

**DOCTEUR LOUIS VERRET, NEUROLOGUE**

Centre médical Laennec, 1750 rue de Vitré, bureau 400, Québec, G1J 1Z6

Tél. : 522-4741 Fax : 522-7179

---

Québec le 22 décembre 2010

Maître Charles-B. Laliberté

Avocat

Gauthier, Brochu, Laliberté, Gobeil, Barribeau et Ouellet, Avocats

Bureau d'aide juridique de Charlesbourg

8500 boul. Henri-Bourassa, bureau 240

Québec (Québec) G1G 5X1

Objet : Madame Nancy Leblond

Votre dossier : 210-083-15

---

J'ai rencontré, le 22 décembre 2010, madame Nancy Leblond dans le cadre d'une expertise médicale en neurologie. J'ai été mandaté par Maître Charles-B. Laliberté, avocat, qui représente madame Leblond dans sa réclamation envers la Société d'assurance automobile du Québec suite à un accident d'automobile du 18 décembre 1995.

Plus précisément, Maître Laliberté, dans son mandat adressé le 15 décembre 2010, me demande :

*« ... nous vous confions donc le mandat d'évaluer la capacité de notre cliente à occupé un emploi, de même que les séquelles permanentes qui ont été accordées par la Société de l'assurance automobile du Québec jusqu'à maintenant ... »*

Les buts de l'expertise ont été expliqués à madame Leblond. Elle comprend que je n'agirais pas à titre de médecin traitant, mais bien en tant qu'évaluateur indépendant dans son dossier en lien avec ses blessures neurologiques et son accident d'automobile de 1995.

**ANAMNÈSE :**

Madame Nancy Leblond a maintenant 36 ans. Elle est droitière.

Avant l'accident d'automobile du 18 décembre 1995, elle n'avait aucun antécédent médical particulier.

Actuellement, comme médication, elle prend Lamictal 25mg 2 comprimés 2 fois par jour, Orphenadrine 100mg au coucher, Topamax 25mg 2 fois par jour, Zytram XL 200mg le matin, Lyrica 50mg 2 fois par jour, Mexiletine 100mg 2 comprimés 3 fois par jour, Naprosyn 500mg 2 fois par jour, Pantoloc, Colace, Senokot, Cesamet 1mg 2 comprimés 2 fois par jour, Oxcarbazepine 300mg 3 fois par jour.

Lors de l'accident du 18 décembre 1995 madame Leblond était âgée de 21 ans. Elle était à sa deuxième session d'étude en design de mode à Montréal.

Elle était passagère avant d'un véhicule automobile. Il y a eu impact avec un autre véhicule. À ce moment-là, il y a eu déploiement incomplet et explosion du coussin gonflable. Madame Leblond a été projetée vers l'avant et le côté droit, et il y a eu un impact de sa mâchoire du côté droit sur le pare-brise et des brûlures chimiques à l'hémiface droite, aux yeux et au nez secondaires à la poudre d'explosion du coussin gonflable.

Elle a été transportée à l'hôpital et on a diagnostiqué des brûlures chimiques du 2<sup>e</sup> degré au visage et aux voies respiratoires supérieures. Madame Leblond me rapporte qu'elle a été transportée en ambulance. Elle n'a pas eu de perte de conscience, mais les souvenirs sont plutôt flous des minutes qui ont suivies l'accident et de son transport en ambulance. Elle était, semble-t-il, légèrement confuse à ce moment-là.

Elle a été observée quelques heures à l'urgence à Montréal. Par la suite, elle a été libérée. C'est au début janvier 1996, donc quelques semaines après l'accident, qu'elle a vu son médecin de famille.

Elle a été éventuellement référée à l'unité des grands brûlés de l'Hôtel-Dieu de Québec, en dermatologie et chirurgie plastique. Elle a été évaluée et on a jugé qu'elle n'avait pas besoin de greffe cutané pour ses brûlures.

Elle présentait alors des douleurs faciales importantes. Elle a été référée au Serge Desbiens, neurologue, qui a diagnostiqué à ce moment-là une névralgie du trijumeau.

Elle a vu par la suite le docteur Genest, plasticien, qui l'a évalué en expertise à la demande de la Société d'assurance auto. Elle aurait été vu en 1996, 1997 et 2000.

Par ailleurs, dans la même période post-accident, en 1996 et 1997, elle a remarqué des difficultés à fermer la bouche et à mastiquer. Il y a eu des évaluations tout d'abord en médecine dentaire et ensuite en chirurgie maxillo-faciale et on aurait diagnostiqué une béance et une malocclusion possiblement secondaire à une luxation méniscale temporo-mandibulaire. Elle a vu entre autre les docteurs François Blondeau et Rénaud Pérusse, chirurgiens maxillo-faciale. Elle a aussi été évaluée par le docteur Pierre-Éric Landry dans la même spécialité.

Elle a eu deux chirurgies buccales, en 2000 et 2002, pour tenter de résoudre le problème de malocclusion et de la lésion méniscale temporo-mandibulaire droite.

Finalement, elle a vu la docteure Lise Payant depuis 2003 qui la suit aux deux ans et qui lui prescrit des plaques occlusales.

Par ailleurs, en neurologie, elle a vu le docteur Richard Desbiens en 2003 et elle est actuellement suivie par le docteur François Emond depuis 2006 pour ces douleurs faciales. Elle a vu aussi la docteure Geneviève Milot en neurochirurgie et le docteur Léo Cantin, neurochirurgien, qui n'ont pas suggéré d'intervention.

Symptomatologie : Au niveau de la symptomatologie, immédiatement après l'accident, madame Leblond se plaignait surtout de douleurs faciales sous forme de brûlement au niveau des lésions cutanées de la brûlure chimique qu'elle a subi lors de l'accident. Avec des semaines voire des mois, une douleur au niveau de la mâchoire s'est précisée. De même la douleur au niveau de la peau du visage à droite a pris un caractère plus « électrique ». Il s'agissait d'une sensation de courant électrique à la joue droite, fluctuante, qui augmentait à l'exposition au froid ou au vent et qui irradiait vers les dents. (C'est dans ce contexte qu'elle a vu le docteur Serge Desbiens, neurologue. )

Actuellement, la douleur est au niveau de l'hémiface droite. La douleur peut irradier dans le cou ou vers le crâne et l'arrière de la tête.

La douleur est toujours augmentée à l'exposition au vent froid surtout.

Elle se plaint de sensation de picotement dans les lèvres et de douleur dans les dents en supérieur à droite. La douleur survient notamment lorsqu'elle respire par la bouche.

La douleur est plutôt interne, tantôt comme une froideur ou tantôt comme une sensation de brûlure. Par moment la sensation prend la forme de chocs électriques, et ce, très fréquemment et de façon un peu paroxystique.

La douleur est aussi augmentée lorsqu'elle mastique, rit, chante ou parle.

La chaleur tiède peut aider la symptomatologie.

L'eau de la douche à l'hémiface droite augmente le malaise.

De plus, en raison de la douleur, elle a tendance à avoir des « spasmes » à l'hémiface droite où elle contracte l'orbiculaire droit et retousse la lèvre à droite.

Par moment, elle peut avoir des crises de douleurs beaucoup plus intenses accompagnées de nausées et de vomissements. Ces crises peuvent durer quelques heures et amènent parfois des consultations à l'urgence. Elle en aurait fait une vingtaine dans l'année 2010.

En raison des douleurs, madame Leblond porte une plaque occlusale. Elle prend aussi une importante médication. De nombreux médicaments, outre ceux qu'elle prend actuellement, ont été tentés; elle se souvient d'avoir déjà pris du Neurotin, du Voltaren et différents anti-inflammatoires, du Dilaudid, de l'Empracet, du Percocet et de la morphine, et d'avoir eu des infiltrations à la mâchoire.

Elle ne peut dormir la face accotée sur le côté droit.

Le tout nuit à son appétit et à son alimentation.

En cours d'évolution et toujours maintenant, elle présente des troubles de concentrations et de mémoire. C'était surtout présent en 2003 lorsqu'elle prenait du Tegretol et cela s'est amélioré avec l'arrêt de ce médicament mais elle présente toujours des difficultés aux tâches nécessitant une attention soutenue. Notamment, elle a de la difficulté à faire du calcul mental. Elle présente un manque du mot à l'occasion lors des conversations. Elle perd le fil aussi lors des conversations soutenues. Elle se plaint d'une lenteur psychomotrice et, par exemple, elle a de la difficulté aux jeux vidéo.

### **FONCTIONNEMENT :**

Elle a un conjoint. Elle n'a pas d'enfant. Elle demeure dans un appartement de 4 pièces et demi.

Son conjoint est considéré « aidant naturel ». Il ne travaille pas. Il supporte madame Leblond dans les activités de la vie domestique.

Entre 1995 et 2000, sous la gouverne de son médecin de famille, elle a fait des tentatives de reprise de ses études et de son travail. Elle a du abandonné en raison des douleurs importantes et des nombreux traitements et consultations.

Madame Leblond se lève vers 10h30. Après le levé, elle essaie de manger et prend sa médication. Souvent lorsqu'elle prend certains de ces médicaments, elle présente un peu de diplopie et de somnolence. Elle se repose en avant-midi et en après-midi. Elle fait un peu de lecture, de télévision, elle joue aux cartes. Elle fait partie de l'association FLAM depuis peu pour l'aide aux grands brûlés. Elle fait un peu de jeu de mémoire, mais ne fait pas vraiment d'ordinateur par ailleurs.

Son appétit est diminué, elle doit prendre des suppléments d'Ensure. Elle ne fait pas de sport, alors qu'elle était championne de judo avant son accident.

Elle ne conduit pas l'auto en raison de son ralentissement psychomoteur. Elle est autonome pour les activités de la vie quotidienne. Pour les activités de la vie domestique, elle ne fait pas la cuisine sauf, peut-être, réchauffer les plats. Elle ne s'occupe pas vraiment du ménage non plus, c'est son conjoint qui le fait. Elle gère les finances avec son conjoint.

### **EXAMEN PHYSIQUE :**

Madame Leblond se présente à l'heure au rendez-vous. Elle est bien mise. Elle collabore bien à l'entrevue. Elle porte une plaque occlusale qu'elle enlève pour qu'on puisse s'entretenir verbalement librement.

En cours d'entrevue, j'observe une contraction intermittente de l'orbiculaire droit et une contraction de la joue droite qui forcent les lèvres à droites en un certain

rictus. De même la peau à droite est un peu plus luisante et madame Leblond m'apprend qu'elle applique une crème hydratante un peu occlusive pour protéger sa peau du froid et diminuer l'inconfort dû au froid de l'hiver. La coloration du visage à droite est un peu inégale comparée à la gauche. La température est symétrique.

Au niveau des paires crâniennes, il y a de la dysesthésie à l'hémiface droite surtout au niveau de la deuxième branche du trijumeau. Les réflexes cornéens sont symétriques. Les réflexes sternutatoires sont ambigus : il y a un certain «inconfort» (dysesthésique?) lors de la stimulation à droite. Le reste des paires crâniennes est normal.

Au niveau du visage, par ailleurs, la peau à droite est un peu plus luisante (peut-être en raison de la crème hydratante / occlusive qu'applique madame Leblond).

Le serment est négatif. La force segmentaire est normale aux quatre membres.

Les réflexes ostéotendineux sont normaux et symétriques. Les cutanés plantaires sont en flexion.

La sensibilité est normale aux quatre extrémités. Le Romberg est négatif.

La démarche est normale. Les épreuves cérébelleuses sont normales.

### REVUE DE DOSSIER :

L'ensemble du volumineux dossier a été révisé. Ci-bas se trouvent résumés les éléments du dossier pertinents à mon mandat.

- Consultation en médecine buccale, docteur Rénaud Pérusse, DMD, MD, 16 février 1998 :

Il s'agit de la note médicale la plus contemporaine à l'accident que je possède. Dans son évaluation, le docteur Pérusse relate les circonstances de l'accident. Il mentionne : « *La patiente a été frappée au niveau du côté droit du visage et a été brûlée de façon extensive par les gaz s'échappant du coussin gonflable de son automobile.* » Elle a été référée au docteur Pérusse pour des douleurs et des limitations d'ouverture au niveau maxillaire. Il écrit : « *Une partie des douleurs de la patiente sont ressenties sous forme de chocs électriques dans la joue droite et c'est la raison pour laquelle elle a reçu du Tegretol qu'elle prend actuellement à la dose de 200 mg, 3 fois par jour. Ce médicament lui aurait été prescrit par un neurologue.* » Le docteur Pérusse conclut : « *L'ensemble des symptômes présentés par cette patiente soit sa douleur mandibulaire, sa limitation d'ouverture et la disparition des craquements qu'elle présentait jusqu'à tout récemment, semble indiquer la présence d'une luxation méniscale non réductible bilatérale des articulations temporo-mandibulaires.* » Il rajoute à la fin : « *L'ensemble du tableau clinique est donc parfaitement compatible avec une dysfonction temporo-mandibulaire post-traumatique imputable directement à l'accident d'automobile qu'elle a subi, il y a environ 2 ans.* »

- Expertise médicale, docteur Hervé Genest, chirurgien plasticien, 11 mai 2000 :

Le docteur Genest mentionne en introduction qu'il a vu madame Leblond à quelques reprises auparavant. Il écrit : « *Une première expertise qui avait été effectuée en février 1997 démontrait des séquelles vasomotrices importantes dont l'évolution était imprécise à ce moment. J'avais donc recommandé une réévaluation plus de 2 ans après le traumatisme. Durant cet intervalle, madame Leblond a présenté des symptômes de douleur et de dysfonction vasomotrice avec céphalées intenses qui avaient été diagnostiqués comme étant des névralgies du trijumeau par le docteur Serge Desbiens, neurologue.* » Le docteur Genest mentionne, par ailleurs, que madame Leblond avait été évaluée en médecine dentaire pour des problèmes d'articulation temporo-mandibulaire et qu'elle a été opérée en chirurgie maxillo-faciale par le docteur Pierre-Éric Landry. Au niveau des symptômes, le docteur Genest rapporte : des douleurs au niveau des dents, des yeux et de la joue droit lorsqu'il y a des changements de température rapides, ce qui peut entraîner des crises de céphalée avec vomissements qui sont soulagées par l'injection d'analgésique; des problèmes de malocclusion; une lourde médication pour soulager les symptômes de névralgie du trijumeau; sensation de brûlure au niveau de la joue droite. À l'examen physique, le docteur Genest décrit, notamment, une discrète décoloration des deux joues compatible avec des zones cicatricielles des brûlures. Au test d'application du front au niveau des deux joues, il y a une asymétrie après seulement 3 minutes avec douleurs, rougeurs et irradiations vers l'œil, la joue droite et le front, des discrètes télangiectasies au niveau de la pointe nasale et autour des ailes du nez. Il écrit aussi : « *Le toucher déclenche une légère dysesthésie du côté droit sur le trajet du nerf trijumeau.* » En conclusion, le docteur Genest conclut que les évaluations initiales avaient nettement démontré la présence de légères séquelles de type préjudice esthétique ainsi que de phénomènes dysesthésiques et vasomoteurs principalement du côté droit. Il conclut : « *En regardant l'ensemble du tableau, il me semble plausible que l'accident d'automobile du 18 décembre 1995 ait entraîné l'apparition d'une névralgie du trijumeau post-traumatique. Cette névralgie pourrait expliquer les symptômes douloureux et vasomoteurs retrouvés chez cette patiente.* » Le docteur Genest suggère alors une évaluation en chirurgie maxillo-faciale et en neurologie. En conclusion, il recommande comme déficit anatomophysiologique relatif aux séquelles causées par l'accident du 18 décembre 1995, une atteinte par analogie du nerf trijumeau avec 2 % pour atteinte motrice partielle hémilatérale et 4 % pour atteinte partielle sensorielle unilatérale aux 3 branches.

- Consultation en neurologie, docteur Richard Desbiens, neurologue, 30 janvier 2003 :

Docteur Desbiens décrit la symptomatologie : il mentionne que quelques mois après l'accident d'automobile, madame Leblond a développé des douleurs dans le visage surtout concentrées dans la région malaire droite. Les douleurs étaient décrites comme des sensations de brûlure et de paroxysme en choc électrique qui surviennent dans la région de l'œil droit ainsi qu'à la région malaire droite. Il y aurait possiblement une zone gâchette sur la peau de la région malaire et jugale droites. Il y a aussi une sensibilité anormale à l'intérieur du nez, sur l'aile du nez à droite et lorsqu'on touche son œil et sa paupière. Il y

a, de plus, des contractions involontaires de l'orbiculaire de l'œil droit surtout lorsqu'elle a des douleurs. À l'examen, on note une hyperesthésie à la palpation légère de la joue droite. Le docteur Desbiens conclut à une névralgie faciale atypique. Il écrit de plus : « *Il s'agit d'une atteinte de plus d'une branche du trijumeau, mais c'est surtout la deuxième branche du trijumeau droit qui est atteinte. Quant au lien avec le traumatisme au visage subi en 1995, on peut certainement affirmer qu'un problème douloureux n'était pas là avant l'accident. On ne peut pas jurer qu'il y a un lien de cause à effet avec l'accident, mais cela n'est pas mon rôle de toute façon. Je vais plutôt me concentrer à tenter de la soulager.* » Le docteur Desbiens suggère quelques mesures thérapeutiques au médecin de famille.

#### Consultations docteur François Emond, neurologue :

##### - 8 février 2006 :

Le docteur Emond voit madame Leblond pour la première fois. Il est accompagné de la docteure Geneviève Milot à ce moment-là. Il conclut, à ce moment-là, à des douleurs faciales avec élément évocateur d'une névralgie trigéminal droite.

##### - 12 avril 2006 :

Le docteur Emond conclut, à ce moment-là, à des algies mixtes, post-traumatiques, avec composantes de névralgie du trijumeau.

##### - 26 juin 2006 :

Le docteur Emond conclut à une amélioration partielle suite à ses recommandations thérapeutiques. Il rapporte des effets secondaires de la médication surtout au niveau mnésique.

##### - 12 octobre 2006 :

Le docteur Emond conclut à des douleurs faciales droites multifactorielles composées de névralgie du trijumeau et de dysfonction temporo-mandibulaire. Il rajoute : « *Les éléments dysautonomiques pourraient aussi militer en faveur d'une composante d'hémicrânie continue. On a déjà mentionné la possibilité d'un hémispasme léger.* »

##### - 13 décembre 2006 :

Le docteur Emond conclut à des douleurs faciales réfractaires avec effets secondaires de la médication et tensions musculaires surajoutées.

##### - 26 février 2007 :

Le docteur Emond conclut : « *On a donc des douleurs faciales multifactorielles en partie post-traumatiques, en partie névralgiques et également musculosquelettiques en raison de l'atteinte temporo-mandibulaire, le tout réfractaire. La patiente s'est détériorée dans les dernières semaines. Quant au*

*changement autonome soit la rougeur et le gonflement, on pourrait à la limite se demander s'il y a un syndrome complexe des douleurs régionales faciales, ce qui demeure une rareté. »*

- 30 mai 2007 :

Le docteur Emond conclut à une algie faciale complexe avec une composante post-traumatique, une dysfonction temporo-mandibulaire sévère, une névralgie trigéminal secondaire et une hypersensibilité faciale à la suite d'une brûlure chimique.

- 30 juillet 2007 :

Le docteur Emond mentionne que les douleurs faciales sont donc quelques peu améliorées, mais que le contrôle est nettement insatisfaisant.

- 19 septembre 2007 :

La patiente est toujours très symptomatique et d'autres modifications médicamenteuses sont suggérées.

- 5 décembre 2007 :

Le docteur Emond conclut à des algies faciales complexes.

- 27 février 2008 :

Persistance des douleurs.

- 11 juillet 2008 :

Le docteur Emond conclut à des douleurs faciales multifactorielles. Il écrit : *« On note une hyperesthésie faciale à la suite d'une brûlure chimique, une dysfonction temporo-mandibulaire avec une sensibilisation centrale, un spasme hémifacial droit de cause incertaine et des effets secondaires probable de la médication avec impact cognitif. L'ensemble la rend, actuellement, totalement inapte à occuper un emploi rémunéré. Dans les faits, elle n'est même pas en mesure de s'occuper complètement des activités de la vie domestique chez elle. »*

- 1<sup>er</sup> juin 2009 :

Le docteur Emond conclut à des douleurs faciales multifactorielles incluant un syndrome de douleur régionale complexe de type I.

- 13 juillet 2009 :

Même conclusion.



- 30 novembre 2009 :

Le docteur Emond conclut : « *Algies faciales complexes qui sont dans l'ensemble stables. Effets secondaires reliés à une lourde médication. Le contrôle de la douleur demeure tout à fait partiel et l'impact global sur le fonctionnement quotidien demeure marqué à l'histoire. Dans l'ensemble, je ne perçois pas qu'on ait fait énormément de progrès au niveau du contrôle des douleurs depuis 2 ou 3 ans après avoir obtenu, tout de même, une amélioration avec les premières interventions.* »

- 12 janvier 2010 :

Le docteur Emond conclut à des douleurs faciales complexes et multifactorielles.

- 29 mars 2010 :

Le docteur Emond conclut à des douleurs faciales réfractaires avec effets secondaires de la médication. Il rajoute qu'il s'agit de douleurs chroniques invalidantes.

- 25 octobre 2010 :

Le docteur Emond conclut à des douleurs faciales complexes persistantes.

- Rapport d'évaluation en neuropsychologie, madame Sophie Chantale, 8 septembre et 7 octobre 2008 :

Madame Chantale conclut : « *Cette patiente âgée de 34 ans présente d'importants troubles cognitifs dans les sphères de l'attention/concentration, mémoire de travail et mémoire épisodique, en plus d'un ralentissement significatif de la vitesse de traitement de l'information. De manière plus détaillée, l'ensemble des mécanismes attentionnels évalués... est sévèrement atteint avec des performances se situant nettement en deçà du seuil du déficit, ce qui est assez impressionnant pour une personne de son âge. Les performances obtenues lors de l'évaluation de la mémoire de travail et de la mémoire épisodique verbale s'avèrent tout aussi impressionnantes; dans le premier cas, la patiente est incapable de rappeler 3 chiffres à rebours, et ce, immédiatement après les avoir prononcés, et dans le deuxième cas, la patiente présente un trouble de mémoire antérograde comparable à ce qui peut être rencontré dans des pathologies affectant les structures médiales du lobe temporal. Cependant, un deuxième test évaluant la mémoire épisodique verbale, administré lors d'une deuxième séance de testing, indique plutôt un léger trouble du processus de récupération sans évidence d'amnésie pure. D'un point de vue neuro-organique, le seul argument pouvant potentiellement expliquer cette discordance de performance entre les deux tests de mémoire est une fluctuation du niveau d'attention, dans le premier cas, suffisante sévère pour interférer sur les capacités de mémorisation. À savoir maintenant, si cette fluctuation attentionnelle est entièrement ou partiellement attribuable à une fatigabilité plus importante lors de la première séance de testing, si elle est reliée aux douleurs à l'hémicorps droit qui, de toute évidence, étaient plus*

*importantes lorsque j'ai rencontré la patiente la première fois ou si, finalement, la médication agissait différemment ces 2 journées?... Pour répondre tout de même à votre question, la médication peut certainement avoir un impact sur le fonctionnement cognitif de madame, mais dans quelle mesure? Ce que je peux vous dire, c'est que la patiente présente des atteintes cognitives dont la sévérité est au-delà, à titre comparatif, de celles habituellement observées chez des patients souffrant de fibromyalgie sévère avec ou sans dépression. Il n'en demeure pas moins que cette patiente est souffrante autant du point de vue physique que psychologique et que sa qualité de vie s'en trouve diminuée. Finalement, je tiens à mentionner que je demeure prudente vis-à-vis certaines performances objectives compte tenu des nombreuses plaintes physiques...exprimées par la patiente durant les tests nécessitant d'interrompre ceux-ci en plusieurs occasions et pouvant ainsi compromettre leur validité dans une certaine mesure. »*

- Expertise médicale en neurologie, docteur Patrice Drouin, neurologue, 9 novembre 2009 :

Dans ses conclusions, le docteur Drouin mentionne que les douleurs faciales de madame Leblond ne sont pas typiques d'une névralgie du trijumeau. Il conclut suite à son argumentation qu'il n'y a pas chez madame Leblond d'évidence d'une atteinte du trijumeau, car il n'y a pas de perte sensitive. Il rajoute : « *Au contraire, il s'agit d'une hypersensibilité laquelle était, pendant les premières années, reliée à l'exposition à la chaleur, et qui, au bout d'environ 2 ans, est devenue de façon nettement prépondérante secondaire à l'effet du froid, ce qui ne correspond pas non plus à une évolution naturelle d'une pathologie organique du nerf trijumeau. La dernière hypothèse diagnostique est celle d'une CRPS du visage, condition que, personnellement, je n'ai jamais rencontrée.* » Le docteur Drouin rajoute : « *On reste donc avec un problème de douleur faciale allégué de cause qui, à mon avis, n'est pas d'origine neurologique organique. Un CRPS du visage (algodystrophie) est, pour moi, une entité que je n'ai jamais rencontrée et il serait surprenant qu'un tel phénomène puisse apparaître plusieurs années après un traumatisme.* » Au niveau du lien de causalité entre l'accident et les symptômes de madame, le docteur Drouin écrit : « *Le problème des douleurs est apparu assez tardivement après l'évènement et aurait commencé probablement en 1997 soit près de 2 ans après l'accident. Il est étonnant qu'un problème neurologique puisse apparaître 2 ans après un évènement traumatique. Personnellement, je ne vois pas de lien causal sous l'aspect neurologique.* » Le docteur Drouin rajoute : « *Pour ce qui est de l'aspect cognitif qui est possiblement causé par des médicaments. Actuellement, la rencontre avec cette malade qui a duré plus d'une heure et demie ne laisse suspecter aucune atteinte des fonctions cognitives. Elle est parfaitement orientée, capable de manipuler son dossier avec aisance, le connaissant très bien, pouvant produire les documents qui appuient ses opinions. En aucun temps, on observe de trouble d'attention, de concentration. Le langage est abondant et intact. À mon avis, il n'y a pas d'évidence objective d'atteinte cognitive reliée à la médication.* » Au niveau de la capacité, le docteur Drouin ne trouve pas de condition neurologique organique susceptible de créer une incapacité à travailler. Il ne suggère aucune intervention supplémentaire. Il ne recommande aucune atteinte permanente sur

le plan des sensibilités cutanées au niveau du visage puisque toutes les sensibilités sont perçues.

- Décision de la Société d'assurance auto relative à une demande de révision, 9 juin 2010 :

Madame Leblond avait contesté une décision du 3 mars 2005 de la Société d'assurance auto. La décision venait d'un agent d'indemnisation responsable du dossier de madame Leblond. On avait refusé de reconnaître un changement de situation, et donc, de rendre une nouvelle décision concernant le droit à madame Leblond à une indemnité de remplacement de revenus ou toute autre indemnité à l'égard de son accident du 18 décembre 1995. On mentionne, entre autre, que des douleurs au niveau des branches du trijumeau n'avaient pas été reconnues. Madame Leblond avait fourni les rapports du docteur François Emond, neurologue depuis 2006 et l'évaluation de madame Sophie-Chantale, neuropsychologue, en 2008. En contrepartie, elle a été évaluée en neurologie et en maxillo-facial par le docteur Serge Brassard et le docteur Patrice Drouin. Notamment, sur le plan neurologique, le docteur Patrice Drouin a mentionné qu'il n'y avait aucune évidence d'une atteinte du nerf trijumeau, car il n'y avait aucune perte de sensibilité. De plus, le docteur Drouin a noté que rien ne laissait suspecter une atteinte des fonctions cognitives malgré la médication. Le docteur Drouin a donc jugé que madame Leblond était apte à travailler à temps plein d'un point de vue neurologique. Le docteur Drouin a ajouté qu'aucune cause organique objective ne pourrait expliquer l'importance des douleurs. Ainsi, il a été décidé de confirmer la décision rendue le 3 mars 2005 et de ne pas accorder de changement de situation dans le dossier de madame Leblond.

**DISCUSSION :**

Madame Nancy Leblond a présenté un accident d'automobile le 18 décembre 1995. Elle a subi alors un choc du côté droit de la tête et de la mâchoire, de même qu'une brûlure chimique au côté droit du visage.

Elle a présenté dans les semaines, mois et années suivantes un tableau douloureux riche en symptômes à l'hémiface droite.

Certaines de ses douleurs proviennent de l'articulation temporo-mandibulaire, pour lesquelles on a diagnostiqué, notamment, une luxation méniscale au niveau des articulations temporo-mandibulaires et pour lesquelles elle a subi des interventions en chirurgie maxillo-faciale.

Par ailleurs, elle a présenté d'autres douleurs intriquées à cette douleur articulaire qui sont décrites au fil des évaluations que j'ai pu analyser comme étant de type brûlure, choc électrique et dysesthésique. On peut rajouter à cela des manifestations vasomotrices décrites assez précocement dans l'évolution et des manifestations de contractions musculaires.

Il y a eu un important suivi tant du côté maxillo-facial que du côté neurologique au fil des années.

Somme toute, à mon avis, on remarque une certaine consistance dans les opinions et diagnostics. On parle d'une part d'un problème articulaire et maxillo-facial, et d'autre part d'une problématique neurologique.

Il s'agit néanmoins d'une situation diagnostique difficile. Sur le plan neurologique, on a, entre autre, évoqué la possibilité d'une névralgie du trijumeau, 'une névralgie du trijumeau atypique, d'algies faciales complexes, de *CRPS* (*Complex Regional Pain Syndrome*, syndrome de douleur régionale complexe)...

À mon avis, nous sommes face ici à un problème d'algies (douleurs) faciales chroniques. L'importance du suivi, sa continuité, les importants changements de médication, témoignent de la chronicité du problème de Madame Leblond.

Sur le plan neurologique, la cause de cette douleur faciale chronique est probablement un *CRPS* facial.

Le *CRPS* est un syndrome défini cliniquement. Il n'y a pas de test diagnostique qui puisse le démontrer. Il s'agit d'un syndrome qui rallie des symptômes d'hyperalgésie, d'allodynie, des changements vasomoteurs, sudomoteurs et moteurs et des changements trophiques, initiés par un traumatisme ou une immobilisation.

Les critères de ce syndrome sont définis par des groupes consensuels. On a référé au fil des années au *CRPS* type I ou l'algodystrophie sympathique réflexe et le *CRPS* type II ou causalgie, mais cette distinction n'est plus retrouvée dans les critères plus récents (2003). (voir tableau 1)

À mon avis, madame Leblond rencontre les critères consensuels du *CRPS* :

Le tout a débuté suite à son accident d'automobile où elle a subi des lésions au visage : désordre temporo-mandibulaire et brûlures chimiques.

Elle présente plusieurs symptômes douloureux régionaux au niveau du visage disproportionnés par rapport à la temporalité et à l'intensité du traumatisme qu'elle a subi.

L'évolution, bien que continue au fil des dernières années, a été, somme toute, un peu variable.

Il y a à l'histoire présence de symptômes sensitifs, vasomoteurs et moteurs.

À l'examen, on remarque, de plus, tant aujourd'hui qu'aux examens antérieurs, la présence de changements sensoriels et vasomoteurs et moteurs.

Le *CRPS* survient habituellement aux membres. On retrouve cependant dans la littérature<sup>1 2 3</sup> des cas de *CRPS* s'étant présenté au visage dont certains suite à des désordres temporo-mandibulaires.

Ainsi, au niveau diagnostic, je suis donc en désaccord avec le docteur Patrice Drouin. Il y a, à mon avis, une explication neurologique aux douleurs que

présente madame Leblond. Un CRPS du visage est rare. Cependant, une revue de la littérature permet de découvrir des cas bien documentés. Par ailleurs, tel que déjà discuté, madame Leblond présente toutes les conditions, les symptômes et les critères diagnostiques consensuels pour rencontrer un diagnostic de CRPS.

Un syndrome douloureux chronique, qu'il soit facial ou aux membres, qu'il soit causé par un CRPS ou une autre étiologie, peut être invalidant chez certains individus.

Actuellement, au questionnaire fonctionnel, madame Leblond présente un impact certain et important sur son fonctionnement en lien avec une problématique douloureuse. Elle nécessite la présence d'un aidant naturel à temps plein. Malgré des essais, elle n'a pu reprendre une occupation d'étude ou rémunératrice à temps partiel ou temps plein.

Elle nécessite la prise d'une lourde médication antidouleur. Cette médication peut avoir des effets secondaires cognitifs. L'évaluation objective de madame Sophie Chantale démontre une atteinte cognitive importante bien que fluctuante. Une fluctuation d'une atteinte cognitive est souvent vue dans les problèmes douloureux ou en lien avec la prise de médicaments psycho-actifs. C'est le cas de madame Leblond. Bien que l'atteinte cognitive soit fluctuante, celle-ci est, par moment, importante, et ce, de façon imprévisible. Ceci rajoute à l'incapacité dont souffre madame Leblond.

Au niveau des séquelles, conformément au règlement sur les atteintes permanentes de la SAAQ en vigueur lors de l'accident, il est difficile de quantifier le syndrome douloureux chronique que présente madame Leblond dans ce barème surtout anatomique. Cependant, par analogie, si on mesure l'impact que la douleur chronique et la prise de médicament a sur le fonctionnement de madame Leblond et qu'on l'applique au Titre IX, Système Psychique, on peut comparer l'état actuel à la description de l'item III de la section I, syndrome cérébral organique, qui se lit comme suit : « *Altération des fonctions supérieures cognitives ou affectives qui dérangent modérément la capacité de vaquer aux activités quotidiennes communes à tous les individus et qui requièrent une surveillance occasionnelle pour l'accomplissement de celles-ci incluant les effets secondaires de la médication, le cas échéant.* » J'évalue l'état actuel de madame Leblond à 20 % d'atteinte permanente.

### **Tableau 1 : Critères consensuels du syndrome de douleur régionale complexe (Complex Regional Pain Syndrome, CRPS)**

General definition: CRPS describes an array of painful conditions characterized by continuing (spontaneous and/or evoked) regional pain seemingly disproportionate in time or degree to the usual course of any known trauma or other lesion. The pain is regional (not in a specific nerve territory or dermatome) and usually has a distal predominance of abnormal sensory, motor, sudomotor, vasomotor, and/or trophic findings. The syndrome shows variable progression over time.

To make the *clinical* diagnosis, the following criteria must be met:

1. Continuing pain, which is disproportionate to any inciting event
2. Must report at least 1 symptom in 3 of the 4 following categories:
  - Sensory: reports of hyperesthesia and/or allodynia
  - Vasomotor: reports of temperature asymmetry and/or skin color changes and/or skin color asymmetry
  - Sudomotor/edema: reports of edema and/or sweating changes and/or sweating asymmetry
  - Motor/trophic: reports of decreased range of motion and/or motor dysfunction (weakness, tremor, dystonia) and/or trophic changes (hair, nails, skin)
3. Must display at least 1 sign *at time of evaluation* in 2 or more of the following categories:
  - Sensory: evidence of hyperalgesia (to pinprick) and/or allodynia (to light touch and/or temperature sensation and/or deep somatic pressure and/or joint movement)
  - Vasomotor: evidence of temperature asymmetry ( $>1^{\circ}\text{C}$ ) and/or skin color changes and/or asymmetry
  - Sudomotor/edema: evidence of edema and/or sweating changes and/or sweating asymmetry
  - Motor/trophic: evidence of decreased range of motion and/or motor dysfunction (weakness, tremor, dystonia) and/or trophic changes (hair, nails, skin)
4. There is no other diagnosis that better explains the signs and symptoms

For research purposes: Must report at least 1 symptom in *all 4* symptom categories and at least 1 sign (observed at evaluation) in 2 or more sign categories.

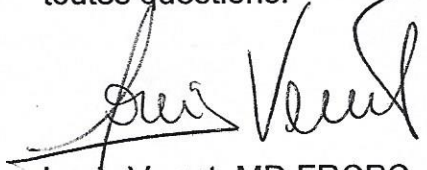
(Harden and Bruehl 2005; Harden et al 2007)

## CONCLUSION :

Après analyse du dossier et suite à la rencontre avec madame Leblond, je crois que :

- Madame Leblond présente un syndrome douloureux chronique à l'hémiface droite. Le syndrome douloureux chronique est en partie en lien avec un désordre temporo-mandibulaire. De plus, il y a une condition neurologique qui répond aux critères du *CRPS (Complex Regional Pain Syndrome, syndrome de douleur régionale complexe)* au visage en lien avec le désordre temporo-mandibulaire et les brûlures chimiques subies lors de l'accident d'automobile du 18 décembre 1995. Il y a donc un lien de causalité entre la symptomatologie actuelle et l'accident d'automobile.
- Considérant le tableau de douleurs chroniques et l'évaluation fonctionnelle, je crois que madame Leblond ne peut actuellement occuper un emploi rémunérateur à temps partiel ou à temps plein. À mon avis, après plus de 15 ans d'évolution, il n'y aura pas de changement significatif de son état qui pourrait lui permettre de reprendre un emploi rémunérateur éventuellement.
- Au niveau des séquelles, par analogie et en concordance avec le règlement sur les atteintes permanentes en vigueur lors de l'accident, je crois qu'on doit accorder une atteinte permanente au système psychique, section I, syndrome cérébral organique, item III, de 20 %.

J'espère les renseignements utiles et complets, je demeure disponible pour toutes questions.



Louis Verret, MD FRCPC  
Neurologue

LV/cb

---

<sup>1</sup> Pain Med. 2010 Feb;11(2):274-80. A possible case of complex regional pain syndrome in the orofacial region. Sakamoto E, et al.

<sup>2</sup> J Orofac Pain. 2002 Spring;16(2):93-104. Complex regional pain syndrome in the head and neck: a review of the literature. Melis M et al

<sup>3</sup> Tex Dent J. 2007 Aug;124(8):748-52. Sympathetically maintained pain presenting first as temporomandibular disorder, then as parotid dysfunction. Giri S, Nixdorf D.