**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 :

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

Complex regional pain syndrome : Point 1 si retenu points 2 à 5

De Quervain tenosynovitis right thumb : points 2 à 5

3. Modalité de l’entrevue

L’évaluation suivante s’est tenue dans les locaux de la clinique d’orthopédie du Complexe Médicale Nord-de-Île, 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, la travailleuse participait pleinement à son entrevue. L’entrevue s’est déroulée entre.

À la fin de l’entrevue, nous avons demandé́ à si elle avait d’autres commentaires ou informations à nous divulguer. Cette dernière nous a répondu par la négative.

4. Identification

Âge : Il s’agit d’une femme de 58 ans.

Dominance : Elle est droitière.

Emploi : Elle travaille comme éducatrice spécialisée à l’emploi de Centre de Réadaptation de l’Ouest de Montréal depuis juin 1987.

Elle travaillait à temps complet soit 38.75 heures par semaine.

Elle est de retour à son travail en assignation temporaire.

5. Antécédents

Médicaux : Diabète de type 2, dyslipidémie, hypertension artérielle, glaucome, anxiété

Chirurgicaux : Aucun.

Au site et au pourtour de la lésion : Aucun

Accidentels :

CNESST : Entorse lombaire en 2022 sans arrêt de travail.

SAAQ : Whiplash x 10 ans avec entorse cervicale et migraine associée

Autres : Aucun

Allergie : Aucune

Tabac : Négatif Cannabis : Négatif Alcool : Négatif

6. Médication actuelle et mesures thérapeutiques en cours

Physiothérapie et ergothérapie.

Liste de médicaments non disponible.

7. Historique de faits et évolution

La travailleuse est une éducatrice spécialisée avec des groupes d’adultes avec besoins spécifiques. Elle doit principalement démontrer et soutenir les usagers dans leurs tâches au travail.

La fiche de réclamation de la travailleuse décrit l’événement suivant survenu le **22 septembre 2023** :

« *I was carrying bags of work (linens) to the work area for the clients. As I lifted a bag to place it on the table I felt a pain in the fleshy part of my thumb, where it connects to my hand near my wrist…Monday it was still swollen and painful. I managed to get an appointment at Statcare for Tuesday am.* »

La travailleuse rencontre le docteur May, le 25 septembre 2023. Il diagnostique une ténosynovite de de Quervain du pouce droite. Il immobilise le poignet et pouce droit de la travailleuse et prescrit un arrêt de travail.

La travailleuse rencontre le docteur Goldstein, le 2 octobre 2023. Il diagnostique une ténosynovite de la main et du poignet droit. Il juge la condition clinique stable. Il prescrit de la physiothérapie, maintient l’immobilisation et l’arrêt de travail.

La travailleuse revoit le docteur Goldstein, le 13 octobre 2023. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie et prescrit des assignations temporaires.

La travailleuse rencontre le docteur Jerzy Poray-Wybranowski, le 27 octobre 2023. Il diagnostique une ténosynovite du poignet droit. Il maintient les traitements en physiothérapie et les assignations temporaires.

La travailleuse revoit le docteur Poray-Wybranowski, le 10 novembre 2023. Il juge la condition clinique améliorée. Il maintient les traitements en physiothérapie et les assignations temporaires. Il prescrit des traitements en ergothérapie et une investigation par EMG.

La travailleuse revoit le docteur Poray-Wybranowski, le 1er décembre 2023. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie, les assignations temporaires et ajoute des traitements en acupuncture.

La travailleuse rencontre le docteur Allan Ryder-Cook, neurologue, le 19 décembre 2023. Il réalise un EMG et diagnostique des syndromes de tunnel carpien bilatéral modéré à droite et léger à gauche. Il ajoute qu’à son examen physique, il observe de l’œdème et un changement dans la couleur de la peau qui serait en lien avec un syndrome douloureux régional complexe (SDRC).

La travailleuse revoit le docteur Poray-Wybranowski, le 29 décembre 2023. Il maintient le diagnostic de ténosynovite au poignet gauche et ajoute des syndromes du tunnel carpien droit et syndrome douloureux régional complexe. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et acupuncture ainsi que les assignations temporaires.

La travailleuse revoit le docteur Poray-Wybranowski, le 19 janvier 2024. Il rapporte les diagnostics de ténosynovite du poignet droit et syndrome de tunnel carpien droit. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et les assignations temporaires. Il juge la condition clinique améliorée.

La travailleuse revoit le docteur Poray-Wybranowski, le 16 février 2024. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie, acupuncture et les assignations temporaires. Le docteur Poray-Wybranowski ajoute le diagnostic SDRC.

La travailleuse revoit le docteur Poray-Wybranowski, le 2 mars 2024. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie, acupuncture et les assignations temporaires. On ne mentionne plus le diagnostic de SDRC.

La travailleuse revoit le docteur Poray-Wybranowski, le 22 mars 2024. Il juge la condition clinique améliorée. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie, acupuncture et les assignations temporaires.

La travailleuse revoit le docteur Goldstein, le 12 avril 2024. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et acupuncture. Il demande d’augmenter l’horaire de la travailleuse en assignations temporaires.

8. Questionnaire subjectif et état actuel

**Appréciation subjective de l’évolution :** La travailleuse nous rapporte s’organiser avec son travail lorsqu’elle n’est pas en mesure de réaliser une tâche, elle demande de l’aide ou de changer de tâche. Par exemple, si elle doit démontrer de plier du linge ou transporter de gros chariots aux usagers, elle va demander de faire une tâche différente. Elle rapporte que cette solution est viable à long terme et qu’elle a une bonne relation avec son employeur.

**Plaintes et problèmes :** Elle se plaint principalement d’une douleur à la base du pouce droit qui irradie au niveau de la paume de la main et de l’avant-bras en palmaire. Elle décrit cette douleur comme un brûlement et est sensible au toucher. Elle note avoir de la difficulté avec les gestes de précision avec sa main droite, de la difficulté à agripper des objets et note un œdème au niveau des 2e et 3e doigts de la main droite.

Il arrive très rarement, qu’elle rapporte des éveils nocturnes secondaires à la douleur principalement depuis qu’elle a obtenu son orthèse avant-bras spica.

Elle rapporte une sudation augmentée au niveau de la paume de sa main droite. Elle nie tout symptôme neurologique et toute intolérance au température froide ou chaude.

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

9. Examen Physique

Poids : 79 kg Taille : 1.57 m Dominance : Droitière

**Observation générale et attitude :** La travailleuse s’est présentée à l’heure pour l’évaluation. À l’accueil elle se lève spontanément et l’attitude générale présente un positionnement antalgique et de précaution en regard du membre supérieur droit. En effet, on note une diminution des oscillations au niveau du membre supérieur droit. Tout au long de l’entrevue et de l’examen, on remarque une légère diminution de la fluidité des mouvements avec sa main droite et une surprotection.

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

**Rachis Cervical :**

Palpation : pas de douleur au niveau des apophyses épineuses et en para cervical

Inspection : aucune atrophie, aucun œdème, lordose cervicale préservée

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Patient (e) | Normale |
| Flexion | 40 | 40o |
| Extension | 30 | 30o |
| Flexion Latérale G. | 40 | 40o |
| Flexion Latérale D. | 40 | 40o |
| Rotation G. | 60 | 60o |
| Rotation D. | 60 | 60o |

Amplitude articulaire :

Manœuvres radiculaires :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Signe de Lhermitte | NF | NF |
| Manœuvre de Spurling | Neg | Neg |
| Manœuvre de traction | Neg | Neg |

**Coudes :**

Palpation : aucune douleur à l’interligne articulaire, aucune douleur aux épicondyles latérales et médiales

Inspection : aucune déformation, pas d’atrophie ou cicatrice

Amplitude articulaire :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Droit | | Gauche | | Normale |
|  | Actif | Passif | Actif | Passif |  |
| Flexion | 150 | - | 150 | - | 150o |
| Extension | 0 | - | 0 | - | 0o |
| Pronation | 80 | - | 80 | - | 80o |
| Supination | 80 | - | 80 | - | 80o |

Manœuvres ligamentaires :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Varus | Sec | Sec |
| Valgus (20o à 30o flexion du coude) | Sec | Sec |

Manœuvres instabilité :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Milking | NF | NF |
| Pivot-shift lateral | NF | NF |
| Push-up chaise | Neg | Neg |

Manœuvres tendinites :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Extension résistée | Neg | Neg |
| Flexion résistée | Neg | Neg |

**Atrophie musculaire :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Circonférence bras (cm) | NF | NF |
| Cironférence avant-bras (cm) | 24.0 | 23.5 |

**Poignets / Doigts:**

Palpation : Aucune douleur au niveau de la styloïde ulnaire, de la styloïde radiale, tabatière anatomique. Sensibilité à la palpation de la CMC et MCP du pouce droit. Douleur au MCP des doigts D2 et D3 droits.

Inspection : Aucune atrophie au niveau des avant-bras. Aucune cicatrice

**Observation – DOIGTS**

|  |  |
| --- | --- |
| Atrophie : thénar / Interosseux | Absence |
| Amputation | Aucune |
| Déformation | Absence |
| Coloration | Normale |
| Discrimination sensitive | Aucune |
| Trouble sudo- ou vasomoteur | Sueur au niveau de la paume de main droite |
| Hyperalgie à la piqûre | Absence |
| Allodynie | Absence |

**Amplitude articulaire :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Droit | | Gauche | | Normale |
|  | Actif | Passif | Actif | Passif |  |
| Flexion | 60 | 60 | 70 | - | 70o |
| Extension | 35 | 45 | 60 | - | 60o |
| Déviation Cubitale | 30 | - | 10 | - | 30o |
| Déviation radiale | 20 | - | 15 | - | 20o |

La mobilité digitale :

Diminution de la flexion au niveau des MCP de D2 et D3 et diminution de la flexion des IPD au niveau de D2 à D5. Le reste des amplitudes articulaires des doigts sont dans la limite de la normale.

|  |  |
| --- | --- |
| **Cote de Kapanji d’opposition des pouces** | |
| Droite | 10/10 |
| Gauche | 10/10 |

**Manœuvres :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Finkelstein | Neg | Neg |
| Tinel (n. médian) | Neg | Neg |
| Tinel (n. ulnaire) | Neg | Neg |
| Tinel (n. radial) | POS | Neg |
| Phalen | Neg | Neg |
| Durkan | Neg | Neg |
| Froment | Neg | Neg |
| Ballottement | Neg | Neg |
| Watson’s Test | Neg | Neg |
| Compression TFCC | Neg | Neg |
| Tension TFCC | Neg | Neg |

**Force préhension (kg) : index-pouce**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Premier essai | 4.9 | 5.7 |
| Deuxième essai | 5.4 | 4.9 |

**Neuro-vasculaire :**

Forces :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Racine (ASIA) | Droit | Gauche |
| C5 (flexion coude) | 5/5 | 5/5 |
| C6 (extension poignet) | 5/5 | 5/5 |
| C7 (extension coude) | 5/5 | 5/5 |
| C8 (flexion doigts) | 5/5 | 5/5 |
| T1 (abduction doigts) | 5/5 | 5/5 |

Sensibilités :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Racine | Droit | Gauche |
| C5 | 2/2 | 2/2 |
| C6 | 2/2 | 2/2 |
| C7 | 2/2 | 2/2 |
| C8 | 2/2 | 2/2 |
| T1 | 2/2 | 2/2 |

Réflexes :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Réflexes | Droit | Gauche |
| Bicipital | 2+ | 2+ |
| Tricipital | 2+ | 2+ |
| Hoffman | Neg | Neg |

Pouls :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Cubital | 2 | 2 |
| Radial | 2 | 2 |

10. Examens paracliniques

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

11. Conclusion

**Résumé :**

Il s’agit d’une femme de 58 ans sans antécédents connus au membre supérieur droit avant l’événement d’origine du **22 septembre 2023**. Elle s’est infligé une ténosynovite de de Quervain au niveau du pouce et poignet droit. Cette lésion a bénéficié de traitements en physiothérapie, ergothérapie et acupuncture. La travailleuse a repris son travail de façon progressive en assignations temporaires, qu’elle tolère bien. Elle note qu’elle est en mesure de s’organiser au travail avec ses collègues et son employeur pour réaliser ses tâches. Elle note cependant ne pas être en mesure de reprendre complètement son travail prélésionnel.

Sur le plan subjectif, elle se plaint d’une douleur à la base du pouce qui irradie au niveau du poignet et de l’avant-bras droit. Elle note une difficulté avec les gestes de préhension, agripper les objets et avec sa dextérité fine. Elle rapporte une douleur sous forme de brûlement et de rares éveils nocturnes secondaires à la douleur depuis qu’elle porte son orthèse avant-bras spica. Elle rapporte une sudation augmentée au niveau de la paume de sa main droite.

Sur le plan objectif, on observe une ankylose résiduelle au niveau des doigts et du poignet droit. On note effectivement une sudation augmentée au niveau de la paume de la main droite sans toutefois objectiver de changement de coloration ou de changements de températures ni d’atrophie musculaire. Nous ne relevons pas de tests positifs pour un syndrome de tunnel carpien autant du côté droit que du côté gauche.

L’examen du coude droit et du rachis cervical est dans les limites de la normale.

Enfin nous n’avons pas relevé de signe objectif d’atteinte sensitivomoteur 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 :**

Diagnostic accepté : De Quervain tenosynovitis right thumb.

Diagnostic à l’étude : Syndrome douloureux régional complexe (SDRC).

À la lumière de la revue du dossier, du mécanisme de lésion, de l’évaluation subjective et de l’examen objectif d’aujourd’hui, nous sommes en mesure de conclure qu’il y a absence d’un syndrome douloureux régional complexe (SDRC).

En effet, au niveau des critères diagnostiques du syndrome de douleur régional complexe la travailleuse ne remplit pas les critères au niveau des symptômes. Elle présente des symptômes que dans 2 catégories avec uniquement des troubles sudomoteurs et moteurs (ankylose doigts et poignet). Au niveau des signes cliniques, elle présente au moins un signe dans 2 catégories dont œdème qui peut être attribuable à sa condition de ténosynovite. Nous n’observons aucun tremblement, changement des poils et ongles ou atrophie cutanée. C’est pourquoi, devant ce tableau, nous ne pouvons retenir le diagnostic de SDRC.

Nous retenons donc le diagnostic suivant pour la présente expertise : une ténosynovite de De Quervain du pouce droit.

**Date de consolidation :**

Le médecin qui a charge la travailleuse a rencontré cette dernière le 12 avril 2024, il ne s’est pas prononcé sur ce point.

Considérant le diagnostic retenu par la CNESST et faisant l’objet de la présente demande, une ténosynovite de de Quervain du pouce droit;

Considérant que la travailleuse a été traitée de façon appropriée et adéquate, incluant de la physiothérapie, de l’ergothérapie et de l’acupuncture pour sa condition à la main et poignet droit;

Considérant l’examen objectif de la main et du poignet droit, mettant en évidence une ankylose résiduelle des doigts et du poignet droit. Une force de préhension pouce-index quasi identique.

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 14 mai 2024.

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

Le médecin qui a charge la travailleuse a rencontré cette dernière le 12 avril 2024, il ne s’est pas prononcé sur ce point.

Considérant le diagnostic retenu par la CNESST et faisant l’objet de la présente demande, une ténosynovite de de Quervain du pouce droit;

Considérant que la travailleuse a été traitée de façon appropriée et adéquate, incluant de la physiothérapie, de l’ergothérapie et de l’acupuncture pour sa condition à la main et poignet droit;

Considérant l’examen objectif de la main et du poignet droit, mettant en évidence une ankylose résiduelle des doigts et du poignet droit. Une force de préhension pouce-index quasi identique.

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 n’y aura pas d’amélioration de la condition de la travailleuse et qu’il y a suffisance de traitement en date de la consolidation soit le 14 mai 2024.

**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 :**

La travailleuse doit éviter avec sa main droite :

* Exécuter des mouvements rapides des doigts
* Agripper et serrer des charges de plus de 5 kg
* Pousser, presser, appuyer
* Tirer
* Lancer
* Les mouvements répétitifs dans les extrêmes d’amplitude articulaire au niveau des doigts.
* Ne peut subir des vibrations ou des contrecoups (directs ou avec instruments).

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | SÉQUELLES ACTUELLES | | |
|  | Code de séquelle | Description | % |
|  |  | Main et poignet droit |  |
|  | 102 383 | Atteinte des tissus mous membre supérieur droit : ténosynovite | 2 |
|  | 106 192 | Perte de 15o d’extension du poignet droit | 2 |
|  | 106 227 | Perte de 10o de flexion poignet droit | 1 |
|  | 101 945 | Ankylose incomplète en position de fonction index : MCP | 0,25 |
|  | 101 963 | Ankylose incomplète en position de fonction index : IPD | 0,5 |
|  | 101 972 | Ankylose incomplète en position de fonction majeur : MCP | 0,2 |
|  | 101 990 | Ankylose incomplète en position de fonction majeur : IPD | 0,4 |
|  | 102 025 | Ankylose incomplète en position de fonction annulaire : IPD | 0,3 |
| 2. | SÉQUELLES ANTÉRIEURES  Aucune | | |
| 3. | AUTRES DÉFICITS LIÉS À LA BILATÉRALITÉ  Aucun | | |

Chart, line chart

Description automatically generated

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

Hugo Centomo, MD, PhD, FRCS ©

Chirurgien-orthopédiste