**A. RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAVAILLEUR**

Nom :

Prénom :

No d’assurance maladie :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

No de dossier du travailleur :

Date de l’évènement d’origine :

Date de la récidive, rechute ou aggravation : Nil

**B. RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN**

Nom : CENTOMO

Prénom : Hugo

No permis : 1-18154

Adresse : 5777 Boul. Gouin Ouest, Suite 370, Montréal, Qc, H4J 1E3

Téléphone : 514-331-1400

Courriel : [adjointe.orthopedie@gmail.com](mailto:adjointe.orthopedie@gmail.com)

**DATE de l’expertise :**

**C. RAPPORT**

1. Mandat de l’évaluation

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

2) Date de consolidation.

3) Nature, nécessité́, suffisance, durée des soins ou traitements administrés ou prescrits.

4) a) Existence de l’atteinte permanente à l’intégrité́ physique ou psychique.

b) Pourcentage de l’atteinte permanente à l’intégrité́ physique ou psychique.

5) a) Existence de limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle.

b) Évaluation des limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle.

2. Diagnostics acceptés par la CNESST

Tendinite épaule gauche, déchirure supra-épineux gauche, bursite sous-acromiale épaule gauche, élongation muscle pectoral gauche et entorse cervicale.

3. Modalité de l’entrevue

L’évaluation suivante s’est tenue dans les locaux de la clinique d’orthopédie du Complexe Médical Nord-de-Île, 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 réalisé l’entrevue à l’aide d’une interprète, soit l’amie du travailleur. Nous avons procédé́ au questionnaire subjectif ainsi qu’à un examen physique détaillé́ en relation avec les lésions à évaluer, nous nous sommes assurés à la fin de l’entrevue d’avoir couvert l’ensemble de la problématique.

Nous avons revu le dossier CNESST de même que le dossier médical. Nous avons pu consulter l’ensemble des rapports et des bilans radiologiques réalisés dans le cadre de l’évaluation de la lésion.

L’entrevue s’est effectuée cordialement, le travailleur participait pleinement à son entrevue. L’entrevue s’est déroulée entre.

À la fin de l’entrevue, nous avons demandé́ à s’il avait d’autres commentaires ou informations à nous divulguer. Ce dernier nous a répondu par la négative.

4. Identification

Âge : Il s’agit d’un homme de 46 ans.

Dominance : Il est droitier.

Emploi : Il travaillait comme installateur de comptoirs à l’emploi de King Granite & Marble Corp. depuis septembre 2019.

Il travaillait à temps complet soit 40 heures par semaine.

Il est en arrêt de travail depuis l’évènement d’origine.

5. Antécédents

Médicaux : Diabète de type 2, décollement de la rétine traumatique œil gauche x 15 ans.

Chirurgicaux : chirurgie de cataracte.

Au site et au pourtour de la lésion : Aucun

Accidentels :

CNESST : Aucun

SAAQ : Aucun

Autres : Aucun

Allergie : Aucune

Tabac : POSITIF Cannabis : Négatif Alcool : Négatif

6. Médication actuelle et mesures thérapeutiques en cours

Clinique de la douleur, physiothérapie, acupuncture

Infiltration cortisonée au niveau du rachis cervicale avec peu de soulagement.

Voltaren emulgel, Naproxen, Nabilone, Lyrica, Flexeril, Tylenol, Neurotin, Pantoprazole, Cymbalta.

7. Historique de faits et évolution

La fiche de réclamation du travailleur décrit l’événement suivant survenu le 22 octobre 2022.

« *Chez les clients avec mon collègue au moment de descendre du camion avec le comptoir de quartz d’environ 350 lbs, le comptoir a basculer vers la gauche, j’ai senti un coup étirer mon bras vers l’arrière, j’ai senti un grand étirement avec une grosse douleur.* »

Le travailleur consulte le docteur Nicolas Bussières, le 23 octobre 2020. Il diagnostique une élongation musculaire thorax gauche, pectoraux et tendinite épaule gauche traumatique. Il prescrit un arrêt de travail, de la physiothérapie et des anti-inflammatoires.

Le travailleur rencontre le docteur Marc Boudreau, le 5 novembre 2020. Il diagnostique une tendinite versus déchirure musculaire au niveau des trapèzes, grand dorsal et grand pectoral gauche. Il prescrit de la physiothérapie, un arrêt de travail et des anti-inflammatoires.

Le travailleur rencontre le docteur Ali Lalavi, le 19 novembre 2020. Il diagnostique une tendinite versus déchirure musculaire au niveau du trapèze, du grand dorsal et du grand pectoral gauche. Il ajoute le diagnostic d’entorse cervicale avec radiculopathie bras gauche. Il note une condition améliorée. Il maintient les traitements en physiothérapie et l’arrêt de travail. Il prescrit une résonance magnétique de l’épaule, du trapèze, du grand pectoral gauche et du rachis cervical.

Le travailleur rencontre le docteur Marie-Claude Brodeur, le 9 décembre 2020. Elle diagnostique une élongation musculaire du grand pectoral gauche, une tendinite à l’épaule gauche et une possible atteinte du plexus brachial. Elle juge la condition clinique stable. Elle maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie ainsi que l’arrêt de travail.

Le travailleur obtient des résonances magnétiques du rachis cervical, de l’épaule gauche et du trapèze et du grand pectoral gauche, le 29 décembre 2020. Elles sont interprétées par le docteur Lionel Buré, radiologiste. Ce dernier constate :

« *IRM cervicale*

*…*

*Conclusion :*

*Changement dégénératif multi-étagés tel que décrit ci-haut avec une sténose foraminale sévère à gauche qui pourrait irriter la racine de C7 à corréler avec la clinique. »*

*IRM épaule gauche*

*…*

*Conclusion :*

*Déchirure partielle supra-substance du supra-épineux tel que décrit ci-haut.*

*Anomalie du labrum antérieur qui pourrait représenter une variante anatomique versus une trouvaille post-traumatique. S’il y avait des signes d’instabilité gléno-humérale, une arthro-IRM de l’épaule serait recommandé.*

*IRM du trapèze et du pectoral gauche*

*…*

*Conclusion :*

*IRM du trapèze du grand pectoral et des muscles de la grille costale gauche dans les limites de la normale.* »

Le travailleur rencontre le docteur François Bonneau, le 8 janvier 2021. Il juge la condition améliorée. Elle rapporte les résultats de l’IRM, qu’il considère normaux. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et ajoute des traitements en acupuncture. Il maintient l’arrêt de travail.

Le travailleur revoit le docteur Lalavi, le 26 janvier 2021. Il rapporte les résultats des résonances magnétiques. Il note une condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et acupuncture. Il prescrit une infiltration cortisonée de l’épaule gauche, une consultation en physiatres et en chirurgie orthopédique. Il maintient l’arrêt de travail.

Le travailleur obtient une échographie de l’épaule gauche, le 1er février 2021. Elle est réalisée et interprétée par le docteur Lionel Buré, radiologiste. Ce dernier constate :

« *…*

*Conclusion :*

*Bursopathie sous-acromio-deltoïdienne avec accrochage qui a fait l’objet d’une infiltration cortisonée à des fins thérapeutiques et diagnostiques. Petite déchirure de bas grade partielle du supra-épineux, difficile à bien caractériser à l’échographie. S’il avait aucune amélioration post-infiltration une évaluation de l’anomalie gléno-humérale précédemment mentionnée à la résonance magnétique pourrait être utile avec une arthro-IRM. À suivre.* »

Le travailleur rencontre le docteur Ghislain Rivet, physiatre, le 9 février 2021. Il diagnostique une entorse cervicale et brachialgie gauche. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et acupuncture. Il recommande un EMG afin d’investiguer davantage la radiculopathie et considérer une infiltration au niveau du rachis cervical. Il juge la condition clinique stable.

Le travailleur revoit le docteur Lalavi, le 23 février 2021. Il juge la condition clinique améliorée. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et acupuncture. Il ajoute une référence en neurologie. Il maintient l’arrêt de travail.

Le travailleur rencontre le docteur Dominik Cyr, le 22 mars 2021. Il diagnostique une déchirure partielle du supra-épineux gauche, une cervicalgie avec irradiation au membre supérieur gauche. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie ainsi que l’arrêt de travail.

Le travailleur rencontre le docteur Romulus Cata, le 21 avril 2021. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et l’arrêt de travail.

Le travailleur revoit le docteur Cata, le 5 mai 2021. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et acupuncture. Il réfère le travailleur en chirurgie orthopédique pour la lésion à l’épaule gauche.

Le travailleur obtient une 2e infiltration cortisonée à l’épaule gauche, le 10 mai 2021. Elle est réalisée par le docteur Thierry Sabourin, radiologiste. Procédure réalisée au niveau de la bourse sous-acromio-deltoïdienne gauche. Infiltration bien tolérer sans complication immédiate.

Le travailleur rencontre le docteur François Grand’Maison, neurologue, le 12 mai 2021. Il procède à un EMG du membre supérieur gauche. Il note que l’EMG est normale sans radiculopathie. Au rapport nous constatons : « *Pas d’évidence de radiculopathie cervicale ou de plexopathie brachiale gauche. Syndrome du canal carpien bilatéral, modéré à gauche et léger à droite, ce qui dans le contexte clinique confirme le diagnostic de syndrome du canal carpien. Nous avons pris la liberté de lui prescrire une orthèse d’extension du poignet gauche qu’il portera la nuit. Éventuellement, une décompression chirurgicale pourrait s’avérer nécessaire.* »

Le travailleur rencontre le docteur Laurent Vanier, le 26 mai 2021. Il diagnostique une tendinite sévère de l’épaule gauche. Il maintient les traitements en physiothérapie et ergothérapie. Il juge la condition clinique légèrement améliorée. Il ajuste l’analgésie et prolonge l’arrêt de travail.

Le travailleur rencontre le docteur Andréanne Marmen, chirurgienne orthopédiste, le 9 juin 2021. Elle diagnostique une déchirure partielle du supra-épineux, une bursite sous-acromio-deltoïdienne de l’épaule gauche ainsi qu’une symptomatologie cervicale prédominante. Elle maintient les traitements en physiothérapie et ergothérapie. Elle ne suggère pas de chirurgie et ne compte pas revoir le travailleur.

Le travailleur revoit le docteur Cata, le 25 juin 2021. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie et ergothérapie. Il suggère une tentative de retour au travail en assignation temporaire. Il note : « *possiblement que le patient ne sera plus en mesure d’accomplir le travail dans la construction comme avant.* »

Le travailleur rencontre le docteur Brunet, le 16 juillet 2021. Il juge la condition clinique stable. Il prescrit une arthro-IRM de l’épaule gauche, maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie ainsi que l’arrêt de travail. Il demande de revoir les consultants en chirurgie orthopédique et physiatrie.

Le travailleur obtient une résonance magnétique de contrôle de l’épaule gauche, le 26 juillet 2021. Elle est interprétée par le docteur Neda Tehranipour, radiologiste. Cette dernière constate :

«*…*

*Conclusion :*

*Très légers changements dégénératifs débutant acromioclaviculaires. Le reste est sans particularité.* »

Le travailleur revoit le docteur Marmen, le 3 août 2021. Elle juge la condition clinique stable. Elle maintient les traitements en physiothérapie et réfère le travailleur à son collègue, le docteur Nguyen, chirurgien orthopédiste surspécialisé en membres supérieurs.

Le travailleur revoit le docteur Brodeur, le 16 août 2021. Elle juge la condition clinique stable. Elle maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie, acupuncture ainsi que l’arrêt de travail.

Le travailleur obtient une résonance magnétique de contrôle de la colonne cervicale, le 2 septembre 2021. Elle est interprétée par le docteur Lionel Buré, radiologiste. Ce dernier constate :

« *…*

*Conclusion :*

*Aspect très similaire de changements dégénératifs ci-haut avec petite herniation nouvellement apparue à C5-C6 à droite. Le reste de l’étude est superposable.* »

Le travailleur obtient une 3e infiltration sous-acromio-deltoïdienne de l’épaule gauche, le 2 septembre 2021. Elle est réalisée par le docteur Thierry Sabourin, radiologiste. Procédure bien tolérée sans complication immédiate.

Le travailleur revoit le docteur Brodeur, le 16 septembre 2021. Aucun changement sur la prise en charge et la conduite à tenir.

Le travailleur revoit le docteur Brodeur, le 11 octobre 2021. Elle note une progression de l’atteinte clinique de C7 gauche avec paresthésies légères et parésies associées. Elle réfère le travailleur en neurochirurgie. Elle maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et acupuncture. Elle juge l’état clinique détérioré et maintient l’arrêt de travail.

Le travailleur rencontre le docteur Jimmy Hai Triêu Nguyen, chirurgien orthopédiste surspécialisé en membre supérieur, le 29 novembre 2021. Il note de multiples sources de douleurs, une plexopathie brachiale gauche probable, une cervicobrachialgie gauche sur sténose sévère C7 gauche, une tendinopathie du supra-épineux gauche et une tendinite du long chef du biceps. Il ne suggère pas de chirurgie à l’épaule gauche. Il suggère plutôt une référence en clinique de la douleur ainsi que des médicaments à action neurologique tels que Lyrica et Neurontin.

Le travailleur revoit le docteur Brodeur, le 7 décembre 2021. Elle maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et acupuncture. Elle juge la condition clinique stable. Elle maintient l’arrêt de travail.

Le travailleur revoit le docteur Brodeur, le 5 janvier 2022. Elle juge la condition clinique améliorée. Elle maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie, acupuncture ainsi que l’arrêt de travail. Elle réfère le travailleur en clinique de la douleur.

Le travailleur revoit le docteur brodeur, le 1er février et 8 mars 2022. Aucun changement sur la prise en charge et la conduite à tenir.

Le travailleur obtient une 4e infiltration cortisonée au niveau de la bourse sous-acromio-deltoïdienne de l’épaule gauche et une première infiltration cortisonée au niveau de la gouttière bicipitale au pourtour de la longue portion du biceps, le 14 mars 2022. Procédure réalisée par le docteur Buré, radiologiste.

Le travailleur revoit le docteur Brodeur, le 3 mai 2022. Elle note que celui-ci est en attente d’une prise en charge en clinique de la douleur. Elle maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie, acupuncture ainsi que l’arrêt de travail.

Le travailleur obtient une 5e infiltration échoguidée au niveau de la bourse sous-acromio-deltoïdienne gauche et une 2e au niveau du tendon de la longue portion du biceps gauche, le 10 juin 2022. À l’échographie on note une condition radiologique inchangée. Procédures sont réalisées par le docteur Thierry Sabourin, radiologiste.

Le travailleur revoit le docteur Brodeur, le 28 juin, 27 juillet, 6 septembre, 4 octobre, 8 novembre et 27 novembre 2022. Aucun changement sur la prise en charge et de la conduite à tenir.

Le travailleur obtient une infiltration au niveau du rachis cervical, celle-ci consiste à un bloc de la branche médiale gauche de C5-C7. Procédure réalisée par le docteur Jonathan Yen. Procédure bien tolérée.

Le travailleur revoit le docteur Brodeur, le 17 janvier 2023. Elle note que le travailleur a obtenu une infiltration cervicale qui l’a aidée à 50%. Elle maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie et acupuncture. Elle juge la condition clinique stable. Elle prescrit une résonance magnétique de contrôle de la colonne cervicale.

Le travailleur obtient une radiographie de la colonne cervicale, le 26 janvier 2023. Elle est interprétée par le docteur Nicolas Zara, radiologiste. Ce dernier constate :

« *Alignement préservée. Pas de fracture ou lésion osseuse suspecte. Pas d’épaississement des tissus mous prévertébraux.*

*Légère uncodiscarthrose et arthrose facettaire étagée.*

*Je vous réfère par ailleurs au rapport à l’étude IRM du même jour.* »

Le travailleur obtient une résonance magnétique de la colonne cervicale, le 26 janvier 2023. Elle est interprétée par le docteur Nicolas Zara, radiologiste. Ce dernier constate :

«*…*

*C5-C6 :*

*Discarthrose légère à modérée avec complexe disco-ostéophytique circonférentiel débordant en biforaminale à prédominance droite. Petite hernie discale à base large surajoutée postérolatérale droite venant discrètement au contact du cordon médullaire et le déformant. Sténose spinale légère avec sac dural mesurant 9 mm. Arthrose facettaire surajoutée le tout entraînant des sténoses foraminales bilatérales, modérées à droite et légère à gauche.*

*C6-C7 :*

*Discarthrose légère à modérée avec complexe disco-ostéophytique circonférentiel auquel se greffe une hernie discale à base large postérolatérale gauche/foraminale gauche. Arthrose facettaire hypertrophique ligamentaire surajoutée, le tout entraînant une sténose foraminale gauche modérée à sévère. Pas de sténose spinale.*

*…* »

Le travailleur revoit le docteur Brodeur, le 14 mars 2023. Elle note : « *pas de chirurgie spinale recommandée* ». Elle maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie, acupuncture ainsi que l’arrêt de travail. Elle juge la condition clinique stable.

Le travailleur obtient une résonance magnétique de la région pectorale, plexus brachiale et trapèze supérieur gauche, le 27 mars 2023. Le radiologiste constate :

«*…*

*Opinion :*

*Il s’agit d’un examen dans les limites de la normale.* »

Le travailleur revoit le docteur Brodeur, le 25 avril 2023. Elle juge la condition clinique détériorée. Elle demande de revoir le consultant en neurochirurgie. Elle maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie, acupuncture ainsi que l’arrêt de travail.

Le travailleur revoit le docteur Brodeur, le 10 juin 2023. Aucun changement sur la prise en charge et de la conduite à tenir.

Le travailleur est convoqué en expertise médicale, le 7 juillet 2023. Celle-ci est réalisée par le docteur Serge Tohmé, chirurgien orthopédiste. Sur la lésion à l’épaule gauche, le docteur Tohmé suggère que le travailleur pourrait bénéficier d’une référence en orthopédie surspécialisée de l’épaule afin d’évaluer l’indication chirurgicale. Pour la lésion au niveau du rachis cervical, le docteur Tohmé suggère une consultation et évaluation en physiatre afin d’évaluer l’indication d’une infiltration cortisonée.

Le travailleur revoit le docteur Brodeur, le 29 juillet 2023. Elle juge la condition clinique stable. Elle maintient les traitements en physiothérapie, ergothérapie, acupuncture ainsi que l’arrêt de travail. Le docteur Brodeur produit un rapport complémentaire écrit où elle est en accord avec les recommandations du docteur Tohmé. Elle demande une consultation en orthopédie surspécialisée en épaule et rapporte que le patient est déjà suivi en clinique de la douleur concernant la lésion à la colonne cervicale.

Le travailleur revoit le docteur Brodeur, le 23 septembre 2023. Elle note que le travailleur est en attente pour une 3e opinion en orthopédie surspécialisée. Elle note un plateau thérapeutique atteint en ergothérapie et cesse ces traitements. Elle maintient les traitements en physiothérapie, acupuncture ainsi que l’arrêt de travail.

Le travailleur revoit le docteur Brodeur, le 19 novembre 2023. Elle suggère un suivi en psychologie avec des symptômes de dépression associés à la douleur chronique. Elle note une condition clinique stable. Elle maintient les traitements en physiothérapie, acupuncture ainsi que l’arrêt de travail.

Le travailleur revoit le docteur Brodeur le 21 janvier 2024. Elle suggère fortement une réorientation de carrière. Elle maintient les traitements en physiothérapie, acupuncture, psychologie ainsi que l’arrêt de travail.

Le docteur Brodeur produit un formulaire sur l’évolution des lésions, le 12 mars 2024. Elle juge que la lésion est toujours active qu’il y a une infiltration prévue en fin mars 2024 à la clinique de la douleur. Si cette infiltration est non efficace, elle suggère de consolider le travailleur avec séquelles. Elle note : « *cas complexes qui devrait être évaluée au BEM.* » Elle ne produira pas le rapport d’évaluation médicale (REM).

Le travailleur revoit le docteur Brodeur, le 18 mars 2024. Aucun changement sur la prise en charge et la conduite à tenir.

Le travailleur revoit le docteur Brodeur, le 24 mai 2024. Elle suggère une réorientation de carrière ainsi qu’un avis au BEM.

Le travailleur revoit le docteur Brodeur, le 14 juin 2024. Elle note : « *Réorientation de carrière fortement suggéré, avis au BEM, long plateau thérapeutique avec échec aux multiples traitements tentés à mon avis, il est temps de consolidé avec séquelles.* » Elle maintient les traitements en physiothérapie, acupuncture, psychologie ainsi que l’arrêt de travail.

8. Questionnaire subjectif et état actuel

**Appréciation subjective de l’évolution :** Le travailleur rapporte ne pas être en mesure de reprendre son travail prélésionnel. Il n’a pas pensé à une réorientation de carrière et il ne sait pas ce qui pourrait faire d’autre que son travail d’installateur de comptoirs. Il est frustré par la situation.

**Plaintes et problèmes :** Il se plaint principalement de douleurs et d’inflammation au niveau de son épaule gauche. Il décrit la douleur comme un élancement. Il rapporte une exacerbation de la douleur à l’épaule gauche avec les mouvements au-dessus de la tête. Il rapporte que les gestes de tirer des objets sont difficiles à réaliser et note une diminution de la force et de l’endurance musculaire au niveau de son membre supérieur gauche.

Au niveau de son rachis cervical, il note une douleur qui descend jusqu’à son épaule gauche, au niveau du grand pectoral ainsi qu’à l’omoplate gauche. Il note une douleur irradiante qui descend jusqu’au bras et au niveau des doigts D4 et D5 gauche. Il rapporte occasionnellement des engourdissements aux deux bras lorsque qu’il est en position assise prolongée. Il note une diminution de la dextérité fine au niveau de sa main gauche.

Il rapporte des éveils nocturnes secondaires à de la douleur à l’épaule gauche ainsi que des engourdissements au niveau de son membre supérieur gauche.

Il nie toute raideur matinale et tout symptôme sphinctérien.

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

9. Examen Physique

Poids : 90 kg Taille : 1.77 m Dominance : Droitier

**Observation générale et attitude :** Le travailleur s’est présenté à l’heure pour l’évaluation. À l’accueil il se lève difficilement et l’attitude générale présente un positionnement antalgique et de précaution en regard du membre supérieur gauche. On note une démarche ralentie. On observe des oscillations diminuées lors de la démarche au niveau du membre supérieur gauche et un maintien de rectitude au niveau du rachis cervical et dorsal. Tout au long de l’entrevue et de l’examen, on remarque une diminution de la fluidité des mouvements avec son membre supérieur gauche. En effet, le travailleur enlève difficilement son chandail pour l’examen physique.

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

**Rachis Cervical :**

Palpation : pas de douleur au niveau des apophyses épineuses. Douleur en para cervical gauche et au niveau du trapèze gauche.

Inspection : aucune atrophie, aucun œdème, lordose cervicale diminuée

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Patient (e) | Normale |
| Flexion | 20 | 40o |
| Extension | 10 | 30o |
| Flexion Latérale G. | 20 | 40o |
| Flexion Latérale D. | 20 | 40o |
| Rotation G. | 30 | 60o |
| Rotation D. | 30 | 60o |

Amplitude articulaire :

Manœuvres radiculaires :

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

**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.

On note un œdème au niveau de la scapula et principalement en médiale de celle-ci. On note aussi lors des mouvements du membre supérieur gauche une dyskinésie scapulaire.

Amplitude articulaire :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Droit | | Gauche | | Normale |
|  | Actif | Passif | Actif | Passif |  |
| Flexion | 180 | - | 90 | 130 | 180o |
| Abduction | 180 | - | 80 | 120 | 180o |
| Rotation interne | 40 | - | 10 | 40 | 40o |
| Rotation externe | 90 | - | 60 | 60 | 90o |
| Extension | 40 | - | 40 | - | 40o |
| Adduction | 20 | - | 20 | - | 20o |

Manœuvres spécialisées :

Coiffes

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

Biceps long :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Speed | Neg | POS |
| 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 | NF | NF |
| Crank test | NF | NF |

Acromio-claviculaires :

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

**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) | 31.5 | 31.0 |
| Cironférence avant-bras (cm) | 30.5 | 30.0 |

**Manœuvres :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Tinel (n. médian) | Neg | Neg |
| Tinel (n. ulnaire) | Neg | POS |
| Tinel (n. radial) | Neg | Neg |
| Froment | Neg | POS |

**Force préhension (kg) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Premier essai | 49.6 | 10.5 |
| Deuxième essai | 51.7 | 10.7 |

**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’un homme de 46 ans sans antécédents connus au membre supérieur gauche et au rachis cervical avant l’événement d’origine du **22 octobre 2020**. Le travailleur s’est infligé une tendinite à l’épaule gauche, une déchirure partielle du tendon supra-épineux de l’épaule gauche, une bursite sous-acromio-deltoïdienne de l’épaule gauche, une élongation du muscle pectoral gauche ainsi qu’une entorse cervicale. Ces lésions bénéficieront de multiples investigations par résonance magnétique avec modalité de contrôle. Ces dernières démontreront comme seule trouvaille cliniquement significative, une sténose foraminale sévère gauche au niveau de C6-C7 sur un processus dégénératif. Le travailleur rencontrera de multiples spécialistes qui sont tous en accord de ne pas suggérer de chirurgie autant au niveau cervical que de l’épaule gauche. Le travailleur bénéficiera de nombreux traitements en physiothérapie, ergothérapie et acupuncture. Il obtiendra plus de cinq infiltrations au niveau de l’épaule gauche au niveau de la bourse sous-acromio-deltoïdienne et 2 infiltrations au niveau de la gouttière bicipitale ainsi que des infiltrations au niveau cervicale. Ces infiltrations amélioreront légèrement et de façon transitoire sa condition clinique. Le travailleur est présentement suivi en clinique de la douleur avec une gestion multimodale pharmacologique de la douleur ainsi que par des infiltrations. Le travailleur est en arrêt de travail depuis l’événement d’origine. À noter que son médecin traitant, le docteur Brodeur, suggère lors de sa dernière consultation en juin 2024, de consolider le travailleur étant donné une longue période sans amélioration et un long plateau thérapeutique.

Sur le plan subjectif, le travailleur rapporte ne pas être en mesure de reprendre son travail comme installateur de comptoir. Il n’a pas encore pensé à une réorientation de carrière et est très frustré par la situation. Il rapporte des douleurs au niveau de l’épaule gauche et du rachis cervicale qui irradient dans tout le membre supérieur gauche associées à des engourdissements au niveau des doigts D4 et D5 gauche. Il rapporte des difficultés avec tous les mouvements au-dessus de la tête et avec les gestes de tirer avec son membre supérieur gauche. Il rapporte des éveils nocturnes secondaires à la douleur et à des engourdissements à la main gauche. Il nie tout symptôme sphinctérien.

Sur le plan objectif, on note un travailleur appréhensif avec surprotection au niveau du membre supérieur gauche. On note une ankylose résiduelle au niveau de l’épaule gauche avec une irritabilité au niveau des tendons de la coiffe des rotateurs lors des manœuvres de mise sous tension. On remarque une diminution de l’amplitude articulaire au niveau du rachis cervical sans toutefois objectivée de symptômes de radiculopathie et spécifiquement au niveau de C7 gauche.

L’examen du coude gauche démontre une irritabilité du nerf ulnaire gauche au niveau de la gouttière cubitale. La force du nerf ulnaire est normale.

Enfin nous n’avons pas relevé de signe objectif d’atteinte sensitivomotrice d’origine centrale.

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

**Diagnostic :**

Tendinite épaule gauche, déchirure du supra-épineux épaule gauche, bursite sous-acromiale épaule gauche, élongation musculaire pectoral gauche et entorse cervicale.

**Date de consolidation :**

Le médecin qui a charge le travailleur a rencontré ce dernier le 14 juin 2024, ne s’est pas prononcé sur ce point, a maintenu l’arrêt de travail mais suggère de consolidé le travailleur à la suite d’un long plateau thérapeutique.

Considérant le diagnostic retenu par la CNESST et faisant l’objet de la présente demande soit une tendinite à l’épaule gauche, une déchirure du supra-épineux de l’épaule gauche, une bursite sous-acromiale de l’épaule gauche, une élongation musculaire du pectoral gauche et une entorse cervicale;

Considérant que le travailleur a eu de multiples investigations radiologiques avec contrôle démontrant une stabilité dans ses différentes lésions et considérant que la seule trouvaille cliniquement significative et une sténose foraminale sévère gauche au niveau de C6-C7;

Considérant l’examen physique d’aujourd’hui démontre une ankylose résiduelle au niveau de l’épaule gauche, une irritabilité au niveau des tendons de la coiffe des rotateurs ainsi qu’une ankylose résiduelle au niveau du rachis cervical sans toutefois démontrer aucun signe de radiculopathie et spécifiquement au niveau de C6-C7 gauche.

Considérant que le travailleur a reçu des traitements adéquats en physiothérapie, ergothérapie, acupuncture et infiltrations multiples au niveau de l’épaule gauche et du rachis cervical avec une atteinte de plateau thérapeutique sur une longue période;

Considérant que le travailleur a bénéficié de multiples consultations en chirurgie orthopédique et neurochirurgie où l’on ne recommande pas de sanction chirurgicale autant au niveau du rachis cervical que de l’épaule gauche;

Je suis d’avis que le travailleur a développé des douleurs chronicisées en lien avec de la kinésiophobie, qu’il est déjà pris en charge à la clinique de la douleur et que je ne crois pas que quelconque autre modalité puisse améliorer sa situation clinique, je consolide donc le travailleur en date de la présente expertise, soit le 23 juillet 2024.

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

Le médecin qui a charge le travailleur a rencontré ce dernier le 14 juin 2024, ne s’est pas prononcé sur ce point, a maintenu l’arrêt de travail mais suggère de consolidé le travailleur à la suite d’un long plateau thérapeutique.

Considérant le diagnostic retenu par la CNESST et faisant l’objet de la présente demande soit une tendinite à l’épaule gauche, une déchirure du supra-épineux de l’épaule gauche, une bursite sous-acromiale de l’épaule gauche, une élongation musculaire du pectoral gauche et une entorse cervicale;

Considérant que le travailleur a eu de multiples investigations radiologiques avec contrôle démontrant une stabilité dans ses différentes lésions et considérant que la seule trouvaille cliniquement significative et une sténose foraminale sévère gauche au niveau de C6-C7;

Considérant l’examen physique d’aujourd’hui démontre une ankylose résiduelle au niveau de l’épaule gauche, une irritabilité au niveau des tendons de la coiffe des rotateurs ainsi qu’une ankylose résiduelle au niveau du rachis cervical sans toutefois démontrer aucun signe de radiculopathie et spécifiquement au niveau de C6-C7 gauche.

Considérant que le travailleur a reçu des traitements adéquats en physiothérapie, ergothérapie, acupuncture et infiltrations multiples au niveau de l’épaule gauche et du rachis cervical avec une atteinte de plateau thérapeutique sur une longue période;

Considérant que le travailleur a bénéficié de multiples consultations en chirurgie orthopédique et neurochirurgie où l’on ne recommande pas de sanction chirurgicale autant au niveau du rachis cervical que de l’épaule gauche;

Je suis d’avis que le travailleur a développé des douleurs chronicisées en lien avec de la kinésiophobie, qu’il est déjà pris en charge à la clinique de la douleur et que je ne crois pas que quelconque autre modalité puisse améliorer sa situation clinique;

Étant donné la consolidation des diagnostics retenus par la CNESST;

Je suis d’avis qu’il y a suffisance de traitement pour les diagnostics retenus en date du 23 juillet 2024.

Je suggère de poursuivre les suivis en clinique de la douleur afin d’optimiser la gestion de la douleur chronicisées.

Pour ce qui est des trouvailles du présent examen physique au niveau du nerf ulnaire gauche, je suggère au médecin traitant de prescrire un EMG de contrôle du membre supérieur gauche afin de d’exclure toute atteinte au niveau du nerf ulnaire gauche. Dans l’éventualité d’une trouvaille positive pour une compression du nerf ulnaire (syndrome du tunnel cubital), je suggère de référer le travailleur en chirurgie plastique pour une éventuelle décompression du nerf ulnaire au niveau de la gouttière cubitale gauche.

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

Pour les diagnostics de tendinite à l’épaule gauche, déchirure du supra-épineux de l’épaule gauche, bursite sous-acromiale de l’épaule gauche, élongation musculaire du pectoral gauche et entorse cervicale;

J’accorde une atteinte permanente à l’intégrité physique ou psychique.

Le pourcentage d’atteinte sera présenté au point 12.

**Existence de limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle :**

Pour les diagnostics de tendinite à l’épaule gauche, déchirure du supra-épineux de l’épaule gauche, bursite sous-acromiale de l’épaule gauche, élongation musculaire du pectoral gauche et entorse cervicale, j’accorde des limitations fonctionnelles.

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

Au niveau du rachis cervical, le travailleur doit éviter d'accomplir de façon répétitive ou fréquente les activités qui impliquent de soulever, porter, pousser, tirer des charges supérieures à environ 5-7kg. De ramper. D’effectuer des mouvements répétitifs ou fréquents de flexion, d'extension ou de torsion de la colonne cervicale, même de faible amplitude. Doit éviter de subir des vibrations de basse fréquence ou des contrecoups à la colonne vertébrale (provoqués par du matériel roulant sans suspension par exemple).

Au niveau de l’épaule gauche, le travailleur doit éviter de faire des mouvements répétitifs au-dessus des épaules de flexion antérieure et d’abduction. Il doit éviter les positions statiques au-dessus des épaules et éloigné du tronc avec le membre supérieur gauche. Il doit éviter la manutention avec les bras éloignés du corps. Il doit éviter les coups et contre-coups aux membres supérieurs.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | SÉQUELLES ACTUELLES | | |
|  | Code de séquelle | Description | % |
|  |  | **Rachis cervical** |  |
|  | 203 504 | Entorse cervicale avec séquelles fonctionnelles objectivées, avec changements radiologiques | 2 |
|  |  | **Épaule gauche** |  |
|  | 102 383 | Atteinte des tissus mous membres supérieurs gauche avec séquelles fonctionnelles | 2 |
|  | 104 826 | Ankylose incomplète perte de 60o d’abduction | 3 |
|  | 104 924 | Ankylose incomplète perte de 50o de flexion antérieure | 2 |
|  | 105 013 | Ankylose incomplète perte de 30o de rotation externe | 2 |
| 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