**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

Diagnostic accepté : Entorse lombaire gauche

Diagnostic refusé : Hernie discale L5-S1 droite (avis BEM 2023-08-11)

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 27 ans.

Dominance : Il est droitier.

Emploi : Il travaillait comme apprenti mécanicien pour la compagnie Nicol auto inc. depuis 1 journée avant le premier évènement de 2022.

Il est présentement en arrêt de travail.

5. Antécédents

Médicaux : Obésité morbide (IMC = 46.4kg/m2), lombalgie chronique, diabète de type 2, anxiété, crise panique, syndrome Klinefelter

Chirurgicaux : Aucun

Au site et au pourtour de la lésion : lombalgie chronique, entorse lombaire

Accidentels :

CNESST : Entorse lombaire date de l’évènement d’origine le 24 mai 2022 consolidé le 30 août 2022 et consolidé au BEM le 20 décembre 2022.

SAAQ : Aucun

Autres : Aucun

Allergie : Aucune

Tabac : Négatif Cannabis : Négatif Alcool : Occasionnel

6. Médication actuelle et mesures thérapeutiques en cours

Physiothérapie cessée le 19 février 2024 après atteinte de plateau thérapeutique

Traitements en chiropratique.

Blocs facettaires avec peu de soulagements.

7. Historique de faits et évolution

Le travailleur a bénéficié d’une résonance magnétique du rachis lombaire avant l’évènement d’origine du 1er février 2023, soit le 10 janvier 2023. Elle a été interprétée par le docteur Vincent Pelsser, radiologiste. Ce dernier constate :

«*…*

*Conclusion :*

*Protrusion discale droite L5-S1 comprimant la racine droite S1.*

*Petite protrusion discale postérocentrale L4-L5 et L3-L4 sans sténose significative associée.* »

La fiche de réclamation du travailleur décrit l’événement suivant survenu le **1er février 2023** :

« *Lors de mon retour de travail le 1er février dernier, je me suis penché pour placer des chevilles du lift et en me relevant, j’ai ressenti une forte douleur au bas du dos. J’ai repris le travail le lundi 6 février à 13 heures parce que mon employeur m’a mis aux travaux légers pour deux semaines. Le 8 février soit 2 jours après mon retour de travail, je dois à nouveau retourner à l’urgence car je ressentais une douleur que je ne ressentais pas auparavant. Le médecin m’a mis en arrêt de travail le 9 février jusqu’au 23 février pour une rechute et je le revois à nouveau si la condition ne s’améliore pas.* »

Le travailleur rencontre le docteure Catherine Letarte, le 2 février 2023. Elle diagnostique une entorse lombaire gauche. Elle prescrit des assignations temporaires et émet un doute sur les capacités physiques du travailleur pour un emploi de mécanicien.

Le travailleur rencontre le docteur Pierre-Alexandre Bonicard, le 9 février 2023. Il diagnostique une entorse lombaire gauche avec une lombosciatalgie gauche. Il prescrit un arrêt de travail.

Le travailleur est convoqué à une expertise médicale, le 15 mars 2023. Elle est réalisée par le docteur Pierre Major, chirurgien orthopédiste. Le docteur Major ne reconnaît pas l’événement du 1er février 2023 comme une récidive aggravation de l’événement de mai 2022. Il retient le diagnostic de lombalgies basses sur une discopathie et obésité morbide. Il note que si le diagnostic d’entorse lombaire est retenu, il consolide le travailleur en date du 15 mars 2023 sans atteinte permanente à l’intégrité physique ou psychique et sans limitation fonctionnelle.

Le travailleur rencontre le docteur Florence Couturier, le 24 mars 2023. Elle diagnostique une entorse lombaire avec une hernie discale lombaire avec compression de la racine S1. Elle prescrit une de la physiothérapie, un arrêt de travail et juge la condition clinique stable.

Le travailleur rencontre le docteure Hélène Hottlet, le 8 avril 2023. Elle diagnostique une entorse lombaire récidive avec aggravation. Elle juge la condition clinique améliorée. Elle maintient les traitements en physiothérapie et l’arrêt de travail.

La travailleuse revoit le docteur Couturier, le 24 avril 2023. Elle juge la condition clinique améliorée. Elle maintient les traitements en physiothérapie et prescrit des assignations temporaires.

Le travailleur revoit le docteur Couturier, le 18 mai 2023. Elle diagnostique une hernie discale L5-S1 droite. Elle prescrit de la physiothérapie, de la chiropractie et note que le travailleur ne pourra vraisemblablement pas retourner à son poste antérieur. Elle prescrit des assignations temporaires.

Le travailleur revoit le docteur Couturier, le 15 juin 2023. Elle note une condition clinique améliorée. Elle optimise l’analgésie est maintient les assignations temporaires.

Le travailleur est convoqué au bureau d’évaluation médicale (BEM), le 13 juillet 2023. Cette évaluation est réalisée par le docteur Jean-François Giguère, neurochirurgien. Le docteur Giguère retient le diagnostic d’entorse lombaire. Il juge que ce diagnostic n’est pas consolidé et il recommande des blocs facettaires L4-L5 et L5-S1 du côté gauche.

Le travailleur revoit le docteur Couturier, le 17 juillet 2023. Elle juge la condition clinique stable. Elle prescrit un EMG, maintient le traitement en physiothérapie et les assignations temporaires.

Le travailleur obtient un EMG, le 17 août 2023. Elle est interprétée par le docteur Marc Neveu, neurologue. Ce dernier constate :

« *Étude électrophysiologique normale. Il n’y a pas d’évidence, sur le plan électromyographique, de neuropathie périphérique et pas d’évidence, entre autres, d’atteinte radiculaire au niveau des deux membres inférieurs.* »

Le travailleur revoit le docteur Couturier, le 14 septembre 2023. Elle prescrit des traitements en physiothérapie, chiropractie et les blocs facettaires. Elle note une douleur chronicisée et juge la condition clinique stable.

Le travailleur revoit le docteur Hottlet, le 6 octobre 2023. Elle juge la condition clinique améliorée. Elle maintient les traitements en physiothérapie et chiropractie.

Le travailleur revoit le docteur Couturier, le 13 octobre 2023. Elle diagnostique une entorse lombaire. Elle maintient les traitements en physiothérapie. Elle juge la condition clinique améliorée.

Le travailleur revoit le docteur Couturier, le 14 décembre 2023. Elle juge la condition clinique améliorée. Elle maintient les traitements en physiothérapie et note une épidurale à venir.

Le docteur Couturier produit un rapport final, le 19 février 2024. Sur le diagnostic d’entorse lombaire, elle consolide le travailleur avec atteinte permanente à l’intégrité physique ou psychique et limitations fonctionnelles. Elle note que ce dernier ne pourra retourner à son poste antérieur et qu’il présente des lombalgies chroniques persistantes avec une réponse sous-optimale et de courte durée des blocs facettaires. Elle ne produira pas le rapport d’évaluation médicale (REM).

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 note que les traitements en physiothérapie et chiropractie l’aident énormément. Il aimerait se trouver un nouvel emploi en informatique, un travail moins demandant physiquement.

**Plaintes et problèmes :** Il se plaint principalement d’une douleur lombaire sous forme de coup de couteau présente au repos qu’il estime à une intensité de 7 sur 10. Il note une exacerbation de ses douleurs depuis le 2e événement de février 2023. Il rapporte des douleurs au niveau des jambes jusqu’aux chevilles bilatérales. Il rapporte une exacerbation de douleur lorsqu’il passe de la position assise à debout, lorsqu’il est en position debout prolongée de plus de 10 minutes ou lorsqu’il marche plus de 5 minutes. Il rapporte des éveils nocturnes secondaires à la douleur.

Il rapporte rencontrer des difficultés à réaliser les sports qu’il appréciait comme le golf, le volley-ball et le vélo.

Il nie tout symptôme sphinctérien ou tout symptôme s’apparentant à de la claudication neurogénique.

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

9. Examen Physique

Poids : 160 kg Taille : 1.85m Dominance : Droitier

**Observation générale et attitude :** Le travailleur s’est présenté à l’heure pour l’évaluation. À l’accueil il se lève spontanément et son attitude générale présente un positionnement antalgique ou de précautions en regard de son rachis lombaire. On observe des oscillations normales au niveau de ses membres supérieurs lors de la démarche. Nous remarquons une démarche ralentie sans toutefois observer des signes de Trendelenburg. La base de démarche est élargie. 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. On remarque un alignement en valgus des genoux gauche plus que droit.

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 : Aplomb des épaules. 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 | Neg | Neg |
| Manœuvre de Spurling | Neg | Neg |
| Manœuvre de traction | Neg | Neg |

**Rachis Lombaire :**

Palpation : Douleur au niveau des apophyses épineuses L2-L5 et en para vertébral lombaire droit plus que gauche.

Inspection : Aplomb des ailes iliaques. Lordose lombaire conservée.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Patient (e) | Normale |
| Flexion | **80** | 90o |
| Extension | 30 | 30o |
| Flexion Latérale G. | **20** | 30o |
| Flexion Latérale D. | 30 | 30o |
| Rotation G. | 30 | 30o |
| Rotation D. | **20** | 30o |

Amplitude articulaire :

Manœuvres radiculaires :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| S.L.R. | POS | Neg |
| Tripode | Neg | Neg |
| Lasègue | POS | Neg |
| Lasègue inversé (Ely) | POS | 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 | 100 | - | 100 | - | 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) | NF | NF |
| Circonférence avant-bras (cm) | NF | NF |
| Circonférence cuisse (cm) | 58.5 | 56.5 |
| Circonférence jambe (cm) | 47.0 | 46.0 |

**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 27 ans connu pour lombalgies chroniques, obésité morbide et entorse lombaire réclamée à la CNESST, le 24 mai 2022. Cette lésion a été consolidée au bureau d’évaluation médicale, le 20 décembre 2022. Il s’est infligé une entorse lombaire, le **1er février 2023**. Cette lésion a été reconnue au bureau d’évaluation médicale, en juillet 2023. Le travailleur bénéficiera de traitements en physiothérapie et chiropractie mais il ne sera pas en mesure de reprendre son travail prélésionnel.

Sur le plan subjectif, le travailleur rapporte ne pas être en mesure de reprendre son travail de mécanicien et envisage une réorientation de carrière comme informaticien. Il rapporte des douleurs constantes au niveau lombaire qui irradie au niveau des deux jambes. Ses douleurs sont exacerbées par le changement de position assis à debout et la position debout prolongée. Il nie tout symptômes sphinctériens ou tout symptôme s’apparentant à de la claudication neurogénique.

Sur le plan objectif, on observe une démarche ralentie avec une base de support élargie. Le travailleur est en mesure de marcher en tandem, sur la pointe des pieds et sur les talons. On note une légère diminution de l’amplitude articulaire au niveau du rachis lombaire. On note une légère irritation au niveau des racines basses lombaires à droite.

Nous avons relevé aucun signe de déficit sensitivo-moteur d’origine radiculaire ou centrale.

L’examen des hanches et du rachis cervical est dans les limites de la normale.

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

**Diagnostic :**

Diagnostic accepté : Entorse lombaire gauche

Diagnostic refusé : Hernie discale L5-S1 droite (avis BEM 2023-08-11)

**Date de consolidation :**

Le médecin qui a charge le travailleur le consolide le 19 février 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 gauche

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 gauche, j’accorde des limitations fonctionnelles.

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

Le travailleur doit éviter d'accomplir de façon répétitive ou fréquente les activités qui impliquent de :

• soulever, porter, pousser, tirer des charges de plus de 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 | 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