitures anciennes. Il dit qu'à l'époque, il gagnait bien sa vie, ce qui lui permettait d'aider sa famille et surtout sa mère avec qui il vivait.

34
Monsieur Bilodeau est suivi par son médecin traitant, la Dre Catherine Lemay, et ce, depuis environ cinq ans. Présentement, elle est en congé de maternité et elle reviendra seulement l'année prochaine. En ce moment, l'accidenté est suivi par une infirmière spécialisée à la Clinique du plateau Marquette à Sherbrooke. La dernière visite était le 8 mai 2013. Depuis son accident du 22 novembre 1990, il a également été suivi par de nombreux spécialistes dans différents domaines. Leurs rapports sont présentés dans la section "historique, chronologie et révision des faits" de cette expertise. Monsieur Bilodeau n'a pas été suivi en psychothérapie. On trouve seulement une mention disant qu'il a été vu à trois reprises par le psychologue de l'équipe du service interdisciplinaire dans le cadre du programme de réadaptation fonctionnelle dans un Centre universitaire de santé de l'Estrie en été 1999.

35
Sur le plan physique, monsieur Bilodeau rapporte que depuis l'accident, il a des douleurs diffuses à la région cervicale, dorsale, lombaire, aux jambes, à l'épaule droite et à la tête. Cependant, pendant l'entrevue, il se plaignait surtout de douleurs cervicales avec une irradiation à l'épaule droite et à la main droite ainsi que de douleurs le long de la colonne vertébrale. Sur une échelle progressive de 0 (aucune douleur) à 10 (douleur sévère), l'intensité de la douleur cervicale rapportée durant l'entrevue était de 8 à 9/10. L'intensité la plus faible durant la dernière semaine était de 4/10. Il a mentionné que la douleur était plus vive durant l'entrevue à cause de son trajet à Montréal. Monsieur Bilodeau déclare ressentir cette douleur 24 heures sur 24 et elle

trajet mtl MBX
app. bras droit

s'aggrave lorsqu'il reste dans la position assise ou debout pour une période prolongée. L'humidité, les changements de température et le stress contribuent également à l'augmentation de ses douleurs. L'accidenté a été référé à une clinique de la douleur, mais il n'a pas encore obtenu de rendez-vous.

Monsieur Bilodeau déclare également avoir des migraines héli-crâniennes fréquentes depuis 1991. Il dit que, sans médication, elles durent environ trois heures. Cependant, en 1995, les céphalées étaient si sévères qu'il était obligé d'aller à l'hôpital. Lors des céphalées, il devient nauséux et photophobique.

Au sujet de ses AVQ/AVD, monsieur Bilodeau rapporte avoir un sommeil fractionné et perturbé. Il se couche entre 21h et 22h et se réveille à 2h ou 3h. Cependant, il dit que ce n'est pas un sommeil réparateur, car la douleur le réveille plusieurs fois pendant la nuit. Au lever, il prépare le petit déjeuner, prend une douche et fait des exercices recommandés par la physiothérapeute. Il regarde la télévision environ deux heures par jour, reste environ deux heures au total à l'ordinateur et parfois, il écoute de la musique. Il fait l'épicerie environ trois ou quatre fois par mois, va à la banque une fois par mois et occasionnellement fait du magasinage. Il visite les membres de sa famille et ses amis environ deux fois par mois. Monsieur Bilodeau déclare qu'il travaille sur son dossier de la SAAQ environ six heures par jour : il prend des notes, fait des photocopies de documents, lit des documents juridiques et administratifs et fait toute sorte de "paperasse". Sa conjointe l'aide à taper la correspondance et elle rapporte qu'une des pièces de leur appartement est presque entièrement occupée par les dossiers de la SAAQ. Présentement, il n'a pas d'avocat parce qu'il dit qu'ils sont tous "une bande de voleurs". Donc, il fait tout le travail lui-même.

L'accidenté déclare ne pas être capable d'accomplir la plupart des tâches domestiques de façon autonome. Il a recours à l'aide de sa conjointe pour laver la vaisselle, passer le balai, laver les planchers, faire le lit, cuisiner, sortir les poubelles et faire toutes sortes de travaux d'entretien. Il n'est pas en mesure de faire les gros travaux dans son domicile non plus. Par contre, il est capable de préparer tout seul des repas simples. Monsieur Bilodeau fait les soins d'hygiène personnelle sans aide, mais il "fait les choses plus lentement tout seul". Il déclare avoir un problème d'incontinence. Monsieur Bilodeau rapporte qu'il lave sa voiture trois fois par semaine en faisant les mouvements recommandés par son physiothérapeute.

Monsieur Bilodeau se plaint de la réduction de sa mobilité depuis l'accident. Il a de la difficulté à se lever d'une chaise ou du lit, à s'agenouiller, à se pencher, à monter les escaliers et à soulever des objets légers. La plupart du temps, il reste à la maison. Sa conjointe dit qu'il est souvent obligé de s'allonger durant la journée pour se reposer ainsi que de changer de position fréquemment. Il marche plus lentement qu'auparavant et il boite. Il a de la difficulté à marcher à l'extérieur plus de dix minutes.

Monsieur Bilodeau continue à conduire son automobile environ trente à quarante minutes par jour et environ 40 km par semaine. Il dit qu'il n'a plus les mêmes réflexes qu'avant. Il n'aime pas conduire en ville. Depuis l'accident, il a seulement eu un accrochage sans conséquences qu'il n'a pas déclaré à la SAAQ. Il rapporte avoir de la difficulté à conduire une voiture manuelle. C'est pourquoi il a dû vendre sa vieille voiture et la changer pour une automatique.

Parmi les symptômes qui l'empêchent actuellement d'avoir une vie plus active, monsieur Bilodeau note surtout la douleur, mais aussi les problèmes de concentration lors de la conduite ou lorsqu'il lit, les problèmes de mémoire, le manque d'intérêt, d'énergie et de motivation, le sentiment de découragement, la fatigue, les difficultés à gérer le stress et la colère et l'insomnie.

←
lorsqu'il peut concentrer

des X selon santé etc, printemps

Si sort sinon reste maison

124 2009
9906M
114 2013
0725

42

En 2006, monsieur Bilodeau a essayé de retourner à l'école pour adultes à Sherbrooke pour compléter ses études secondaires. Cependant, il a arrêté après deux ou trois semaines à cause de difficultés de concentration et d'un manque de compréhension de la lecture. Concernant les problèmes de mémoire, il dit "ma femme est ma mémoire". Sa conjointe à son tour dit que "il est tellement engagé avec son dossier de la SAAQ, qu'il oublie le temps présent".

Sous menaces SAAQ

43

Depuis l'accident, monsieur Bilodeau a fait quelques tentatives de retour au travail. La première fois, il a essayé de le faire tout de suite après son accident. Comme il avait quelques contrats à terminer avant les fêtes et qu'il devait s'occuper du bureau, il a tenté de se remettre au travail. Cependant, les douleurs au dos, aux épaules, à la jambe droite ainsi que des céphalées l'ont empêché de remplir ses obligations. La deuxième fois, il a essayé de faire du bénévolat; il a travaillé sur appel une à trois fois par semaine dans un centre communautaire. Selon les besoins, il était appelé pour ramasser les feuilles. Cependant, il a été obligé de quitter, car il n'avait pas assez d'énergie pour accomplir ces tâches. La troisième fois, l'accidenté a commencé un travail d'entretien léger, encore sur une base bénévole et toujours sur appel. Sa conjointe travaillait également dans le même centre. Il a exercé ce travail de 2004 à 2010 et a dû finalement arrêter à cause de conflits internes. En 2010, monsieur Bilodeau qui faisait toujours du bénévolat a demandé à l'administration du centre où il travaillait de lui rembourser au moins le kilométrage car à part le travail d'entretien léger, il faisait aussi des réparations mineures pour ce centre. Il allait chercher le matériel nécessaire pour les réparations avec sa voiture. L'administration du centre a rejeté sa demande et l'accidenté dit qu'il n'avait pas les moyens de payer l'essence. Depuis son accident, il vit sur le bien-être social.

4/5 mois par logis

Trouver 1 seul personne qui mss/ass chargé qui ont de l'argent à donner

crof

Peut avoir 1 seul personne qui achet sur le compte afin d'avoir un suivi

EXAMEN MENTAL

Bouche sèche

Il s'agit d'un homme de 48 ans, grand de taille, mince, habillé de façon appropriée. Il avait l'air triste, mais était capable de temps en temps de sourire durant l'entrevue et à la fin, il a failli pleurer. Il présentait de la xérostomie. L'accidenté est arrivé accompagné de sa femme qui a également assisté à l'entrevue. Durant l'entrevue, la conjointe de monsieur Bilodeau a pris une attitude plutôt passive. À quelques reprises, elle a ajouté et a précisé une information pertinente suite à ma demande. Elle était coopérative et aidante. Monsieur Bilodeau était également coopératif et a maintenu un bon contact visuel. Il n'y avait pas d'indice qu'il cherchait à exagérer sa symptomatologie, ou à dissimuler des informations pertinentes. Il ne présentait pas de signes d'agitation. Par contre, il présentait des signes de ralentissement psychomoteur léger. Il présentait également des mouvements antalgiques et durant l'entrevue, il a changé de position plusieurs fois. L'accidenté était assez attentif et alerte. Son affect était légèrement triste, restreint et aplati, mais approprié. Parfois, il faisait des commentaires sarcastiques. Il ne présentait pas de labilité affective. Son discours était normal, bien construit et spontané. Il parlait à voix basse. La forme de ses pensées était normale. Au niveau du contenu de ses pensées, monsieur Bilodeau n'a pas d'idées suicidaires ou hétéro-agressives. Il n'a pas d'idées délirantes non plus. Il rapporte également avoir des sentiments de tristesse, de pessimisme, de désespoir, de l'irritabilité, la perte de la joie, de la fatigabilité, une diminution de la libido ainsi qu'une diminution de l'intérêt, du plaisir et de la motivation. Il a l'impression que l'avenir est sans espoir et que les choses ne feront qu'empirer. Il rapporte avoir beaucoup plus de difficulté à prendre des décisions qu'auparavant. Il dit qu'il doit réfléchir beaucoup avant de prendre une décision. Sa perception était normale. Son jugement et son autocritique étaient adéquats. De façon subjective, le requérant se plaint des problèmes de concentration et de mémoire. Cependant, dans le contexte

2:45 Hrs

insultante

avels-ont les signes de la dépression

45

46

de l'entrevue, la fonction cognitive était dans les limites de la normale à l'exception de certaines difficultés à se rappeler des dates d'évènements.

DIAGNOSTIC MULTI-AXIAL (DSM-IV)

- 49
- Axe I: Trouble d'adaptation.
Syndrome somatoforme douloureux chronique.
- Axe II: Traits de la personnalité obsessionnelle-compulsive.
- Axe III: Douleur cervico-dorso-lombaire chronique.
Hernie discale et discoïdectomie L-4 - L-5 et L-5 - S1.
Migraines hémicrâniennes.
Entorse cervicale.
Dysfonctionnement sexuel intermittent.
Incontinences fécales et urinaires (étiologie ?).
Complications post-hémorroïdectomie (hémorragies et transfusions sanguines multiples).
- Axe IV: Interventions chirurgicales.
Limitations physiques.
Douleur chronique.
Décès de son frère en 2013.
Les problèmes de santé de sa conjointe.
Difficultés financières.
Litige avec la SAAQ.
- Axe V: Niveau de fonctionnement à l'E.G.F se situe à 60.

RÉSUMÉ DU CAS

18

Monsieur Guy Bilodeau est un homme âgé de 48 ans, sans enfants, qui vit avec sa conjointe de fait depuis 1991. Il décrit son enfance et son adolescence comme stables, heureuses, sans traumatisme psychologique. Il nie toute histoire de négligence, violence ou abus. Il n'a pas d'antécédents psychiatriques personnels. En ce qui concerne les antécédents psychiatriques familiaux, monsieur Bilodeau déclare qu'un de ses frères, qui est décédé en 2013 du cancer des poumons, avait des problèmes d'alcool. Le requérant a terminé son secondaire III et est entré sur le marché du travail. Avant l'accident du 22 novembre 1990, il travaillait à son compte dans une entreprise d'installation et d'entretien de systèmes de ventilation depuis octobre 1986. Il déclare qu'il travaillait environ 14 heures par jour et qu'il avait prévu acheter l'entreprise et un terrain de son mentor ainsi qu'ouvrir un garage pour la réparation de voitures anciennes. Le 22 novembre 1990, monsieur Guy Bilodeau, alors au volant de son véhicule, a eu un accident routier à grande vitesse: il a perdu le contrôle de sa voiture qui est sortie de la route et a fait plusieurs tonneaux avant de s'écraser contre un arbre. Tout de suite après cet événement, il s'est plaint des douleurs diffuses au niveau cervical, dorsal, lombaire, dans les jambes, à l'épaule droite et à la tête. À l'urgence, il a reçu un diagnostic de contusions multiples et a été

voiture
venant sens
inverse

référé en physiothérapie. Malgré de nombreux traitements et consultations avec différents spécialistes, les douleurs cervico-dorso-lombaires ainsi que les céphalées persistaient. C'est à ce moment-là que l'accidenté a essayé de se suicider pour la première fois par intoxication médicamenteuse. Cependant, il déclare avoir vomi ses médicaments et ne pas être allé à l'urgence. En décembre 1992, monsieur Bilodeau a été diagnostiqué avec une hernie discale centrale L-4 - L-5 et L-5 - S-1. Cependant, il a refusé d'être opéré. C'est seulement en novembre 1998 que l'accidenté a subi une discectomie L-4 - L-5 et L-5 - S1 qui a soulagé partiellement ses douleurs dorso-lombaires, mais pas les douleurs cervicales ni les céphalées. Monsieur Bilodeau allègue qu'après cette opération, il a commencé à avoir des problèmes d'incontinence fécale et urinaire. Durant cette période, il a fait un geste suicidaire pour une deuxième fois. Le 4 mai 1999, Monsieur Bilodeau a commencé ses traitements dans un Centre universitaire de santé de l'Estrie au service interdisciplinaire de réadaptation fonctionnelle où il a été également vu à trois reprises par le psychologue de l'équipe. En septembre 1999, l'accidenté a été diagnostiqué par son médecin traitant avec une dépression majeure et a été mis sous antidépresseurs. Plus tard, en septembre 2002, il a aussi été diagnostiqué avec un syndrome anxio-dépressif. Monsieur Bilodeau n'a pas été suivi en psychothérapie depuis son accident. Il a eu deux expertises psychiatriques : la première en juin 2002 et la deuxième en novembre 2003. Il a également été référé à la clinique de la douleur, mais n'a pas encore été vu. Depuis le jour de l'accident, il a seulement fait du bénévolat. Présentement, monsieur Bilodeau souffre toujours d'un trouble d'adaptation et d'un syndrome somatoforme douloureux chronique.

Refus pour
paralyse et
pas bien dossier
2006

49-

50-

RÉPONSES AUX QUESTIONS

Opinion sur le lien de causalité :

1. Lien de causalité :

Après revue et analyse des critères d'imputabilité pertinents, veuillez expliquer, en ce qui a trait à votre spécialité, la probabilité ou non probabilité d'un lien de causalité entre l'accident d'automobile du 22 novembre 1990 et le ou les problèmes médicaux suivants : %2.

À mon avis, il existe un lien de causalité probable entre un trouble d'adaptation, un syndrome somatoforme douloureux chronique et l'accident d'automobile du 22 novembre 1990.

pas de
1990

"S.V.P. Veuillez motiver explicitement le lien de causalité que vous établissez entre les diagnostics psychiatriques émis à l'axe I et les conséquences directes du fait accidentel, en vous basant sur les critères d'imputabilité pertinents. S.V.P. bien départager les éléments qui pourraient contribuer aux diagnostics et qui appartiennent davantage à la condition personnelle de la personne accidentée, considérant la mention de facteurs personnels à l'axe II et à l'axe IV de votre diagnostic multiaxial".

En prenant en considération qu'avant l'accident du 22 novembre 1990, monsieur Bilodeau n'a jamais été vu en psychiatrie, qu'il n'a pas été suivi en psychothérapie et qu'il n'a jamais été traité avec des antidépresseurs ou autres médicaments psychotropes,

En prenant en considération qu'il n'y a pas d'antécédents psychiatriques familiaux,

aucun probl
me avant
Pourquoi
en a après

soit 50

En prenant en considération qu'avant l'accident du 22 novembre 1990, monsieur Bilodeau travaillait à temps plein (40 heures par semaine) dans sa propre compagnie et qu'il était en mesure de subvenir à ses besoins, qu'il n'était prestataire d'aucune aide financière (aide sociale, indemnisation de la SAAQ ou de la CSST, assurance invalidité ou toute autre prestation),

70 et plus
50 à 60 heures

En prenant en considération que monsieur Bilodeau n'a pas eu de traumatisme psychologique pendant son enfance ou son adolescence, qu'il ne fait et ne faisait usage ni de drogues ni d'alcool avant son accident routier du 22 novembre 1990 :

Je considère qu'un trouble d'adaptation et un syndrome somatoforme douloureux chronique sont en relation probable avec l'accident du 22 novembre 1990.

depend de
cause de

À mon avis, le diagnostic mentionné à l'axe II " traits de la personnalité obsessive-compulsive " ne joue pas de rôle significatif dans les diagnostics mentionnés à l'axe I. Selon mes évaluations, il présente seulement les traits de la personnalité et pas un trouble de la personnalité comme tel.

En ce qui concerne les stressors mentionnés à l'axe IV, je départage les stressors que je considère en relation directe avec l'accident du 22 novembre 1990 telles les interventions chirurgicales, les limitations physiques et la douleur chronique de ceux que je considère comme des facteurs personnels tels le décès de son frère en 2013, les problèmes de santé de sa conjointe, les difficultés financières et les litiges avec la SAAQ. Les facteurs personnels mentionnés sont des facteurs aggravant de son état psychologique actuel.

51-
trouver moi
1 personne qui
sont sur miss
cas de bus
salaire qui est
pas problème

Opinion sur l'incapacité :

1. État fonctionnel :

En ce qui a trait à votre spécialité, veuillez identifier, en précisant si elles sont temporaires ou permanentes, les limitations et/ou restrictions fonctionnelles en relation avec les blessures subies lors de l'accident d'automobile du 22 novembre 1990.

Monsieur Guy Bilodeau souffre toujours de douleur chronique, de problèmes de concentration et de mémoire, d'irritabilité, d'insomnie et de fatigabilité. Je considère que les limitations fonctionnelles mentionnées ci-dessus sont permanentes et qu'elles sont en relation probable avec l'accident du 22 novembre 1990.

"S.V.P. Veuillez nous préciser les restrictions fonctionnelles permanentes qui découlent des limitations fonctionnelles que vous avez émises (douleur chronique, problèmes de concentration et de mémoire, irritabilité, insomnie, fatigabilité)".

33

Limitations : examen objectif de ce que la personne ne peut pas faire.

Restrictions : Ce que la personne ne devrait pas faire pour ne pas aggraver son état.

53

À mon avis, monsieur Bilodeau doit éviter d'être exposé aux différents facteurs (qui ont déjà été mentionnés à la page 15, aux trois premières lignes de la présente expertise) qui peuvent potentiellement exacerber ou aggraver la douleur chronique.

assise/debout
hambilité/temps
stress

54

En ce qui concerne les plaintes subjectives relatives aux problèmes de concentration, de mémoire, d'irritabilité et d'insomnie, monsieur Bilodeau doit, à mon avis, éviter une fatigabilité physique excessive et les situations stressantes.

dans le sommeil
mss

55

Les déficits de concentration et de mémoire de monsieur Bilodeau n'ont pas été objectivement évalués juste après l'accident ou même plus tard. En l'absence d'une évaluation neuropsychologique, je peux baser mon opinion seulement sur mes observations cliniques durant l'entrevue effectuée le 28 juillet 2013 et sur les informations reçues de la part de l'accidenté concernant son niveau de fonctionnement global. Par exemple, monsieur Bilodeau déclare qu'il travaille sur son dossier de la SAAQ environ six heures par jour, mais je ne suis pas en mesure d'évaluer la qualité de ce travail. De plus, sa conjointe l'aide beaucoup à accomplir les tâches administratives et l'accidenté lui-même l'appelle «ma mémoire» car il reconnaît ses limitations. En 2006, monsieur Bilodeau a essayé de retourner à l'école pour adultes afin de compléter ses études secondaires, mais il a été obligé d'arrêter après deux ou trois semaines, selon lui, à cause de difficultés de concentration et de compréhension de la lecture. Le fait que, lors des tests de classement, il a été classé au niveau préscolaire, tel que noté dans le rapport de monsieur Grenier, conseiller en réadaptation, en date du 26 juin 2006 tandis qu'il est noté «niveau de scolarité secondaire III réussi» dans le dossier de la SAAQ, me laisse penser que l'accidenté présente effectivement certains déficits cognitifs.

il y a des fois
rien rentre
ce que vous prend
3-4 fois moi 6 Hrs
mémoriser par la
SAAQ. Volonté d'arr

56

2. *Emploi hypothétique:*

Si vous avez identifié des limitations et/ou restrictions fonctionnelles, veuillez prendre connaissance des exigences et contraintes mentionnées dans la description de tâche ci-jointe et nous donner votre avis sur la capacité actuelle de la personne d'exercer l'emploi hypothétique retenu par la Société pour permettre le calcul des indemnités ; préposé au terrain de stationnement.

Si vous jugez qu'il y a incapacité, veuillez préciser si elle est temporaire ou permanente. Le cas échéant, indiquez une date approximative de fin d'incapacité.

Du point de vue strictement psychiatrique et en prenant en considération les limitations fonctionnelles mentionnées ci-haut, je suis arrivé à la conclusion que monsieur Bilodeau est en mesure, actuellement, d'exercer l'emploi hypothétique retenu par la SAAQ de préposé au terrain de stationnement.

il dit plus haut
problème d'attention
pas problème

"S.V.P. Nous préciser depuis quand considérez-vous que la personne accidentée puisse avoir retrouvé sa capacité de travail à temps partiel ou à temps plein?"

0730

3698

2007
 Pour répondre à cette question, je me réfère à la page 16 de la présente expertise, le dernier paragraphe de la section «situation actuelle». Selon les informations reçues pendant mon entrevue du 28 juillet 2013, monsieur Bilodeau a fait quelques tentatives de retour au travail. La première fois, il a essayé de le faire tout de suite après son accident, donc en 1990, mais sans succès, à cause de douleurs persistantes. L'accidenté a également échoué au deuxième essai (l'année?). C'était un travail comme bénévole car, selon lui, il n'avait pas assez d'énergie pour accomplir les tâches. C'est seulement en 2004 que monsieur Bilodeau a commencé à effectuer un travail d'entretien léger, toujours comme bénévole, qui a duré jusqu'en 2010. Je n'ai pas d'informations précises sur le nombre d'heures de travail par semaine ou par mois, mais c'était un travail sur appel. L'accidenté était capable d'effectuer ce type de travail et il a dû arrêter à cause de conflits internes (décrits dans la même section de mon expertise) et non pas à cause de limitations physiques. À mon avis, monsieur Bilodeau aurait pu probablement continuer à travailler au moins à temps partiel jusqu'à présentement.

Bénévoles
 sans rémunération
 de plus 3 tentatives
 en 28 ans

59
 "S.V.P. Votre opinion quand à la capacité de la personne accidentée à exercer le 13 décembre 2006 à temps plein (28 heures par semaine selon le règlement applicable) l'emploi déterminé de préposé aux terrains de stationnement?"

En ce qui concerne la capacité de la personne accidentée à travailler à temps plein, à partir du 13 décembre 2006, du point de vue strictement psychiatrique, monsieur Bilodeau était capable d'exercer l'emploi déterminé de préposé aux terrains de stationnement à la date indiquée, mais seulement à temps partiel tel que déjà mentionné.

59
 "S.V.P. Si vous considérez que la capacité de travail n'est pas à temps plein (28 heures par semaine selon le règlement applicable) veuillez nous préciser pour quelle raison?"

60
 Veuillez-vous référer à la page 16 du présent document, paragraphe 2.

Nbres Heures Bénévoles

3. Tout emploi :

60
 À votre avis, la personne conserve-t-elle la capacité actuelle ou future d'exercer, à temps plein (28 h/sem. et plus) ou à temps partiel (14 h/sem. et plus), un emploi rémunérateur qui respecterait ses limitations et restrictions fonctionnelles permanentes?

Du point de vue strictement psychiatrique, en prenant en considération les limitations fonctionnelles actuelles de l'accidenté ainsi que le fait que monsieur Bilodeau n'exerce aucun emploi rémunérateur depuis 1990, à mon avis, présentement il est apte à exercer un emploi rémunérateur qui respectera ses limitations fonctionnelles permanentes, mais seulement à temps partiel soit environ 14 heures par semaine et plus.

60
 "S.V.P. Nous préciser depuis quand considérez-vous que la personne accidentée puisse avoir retrouvé sa capacité de travail à temps partiel ou à temps plein".

À mon avis, monsieur Bilodeau a probablement retrouvé sa capacité de travail à temps partiel quand il a commencé à travailler comme bénévole, soit entre 2004 et 2010. Je considère que l'accidenté a encore présentement cette capacité selon son fonctionnement global décrit dans la section «situation actuelle, AVQ/AVD» de cette expertise.

62 "S.V.P. Veuillez nous préciser si vous considérez que la capacité de travail est à temps partiel ou à temps plein".

Du point de vue strictement psychiatrique et en prenant en considération les limitations fonctionnelles mentionnées ci-haut, je suis arrivé à la conclusion que monsieur Bilodeau est en mesure, actuellement, d'exercer un emploi à temps partiel qui respecterait ses limitations fonctionnelles.

Opinion sur le traitement et/ou l'investigation

63- 1. Traitement et/ou investigation :

Considérant les résultats obtenus à ce jour, veuillez donner votre opinion, en ce qui a trait à votre spécialité, sur la conduite thérapeutique et/ou l'investigation clinique à venir.

En prenant en compte la chronicité des symptômes présentés par l'accidenté ainsi que la date d'accident assez éloignée (plus de 20 ans depuis l'accident), je ne peux proposer aucun traitement psychothérapeutique ou pharmacologique qui changerait de façon significative l'état de santé psychologique de monsieur Bilodeau.

64- "Considérez-vous qu'une consultation et un traitement en Clinique de la douleur demeurent toujours pertinents?"

Bien que le traitement de la douleur soit en dehors de ma spécialité, je m'interroge sur la pertinence, 23 ans après l'accident, d'une consultation et d'un traitement en clinique de la douleur. Je ne peux pas affirmer que de telles interventions pourraient apporter des changements significatifs de l'état psychologique de l'accidenté.

Opinion sur les séquelles.

65- 1. Barème 2000 et plus :

En ce qui a trait à votre spécialité, veuillez pour les unités indiquées ci-dessous décrire les séquelles permanentes en relation avec les blessures subies lors de l'accident d'automobile du 22 novembre 1990 et préciser, conformément au barème, les classes de gravité actuelle et antérieure. Le cas échéant, la question inclut l'évaluation des atteintes à la sensibilité cutanée et à l'esthétique de la région corporelle correspondant à l'unité fonctionnelle évaluée : Fonction psychique.

Du point de vue psychiatrique, je ne peux pas prévoir de changements significatifs de l'état de l'accidenté. Pour cette raison, à mon avis, monsieur Bilodeau pourrait être consolidé avec un DAP actuel de 45%, titre IX : système psychique, section III : Névrose chronique, paragraphe 12 et un DAP antérieur normal selon le barème de 1990 - 1999.

S.V.P. Veuillez départager le pourcentage de séquelles psychiques permanentes que vous reliez à des conditions psychiques en lien avec les conséquences directes du fait accidentel du 22 novembre 1990 et le pourcentage de séquelles psychiques permanentes que vous reliez à des conditions personnelles".

Les conditions personnelles sont :

1. Les litiges avec la SAAQ qui occupent plus de la moitié des activités quotidiennes de l'accidenté contribuent à l'augmentation de sa détresse psychologique;
2. Monsieur Bilodeau était capable de travailler comme bénévole de 2004 jusqu'en 2010. Je considère qu'il a arrêté de travailler à cause de problèmes interpersonnels et non pour des raisons liées directement au fait accidentel
3. Le décès de son frère en 2013.
4. Les problèmes de santé de sa conjointe.

Les conditions reliées aux conséquences directes du fait accidentel sont :

1. Les interventions chirurgicales.
2. Les limitations physiques.
3. La douleur chronique.

Ainsi, si je départage le pourcentage (DAP de 45%) entre les séquelles psychiques permanentes qui sont en lien probable avec les conséquences directes du fait accidentel et les séquelles psychiques qui sont reliées à des conditions personnelles, je considère que 30 % des séquelles psychiques permanentes serait relié aux conséquences directes du fait accidentel et 15% à des conditions personnelles.

Je n'ai pas d'objection à ce qu'une copie du présent rapport d'expertise soit acheminée au médecin traitant, si monsieur Bilodeau est d'accord.

En espérant que ces renseignements pourront vous être utiles, je vous prie d'agréer, monsieur Jobin-Vermette, l'expression de mes salutations distinguées.



Dr Pablo Cervantes
Psychiatre, M.D., F.R.C.P.C.
Membre de la Société des médecins experts en évaluation médico-légale du Québec