

Tribunal administratif du Québec

Section des affaires sociales

En matière d'indemnisation

Date : 17 décembre 2001

Dossiers : SAS-Q-059511-0002 / SAS-Q-059513-0002 / SAS-Q-059515-0002 / SAS-Q-059517-0002 / SAS-Q-006943-9904

Membres du Tribunal :

Anne Leydet, avocate
Solange Tardy, médecin

J... P...

Partie requérante

C.

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE
DU QUÉBEC

Partie intimée

DÉCISION

En matière d'indemnisation

- [1] **Dossier SAS-Q-006943-9904** Il s'agit d'un recours formulé par le requérant le 8 avril 1999 à l'encontre de deux décisions rendues en révision le 22 mars 1999 par l'intimée, la Société de l'assurance automobile du Québec. L'intimée refuse de rembourser au requérant des frais d'attestation de présence à des traitements de physiothérapie. L'intimée refuse également de rembourser des frais de médicaments, en l'occurrence des hypotenseurs, au motif qu'elle ne reconnaît pas la relation entre l'hypertension présentée par le requérant et l'accident qu'il a subi le 27 février 1996.
- [2] **Dossier SAS-Q-059511-0002** Il s'agit d'un recours formé le 4 février 2000 à l'encontre d'une décision en révision du 30 décembre 1999, refusant de rembourser les frais relatifs à une évaluation médicale en neurologie faite au Centre universitaire de santé de l'... (CUS...) le 6 juillet 1999, ne s'agissant pas d'une évaluation demandée par l'intimée.
- [3] **Dossier SAS-Q-059513-0002** Ce recours, également entrepris le 4 février 2000, vise une décision rendue en révision le 30 décembre 1999 refusant de reconnaître la relation entre l'accident et l'achat de fournitures médicales, en l'occurrence un tensiomètre. Est également refusé le remboursement de frais de repas et de déplacements pour subir un scan rénal, ainsi que pour se rendre chez un cardiologue le 29 mars 1999, la relation entre l'accident subi par le requérant et sa condition cardiaque ainsi que son hypertension artérielle étant refusée.
- [4] **Dossier SAS-Q-059515-0002** Ce recours, lui aussi en date du 4 février 2000, est à l'encontre d'une autre décision en date du 30 décembre 1999 par laquelle l'intimée refuse de rembourser les frais pour la tonte de gazon, le déneigement et l'entrée de cordes de bois de chauffage, au motif qu'il ne s'agit pas d'activités couvertes par un programme de réadaptation.
- [5] La contestation du requérant est maintenue pour toute et chacune des décisions rendues par l'intimée dans chacun de ces dossiers.
- [6] **Dossier SAS-Q-059517-0002** Toujours à la même date, un recours est porté à l'encontre d'une dernière décision rendue le 30 décembre 1999, par laquelle l'intimée en révision conclut, en relation avec l'accident, à un pourcentage de séquelles permanentes de 22.5%.

L'intimée a produit à l'audience un résumé informatique de l'ensemble des pourcentages déjà reconnus au requérant. Ils sont les suivants:

- altération tissulaire cérébrale mineure à la suite d'une commotion DAP 2%

- vertiges périphériques ou centraux n'affectant pas la capacité de vaquer aux activités quotidiennes communes à tous les individus DAP 2%
- altération des fonctions supérieures cognitives ou affectives DAP 20%
- préjudice esthétique, légère atteinte à la physionomie (classe 3) PEM 3%
- nerfs olfactifs: anosmie complète DAP 4%
- Nez: altération du flot aérien DAP 1%
- Préjudice esthétique, très légère atteinte à la physionomie PEM 1,50%
- Nerf facial: parésie de la branche temporo-faciale DAP 5%
- Nerf trijumeau: perte sensorielle de la branche ophtalmique, portion oculaire DAP 2%
- Altération des parois et des muqueuses d'un sinus ethnoïdal ou sphénoïdal DAP 1,5%
- Altération des parois et des muqueuses d'un sinus frontal ou maxillaire DAP 1%
- Altération osseuse à la suite d'une fracture du crâne linéaire de la base DAP 2%
- Perte anatomique de la langue DAP 5%
- Colonne cervicale: limitations fonctionnelles à la suite d'une entorse DAP 2%

SOIT un total de 47,5% pour le DAP et de 4.5% pour le PEM.

Des admissions quant à l'octroi de pourcentages additionnels ont été faites à l'audience par le procureur de l'intimée, au nom de cette dernière. Il est ainsi admis que le requérant doit se voir attribuer les pourcentages suivants en relation avec le cadre fronto-orbito nasal:

- pour le nez: altération du flot aérien: DAP 2%, plutôt que le taux de 1% déjà reconnu
- pour phénomène atrophique: DAP 1%

Demeurent en litige deux vocables d'atteinte permanente, soit:

- un pourcentage de 2% pour entorse lombaire,
- ainsi qu'un pourcentage de 10% pour atteinte de la moëlle épinière et/ou cerveau, affectant l'usage d'un membre supérieur et entraînant une certaine maladresse permettant néanmoins d'utiliser ce membre pour saisir et tenir, mais sans problème pour les soins personnels.

L'intimée maintient son refus d'attribuer de tels pourcentages.

-
- [7] Le Tribunal a pris connaissance de la preuve documentaire contenue dans ces volumineux dossiers. Il a de plus entendu le témoignage du requérant à l'audience, de même qu'il a pris en considération les représentations des procureurs des parties. Après avoir délibéré sur le tout, le Tribunal doit, sauf pour ce qui a trait aux admissions, rejeter les recours, et ce, pour les motifs qui suivent.
 - [8] Il y a lieu de rappeler dans un premier temps les circonstances de l'accident survenu le 27 février 1996. Alors qu'il était au volant de son véhicule, le requérant, briqueteur de métier, a perdu conscience et son véhicule a percuté un arbre. Le requérant, qui a subi un traumatisme crânien, est hospitalisé entre le 27 février et le 4 mars 1996. L'on pose, entre autres diagnostics, une fracture complexe fronto-naso-ethmoïdale comminutive, ainsi que des fractures de la 7^{ème} à la 11^{ème} côtes droites, une commotion cérébrale¹.
 - [9] Une tomographie axiale cérébrale faite le 27 février 1996 ne révèle pas d'hématome intracrânien. L'on relève par ailleurs deux petites zones hyperdenses visibles dans l'hémisphère cérébelleux droit qui pourraient correspondre à des artefacts, sans que l'on puisse exclure de petites contusions hémorragiques dans un contexte de traumatisme. L'on note également une très discrète hyperdensité interpédonculaire et on se questionne à savoir s'il s'agit d'une petite hémorragie. Enfin, l'on signale une discrète pneumocéphalie reliée aux fractures du massif facial. Le reste de l'étude cérébrale est décrite comme normale.
 - [10] Il est à noter que l'on ne retrouve pas les anomalies notées à l'occasion de cette première tomographie lors d'une tomographie axiale de contrôle effectuée 48 heures plus tard, le 1^{er} mars 1996. Le docteur Pannetier, qui évaluera le requérant à la demande de l'intimée en décembre 1996 les qualifiera en conséquence d'artéfacts temporaires. Les docteurs Rousseau et Harvey feront de même.
 - [11] Des douleurs cervicales en C2-C3 ainsi qu'une douleur au niveau de D12 sont notées en cours d'hospitalisation². Les clichés radiologiques de la colonne s'avèrent par ailleurs dans les limites de la normale.
 - [12] Au niveau des antécédents, l'on note une perte de conscience en 1995 et un examen en cardiologie s'étant avéré normal.
 - [13] En effet, le 27 décembre 1995, donc deux mois avant son accident, le requérant est vu par le docteur Côté, cardiologue, à la suite d'un malaise ressenti alors qu'il bûchait, suivi par une perte de conscience³. L'examen clinique et l'électrocardiogramme sont sans particularité. Le requérant a une tension artérielle de 130/70 avec

¹ Le Tribunal n'entend pas relater ici par le menu détail l'évolution de chacune des conditions du requérant, tels ses problèmes d'acouphènes, ses problèmes cognitifs ou encore ses problèmes au niveau fronto-orbito-nasal. Le Tribunal se limitera à résumer le dossier médical ayant trait aux seules questions litigieuses soulevées par les présents recours.

² page 19 du dossier

une fréquence cardiaque au repos régulière à 68/min. Le docteur Côté ne pousse pas plus loin l'investigation et conclut à un épisode lipothymique d'allure purement vagale.

- [14] Le requérant subit en cours d'hospitalisation une réduction de la fracture du nez de même qu'une sinusectomie frontale et oblitération. Il devra subir d'autres interventions associées par la suite.
- [15] Le requérant est notamment évalué en neurologie le 29 février 1996⁴: le requérant bouge ses quatre membres et leur sensibilité est normale à l'examen.
- [16] L'évaluation en physiothérapie faite le 13 mars 1996, ne démontre, quant aux membres supérieurs, aucun problème de motricité volontaire aux mouvements actifs. La force musculaire est difficile à évaluer en raison des douleurs aux côtes et d'un état de fatigue générale, mais elle est symétrique. Aucun symptôme lombaire n'est noté.
- [17] Le requérant sera admis au printemps 1996 à l'Hôpital de ville A pour un suivi en externe par l'équipe SAAQ dans le cadre de la mise en œuvre d'un programme de réadaptation suite à un traumatisme crânio-cérébral. Lors de son évaluation d'admission faite par le docteur Perreault, il sera noté⁵ entre autres choses, une douleur à la palpation de toute la région para-cervicale gauche. Une faiblesse modérée aux quatre membres plus marquée au niveau de l'hémicorps droit est également notée. Les épreuves cérébelleuses sont normales et symétriques. Au niveau de l'équilibre statique et de l'équilibre dynamique, le tout est normal. Cependant, l'équilibre de protection est affecté avec une tendance à la rétropulsion et à une chute vers la droite. Aucune symptomatologie lombaire n'est notée.
- [18] L'évaluation faite en physiothérapie en mai 1996⁶ dans le cadre de ce programme de réadaptation procure une longue liste des problèmes présentés par le requérant: céphalées, tension importante et rétractions de la musculature cervicale, dorsale, péri-scapulaire et des ischio-jambiers; restriction de la mobilité de la colonne cervicale, des épaules et du tronc, parésie modérée à l'hémicorps droit, légère à l'hémicorps gauche; très faible endurance à la répétition de mouvements; lenteur de la coordination motrice grossière aux quatre extrémités, déficit de la sensibilité superficielle dans le territoire du cinquième nerf crânien, atteinte légère du 7^{ème} nerf crânien, déficit modéré de l'équilibre debout, vitesse de marche légèrement ralentie; bref, tableau fonctionnel très restreint à tous les niveaux. Aucune symptomatologie lombaire n'est, une fois de plus, signalée.
- [19] Une évaluation faite en ergothérapie dans le cadre de ce même programme en juin 1996 démontre encore, quant aux membres supérieurs, une diminution de la force bilatéralement, quoique plus importante à droite. La force de préhension est sous la normale. Lors de l'utilisation de la main, l'on note une bonne capacité de prise et de relâchement, mais de légers problèmes de manipulation et de

³ pages 379 et suivantes du dossier SAS-Q-059511-0002. Toutes les notes de bas de page sont en référence à ce dossier, sauf lorsque autrement spécifié.

⁴ page 22 du dossier

⁵ pages 59 et 63 du dossier

⁶ pages 99 et suivantes du dossier

dextérité fine. Le rapport d'intervention de l'équipe multidisciplinaire du 2 juillet 1996⁷ fait état de la détérioration de la force de préhension.

- [20] Un TENS est prescrit par le docteur Perreault qui sera utilisé pour le cou, mais aussi semble-t-il pour «lombalgie avec sciatalgie gauche post-trauma»⁸. Le TENS, selon une note du 4 juin 1996⁹ et un rapport du 8 octobre 1996¹⁰, semble aider tant pour le cou que pour les douleurs dorsales et la raideur des membres inférieurs. Le 14 novembre 1996¹¹, le docteur Perreault prescrira l'achat du TENS pour utilisation sur une base régulière et à long terme pour «diminuer la dysesthésie du membre inférieur gauche».
- [21] Le requérant aura pour tous traitements à la région cervicale, en plus du TENS, un collet pneumatique qu'il portera quelque temps, quelques manipulations en physiothérapie et des blocs facettaires. Il est mis fin aux traitements de physiothérapie, ceux-ci aggravant l'état du cou.
- [22] En août 1996¹², le docteur Perreault note que depuis deux mois, le requérant présente une détérioration de son état général: les vertiges positionnels sont plus marqués, il y a une dysesthésie importante du dos et des quatre extrémités, une grande fatigabilité et les forces musculaires sont diminuées aux quatre membres.
- [23] Le docteur Pannetier, neurologue, évalue le requérant le 12 décembre 1996¹³ à la demande de l'intimée. Elle mentionne à l'examen que le bilan des forces musculaires est très difficile à interpréter, entaché de beaucoup de «give away» en particulier au niveau des membres supérieurs. Les réflexes ostéo-tendineux sont perçus comme normaux et symétriques tant aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. Il n'y a pas de Babinski, ni d'Hofman, ni de palmo-mentonnier. Les épreuves cérébelleuses ne démontrent pas d'adiodocinésie, pas de dysmétrie, pas d'ataxie. Le docteur Pannetier, rappelons-le, ne voit dans les anomalies décelées à la première tomographie axiale cérébrale mais absentes dans la seconde, que des artefacts. Il n'y a pas, selon le docteur Pannetier, d'évidence de lésion corticale aux deux tomographies effectuées.
- [24] Le docteur Pannetier attribue plutôt la fatigabilité au niveau des membres au traumatisme musculo-ligamentaire que le requérant a subi au niveau du cou, traumatisme qui semble avoir laissé des séquelles douloureuses au niveau du cou et au niveau de la tête sous forme de céphalées d'origine cervicale, ainsi qu'une fatigabilité aux niveaux des membres¹⁴.
- [25] L'investigation se poursuit au niveau du rachis, le requérant ayant été référé au docteur Cloutier pour continuer l'investigation à ce niveau. Des radiographies, myélographie et tomodensitométrie sont

⁷ pages 80 et 81 du dossier

⁸ page 86 du dossier

⁹ page 113 du dossier

¹⁰ page 116 du dossier

¹¹ page 117 du dossier

¹² page 96 du dossier

¹³ page 124 du dossier

¹⁴ page 135 du dossier

effectuées à l'automne 1996, qui révèlent, en ce qui a trait à la colonne lombaire, une attitude scoliotique à convexité droite ainsi qu'une discrète ostéophytose marginale antérieure en S1, et en ce qui a trait à la colonne cervicale, la présence de modifications dégénératives avec saillies disco-ostéophytiques en C4-C5 et C5-C6 sans compression significative sur la moëlle cervicale, de même qu'une uncarthrose cervicale étagée.

- [26] Le requérant sera suivi par son médecin traitant, le docteur Spacek, qui, dans un rapport du 12 février 1997¹⁵, note entre autres une raideur cervico-occipitale marquée, des engourdissements des mains, un essoufflement lors des montées d'escaliers, une difficulté à maintenir les bras en abduction plus que 2 minutes et une intolérance à la marche de plus de quelques 5 à 7 minutes en raison de la cervicalgie et des engourdissements. Aucune douleur lombaire n'est notée.
- [27] Le requérant est référé pour sa douleur cervicale au docteur Harvey, physiatre. Elle demande en juin 1997¹⁶ une résonance magnétique cervicale afin d'éliminer toute pathologie intra-médullaire pouvant expliquer la symptomatologie que lui décrit le requérant, à savoir un blocage de tous les mouvements du cou avec douleurs, lesquelles irradient dans les membres supérieurs, une raideur aux quatre membres, une sensation de bras mort, de la fatigue et de l'essoufflement après l'effort, etc... La résonance magnétique cervicale ne fera que confirmer les changements dégénératifs modérés, sans compression médullaire.
- [28] Dans son rapport du 1^{er} février 1999¹⁷, le docteur Harvey rappelle que le requérant a été vu à sa demande par le docteur Vadeboncoeur, physiatre, ainsi qu'à la Clinique de la douleur de l'Hôpital Notre-Dame, et qu'il avait été conclu à un syndrome cervico-céphalique d'origine musculo-squelettique plus particulièrement post-traumatique, et que l'expert de la SAAQ a confirmé l'existence d'une entorse cervicale.
- [29] À noter que ce physiatre ne mentionnera aucunement la colonne lombaire dans ses rapports.
- [30] Le requérant continue d'alléguer une faiblesse au niveau de ses quatre membres. Aucune anomalie anatomique n'est cependant décelée aux divers examens, qui puisse expliquer ces plaintes, comme l'indique une note d'évolution du 23 juillet 1997 du docteur Gosselin, neurologue, à qui le requérant a été référé par le docteur Spacek¹⁸.
- [31] Le requérant est vu en médecine interne en novembre 1997 à la suite d'une chute du haut d'une échelle de 12 pieds le 31 octobre 1997. Cette consultation est demandée pour éliminer la survenance d'une syncope. Le requérant ne rapporte aucun symptôme cardiaque ou neurologique ayant précédé sa chute, aucune perte de conscience ni mouvement tonico-clonique. Il allègue par ailleurs des

¹⁵ page 144 du dossier

¹⁶ page 218 du dossier

¹⁷ pièce R-1

¹⁸ voir note d'anamnèse pages 216 et 217

étourdissements lorsqu'il monte des escaliers ou fait un effort important, ainsi qu'une dyspnée 3/5 avec un questionnaire cardiopulmonaire négatif, sauf pour des douleurs thoraciques atypiques ainsi que des palpitations à l'effort. À l'examen, le requérant est en bon état général quoiqu'il présente une hypertension artérielle dont il dit être porteur depuis 1996.

- [32] L'interniste conclut dans son rapport du 18 novembre 1997 que le requérant a probablement subi une chute accidentelle. Il écrit:

«Il n'y a pas d'évidence de cause cardiaque ou neurologique cliniquement, mais il pourrait être important d'éliminer une arythmie qui est moins probable. Il présente également une hypertension artérielle dont le contrôle est présentement plus ou moins bon, une dyspnée qui nous semble être secondaire à un désentraînement le plus probable car nous n'avons pas d'évidence d'insuffisance cardiaque artériosclérotique, ni d'évidence de problèmes pulmonaires actuellement...»

- [33] Il est procédé à la demande de l'intimée à l'évaluation médicale de l'état du requérant dans divers champs de spécialité. Le 28 janvier 1998, le requérant est expertisé par le docteur Rousseau, neurologue¹⁹.

- [34] À l'examen, le docteur Rousseau note entre autres qu'*«Au niveau des membres, on observe un relief musculaire tout-à-fait normal, sans atrophie. Le tonus musculaire est également normal. Malgré un effort suboptimal, les forces musculaires paraissent tout-à-fait adéquates et sans déficit focalisé.»*

- [35] Le docteur Rousseau fait un examen détaillé et rapporte l'ensemble des plaintes du requérant. Or, il n'est fait aucune référence à quelque symptomatologie douloureuse exprimée par le requérant sur le plan lombaire. Sur le plan cervical, le requérant rapporte une symptomatologie cervicale douloureuse mais aucun spasme n'est noté par le docteur Rousseau, qui écrit par ailleurs que, sauf pour le mouvement d'extension qu'il limite volontairement, le requérant présente une amplitude des mouvements du cou qui est normale. Son examen ne démontre par ailleurs aucune anomalie au niveau des épreuves céphalées.

- [36] Le docteur Rousseau note aussi ce qui suit:

«Il allègue une diminution de la piqûre au niveau de tout l'hémi-corps gauche, mais qui déborde largement le seul territoire anatomique. En effet, la différence s'établit au delà de 4cm de la ligne médiane. Or, le tact serait symétrique. On observe également une réaction marquée à la piqûre au niveau de l'abdomen gauche en dépit du fait que le requérant allègue une hypoesthésie de ce côté.»

- [37] Après avoir traité des atteintes entraînées au niveau du massif facial, le docteur Rousseau écrit ce qui suit:

¹⁹ page 255 du dossier

«(...)certains autres symptômes sont beaucoup plus difficiles à expliquer sur une base organique et entre autres, la fatigabilité importante, l'épuisement musculaire de ses membres supérieurs et de ses membres inférieurs après un effort physique ainsi que le caractère postural de certaines paresthésies dont il se plaint au niveau de la tête. Je rappelle qu'un bilan exhaustif n'a pas démontré de pathologie discale ou post-traumatique quelconque au niveau du rachis cervical. Il est toutefois probable, étant donné la nature et la violence de l'impact (phénomène d'hyperflexion de la tête), que des dommages musculo-squelettiques ont pu survenir au niveau du rachis cervical entraînant un phénomène douloureux plus ou moins chronique mais sans qu'il n'y ait de compromission médullaire ou radiculaire particulière au niveau des membres supérieurs ou des membres inférieurs.

Également, il est difficile d'expliquer l'hypoesthésie hémicorporelle gauche retrouvée à l'examen actuel, qui semble être un phénomène nouveau puisque le docteur Pannetier n'en faisait aucune mention lors de sa propre évaluation. De plus, ce déficit ne correspond pas véritablement à des dermatomes anatomiques et semble être variable en cours d'examen. Également, tout comme moi, le docteur Pannetier a remarqué un phénomène de lâchage lorsque les forces musculaires sont testées. Ces observations suggèrent donc des éléments de somatisation surajoutés au tableau post-traumatique.»

- [38] Le docteur Spacek voit le requérant le 3 mars 1998²⁰. Il note des céphalées, une raideur cervicale marquée, une difficulté de préhension du pouce gauche.
- [39] Le requérant est suivi en physiothérapie à compter de juillet 1998 pour un manque d'endurance à l'effort. Il démontre, lors de tests sur tapis roulants, une tachycardie d'effort²¹. Il reçoit dès cette époque des bétabloquants pour contrôler ce problème. Par la suite, le rythme cardiaque du requérant aurait ralenti, mais le requérant démontre un déconditionnement physique important. Il rapporte des essoufflements lors de la marche rapide ou avec plan incliné, ou encore au repos.
- [40] Le requérant subit une autre série d'évaluations à la demande de l'intimée, dont une par le docteur Lamoureux, orthopédiste, le 30 septembre 1998, à qui il est demandé de se prononcer sur l'existence d'une atteinte permanente au niveau cervical. Le docteur Lamoureux conclut en ce sens, attribuant au requérant un D.A.P. de 2% pour entorse cervicale. Selon lui, le requérant doit éviter les flexions-extensions ou rotations répétées du rachis cervical, le maintien dans la même position du rachis cervical ainsi que l'exposition aux vibrations véhiculaires prolongées. Il est à noter que le docteur Lamoureux ne rapporte aucune plainte du requérant en relation avec la colonne lombaire.

²⁰ page 278 du dossier

²¹ page 349 du dossier

- [41] Le requérant soumet à l'intimée un rapport médical du docteur Blais du 31 octobre 1998 faisant état, en sus de l'entorse cervicale, de tachycardie réflexe importante à l'effort²².
- [42] L'hypertension artérielle que présente le requérant est investiguée. Le requérant subit notamment le 11 décembre 1998 un scan rénal pour vérifier l'hypothèse d'une hypertension d'origine rénovasculaire. Le scan ne révèle aucune détérioration fonctionnelle qui permette de confirmer cette hypothèse.
- [43] Le 6 avril 1999²³, le requérant demande une allocation pour de l'aide à domicile pour des travaux domestiques, tels tondre le gazon, corder et entrer le bois de chauffage, pelleter l'entrée de sa cour. Est soumise au soutien de cette demande une note du docteur Spacek du 29 mars 1999²⁴ signifiant que le requérant a besoin d'aide à domicile une à deux fois par semaine pour des travaux domestiques en raison des séquelles de son traumatisme crânio-facial.
- [44] Le 1^{er} juillet 1999, le requérant se présente au Centre universitaire de santé de l'... (CUS...) pour une étude de potentiel des nerfs médian et tibial, à la demande du docteur Gosselin, neurologue, afin d'investiguer l'hyperesthésie alléguée par le requérant à l'hémicorps gauche.
- [45] Le requérant est vu le 6 juillet 1999 par le docteur Gosselin pour une évaluation, selon ce qu'il appert d'un formulaire de déplacements pour recevoir des soins²⁵. L'on ne retrouve cependant aucun rapport d'évaluation du docteur Gosselin portant cette date au dossier.
- [46] Dans un rapport du 4 novembre 1999, le docteur Corbeil, qui remplace le docteur Spacek, médecin traitant du requérant, fait état d'un diagnostic de compression médullaire, sans par ailleurs justifier son opinion.
- [47] Le requérant est examiné le 20 octobre 2000 par le docteur Lefrançois, à la demande de ses procureurs. Il fait une brève revue du dossier et rapporte les plaintes du requérant. Aucune symptomatologie douloureuse lombaire n'est alors mentionnée. Le requérant rapporte un défaut de préhension de sa main gauche et des paresthésies de l'hémicorps gauche de C4 en descendant. À l'examen physique, le docteur Lefrançois rapporte notamment que le requérant est droitier, que la force de préhension de la main droite est de 8kg, et celle de la main gauche de 9kg. Le docteur Lefrançois ne retrouve pas l'hémianesthésie de l'hémicorps gauche mentionnée dans certaines des expertises antérieures. Du point de vue lombaire, il n'y a pas de Lasègue, le Straight Leg Raising est douloureux à partir de 70° bilatéralement. Les mouvements du rachis lombaire sont limités en flexion antérieure et en extension. Il y a un enraissement important avec spasme lombaire.
- [48] Le docteur Lefrançois conclut entre autres que «*le patient a subi à mon avis une contusion de la moëlle cervicale qui explique cette*

²² page 343 du dossier

²³ page 403 du dossier

²⁴ page 404 du dossier

²⁵ page 466 du dossier

faiblesse au niveau de ses membres supérieurs et aussi la maladresse qu'il a à faire les mouvements de ses membres supérieurs.», commandant un DAP de 10%.

- [49] Le docteur Lefrançois conclut également à des séquelles douloureuses d'entorse lombaire entraînant un DAP de 2%.
- [50] A été produite avant audience, une note médicale du docteur Henri-Louis Bouchard, chirurgien-orthopédiste, du service de l'expertise conseil médicale de l'intimée, en date du 29 juin 2001. Après revue du dossier, ce médecin recommande le maintien des décisions de l'intimée quant au refus des frais reliés à la condition cardiaque du requérant, principalement au motif que la demande d'indemnités du requérant ne fait aucune mention d'une telle condition, que les premiers constats médicaux de février et mars 1996 n'en font pas plus mention, et que le requérant a déjà consulté en cardiologie avant la survenance de l'accident.
- [51] Le docteur Bouchard écrit également qu'il n'y a pas lieu de reconnaître un pourcentage de 2% pour entorse lombaire. La demande d'indemnités du requérant ne fait pas mention d'une telle condition, pas plus que les rapports médicaux en cours d'hospitalisation. La première mention est celle faite en juillet 1996 par le docteur Perreault, lorsqu'elle prescrit un TENS, mais aucune mention évolutive de cette condition n'est retrouvée par la suite au dossier médical.
- [52] Le requérant témoigne à l'audience. Il déclare que les symptômes douloureux qui persistent jusqu'à ce jour sont les mêmes que ceux qu'il décrivait en 1997 dans une lettre manuscrite qui est consignée à la page 139 du dossier. Voici ce qu'on peut y lire:

«Perte totale de goût et de l'odorat.

Siflements aigus ou silements (sic) (acouphène) dans les deux oreilles, avec étourdissements de temps à autre. Maux de tête, tout le dessus de la tête est anesthésié, engourdi. Serrements et piquements tout autour de la tête descendant jusqu'aux tempes et jusqu'au bout du nez donnant un genre de brûlure ou de piquement à l'intérieur. Point dans le centre du front. Douleurs dans la nuque et les épaules s'irradiant dans les omoplates et dans le haut de la colonne. Raideur au niveau du cou comme un poignard entre les épaules. Difficulté à tourner la tête. Aucune énergie dans les bras, douleurs dans les muscles des bras et des jambes. Dès que je fais un léger effort physique, il y a épuisement et fatigue générale après quelques minutes seulement et je suis obligé de me coucher sur le côté gauche ou droit mais jamais sur le dos car à ce moment le dessus de la tête, les tempes le nez et le front deviennent anesthésiés avec des piquements, la même chose quand je suis assis. Quand je suis couché sur le côté droit, j'ai mal dans les côtes. Le soir la partie centrale du front, les paupières et le nez deviennent enflés. Chute abondante de cheveux. Quand je travaille sur l'ordinateur cinq minutes suffisent à m'engourdir la tête jusqu'au nez même réaction si je lis ou me concentre. Tendance à faire

de la haute pression. Si je ne prends pas mes médicaments au coucher, je ne dors pas de la nuit. Quand je me fais la barbe, j'ai les bras morts, je suis épuisé comme après une grosse journée d'ouvrage. Quand je me penche par en avant je suis étourdi. Quand je monte un escalier je suis épuisé. J'ai les jambes molles quand je me plie le cou par en avant, je suis comme assommé et perte d'équilibre et douleurs très intenses dans la nuque avec brûlements jusqu'aux oreilles dans le front. Si je m'étire le cou par en arrière je ressens le même effet, la même chose si je me tourne la tête à gauche ou à droite. Malaises très aigus s'irradiant jusque dans les épaules. J'ai souvent les bras et les jambes glacés.»

- [53] Le requérant ne fait aucune référence dans l'énumération de symptômes persistant jusqu'à ce jour, que ce soit dans la note précitée que dans son témoignage, à des séquelles douloureuses à la colonne lombaire.
- [54] Le requérant déclare qu'il ne fait rien de ses journées, si ce n'est des marches de 15 à 20 minutes. Il ne peut effectuer aucun travail lourd d'entretien, et ne fait que passer l'aspirateur et placer ses chemises. Il est épuisé après une heure d'automobile. Il ne peut rester assis longtemps. Il ne peut faire aucun sport, s'adonner à aucun loisir. C'est suite à son accident qu'il est devenu essoufflé et a fait de la tachycardie ainsi que de la haute pression. Le requérant ne peut tondre son gazon, ni entrer sa corde de bois, ni déneiger.
- [55] Les décisions rendues concernant les travaux de déneigement, de tonte de gazon et l'entrée de cordes de bois ont fait l'objet de notes explicatives de la part d'un conseiller en réadaptation, notes qui ont été déposées à l'audience²⁶. Ces notes s'appuient sur les extraits pertinents du Manuel de directives de l'intimée, produits en annexe. Pour ce qui est des travaux de déneigement, le conseiller explique que le requérant n'a pas subi de blessure en relation avec l'accident qui puisse l'empêcher de marcher dans la neige. En ce qui a trait à la tonte de gazon, il s'agit là d'un item qui n'est couvert par aucune directive ou mesure de réadaptation, et de toute façon, le requérant pourrait effectuer ce travail en plusieurs étapes, et qu'il ne demeure pas seul. Quant à corder le bois, cela n'est pas couvert par une directive particulière.
-
- [56] Le Tribunal entend déterminer dans un premier temps la question de la relation entre les problèmes cardiaques du requérant et l'accident du 27 février 1997. De cette question dépend en effet le sort qu'il y a lieu de réserver aux recours relatifs au remboursement des frais afférant aux hypotenseurs, à l'acquisition d'un tensiomètre, à l'évaluation faite en cardiologie le 29 mars 1999 au CHU... et aux déplacements pour se rendre chez le cardiologue.

²⁶ pièce I-3

- [57] L'article 83.2 de la *Loi sur l'assurance automobile*²⁷ prévoit ce qui suit:

«83.2 Une victime a droit, dans les cas et aux conditions prescrits par règlement et dans la mesure où ils ne sont pas déjà couverts par un régime de sécurité sociale, au remboursement des frais qu'elle engage en raison de l'accident:

1° pour recevoir des soins médicaux ou paramédicaux;

2° pour le déplacement ou le séjour en vue de recevoir ces soins;

3° pour l'achat de prothèses ou d'orthèses;

4° pour le nettoyage, la réparation ou le remplacement d'un vêtement qu'elle portait et qui a été endommagé.

La victime a également droit, dans les cas et aux conditions prescrits par règlement, au remboursement de tous les autres frais que la Société détermine par règlement.»

- [58] Il faut savoir qu'une première décision a été rendue le 4 février 1998 par l'intimée concernant certains frais réclamés en relation avec la condition cardiaque du requérant²⁸. Il s'agit des frais de déplacements, de stationnement et de souper pour aller passer le test de tapis roulant le 8 décembre 1997, ainsi que les frais pour les médicaments Coversyl, prescrit en novembre 1997 pour l'hypertension, Lipitor et Coversyl prescrits pour la même condition en décembre 1997. Ces frais ont été refusés au motif qu'ils n'étaient pas reliés à l'accident. Cette décision n'a fait l'objet d'aucune demande de révision par le requérant.

- [59] Le procureur de l'intimée plaide en conséquence qu'il y a chose jugée sur la question de la relation entre la condition cardiaque hypertensive du requérant et l'accident qu'il a subi le 27 février 1996.

- [60] Le Tribunal n'en est pas si sûr. La décision initiale du 4 février 1998 ne porte pas expressément sur cette question de la relation ou du moins n'en débat pas spécifiquement. Son objet principal est la détermination du droit au remboursement des médicaments Lipitor, Coversyl et des frais reliés au test sur tapis roulant. Les décisions qui font l'objet des présents litiges concernent le remboursement des frais d'achat d'hypotenseurs et d'un tensiomètre ainsi que les frais reliés à un scan rénal et une visite chez le cardiologue. Dans ces circonstances, le Tribunal juge opportun de se prononcer sur cette question de la relation.

- [61] Certes, il semble que les problèmes cardiaques du requérant aient commencé après qu'il ait subi son accident le 27 février 1996. Toutefois, cette contemporanéité (plus ou moins relative dans la mesure où les premiers problèmes de cette nature ont été décelés

²⁷ L.R.Q., c. A-25

²⁸ page 270 du dossier SAS-Q-006943-9904

quelques mois après l'accident) ne suffit aucunement à établir la relation de cause à effet.

- [62] En effet, le Tribunal ne dispose d'aucune opinion médicale circonstanciée établissant la probabilité d'une relation causale entre l'accident et la condition cardiaque ou l'hypertension artérielle.
- [63] De fait, la seule hypothèse ressortissant de la preuve médicale au dossier est celle voulant que les problèmes du requérant puissent être en relation avec un déconditionnement physique. L'essoufflement et la tachycardie surviennent à l'effort, selon ce qu'il appert du dossier.
- [64] En l'absence d'une preuve médicale prépondérante, le Tribunal ne peut conclure à une relation causale entre l'accident et la condition cardiaque ou l'hypertension artérielle du requérant.
- [65] Vu ce qui précède, l'intimée est bien fondée de refuser le remboursement des frais relatifs aux hypotenseurs, au tensiomètre, au scan rénal et à la visite chez le cardiologue.
- [66] Quant aux frais d'attestation de présence aux traitements de physiothérapie, il s'agit là de frais qui ne sont pas mentionnés au *Règlement sur le remboursement de certains frais*²⁹ et ils ne peuvent donc être remboursés.
- [67] Les frais engagés le 6 juillet 1999 pour une évaluation médicale du docteur Gosselin en neurologie, laquelle n'est même pas au dossier, ne peuvent non plus être remboursés. En effet, les articles 83.11 et 83.12 de la Loi prévoient que c'est lorsqu'une évaluation médicale est faite à la demande de la Société qu'elle sera à ses frais, et non pas aux frais de la victime. Or, l'évaluation faite en juillet 1999 ne l'a pas été à la demande de la Société.
- [68] L'article 83.31 prévoit pour sa part que lorsqu'une demande de révision ou un recours est accueilli, les frais d'une expertise médicale soumise par une victime à l'appui de sa demande sont remboursés jusqu'à concurrence des sommes fixées par règlement. En l'espèce, tel n'est pas le cas.
- [69] Enfin, l'article 50 du Règlement prévoit que les frais engagés pour l'obtention d'un rapport nécessaire au traitement d'une réclamation sont remboursables jusqu'à concurrence d'un maximum de 25\$. En l'espèce, il n'a pas été établi que l'évaluation faite le 6 juillet 1999 était nécessaire au traitement de la réclamation.
- [70] Le requérant réclame aussi le remboursement des frais relatifs à la tonte du gazon, au cordage du bois et au déneigement, dans le cadre de sa réadaptation.
- [71] L'article 83.7 de la Loi édicte que «*La Société peut prendre les mesures nécessaires pour contribuer à la réadaptation d'une victime, pour atténuer ou faire disparaître toute incapacité résultant d'un*

²⁹ c. [A-25, r. 9.2]

dommage corporel et pour faciliter son retour à la vie normale ou sa réinsertion dans la société ou sur le marché du travail.»

- [72] La jurisprudence du Tribunal est à l'effet que l'intimée ne saurait, dans l'exercice de la discrétion qui lui est ainsi conférée par la Loi, agir de façon abusive ou déraisonnable³⁰. La Société s'est donnée des directives quant aux mesures de réadaptation qu'elle est susceptible de prendre dans le cadre de cet article. Celles-ci ont été déposées par le procureur de l'intimée à l'audience.
- [73] Tel qu'il en est fait part dans la décision en révision, aucune directive spécifique ne traite de la tonte de gazon ou du cordage de bois. Toujours dans sa décision en révision, l'intimée souligne que pour bénéficier d'une mesure de réadaptation en matière de déneigement, la victime doit présenter un handicap qui, en raison d'incapacité permanente à la marche, empêche la personne accidentée d'avoir accès de façon sécuritaire à son domicile, à son garage et à la rue à cause de la neige.
- [74] Encore faut-il que l'incapacité résulte d'un dommage corporel causé par l'accident et qu'elle affecte l'exécution des tâches pour lesquelles des mesures de réadaptation pourraient être entreprises.
- [75] Aucune évaluation au dossier, qu'elle ait été faite en orthopédie, en physiothérapie, en ergothérapie, en neurologie ou en psychiatrie ne permet de penser que le requérant doit bénéficier de mesures de réadaptation en regard de ces activités.
- [76] En ergothérapie et physiothérapie, une comparaison des divers rapports du Centre de réadaptation de l'... permet de constater une légère amélioration entre 1996 et 1999, avec plafonnement par la suite. Les problèmes sont par ailleurs toujours les mêmes: céphalées, douleurs, manque d'endurance, essoufflement survenant rapidement...Par ailleurs, en mai 1996³¹, la physiothérapeute note que la tolérance à la marche du requérant est de 30 à 60 minutes une fois par jour à son propre rythme et que la vitesse de marche est légèrement ralentie. En mars 1997³², il est noté une amélioration, le requérant pouvant prendre des marches d'une heure à une heure trente minutes à l'extérieur. En août 1998³³, une légère augmentation du niveau d'activités est rapportée. Le requérant prend plus de marches, arrose les fleurs extérieures et s'adonne à l'occasion à des tâches domestiques comme passer le balai. Les obstacles à un niveau plus élevé d'activités sont la faible endurance à l'effort, les douleurs cervicales, les céphalées et les difficultés affectives et cognitives.
- [77] Dans son évaluation faite le 8 juin 1999, pour le compte de l'intimée, le docteur Lepage, psychiatre, fixe à 20% le DAP pour l'atteinte cognitive et affective. Il écrit que cette atteinte gêne modérément le requérant dans son fonctionnement quotidien et son rendement personnel social. Par ailleurs, il n'y a pas atteintes des fonctions de base, le requérant demeure autonome, sans besoin de surveillance

³⁰ Voir, à titre d'exemple, la décision rendue le 12 mai 2000 dans SAS-Q-051761-9908.

³¹ page 102 du dossier

³² page 310 du dossier

³³ page 367 du dossier, dans un rapport du 22 décembre 1998

pour l'accomplissement de la plupart de ses activités. En revanche, le requérant a néanmoins décidé d'abandonner à d'autres des tâches qu'il assumait auparavant, d'écrire ce médecin³⁴.

- [78] En orthopédie, rappelons que le docteur Lamoureux, dans son évaluation qui attribue au requérant une atteinte permanente pour entorse cervicale de 2%, écrit que le requérant doit éviter les flexions-extensions ou rotations répétées du rachis cervical, le maintien dans la même position du rachis cervical ainsi que l'exposition aux vibrations véhiculaires prolongées.
- [79] En otorhinolaryngologie, le docteur Dufour, dans son rapport d'évaluation du 17 juillet 1998 dans lequel il attribue une taux de 2% pour les vertiges, a noté que les étourdissements dont se plaint le requérant n'affectent pas sa capacité à vaquer aux activités quotidiennes communes à tous les individus³⁵.
- [80] Les activités de tonte de gazon, de cordage de bois et de déneigement sont des activités que le requérant a confié à d'autres personnes parce qu'il dit ne plus pouvoir les faire. Son essoufflement, son incapacité de fournir un effort important, sa faiblesse des membres sont les raisons que donne le requérant pour expliquer que leur exécution lui est devenue impossible et que ces tâches doivent être confiées à d'autres personnes, entraînant des frais pour lesquels il devrait être remboursé.
- [81] L'essoufflement et l'incapacité de fournir un effort important sont des manifestations de la condition cardiaque du requérant, condition dont la relation avec l'accident n'est pas reconnue.
- [82] Quant à la faiblesse généralisée des membres, le Tribunal retient de l'ensemble de la preuve médicale qu'il a analysée que son étiologie demeure indéterminée. Malgré une investigation poussée, cette faiblesse n'a pu être reliée de façon probable à la pathologie cervicale du requérant, ou à une pathologie cérébrale ou nerveuse.
- [83] L'incapacité du requérant d'effectuer ces activités semble causée par des limitations fonctionnelles qui, de l'avis du Tribunal, ne découlent pas de l'accident, mais plus d'un déconditionnement physique, tel qu'il en a été fait mention à plusieurs reprises dans le dossier.
- [84] Pour l'ensemble de ces motifs, le Tribunal juge bien fondée la décision en révision relative aux frais de tonte de gazon, de cordage de bois et de déneigement.
- [85] Demeure la question des atteintes permanentes qui restent en litige, dont celle relative à des séquelles d'entorse lombaire.
- [86] Il ressort clairement du dossier que certes, le requérant a probablement ressenti une symptomatologie douloureuse lombaire à la suite de son accident, puisqu'il est fait mention de douleurs lombo-sacrées en cours d'hospitalisation, et que le TENS prescrit quelques mois plus tard servira non seulement à traiter ses douleurs cervicales mais également une lombosciatalgie.

³⁴ page 425 du dossier

³⁵ page 320 du dossier

- [87] Toutefois, c'est là l'entièrre somme des références à la colonne lombaire faites dans le dossier médical du requérant.
- [88] Le Tribunal ne dispose d'aucun rapport médical ni d'aucune évaluation ou expertise qui fasse état de séquelles lombaires entre l'été 1996 et octobre 2000, époque à laquelle le docteur Lefrançois constate un enraissement de la colonne lombaire avec limitation des mouvements et spasme.
- [89] En fait, le requérant lui-même, dans la description qu'il fait en 1997 des symptômes douloureux qu'il ressent, description qu'il réitère à l'audience, ne fait aucune référence à des problèmes persistants au niveau lombaire.
- [90] Le Tribunal ne met pas en doute que le requérant ait pu présenter, au moment où il a été expertisé par le docteur Lefrançois, une symptomatologie douloureuse lombaire, mais la preuve n'est aucunement prépondérante que celle-ci a été causée par l'accident du 27 février 1996 et persisté depuis.
- [91] Dans les circonstances, le Tribunal, partageant en cela l'opinion émise par le docteur Bouchard, expert-conseil de l'intimée, ne peut reconnaître au requérant un pourcentage de séquelles pour entorse lombaire en relation avec l'accident.
- [92] Enfin, le Tribunal ne peut pas plus reconnaître au requérant, tel que le recommande le docteur Lefrançois un taux de 10% pour atteinte de la moëlle épinière et/ou cerveau, affectant l'usage d'un membre supérieur et entraînant une certaine maladresse permettant néanmoins d'utiliser ce membre pour saisir et tenir, mais sans problème pour les soins personnels.
- [93] Certes, la faiblesse aux membres supérieurs (et inférieurs), la sensation de «bras mort», le manque de dextérité, la sensation d'engourdissement aux bras et au pouce gauche, sont des symptômes qui ont été évoqués par plusieurs intervenants de la santé au fil des années dans ce dossier.
- [94] Toutefois, et malgré une investigation poussée dans divers champs de spécialité, l'étiologie de ces symptômes ou la pathologie sous-jacente n'a jamais été identifiée et diagnostiquée. Elle demeure inconnue jusqu'à ce jour.
- [95] Qui plus est, aucune atteinte médullaire ou cérébrale pouvant expliquer ces symptômes n'a été identifiée, que ce soit aux examens cliniques ou para-cliniques.
- [96] Les examens et/ou investigations des docteurs Pannetier, Gosselin, Harvey, Rousseau ne révèlent en effet aucune atteinte ou autre compromission cérébrale, médullaire ou encore radiculaire ayant un quelconque effet sur les membres supérieurs.
- [97] Seul le docteur Corbeil (qui remplace le docteur Spacek et n'émettra qu'un seul et unique rapport au dossier tel que constitué) fait mention d'une contusion médullaire, diagnostic qu'il pose sans autrement le justifier ou le circonstancier.

- [98] Le docteur Lefrançois ne fait que constater la maladresse au niveau des membres supérieurs, sans identifier une atteinte cérébrale ou médullaire quelconque qui seule, pourrait justifier l'octroi qu'il fait de ce pourcentage de déficit relié à la maladresse d'un membre supérieur.
- [99] Cela ne suffit pas pour reconnaître au requérant un pourcentage de déficit anatomo-physiologique sous ce vocable.
-

[100] PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL,

REJETTE les recours dans les dossiers SAS-Q-006943-9904, SAS-Q-059511-0002, SAS-Q-059513-0002, SAS-Q-059515-0002;

ET,

PRENANT ACTE des admissions faites par l'intimée à l'audience,

ACCUEILLE pour partie le recours dans le dossier SAS-Q-059517-0002,

MODIFIE le pourcentage de séquelles permanentes déjà accordé au requérant afin que celui-ci tienne compte des pourcentages de déficits anatomo-physiologiques suivants:

- pour le nez: altération du flux aérien: 2% plutôt que le taux de 1% déjà reconnu;
- pour phénomène atrophique: 1%.

ANNE LEYDET

SOLANGE TARDY

17 décembre 2001

Me Céline Rouleau
Procureure du requérant

Me Jocelyn Paul
Procureur de l'intimée

AL/cf