

## **VD\_GERICHTE ZA14.003588 vom 19. Dezember 2016**

VD Tribunal cantonal, 2016-12-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA14.003588](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA14.003588)

FR: VD\_GERICHTE ZA14.003588 du 19 décembre 2016

IT: VD\_GERICHTE ZA14.003588 del 19 dicembre 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

décembre 2009, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a conclu en ces termes son évaluation de la situation : L'examen neurologique est normal. L'IRM cérébrale est normale également. Les plaintes du patient font penser à un « syndrome subjectif post-traumatique » sans contusion cérébrale. A l'examen

- 3 - de contrôle, il décrit une amélioration des céphalées mais la persistance de troubles de la concentration et de la mémoire. Il se trouve que pour l'instant il est dans une phase professionnelle moins tensionnelle ce qui le soulage. En principe, ces symptômes s'améliorent avec le temps, de sorte qu'il n'y a pas de traitement spécifique si ce n'est l'entraînement de la mémoire. Ayant constaté depuis le mois de février 2010 environ l'apparition de problèmes visuels au niveau de l'œil gauche, l'assuré a consulté le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en ophtalmochirurgie, lequel a, dans un rapport du 17 février 2010, posé les diagnostics de myopie bilatérale, status post-opération de microstrabisme il y a quinze ans environ, strabisme convergent résiduel et absence de binocularité ancienne, trouble de l'accommodation probablement post-traumatique et probable trouble microcirculaire à l'œil gauche, avant de résumer le cas comme suit : Le patient présente une sécheresse oculaire probablement post-traumatique qui sera traitée avec des larmes artificielles. Par ailleurs, il présente un probable trouble microcirculaire rétinien ou occipital. A cet effet, pour éclaircir le diagnostic, nous avons effectué d'une part un test du champ visuel et d'autre part une angiographie rétinienne afin de déterminer d'éventuelles lésions du fond d'œil non visibles en ophtalmoscopie directe. Le champ visuel a révélé de très discrètes altérations centrales dont le patient ne semble pas conscient subjectivement. Leur origine n'est pas certaine, étant donné qu'à l'angiographie aucune pathologie n'a pu être mise en évidence. Nous avons prévu encore un examen OCT de la rétine qui sera fait par le PD Dr B. \_\_\_\_\_ le 19 février 2010, dont [le] rapport vous sera remis par ce médecin directement. Enfin, il souffre également d'un trouble accommodatif, ayant besoin d'une correction pour être confortable de près qui correspondrait normalement à un âge plus avancé. Des lunettes progressives lui ont donc été prescrites pour soulager la fatigue oculaire. Dans un certificat médical du 24 février 2010, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, a posé les diagnostics de status après commotion cérébrale sur accident de voiture le 7 novembre 2009, acouphènes intermittents des deux côtés ainsi que perte auditive dans les hautes fréquences. Au terme de son examen, il a indiqué que l'acouphène présenté par l'assuré était d'apparition récente et qu'il était de nature post-traumatique. Selon lui, il était très vraisemblablement dû à une contusion labyrinthique comme en

- 4 - témoignait l'audiogramme montrant une diminution de l'acuité auditive dans les hautes fréquences. Le 22 février 2011, le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a procédé à

une évaluation neurologique complète de l'assuré, comprenant en particulier un examen neurosonologique ainsi qu'un électroencéphalogramme. Dans son rapport du 24 février 2011, il a rendu compte en ces termes de son appréciation : Ce patient, qui a été victime d'un sévère whiplash en novembre 2009, présente comme symptomatologie actuelle persistante, des troubles cognitifs qui le gênent aussi bien dans son activité privée que professionnelle. Il doit tout noter, il a des oublis extrêmement fréquents, dont certains sont tout de même alarmants. Il oublie de fermer sa voiture, son appartement, il n'arrive pas à gérer deux affaires en même temps dans son travail. Au cours de notre première investigation de ce jour, l'examen neurologique complet est parfaitement normal, l'examen Doppler précérébral et transcrânien est excellent. Nous n'avons aucune pathologie menaçante, pas de dissection carotidienne, une circulation intracérébrale tout à fait bonne. Nous avons procédé encore à un EEG dont l'activité de base alpha est parfaitement normale. Du fait que le patient avait déjà eu un scanner natif et semble-t-il une IRM, examens normaux, nous ne voyons pas la nécessité de refaire l'IRM. Par contre, il est impérieux, au vu des plaintes du patient, de compléter les investigations par un examen spécialisé de la mémoire du fait que notre premier examen, le Mini Mental Status, était encore dans les normes. Je remercie le Professeur F. \_\_\_\_\_ de le convoquer à sa convenance. Je reverrai le patient après cette évaluation. Le 26 mars 2011, l'assuré a été examiné par le Prof. F. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, lequel a conclu comme suit son rapport du 1er avril 2011 : En conclusion, l'examen effectué chez ce patient de 31 ans, tout à fait collaborant et adéquat, conscient de ses troubles qu'il décrit avec justesse, non ralenti mais passablement fatigable en fin de séance, montre la préservation de l'ensemble des fonctions cognitives testées (langage, praxies, gnosies, mémoire, fonctions exécutives et attention), les performances se situant globalement dans la moyenne. Relevons en revanche un score d'anxiété significatif à l'échelle HAD. Par ailleurs, bien que cet examen ne montre formellement aucune difficulté, soulignons que la fatigabilité

- 5 - du patient interfère vraisemblablement avec ses performances, ces dernières étant moins bonnes qu'attendues en fin de séance. De plus, nous pouvons sans doute inférer l'impact de cette fatigabilité sur la vie professionnelle du patient, d'autant plus que les tâches qu'il a à accomplir requièrent certainement plus de ressources attentionnelles que celles effectuées dans le présent examen. Nous vous proposons de revoir Monsieur P. \_\_\_\_\_ dans un délai de 12 mois environ, afin de suivre son évolution. Dans l'intervalle, l'introduction d'un traitement médicamenteux à visée anxiolytique et/ou antidépressive nous semble indiquée, afin de lui permettre de disposer au mieux de ses ressources. A la demande de son médecin traitant, l'assuré s'est soumis à une évaluation neuropsychologique. Celle-ci a eu lieu en date du 4 avril 2011 au Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation de l'Hôpital R. \_\_\_\_\_ sous la responsabilité du Prof. Q. \_\_\_\_\_, chef de service, et de T. \_\_\_\_\_, psychologue assistante, et dont elles ont rendu compte dans un rapport du même jour. Dans une lettre d'accompagnement du 5 avril 2011, la Prof. Q. \_\_\_\_\_ a souligné les éléments suivants : Cette évaluation a mis en évidence des performances dans les limites des normes hormis des signes discrets d'une fatigabilité accrue et des difficultés attentionnelles. Anamnestiquement nous retenons que votre patient a été la victime de la voie publique le 7 novembre 2009 (choc frontal), sans perte de connaissance mais avec une amnésie circonstancielle très probablement de quelques minutes. Le patient nous a appris qu'il a repris très rapidement son activité professionnelle à 100% et qu'il a maintenu ce taux de travail depuis. Néanmoins il nous fait part du fait que son rendement est très vraisemblablement diminué. A notre connaissance il

n'y a pas une évaluation objective de son rendement actuellement. De même nous retenons des plaintes portant à l'audition (acouphènes, perte auditive des deux côtés) ainsi qu'ophtalmologiques. En absence d'antécédents neurologiques ou neurochirurgicaux, il est fort probable que les discrets signes neuropsychologiques sont en relation avec l'accident du 7 novembre 2009. Ils sont à l'origine d'une probable diminution de rendement. Dans un rapport médical du 22 avril 2011 consécutif à un examen du 19 avril précédent, le Prof. V.\_\_\_\_\_ s'est exprimé en ces termes :

- 6 - J'ai longuement revu ce patient suite à ma première évaluation qui était consécutive à l'accident dont il n'était pas fautif avec traumatisme crânien et Whiplash en novembre 2009. J'avais proposé d'effectuer, au vu des plaintes, un bilan extensif des tests de la mémoire. Je vous adresse le rapport de mon ami le Dr F.\_\_\_\_\_. Dans l'ensemble, l'examen est heureusement encore satisfaisant. Il y a une préservation de l'ensemble des fonctions cognitives testées mais le patient est extrêmement fatigable, surtout en fin de séance, et dans l'échelle anxiodépressive, il y a une légère part d'anxiété. Un nouveau bilan du même type serait souhaitable dans douze mois. Actuellement, le patient se plaint toujours de n'être plus comme avant dans ses performances cognitives et professionnelles. Il vient d'échouer la deuxième année de revalorisation de ses certificats. Il travaille dans la sécurité informatique à Y.\_\_\_\_\_ SA. Il se plaint depuis trois semaines de douleurs basicervicales qui irradient dans les régions bifrontales, douleurs qui sont plus ou moins continues. Il se plaint également depuis une semaine environ d'être réveillé précocement entre 4 h 00 et 4 h 30 du matin. Il poursuit la chiropractie chez le Dr N.\_\_\_\_\_ une ou deux fois par mois. Après une longue discussion et en ayant analysé les résultats de ces tests de la mémoire pour que le patient comprenne les résultats, je lui ai bien fait comprendre que ceci peut être encore la conséquence de cet accident de circulation. Mais il n'y a pas de déficit grave ; donc on doit escompter à une amélioration progressive et à récupérer les fonctions cognitives comme auparavant. Mais ceci peut mettre du temps. Je ne serais pas enclin à vouloir donner un médicament antidépresseur ou anxiolytique trop fort pour ne pas perturber sa « fatigue cérébrale ». De ce fait, je propose plutôt une phytothérapie à savoir pour les troubles de la concentration le Symfona Forte 1 le matin et 1 le soir, et pour ses céphalées avec une tension basicervicale comme point de départ, du Relaxane 1 cp le matin et le soir. Je le reverrai en contrôle le 25 juillet 2011 à 8 h 30. (...) Du 17 au 18 octobre 2011, l'assuré s'est soumis à une polysomnographie complète ambulatoire avec polygraphie respiratoire complète ainsi qu'à une oxymétrie nocturne et actimétrie des membres inférieurs, à la suite de quoi le Prof. V.\_\_\_\_\_ a procédé à une consultation neurologique pour les troubles du sommeil en date du 19 octobre 2011. Rendant compte des résultats des examens effectués dans

- 7 - un rapport du 24 octobre 2011, il a indiqué ce qui suit sous l'intitulé « Appréciation générale » : Cet examen polysomnographique complet a permis d'avoir plusieurs renseignements. D'une part, nous avons un sommeil plus ou moins continu, avec une certaine quantité physiologique, mais la qualité n'y est pas, car il n'y a aucune structure cyclique et une seule petite courte phase de 5 minutes de sommeil calme et profond. Il reste par contre calme et il n'y a pas de mouvements périodiques des jambes. La polygraphie respiratoire ne révèle que quelques apnées mixtes pendant une certaine période de décubitus dorsal, qui ne dénaturent pas le tracé. Elles sont au nombre de 9 au total. En conclusion, j'ai proposé au patient d'avoir bien entendu les conseils de notre collègue nutritionniste, mais de voir surtout le Dr J.\_\_\_\_\_ pour un bilan précis de la cavité buccale et de savoir s'il ne

serait pas possible d'envisager éventuellement une prothèse d'avancement. Je ne suis pas enclin à lui donner un somnifère, car on va bien entendu encore augmenter les apnées. Pour essayer d'approfondir le sommeil, on pourrait tout au plus proposer du Trittico 50 mg une heure avant de se coucher et du Somnium au coucher. Je ne donnerai jamais le Remeron qui provoque une prise de poids. Dans un rapport du 16 novembre 2011, le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie cervico-faciale, a posé les diagnostics d'hypoacousie mixte à prépondérance perceptionnelle dans les fréquences aiguës, avec acouphènes au niveau des deux oreilles, ronchopathie chronique avec perturbation de l'architecture du sommeil et fatigabilité journalière ainsi que de masse verruqueuse sur la fausse corde laryngée à droite. La conclusion était libellée en ces termes : En ce qui concerne la ronchopathie chronique, j'ai parlé au patient d'une possibilité d'orthèse d'avancement mandibulaire mais avant tout d'une cure d'amaigrissement qui est déjà entreprise. Je n'ai aucune autre proposition à ce sujet. Pour son problème otologique, à mon avis, sa surdité et les acouphènes sont définitifs (le patient a été déjà examiné à plusieurs reprises pour ce problème par mon collègue le Dr G. \_\_\_\_\_). Quant à la découverte au niveau de la fausse corde, j'adresse le patient à mon collègue le Dr X. \_\_\_\_\_ pour une MLS [morpholiposculpture, réd.] et excision étant donné que nous ne sommes pas équipés pour ce genre d'intervention.

- 8 - Le 29 juin 2012, le Dr G. \_\_\_\_\_ a répondu en ces termes aux questions posées par le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie du cou et du visage, médecin-conseil rattaché au département de médecine du travail de la CNA : [A quelle date a-t-il [il s'agit du Dr G. \_\_\_\_\_, réd.] soumis l'assuré pour la première fois à un examen ORL ?] Le 24 février 2010. [D'autres consultations ont-elles suivi ?] Oui, le 10 mars, le 26 mai et le 10 novembre 2010. [Anamnèse et suivi] Ce patient a présenté une commotion cérébrale sur accident de voiture le 7 novembre 2009. Il souffre depuis lors d'acouphène dans les deux oreilles ainsi que d'une perte auditive dans les hautes fréquences. Le patient s'est également plaint d'une difficulté de compréhension dans la parole dans une atmosphère bruyante. Au dernier contrôle du 10 novembre, le patient avait toujours les mêmes plaintes. Il s'est adressé ensuite à mon collègue le Dr J. \_\_\_\_\_ pour suite du traitement. [Bilans (prière de joindre une copie de tous les audiogrammes)] Copie de tous les audiogrammes. Copie du certificat du 11 mars 2010. [Le lien de causalité entre le trouble de l'audition et l'accident de la circulation du 7 novembre 2009 est-il vérifié ou fortement probable ?] Sur la base de l'anamnèse et le patient indiquant une relation de cause à effet, on peut conclure à une relation de causalité. [Quelles sont les mesures prévues ?] Le patient n'est plus suivi à ma consultation et je n'ai pas d'élément de catamnèse. Le 25 juillet 2012, le Dr L. \_\_\_\_\_ a procédé à une appréciation médicale du cas. Analysant le rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du 29 juin 2012, il a observé que ce dernier avait examiné l'assuré pour la première fois trois mois après l'accident du 7 novembre 2009 et que par la suite un audiogramme à sons purs avait été effectué lors de quatre consultations. En outre, le rapport dressé à la suite des premiers soins prodigués à l'Hôpital R. \_\_\_\_\_ (rapport du 10 décembre 2009) ne mentionnait à aucun moment que l'assuré avait souffert d'un traumatisme cranio-cérébral ou d'une blessure de la tête. L'assuré se plaignait uniquement de douleurs de la nuque le jour de l'accident. Il n'évoquait ni

- 9 - maux de tête, ni vertiges, ni nausées, ni troubles auditifs ou visuels. La perte auditive diagnostiquée pour la première fois en 2010 montrait une évolution nettement symétrique de l'ouïe au niveau des deux oreilles avec un abaissement à la fois léger et circonscrit pour

les sons de fréquence de 4'000 Hz. Le Dr G. \_\_\_\_\_ affirmait qu'un lien de causalité était possible entre cette atteinte particulière et l'accident, si l'on se fondait sur l'anamnèse. Selon le Dr L. \_\_\_\_\_, cette argumentation n'était pas recevable dans la mesure où elle ne se fondait que sur le principe « post hoc ergo propter hoc » Or des motifs de nature médicale parlaient en défaveur de ce rapport de causalité. Il n'y avait par ailleurs aucun indice suggérant un traumatisme crânien. Quant au tableau clinique, il correspondait à une atteinte auditive cochléaire légère. Aux yeux du Dr L. \_\_\_\_\_, il était dès lors très improbable que le mécanisme accidentel décrit fût à l'origine d'une lésion cochléaire ayant exactement la même importance des deux côtés. Partant, le trouble auditif diagnostiqué ne devait pas être reconnu comme une suite de l'accident de la circulation du

#### **E. 7**

Le recours, mal fondé, doit ainsi être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée rendue par la CNA. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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