**A. RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAVAILLEUR**

Nom : Bouzouma

Prénom : Ilham

No d’assurance maladie : BOUI 7452 2815

Date de naissance : 1974-02-28

Adresse : 174 Avenue Dussault, Laval, Qc, Canada, H7N 3K6

Téléphone : 438-390-4998

No de dossier du travailleur : 506662691

Date de l’évènement d’origine : 2019-05-23

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

Fracture tibia droit (fracture du péroné), épicondylite externe coude droit (art. 31)

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 Mme Ilham Bouzouma 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 patiente participait pleinement à son entrevue. L’entrevue s’est déroulée entre 9h10 et 9h55 le 7 avril 2022.

À la fin de l’entrevue, nous avons demandé́ à Mme Bouzouma 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 48 ans.

Dominance : Elle est droitière

Emploi : Elle travaillait comme directrice générale à l’emploi de Centre Action depuis 2014 mais elle est à l’emploi pour Centre Action depuis janvier 2003 où elle a occupé divers postes de travail.

Elle travaillait à temps complet soit 35 heures par semaine.

Elle est en arrêt de travail depuis une tentative de retour au travail progressif en février 2020. Elle a été par la suite mise en arrêt secondaire à la crise sanitaire à COVID-19 et finalement, son poste a été aboli en avril 2021. Elle ne s’est pas retrouvée du travail depuis car elle est en arrêt de travail pour un épuisement professionnel.

5. Antécédents

Médicaux : Bonne santé

Chirurgicaux : aucun

Au site et au pourtour de la lésion : aucun

Accidentels :

CNESST : aucun

SAAQ : aucun

Autres : aucun

Allergie : aucune

Tabac : Négatif Cannabis : Négatif Alcool : Négatif

6. Médication actuelle et mesures thérapeutiques en cours

Physiothérapie, ergothérapie et acupuncture.

7. Historique de faits et évolution

La fiche de réclamation de la travailleuse décrit l’événement suivant survenu le **23 mai 2019** :

« *Jeudi 23 mai à 18h15, j’ai fini mon travail. En sortant de la porte pour aller au stationnement pour ma voiture, je suis tombé en fermant la porte. J’ai remarqué tout à coup que mon pied est tourné vers la côté droite, je ne pouvais pas bouger. J’ai appelé les ambulanciers. Dix minutes après ma chute, il y avait deux femmes dans le parking qui m’ont aidé pour aller dans ma voiture en arrière car il pleuvait fortement. Quarante minutes après la chute, les ambulanciers sont venus et m’ont amené à l’hôpital Verdun. J’ai eu deux fractures au niveau de la cheville, la situation a nécessité une chirurgie pour placer des plaques en mental. J’ai eu congé le 26 mai de l’hôpital Verdun.* »

La travailleuse est transportée aux urgences de l’hôpital de Verdun où elle est rencontrée aux urgences, investigations et une attelle plâtrée est réalisée. Elle rencontre par la suite le docteur Stéphanie Hinse, chirurgienne orthopédiste, qui procédera à une réduction ouverte et fixation interne du tibia et de la fibula droit, le 24 mai 2019. Chirurgie réalisée sans complication.

La travailleuse aura son congé de l’hôpital de Verdun, le 26 mai 2019.

La travailleuse revoit le docteur Hinse, le 5 juin 2019. Suivi post-opératoire standard pour une réduction ouverte et fixation interne (ROFI) du tibia et fibula droit. Elle prescrit une botte Aircast ainsi qu’un arrêt de travail. Elle compte revoir la travailleuse dans quatre semaines.

La travailleuse revoit le docteur Hinse, le 19 juin 2019. Il y a présence d’un écoulement au niveau de la plaie chirurgicale. Le docteur Hinse prescrit des antibiotiques, maintient la non mise en charge, l’arrêt de travail et prescrit de la physiothérapie.

La travailleuse revoit le docteur Hinse, le 26 juin 2019. Suivi pour ROFI du tibia et de la fibula droit et écoulement de plaie. Elle maintient l’arrêt de travail, la non mise en charge et compte revoir la travailleuse dans une semaine.

La travailleuse revoit le docteur Hinse, le 3 juillet 2019. Elle note un suivi pour le ROFI du tibia et de la fibula droit. Elle maintient les traitements en physiothérapie ainsi que l’arrêt de travail. Elle compte revoir la travailleuse dans 6 semaines.

La travailleuse revoit le docteur Hinse, le 27 novembre 2019. Elle considère un retour au travail progressif dès le 2 décembre 2019. Elle réfère la travailleuse à son médecin de famille et compte la revoir dans trois mois.

La travailleuse rencontre le docteur Hanna Nicolas, le 13 janvier 2020. Elle maintient le diagnostic de fracture du fibula et du tibia droit. Elle juge la condition clinique améliorée. Elle maintient le retour au travail progressif. Elle maintient les traitements en physiothérapie et ergothérapie.

La travailleuse revoit le docteur Hinse, le 26 février 2020. Elle juge la condition clinique améliorée. Elle suggère de maintenir le travail selon la conduite du médecin de famille. Elle maintient les traitements en physiothérapie et ergothérapie. Elle ne compte pas revoir la travailleuse.

La travailleuse revoit le docteur Nicolas, le 3 mars 2020. Elle maintient le diagnostic de fracture de la fibula et du tibia droit. Elle maintient le retour au travail progressif. Elle maintient les traitements de physiothérapie et ergothérapie à raison de trois fois semaine.

La travailleuse revoit le docteur Nicolas, le 31 mars 2020. Elle maintient les traitements en physiothérapie et cesse les traitements en ergothérapie. Elle note que la patiente devait poursuivre son programme de retour au travail progressif mais qu’elle n’a pas de travail pour l’instant étant donné la crise sanitaire à COVID-19.

La travailleuse revoit le docteur Nicolas, le 19 juin 2020. Elle maintient le diagnostic de suivi pour fracture de la fibula et du tibia droit. Elle maintient les traitements de physiothérapie et ajoute les traitements en ergothérapie à raison de trois fois par semaine. Elle suggère de reprendre le travail progressif dès que possible. Elle note que la travailleuse peut reprendre la conduite automobile.

La travailleuse revoit le docteur Nicolas, le 10 septembre 2020. Elle maintient le diagnostic de fracture de la fibula et du tibia droit. Elle maintient les traitements en physiothérapie et ergothérapie. Elle prescrit un arrêt de travail jusqu’au 6 octobre 2020.

La travailleuse revoit le docteur Nicolas, le 5 octobre 2020. Elle maintient le diagnostic de fracture de la fibula et du tibia droit. Elle maintient les traitements en physiothérapie et ergothérapie. Elle prolonge l’arrêt de travail de quatre semaines.

La travailleuse revoit le docteur Nicolas, le 3 novembre 2020. Elle maintient le diagnostic de fracture de la fibula et du tibia droit. Elle maintient les traitements en physiothérapie et ergothérapie. Elle prolonge l’arrêt de travail de quatre semaines.

La travailleuse revoit le docteur Nicolas, le 7 décembre 2020. Elle maintient le diagnostic de fracture de la fibula et du tibia droit et ajoute le diagnostic d’épuisement professionnel. Elle maintient les traitements en physiothérapie et ergothérapie et ajoute une référence en psychologie. Elle note que la travailleuse est sur une liste d’attente pour une chirurgie à sa fibula et tibia droit. Le docteur Nicolas prolonge l’arrêt de travail.

La travailleuse revoit le docteur Nicolas, le 11 janvier 2021. Elle maintient les diagnostics de fracture de la fibula et du tibia droit et d’épuisement professionnel. Elle maintient les traitements en physiothérapie et ergothérapie. Elle note que la travailleuse est sur une liste d’attente pour une chirurgie à sa fibula et tibia droit. Le docteur Nicolas prolonge l’arrêt de travail.

La travailleuse revoit le docteur Nicolas, le 8 février 2021. Elle maintient le diagnostic de fracture de la fibula et du tibia droit en amélioration et note que l’épuisement professionnel est toujours en détérioration. Elle maintient les traitements en physiothérapie et ergothérapie. La travailleuse est toujours en attente pour sa 2e chirurgie. Elle maintient l’arrêt de travail est compte revoir la travailleuse dans quatre semaines.

La travailleuse revoit le docteur Nicolas, le 8 mars 2021. Elle maintient le diagnostic de fracture de la fibula et du tibia droit et épuisement professionnel. Elle maintient les traitements en physiothérapie et ergothérapie à raison de deux fois par semaine. Elle note que le suivi est prévu avec le psychologue docteur Guy Vannier. Le docteur Nicolas rapporte que la patiente serait apte à retourner à un travail progressivement sur le point de son aspect physique mais son épuisement professionnel la limite à son retour au travail. Elle maintient l’arrêt de travail pour une période de quatre semaines.

La travailleuse revoit le docteur Nicolas, le 23 mars 2021. La travailleuse rapporte qu’à la suite d’un traitement en ergothérapie, le 8 mars 2021, elle aurait ajouté du poids lors d’un exercice de renforcement au membre supérieur droit et elle aurait eu un mouvement de torsion au niveau de son coude droit. Le docteur Nicolas ajoute un nouveau diagnostic d’épicondylite du coude droit. Elle maintient les diagnostics de fracture de la fibula et du tibia droit et épuisement professionnel. Elle maintient les traitements en physiothérapie et ergothérapie. Le docteur Nicolas fait mention que la travailleuse est en attente pour une chirurgie afin de retirer les plaques et vis au niveau de sa cheville droite. Elle maintient l’arrêt de travail.

La travailleuse revoit le docteur Nicolas, le 9 avril 2021. Elle maintient les diagnostics de fracture de la fibula et du tibia droit, épicondylite externe du coude droit et épuisement professionnel. Elle prolonge l’arrêt de travail. Elle maintient les traitements en physiothérapie et ergothérapie en raison de deux fois par semaine. Elle ajoute des traitements en acupuncture. Elle prescrit une échographie du coude droit.

La travailleuse revoit le docteur Nicolas, le 7 mai 2021. Elle maintient les diagnostics de fracture de la fibula et du tibia droit, épicondylite externe du coude droit et épuisement professionnel. Elle maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et acupuncture. Elle note que la douleur se propage à l’épaule droite. Elle demande une échographie de l’épaule droite. Elle prescrit des orthèses plantaires. Elle maintient l’arrêt de travail. Elle maintient les traitements avec le psychologue.

La travailleuse revoit le docteur Nicolas, le 11 juin 2021. Elle maintient le diagnostic d’épicondylite externe du coude droit, fracture de la fibula et du tibia droit et épuisement professionnel. Elle note que la condition clinique est améliorée autant au point de vue de l’épicondylite, de la cheville et de l’épuisement professionnel. Elle prolonge l’arrêt de travail. Elle maintient les traitements en physiothérapie et ergothérapie. Par ailleurs, la travailleuse est toujours en attente des échographies pour son coude et de son épaule droite.

La travailleuse revoit le docteur Nicolas, le 12 juillet 2021. Elle maintient les diagnostics d’épicondylite externe du coude droit, fracture de la fibula et du tibia droit et épuisement professionnel. Elle juge la condition clinique stable. Elle maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et acupuncture. Elle demande l’opinion du BEM car elle rapporte avoir rien à offrir en médecine de première ligne dans un cas complexe de chronicité. Elle prolonge l’arrêt de travail.

La travailleuse revoit le docteur Nicolas, le 23 septembre 2021. Rien à changer sur la prise en charge et la conduite à tenir.

La travailleuse revoit le docteur Nicolas, le 14 octobre 2021. Elle mentionne que l’état de la travailleuse est chronicisé. Elle represcrit des souliers orthopédiques et des orthèses plantaires. La travailleuse est toujours en attente pour sa 2e chirurgie de retrait du matériel d’ostéosynthèse à la cheville droite.

Le docteur Hinse procédera à l’exérèse de matériel d’ostéosynthèse au niveau de la cheville droite, le 29 octobre 2021. La chirurgie est réalisée au centre Dix30 et s’est déroulée sans complication.

La travailleuse revoit le docteur Hinse, le 3 novembre 2021. Elle maintient les traitements en physiothérapie et ergothérapie et maintient l’arrêt de travail.

Une radiographie de la cheville droite est réalisée le 3 novembre 2021. Elle est interprétée par le docteur Nicolas Mercky, radiologiste. Celui-ci observe :

« *Status post-exérèse chirurgicale du matériel d'ostéosynthèse au niveau des malléoles interne et externe pour une fracture bimalléolaire. Les traits de fracture ne sont plus visibles. L'alignement est adéquat. Pas de signe de complication.* »

La travailleuse revoit le docteur Nicolas, le 13 novembre 2021. Elle mentionne que la travailleuse ne peut plus conduire depuis sa chirurgie d’exérèse de matériel. Elle maintient l’arrêt de travail. Elle demande la reprise des traitements en physiothérapie et ergothérapie.

La travailleuse revoit le docteur Hinse, le 8 décembre 2021. Elle juge la condition clinique stable. Elle maintient les traitements en physiothérapie et ergothérapie.

La travailleuse revoit le docteur Nicolas, le 20 janvier 2022. Elle maintient les diagnostics d’épicondylite externe du coude droit et fracture de la fibula et du tibia droit. Elle mentionne une séquelle au niveau de l’alignement du membre inférieur droit où elle juge un malalignement au niveau du genou post-fracture de la fibula. Elle maintient les traitements en physiothérapie et ergothérapie. Elle maintient l’arrêt de travail. Elle demande une consultation avec un orthésiste.

La travailleuse revoit le Docteur Hinse, le 18 février 2022. Elle juge la condition clinique stable. Elle maintient les traitements en physiothérapie et ergothérapie. Elle ne compte plus revoir la travailleuse et la réfère à son médecin de famille, le docteur Nicolas.

La travailleuse réalise un bilan axial, le 18 février 2022. Il est interprété par le docteur Nicolas Mercky, radiologiste. Celui-ci observe :

« *Anciennes fractures consolidées des malléoles interne et externe droites. Traits de fracture non visibles. Alignement adéquat. Pas d'autre anomalie ostéo-articulaire au niveau des membres inférieurs droit et gauche.* »

La travailleuse revoit le docteur Nicolas, le 22 février 2022. Elle maintient les diagnostics d’épicondylite externe du coude droit et fracture de la fibula et du tibia droit. Elle maintient les séquelles au niveau de l’alignement du genou droit post-fracture de la fibula. Elle suggère une genougraphie et prolonge l’arrêt de travail.

8. Questionnaire subjectif et état actuel

**Appréciation subjective de l’évolution :** La travailleuse nous informe qu’elle perçoit une amélioration sur le plan de la douleur et de sa fonction au niveau de sa cheville droite, depuis l’exérèse de matériel. Pour ce qui est de son coude droit, elle note une nette amélioration maie elle rapporte un manque de force et d’endurance musculaire à son membre supérieur droit. Elle envisage un retour au travail avec des tâches plus cléricales.

**Plaintes et problèmes :** Au niveau de sa cheville droite, elle se plaint d’une douleur sous forme de battements qui apparaît de façon intermittente au courant de la journée. À l’effort elle rapporte une exacerbation de la douleur au niveau de sa cheville droite plus précisément si elle marche plus de 30 minutes ou si elle reste debout en position statique plus de 45 minutes. Elle perçoit de l’œdème en fin de journée au niveau de sa cheville droite. Elle nous rapporte une inquiétude par rapport à l’alignement de son membre inférieur droit qu’elle perçoit malaligné si elle regarde la position de sa hanche par rapport à son genou et sa cheville droit. Elle nous rapporte n’avoir jamais remarqué ce mal alignement avant son accident. Elle se plaint être limitée dans son amplitude articulaire au niveau de sa cheville droite et qu’elle ressent un blocage mécanique principalement en dorsiflexion.

Au niveau de son coude droit, elle se plaint d’une apparition assez précoce de la fatigue lorsqu’elle travaille sur un ordinateur. Elle nous rapporte avoir des douleurs antérieures à son épaule droite qui sont d’intensité maximale évaluée à 6 sur 10. Ces douleurs limitent l’amplitude articulaire au niveau de son épaule droite sans toutefois rapporter un blocage mécanique. Elle nous précise que ses douleurs se présentent de façon fluctuante au cours de la journée.

De façon générale, elle rapporte que ses douleurs autant au niveau de son coude droit, de son épaule droite et de sa cheville droite sont plus importantes le matin et elle observe une raideur articulaire autant au niveau de la cheville que du coude droit. Elle ne se plaint pas d’éveil nocturne. Elle rapporte des douleurs aux variations de pression barométrique au niveau de la cheville et du coude droit.

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

9. Examen Physique

Poids : 1.55m Taille : 72kg 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 nous pouvons remarquer une légère boiterie au niveau de son membre inférieur droit. Elle marche sans aide technique. En posture debout nous pouvons observer un léger valgus au niveau de son genou droit et une position du membre inférieur droit en rotation externe.

Pour ce qui est de son membre supérieur droit, on remarque aucun positionnement antalgique ou de précaution. On est en mesure d’observer des oscillations tout à fait symétriques des membres supérieurs lors de la démarche.

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

**Rachis Cervical :**

Palpation : pas de douleur au niveau apophyses épineuses et 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 | NF | NF |

**Épaules :**

Palpation : Pas de douleur aux grandes tubérosités et au niveau de la clavicule et de l’acromion

Inspection : pas d’atrophie du deltoïde ou du biceps ou triceps. Aucune cicatrice

Amplitude articulaire :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Droit | | Gauche | | Normale |
|  | Actif | Passif | Actif | Passif |  |
| Flexion | 180 | - | 180 | - | 180o |
| Abduction | 180 | - | 180 | - | 180o |
| Rotation interne | 40 | - | 40 | - | 40o |
| Rotation externe | 90 | - | 90 | - | 90o |
| Extension | 40 | - | 40 | - | 40o |
| Adduction | 20 | - | 20 | - | 20o |

Manœuvres spécialisées :

Coiffes

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

Biceps long :

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

Instabilité :

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

Labrum :

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

Acromio-claviculaires :

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

**Coudes :**

Palpation : Douleur à la palpation de l’épicondyle latérale droit. Aucune douleur à l’interligne articulaire, aucune douleur à l’épicondyle médiale.

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 aux coudes :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Extension résistée | Pos | Neg |
| Flexion résistée | Neg | Neg |
| Tinel n. radial | Pos | Neg |
| Tinel n. ulnaire | 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 | Préservée |
| 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 | NF |
| Gauche | NF |

**Manœuvres :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Finkelstein | Neg | Neg |
| Tinel (n. médian) | Neg | Neg |
| Tinel (n. ulnaire) | Neg | Neg |
| Tinel (n. radial) | Neg | Neg |
| Phalen | NF | NF |
| Durkan | NF | NF |
| Froment | NF | NF |
| Ballottement | Neg | Neg |
| Watson test | Neg | Neg |

**Force préhension (kg) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Premier essai | 12 | 22 |
| Deuxième essai | 10 | 20 |

**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 : douleur au niveau du grand trochanter droit.

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 : Genou valgus droit avec rotation externe du membre inférieur droit

Amplitude articulaire :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Droit | | Gauche | | Normale |
|  | Actif | Passif | Actif | Passif |  |
| Flexion | 140 | - | 140 | - | 150o |
| Extension | 0 | - | 0 | - | 0o |
| Varus/Valgus | Valgus | | Normoaxé | | - |

Manœuvres ligamentaires :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| LCI 0o | Sec | Sec |
| LCI 20o | Sec | Sec |
| LCE 0o | Sec | Sec |
| LCE 20o | Sec | Sec |
| Lachman | Sec | Sec |
| Pivot | Neg | Neg |
| Tiroir antérieur | 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 | Pos | Neg |

**Pieds / Chevilles :**

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

Inspection : Œdème au niveau de la malléole externe droite. Arches plantaires plats souples.

Cicatrice : malléole interne de 9.0 cm x 0.5 cm hypertrophique

Cicatrice : malléole externe de 12.0 cm x 0.3 cm (dans les 8.5 cm en distal, cicatrice hypertrophique de 8.5 cm x 1.0 cm)

Amplitude articulaire :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Droit | | Gauche | | Normale |
|  | Actif | Passif | Actif | Passif |  |
| Dorsiflexion cheville | 0 | 10 | 20 | - | 20o |
| Plantiflexion cheville | 30 | 40 | 60 | - | 40o |
| Mvts sous-astragaliens | Présent | Présent | Présent | Présent | - |
| Mvts mid-tarsien | Présent | Présent | Présent | Présent | - |

Manœuvres ligamentaires :

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

Manœuvres spécifiques tendons :

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

Alignement membres inférieurs :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Rotation interne hanche (o) | 40 | 40 |
| Rotation externe hanche (o) | 50 | 50 |
| Angle Cuisse – Pied (o) | 10 | Neutre |

**Atrophie musculaire :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Circonférence bras (cm) | 27.0 | 26.0 |
| Cironférence avant-bras (cm) | 24.0 | 24.0 |
| Circonférence cuisse (cm) | NF | NF |
| 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 (flexion plantaire 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 | 2/2 | 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’une femme de 48 ans, sans antécédent connu au membre inférieur droit et supérieur droits avant l’événement d’origine du 23 mai 2019. Elle s’est infligé une fracture de la malléole interne ainsi que de la malléole externe de la cheville droite et secondairement une épicondylite latérale du coude droit lors d’un traitement en ergothérapie. Les fractures au niveau du tibia et de la fibula droit ont fait l’objet d’un traitement chirurgical urgent avec réduction ouverte et fixation interne bimalléolaire de la cheville droite par le docteur Stéphanie Hinse, chirurgienne orthopédiste. Cette chirurgie s’est compliquée d’une infection qui a été résolue par une antibiothérapie. Par la suite, une réadaptation ciblée a été débutée.

L’évolution de la travailleuse a été ralentie par la crise sanitaire à COVID-19. Son entreprise ayant fermée durant une bonne portion de l’année 2020. Dans son évolution, elle a développé un épuisement professionnel. Par la suite, dans le décours de sa réadaptation, lors d’un traitement en ergothérapie, elle a été victime d’un mécanisme de torsion au niveau de son coude droit et elle a développé une épicondylite latérale au coude droit. Elle a pu bénéficier par la suite d’une réadaptation en physiothérapie et ergothérapie.

En octobre 2021, sa chirurgienne orthopédiste, le docteur Hinse, procède à l’exérèse des plaques et vis au niveau de sa cheville droite. La travailleuse est redirigée sur un protocole de réadaptation en physiothérapie et ergothérapie. Son médecin de famille le docteur Hanna Nicolas, rapporte une chronicité des douleurs au niveau de sa cheville droite et de son coude droit et qu’elle n’a plus rien à offrir en médecine de première ligne.

Sur le plan subjectif, la travailleuse se plaint de douleurs résiduelles et une gêne fonctionnelle au niveau de sa cheville droite et un manque de force et d’endurance musculaire au niveau de son membre supérieur droit. Finalement elle a remarqué un malalignement au niveau de son membre inférieur droit qui l’inquiète énormément. Elle a réalisé un bilan axial qui démontrent aucune anomalie et une consolidation de ses fractures à la lecture du radiologiste.

L’examen objectif témoigne d’une diminution de la mobilité au niveau de la cheville droite et une douleur exacerbée lors des gestes en fin de course d’amplitudes articulaires. On remarque un léger valgus du genou et une rotation externe au niveau du membre inférieur droit principalement expliqué par une rotation au niveau du tibia avec l’augmentation de l’angle cuisse-pied objectivé à l’examen physique. Pour ce qui est du coude droit, nous pouvons objectiver une amplitude articulaire normale avec cependant de la douleur lors de la mise sous tension des tendons extenseurs communs du poignet. Finalement, l’examen de l’épaule reste dans les limites de la normale.

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

Nous avons eu accès au bilan axial de la travailleuse, lorsque nous regardons le cliché antéropostérieur nous remarquons un alignement normal où l’axe mécanique passe en plein centre du tibia au niveau du genou. Lorsque nous regardons le cliché de profil, afin d’avoir le genou en position latéral et la rotule en antérieur du profil, nous pouvons objectiver une certaine rotation interne de la cheville où nous pouvons objectiver une vue oblique de cette dernière. Cette trouvaille radiologique démontre effectivement une rotation externe au niveau du membre inférieur droit. Cependant, nous considérons que cette trouvaille est une condition personnelle préexistante étant donné que les fractures n’étaient pas au niveau diaphysaire du tibia et donc que des fractures des malléoles interne et externe ne peuvent créer de malrotation.

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

**Diagnostic :**

Fracture tibial droit (fracture du péroné), épicondylite externe coude droit (art. 31).

**Date de consolidation :**

Le médecin qui a charge la travailleuse a rencontré cette dernière, le 22 février 2022, elle ne s’est pas prononcée sur ce point au sujet du diagnostic retenu par la CNESST.

Considérant le diagnostic retenu par la CNESST et faisant l’objet de la présente demande, soit une fracture tibial droit (fracture du péroné) et épicondylite externe coude droit;

Considérant l’examen objectif des membres inférieurs d’aujourd’hui, mettant en évidence une amplitude articulaire diminuée au niveau de la cheville droite et la présence d’œdème au niveau de la malléole externe. L’examen du membre supérieur droit démontre une diminution de la force de préhension objectivée au dynamomètre de Jamar et une douleur à la mise en tension de tendons extenseurs commun du poignet;

Considérant que la travailleuse a été traitée de façon appropriée et adéquate, pour sa condition de fracture de la cheville droite avec réduction ouverte et fixation interne, protocole de réadaptation et exérèse du matériel d’ostéosynthèse. Que la condition au coude droit a été traitée de façon appropriée avec un protocole de réadaptation en physiothérapie et ergothérapie;

Considérant que la travailleuse a atteint un plateau thérapeutique pour ses pathologies à la cheville droite et au coude droit et que son médecin traitant rapporte une chronicité de sa condition;

Considérant que la chirurgienne orthopédiste qui a à charge la travailleuse à donner congé et n’a plus rien à offrir sur le plan orthopédique pour la cheville droite;

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

Pour toutes ses raisons évoquées, je consolide donc la lésion en date du 7 avril 2022.

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

Le médecin qui a charge la travailleuse a rencontré cette dernière, le 22 février 2022, elle ne s’est pas prononcée sur ce point au sujet du diagnostic retenu par la CNESST.

Considérant le diagnostic retenu par la CNESST et faisant l’objet de la présente demande, soit une fracture tibial droit (fracture du péroné) et épicondylite externe coude droit;

Considérant l’examen objectif des membres inférieurs d’aujourd’hui, mettant en évidence une amplitude articulaire diminuée au niveau de la cheville droite et la présence d’œdème au niveau de la malléole externe. L’examen du membre supérieur droit démontre une diminution de la force de préhension objectivée au dynamomètre de Jamar et une douleur à la mise en tension de tendons extenseurs commun du poignet;

Considérant que la travailleuse a été traitée de façon appropriée et adéquate, pour sa condition de fracture de la cheville droite avec réduction ouverte et fixation interne, protocole de réadaptation et exérèse du matériel d’ostéosynthèse. Que la condition au coude droit a été traitée de façon appropriée avec un protocole de réadaptation en physiothérapie et ergothérapie.;

Considérant que la travailleuse a atteint un plateau thérapeutique pour ses pathologies à la cheville droite et au coude droit et que son médecin traitant rapporte une chronicité de sa condition;

Considérant que la chirurgienne orthopédiste qui a à charge la travailleuse à donner congé et n’a plus rien à offrir sur le plan orthopédique pour la cheville droite;

À mon avis, il y a 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 7 avril 2022.

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

Pour les diagnostics de fracture du tibia et péroné droit ainsi que celui d’épicondylite externe du coude droit, le médecin qui a charge ne s’est pas prononcée 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 de fracture du tibia et péroné droit ainsi que celui d’épicondylite externe du coude droit, le médecin qui a charge ne s’est pas prononcée 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.

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

Pour son membre inférieur droit, la travailleuse doit éviter de marcher en terrain accidenté ou glissant. Elle doit en aucun temps travailler en position accroupie ou dans des environnements instables. Elle doit éviter de monter et descendre plusieurs escaliers à la fois dans la même journée. Elle doit éviter les positions statiques prolongées de plus de 45 minutes et les marches prolongées de plus de 30 minutes.

Pour son membre supérieur droit, la travailleuse doit éviter de tirer, pousser et soutenir des charges de plus de 7.5 kg avec son membre supérieur droit. La travailleuse doit éviter les mouvements répétitifs avec son coude et son poignet droit surtout en extension. En aucun temps elle doit subir des vibrations ou des contrecoups directs ou indirects à son membre supérieur droit.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | SÉQUELLES ACTUELLES | | |
|  | Code de séquelle | Description | % |
|  |  | **Membre supérieur droit** |  |
|  | 102 383 | Atteinte tissus mous du membre supérieur droit / perte de la force de préhension de la main droite objectivée au dynamomètre de Jamar | 2 |
|  |  | **Membre inférieur droit** |  |
|  | 103 266 | Fracture bimalléolaire avec réduction chirurgicale et séquelles fonctionnelles | 2 |
|  | 107 280 | Perte de 30o de l’articulation tibio-tarsienne | 5 |
|  | 224 402 | Cicatrices vicieuses malléoles interne et externe : 13 cm2 | 13 |
| 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