**A. RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAVAILLEUR**

Nom :

Prénom :

No d’assurance maladie :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

No de dossier du travailleur :

Date de l’évènement d’origine :

Date de la récidive, rechute ou aggravation : Nil

**B. RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN**

Nom : CENTOMO

Prénom : Hugo

No permis : 1-18154

Adresse : 5777 Boul. Gouin Ouest, Suite 370, Montréal, Qc, H4J 1E3

Téléphone : 514-331-1400

Courriel : [adjointe.orthopedie@gmail.com](mailto:adjointe.orthopedie@gmail.com)

**C. RAPPORT**

1. Mandat de l’évaluation

Le but de l’évaluation est de répondre aux points suivants de l’article de la LATMP :

1) Diagnostic

2) Date de consolidation.

3) Nature, nécessité́, suffisance, durée des soins ou traitements administrés ou prescrits.

4) a) Existence de l’atteinte permanente à l’intégrité́ physique ou psychique.

b) Pourcentage de l’atteinte permanente à l’intégrité́ physique ou psychique.

5) a) Existence de limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle.

b) Évaluation des limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle.

2. Diagnostics acceptés par la CNESST

Entorse genou droit.

Statuer sur diagnostic de synovite du genou droit.

3. Modalité de l’entrevue

L’évaluation suivante s’est tenue dans les locaux de la clinique du Complexe Médical Nord-de-Île (CMNDI). Nous avons clairement expliqué à notre mandat d’évaluateur indépendant désigné par la CNESST dans le cadre de l’application de l’article 204 de la LATMP. Nous lui avons précisé que nous n’agirons pas en tant que médecins traitants. Notre rapport d’évaluation sera d’abord envoyé́ à la CNESST.

Nous avons procédé́ au questionnaire subjectif ainsi qu’à un examen physique détaillé́ en relation avec les lésions à évaluer, nous nous sommes assurés à la fin de l’entrevue d’avoir couvert l’ensemble de la problématique.

Nous avons revu le dossier CNESST de même que le dossier médical. Nous avons pu consulter l’ensemble des rapports et des bilans radiologiques réalisés dans le cadre de l’évaluation de la lésion.

L’entrevue s’est effectuée cordialement, le patient participait pleinement à son entrevue. L’entrevue s’est déroulée entre.

À la fin de l’entrevue, nous avons demandé́ à s’il avait d’autres commentaires ou informations à nous divulguer. Ce dernier nous a répondu par la négative.

4. Identification

Âge : Il s’agit d’un homme de 55 ans

Dominance : Il est droitier

Emploi : Il travaille comme pompier/lieutenant à l’emploi du Service de Sécurité incendie de la ville de Montréal depuis 30 ans.

Il travaille à temps complet.

Il n’a jamais été en arrêt de travail depuis l’accident.

5. Antécédents

Médicaux : Dyslipidémie

Chirurgicaux : Arthroscopie genou droit.

Au site et au pourtour de la lésion : entorse et déchirure méniscale genou droit. Gonarthrose droite.

Accidentels :

CNESST : Entorse et déchirure genou droit avec APIPP sans limitations fonctionnelle. Il y a 10 ans environ.

SAAQ : Nil

Autres : Nil

Allergie : Aucune

Tabac : Négatif Cannabis : Négatif Alcool : Occasionnel

6. Médication actuelle et mesures thérapeutiques en cours

Acétaminophène, anti-inflammatoire, lipitor

7. Historique de faits et évolution

La fiche de réclamation du travailleur décrit l’événement suivant survenu le 5 mars 2021 :

« *Lors de la vérification du statut de mon véhicule j’ai monté sur le marché pieds et fait une rotation du genou.* »

Le travailleur rencontre le docteur Martine Dupuis, le 5 mars 2021. Elle diagnostique une entorse du genou droit. Elle prescrit de la physiothérapie. Elle suggère un arrêt de travail.

Une radiographie du genou droit sera réalisée le 5 mars 2021. Cette dernière démontre :

« *Pas de fracture grossière identifiée. Pincement sclérose et ostéophytose volumineuse en fémorotibial interne et externe ainsi que fémoropatellaire. Score à KL 4.* »

Le docteur Martine Dupuis remplit une assignation temporaire de travail avec horaire progressif du 8 mars 2021 au 16 mars 2021.

Le travailleur revoit le docteur Dupuis, le 16 mars 2021. Elle maintient le diagnostic d’entorse du genou droit. Elle constate les résultats de la radiographie où il n’y a pas de fracture notée. Elle note une nette amélioration. Elle maintient les travaux légers ainsi que les traitements en physiothérapie.

Le travailleur rencontre le docteur Stéphanie Lavoie-Lennon, le 19 avril 2021. Elle diagnostique une entorse du genou droit avec activation d’arthrose (ancienne blessure de CNESST de plusieurs années). Synovite aiguë secondaire à entorse genou droit aigu. Elle maintient les traitements en physiothérapie. Elle suggère de cesser le TRP. Elle suggère une infiltration de visco-supplémentation. Elle maintient les travaux légers.

Le travailleur revoit le docteur Lavoie-Lennon, le 17 mai 2021. Elle maintient un diagnostic d’entorse du genou droit avec activation d’arthrose. Synovite aiguë secondaire à l’entorse du genou droit. Elle maintient les traitements de physiothérapie et suggère l’infiltration de visco-supplémentation et procède à l’infiltration de Synvisc, procédure qui sera bien tolérée.

Le travailleur obtient une radiographie de son genou droit, le 21 mai 2021. Celle-ci démontre :

« *Gonarthrose tricompartimentale prédominante en fémorotibiale médiale et fémoropatellaire. L’atteinte est modérée.* »

Le travailleur revoit le docteur Lavoie-Lennon, le 16 août 2021. Elle maintient les diagnostics d’entorse genou droit, synovite genou droit et gonarthrose droite. Elle juge la condition clinique stable. Elle maintient les traitements en physiothérapie et ajoute des traitements en ergothérapie. Elle prescrit une orthèse d’extension nocturne étant donné le flexum au genou droit. Elle note peu d’amélioration avec l’infiltration de visco-supplémentation et que le travailleur peut maintenir les travaux légers. Elle procède à une infiltration cortisonée au niveau du genou droit.

Le travailleur revoit le docteur Lavoie-Lennon, le 4 octobre 2021. Elle maintient les diagnostics d’entorse genou droit, synovite genou droit et gonarthrose droite. Elle maintient les traitements en physiothérapie. Elle note une évolution lente mais favorable avec le port de l’orthèse d’extension. Elle suggère un retour au travail régulier à partir du 18 octobre 2021.

Le travailleur revoit le docteur Lavoie-Lennon, le 17 janvier 2022. Elle maintient le diagnostic d’entorse genou droit, synovite genou droit et gonarthrose droite. Elle consolide le patient avec atteinte permanente à l’intégrité physique et limitations fonctionnelles. Elle réitère fortement la suggestion d’une orthèse d’extension à tourillon nocturne pour le flexum persistant et une orthèse de stabilisation pour le jour du genou droit.

8. Questionnaire subjectif et état actuel

**Appréciation subjective de l’évolution :** Le travailleur nous informe qu’il tolère bien son travail et ne ressent aucune limitation. Il nous dit être en mesure de faire toutes les tâches qui lui sont confiées comme pompier lieutenant.

**Plaintes et problèmes :** Il se plaint principalement d’une douleur en médial du genou droit sous forme de brûlure de l’ordre de 5/10. Il rapporte que ses douleurs sont constantes mais ne le limite pas au travail. Il rapporte une boiterie en fin de journée lorsqu’il a dû solliciter son genou accompagné d’œdème important. Il ne rapporte pas d’instabilité ni de blocage au niveau de son genou droit.

Il rapporte des éveils nocturnes causés par la douleur. Il ne rapporte pas de douleur lors de variations barométriques.

Il nous rapporte spontanément avoir atteint un plateau thérapeutique avec le protocole de réadaptation.

Il rapporte une limitation de mouvement de son genou droit principalement en extension.

**Impact sur AVQ/AVD :** cf feuille en annexe.

9. Examen Physique

Poids : 102kg Taille : 1.80 Dominance : droitier

**Observation générale et attitude :** Le travailleur s’est présenté à l’heure pour l’évaluation. À l’accueil, il se lève spontanément et l’attitude générale est exempt de positionnement antalgique ou de précaution en regard de son membre inférieur droit. Il n’y a pas de boiterie et marche sans aide technique. Tout au long de l’entrevue de l’examen, les mouvements sont fluides sans surprotection du membre inférieur droit.

La collaboration offerte est optimale, pour les fins de l’examen Monsieur est vêtu de façon à bien exposer les zones anatomiques évaluées.

On note un alignement en varus du genou droit plus important que le genou gauche.

**Rachis Lombaire :**

Palpation : apophyses épineuses et para vertébral sans douleur

Inspection : lordose lombaire conservée

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Patient (e) | Normale |
| Flexion | 90 | 90o |
| Extension | 30 | 30o |
| Flexion Latérale G. | 30 | 30o |
| Flexion Latérale D. | 30 | 30o |
| Rotation G. | 30 | 30o |
| Rotation D. | 30 | 30o |

Amplitude articulaire :

Manœuvres radiculaires :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| S.L.R. | Neg | Neg |
| Tripode | Neg | Neg |
| Lasègue | Neg | Neg |
| Lasègue inversé (Ely) | Neg | Neg |

**Hanches :**

Palpation : les grands trochanters sans douleur

Inspection : pas d’atrophie fessiers ou cuisse. Aucune cicatrice

Amplitude articulaire :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Droit | | Gauche | | Normale |
|  | Actif | Passif | Actif | Passif |  |
| Flexion | 120 | - | 120 | - | 120o |
| Extension | 30 | - | 30 | - | 30o |
| Rotation interne | 40 | - | 40 | - | 40o |
| Rotation externe | 50 | - | 50 | - | 50o |
| Abduction | 40 | - | 40 | - | 40o |
| Adduction | 20 | - | 20 | - | 20o |

Manœuvres spécialisées :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Trendelenburg | Neg | Neg |
| FADIR | Neg | Neg |
| FABER | Neg | Neg |

**Genoux :**

Palpation : aucune douleur à l’interligne articulaire, palpation rotule sans douleur

Inspection : aucune déformation ou ancienne cicatrice de port d’arthrscopie non vicieuse de 1 cm en para patellaire du genou droit.

Amplitude articulaire :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Droit | | Gauche | | Normale |
|  | Actif | Passif | Actif | Passif |  |
| Flexion | 110 | 110 | 140 | - | 140o |
| Extension | 10 | 10 | 0 | - | 0o |
| Varus/Valgus |  | |  | | - |

Manœuvres ligamentaires :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| LCI 0o | Sec | Sec |
| LCI 20o | Sec | Sec |
| LCE 0o | Sec | Sec |
| LCE 20o | Sec | Sec |
| Lachman | Sec | Sec |
| Pivot | Neg | Neg |
| Tiroir antérieur | Sec | Sec |
| Tiroir postérieur | Sec | Sec |
| Sag postérieur | Neg | Neg |
| Dial à 30o | Neg | Neg |
| Dial à 90o | Neg | Neg |

Manœuvres méniscales :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Apley | Neg | Neg |
| McMurray | Neg | Neg |
| Thessaly | Neg | Neg |

**Atrophie musculaire :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Circonférence cuisse (cm) | 42.0 | 43.0 |
| Cironférence mollet (cm) | 40.0 | 40.0 |

**Pieds / Chevilles :**

Palpation : aucune douleur aux malléoles, aucune douleur à l’interligne articulaire des chevilles, aucune douleur au mi-pied.

Inspection : aucune déformation. Arches plantaires présente, aucune cicatrice

Amplitude articulaire :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Droit | | Gauche | | Normale |
|  | Actif | Passif | Actif | Passif |  |
| Dorsiflexion cheville | 20 | - | 20 | - | 20o |
| Plantiflexion cheville | 40 | - | 40 | - | 40o |
| Mvts sous-astragaliens | Présent | Présent | Présent | Présent | - |
| Mvts mid-tarsien | Présent | Présent | Présent | Présent | - |

Manœuvres ligamentaires :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Tiroir 0o | Sec | Sec |
| Tiroir 20o | Sec | Sec |
| Varus stress | Neg | Neg |
| Laxité calcanéo-péroné | Neg | Neg |

Manœuvres spécifiques tendons :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Single heel raise (Tib post) | Neg | Neg |
| Thompson (Tendon d’Achille) | Neg | Neg |
| Test d’appréhension (Fibulaires) | Neg | Neg |

**Neuro-vasculaire :**

Forces :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Racine (ASIA) | Droit | Gauche |
| L2 (flexion hanche) | 5/5 | 5/5 |
| L3 (extension genou) | 5/5 | 5/5 |
| L4 (dorsiflexion cheville) | 5/5 | 5/5 |
| L5 (extension D1 pied) | 5/5 | 5/5 |
| S1 (flexionplantaire cheville) | 5/5 | 5/5 |

Sensibilités :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Racine | Droit | Gauche |
| L2 | 2/2 | 2/2 |
| L3 | 2/2 | 2/2 |
| L4 | 2/2 | 2/2 |
| L5 | 2/2 | 2/2 |
| S1 | 2/2 | 2/2 |

Réflexes :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Réflexes | Droit | Gauche |
| Rotulien | 2+ | 2+ |
| Achilléen | 2+ | 2+ |
| Babinski | neg | neg |

Pouls :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Tibial postérieur | 2 | 2 |
| Pédieux | 2 | 2 |

10. Examens paracliniques

Vous référez au point 7, Historique des faits et évolution.

11. Conclusion

**Résumé :**

Il s’agit d’un homme de 55 ans, avec un antécédent connu au niveau de son genou droit avec réclamation à la CNESST il y a 10 ans. Condition personnelle sous-jacente de gonarthrose droite. Il s’est infligé une entorse du genou droit, le 5 mars 2021. Cette lésion a fait l’objet de traitement conservateur avec physiothérapie et ergothérapie ainsi qu’infiltration de visco-supplémentation (Synvisc) et cortisone.

Le travailleur rapporte peu de soulagement avec les infiltrations. Il a été en mesure de retourner à son travail régulier, le 18 octobre 2021. Il a été consolidé par son médecin traitant, le docteur Stéphanie Lavoie-Lennon, le 17 janvier 2022 avec APIPP et limitations fonctionnelles.

Sur le plan subjectif, le travailleur se plaint d’une douleur constante au niveau de son genou droit sans aucune gêne fonctionnelle. Les douleurs sont exacerbées en fin de journée où il y a présence de boiterie au membre inférieur droit et d’œdème au genou droit. Le sommeil est perturbé par des éveils nocturnes en raison de la douleur.

L’examen objectif témoigne d’une diminution de la mobilité au niveau du genou droit. On ne note pas d’atrophie musculaire, ni d’instabilité aux manœuvres ligamentaires et aucun signe d’appel aux manœuvres méniscales.

Les examens articulaires distales et proximales au genou sont dans les limites de la normale.

Enfin nous n’avons pas relevé de signe objectif de l’atteinte sensitivomotrice d’origine radiculaire ou nerveuse périphérique.

À la lumière de l’analyse du dossier, du questionnaire subjectif de l’examen objectif, voici notre opinion :

**Diagnostic :**

1. Entorse genou droit.
2. À la lumière des antécédents du travailleur, du mécanisme de blessure, de l’évaluation subjective et de l’examen objectif d’aujourd’hui, nous sommes en mesure de conclure que la synovite du genou droit est en lien avec la condition personnelle du travailleur qui est une gonarthrose droite. Pour ces raisons, nous suggérons à la CNESST de rejeter le diagnostic de synovite du genou droit.

Il nous est donc possible de statuer sur les points suivants pour l’entorse du genou droit :

**Date de consolidation :**

Le médecin qui a charge le patient a rencontré ce dernier le 17 janvier 2021, elle s’est prononcée sur ce point.

Considérant le diagnostic retenu par la CNESST et faisant l’objet de la présente demande, soit une entorse genou droit;

Considérant l’examen objectif du membre inférieur droit d’aujourd’hui, mettant en évidence une ankylose résiduelle au genou droit.

Considérant que le travailleur a été traité de façon appropriée et adéquate, incluant un protocole de réadaptation en physiothérapie et ergothérapie;

Considérant que le patient a atteint un plateau thérapeutique en physiothérapie et ergothérapie pour sa pathologie au genou droit;

À mon avis, il y a une atteinte du plateau thérapeutique et stabilisation de la condition pour le diagnostic retenu.

Pour toutes ses raisons évoquées, je suis d’accord avec le docteur Lavoie-Lennon et je retiens la date de consolidation du 17 janvier 2022.

**Nature, nécessité́, suffisance, durée des soins ou traitements administrés ou prescrits :**

Le médecin qui a charge le patient a rencontré cette dernière le 17 janvier 2021, elle s’est prononcée sur ce point.

Considérant le diagnostic retenu par la CNESST et faisant l’objet de la présente demande, soit une entorse genou droit;

Considérant l’examen objectif du membre inférieur droit d’aujourd’hui, mettant en évidence une ankylose résiduelle au genou droit.

Considérant que le travailleur a été traité de façon appropriée et adéquate, incluant un protocole de réadaptation en physiothérapie et ergothérapie;

Considérant que le patient a atteint un plateau thérapeutique en physiothérapie et ergothérapie pour sa pathologie au genou droit;

À mon avis, il y a une atteinte du plateau thérapeutique et stabilisation de la condition pour le diagnostic retenu.

Considérant le diagnostic retenu par la CNESST ainsi que sa consolidation;

Considérant tous les éléments mentionnés aux points précédents;

Je suis d’avis qu’il y a suffisance de traitements en date de consolidation, soit le 17 janvier 2022.

**Existence de l’atteinte permanente à l’intégrité́ physique ou psychique :**

Pour le diagnostic d’entorse du genou droit, le médecin qui a charge s’est prononcée sur ce point;

Considérant le diagnostic retenu par la CNESST ainsi que sa consolidation;

Considérant tous les points mentionnés aux points précédents;

Je suis d’accord avec le docteur Lavoie-Lennon et j’attribue une atteinte permanente à l’intégrité physique.

Les pourcentages de l’atteinte permanente à l’intégrité physique seront présentés au point 12.

**Existence de limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle :**

Pour le diagnostic d’entorse du genou droit, le médecin qui a charge s’est prononcée sur ce point;

Considérant le diagnostic retenu par la CNESST ainsi que sa consolidation;

Considérant tous les points mentionnés aux points précédents;

Je ne suis pas d’accord avec le docteur Lavoie-Lennon et je n’attribue pas de limitations fonctionnelles.

**Évaluation des limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle :**

Aucune

12. Pourcentage d’atteinte permanente à l’intégrité physique ou psychique

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | SÉQUELLES ACTUELLES | | |
|  | Code de séquelle | Description | % |
|  | 106 833 | Ankylose incomplète perte de flexion de 30o | 2 |
|  | 106 931 | Ankylose incomplète perte de l’extension de 10o | 4 |
|  | 103 499 | Atteinte des tissus mous avec séquelles fonctionnelles | 2 |
| 2. | SÉQUELLES ANTÉRIEURES  Ancienne atteinte permanente au genou droit pas disponible au dossier | | |
| 3. | AUTRES DÉFICITS LIÉS À LA BILATÉRALITÉ  Ne s’applique pas | | |

Chart, line chart

Description automatically generated

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hugo Centomo, MD, PhD, FRCS ©

Chirurgien-orthopédiste