**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 :

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

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

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

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

2. Diagnostics acceptés par la CNESST

Entorse lombaire.

3. Modalité de l’entrevue

L’évaluation suivante s’est tenue dans les locaux de la Clinique Médicale de l’Or et des Bois, Val-d’Or. Nous avons clairement expliqué à notre mandat d’évaluateur indépendant désigné par la CNESST dans le cadre de l’application de l’article 204 de la LATMP. Nous lui avons précisé que nous n’agirons pas en tant que médecins traitants. Notre rapport d’évaluation sera d’abord envoyé́ à la CNESST.

Nous avons procédé́ au questionnaire subjectif ainsi qu’à un examen physique détaillé́ en relation avec les lésions à évaluer, nous nous sommes assurés à la fin de l’entrevue d’avoir couvert l’ensemble de la problématique.

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

L’entrevue s’est effectuée cordialement, 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 41 ans.

Dominance : Il est gaucher.

Emploi : Il travaillait comme mineur de plate-forme pour la compagnie Groupe Minier Cmac-Thyssen inc. depuis juin 2017.

Il travaillait à temps complet.

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

5. Antécédents

Médicaux : TLU cannabis, trouble anxieux généralisé (TAG)

Chirurgicaux : Aucun

Au site et au pourtour de la lésion : Entorse lombaire.

Accidentels :

CNESST : Aucun

SAAQ : Aucun

Autres : Entorse cheville et fracture calcanéum il y a 8 ans.

Allergie : Aucune

Tabac : Positif Cannabis : Positif Alcool : Négatif

6. Médication actuelle et mesures thérapeutiques en cours

Aucun traitement actif pour son entorse lombaire

7. Historique de faits et évolution

La fiche de réclamation du travailleur décrit l’événement suivant survenu le **6 février 2023** :

« *Quelques minutes avant, je déménageais des Jack leg et des stoppers de galloway à la sub de la raise. Après cela je me suis penché pour ramasser des tierap à terre sur le galloway. En me relevant, ça fait un claquement dans mon dos, j’ai tombé à genoux j’ai resté 5 minutes comme cela depuis j’ai extrêmement mal au bas du dos.* »

Le travailleur consulte le docteur Mei Juan Trudel, le 8 février 2023. Il diagnostique une entorse lombaire. Il prescrit de l’analgésie, de la physiothérapie et un arrêt de travail. Il rapporte un doute sur une atteinte de type syndrome de queue de cheval. Il prescrit une tomodensitométrie de la colonne lombaire.

Le travailleur obtient une tomodensitométrie de la colonne lombaire, le 12 février 2023. Elle est interprétée par le docteur Pierre Bourgoin, radiologiste. Ce dernier constate :

«*…*

*Conclusion :*

*Petite hernie discale postérolatérale gauche à L4-L5 qui ne cause probablement pas de compression sur la racine L5 gauche.* »

Le travailleur rencontre le docteur Hadhoum Yahiaoui, le 6 mars 2023. Il diagnostique une lombalgie avec petite hernie discale L4-L5 gauche. Il juge la condition clinique stable. Il prescrit de la physiothérapie, de l’analgésie et maintient l’arrêt de travail.

Le travailleur rencontre le docteur Charbonneau, le 17 avril 2023. Il rapporte une lombalgie avec petite hernie discale L4-L5 gauche. Elle note une excellente progression. Elle suggère un retour au travail en assignation temporaire. Elle maintient les traitements en physiothérapie.

Le docteur Charbonneau produit une information médicale complémentaire écrite, le 12 juillet 2023. Elle note que le patient n’a pas eu d’IRM mais plutôt un scan du rachis lombaire. Au scan, il y a une hernie L4-L5 sans compression nerveuse ni de sténose spinale. Le patient ne présente pas de radiculopathie. Ainsi il s’agit donc effectivement d’une hernie discale radiologique.

Le travailleur revoit le docteur Yahiaoui, le 27 juillet 2023. Il maintient le diagnostic d’entorse lombaire. Il note que l’évolution tend vers une chronicité. Il ajoute des spasmes cervical et étourdissements de novo. Il maintient les traitements en physiothérapie.

Le travailleur revoit le docteur Yahiaoui, le 17 août 2023. Il juge l’état clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie et prescrit un arrêt de travail. Il optimise l’analgésie.

Le travailleur revoit le docteur Charbonneau, le 6 septembre 2023. Elle juge l’état clinique stable. Elle maintient les traitements en physiothérapie et l’arrêt de travail. Elle optimise l’analgésie.

Le travailleur revoit le docteur Charbonneau, le 2 octobre 2023. Elle note une entorse lombaire avec chronicisation de la douleur. Elle rapporte une légère amélioration. Elle maintient les traitements en physiothérapie et l’arrêt de travail.

Le travailleur rencontre le docteur Baraa El Dandachli, le 2 novembre 2023. Il diagnostique une entorse lombaire. Il note une bonne amélioration dans les dernières semaines en physiothérapie. Il maintient l’arrêt de travail et les traitements en physiothérapie.

Le travailleur rencontre le docteur Banafsheh Shahrami, physiatre, le 20 novembre 2023. Elle diagnostique une lombosciatalgie droite plus grand que gauche. Elle réfère le travailleur en anesthésie pour une épidurale caudale.

Le travailleur rencontre le docteur St-Jean, le 6 décembre 2023. Il diagnostique une entorse lombaire avec des cervico-dorsalgies. Il rapporte les résultats de l’IRM lombo-sacrée : *Saillie discale L4-L5/L5-S1 sans sténose foraminale spinale*. Il cesse les traitements en physiothérapie et maintient l’arrêt de travail.

Le travailleur revoit le docteur St-Jean, le 16 janvier 2024. Il juge la condition clinique stable. Il prescrit des traitements en physiothérapie et prolonge l’arrêt de travail.

Le travailleur est convoqué en expertise médicale, le 31 janvier 2024. Cette expertise est réalisée par le docteur Louis Bellemare, chirurgien orthopédiste. Sur le diagnostic d’entorse lombaire, le docteur Bellemare note qu’il est trop tôt pour consolider la lésion étant donné que le travailleur est en attente d’une épidurale caudale. Il note qu’il n’y a pas d’indication de sanction chirurgicale. Finalement, pour la condition intercurrente de douleurs cervico-dorsales hautes à droite, le docteur Bellemare suggère une radiographie simple du rachis cervical et une tomodensitométrie simple ou IRM du rachis cervical.

Le 1er février 2024, le travailleur obtient une épidurale caudale.

Le travailleur revoit le docteur Charbonneau, le 12 février 2024. Elle juge la condition clinique stable. Elle prescrit des traitements en physiothérapie et maintient l’arrêt de travail.

Le docteur Sophie Doré-Veillette produit un rapport final, le 22 avril 2024. Sur le diagnostic d’entorse lombaire avec chronicisation de la douleur, elle consolide le travailleur avec atteinte permanente à l’intégrité physique ou psychique et limitations fonctionnelles. Elle ne produira pas le rapport d’évaluation médicale (REM).

8. Questionnaire subjectif et état actuel

**Appréciation subjective de l’évolution :** Le travailleur nous rapporte ne pas être en mesure de reprendre son travail prélésionnel. Il a réfléchi à une réorientation de carrière et il aimerait être formateur pour les mineures de plate-forme.

**Plaintes et problèmes :** Le travailleur se plaint de douleurs lombaires qu’il décrit comme un serrement et un coup de poignard au niveau de son dos. Ces douleurs irradient au niveau de ses deux jambes sous forme de crampes et de brûlement. Il note une exacerbation de ses douleurs lorsqu’il doit s’accroupir, se mettre à genoux ou lorsqu’il doit se pencher. Il rapporte être en mesure de soulever des charges de maximum de 30 lbs.

Il nie tout symptôme sphinctérien mais rapporte une augmentation de ses douleurs dans ses membres inférieurs lors d’augmentation de pression intra-abdominale ou thoracique (Valsalva).

Finalement, il rapporte des éveils nocturnes secondaires à la douleur ainsi que des raideurs matinales.

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

9. Examen Physique

Poids : 82kg Taille : 1.73m Dominance : Gaucher

**Observation générale et attitude :** Le travailleur s’est présenté à l’heure pour l’évaluation. À l’accueil il se lève difficilement et son attitude générale présente un positionnement antalgique et de précautions en regard de de son rachis lombaire. On observe des oscillations diminuées au niveau de ses membres supérieurs lors de la démarche. Nous ne remarquons pas de démarche avec boiterie ou de Trendelenburg. La base de démarche est normale et non élargie mais la vitesse ralentie. Le travailleur est en mesure de démontrer une démarche en tandem normale et est en mesure de marcher sur les talons et sur la pointe des pieds.

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

**Rachis Cervical :**

Palpation : Aucune douleur au niveau des apophyses épineuse de C5-T1 et en para cervical gauche.

Inspection : Aucune atrophie, lordose cervicale préservée, aucune cicatrice

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

Amplitude articulaire :

Manœuvres radiculaires :

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

**Rachis Lombaire :**

Palpation : Douleur au niveau des apophyses épineuses L4-S1 et en para vertébral lombaire.

Inspection : lordose lombaire conservée. Aucune atrophie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Patient (e) | Normale |
| Flexion | 70 | 90o |
| Extension | 15 | 30o |
| Flexion Latérale G. | 20 | 30o |
| Flexion Latérale D. | 30 | 30o |
| Rotation G. | 20 | 30o |
| Rotation D. | 30 | 30o |

Amplitude articulaire :

Manœuvres radiculaires :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| S.L.R. | Neg | Neg |
| Tripode | Neg | Neg |
| Lasègue | Neg | Neg |
| Lasègue inversé (Ely) | Neg | Neg |

**Hanches :**

Palpation : grands trochanters sans douleur

Inspection : pas d’atrophie fessiers ou cuisse. Aucune cicatrice

Amplitude articulaire :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Droit | | Gauche | | Normale |
|  | Actif | Passif | Actif | Passif |  |
| Flexion | 120 | - | 120 | - | 120o |
| Extension | 30 | - | 30 | - | 30o |
| Rotation interne | 40 | - | 40 | - | 40o |
| Rotation externe | 50 | - | 50 | - | 50o |
| Abduction | 40 | - | 40 | - | 40o |
| Adduction | 20 | - | 20 | - | 20o |

Manœuvres spécialisées :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Trendelenburg | Neg | Neg |
| FADIR | Neg | Neg |
| FABER | Neg | Neg |

**Atrophie musculaire :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Circonférence bras (cm) | 30.0 | 30.0 |
| Circonférence avant-bras (cm) | 28.0 | 28.0 |
| Circonférence cuisse (cm) | 43.0 | 43.0 |
| Circonférence jambe (cm) | 34.0 | 34.0 |

**Manœuvres :**

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

**Force préhension (kg) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Premier essai | NF | NF |
| Deuxième essai | NF | NF |

**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+ |
| Achiléen | 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 41 ans connu pour une entorse lombaire avant l’événement d’origine du **6 février 2023**. Il s’est infligé une entorse lombaire. Cette lésion a bénéficié de traitements en physiothérapie, optimisation de différentes analgésies et une épidurale caudale. Évolution peu favorable, le travailleur n’est pas en mesure de reprendre son travail de mineur de plate-forme.

Sur le plan subjectif, le travailleur se plaint de douleurs lombaires sous forme de coup de poignard qui irradient aux membres inférieurs bilatéral sous forme de crampes et de brûlement. Il rapporte de la difficulté à s’accroupir, se mettre à genoux et à se pencher vers l’avant. Il rapporte être en mesure de transporter des charges d’un maximum de 30 lbs. Il nie tout symptôme sphinctérien. Il rapporte des raideurs matinales ainsi que des éveils nocturnes secondaires à la douleur.

Sur le plan objectif, on note un travailleur souffrant avec une position antalgique au niveau de son rachis lombaire. Le travailleur est en mesure de démontrer une démarche en tandem, marcher sur les talons et sur la pointe des pieds. L’amplitude articulaire du rachis lombaire est légèrement diminuée. Les tests de mise en tension des racines lombaires sont négatifs.

L’examen des hanches ainsi que du rachis cervical est normale.

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

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

**Diagnostic :**

Entorse lombaire

**Date de consolidation :**

Le travailleur est consolidé le 22 avril 2024 avec atteinte permanente à l’intégrité physique ou psychique et limitations fonctionnelles.

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

Pour le diagnostic d’entorse lombaire

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 le diagnostic d’entorse lombaire, j’accorde des limitations fonctionnelles.

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

La travailleuse doit éviter d'accomplir de façon répétitive ou fréquente les activités qui impliquent de :

• soulever, porter, pousser, tirer des charges de plus de 10 à 15 kg

• travailler en position accroupie

• ramper, grimper

• effectuer des mouvements avec des amplitudes extrêmes de flexion, d'extension ou de torsion de la colonne lombaire

• subir des vibrations de basse fréquence ou des contrecoups à la colonne vertébrale

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | SÉQUELLES ACTUELLES | | |
|  | Code de séquelle | Description | % |
|  |  | **Rachis lombaire** |  |
|  | 204 004 | Entorse lombaire avec séquelles fonctionnelles objectivées | 2 |
| 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