**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

Tendinite de Quervain pouce droit et tunnel carpien bilatéral.

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 61 ans.

Dominance : Il est droitier.

Emploi : Il travaillait comme carrossier à l’emploi de Centre de la Collision de Val-d’Or depuis 2010. Il est carrossier depuis plus de 30 ans.

Il travaillait à temps complet soit 40 heures par semaine.

Il est en arrêt de travail depuis le 2 mai 2023.

5. Antécédents

Médicaux : Hernie cervicale C6-C7 / Déchirure coiffe des rotateur épaule droite / MCAS s/p stents (patient ne se souvient plus de l’année)

Chirurgicaux : Fusion C6-C7 Dr Giroux Hôpital Sacré-Cœur de Montréal (2012) / Réparation coiffe des rotateurs par arthroscopie épaule droite Dre Beauregard (octobre 2020). Acromioplastie épaule gauche par arthroscopie (juin 2020)

Au site et au pourtour de la lésion : Aucun

Accidentels :

CNESST : Accrochage épaule gauche s/p acromioplastie par arthroscopie Dre Beauregard (juin 2020) consolidée avec APIPP et LF. Entorse, déchirure supra et infra-épineux et déchirure coiffe épaule gauche février 2022 consolidée avec APIPP et LF en septembre 2022.

Déchirure biceps distal gauche avec réparation (2015) sans APIPP et limitation fonctionnelle selon le patient.

SAAQ : Hernie cervicale et TCC léger le 28 août 2023

Autres : Aucun

Allergie : Antibiotique dont il ne se souvient plus du nom/classe.

Tabac : Négatif Cannabis : Occasionnel Alcool : Occasionnel

6. Médication actuelle et mesures thérapeutiques en cours

Physiothérapie cessée en octobre 2023 après atteinte de plateau thérapeutique.

7. Historique de faits et évolution

Le travailleur est un carrossier, ses tâches consistaient à préparer des voitures environ 2 à 3 par jour. Il doit démonter des morceaux de la voiture, il doit enlever la peinture avec une rectifieuse, souffler de la poussière, sabler, faire le mastique à l’aide d’une palette en plastique et faire les retouches. Il doit utiliser fréquemment des outils vibratoires tel qu’une perceuse, une sableuse et un pistolet à pression.

La fiche de réclamation du travailleur décrit l’événement suivant, sous forme de maladie professionnelle, déclaré le 14 octobre 2022 :

« Mouvements répétitifs de la main droite, suite à l’accident de l’épaule gauche survenu le 22 février 2022. »

Le travailleur obtient un EMG le 9 décembre 2022. Il est réalisé interprétée par le docteur Louise Roux, neurologue. Cette dernière constate :

« *L’étude électrophysiologique a mis en évidence une neuropathie sensitive des deux nerfs médians au poignet qui est d’intensité modérée à droite et légère à gauche…* »

Le travailleur rencontre le docteur Charbonneau, le 11 février 2023. Première attestation médicale en regard du diagnostic de tendinite de Quervain au pouce droite. Cette date du **11 février 2023** est reconnue comme la date d’événement d’origine pour la présente expertise. Le docteur Charbonneau réalise une infiltration.

Le travailleur obtient des radiographies du poignet droit et de la main droite, le 16 février 2023. Elles sont interprétées par le docteur Lucie Daoust, radiologiste. Cette dernière constate :

« *Poignet droit*

*Un peu d’arthrose scapho-trapèze. Arthrose modérée carpo-métacarpienne du premier rayon.*

*Main droite*

*Arthrose modérée à sévère métacarpo-phalangienne premier rayon. Arthrose modérée à sévère métacarpo-phalangienne du 3e rayon. Arthrose diffuse des interphalangiennes proximales et distales. Pas de lésion inflammatoire. Pas de séquelle de fracture.* »

Le travailleur revoit le docteur Charbonneau, le 28 mars 2023. Il diagnostique une tendinopathie de Quervain. Il note un échec à l’infiltration. Il prescrit de la physiothérapie et de l’ergothérapie. Il juge la condition clinique stable.

Le travailleur revoit le docteur Charbonneau, le 28 avril 2023. Il juge la condition clinique stable. Il maintient les traitements en physiothérapie et ergothérapie. Il note de continuer à travailler en travaux selon tolérance.

Le docteur Charbonneau produit une 2e attestation médicale, en date du 12 mai 2023. Il diagnostique des tunnels carpiens bilatérale. Il note que le travailleur est en attente de chirurgie. Il prescrit un arrêt de travail.

Le travailleur rencontre le docteur Joseph Eid, chirurgien orthopédiste, le 23 mai 2023. Il diagnostique un tunnel carpien droit modéré et léger à gauche. Il inscrit le travailleur sur sa liste opératoire pour une décompression du tunnel carpien droit.

Le travailleur revoit le docteur Charbonneau, le 4 août 2023. Il maintient le diagnostic de tunnel carpien bilatérale. Il juge la condition clinique stable.

Le docteur Eid procède à une décompression du tunnel carpien droit, le 9 août 2023. Procédure bien tolérée sans complication immédiate.

Le travailleur revoit le docteur Eid, le 22 septembre 2023. Il note une douleur au niveau de la cicatrice et une diminution de l’engourdissements au niveau des doigts. Il maintient l’incapacité totale au travail.

Le docteur Eid produit un rapport final, le 23 octobre 2023. Sur les diagnostics de tunnel carpien droit et tunnel carpien gauche, il consolide les lésions avec atteinte permanente à l’intégrité physique ou psychique et limitations fonctionnelles. Il ne produira pas le rapport d’évaluation médicale (REM).

Le docteur Eid produits un rapport médical, le 23 octobre 2023. Il note une amélioration au niveau de l’engourdissement à la main droite. Il procède à une infiltration de cortisone au niveau du tunnel carpien gauche. Il prescrit des travaux légers à partir du 24 octobre 2023.

Le docteur Charbonneau produit un rapport final, le 1er février 2024. Sur le diagnostic de tendinopathie de Quervain, il note une atteinte de plateau thérapeutique en physiothérapie. Il consolide la lésion avec atteinte permanente à l’intégrité physique ou psychique et limitations fonctionnelles. Il 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. À l’instant où il utilise sa main droite, il ressent de la douleur qui le limite fonctionnellement. Il rapporte être déçue d’être en arrêt de travail.

**Plaintes et problèmes :** Il se plaint principalement de douleurs au niveau du pouce droit en palmaire et dorsale. Il pointe spontanément la tabatière anatomique. Il rapporte une diminution de la sensibilité au niveau du pouce droit et rapporte une intolérance au froid au niveau de la main droite principalement aux doigts D1-D3.

Il note de la difficulté avec les gestes à dextérité fine avec sa main droite et doit compenser énormément avec sa main gauche et rapporte une détérioration de sa condition dans les derniers mois.

Il rapporte des éveils nocturnes secondaires à des engourdissements et de la douleur au niveau de la main droite et de la main gauche.

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

9. Examen Physique

Poids : 86 kg Taille : 1.78 m 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 l’attitude générale est exempt de positionnement antalgique ou de précaution en regard des membres supérieurs. On observe des oscillations symétriques lors de la démarche au niveau des membres supérieurs droit et gauche. Tout au long de l’entrevue et de l’examen, on remarque une bonne fluidité des mouvements avec sa main droite.

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 : douleur au niveau des apophyses épineuses et en para cervical

Inspection : aucune atrophie, aucun œdème, lordose cervicale préservée

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

Amplitude articulaire :

Manœuvres radiculaires :

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

**Coudes :**

Palpation : aucune douleur à l’interligne articulaire, aucune douleur aux épicondyles latérales et médiales

Inspection : aucune déformation, pas d’atrophie ou cicatrice

Amplitude articulaire :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Droit | | Gauche | | Normale |
|  | Actif | Passif | Actif | Passif |  |
| Flexion | 150 | - | 150 | - | 150o |
| Extension | 0 | - | 0 | - | 0o |
| Pronation | 80 | - | 80 | - | 80o |
| Supination | 80 | - | 80 | - | 80o |

Manœuvres ligamentaires :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Varus | Sec | Sec |
| Valgus (20o à 30o flexion du coude) | Sec | Sec |

Manœuvres instabilité :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Milking | NF | NF |
| Pivot-shift lateral | NF | NF |
| Push-up chaise | Neg | Neg |

Manœuvres tendinites :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Extension résistée | Neg | Neg |
| Flexion résistée | Neg | Neg |

**Atrophie musculaire :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Circonférence bras (cm) | NF | NF |
| Cironférence avant-bras (cm) | 28.0 | 28.5 |

**Poignets / Doigts:**

Palpation : Douleur à la tabatière anatomique droite. Pas de douleur à la styloïde radiale et la styloïde ulnaire.

Sensibilité à la palpation au niveau du pouce droit

Inspection : pas d’atrophie musculaire. On note une cicatrice non-vicieuse avec une masse adhérente douloureuse à la palpation de 2cm.

On note une ancienne cicatrice (1979) à la base du pouce mesurant 2.5cm x 0.1cm

**Observation – DOIGTS**

|  |  |
| --- | --- |
| Atrophie : thénar / Interosseux | Absence |
| Amputation | Aucune |
| Déformation | Absence |
| Coloration | Normale |
| Discrimination sensitive | Diminué au niveau du pouce droit |
| 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 :

Les amplitudes articulaires des doigts sont dans la limite de la normale.

|  |  |
| --- | --- |
| **Cote de Kapanji d’opposition des pouces** | |
| Droite | 10/10 |
| Gauche | 10/10 |

**Manœuvres :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Finkelstein | Neg | Neg |
| Tinel (n. médian) | Neg | POS |
| Tinel (n. ulnaire) | Neg | Neg |
| Tinel (n. radial) | Neg | Neg |
| Phalen | Neg | POS |
| Durkan | Neg | POS |
| OK sign | 5/5 | 5/5 |
| Froment | Neg | Neg |
| Ballottement | Neg | Neg |
| Grind du pouce | Neg | Neg |

**Force préhension (kg) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Premier essai | 25.4 | 38.6 |
| Deuxième essai | 26.9 | 40.7 |

**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 61 ans connu pour des antécédents de lésions aux deux épaules consolidées en septembre 2023. La présente expertise est présentée sous forme d’une maladie professionnelle avec gestes répétitifs et diagnostic de tendinopathie de de Quervain au pouce droit et syndrome du tunnel carpien bilatéral ayant comme date d’évènement d’origine, **le 11 février 2023**. Le travailleur a bénéficié de traitements en physiothérapie et d’une chirurgie de décompression du tunnel carpien droit, le 29 août 2023. Le travailleur rapporte une diminution des engourdissements au niveau de sa main droite sans toutefois rapporter une disparition complète. Il ne sera pas en mesure de reprendre son travail prélésionnel de carrossier et sera consolidé pour syndrome de tunnel carpien bilatéral le 23 octobre 2023 avec atteinte permanente à l’intégrité physique ou psychique et limitations fonctionnelles. Il sera consolidé pour la tendinopathie de Quervain du pouce droit, le 1er février 2024 avec atteinte permanente à l’intégrité physique ou psychique et limitations fonctionnelles. Les deux médecins traitants ne produiront pas le rapport d’évaluation médicale (REM).

Sur le plan subjectif, le travailleur se plaint de douleurs et d’engourdissements au niveau des doigts de D1-D3 avec une intolérance aux températures froides. Il note une détérioration niveau de sa main gauche à la suite de compensation. Il rapporte une douleur au niveau du pouce droit ainsi qu’au niveau de la tabatière anatomique. Il rapporte des éveils nocturnes secondaires à la douleur au niveau des mains droite et gauche.

Sur le plan objectif, on note des tests positifs pour un syndrome de tunnel carpien gauche. On observe une diminution de la sensibilité au niveau de la base du pouce droite. On note une sensibilité à la palpation de la cicatrice au niveau de la paume de la main droite. L’amplitude articulaire au niveau des doigts de la main droit et gauche ainsi que des poignets sont dans les limites de la normale. Nous n'objectivons pas de diminution de la force et spécialement en lien avec le nerf médian (OK sign normal) au niveau de la main droite.

L’examen du coude droit et gauche est dans les limites de la normale.

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

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

**Diagnostic :**

Tendinite de Quervain pouce droit et tunnel carpien bilatéral.

**Date de consolidation :**

Le travailleur est consolidé par ses médecins traitants, le 23 octobre 2023 pour ses tunnels carpiens et le 1er févier 2024 pour la tendinopathie de Quervain. Les deux lésions sont consolidées avec atteinte permanente à l’intégrité physique ou psychique et limitations fonctionnelles. Les médecins traitants ne produiront pas le rapport d’évaluation médical (REM)

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

Les médecins qui ont charge se prononcent 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 :**

Les médecins qui ont à charge se prononcent 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 résultant de la lésion professionnelle.

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

Aux limitations fonctionnelles déjà existantes :

Le travailleur doit éviter les coups et les contrecoups au niveau du membre supérieur gauche. Il doit éviter de soulever des charges > 3.0 kg avec le membre supérieur gauche au-delà de 90o de flexion antérieure. Les mouvements répétitifs au-delà de 90o de flexion antérieure et d’abduction de l’épaule gauche devraient être évités. Il ne peut maintenir son membre supérieur gauche en position statique au-dessus de 90o. Avec son membre supérieur gauche, il doit prioriser la manutention des objets légers (< 10kg) en les gardant près de son corps.

J’ajoute :

Le travailleur ne peut réaliser des gestes rapidement nécessitant de la dextérité fine. Il ne peut manipuler ou saisir des objets du bout des doigts, faire du travail de précision (guider, placer, régler, ajuster) et exécuter des mouvements rapides des doigts.

Le travailleur nécessite des gants chauffants s’il doit travailler à l’extérieur lors de température froide.

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | SÉQUELLES ACTUELLES | | | |
|  | Code de séquelle | | Description | % |
|  |  | | **Main droite** |  |
|  | 102 383 | | Atteintes des tissus mous main droite avec séquelles fonctionnelles : intolérance au froid | 2 |
|  | 113 059 | | Atteinte nerf médian au-dessous de la jonction tiers moyen et distal de l’avant-bras | 5 |
|  |  | | **Main gauche** |  |
|  | 100 526 | | Tunnel carpien sans séquelle fonctionnelle mais avec changements électromyographies | 1 |
| 2. | SÉQUELLES ANTÉRIEURES  Aucune | | | |
| 3. | AUTRES DÉFICITS LIÉS À LA BILATÉRALITÉ | | | |
|  |  | **Main gauche** | |  |
|  | 100 526 | Tunnel carpien sans séquelle fonctionnelle mais avec changements électromyographies | | 1 |

Chart, line chart

Description automatically generated

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

Hugo Centomo, MD, PhD, FRCS ©

Chirurgien-orthopédiste