**A. RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAVAILLEUR**

Nom : Louison

Prénom : Ramses

No d’assurance maladie : LOUR 6204 1912

Date de naissance : 1962-04-19

Adresse : 2175 Rue Georges Delfosse, Terrebonne, Qc, Canada, J6Y 2A9

Téléphone : 514-299-8716

No de dossier du travailleur : 506763796

Date de l’évènement d’origine : 2019-05-21

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 :

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

Contusion genou gauche, plaie genou gauche, entorse poignet gauche, entorse épaule gauche, déchirure tendineuse épaule gauche et capsulite épaule gauche.

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. Ramses Louison 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 11h00 et 11h50 le 16 juin 2022.

À la fin de l’entrevue, nous avons demandé́ à M. Louison 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 60 ans.

Dominance : Il est droitier.

Emploi : Il travaillait comme préposé à la répartition des taxis et limousines à l’emploi de Indigo Parc Canada inc. depuis juillet 2017.

Il travaillait à temps complet soit 40 heures par semaine.

Il est en arrêt de travail depuis sa chirurgie en août 2020.

5. Antécédents

Médicaux : bonne santé

Chirurgicaux : arthroscopie genou gauche (1991)

Au site et au pourtour de la lésion : lésion cartilagineuse genou gauche (1991)

Accidentels :

CNESST : Aucun

SAAQ : Aucun

Autres : Aucun

Allergie : Aucune

Tabac : cessé depuis février 2017. Cannabis : Négatif Alcool : Occasionnel

6. Médication actuelle et mesures thérapeutiques en cours

Physiothérapie, ergothérapie, massothérapie, acupuncture.

7. Historique de faits et évolution

Le travailleur est un préposé à la répartition des taxis et limousines. Ses tâches consistent à rester à l’extérieur et pointer pour diriger les gens et lever les bras pour signaler les taxis.

La fiche de réclamation du travailleur décrit l’événement suivant survenu le 21 mai 2019 :

« *On May 21 I fell down and I hurt my knee and elbow and wrist.* »

L’avis de l’employeur décrit l’événement de la façon suivante :

« *En marchant dans le bassin des taxis, il y a eu une collision entre le travailleur et une autre personne qui courait. Il est tombé sur le genou gauche et a senti une douleur au bras gauche.* »

Le travailleur rencontre le docteur Jonathan-Jared Cooperman, le 21 mai 2019. Il diagnostique une abrasion genou gauche. Il note une douleur au poignet gauche et à l’épaule gauche.

Le travailleur obtient des radiographies de l’épaule, du poignet et de l’articulation acromio-claviculaire gauche. Les radiographies sont interprétées par le docteur Thomas Minh Huan Ong, radiologiste. Celui-ci constate :

« *Acromio-clavicular joint: no acute fracture or dislocation. Minor bilateral acromioclavicular degenerative changes.*

*Left shoulder: No acute fracture or dislocation.*

*Left wrist: There is a small millimetric calcification focus projecting medial to the 1st carpal metacarpal joint which may represent a nonspecific soft tissue calcification. Alternatively, this could represent a small avulsed fracture fragment for which a clear donor site is not identified. Please correlate clinically with site of discomfort. Otherwise no definite acute fracture or dislocation identified.* »

Le travailleur rencontre le docteur Pierre Deslandes, le 14 juin 2019. Il diagnostique une contusion au genou gauche avec plaie prépatellaire. Il note une évolution favorable avec antibiothérapie. Il émet les diagnostics suivant concernant son membre supérieur gauche : entorse à l’épaule gauche, tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l’épaule gauche et une probable entorse au poignet gauche. L’entorse au poignet gauche semble être résolue. Il prescrit des traitements en physiothérapie et ergothérapie, une échographie avec infiltration de l’épaule gauche et un arrêt de travail complet.

Le travailleur revoit le docteur Deslandes, le 2 juillet 2019. Il maintient les diagnostics de contusion genou gauche avec plaie et cicatrice résiduelle, entorse poignet gauche en voie de résolution et entorse épaule gauche avec tendinopathie du sus-épineux probable. Le travailleur est en attente pour une échographie et une infiltration de l’épaule gauche. Le docteur Deslandes maintient les traitements en physiothérapie et ergothérapie. Il prescrit des assignations temporaires.

Le travailleur revoit le docteur Deslandes, le 16 juillet 2019. Aucun changement sur la prise en charge et la conduite à tenir.

Le travailleur revoit le docteur Deslandes, le 30 juillet 2019. Il maintient les diagnostics d’entorse au poignet gauche résolue, entorse épaule gauche persistante avec tendinopathie de la coiffe possible et contusion genou gauche avec cicatrice résiduelle. Il maintient les traitements en physiothérapie et ergothérapie. Il juge la condition clinique stable. Il prescrit des travaux réguliers à raison de deux fois par semaine 4 heures par jour.

Le travailleur revoit le docteur Deslandes, le 27 août 2019. Il maintient les diagnostics d’entorse au poignet gauche résolue, entorse épaule gauche avec tendinopathie probable, et ajoute un diagnostic de paresthésie 4e doigt distal et 5e doigts droits possiblement d’une étiologie cervicale. Il prescrit une radiographie de du rachis cervical. Il maintient les traitements en physiothérapie et ergothérapie. Il retourne le travailleur en assignations temporaires.

Le travailleur revoit le docteur Deslandes, le 1er octobre 2019. Il maintient les diagnostics d’entorse poignet gauche résolue, entorse épaule gauche avec une déchirure tendineuse (supra-épineux et infra-épineux) complète et capsulite. Le travailleur aurait obtenu une première infiltration à son épaule gauche ainsi qu’une échographie (je n’ai pas accès à cet examen). Il maintient le diagnostic de paresthésie des 4e et 5e doigts, secondaire à une sténose foraminale liée à l’uncarthrose. Il prescrit une résonance magnétique de l’épaule gauche. Il maintient les traitements en physiothérapie et ergothérapie. Il maintient les travaux légers. Il prescrit une 2e infiltration à l’épaule gauche.

Le travailleur revoit le docteur Deslandes, le 5 et 26 novembre 2019. Aucun changement sur la prise en charge et la conduite à tenir.

Le travailleur obtient une résonance magnétique de l’épaule gauche, le 27 novembre 2019. Cette dernière est interprétée par le docteur Kevin Bélliveau, radiologiste. Celui-ci constate :

« *Échographie déchirure transfixiante supra épineux et infra épineux avec rétraction de 3 cm, capsulite.*

*Interprétation :*

*…*

*Structures tendineuses :*

*Il y a rupture complète du tendon sous-scapulaire avec rétraction d’au moins 3.5 cm de ce dernier. Il y a une rupture complète des tendons sus et sous-épineux avec rétraction d’environ 3 cm de ces derniers. L’espace sous-acromio-deltoïdien est réduite et la tête humérale est subluxée supérieurement. Le tendon de la longue portion du biceps est luxé médialement et postérieurement dans l’articulation.*

*...* »

Le travailleur revoit le docteur Deslandes, le 17 décembre 2019. Il maintient le diagnostic d’entorse épaule gauche avec déchirure tendineuse et capsulite, entorse genou gauche et poignet gauche résolue. Il maintient les traitements en physiothérapie et ergothérapie. Il maintient les travaux légers

Le travailleur revoit le docteur Deslandes, le 7 janvier 2020. Aucun changement sur la prise en charge et la conduite à tenir.

Travailleur rencontre le docteur Ziad Mehio, chirurgien orthopédiste, le 8 janvier 2020. Il diagnostique une déchirure du supra et infra épineux à l’épaule gauche et engourdissement des 4e et 5e doigts droits. Il prescrit un arrêt de travail, il suggère une chirurgie et prescrit un EMG. Il réfère le travailleur à un collègue en chirurgie orthopédique.

Le travailleur revoit le docteur Deslandes, le 4 février 2020. Aucun changement sur la prise en charge et la conduite à tenir.

Le patient obtient un rendez-vous en neurologie avec le docteur Rami Moreos, le 10 février 2020. Un EMG est réalisé et démontre : « *une atténuation d’amplitude et une dispersion des potentiels musculaires évoquées à la stimulation des cubitaux droit et gauche au coude versus au poignet avec ralentissement des vélocités de conduction motrice au segment moyen des cubitaux droit et gauche… dysfonction sensitive dans le territoire médian bilatéralement.* »

Le travailleur revoit le docteur Deslandes, le 10 mars 2020. Il maintient les diagnostics d’entorse à l’épaule gauche et rupture de la coiffe des rotateurs de l’épaule gauche ainsi que paresthésies main droite en investigation. Il maintient les traitements en physiothérapie. Le docteur Deslandes note que le travailleur est en attente d’une chirurgie d’ici trois mois. Il maintient les assignations temporaires.

Le travailleur obtient une radiographie de la colonne cervicale, le 6 août 2020. Elle est interprétée par le socteur Marie-France Weidner, radiologiste. Cette dernière constate :

« *Rectitude cervicale. Légers pincements discaux multi-étagés de C3 à D1 avec spondylose antérieure au moins modérée multiétagée. Ossification du ligament longitudinal antérieur. Sténose foraminale gauche modérée à C6-C7 et plus légère en C7-D1 droite.*

*Les tissus mous prévertébraux sont sans particularité.* »

Il manque au dossier la première consultation avec le docteur Émilie Sandman, chirurgien orthopédiste surspécialisée en médecine sportive. Nous retrouvons au dossier son protocole opératoire pour une chirurgie par arthroscopie de réparation de la coiffe des rotateurs et ténotomie de la longue portion du biceps réalisé le 26 août 2020. Elle procède à la réparation des tendons sous-scapulaire ainsi que supra et infra-épineux. Chirurgie bien tolérée sans complication immédiate.

Le travailleur revoit le docteur Sandman, le 30 septembre 2020. Suivi post-opératoire standard. Elle maintient l’arrêt de travail. Elle prescrit de la physiothérapie.

Le travailleur revoit le docteur Sandman, le 24 novembre 2020. Elle note une évolution lente mais favorable. Elle maintient les traitements en physiothérapie et l’arrêt de travail et ajoute des traitements en ergothérapie.

Le travailleur revoit le docteur Sandman, le 27 janvier 2021. Elle note une condition clinique améliorée mais une certaine raideur post-opératoire. Elle prescrit une arthrodistension, maintient les traitements en physiothérapie et l’arrêt de travail.

Le travailleur obtient une résonance magnétique de la colonne cervicale, le 11 mars 2021.cette dernière est interprétée par le docteur Danielle Gilbert, radiologiste. Cette dernière constate :

«*… Conclusion :*

*Ce patient présente une atteinte multiétagée, l’aspect me laisse suspecter la possibilité d’une ossification du ligament longitudinal postérieur étendu, et maximale de C6-T2. Ceci entraîne des signes de sténose spinale légère avec une atteinte un peu plus modérée en T1 T2. Ceci est un peu plus marqué également à gauche.*

*Ce patient devrait bénéficier d’un scan cervical de l’occiput jusqu’à T3 pour confirmer l’hypothèse d’une OPLL.* »

Le travailleur revoit le docteur Mehio, le 20 avril 2021. Il maintient le diagnostic de déchirure de la coiffe des rotateurs de l’épaule gauche statut post réparation. Il ajoute un diagnostic d’ossification du ligament longitudinal postérieur (OPLL) cervical. Il maintient les traitements en physiothérapie et ergothérapie et prescrit un CT scan cervical.

Le travailleur revoit le docteur Sandman, le 30 avril 2021. Elle maintient des traitements en physiothérapie et ergothérapie. Elle note que le travailleur peut retourner aux travaux légers à partir du 10 mai 2021.

Une radiographie de l’épaule gauche réalisée le 13 mai 2021 elle est interprétée par le docteur Élisabeth Lamarre, radiologiste. Cette dernière constate :

« *Légère arthrose glénohumérale. Sclérose de la grosse tubérosité, en lien avec des phénomènes de tendinopathie chronique.*

*Arthrose acromioclaviculaire et éperon osseux sous-acromial.* »

Le travailleur obtient une première infiltration arthrodistensive pour sa capsulite à l’épaule gauche, le 13 mai 2021. Procédure bien tolérée sans complication immédiate.

Un CT-scan cervical est réalisé le 18 mai 2021 et est interprété par le docteur Louis-Xavier Pistono, radiologiste. Ce dernier constate :

«*… Conclusion :*

*Discopathie dégénérative étagée telle que décrite s’accompagnant d’OPLL entraînant par endroits des sténoses spinales.* »

Le travailleur revoit le Docteur Mehio, le 9 juin 2021. Il maintient le diagnostic de déchirure de la coiffe des rotateurs de l’épaule gauche statut post réparation. Il note une douleur et une raideur persistante. Il maintient les traitements en physiothérapie et ergothérapie. Il prescrit un arrêt de travail.

Le travailleur revoit le docteur Mehio, le 21 juillet 2021. Il diagnostique une capsulite adhésive à l’épaule gauche post réparation de la coiffe des rotateurs de l’épaule gauche. Il note une ankylose glénohumérale de 50%. Il maintient les traitements en physiothérapie et l’arrêt de travail.

Le travailleur est convoqué à une évaluation médicale indépendante en orthopédie, le 31 août 2021 à la demande de l’employeur. Cette expertise est réalisée par le docteur Ryan Coughlin, chirurgien orthopédiste. Ce dernier retient les diagnostics de contusion et plaie du genou gauche, entorse du poignet gauche et entorse de l’épaule gauche avec déchirure de la coiffe des rotateurs. Il maintient la date du 14 novembre 2019, date de la première expertise médicale, pour la consolidation des diagnostics d’entorse du poignet gauche et de contusion et plaie au genou gauche. Pour ce qui est du diagnostic à l’épaule gauche, devant l’atteinte d’un plateau thérapeutique et traitement exhaustif, il consolide en date du 31 août 2021 avec suffisance de traitement. Il émet des APIPP suivant :

*1-atteinte des tissus mous DAP de 2% code : 102 383;*

*2-ankylose incomplète de l’épaule gauche avec perte de 60° d’adduction DAP de 3% code 104 826;*

*3-ankylose permanente incomplète de l’épaule gauche avec perte de 60° de flexion antérieure DAP de 2% code 104 924;*

*Pour un total de 7%.*

*À l’égard du poignet gaucher et du genou gauche, aucune limitation fonctionnelle est émise. Pour ce qui est de l’épaule gauche, les limitations fonctionnelles suivantes sont émises. Doit éviter :*

*Les mouvements répétitifs en amplitude extrême de l’épaule gauche;*

*De travailler avec le bras gauche en position statique de flexion d’abduction même à moins de 90°;*

*Les mouvements au-dessus du niveau de la tête avec le bras gauche;*

*De porter, pousser, tirer ou soulever de façon répétitive fréquente des charges de plus de 10 lbs au niveau des hanches avec l’épaule gauche;*

*De subir des vibrations de basse fréquence de contre coups répétitifs du membre supérieur gauche.*

Le travailleur rencontre le docteur Cristina Constantinescu, médecin de famille, le 10 septembre 2021. Elle complète un rapport d’évaluation médicale pour les diagnostics de déchirure de la coiffe des rotateurs de l’épaule gauche, capsulite épaule gauche et aggravation post infiltration du 13 mai 2021. Elle consolide le patient sans limitation fonctionnelle et sans APIPP. Je suis dans l’impression que le docteur Constantinescu a rempli le mauvais formulaire et donc je ne crois pas qu’il faille tenir compte de ce rapport d’évaluation médicale. De façon manuscrite, elle a inscrit : « *arrêt de travail de 8 semaine, physiothérapie et ergothérapie ainsi que de l’acupuncture.* »

Le travailleur revoit le docteur Mehio, le 15 septembre 2021. Il maintient le diagnostic de capsulite à l’épaule gauche post réparation de la coiffe des rotateurs de l’épaule gauche et paresthésies des 4e et 5e doigts droits. Il maintient l’arrêt de travail, les traitements en physiothérapie et ergothérapie et ajoute des traitements en acupuncture.

Le travailleur revoit le docteur Mehio, le 24 novembre 2021. Il constate peu d’amélioration au niveau de la condition clinique du travailleur et prescrit une résonance magnétique de l’épaule gauche. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie, acupuncture et l’arrêt de travail.

Le travailleur revoit le docteur Mehio, le 12 janvier 2022. Il produit un rapport final et consolide le travailleur avec APIPP et limitations fonctionnelles pour les diagnostics de déchirure de la coiffe des rotateurs de l’épaule gauche, ankylose douleur post réparation à l’épaule gauche et capsulite post-chirurgie à l’épaule gauche. Il ne produira pas le rapport d’évaluation médicale.

Un rapport en ergothérapie, réalisé en date du 22 février 2022, note une progression limitée avec un plateau thérapeutique quasiment atteint en ergothérapie de première ligne.

Les diagnostics de paresthésies 4e doigt et 5e doigts à droite, paresthésies 4e et 5e doigts secondaire à la sténose foraminale liée à l’uncarthrose, paresthésie 4e et 5e doigts droits secondaires à une radiculopathie sensitive cervicale, entorse épaule droite et rupture tendineuse, rectitude cervicale légers pincements discaux multiétagés de C3-D1 avec spondylose antérieure au moins modérée multiétagée ossification du ligament longitudinal antérieur sténose foraminale gauche modérée C6-C7 et plus légère C7-D1 droit sont tous refusés en date du 13 mai 2022 étant donné que tous ces diagnostics sont une condition préexistante personnelle du travailleur.

8. Questionnaire subjectif et état actuel

**Appréciation subjective de l’évolution :** Le travailleur nous rapporte avoir objectivé une amélioration au niveau de son épaule gauche suivant sa chirurgie du 26 août 2020. Il rapporte cependant une détérioration à la suite d’une infiltration réalisée le 13 mai 2021 à son épaule gauche. Il rapporte que ses douleurs ont été accentués et ce même au repos. Il nous rapporte tout de même une certaine amélioration depuis qu’il a débuté des traitements en acupuncture. Il ne pense pas être en mesure de reprendre son travail pré lésionnel, cependant il pourrait envisager un travail plus clérical.

**Plaintes et problèmes :** Il se plaint principalement de douleurs au niveau de son épaule gauche et ce, de façon constante. Cette douleur au repos est estimée de 3 à 4 sur 10. Il rapporte une augmentation de la douleur avec la mobilisation de son membre supérieur gauche et estime l’intensité maximale environ à 7 sur 10. Cette douleur irradie jusqu’à son omoplate gauche. Il rapporte objectiver de l’œdème au niveau de l’épaule gauche en fin de journée. La manutention d’objets est impossible lorsque réalisée au-dessus de la tête. Il nous rapporte une exacerbation de douleurs importantes lorsqu’il exécute un mouvement en abduction. Il ne rapporte pas de blocage mécanique et sa limitation d’amplitude articulaire est principalement relié à la douleur.

Le travailleur nous rapporte des douleurs exacerbées au niveau de son épaule gauche lorsqu’il est en position statique de plus de 10 minutes. Il nous rapporte des éveils nocturnes secondaires à la douleur. Il rapporte des douleurs lors de variations de pression barométrique. Il rapporte des raideurs ainsi que des douleurs sous forme de brûlures à l’épaule gauche à son réveil.

Le travailleur nous rapporte des paresthésies aux 4e et 5e doigts du côté droit. Les engourdissements sont extrêmement dérangeants et limite les activités du travailleur.

Le travailleur nous rapporte des troubles d’équilibre et des chutes à répétition dans la dernière année. Il attribue ses chutes à un déconditionnement généralisé de sa condition. Finalement, il nie tout symptôme au niveau de son poignet gauche et de son genou gauche.

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

9. Examen Physique

Poids : 107kg Taille : 1.88m 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 présente cependant un positionnement antalgique au niveau du membre supérieur gauche. On peut noter une diminution de l’oscillation du membre supérieur gauche lors de la démarche. Aux membres inférieurs, nous n’observons pas de boiterie et le travailleur marche normalement sans aide technique. Tout au long de l’entrevue et de l’examen, il y a une diminution de fluidité des mouvements au niveau du membre supérieur gauche. Lors de certaines manœuvres, on peut noter une exacerbation de la douleur surtout en fin d’amplitude articulaire et lors de mise sous tension des tendons de la coiffe des rotateurs.

La collaboration offerte est optimale, pour les fins de l’examen Monsieur est vêtu de façon à bien exposer les zones anatomiques à évaluer. Nous pouvons observer une diminution de la fluidité des mouvements lors du retrait de sa chemise.

À son départ, le travailleur manifeste une exacerbation de la douleur principalement son épaule gauche.

**Rachis Cervical :**

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

Inspection : Marche en tandem normal, 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 | Neg | Neg |
| Manœuvre de Spurling | Neg | Neg |
| Manœuvre de traction | NF | NF |

**Épaules :**

Palpation : Douleur au niveau de la grand tubérosité gauche. Pas de douleur au niveau de la clavicule et de l’acromion

Inspection : Signe de Popeye objectivé au niveau du bras gauche. Pas d’atrophie du deltoïde ou du biceps ou triceps. 5 cicatrices (ports d’arthroscopie) de 1.5 cm chacun dont 4/5 sont hypertrophique

Amplitude articulaire :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Droit | | Gauche | | Normale |
|  | Actif | Passif | Actif | Passif |  |
| Flexion | 180 | - | 110 | 130 | 180o |
| Abduction | 180 | - | 50 | 90 | 180o |
| Rotation interne / ADD | 40 | - | 20 | 20 | 40o |
| Rotation externe / ADD | 50 | - | 30 | 30 | 45o |
| Extension | 40 | - | 40 | - | 40o |
| Adduction | 20 | - | 20 | - | 20o |

Manœuvres spécialisées :

Coiffes

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Neer | Neg | Neg |
| Hawkins | Neg | Pos |
| Jobe | Neg | Pos |
| Bear Hugger | Neg | Neg |
| Belly press | Neg | Pos |
| Lift-off | Neg | Impossible |
| Hornblower | Neg | Impossible |

Biceps long :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Speed | Neg | Neg |
| Yeagerson | Neg | Neg |
| Palpation gouttière bicipitale | Neg | Pos |

Instabilité :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Sulcus | Neg | Neg |
| Appréhension | NF | NF |
| Relocalisation | NF | NF |
| Jerk test | NF | NF |

Labrum :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| O’brien | NF | NF |
| Crank test | NF | NF |

Acromio-claviculaires :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Palpation | Neg | Neg |
| Foulard | 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 |

**Poignets / Doigts:**

Palpation : Aucune douleur à la styloïde radiale, tabatière anatomique et à la styloïde ulnaire.

Inspection : aucune déformation, aucune cicatrice

**Observation – DOIGTS**

|  |  |
| --- | --- |
| Atrophie : thénar / Interosseux | Absence |
| Amputation | Absence |
| Déformation | Absence |
| Coloration | Normale |
| Discrimination sensitive | Diminuée territoire n. ulnaire à droite 12 mm vs 26 mm |
| Trouble sudo- ou vasomoteur | Absence |

**Amplitude articulaire :**

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

La mobilité digitale D2-D5 est complète et symétrique.

|  |  |
| --- | --- |
| **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) | Pos | Neg |
| Tinel (n. radial) | Neg | Neg |
| Phalen | Neg | Neg |
| Durkan | NF | NF |
| Froment | NF | NF |
| Ballottement | Neg | Neg |
| Watson test | Neg | Neg |

**Force préhension (kg) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Premier essai | 46 | 30 |
| Deuxième essai | 46 | 33 |

**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 | NF | NF |
| 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 | 110 | - | 110 | - | 120o |
| Extension | 30 | - | 30 | - | 30o |
| Rotation interne | 40 | - | 40 | - | 40o |
| Rotation externe | 50 | - | 50 | - | 50o |
| Abduction | 30 | - | 30 | - | 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. Cicatrice vicieuse de 3.5 x 5.5 cm au niveau de la rotule du genou gauche avec hyperpigmentation.

Amplitude articulaire :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Droit | | Gauche | | Normale |
|  | Actif | Passif | Actif | Passif |  |
| Flexion | 130 | 130 | 120 | 120 | 140o |
| Extension | 5 | 5 | 5 | 5 | 0o |
| Varus/Valgus | Normoaxé | | Normaxé | | - |

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 | NF | NF |
| McMurray | Neg | Neg |
| Thessaly | Neg | Neg |

**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 | NF | NF |
| Tiroir 20o | NF | NF |
| Varus stress | NF | NF |
| Laxité calcanéo-péroné | NF | NF |

Manœuvres spécifiques tendons :

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

**Atrophie musculaire :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Circonférence bras (cm) | 33.0 | 33.0 |
| Cironférence avant-bras (cm) | 30.0 | 30.0 |
| Circonférence cuisse (cm) | 45.0 | 45.0 |
| Cironférence mollet (cm) | 39.0 | 38.0 |

**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 |
| 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 |
| C5 | 2/2 | 2/2 |
| C6 | 2/2 | 2/2 |
| C7 | 2/2 | 2/2 |
| C8 | **1/2** | 2/2 |
| T1 | 2/2 | 2/2 |
| 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 |
| Bicipital | 2+ | 2+ |
| Tricipital | 2+ | 2+ |
| Hoffman | Neg | Neg |
| Rotulien | 2+ | 2+ |
| Achilléen | 2+ | 2+ |
| Babinski | Neg | Neg |

Pouls :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Cubital | 2 | 2 |
| Radial | 2 | 2 |
| 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 60 ans, sans antécédent connu au membre supérieur gauche avant l’événement d’origine du 21 mai 2019. Il est cependant connu pour un antécédent de lésion cartilagineuse au genou gauche où il aurait subi une chirurgie par arthroscopie en 1991. Il s’est infligé une entorse au poignet gauche, une contusion au genou gauche avec plaie, une entorse à l’épaule gauche avec déchirure massive de la coiffe des rotateurs objectivée à la résonance magnétique. Il a bénéficié d’une chirurgie de réparation de la coiffe des rotateurs avec ténotomie de la longue portion du biceps par arthroscopie en août 2020 par le docteur Émilie Sandman, chirurgienne orthopédiste. Il a développé par la suite une capsulite à l’épaule gauche post-opératoire.

L’entorse au poignet gauche, l’entorse au genou gauche ainsi que la plaie au genou gauche se sont résolues et ont été rapportées comme consolidées lors d’une expertise médicale réalisée le 14 novembre 2019 sans APIPP et limitation fonctionnelle. Le travailleur nie tout symptôme au niveau de son genou gauche ainsi que son poignet gauche en date de la présente expertise.

Pour ce qui est de son épaule gauche, le travailleur a eu une évolution lente avec développement de capsulite et douleur très limitative. Il a bénéficié d’une arthrodistensive en mai 2021 qui a exacerbé ses symptômes et détériorer son état clinique. Le travailleur est toujours en traitement d’ergothérapie et acupuncture. Au dernier rapport d’ergothérapie on peut noter une quasi atteinte de plateau thérapeutique. Le travailleur nous rapporte cependant avoir toujours des progrès et des soulagements de ses symptômes avec que ses traitements en acupuncture.

Sur le plan subjectif, le travailleur se plaint de douleurs résiduelles et une gêne fonctionnelle importante à l’utilisation de son membre supérieur gauche. Les douleurs sont ressenties principalement au niveau de l’épaule gauche et irradient au niveau de l’omoplate gauche. Ces douleurs sont exacerbées par le mouvement et le travailleur nous rapporte être incapable de réaliser une manutention de tout objet au-dessus des épaules avec son membre supérieur gauche. Le sommeil est perturbé par des éveils nocturnes secondaires à la douleur.

Le travailleur rapporte aussi des symptômes de paresthésie aux 4e et 5e doigts de la main droite qui le limite fonctionnellement. Une résonnance magnétique et un CT-scan ont démontré des sténoses foraminales et cervicales multiétagées à la suite de diagnostics d’uncarthrose et d’OPLL. Ces diagnostics ont été refusés étant une condition personnelle et n’est pas en relation avec l’événement d’origine.

L’examen objectif témoigne d’une diminution de la mobilité de l’épaule gauche liées principalement la présence de douleurs. On ne note aucun blocage mécanique lors des mouvements passifs. Nous objectivons une diminution de la force de préhension au membre supérieur gauche lorsque évalué avec le dynamomètre de Jamar. Nous objectivons une légère faiblesse ainsi qu’une hypoesthésie dans le territoire du nerf ulnaire au niveau du membre supérieur droit. Cela correspond avec les trouvailles faites à l’EMG, où une compression du nerf ulnaire est objectivée au niveau du coude droit.

L’examen articulaire proximale et distale à l’épaule gauche est dans les limites de la normale.

Enfin nous n’avons pas relevé de signe objectif d’une atteinte sensitivomotrice d’origine radiculaire ou nerveuse périphérique au niveau du membre supérieur gauche. Aucun signe de compression de la moelle épinière au niveau cervical.

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

**Diagnostic :**

Contusion genou gauche, plaie genou gauche, entorse poignet gauche, entorse épaule gauche, déchirure tendineuse épaule gauche et capsulite épaule gauche.

**Consolidation :**

Le médecin qui a charge le travailleur a rencontré ce dernier, le 12 février 2022, il s’est prononcé sur ce point au sujet du diagnostic de déchirure tendineuse épaule gauche et capsulite épaule gauche et a consolidé le travailleur avec APIPP et limitations fonctionnelles.

Considérant le diagnostic retenu par la CNESST et faisant l’objet de la présente demande, soit une contusion au genou gauche, une plaie au genou gauche, une entorse au poignet gauche, une entorse à l’épaule gauche, une déchirure tendineuse à l’épaule gauche et une capsulite à l’épaule gauche.

Considérant l’examen objectif des membres inférieurs d’aujourd’hui, mettant en évidence une amplitude articulaire légèrement diminuée au niveau du genou gauche et la présence d’une cicatrice vicieuse au niveau de la rotule gauche. L’examen du membre supérieur gauche démontre une diminution de la force de préhension objectivée au dynamomètre de Jamar et une douleur à la mise en tension de tendons de la coiffe des rotateurs et une diminution marquée de l’amplitude articulaire de l’épaule gauche;

Considérant que le travailleur a été traité de façon appropriée et adéquate, pour sa condition au poignet et au genou gauche en physiothérapie. Considérant que le travailleur a été traité de façon adéquate pour sa condition à l’épaule avec chirurgie de réparation de la coiffe des rotateurs par arthroscopie, protocole de réadaptation et infiltration arthrodistensive;

Considérant que le travailleur a atteint un plateau thérapeutique pour ses pathologies à l’épaule gauche et que son médecin traitant rapporte une chronicité de sa condition et consolide le patient en date du 12 janvier 2022;

Considérant que la chirurgienne orthopédiste qui a opéré le travailleur à donner congé et n’a plus rien à offrir sur le plan orthopédique pour l’épaule gauche;

Considérant que le travailleur a tout de même bénéficié d’amélioration par ses traitements d’ergothérapie et acupuncture entre le mois de janvier 2022 et juin 2022;

À mon avis, il y a maintenant une atteinte du plateau thérapeutique et stabilisation de la condition pour les diagnostics retenus.

Pour toutes ses raisons évoquées, je consolide donc la lésion de l’épaule gauche (entorse épaule gauche, déchirure tendineuse épaule gauche et capsulite épaule gauche) en date du 16 juin 2022.

Je suis d’accord avec le docteur Coughlin, et je maintiens la date de consolidation du 14 novembre 2019 pour les lésions d’entorse au poignet, contusion au genou gauche et plaie au genou gauche.

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

Le médecin qui a charge le travailleur a rencontré ce dernier, le 12 février 2022, il s’est prononcé sur ce point au sujet du diagnostic de déchirure tendineuse épaule gauche et capsulite épaule gauche et a consolidé le travailleur avec APIPP et limitations fonctionnelles.

Considérant le diagnostic retenu par la CNESST et faisant l’objet de la présente demande, soit une contusion au genou gauche, une plaie au genou gauche, une entorse au poignet gauche, une entorse à l’épaule gauche, une déchirure tendineuse à l’épaule gauche et une capsulite à l’épaule gauche.

Considérant l’examen objectif des membres inférieurs d’aujourd’hui, mettant en évidence une amplitude articulaire légèrement diminuée au niveau du genou gauche et la présence d’une cicatrice vicieuse au niveau de la rotule gauche. L’examen du membre supérieur gauche démontre une diminution de la force de préhension objectivée au dynamomètre de Jamar et une douleur à la mise en tension de tendons de la coiffe des rotateurs et une diminution marquée de l’amplitude articulaire de l’épaule gauche;

Considérant que le travailleur a été traité de façon appropriée et adéquate, pour sa condition au poignet et au genou gauche en physiothérapie. Considérant que le travailleur a été traité de façon adéquate pour sa condition à l’épaule avec chirurgie de réparation de la coiffe des rotateurs par arthroscopie, protocole de réadaptation et infiltration arthrodistensive;

Considérant que le travailleur a atteint un plateau thérapeutique pour ses pathologies à l’épaule gauche et que son médecin traitant rapporte une chronicité de sa condition et consolide le patient en date du 12 janvier 2022;

Considérant que la chirurgienne orthopédiste qui a opéré le travailleur à donner congé et n’a plus rien à offrir sur le plan orthopédique pour l’épaule gauche;

Considérant que le travailleur a tout de même bénéficié d’amélioration par ses traitements d’ergothérapie et acupuncture entre le mois de janvier 2022 et juin 2022;

À mon avis, il y a maintenant une atteinte du plateau thérapeutique et stabilisation de la condition pour les diagnostics retenus.

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 16 juin 2022 pour les lésions de l’épaule gauche (entorse épaule gauche, déchirure tendineuse épaule gauche et capsulite épaule gauche).

Je suis d’avis qu’il y a suffisance de traitements en date du 14 novembre 2019 pour les lésions d’entorse au poignet gauche, contusion au genou gauche et plaie au genou gauche.

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

Pour les diagnostics d’entorse épaule gauche, déchirure tendineuse épaule gauche et capsulite épaule gauche, le médecin qui a à charge s’est prononcé sur ce point;

Pour les diagnostics d’entorse au poignet gauche, contusion au genou gauche et plaie au genou gauche, le médecin qui a à charge ne s’est pas prononcé 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 :**

Pour les diagnostics d’entorse épaule gauche, déchirure tendineuse épaule gauche et capsulite épaule gauche, le médecin qui a à charge s’est prononcé sur ce point;

Pour les diagnostics d’entorse au poignet gauche, contusion au genou gauche et plaie au genou gauche, le médecin qui a à charge ne s’est pas prononcé 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 uniquement pour les lésions à l’épaule gauche.

J’attribue aucune limitation fonctionnelle pour les lésions au poignet gauche et au genou gauche.

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

Pour son membre supérieur gauche, le travailleur doit éviter :

* Les mouvements répétitifs en amplitude extrême de l’épaule gauche;
* De travailler avec le bras gauche en position statique de flexion d’abduction même à moins de 90°;
* Les mouvements au-dessus du niveau de la tête avec le bras gauche;
* De porter, pousser, tirer ou soulever de façon répétitive fréquente des charges de plus de 10 lbs au niveau des hanches avec l’épaule gauche;
* De subir des vibrations de basse fréquence de contre coups répétitifs du membre supérieur gauche.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | SÉQUELLES ACTUELLES | | |
|  | Code de séquelle | Description | % |
|  |  | **Membre supérieur gauche** |  |
|  | 102 383 | Atteinte tissus mous du membre supérieur gauche / perte de la force de préhension de la main droite objectivée au dynamomètre de Jamar | 2 |
|  | 104 844 | Perte de 90o d’abduction épaule gauche | 5 |
|  | 104 924 | Perte de 50o de flexion antérieure épaule gauche | 2 |
|  | 105 111 | Perte de 20o de rotation externe épaule gauche | 3 |
|  | 105 157 | Perte de 20o de rotation interne épaule gauche | 2 |
|  | 224 233 | Cicatrices vicieuses épaule gauche : 3.5cm2 | 1,75 |
|  |  | **Membre inférieur gauche** |  |
|  |  | Atteinte permanente des tissus mous avec séquelles fonctionnelles | 2 |
|  | 106 824 | Perte de 10o de flexion genou gauche | 1 |
|  | 224 402 | Cicatrices vicieuses genou gauche : 19.25 cm2 | 19,25 |
| 2. | SÉQUELLES ANTÉRIEURES  Aucune | | |
| 3. | AUTRES DÉFICITS LIÉS À LA BILATÉRALITÉ  Aucune | | |

Chart, line chart

Description automatically generated

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

Hugo Centomo, MD, PhD, FRCS ©

Chirurgien-orthopédiste