**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 :

**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 : 2024-07-23**

**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 cheville droite.

**\*\*\*Après révision avec le docteur Line Lemay le mandat était bien sur le diagnostic d’entorse cheville droite et non pas sur l’entorse du 3e doigt de la main droite. \*\*\***

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 M. 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. Le travailleur ayant 1h20 de retard.

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 40 ans.

Dominance : Il est droitier.

Emploi : Il travaillait comme concierge / maintenance de machinerie à l’emploi de Technologie Seneca Sens inc. depuis août 2020.

Il travaillait à temps complet soit 40 heures par semaine.

Il est en arrêt de travail après un échec de tentative de retour au travail en 2021.

5. Antécédents

Médicaux : AVC hémorragique sur rupture d’anévrisme en 2020, problème d’équilibre résiduel, hypertension artérielle, lombalgie chronique, dépression. Fracture tibia gauche multi compliquée avec ostéomyélite.

Chirurgicaux : Réduction ouverte et fixation interne tibia et fibula gauche 27 mai 2023. Exérèse de matériel et fixateur externe jambe gauche. Exérèse de fixateur externe jambe gauche.

Au site et au pourtour de la lésion : aucun

Accidentels :

CNESST : Aucun

SAAQ : Trauma VTT sans séquelle.

Autres : Fracture tibia et fibula gauche.

Allergie : Céphalosporine

Tabac : Positif Cannabis : Positif (medical) Alcool : cessée x 3 ans

6. Médication actuelle et mesures thérapeutiques en cours

Liste non disponible.

Exercices à domicile pour la cheville droite.

7. Historique de faits et évolution

La fiche de réclamation du travailleur décrit l’événement suivant survenu le **3 mars 2021** :

« *Je nettoyais les tuiles au plafond. Quand je suis descendu de l’échelle, j’ai mis le pied dans un trou qui était dans le sol. Ma cheville droit a fait une torsion et je suis tombé. Au moment de la chute j’ai tenté de retenir avec ma main et je me suis fait mal au 3e doigt de la main droite. Au moment de la chute ça a fait mal, mais je croyais que sa passerait, cependant dans la nuit du 3 mars au 4 mars la DLR est venue de façon vive et intense, m’empêchant de dormir. Au matin, présence d’œdème à la cheville qui accompagnait la DLR.* »

Le travailleur rencontre le docteur Mélinka Blais-Rétamal, le 4 mars 2021. Elle diagnostique une entorse à la cheville droite et une entorse du 3e doigt de la main droite. Elle prescrit des radiographies, suggère d’éviter la mise en charge, prescrit un arrêt de travail et de l’analgésie.

Le travailleur obtient des radiographies du pied et de la cheville droits, le 4 mars 2021. Elles sont interprétées par le docteur Anna Barbara Sinsky, radiologiste. Cette dernière constate :

« *Pied et cheville droits*

*Il n’y a pas d’épanchement intra-articulaire à la cheville. Œdème des tissus mous autour de la malléole externe. La mortaise est bien préservée. Il n’y a pas d’anomalie démontrée au niveau du pied. »*

Le travailleur rencontre le docteur André Ménard, le 12 mars 2021. Il diagnostique une entorse de la cheville droite et une entorse du 3e doigt de la main droite. Il juge la condition clinique stable. Il note une amélioration au niveau du doigt. Il suggère un retour au travail dans une semaine et prescrit de la physiothérapie.

Le travailleur revoit le docteur Ménard, le 28 mars 2021. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie et prescrit un arrêt de travail après un échec de retour au travail.

Le travailleur revoit le docteur Ménard, le 21 avril 2021. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie, l’arrêt de travail et prescrit une botte de marche.

Le travailleur revoit le docteur Ménard, le 19 mai 2021. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie et l’arrêt de travail.

Le travailleur revoit le docteur Ménard, le 23 juin 2021. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie et l’arrêt de travail. Il prescrit une échographie de surface au niveau des tendons fibulaires et une résonance magnétique de la cheville droite afin d’éliminer une atteinte tarsienne.

Le travailleur revoit le docteur Ménard, le 30 juillet 2021. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie, l’arrêt de travail et ajoute des traitements en ergothérapie.

Le travailleur obtient une résonance magnétique de la cheville droite, le 30 juillet 2021. Elle est interprétée par le docteur Laurent Bilodeau, radiologiste. Ce dernier constate :

«*…*

*Conclusion :*

*Signes d’ancienne entorse des ligaments tibiopéronier antérieurs, talopéronier antérieur, calcanéopéronier et des fibres profondes du ligament deltoïde.*

*Pas d’atteinte des tendons péroniers.*

*Doute sur une légère ténosynovite des tendons tibial postérieur, long fléchisseur des orteils et long fléchisseur de l’hallux, de signification clinique incertaine.* »

Le travailleur revoit le docteur Ménard, le 25 août 2021. Il juge la condition clinique stable. Il constate les résultats de la résonance magnétique, maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et l’arrêt de travail.

Le travailleur revoit le docteur Ménard, le 24 septembre 2021. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et l’arrêt de travail.

Le travailleur revoit le docteur Ménard, le 25 octobre et le 24 novembre 2021, aucun changement sur la prise en charge et la conduite à tenir.

Le travailleur revoit le docteur Ménard, le 19 janvier 2022. Il juge la condition clinique stable. Il suspecte un syndrome douleur régional complexe. Il prescrit un EMG des membres inférieurs. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et l’arrêt de travail.

Le travailleur revoit le docteur Ménard, le 14 mars 2022. Il juge la condition clinique stable. Il maintient l’arrêt de travail. Le docteur Ménard note : « *a eu des moments difficiles et était en désintox depuis 6 semaines, troubles anxiodépressifs secondaires se sont développé* » Le docteur Ménard demande de réinitialiser les traitements physiothérapie et ergothérapie.

Le travailleur revoit le docteur Ménard, le 2 mai 2022. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et l’arrêt de travail. Le travailleur rapporte des douleurs de type lombosciatalgies.

Le travailleur rencontre le docteur Blouin, chirurgien orthopédiste, le 18 mai 2022. Le docteur Blouin rapporte aucun signe d’instabilité au niveau de la cheville droite et recommande un traitement conservateur. Il note une lombosciatalgie droite et prescrit un scan du rachis lombaire. Il désire revoir le travailleur après les investigations.

Le travailleur revoit le docteur Ménard, le 13 juin 2022. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et l’arrêt de travail. Il note que le travailleur a rencontré le docteur Blouin, il y a trois semaines, qu’il a prescrit une IRM lombaire. Il rapporte une récente chute avec perte d’équilibre et impact sur sa main droite. Le docteur Ménard demande une radiographie afin d’éliminer une fracture.

Le travailleur obtient une radiographie du poignet droit, le 13 juin 2022. Elle est interprétée par le docteur Pierre Lacaille-Bélanger, radiologiste. Ce dernier constate :

« *Il n’y a pas de signe de fracture. Subtil écartement radiocubital distal. La douleur est-elle à ce site ? Il pourrait s’agir d’un « DRUJ ».* »

Le travailleur revoit le docteur Ménard, le 1er août 2022. Il note qu’étant donné la lésion à la cheville droite, le travailleur accuse des troubles d’équilibre et a chuté à plusieurs reprises. Il note une radiographie du poignet droit sans fracture mais ajoute un diagnostic d’entorse au poignet droit. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et l’arrêt de travail.

Le travailleur est convoqué en expertise médicale en chirurgie orthopédique, le 31 août 2022. Cette expertise est réalisée par le docteur Guy Le Bouthillier, chirurgien orthopédiste. Pour le diagnostic d’entorse à la cheville droite, le docteur Le Bouthillier juge qu’il est trop tôt pour consolider cette lésion. Pour ce qui est de l’entorse du 3e doigt de la main droite, le docteur Le Bouthillier consolide la lésion, le 31 août 2022. Il attribue aucune séquelle et aucune limitation fonctionnelle. Pour la lésion à la cheville droite, il suggère une orthèse et une infiltration de cortisone au niveau de la cheville droite. De plus, il suggère une investigation neurologique soit par résonance magnétique de la colonne lombo-sacrée ainsi qu’un EMG des membres inférieurs. Il suggère aussi une résonance magnétique de la hanche droite afin d’évaluer le nerf sciatique au niveau des courts rotateurs externes de la hanche droite. Il note qu’à l’examen physique, le travailleur semble probablement avoir un syndrome du piriformis à la hanche droite.

Le travailleur revoit le docteur Ménard, le 14 septembre 2022. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et l’arrêt de travail. Le docteur Ménard rapporte être en attente du rapport d’expertise.

Le travailleur revoit le docteur Ménard, le 17 octobre 2022. Il juge la condition clinique stable. Il rapporte les trouvailles du scan du rachis lombaire avec des sténoses foraminales sans atteinte ou signe radiculaire mais présence d’arthrose importante en bilatérale. Il note que le travailleur devrait revoir l’orthopédiste, le docteur Blouin dans les prochaines semaines.

Le travailleur revoit le docteur Ménard, le 12 décembre 2022. Il note des aggravations au niveau des symptômes de la cheville droite à la suite d’un feu à son domicile.

Le travailleur revoit le docteur Ménard, le 30 janvier 2023 aucun changement sur la prise en charge de la conduite à tenir.

Le travailleur obtient un EMG des membres inférieurs, le 1er mars 2023. L’examen est réalisé par le docteur Valérie Dahan, physiatre. Cette dernière constate :

«*…*

*Impression :*

*L’étude électrophysiologique met en évidence des signes de radiculopathie motrice chronique L5 droite. Il n’y avait pas de dénervation active. Les racines L3, L4 et S1 droites semblent intactes, et cliniquement, je n’ai pas de méralgia paresthetica droite, ne suit pas le territoire.* »

Le travailleur revoit le docteur Ménard, le 7 mars 2023. Il diagnostique une entorse de la cheville droite et une atteinte tendineuse au niveau des muscles péroniers. Il juge la condition clinique stable. Il demande que le travailleur revoie le docteur Blouin afin de statuer s’il y a des traitements complémentaires avant de finaliser le dossier.

Le docteur Ménard produit un rapport complémentaire écrit, le 7 mars 2023. Il est en accord avec l’expertise du docteur Le Bouthillier. Il note qu’il a prescrit un EMG des membres inférieurs. Il croit qu’il n’y aura pas beaucoup d’amélioration à venir et que le travailleur restera avec un handicap significatif.

Le travailleur revoit le docteur Ménard, le 19 juin 2023. Le docteur Ménard note que le travailleur n’a jamais obtenu son infiltration cortisonée à sa cheville droite prévue en mars 2023. Il note qu’avant de consolider le travailleur, il aimerait que celui-ci obtienne son infiltration.

Le travailleur revoit le docteur Ménard, le 27 décembre 2023. Il rapporte un accident le 20 mai 2023 à la suite d’une chute, le travailleur s’est fracturé le tibia et le péroné gauche. Il a bénéficié d’une réduction ouverte et fixation interne, mais il a rechuté et a débricolé son matériel d’ostéosynthèse. Il a subi une 2e intervention et celle-ci s’est compliquée par une ostéomyélite. Le travailleur a par la suite bénéficié d’un retrait du matériel et mise en place d’un fixateur externe jusqu’à la guérison de l’infection.

Le travailleur revoit le docteur Ménard, le 27 février 2024. Il maintient le diagnostic d’entorse de cheville droite et atteinte tendineuse des muscles péroniers de la cheville droite. Il note une aggravation avec une fracture de la jambe gauche à la suite d’un déséquilibre, nombreuses complications post-opératoires avec ostéomyélite. Le docteur Ménard note que le travailleur ne s’est pas présenté à son rendez-vous pour une infiltration à la cheville droite et qu’il fait une nouvelle et dernière demande.

Le travailleur revoit le docteur Ménard, le 26 mars 2024. Il juge la condition clinique stable. Il rapporte une infiltration cortisonée à la cheville droite prévue le 5 avril 2024. Le travailleur est principalement indisposé fonctionnellement par sa lésion à sa jambe gauche.

Le travailleur revoit le docteur Ménard, le 7 mai 2024. Il juge la condition clinique stable. Il note une infiltration à la cheville droite partiellement efficace. Il est en attente pour une 2ième infiltration prévue dans 1 à 2 mois. Le docteur Ménard demande une IRM de contrôle au niveau de la cheville droite.

8. Questionnaire subjectif et état actuel

**Appréciation subjective de l’évolution :** Le travailleur nous mentionne envisager une réorientation de carrière. Il aimerait faire de la programmation ou devenir mécanicien techniques industriel. À noter qu’il nous mentionne avoir aucune séquelle au niveau de sa main droite.

**Plaintes et problèmes :** Au niveau de la cheville droite, le travailleur se plaint principalement d’instabilité. Il note des douleurs en externe de sa cheville en fin de journée ainsi qu’au niveau de son pied et de sa face plantaire. Il note une exacerbation de la douleur et de l’instabilité sur des surfaces glissantes et lorsqu’il monte des escaliers. Il rapporte être incapable de monter dans des escabeaux, des échelles ou des échafauds.

Il rapporte des éveils nocturnes secondaires à la douleur et des raideurs matinales. Il nie tout symptôme neurologique.

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

9. Examen Physique

Poids : 95 kg Taille : 1.80m Dominance : Droitier

**Observation générale et attitude :** Le travailleur s’est présenté avec plus d’une heure de retard pour son évaluation. À l’accueil, il se lève difficilement et l’attitude générale présente un positionnement antalgique et de précaution en regard du membre inférieur droit. On observe une boiterie, la vitesse de marche est diminuée et le travailleur utilise des béquilles et porte une orthèse à la cheville droite. Tout au long de l’entrevue et de l’examen, le travailleur présente des gestes avec une diminution de fluidité et avec une certaine surprotection.

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

À noter que nous avions tout de même réaliser un examen du membre supérieur droit examen de la main et du poignet droit était complètement normale.

**Rachis Lombaire :**

Palpation : douleur au niveau des apophyses épineuses et para-lombaire droit et gauche.

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 | POS | 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 | Neg | Neg |
| FABER | Neg | Neg |

**Genoux :**

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

Inspection : On note une déformation en varus de la jambe gauche associée à une cicatrice vicieuse antérieure et de nombreuses cicatrices de fixateur externe séquelle de la fracture et infection du tibia gauche.

Amplitude articulaire :

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

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 | NF | NF |
| Dial à 90o | NF | NF |

Manœuvres méniscales :

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

**Atrophie musculaire :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Circonférence cuisse (cm) | 49.0 | 48.0 |
| Circonférence mollet (cm) | 41.0 | 41.0 |

**Pieds / Chevilles :**

Palpation : douleur de la malléole externe avec sensibilité sur les trajets des ligaments ATFL et CFL. Aucune douleur à l’interligne articulaire des chevilles, aucune douleur au mi-pied.

Inspection : aucune déformation. Arches plantaires présente.

Amplitude articulaire :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Droit | | Gauche | | Normale |
|  | Actif | Passif | Actif | Passif |  |
| Dorsiflexion cheville | 5 | 10 | 0 | 5 | 20o |
| Plantiflexion cheville | 25 | 35 | 20 | 30 | 40o |
| Mvts sous-astragaliens | Présent | Présent | Diminué | Diminué | - |
| 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 |
| Squeeze test | Neg | Neg |
| Figure 4 | Neg | Neg |

Manœuvres spécifiques tendons :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Single heel raise (Tib post) | Impossible | Impossible |
| 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 40 ans sans antécédents connus à la cheville droite avant l’événement d’origine du 3 mars 2021. Il s’est infligé une entorse de la cheville droite ainsi qu’une entorse du 3e doigt de la main droite. La lésion au niveau du doigt est consolidée sans séquelle ni limitations fonctionnelles en expertise médicale. Pour ce qui est de la lésion à la cheville droite, le travailleur bénéficiera d’investigation par résonance magnétique et radiographies qui démontreront des atteintes ligamentaires partielles au niveau de la cheville droite. Le travailleur rencontrera le docteur Blouin, chirurgien orthopédiste, qui suggère un traitement conservateur. Le travailleur bénéficiera de traitements en physiothérapie et ergothérapie avec une évolution peu favorable. Il n’est pas en mesure de reprendre son travail prélésionnel. En mai 2023, à la suite d’une chute accidentelle, il se fracture le tibia et la fibula gauche. Cette lésion bénéficiera d’une réduction ouverte et fixation interne mais se compliquera par un débricolage ainsi qu’une ostéomyélite. Il sera traité à l’aide d’un fixateur externe et retrait du matériel et prise d’antibiotiques.

Sur le plan subjectif, le travailleur rapporte ne pas être en mesure de reprendre son travail prélésionnel et envisage une réorientation de carrière. Il note des douleurs en externe de son pied droit qui irradie au niveau plantaire. Il note des signes d’instabilité au niveau de sa cheville droite. En effet, il rapporte des difficultés sur des terrains instables ou glissant et rapporte avoir de la difficulté à monter les escaliers. Il rapporte des éveils nocturnes secondaires à la douleur ainsi que des raideurs matinales.

Sur le plan objectif, on remarque un travailleur nécessitant l’utilisation de béquilles étant donné sa lésion à son membre inférieur gauche. On note une déformation du tibia gauche avec des cicatrice vicieuse en antérieure. Pour ce qui est de la cheville droite, on note une diminution de l’amplitude articulaire ainsi qu’une douleur à la palpation au pourtour de la malléole interne et externe. On ne rapporte aucun signe clinique d’instabilité au niveau de la cheville droite.

L’examen du genou droit ainsi que de la hanche droite est dans les limites 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 cheville droite.

**Date de consolidation :**

Le médecin qui a charge le patient a rencontré ce dernier le 7 mai 2024, ne s’est pas prononcé sur ce point, note que le travailleur est en attente d’une deuxième infiltration et prescrit une résonnance magnétique de contrôle à la cheville droite.

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

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

Considérant que le travailleur a atteint un plateau thérapeutique en physiothérapie et ergothérapie et présente principalement des symptômes de douleurs et des limitations en lien avec son membre inférieur gauche;

Considérant l’examen objectif de la cheville droite d’aujourd’hui, mettant en évidence une légère diminution de l’amplitude articulaire sans signe franc d’instabilité.

Je consolide la lésion en date d’aujourd’hui soit le 23 juillet 2024.

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

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

Le médecin qui a charge le patient a rencontré ce dernier le 7 mai 2024, ne s’est pas prononcé sur ce point, note que le travailleur est en attente d’une deuxième infiltration et prescrit une résonnance magnétique de contrôle à la cheville droite.

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

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

Considérant que le travailleur a atteint un plateau thérapeutique en physiothérapie et ergothérapie et présente principalement des symptômes de douleurs et des limitations en lien avec son membre inférieur gauche;

Considérant l’examen objectif de la cheville droite d’aujourd’hui, mettant en évidence une légère diminution de l’amplitude articulaire sans signe franc d’instabilité.

Je consolide la lésion en date d’aujourd’hui soit le 23 juillet 2024.

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 aujourd’hui le 23 juillet 2024.

Je ne crois pas qu’une résonance magnétique de la cheville droite ou une infiltration cortisonée supplémentaire à la cheville droite modifieront l’évolution clinique du travailleur.

**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 aucune 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 :**

Le travailleur doit éviter la marche prolongée (plus de 20 minutes), marcher en terrain accidenté ou glissant. Éviter de monter descendre des escaliers à plusieurs reprises ou manière fréquente dans la journée et éviter de monter dans des échelles, escabeaux, échafauds. Il doit éviter la position debout statique de plus de 30 minutes.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | SÉQUELLES ACTUELLES | | |
|  | Code de séquelle | Description | % |
|  | 103 266 | Entorse cheville droite avec séquelles fonctionnelles | 2 |
|  | 107 299 | Perte de 15o\* de l’articulation tibio-tarsienne droite | 3 |
| 2. | SÉQUELLES ANTÉRIEURES  Aucune | | |
| 3. | AUTRES DÉFICITS LIÉS À LA BILATÉRALITÉ  Ne s’applique pas | | |

\* Cette valeur est comparée à une valeur normale d’amplitude articulaire étant donnée la fracture au tibia gauche.

Chart, line chart

Description automatically generated

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

Hugo Centomo, MD, PhD, FRCS ©

Chirurgien-orthopédiste