**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)

**DATE de l’expertise :**

**C. RAPPORT**

1. Mandat de l’évaluation

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

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 au genou droit, déchirure ménisque interne et ligament croisé antérieur genou droit.

3. Modalité de l’entrevue

L’évaluation suivante s’est tenue dans les locaux de la clinique d’orthopédie du Complexe Médical Nord-de-Île (CMNDI), Montréal. 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 travailleur 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 58 ans.

Dominance : Il est droitier.

Emploi : Il travaille comme ouvrier d’entrepôt à l’emploi d’Aliments Koyo Québec inc. depuis juillet 2017.

Il travaille à temps complet soit 40 heures par semaine

Il est de retour à son travail régulier à temps plein depuis juin 2024 qu’il tolère bien.

5. Antécédents

Médicaux : Diabète de type 2, hypertension artérielle et dyslipidémie.

Chirurgicaux : Aucun avant l’évènement d’origine

Au site et au pourtour de la lésion : Aucun

Accidentels :

CNESST : Aucun

SAAQ : Aucun

Autres : Aucun

Allergie : Aspirine

Tabac : Cessé x 15 ans Cannabis : Négatif Alcool : Négatif

6. Médication actuelle et mesures thérapeutiques en cours

Physiothérapie, ergothérapie et acupuncture cessées en avril 2024 à la suite d’une atteinte de plateau thérapeutique.

7. Historique de faits et évolution

Le travailleur est ouvrier d’entrepôt et travaille au débarcadère. Ses tâches consistent à faire la réception des produits, décharger les camions, manœuvré le chariot élévateur et le chariot électrique, placer les produits dans le réfrigérateur ou congélateur, monter sur des échelles à l’occasion afin de faire l’inventaire et faire l’entretien de l’entrepôt.

La fiche de réclamation du travailleur décrit l’événement suivant survenu le **9 novembre 2022** :

« *Je venais juste de finir une tâche qui consistait à débarquer un container. En rentrant les palettes de lait, je ramène le chariot à palettes, je fais un pas et le second je trébuche et c’est mon genou qui fait très mal, après c’est l’hôpital.* »

Le travailleur consulte le docteur Ashwin Sairam, le 16 novembre 2022. Il diagnostique une entorse du genou droit et prescrit une résonance magnétique afin d’exclure une déchirure méniscale et une déchirure du ligament collatéral interne du genou droit. Il prescrit de la physiothérapie et un arrêt de travail.

Le travailleur revoit le docteur Sairam, le 14 décembre 2022. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements physiothérapie, ergothérapie et l’arrêt de travail. Il note une ankylose importante au niveau du genou droit et prescrit une orthèse.

Le travailleur revoit le docteur Sairam, le 23 janvier 2023. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et l’arrêt de travail. Il ajoute des traitements en acupuncture.

Le travailleur revoit le docteur Sairam, le 3 avril 2023. Il maintient le diagnostic d’entorse du genou droit. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et l’arrêt de travail. Il relance l’investigation par résonance magnétique du genou droit.

Le travailleur obtient une résonance magnétique du genou droit, le 22 avril 2023. Elle est interprétée par le docteur Yves Benabu, radiologiste. Ce dernier constate :

«*…*

*Compartiment interne :*

*Aspect macéré, dégénéré du ménisque interne où on note une déchirure et un aspect macéré complexe de la corne postérieure avec une déchirure en anse de seau avec un fragment du ménisque venant s’interposer au sein de l’échancrure intercondylienne, mesurant jusqu’à 25 x 4 mm.*

*Le cartilage m’apparaît préservé mais en hypersignal en lien avec une chondromalacie de grade I. Le ligament collatéral interne est normal et les composantes stabilisatrices profondes également.*

*…*

*Compartiment postérieur :*

*Déchirure, jusqu’à preuve du contraire de haut grade du ligament croisé antérieur à son attache proximale, quelques fibres résiduelles d’attache sont visualisées mais cliniquement il faudrait voir si le ligament croisé antérieur est capable toujours d’amener une stabilité antérieure.*

*…*

*Ceci m’apparaît ancien, car il n’y a pas de signe en faveur d’un traumatisme en pivot.*

*…*

*Opinion :*

*Plusieurs trouvailles telle que décrite ci-haut, particulièrement compartiment interne avec une déchirure en anse de seau, aspect macéré de la corne postérieure et aspect déchiré, juste qu’à preuve du contraire, de la portion proximale des fibres d’attache du ligament croisé antérieur. Je vous réfère au rapport ci-haut pour description.* »

Le travailleur revoit le docteur Sairam, le 18 mai 2023. Il maintient le diagnostic d’entorse du genou droit et ajoute les diagnostics de déchirure du ménisque interne et du ligament croisé antérieur suivant les résultats de la résonance magnétique. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et acupuncture ainsi que l’arrêt de travail. Il juge la condition clinique améliorée.

Le travailleur revoit le docteur Sairam, le 9 août 2023. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et acupuncture. Il note que le travailleur est apte à essayer son travail régulier à temps plein à partir du 28 août 2023.

Le travailleur revoit le docteur Sairam, le 3 avril 2024. Il maintient les diagnostics d’entorse du genou droit, déchirure du ménisque interne et du ligament croisé antérieur du genou droit. Il juge la condition clinique améliorée. Il cesse les traitements en physiothérapie, ergothérapie et acupuncture à la suite d’une atteinte de plateau thérapeutique. Il note que le travailleur doit utiliser son orthèse à son genou droit au travail. Il augmente les jours de travail en tâches régulières.

Le travailleur revoit le docteur Sairam, le 19 juin 2024. Il juge la condition clinique améliorée. Il augmente les jours de travail à tâches régulières à 5 jours par semaine. Il note : « *besoin d’expertise 204* ».

8. Questionnaire subjectif et état actuel

**Appréciation subjective de l’évolution :** Le travailleur nous rapporte être en mesure de compléter ses journées de travail malgré une gêne à son genou droit. Il note qu’il est beaucoup plus appréhensif que limité par la douleur ou toute forme d’instabilité.

**Plaintes et problèmes :** Il se plaint principalement de sensations de dérobage associée à de la douleur au niveau de son genou droit. Il décrit la douleur comme un coup de couteau en interne du genou au niveau de l’espace articulaire ainsi qu’au-dessus de sa rotule droite. Il note qu’au travail, il doit porter une orthèse afin de stabiliser son genou droit. Il nous rapporte devoir porter aussi son orthèse lors d’activité plus soutenue comme pour des travaux autour de la maison. Il rapporte une diminution de la force et de l’endurance musculaire au membre inférieur droit. Il nie tout symptômes de blocage.

Il note une exacerbation de sa douleur s’il doit monter ou descendre à répétition dans les échelles, les escaliers et s’il doit s’accroupir ou se mettre à genoux

Il rapporte des douleurs lors des variations de pression barométrique ainsi que très rarement, des éveils nocturnes secondaires à la douleur.

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

9. Examen Physique

Poids : 65 kg Taille : 1.63 m 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 du membre inférieur droit. On remarque le port d’une orthèse au genou droit. On observe aucune boiterie, la vitesse de marche est adéquate et le travailleur n’utilise pas d’aide technique. Tout au long de l’entrevue et de l’examen, le travailleur présente des gestes fluides sans surprotection. Le travailleur est en mesure de marcher en tandem, sur la pointe des pieds et sur les talons sans difficulté.

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

**Rachis Lombaire :**

Palpation : apophyses épineuses et para lombaire 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) | NF | NF |

**Hanches :**

Palpation : 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 | POS | Neg |
| FABER | Neg | Neg |

**Genoux :**

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

Inspection : On remarque un genou varus droit avec un membre inférieur gauche en rotation. Aucune cicatrice

Amplitude articulaire :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Droit | | Gauche | | Normale |
|  | Actif | Passif | Actif | Passif |  |
| Flexion | 115 | 120 | 135 | - | 150o |
| Extension | 0 | - | 0 | - | 0o |
| Varus/Valgus | Varus | | Normoaxé | | - |

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 | Retardé | Sec |
| Tiroir postérieur | Sec | Sec |
| Sag postérieur | Neg | Neg |
| Dial à 30o | Neg | Neg |
| Dial à 90o | Neg | Neg |

Manœuvres méniscales :

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

Manœuvres rotules :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Lag d’extension | Neg | Neg |
| Tracking | Normal | Normal |
| Rabot | Neg | Neg |

**Atrophie musculaire :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Circonférence cuisse (cm) | 33.0 | 34.0 |
| Cironférence mollet (cm) | 34.0 | 34.0 |

**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 | Neg | Neg |
| Tiroir 20o | Neg | Neg |
| 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) | NF | NF |
| 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 58 ans sans antécédents connus au membre inférieur droit avant l’événement d’origine du **9 novembre 2022**. Il s’est infligé une entorse du genou droit, une déchirure du ménisque interne et une déchirure du ligament croisé antérieur du genou droit. Ces lésions sont objectivées par résonance magnétique. Le travailleur bénéficiera de traitements en physiothérapie, ergothérapie et acupuncture. Évolution favorable, il reprendra le travail progressivement. Son médecin traitant cessera les traitements en réadaptation en avril 2024 suivant une atteinte de plateau thérapeutique. Le travailleur reprendra son travail régulier, d’ouvrier d’entrepôt, en juin 2024 qu’il le tolère bien.

Sur le plan subjectif, le travailleur se plaint d’une douleur en interne de son genou droit qui est exacerbée par les tâches de monter et descendre dans les échelles, les escaliers, s’accroupir ou se mettre à genoux. Il note la nécessité de porter une orthèse au travail sinon il ressent de l’instabilité au niveau de son genou droit. Il rapporte cependant des dérobages secondaires à la douleur. Finalement, il nie tout symptôme de blocage au niveau de son genou droit.

Sur le plan objectif, nous observons un genou droit en varus avec une ankylose résiduelle. Les tests pour une pathologie méniscale sont négatifs. Nous observons un tiroir antérieur retardé mais un pivot et ainsi qu’un Lachman négatif.

Mise à part d’un FADIR positif à la hanche droite, les examens du rachis lombaire, de la cheville droite et de la hanche droite restent dans la limite de la normale.

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

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

**Diagnostic :**

Entorse au genou droit, déchirure ménisque interne et ligament croisé antérieur du genou droit.

**Date de consolidation :**

Le médecin qui a charge le travailleur a rencontré ce dernier le 19 juin 2024, il ne s’est pas prononcé sur ce point a maintenu le travailleur à ses tâches régulières à horaire régulier et demande un avis de la CNESST.

Considérant le diagnostic retenu par la CNESST et faisant l’objet de la présente demande, soit une entorse au genou droit, une déchirure du ménisque interne et une déchirure du ligament croisé antérieur du genou droit;

Considérant que le travailleur a été traité de façon appropriée et adéquate, incluant une un protocole de réadaptation en physiothérapie, ergothérapie et acupuncture et qu’il a atteint un plateau thérapeutique;

Considérant que le travailleur ne rapporte pas de symptôme de blocage au genou droit et note une bonne stabilité de son genou droit avec le port de l’orthèse ;

Considérant l’examen objectif du membre inférieur droit d’aujourd’hui, mettant en évidence une ankylose résiduelle au genou droit sans signe d’instabilité au niveau du ligament croisé antérieur droit et sans signe d’appel aux manœuvres méniscales;

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 consolide donc la lésion en date du 9 septembre 2024.

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

Le médecin qui a charge le travailleur a rencontré ce dernier le 19 juin 2024, il ne s’est pas prononcé sur ce point a maintenu le travailleur à ses tâches régulières à horaire régulier et demande un avis de la CNESST.

Considérant le diagnostic retenu par la CNESST et faisant l’objet de la présente demande, soit une entorse au genou droit, une déchirure du ménisque interne et une déchirure du ligament croisé antérieur du genou droit;

Considérant que le travailleur a été traité de façon appropriée et adéquate, incluant une un protocole de réadaptation en physiothérapie, ergothérapie et acupuncture et qu’il a atteint un plateau thérapeutique;

Considérant que le travailleur ne rapporte pas de symptôme de blocage au genou droit et note une bonne stabilité de son genou droit avec le port de l’orthèse ;

Considérant l’examen objectif du membre inférieur droit d’aujourd’hui, mettant en évidence une ankylose résiduelle au genou droit sans signe d’instabilité au niveau du ligament croisé antérieur droit et sans signe d’appel aux manœuvres méniscales;

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

Considérant les diagnostics retenus 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 9 septembre 2024.

Je recommande que le travailleur bénéficie d’un programme d’entraînement à domicile en renforcement musculaire créer par un kinésiologue.

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

Le médecin qui a charge ne se prononce pas sur ce point;

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

Considérant tous les points mentionnés aux points précédents;

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 :**

Le médecin qui a charge ne se prononce pas sur ce point;

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

Considérant tous les points mentionnés aux points précédents;

J’attribue des limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle.

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

Au niveau du membre inférieur droit :

* Le travailleur nécessite le port d’une orthèse à son genou droit.
* Éviter de travailler de façon répétitive en position accroupie.
* Éviter de travailler de façon répétitive en position à genoux.
* Éviter de marcher de façon répétitive en terrain accidenté ou glissant.
* Éviter de travailler dans une position instable (échafaud, échelle et escaliers).
* Éviter de ramper.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | SÉQUELLES ACTUELLES | | |
|  | Code de séquelle | Description | % |
|  | 103 499 | Atteinte des tissus mous membre inférieur droit avec séquelles fonctionnelles : déchirure LCA et ménisque interne | 2 |
|  | 106 833 | Ankylose incomplète perte de flexion de 15o | 2 |
|  | 107 066 | Instabilité simple ou complexe nécessitant le port d’une orthèse pour certaines activités de travail ou de loisir | 10 |
| 2. | SÉQUELLES ANTÉRIEURES  Aucune | | |
| 3. | AUTRES DÉFICITS LIÉS À LA BILATÉRALITÉ  Ne s’applique pas | | |

Chart, line chart

Description automatically generated

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

Hugo Centomo, MD, PhD, FRCS ©

Chirurgien-orthopédiste