

Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA

table 13

Atteinte à l'intégrité en cas de tinnitus

Publié par les médecins de la
Caisse nationale suisse
d'assurance en cas d'accidents

Suva
6002 Lucerne, Case postale
Téléphone 041-419 51 11

Atteinte à l'intégrité en cas de tinnitus (acouphènes)

(approuvée le 24 août 1995 par la Commission d'Audiologie et expertise de la Société suisse d'ORL et de chirurgie cervico-faciale)

Introduction

Etant donné qu'il est impossible - sauf en de rares exceptions qui ne sont pas prises en considération dans le cadre de l'indemnité en cas d'atteinte à l'intégrité - d'objectiver un tinnitus (acouphènes), il est nécessaire de s'en remettre aux déclarations subjectives du patient. Seules des consultations répétées et des examens audiométriques complets effectués par un spécialiste au moyen de méthodes reconnues permettent une évaluation optimale.

Préalables

1. Préalables médico-légaux:

- a) la pathologie causale est un accident ou une maladie professionnelle;
- b) l'atteinte est suffisamment importante (handicap marqué dû aux acouphènes);
- c) l'atteinte est durable et on peut prévoir qu'elle se maintiendra avec la même intensité pendant toute la vie du patient.

2. Préalables audiologiques:

- a) une perte auditive est démontrable dans la plupart des cas;
- b) une causalité des acouphènes non liée à un accident et/ou à une maladie professionnelle a pu être exclue par des investigations audiométriques poussées;
- c) il est en général possible de définir l'acouphène, en fréquence et en intensité, au moyen d'une étude tinnitométrique.

L'expertise

L'expert basera son diagnostic sur les résultats des consultations et examens effectués par lui-même et sur ceux d'examen effectués précédemment dont il aura eu connaissance. A partir de là, il pourra confirmer que les affirmations du patient concernant le préjudice subi sont plausibles, et que les acouphènes sont à attribuer avec une forte probabilité aux causes incriminées (accident et/ou maladie professionnelle). Dans cette optique les données de l'anamnèse ainsi que les résultats des examens audiométriques devront être dûment pris en considération.

Ceux-ci doivent comprendre un audiogramme tonal (incluant la mesure des seuils d'inconfort) ainsi que la détermination tinnitométrique de l'intensité subjective, en dB, des acouphènes ainsi que de leur fréquence (son pur ou bruit à bande étroite): ceci sera

obtenu par comparaison avec les sons présentés à l'oreille du patient (si possible l'oreille controlatérale à celle où sont présents les acouphènes). Les critères de plausibilité comprennent d'une part la reproductibilité des paramètres acoustiques (fréquence et intensité) des acouphènes, et aussi le fait que l'intensité de ces acouphènes se situe le plus souvent entre 5 et 20dB SL (c.à.d. entre 5 et 20dB au-dessus du seuil de perception de l'oreille atteinte au niveau de fréquence correspondant à celui des acouphènes). L'appréciation du degré de gravité (degré léger, important, très important) devra s'appuyer que sur les données de l'anamnèse. Dans le même temps l'expert devra prouver que selon toutes probabilités aucune amélioration sensible de l'état du patient n'est à prévoir, et que toutes les possibilités de traitement sont épuisées; ce qui amènera à la conclusion que les acouphènes risquent selon toutes probabilités de persister durant toute la vie du patient, avec la même intensité. S'il vient s'y ajouter une sensibilité anormale aux bruits (abaissement du seuil d'inconfort) ceci sera à considérer comme un facteur aggravant.

Echelle d'appréciation

(l'appréciation définitive d'un trouble devant être considéré comme permanent ne pourra pas être faite sans un recul de 2-3 ans):

1. Tinnitus léger, minime

Atteinte à l'intégrité = 0%

Il s'agit en principe d'un acouphènes

- intermittent ou continu, uni- ou bilatéral;
- d'intensité subjective faible;
- n'influençant ni la vie quotidienne ni les activités professionnelles du patient. En d'autres termes, ce tinnitus est quasi-totalement compensé et sans incidence personnelle notable, peu gênant.

2. Tinnitus important

Atteinte à l'intégrité = 5%

En principe ce tinnitus:

- est le plus souvent continu, uni- ou bilatérale,
- d'intensité subjective marquée, souvent masqué par les bruits ambiants de la vie quotidienne;
- gêne le repos du patient (souvent empêchant celui-ci de dormir);
- perturbe à un degré moyen ou plus marqué par moments certaines occupations (lecture, écriture, écoute etc...) et perturbe les activités nécessitant concentration et ambiance de calme. Ce tinnitus n'est donc que partiellement compensé et représente une gêne personnelle de degré moyen.

3. Tinnitus très important

Atteinte à l'intégrité = 10%

En principe ce tinnitus:

- est continu, uni- ou bilatéral, avec gêne subjective très marquée, étant difficile voire très difficile à supporter;

- est rarement masqué par les bruits ambiants de la vie quotidienne;
- gêne régulièrement l'endormissement, voire est perçu durant le sommeil;
- perturbe de façon notable, de façon permanente ou discontinue, des activités telles la lecture, l'écriture, l'écoute etc.;
- prend subjectivement le pas sur une surdité coexistante ou sur d'autres handicaps. C'est un tinnitus "d ecompens e", d'importance subjective considérable, très pénible.

Bibliographie:

Berendes J., Link R., Zöllner F.: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in Praxis und Klinik. Band 6: Ohr II, 51.31.1980, Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York.

Brusis T.: Die L armschwerh origkeit und ihre Begutachtung. Demeter Verlag Gr afeling, 1978.

Dieroff H. G.: Lärmschwerhörigkeit. Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1994.

Dieroff H. G. et al.: Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde und Arbeitsmedizin. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1984.

Escher F.: Zur Psychopathologie des Ohrensausens. Klinische Vorlesung 10. März 1962.

Feldmann H.: Das Gutachten des HNO-Arztes. Georg Thieme Verlag Stuttgart, 1976.

Katz J.: Handbook of Audiology. The Williams and Wilkins Company, Baltimore, 1978.

Lamprecht J., Morgenstern C.: Die bilaterale kalorische Langzeitsp ulung als Methode zur Differenzierung des tonalen Tinnitus. Laryng. Rhinol. Otol. 64, 1985, 17–20.

Lehnhardt E., Plath P.: Begutachtung der Schwerhörigkeit bei L armarbeiten. Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York, 1981.

Lüscher E.: Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Springer Verlag Wien, 1952.

Naujoks J., Lotter E.: Die konservative Therapie des Tinnitus. Laryng. Rhinol. 60, 1981, 220 bis 223.

Noble W. G.: Assessment of impaired Hearing. Academic Press New York, San Francisco, London, 1978.

Opitz H. J.: Tinnitus – Entstehung und Beeinflussung. Laryng. Rhinol. 60, 1981, 212 bis 219.

Platz P.: Tinnitus – Ursachen und Symptomatik. Audiologische Akustik 20. Jg., H.1, 1981, 2 bis 12.

Portmann M., Portmann C.: Précis d'audiom etrie clinique. Masson Paris, New York, Barcelone, Milan, 1978.

Roche Lexikon Medizin. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 1984.

Taylor W.: Disorders of Auditory Function. Academic Press London, New York, 1973.