

EYB2011DEV1743

Accidents d'automobiles (2011), Service de la formation continue du Barreau du Québec, 2011

André LAPORTE* et Christiane LAVALLÉE* avec la collaboration de et Michel LEROUX

Les manoeuvres et les tests utilisés lors d'une expertise médico-légale de l'appareil locomoteur

Indexation

Social ; assurance automobile

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

1. PRÉSENTATION DE LA GRILLE D'ANALYSE

2. RACHIS CERVICAL

2.1 Amplitude de mouvement

2.2 Schéma en étoile de Maigne

2.3 Évaluation de la cervico-brachialgie

2.3.1 Manoeuvres de mise en tension radiculaire

2.3.2 Manoeuvres du syndrome du défilé thoracique

3. ÉPAULE

3.1 Amplitude de mouvement

3.2 Manoeuvre de l'épaule

3.2.1 Évaluation de l'accrochage

3.2.2 Évaluation de la coiffe des rotateurs

3.2.3 Évaluation de l'articulation acromio-claviculaire

3.2.4 Évaluation de l'instabilité

3.2.5 Évaluation de la laxité

3.2.6 Évaluation de la scapula (omoplate)

3.2.7 Évaluation du bourrelet glénoïdal (labrum)

4. COUDE

4.1 Amplitude de mouvement

4.2 Manoeuvres du coude

5. POIGNET

5.1 Amplitude de mouvement

5.2 Manoeuvres du poignet

CONCLUSION

INTRODUCTION

L'expertise médicale est omniprésente lors du traitement du dossier d'un accidenté d'automobile. On y fait appel pour déterminer la relation entre une blessure et le fait accidentel, pour établir la nécessité des

* Les auteurs sont avocats au sein du cabinet Laporte & Lavallée. Ils tiennent à remercier, tout particulièrement, le D^r Michel Leroux, chirurgien-orthopédiste, pour sa collaboration et ses conseils précieux lors de l'élaboration de la présente conférence. Les auteurs tiennent, également, à remercier M. Adam Jordan Weistein pour sa participation généreuse à titre de modèle lors de la prise des photographies du présent texte.

Éditions Yvon Blais, une société Thomson Reuters.

©Thomson Reuters Canada Limitée. Tous droits réservés.

soins ou encore pour évaluer la perte de qualité de vie ou la capacité de la victime à occuper un emploi.

Les praticiens de ce domaine particulier du droit sont appelés régulièrement à étudier ces expertises et sont, ainsi, constamment confrontés à des notions médicales (telles que le test de Valsalva, le Lasègue, les manoeuvres de Jobe, de Spurling, de Speed, d'O'Brien, l'indice de Schöber ou encore l'épreuve de Trendelenburg). Pour servir au mieux l'intérêt d'un client, il s'avère souvent essentiel de saisir correctement la valeur des résultats obtenus lors de ces différents tests et manoeuvres.

Nous vous proposons donc d'effectuer une revue des manoeuvres et tests les plus couramment utilisés lors de l'examen médical objectif de l'appareil locomoteur. Dans cette optique, les différentes manoeuvres et tests seront tour à tour discutés en fonction de l'articulation ou de la région du corps concernée. Pour chaque manoeuvre ou test, une description en sera faite, tout en y précisant son but et, dans la mesure où l'information est disponible, en y indiquant sa fiabilité, sa spécificité et sa sensibilité.

Pour faciliter le repérage, les manoeuvres vous seront présentées par région anatomique, sous forme de grille. Il nous faut, par ailleurs, préciser qu'il ne peut être question, dans le cadre du présent texte, d'une revue exhaustive des manoeuvres médicales existantes pour l'appareil locomoteur. Un bon ouvrage médical demeure un outil essentiel et nous vous recommanderons d'ailleurs certains d'entre eux tout au long de ce texte. Encore une fois, il nous faut souligner que nos prétentions se limitent à vouloir décrire sommairement les manoeuvres et tests les plus fréquemment mentionnés dans les expertises médicales.

De plus, compte tenu de la quantité imposante d'information à traiter et du temps de présentation qui nous était imparti, nous avons dû nous résoudre à scinder notre texte en deux parties. Dans cette première partie, nous aborderons les manoeuvres et les tests relatifs au rachis cervical et au membre supérieur. Dans une seconde partie qui sera, sans doute, publiée l'an prochain, nous nous proposons de présenter les manoeuvres et les tests relatifs au rachis lombaire et au membre inférieur.

1. PRÉSENTATION DE LA GRILLE D'ANALYSE

Nous utiliserons une grille afin d'analyser les principales manoeuvres utilisées par les experts lors de l'évaluation médicale de l'appareil locomoteur.

Chacune de ces manoeuvres est *a priori* classée en fonction de la région du corps qu'elle vise. Dans certains cas, toutefois, le classement s'est fait en fonction d'une région anatomique plus précise ou en fonction d'une problématique médicale particulière. Un index inséré à la fin de la documentation vous permettra de repérer rapidement une manoeuvre.

La grille d'analyse que nous utiliserons se présente comme suit :

Nom de la manoeuvre	
Autre appellation de la manoeuvre	

Le but de la manoeuvre	Image de la manoeuvre
La description de la technique	
La fiabilité, la spécificité et la sensibilité du test	
	Référence
Nom de la manoeuvre	

Cette cellule vise à identifier le nom le plus couramment utilisé de la manoeuvre, du test, du signe ou de l'épreuve. Il est possible que le nom d'une manoeuvre ne corresponde pas nécessairement à celui retenu par certains experts. L'expérience nous a montré, en effet, que parfois, dans les expertises, l'auteur ou le transcripteur commet des erreurs d'orthographe ou d'appellation.

À noter, cependant, que lorsque la manoeuvre porte, également, une autre appellation reconnue, celle-ci sera identifiée à la cellule suivante.

Autre appellation de la manoeuvre
--

Cette cellule permet d'identifier une ou d'autres appellations retenues par les experts pour une même manoeuvre ou une manoeuvre semblable.

Le but de la manoeuvre

Cette cellule vise à identifier le but de la manoeuvre, à savoir l'identification d'une pathologie par la mise en évidence :

- d'une diminution ou d'une augmentation de la douleur ou des symptômes ; ou
- du mécanisme susceptible de causer la douleur ou les symptômes.

La description de la technique

Cette cellule vise à décrire sommairement la technique utilisée par l'examineur pour accomplir la manoeuvre, le test ou l'épreuve.

La fiabilité, la spécificité et la sensibilité du test

Cette cellule identifie la fiabilité et la validité de la manoeuvre. La fiabilité est le degré de constance obtenu lorsqu'un test est répété dans des conditions identiques (reproductibilité). La validité d'une manoeuvre se reflète, quant à elle, par l'exactitude avec laquelle elle mesure ce qu'elle prétend réellement mesurer, donc sa spécificité. Toute manoeuvre doit d'abord être fiable, mais cette condition est insuffisante à elle seule. Elle doit, également, être valide pour permettre son utilisation. De plus, l'instrument de mesure que constitue la manoeuvre doit aussi être sensible, c'est-à-dire être à même de détecter les variations de la condition du patient. Certains auteurs décrivent le concept de la sensibilité de la façon suivante :

Classiquement, on considère que la fiabilité et la validité sont les qualités essentielles d'un instrument de mesure. Tel que précisé plus haut, les échelles fonctionnelles ou de la douleur sont utilisées régulièrement dans les essais cliniques randomisés pour les problèmes de l'appareil locomoteur. Il est essentiel que ces instruments puissent détecter les changements de la condition du patient suite à une intervention thérapeutique. Un instrument qui aurait une fiabilité et une validité adéquates, mais qui ne serait pas en mesure d'identifier les variations de la condition du malade, ne serait d'aucune utilité en recherche sur un traitement.¹

Ainsi, la sensibilité vise d'abord à évaluer l'effet d'un traitement sur la condition d'un patient.

Image de la manoeuvre

Cette cellule permet de visualiser un aspect de la technique utilisée pour exécuter la manoeuvre.

Référence

¹. Yves BERGERON, Luc FORTIN et Richard LECLAIRE, *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur*, 2^e éd., St-Hyacinthe : Edisem, Paris : Maloine, 2008, p. 82-83.

Cette cellule mentionne la source de référence de l'information contenue dans la grille d'analyse de la manoeuvre. Nous avons, le plus souvent, privilégié le traité *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur*² puisqu'il constitue, à notre avis, un ouvrage québécois complet et de haute qualité. Lorsque vous retrouverez dans la cellule « Référence » des différentes grilles présentées simplement un numéro de page, c'est que nous vous renvoyons directement à ce traité.

2. RACHIS CERVICAL

L'examen d'un individu se plaignant d'un problème cervical doit normalement commencer par une inspection générale et ce, dès son entrée au bureau de l'examineur et tout au long qu'il décrit ses symptômes. Cet examen est habituellement effectué d'abord par une observation de la posture du rachis (antépulsion de la tête, épaules enroulées vers l'avant, raideur lors de la rotation). Il se continue par une observation du rachis cervical proprement dit et des régions anatomiques environnantes à la recherche, par exemple, d'une scoliose, d'une rigidité, d'une lordose anormale ou d'une atrophie de la ceinture scapulaire et des membres supérieurs. L'examen se poursuit par la palpation en restant vigilant à toute modification musculaire ou point douloureux. L'examineur doit, par la suite, évaluer la mobilité du rachis cervical, tant activement que passivement, de manière globale et segmentaire. Idéalement, l'examineur doit identifier, aux fins d'une expertise, les amplitudes normales qu'il retient à titre de point de comparaison.

Selon certains, la mobilité cervicale est difficile à évaluer, tel qu'en fait foi ce qui suit :

La mobilité cervicale est difficile à mesurer de façon précise, notamment parce qu'il y a peu de points de repère anatomiques et qu'il existe différents mécanismes compensatoires selon les diverses directions. De plus, la mobilité est influencée par l'âge, les variations de la souplesse des tissus mous et les affections cervicales. La flexion-extension est en général mieux préservée que les autres amplitudes. Les répercussions fonctionnelles les plus importantes sont associées à une ankylose des rotations (pendant la conduite automobile, par exemple).³

2.1 Amplitude de mouvement

L'indemnisation des séquelles permanentes ou de la perte de qualité de vie consécutive à un accident de la route s'évalue selon différentes techniques. Dans le cas du rachis cervical, l'évaluation doit se faire, soit par la description des restrictions fonctionnelles, soit par l'évaluation globale pondérée. L'évaluation du rachis cervical, selon cette dernière technique, doit s'effectuer conformément à l'article 3 des règles particulières d'évaluation pour l'unité fonctionnelle, le déplacement et le maintien de la tête prévues à l'annexe I du *Règlement sur l'indemnité forfaitaire pour préjudice non pécuniaire*⁴ qui prévoit ce qui suit :

3 . L'évaluation globale pondérée est réalisée en présence d'une diminution de la mobilité active.

². Y. BERGERON, L. FORTIN et R. LECLAIRE, préc., note 1.

³. *Ibid.*, p. 205 et 206.

⁴. *Règlement sur l'indemnité forfaitaire pour préjudice non pécuniaire*, R.R.Q., c. A-25, r. 5

1° La diminution de la mobilisation active est évaluée en mesurant les amplitudes maximales des mouvements actifs obtenues avec effort optimum de la personne évaluée. Le résultat obtenu doit être consistant avec l'ensemble des données cliniques. En présence d'une discordance ne pouvant être expliquée conformément aux connaissances médicales reconnues, la mesure du mouvement passif est alors retenue.

2° Les limites de la normale des amplitudes de mouvements sont obtenues par comparaison avec le mouvement équivalent controlatéral. À défaut ou si le mouvement controlatéral n'est pas sain, se référer aux données conventionnelles généralement reconnues normales pour l'âge.

3° Pour chaque mouvement, l'importance de la perte est reportée au tableau prévu à cet effet. Pour un mouvement donné, lorsqu'un résultat se situe entre 2 valeurs indiquées, la valeur la plus rapprochée est retenue.

Il nous faut souligner que, malgré nos recherches, nous n'avons pu clairement trouver « les données conventionnelles généralement reconnues normales pour l'âge » dont fait mention cette disposition. De plus, nous avons constaté que même les barèmes utilisés au Québec concernant l'indemnisation des victimes ne s'entendent pas tous sur le degré d'amplitude de mouvement d'une personne normale, tel que le démontre le tableau ci-dessous.

Tableau 1

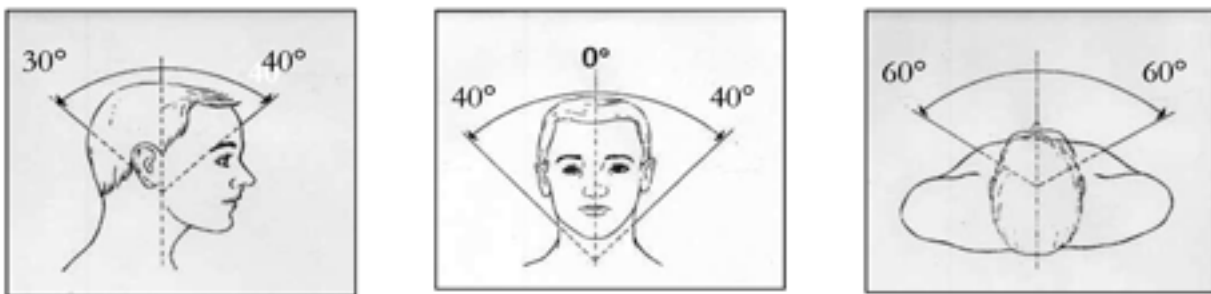
Amplitude normale du rachis cervical selon divers barèmes

Mouvement / Barème	A.M.A. ⁵	Ancien barème SAAQ ⁶	CSST ⁷
Flexion	50°	40°	40°
Extension	60°	30°	30°
Flexion latérale (inclinaison)	45°	40°	40°
Rotation	80°	60°	60°

Certains experts parlent, parfois, des amplitudes normales de mouvements retrouvées au barème américain, ce qui crée certains problèmes lorsqu'il faut comparer diverses expertises effectuées pour une même victime au fil du temps afin de démontrer, par exemple, une détérioration de sa condition.

La figure 1 qui suit illustre les amplitudes de mouvements du rachis cervical selon les barèmes québécois.

Fig. 1 Les mouvements du rachis cervical



Ces images ont été légèrement modifiées. À l'origine, elles proviennent de : Klaus BUCKUP, *Examen clinique de l'appareil locomoteur, tests-signes-manoevres*, 2^e éd., Paris, Maloine, 2010, page 11.

2.2 Schéma en étoile de Maigne

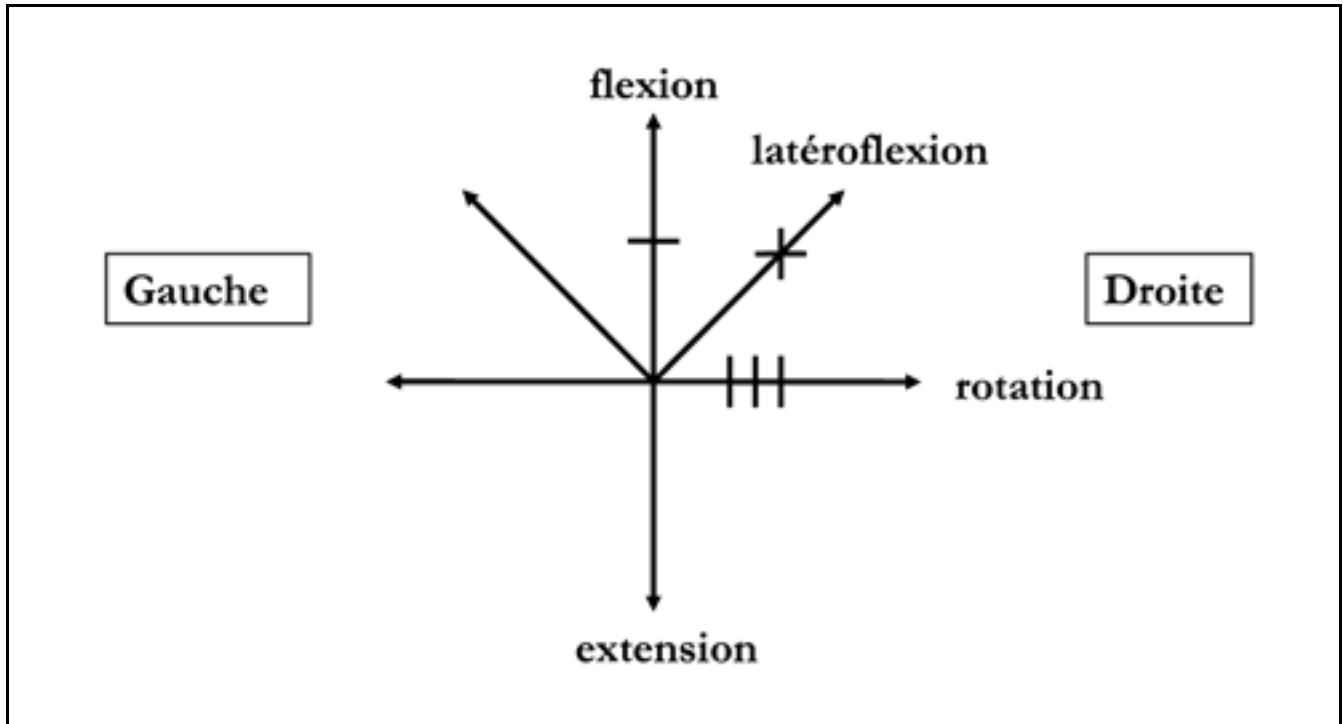
Lors de la consultation des dossiers médicaux d'une victime, on retrouve fréquemment un schéma en forme d'étoile visant à décrire les limitations de mouvements du rachis. Il s'agit du schéma en étoile de Maigne qui utilise des traits et des croix plus ou moins rapprochés d'un épicycle. Les traits traduisent une limitation non douloureuse et, les croix, une limitation douloureuse. L'importance des limitations est représentée par le nombre de traits ou de croix (de 1 à 3) et par leur distance de l'épicycle.

Fig. 2 Le schéma en étoile de Maigne

5. Linda COCCHIARELLA et Gunnar B.J. ANDERSSON, *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 5^e éd., Chicago, American Medical Association, 2001, p. 418, 420 et 421.

6. *Règlement sur les atteintes permanentes*, R.R.Q., c. A-25, r. 0.1 (Répertoire des atteintes permanentes, version annotée par la S.A.A.Q.).

7. *Règlement sur le barème des dommages corporels*, R.R.Q., c. A-3.001, r. 0.01.



Dans l'exemple ci-dessus, le patient présente une limitation non douloureuse en flexion, une limitation douloureuse en latéro-flexion droite et une limitation sévère, mais non douloureuse, en rotation droite.

2.3 Évaluation de la cervico-brachialgie

2.3.1 Manoeuvres de mise en tension radiculaire

En présence d'une cervico-brachialgie à connotation radiculaire, différentes manoeuvres peuvent être effectuées pour déterminer l'existence d'une irritation radiculaire. Vous trouverez ci-après certaines de ces manoeuvres

2.3.1.1 Manoeuvre de Spurling

Test de compression

La manoeuvre a pour but de mettre en évidence une irritation radiculaire en augmentant la tension sur la racine nerveuse atteinte et en aggravant la douleur radiculaire ou les dysesthésies.

Le patient est assis, la tête inclinée du côté symptomatique, et l'examineur effectue une pression axiale sur le dessus de la tête.

La fiabilité de ce test est bonne. Sa spécificité est élevée, mais sa sensibilité est faible.



pages 210, 239 et 246

2.3.1.2 Manoeuvre de distraction

Test de la traction cervicale

La manoeuvre a pour but de mettre en évidence une irritation radiculaire en diminuant la tension sur la racine nerveuse atteinte et la douleur radiculaire ou les dysesthésies.

Le test consiste à étirer la tête du patient. Il est positif si la douleur radiculaire est diminuée.

La fiabilité de ce test est bonne. Sa spécificité est élevée, mais sa sensibilité est faible.



pages 210 et 238

2.3.1.3 Manoeuvre de d'abduction de l'épaule

Test d'abduction ipsilatérale de l'épaule, test de Bakody

La manoeuvre a pour but de mettre en évidence une irritation radiculaire en diminuant la tension sur la racine nerveuse atteinte et la douleur radiculaire ou les dysesthésies.

Le test consiste à réaliser passivement une abduction complète du côté symptomatique. Il est positif si la douleur radiculaire est diminuée au niveau des racines C4 à C6.

La fiabilité de ce test est moyenne. Sa spécificité est élevée, mais sa sensibilité est faible.



pages 210 et 239

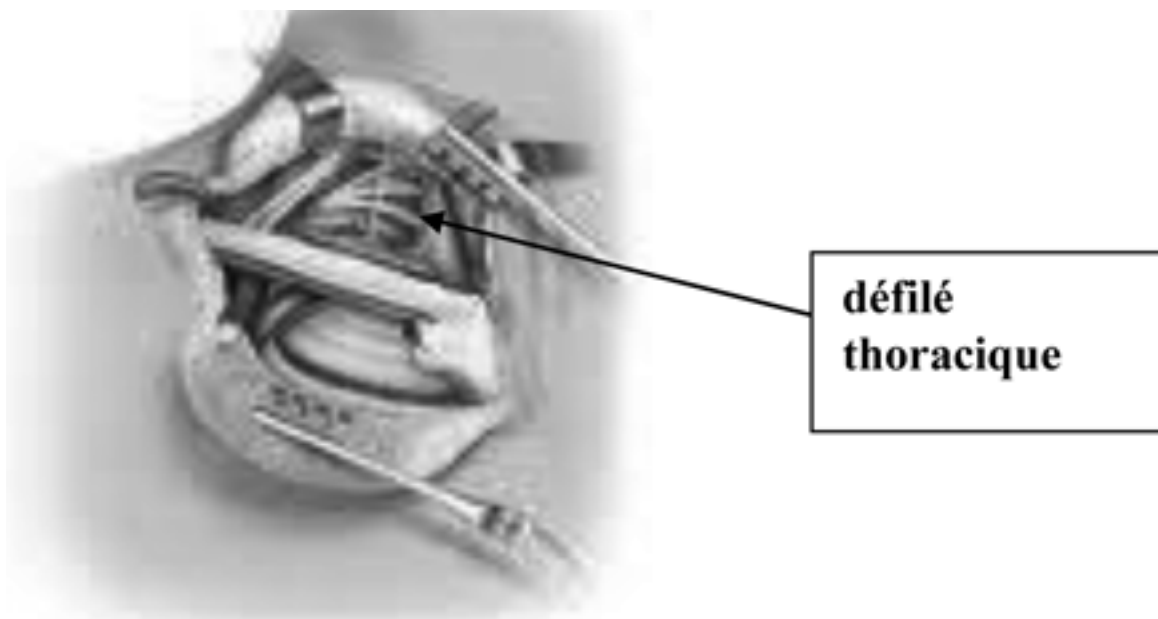
2.3.2 Manoeuvres du syndrome du défilé thoracique

Ce syndrome peut être défini comme une compression des structures neurovasculaires au moment de leur passage à l'intérieur du défilé thoracique. Le syndrome du défilé thoracique (SDT) est caractérisé par des symptômes de douleurs et de paresthésies (engourdissements, sensation de fourmillements, picotements) dans la main, au niveau de la face interne du bras, de l'épaule et du cou. La plupart du temps, les symptômes sont distribués le long de la partie interne du membre supérieur jusqu'aux 4^e et 5^e doigts et, occasionnellement, à la partie adjacente de la paroi thoracique antérieure. Les symptômes sont généralement provoqués ou amplifiés lorsque les bras sont étendus, lorsque le patient tourne la tête, lorsqu'il respire profondément ou lorsque les bras sont maintenus élevés au-dessus des épaules pendant un certain temps.

Le défilé thoracique est situé entre les masses musculaires des scalènes, sous la clavicule et au-dessus de la 1^{re} côte. C'est le trajet qu'emprunte le plexus brachial, de même que les artères et les veines sous-clavières. Les conditions qui amènent cette compression sont multiples : hypertrophie du muscle scalène antérieur, présence d'une côte cervicale surnuméraire, étranglement costoclaviculaire, hyperabduction de l'épaule, épaule tombante, spasme musculaire, par exemple, suite à une entorse cervicale, ou cervicalgie posturale et tensionnelle.

L'examen clinique consiste à rechercher une altération du pouls radial et la présence d'un souffle sous claviculaire provoquées par certaines manoeuvres d'élévation du bras. Ces manoeuvres ont pour but d'amener l'épaule dans une position de compression en conjuguant des positions d'abduction, d'extension, de rotation externe et d'inspiration profonde. Différentes manoeuvres existent afin de tenter d'objectiver la présence de ce syndrome et d'en déterminer l'étiologie.

Fig. 3 Le défilé thoracique



L'image provient du site : <<http://www.maitrise-orthop.com/viewPage.do?id=1061>> (consulté le 3 janvier 2011)

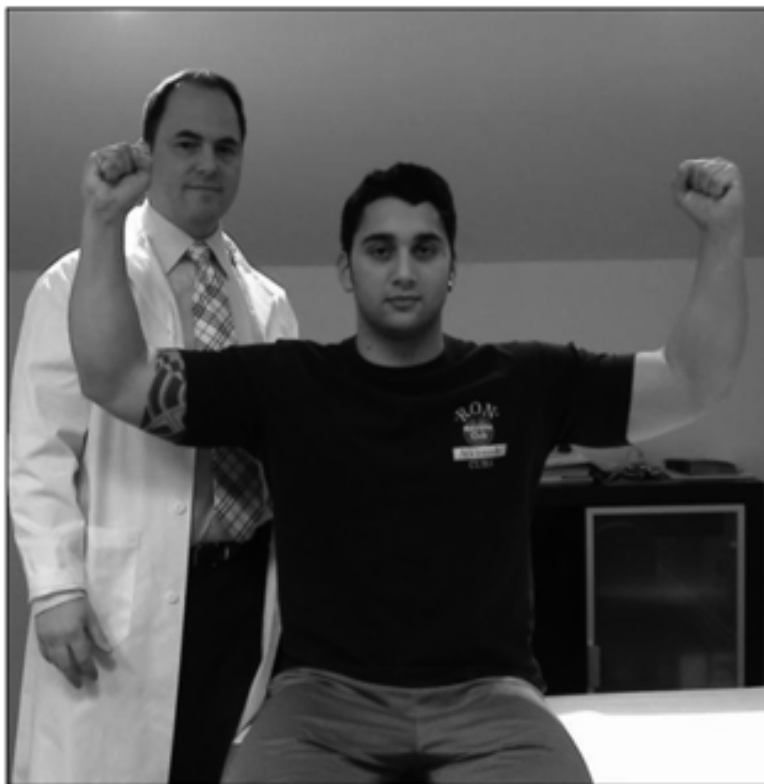
2.3.2.1 Manoeuvre de Roos

Elevated Arm Stress Test (EAST)
ou syndrome d'effort du bras
élevé (SEBE)

La manoeuvre a pour but de
reproduire les symptômes du SDT
: apparition graduelle de douleurs
au cou et aux épaules, aux bras ou
des paresthésies dans les
avant-bras et les doigts.

Il s'agit d'élever les 2 bras à 90°
d'abduction et de rotation latérale
avec les épaules et les coudes
dans le plan frontal du thorax. Les
coudes sont fléchis à 90° tout en
ouvrant et fermant lentement les
mains durant 3 minutes.

La fiabilité de ce test serait la plus
élevée des tests du SDT.



page 296

2.3.2.2 Manoeuvre d'Adson

N/A

La manoeuvre a pour but d'éliminer la présence d'un syndrome du scalène antérieur ou d'une côte cervicale. Elle vise à objectiver la disparition ou la diminution du pouls radial.

Le test s'effectue alors que le patient assis, membres supérieurs reposant sur les genoux, inspire profondément, soulève le menton et tourne la tête d'un côté.

La fiabilité de ce test est faible compte tenu de nombreux faux positifs.



page 297

2.3.2.3 Manoeuvre de Wright

Manoeuvre pour détecter un syndrome du petit pectoral (syndrome d'hyperabduction)

La manoeuvre a pour but de mettre en évidence le syndrome du petit pectoral. Elle vise à objectiver la disparition ou la diminution du pouls radial reproduisant les symptômes habituels.

Le test consiste à élever le bras en hyperabduction avec une rotation externe à 90° et le coude en légère flexion.

Ce test est considéré comme plus ou moins spécifique puisqu'il peut être positif dans divers syndromes.



page 297

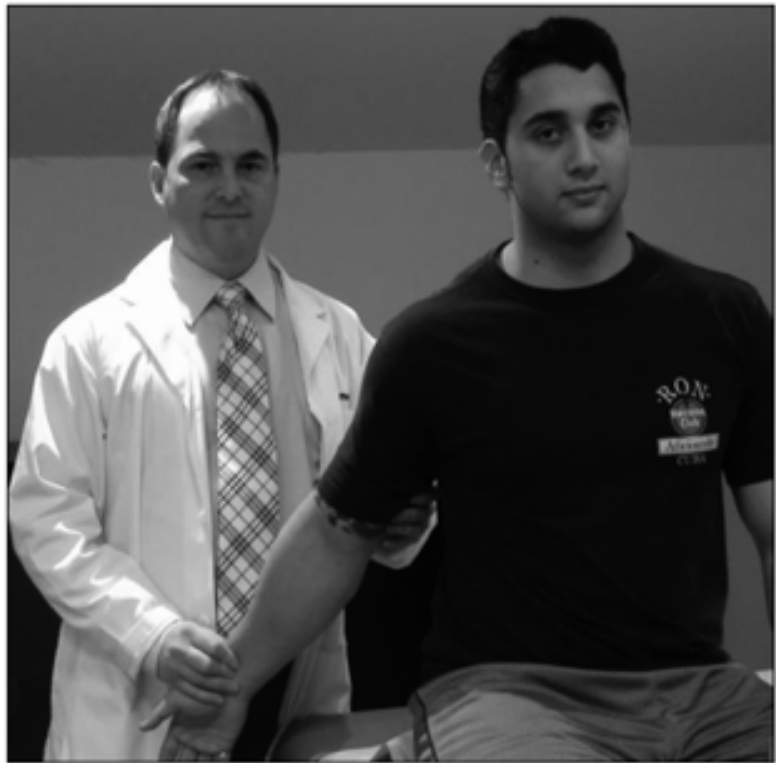
2.3.2.4 Manoeuvre du syndrome scapulo-costal

Manoeuvre costo-claviculaire

La manoeuvre a pour but de mettre en évidence un syndrome scapulo-costal par la diminution du pouls radial en fonction de la position du bras.


Le test consiste à positionner le bras le long du corps puis vers l'arrière.

N/A



pages 297 et 298

2.3.2.5 Manoeuvre de la posture militaire

Manoeuvre du militaire	
La manoeuvre a pour but de mettre en évidence un syndrome costoclaviculaire. Elle vise à objectiver une diminution ou une abolition du pouls radial.	
Le test consiste à demander au patient de porter les épaules vers l'arrière et vers le bas (exagération de la position militaire).	
N/A	pages 297 et 298

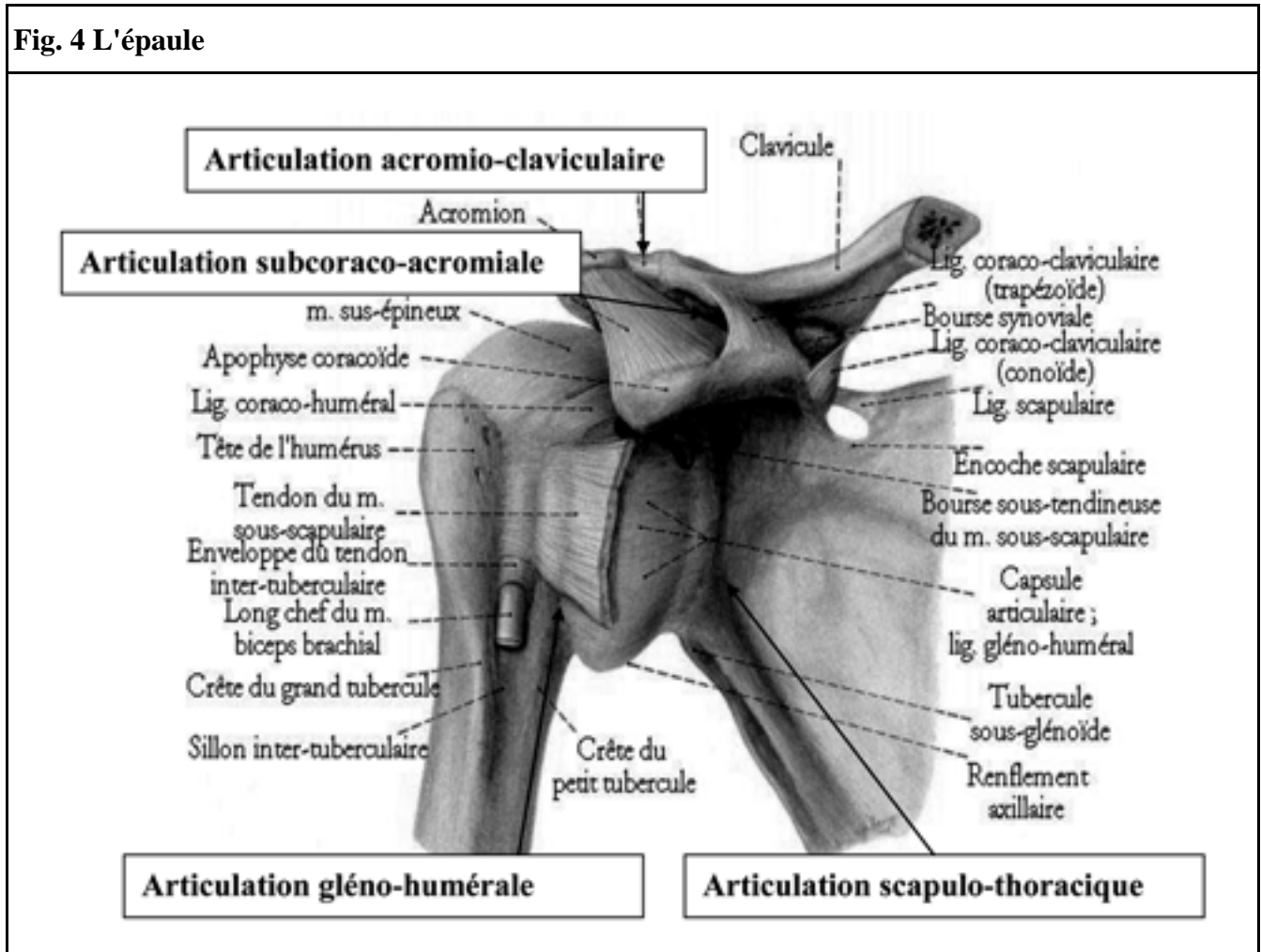
3. ÉPAULE

L'examen d'un individu se plaignant d'un problème à l'épaule doit normalement commencer par une inspection, suivie par une palpation des os, de l'articulation et des tissus mous. Les mesures d'amplitude de mouvements doivent être effectuées tant activement que passivement et l'examen doit comprendre les manoeuvres dites d'accrochage, de la coiffe des rotateurs, de laxité, d'instabilité et d'évaluation de l'articulation acromio-claviculaire.

De plus, le tout doit être complété par un examen du rachis cervico-dorsal, par un examen neuro-vasculaire des membres supérieurs et par des manoeuvres du syndrome du défilé thoracique.

L'épaule est une structure fort complexe puisqu'elle compte plusieurs articulations dont trois de type synovial, soit l'articulation gléno-humérale, l'articulation acromio-claviculaire et l'articulation

sterno-claviculaire (non illustrée à la figure 4) et deux de type physiologique (c'est-à-dire qu'elles n'ont pas les caractéristiques d'une articulation mais elles jouent un rôle important dans la biomécanique de l'épaule), soit l'articulation scapulo-thoracique et l'articulation subcoraco-acromiale.



3.1 Amplitude de mouvement

L'épaule doit être évaluée, entre autres, en tenant compte des dispositions de l'article 6 des règles particulières d'évaluation pour l'unité fonctionnelle, le déplacement et le maintien du membre supérieur prévues à l'[annexe I](#) du *Règlement sur l'indemnité forfaitaire pour préjudice non pécuniaire*⁸ qui se lisent comme suit :

6 . L'évaluation globale pondérée est réalisée en présence d'une diminution de la mobilisation active.

⁸. *Règlement sur l'indemnité forfaitaire pour préjudice non pécuniaire*, R.R.Q., c. A-25, r. 5.4.

1° La diminution de la mobilisation active est évaluée en mesurant les amplitudes maximales des mouvements actifs obtenues avec effort optimum de la personne évaluée. Le résultat obtenu doit être consistant avec l'ensemble des données cliniques. En présence d'une discordance ne pouvant être expliquée conformément aux connaissances médicales reconnues, la mesure du mouvement passif est alors retenue.

2° Les limites de la normale des amplitudes de mouvements sont obtenues par comparaison avec le mouvement équivalent controlatéral. À défaut ou si le mouvement controlatéral n'est pas sain, se référer aux données conventionnelles généralement reconnues normales pour l'âge.

3° Pour chaque mouvement, l'importance de la perte est reportée au tableau prévu à cet effet.

Comme les pertes d'amplitudes de mouvements sont indiquées en termes de pourcentage dans le règlement, il y a avantage à connaître les amplitudes normales des mouvements retenues par l'expert afin de déterminer un pointage exact qui correspondra à une classe de gravité.

Les différents barèmes utilisés au Québec ne s'entendent pas tous sur le degré d'amplitude de mouvement de l'épaule d'une personne normale, particulièrement pour les mouvements d'extension, d'adduction et de rotation interne, tel que le démontre le tableau ci-dessous.

Tableau 2

Amplitude normale de l'épaule selon divers barèmes

Mouvement	Barème	A.M.A. ⁹	Ancien barème SAAQ ¹⁰	CSST ¹¹
Flexion antérieure		180°	180°	180°
Extension		50°	40°	40°
Adduction		50°	20°	20°
Abduction		180°	180°	180°
Rotation interne (abduction à 90°)		90°	40°	40°
Rotation interne (bras long du corps)		–	40°	40°
Rotation externe (abduction à 90°)		90°	90°	90°
Rotation externe (bras long du corps)		–	45°	45°

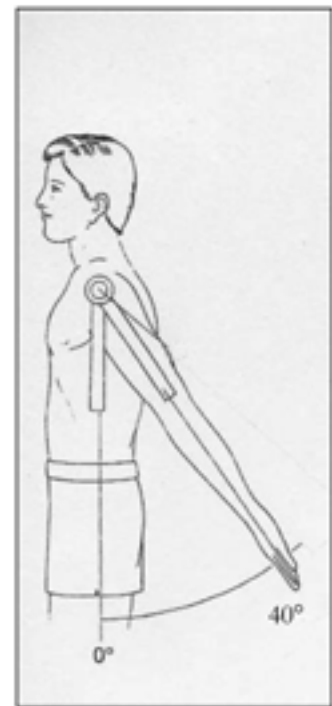
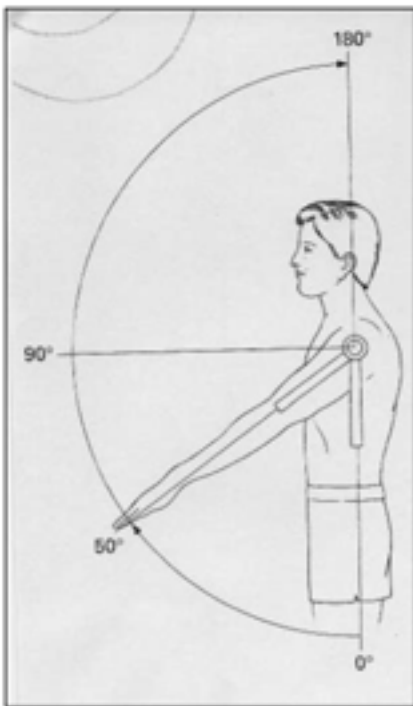
9 10 11

Fig. 5 Les mouvements de flexion et d'extension

9. L. COCCHIARELLA et G.B.J. ANDERSSON, *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, préc., note 5, p. 475, 477 et 478.

10. *Règlement sur les atteintes permanentes*, R.R.Q., c. A-25, r. 0.1 (Répertoire des atteintes permanentes, version annotée par la S.A.A.Q.).

11. *Règlement sur le barème des dommages corporels*, R.R.Q., c. A-3.001, r. 0.01.

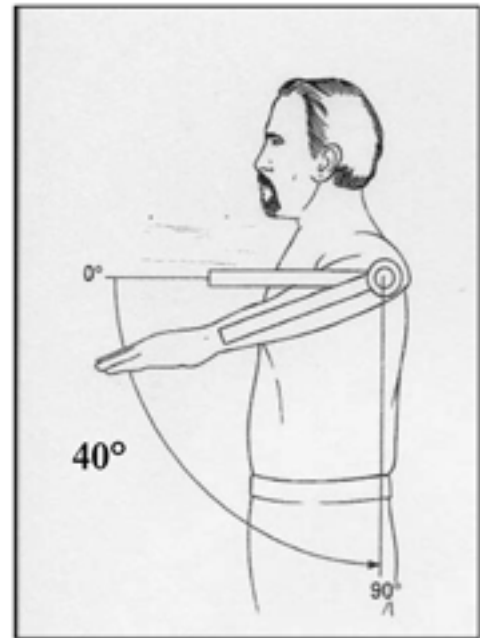


Ces images ont été légèrement modifiées. Elles proviennent de : L. COCCHIARELLA et G.B.J. ANDERSSON, *Guide to the Evolution of Permanent Impairment*, 5^e éd., Chicago, American Medical Association, 2001, à la page 475.

Fig. 6 Les mouvements de rotation externe et interne

rotation externe en abduction à 90°

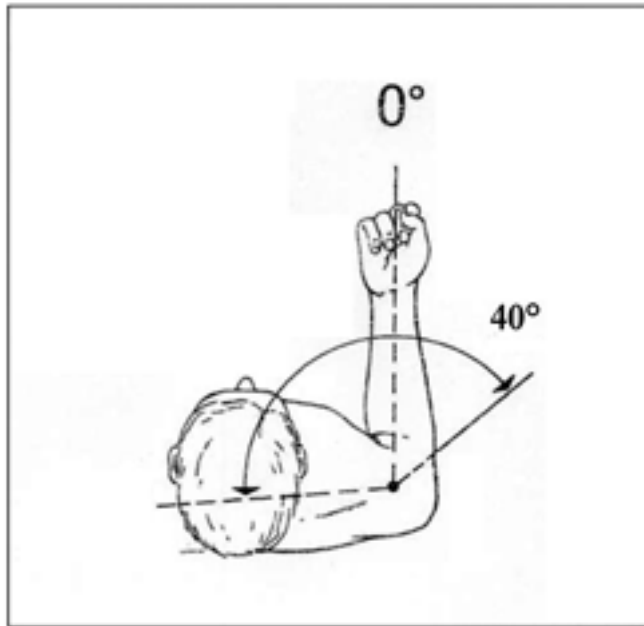
rotation interne en abduction à 90°



Ces images ont été légèrement modifiées. Elles proviennent de : L. COCCHIARELLA et G.B.J. ANDERSSON, *Guide to the Evolution of Permanent Impairment*, 5^e éd., Chicago, American Medical Association, 2001, à la page 478.

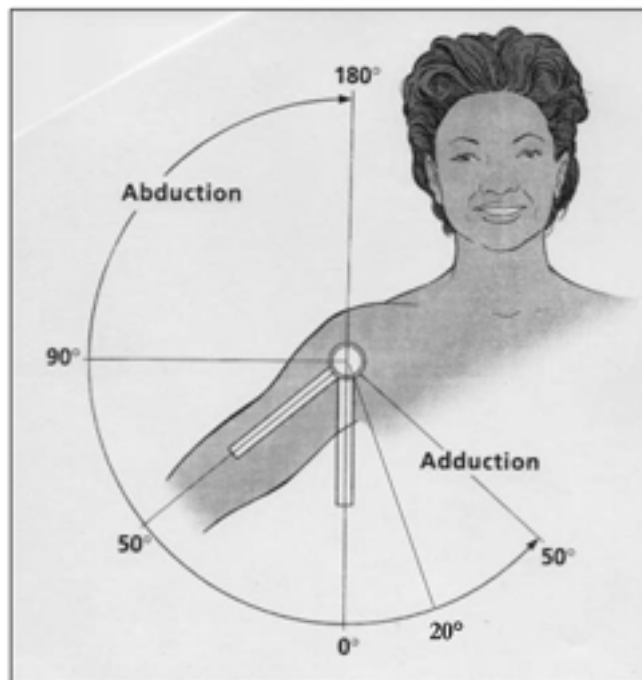
Fig. 7 Les mouvements de rotation externe et interne

rotation externe et interne le bras le long du corps



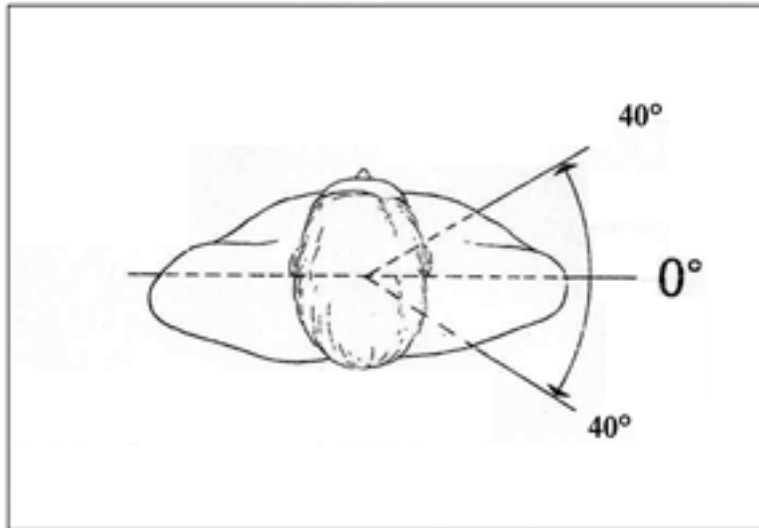
Ces images ont été légèrement modifiées. Elles proviennent de : K. BUCKUP, *Examen clinique de l'appareil locomoteur, tests-signes-manoevres*, 2^e éd., Paris, Maloine, 2010, page 98.

Fig. 8 Les mouvements d'abduction et d'adduction



Ces images ont été légèrement modifiées. Elles proviennent de : L. COCCHIARELLA et G.B.J. ANDERSSON, Guide to the Evolution of Permanent Impairment, 5^e éd., Chicago, American Medical Association, 2001, à la page 478.

Fig. 9 Les mouvements d'antépulsion et de rétropulsion



Ces images ont été légèrement modifiées. Elles proviennent de : K. BUCKUP, *Examen clinique de l'appareil locomoteur, tests-signes-manoevres*, 2^e éd., Paris, Maloine, 2010, page 98.

3.2 Manoeuvre de l'épaule

3.2.1 Évaluation de l'accrochage

L'accrochage est un frottement douloureux de la coiffe des rotateurs qui survient lors des mouvements amples de l'épaule quand il y a compression par les structures osseuses. L'accrochage étant d'abord un phénomène mécanique lié au mouvement, son diagnostic sera posé lors d'un examen physique reproduisant le geste d'accrochage. Il existe différentes manoeuvres visant à reproduire un tel accrochage. Dans le présent document, nous nous limiterons à l'examen des manoeuvres de Neer, de Hawkins et de Yocum.

3.2.1.1 Manoeuvre de Neer

Test du choc

La manoeuvre a pour but de reproduire un accrochage. Elle vise à objectiver une douleur causée par le contact entre la surface supérieure des tendons de la coiffe et une partie de l'acromion et du ligament coraco-acromial.

L'examineur se place derrière le patient. L'épaule est fléchie passivement jusqu'à 180°. Un test positif suggère un accrochage antérosupérieur.

Ce test a une haute sensibilité de 89%, mais une spécificité de 30%.



page 571

3.2.1.2 Manoeuvre de Hawkins

Manoeuvre de Hawkins- Kennedy

La manoeuvre a pour but de reproduire un accrochage. Elle vise à objectiver une douleur causée par le contact entre la surface supérieure des tendons de la coiffe et une partie de l'acromion et du ligament coraco-acromial.

L'épaule est fléchie passivement à 90° et des mouvements de rotations internes répétées sont effectués. Un test positif suggère un accrochage antéro-supérieur ou antéro-interne.

Ce test a une sensibilité de 92% et une spécificité de 25%.



pages 571 et 572

3.2.1.3 Manoeuvre de Yocum

N/A

La manoeuvre vise à objectiver une douleur témoignant de la présence d'un syndrome d'accrochage.

L'examineur se place derrière le patient qui place sa main sur l'épaule opposée à celle examinée et élève le coude contre résistance. Un test positif suggère un syndrome d'accrochage antéro-supérieur ou antéro-interne.

Ce test a une sensibilité de 78%.



page 572

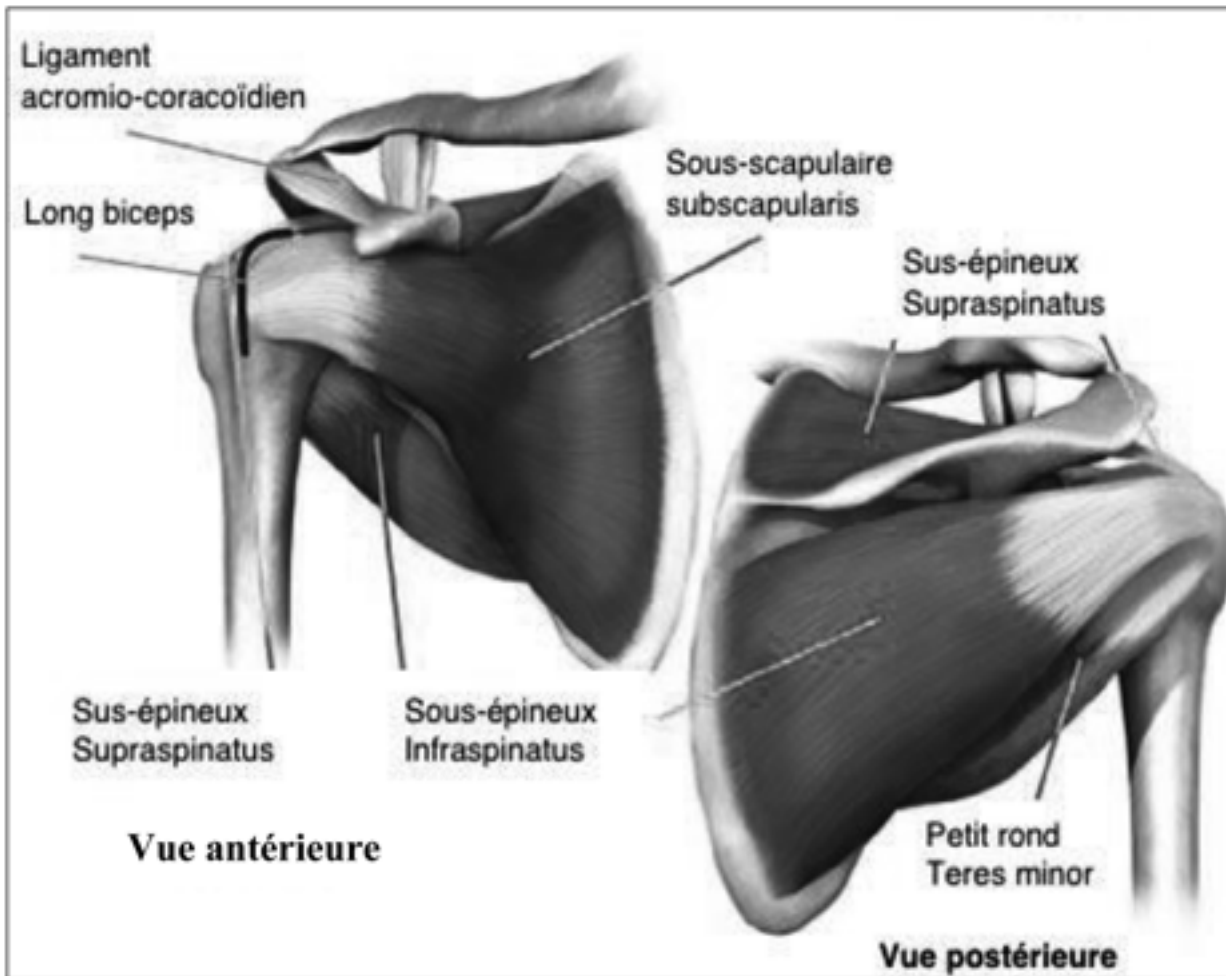
3.2.2 Évaluation de la coiffe des rotateurs

La coiffe des rotateurs est composée de quatre tendons différents continués par des muscles qui s'insèrent sur l'omoplate. Il s'agit du sous-scapulaire ou subscapulaire (devant l'épaule et qui permet une rotation vers l'intérieur), du sus-épineux ou supra-épineux (en supérieur et qui permet l'élévation du bras dans l'axe de l'omoplate), du sous-épineux ou infra-épineux et du petit rond (en postérieur et qui amènent un mouvement de rotation du bras vers l'extérieur). Les manoeuvres servent à identifier le ou les tendons responsables des symptômes et utilisent des contractions résistées spécifiques à chaque muscle de la coiffe. Nous examinerons la manoeuvre de Jobe et la manoeuvre de la canette pleine qui évaluent l'intégrité du tendon du sus-épineux, la manoeuvre de Patte qui évalue le tendon du sous-épineux et du petit rond, le *lift-off test* et le test de Napoléon qui évaluent le tendon du subscapulaire et, finalement, les manoeuvres de Speed et de Yergason qui évaluent le tendon de la longue portion du biceps.

Éditions Yvon Blais, une société Thomson Reuters.

©Thomson Reuters Canada Limitée. Tous droits réservés.

Fig. 10 La coiffe des rotateurs



Cette image provient du site : <<http://prov.voila.net/caps.htm>> (consulté le 3 janvier 2011)

- Sus-épineux ou supra-épineux ou *supraspinatus*

- Sous-épineux ou infra-épineux ou *infraspinatus*
- Petit rond ou *teres minor*
- Sous-scapulaire ou *subscapularis* ou subscapulaire

3.2.2.1 Manoeuvre de Jobe

Manoeuvre de la canette vide renversée ou *empty can*.

Cette manoeuvre a pour but de mettre en évidence une déchirure du tendon du supra-épineux.

L'épaule est positionnée à 90° d'abduction, 30° de flexion horizontale et en rotation. Le patient élève le bras contre résistance.

Ce test a une sensibilité de 44 % et une spécificité de 90 %.



page 573

3.2.2.2 Manoeuvre de la canette pleine

Full can test

Cette manoeuvre a pour but de mettre en évidence une déchirure du tendon du supra-épineux.

L'épaule est positionnée à 90° d'abduction, 45° de flexion horizontale et en rotation latérale. Le patient élève le bras contre résistance.

Ce test a une sensibilité de 44 % et une spécificité de 90 %.



pages 573 et 574

3.2.2.3 Manoeuvre de Patte

N/A

Cette manoeuvre a pour but de mettre en évidence une atteinte du tendon infra-épineux et du petit rond.

L'épaule est positionnée à 90° d'abduction et en rotation neutre. Le patient exécute une rotation latérale contre résistance.

Ce test a une sensibilité de 92 % et une spécificité de 30 %.



page 574

3.2.2.4 Lift-off test

Gerber lift-off test, manoeuvre de décollement de Gerber

Cette manoeuvre a pour but de mettre en évidence une atteinte du tendon du subscapulaire.

L'épaule est placée passivement en rotation médiale et légèrement en extension afin de placer le dos de la main à 5 à 10 cm de la région lombaire, coude fléchi à 90°. Ce test est positif si le patient ne peut maintenir la main dans cette position.

Ce test a une sensibilité de 100 % et une spécificité de 100 %.



page 574

3.2.2.5 Test de Napoléon

Belly press test, test de compression abdominale

Cette manoeuvre a pour but de mettre en évidence une atteinte du tendon du muscle subscapulaire.

L'examen est réalisé en position debout. L'avant-bras du patient, coude fléchi et le bras en rotation interne maximale, sera positionné par l'examineur sur le ventre. En cas d'atteinte, le patient est incapable de maintenir le bras sur le ventre.

N/A



K. BUCKUP, *Examen clinique de l'appareil locomoteur, tests-signes- manoeuvres*, 2^e éd., Paris, Maloine, 2010, page 114.

3.2.2.6 Manoeuvre de Speed

Manoeuvre de la paume vers le haut

Cette manoeuvre a pour but de mettre en évidence une atteinte de la longue portion du biceps brachial.


L'épaule est positionnée à 90° de flexion avec le coude en extension et l'avant-bras en supination. On effectue une flexion de l'épaule contre résistance.

Ce test a une sensibilité de 38 % et une spécificité de 83 %.



page 574

3.2.2.7 Manoeuvre de Yergason

N/A	
<p>Cette manoeuvre a pour but de mettre en évidence une atteinte du tendon de la longue portion du biceps.</p>	
<p>On place le membre supérieur le long du corps, le coude fléchi à 90° et on demande au patient d'effectuer une supination-rotation externe contre résistance.</p>	
N/A	<p>Éric RENAUD, « Les maladies courantes de l'épaule », novembre 2001, Le clinicien, 153, en ligne :</p>
	<p><http://www.stacommunications.com/journals/leclinicien/images/clinicienpdf/november01/ericrenaud.pdf></p>

3.2.3 Évaluation de l'articulation acromio-claviculaire

Les manoeuvres visent à reproduire une douleur au niveau de l'articulation acromio-claviculaire.

Nous examinerons trois manoeuvres visant à vérifier l'intégrité de l'articulation, à savoir les manoeuvres d'O'Brien, de Paxinos et du foulard.

<h4>3.2.3.1 Manoeuvre d'O'Brien</h4>

N/A

Cette manoeuvre a pour but d'évaluer l'articulation acromio-claviculaire en produisant une douleur localisée à l'articulation durant la première manoeuvre, puis une diminution ou une disparition de la douleur à la seconde.

L'épaule est positionnée à 90° de flexion, 15° d'adduction et en rotation médiale complète, pouce pointé vers le bas et le coude en extension. On effectue une pression vers le bas. Par la suite, le bras est maintenu dans la même position et l'avant-bras en supination. La manoeuvre est répétée.

Ce test a une sensibilité de 100 % et une spécificité de 96,6 % selon O'Brien. Une étude récente parle d'une sensibilité de 16 % et d'une spécificité de 90 %.



page 575

3.2.3.2 Manoeuvre de Paxinos

N/A

Cette manoeuvre a pour but d'évaluer l'articulation acromio-claviculaire en produisant une douleur localisée à cette articulation si positive.

L'épaule est au repos le long du corps. L'examineur applique une force antéro-postérieure rapprochant le pouce situé sur l'acromion de l'index et du majeur situés sur la clavicle distale.

Ce test a une sensibilité de 79 % et une spécificité de 50 %.



page 576

3.2.3.3 Manoeuvre du foulard

Manoeuvre d'hyper-adduction de l'épaule

La manoeuvre est positive lorsqu'elle reproduit une douleur à l'articulation acromio-claviculaire.

L'épaule est placée à 90° de flexion et une adduction passive complète est effectuée par l'examineur.

Ce test a une sensibilité de 77 % et une spécificité de 79 %.



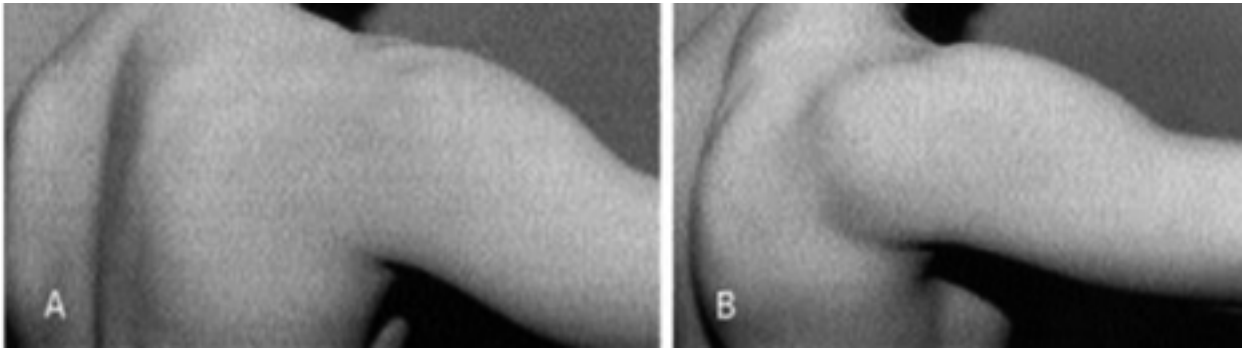
pages 576 et 609

3.2.4 *Évaluation de l'instabilité*

L'articulation de l'épaule est la plus mobile du corps humain mais, également, la plus instable en raison de la forme des surfaces osseuses articulaires en présence. Les surfaces articulaires de l'épaule sont unies grâce à un ensemble de ligaments se situant tout autour de l'articulation qu'on appelle la capsule. L'attache de cette capsule sur le rebord de l'omoplate est connue sous le nom de bourrelet glénoïdal ou glénoïdien. Dans l'instabilité de l'épaule, le bourrelet glénoïdal se détache du rebord de l'omoplate.

Ainsi, lors des manoeuvres de provocation, l'épaule est placée dans une position de subluxation ou de luxation et on évalue la capacité de celle-ci à s'opposer à des forces dans des positions où les ligaments sont mis sous tension.

Fig. 11 La subluxation de l'épaule



Subluxation postérieure positionnelle et involontaire A : position de réduction B : subluxation postérieure en flexion et rotation du bras

3.2.4.1 Manoeuvre d'instabilité antérieure

Cran test, test d'appréhension antérieure de l'épaule

Cette manoeuvre évalue l'instabilité antérieure.


Le patient est sur le dos ou en position assise. L'épaule est située sur le rebord de la table, en abduction et en position neutre, puis progressivement amenée en rotation latérale. Le test est considéré comme positif si le patient a l'impression que son épaule se subluxe ou se luxé antérieurement.

Ce test a une sensibilité de 88 % et une spécificité de 50 %.



page 601

3.2.4.2 Manoeuvre de mise en tension postérieure

N/A	
Cette manoeuvre évalue l'instabilité postérieure.	
Le patient est sur le dos ou en position assise.	
L'épaule est positionnée en flexion, adduction, rotation médiale, coude fléchi. L'examineur place une main sur la scapula et l'autre main applique une force postérieure et pousse sur l'humérus. La manoeuvre est positive, le plus souvent, si elle provoque une douleur à la région postérieure de l'épaule.	
N/A	page 601

Subluxation postérieure positionnelle et involontaire A : position de réduction B : subluxation postérieure en flexion et rotation du bras

3.2.5 Évaluation de la laxité

Le terme de laxité se rapporte à la mobilité physiologique de l'épaule qui permet une mobilité normale et asymptomatique. Les manoeuvres évaluent les mouvements de translation de l'épaule à partir d'une position dans laquelle les ligaments sont relâchés.

Une épaule est considérée comme « laxe » quand l'amplitude de rotation externe coude au corps est supérieure à 80° et qu'un signe du sillon¹² (test du sulcus) peut être mis en évidence.

12. Voir à cet effet le site : <<http://www.maitrise-orthop.com/viewPage.do?id=622>> (consulté le 3 janvier 2011).

3.2.5.1 Manoeuvre du sulcussillon

Sulcussillon subacromial

Cette manoeuvre évalue la laxité inférieure en provoquant une traction sur les ligaments de l'articulation glénohumérale.

Le patient est assis ou debout, le bras le long du corps. L'examineur prend l'avant-bras et exerce une traction vers le bas. Un signe de sulcuse voit par l'apparition d'une dépression à la région inférieure au bord latéral de l'acromion.

N/A



page 603

3.2.5.2 Manoeuvre du tiroir

N/A

Cette manoeuvre évalue la laxité antérieure et postérieure.

Le patient est debout ou assis, le bras le long du corps. D'une main, on stabilise la scapula et, de l'autre, on empoigne la tête humérale et y applique une compression. On exerce une force de translation antérieure puis postérieure sur la tête humérale. L'examineur sent la tête glisser vers et sur le rebord de la glénoïde.

N/A

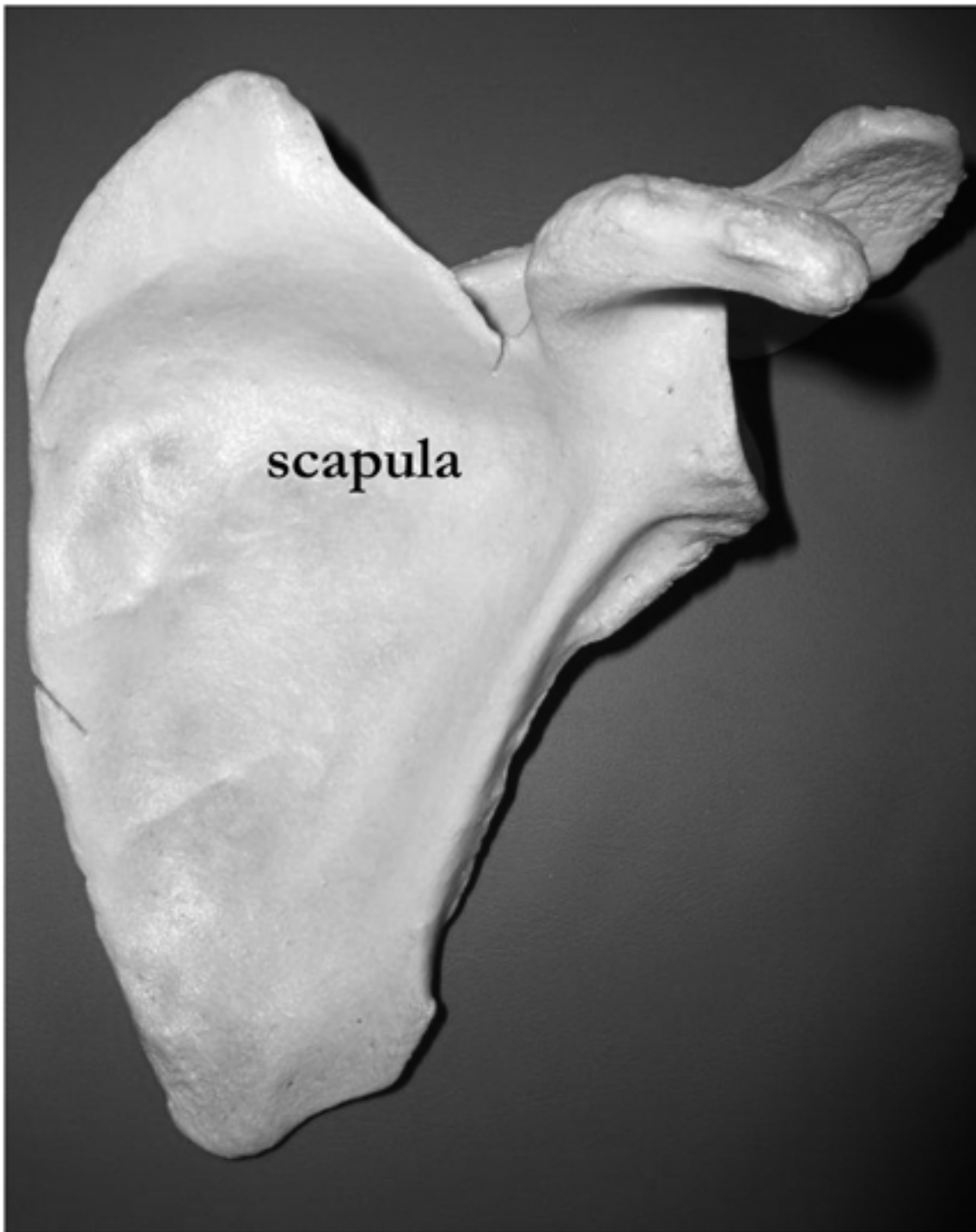


page 603

3.2.6 Évaluation de la scapula (omoplate)

Les manoeuvres évaluent spécifiquement les muscles stabilisateurs de la scapula.

Fig. 12 La scapula



Cette image provient du site : <<http://www.zaffnews.com/health-tips/scapulamuscle-drills.html>>

(consulté le 3 janvier 2011)

3.2.6.1 Manoeuvre de rétraction scapulaire

N/A

Cette manoeuvre vise à stabiliser manuellement la scapula sur le thorax dans une position rétractée, ce qui améliore les symptômes d'accrochage et la douleur associés à la flexion ou à l'abduction de l'épaule.

N/A



page 618

3.2.6.2 Manoeuvre de glissement scapulaire

N/A

La manoeuvre permet d'évaluer la force des muscles stabilisateurs de la scapula.

Ce test évalue trois positions de la scapula en relation avec un point fixe sur la colonne. À la 1^{re} position, les bras sont le long du corps. À la 2^e, les mains sont sur les hanches. À la 3^e, les épaules sont à 90° d'élévation et en rotation maximale. Pour chaque position, des points de référence sont marqués. Une différence de plus de 1,5 cm de distance entre les points du côté sain et du côté affecté est anormale.

N/A



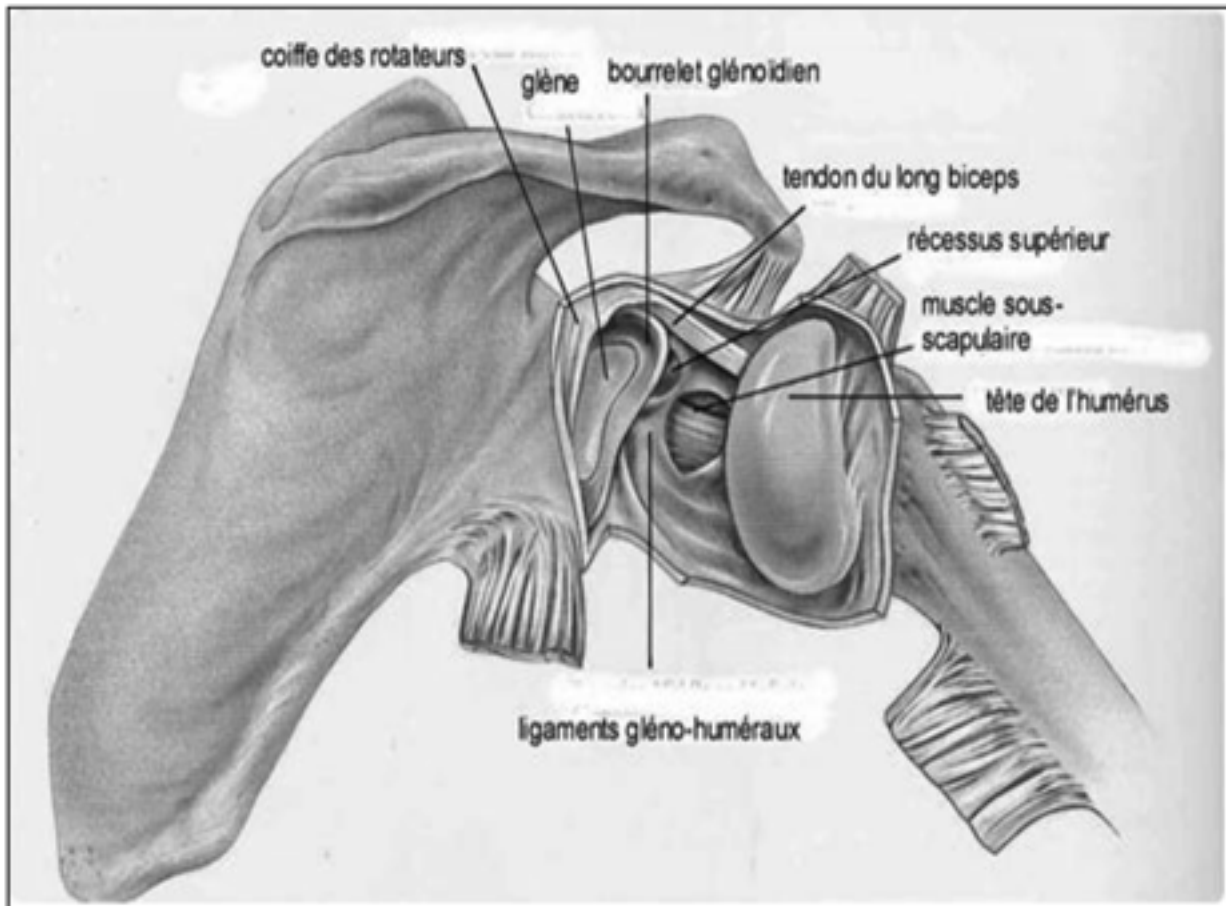
page 517

3.2.7 Évaluation du bourrelet glénoïdal (*labrum*)

Le bourrelet glénoïdal est défini comme « un anneau de cartilage fibreux fixé sur le pourtour de la glène de l'omoplate »¹³ (la glène représentant une cavité peu profonde d'un os située au niveau d'une articulation). Le bourrelet glénoïdal est également appelé *labrum* glénoïdal. Lors de certains mouvements, la cavité s'agrandit, augmentant la couverture de la tête de l'humérus. L'élasticité du bourrelet permet une meilleure stabilité et la lubrification de l'articulation. Nous n'examinerons qu'une seule manoeuvre, soit la manoeuvre d'O'Brien que nous avons déjà examinée pour l'articulation acromio-claviculaire.

13. <<http://dictionnaire.doctissimo.fr/definition-bourrelet-glenoidien.htm>> (consulté le 3 janvier 2011).

Fig. 13 Le bourrelet glénoïdal



3.2.7.1 Manoeuvre d'O'Brien

N/A

Cette manoeuvre a pour but d'évaluer le ourrelet glénoïdal supérieur. Elle produit une douleur profonde ou un déclic douloureux durant la première manoeuvre qui diminue ou disparaît à la seconde. Il faut s'assurer que le patient ressent une douleur profonde (sinon, il pourrait s'agir d'une lésion de l'articulation acromio-claviculaire).

Le patient est debout. L'épaule est positionnée à 90° de flexion, 15° d'adduction et en rotation médiale complète, le coude en extension. On effectue une pression vers le bas. Par la suite, le bras est maintenu dans la même position et l'avant-bras en supination complète et on répète la manoeuvre.

Ce test a une sensibilité de 100 % et une spécificité de 98 % selon O'Brien.



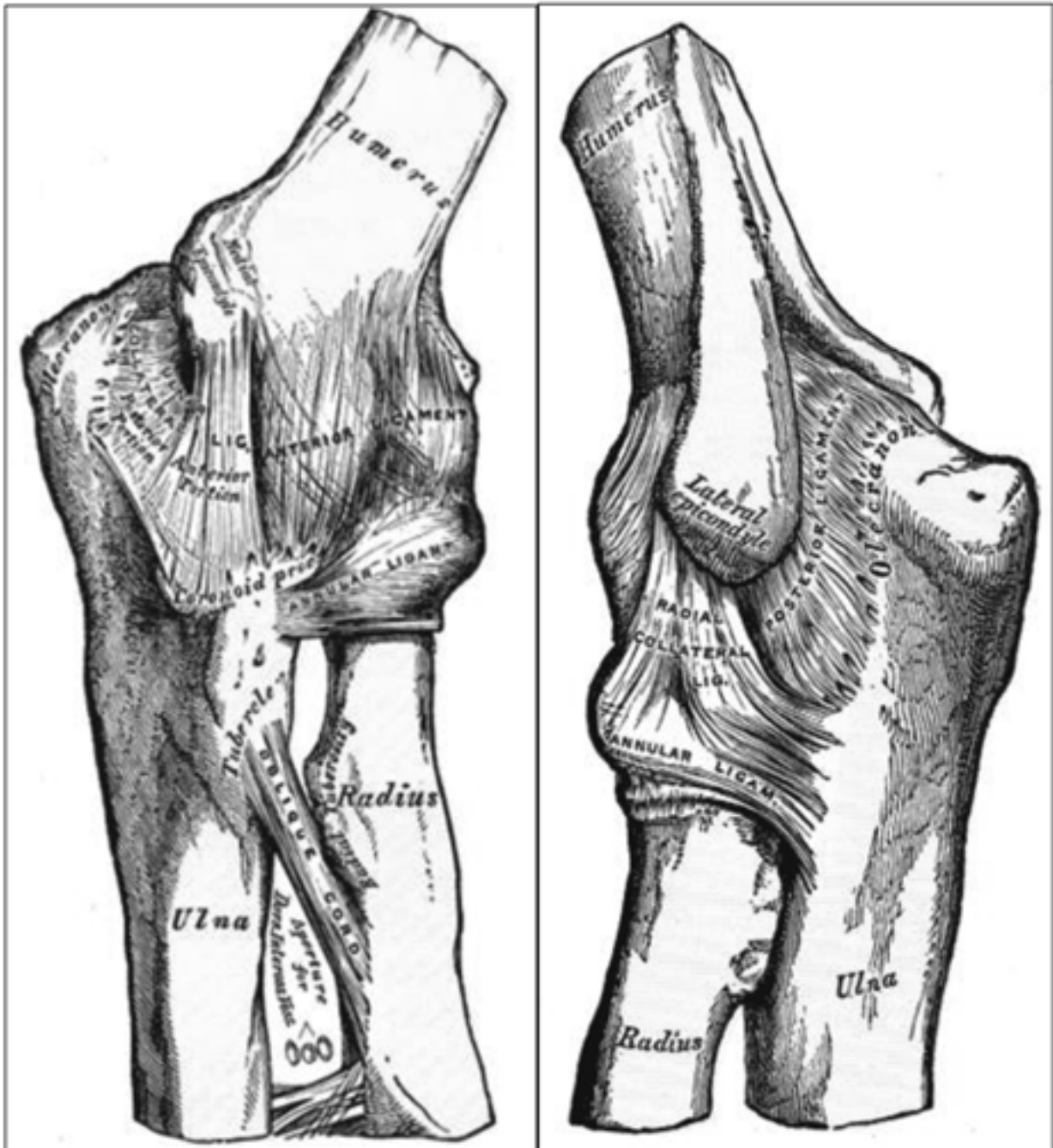
pages 601 et 602

4. COUDE

Le coude est une articulation complexe qui unit le bras à l'avant-bras, c'est-à-dire l'humérus aux deux os de l'avant-bras : le radius et le cubitus (ulna), tel qu'illustré à la figure 15. L'examen d'un individu se plaignant d'un problème au coude doit normalement commencer par une inspection ou une observation comparée au côté contralatéral, suivi par une palpation de l'articulation et une évaluation des tendons et des ligaments. Les mesures d'amplitude de mouvement doivent être effectuées tant activement que

passivement et l'examen doit comporter des manoeuvres tendineuses et ligamentaires si on soupçonne une atteinte à ces niveaux.

Fig. 14 Le coude



Ces images proviennent du site : <<http://fr.wikipedia.org/wiki/Fichier:Gray330.png>>.

4.1 Amplitude de mouvement

Les amplitudes normales du coude répertoriées en vertu des différents barèmes utilisés pour l'indemnisation au Québec sont sensiblement les mêmes, tel que le démontre le tableau qui suit.

Tableau 3

Amplitude normale du coude selon divers barèmes

Mouvement / Barème	A.M.A. ¹⁴	Ancien barème SAAQ ¹⁵	CSST ¹⁶
Extension	0°	0°	0°
Flexion	140°	150°	150°
Pronation	80°	80°	80°
Supination	80°	80°	80°

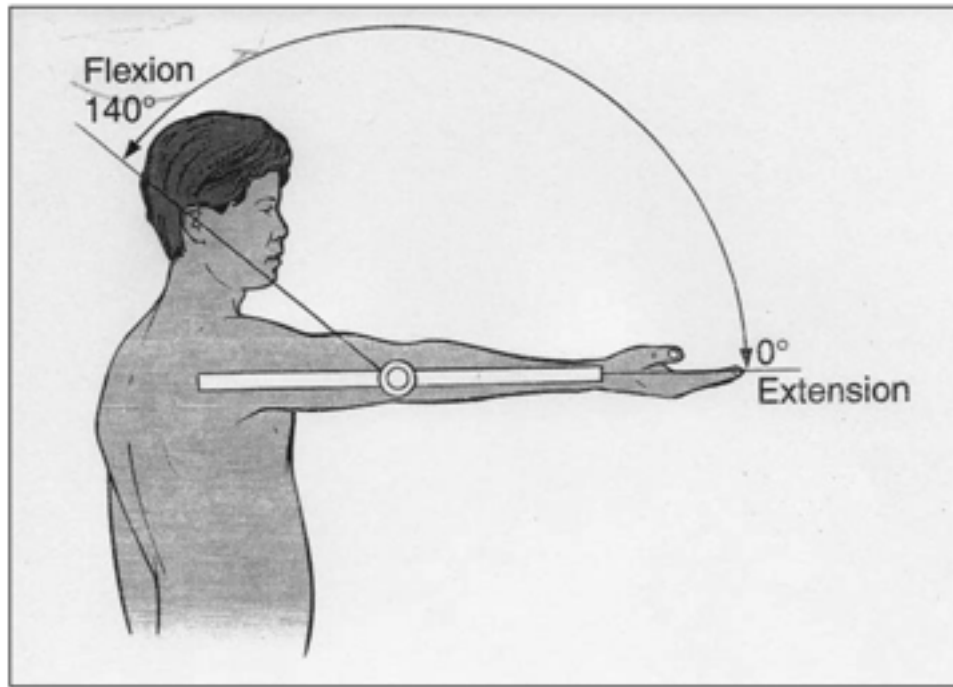
14 15 16

Fig. 15 Les mouvements de flexion et d'extension du coude

14. L. COCCHIARELLA et G.B.J. ANDERSSON, *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, préc., note 5, p. 475, 477 et 478.

15. *Règlement sur les atteintes permanentes*, R.R.Q., c. A-25, r. 0.1 (Répertoire des atteintes permanentes, version annotée par la S.A.A.Q.).

16. *Règlement sur le barème des dommages corporels*, R.R.Q., c. A-3.001, r. 0.01.



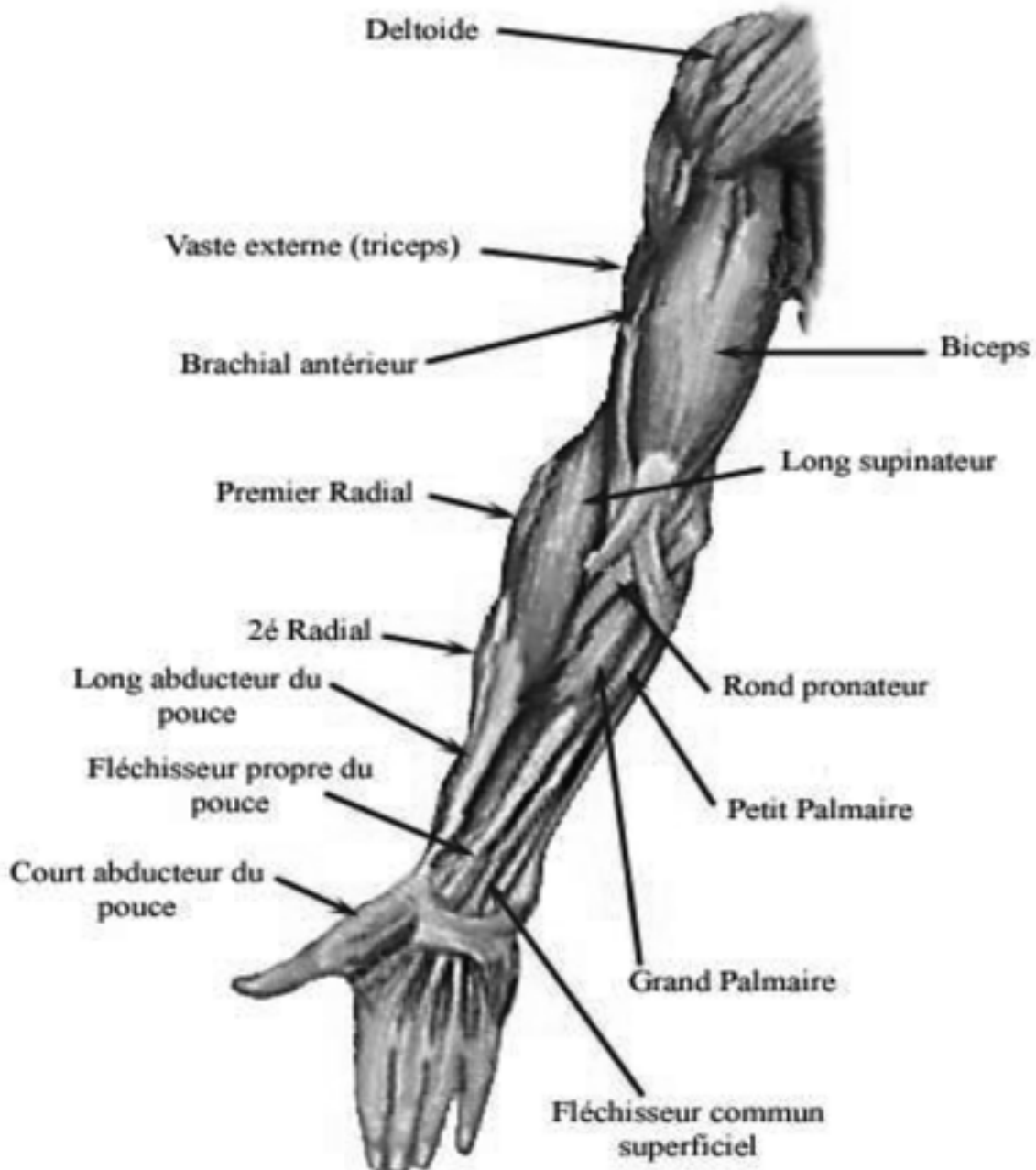
L. COCCHIARELLA et G.B.J. ANDERSSON, *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, Chicago, American Medical Association, 2001, à la page 471.

4.2 Manoeuvres du coude

L'évaluation du coude se fait, entre autres, par des manoeuvres de mise en tension contrariée des tendons.

Fig. 16 Les muscles et les tendons du bras

Membre supérieur : vue de face



Cette image provient du site : <<http://www.blogouf.com/kse>> (consulté le 3 janvier 2011).

4.2.1 Manoeuvre de Cozen

N/A

Cette manoeuvre vise à mettre en évidence une épicondylite latérale ou externe. Il s'agit d'une contraction contrariée du court extenseur radial du carpe.

Le patient est assis. L'examineur fixe d'une main le coude, alors que l'autre est posée à plat sur le dos du poing du patient. Celui-ci tente de porter le poing en extension contre la résistance pratiquée par l'examineur. La présence d'une douleur à l'épicondyle latéral ou à la face radiale de la loge des muscles extenseurs est indicateur d'une épicondylite.

N/A



pages 649 et 650 et K. BUCKUP, *Examen clinique de l'appareil locomoteur. tests-signes-manoevres*, 2^e éd., Paris, Maloine, 2010, page 181.

4.2.2 Test de Mills

N/A

Cette manoeuvre vise l'étirement passif de la chaîne musculo-tendineuse des épicondyliens.


Cette manoeuvre s'effectue par une flexion palmaire passive forcée associée à une pronation-déviaton radiale du poignet.

N/A



pages 649 et 650

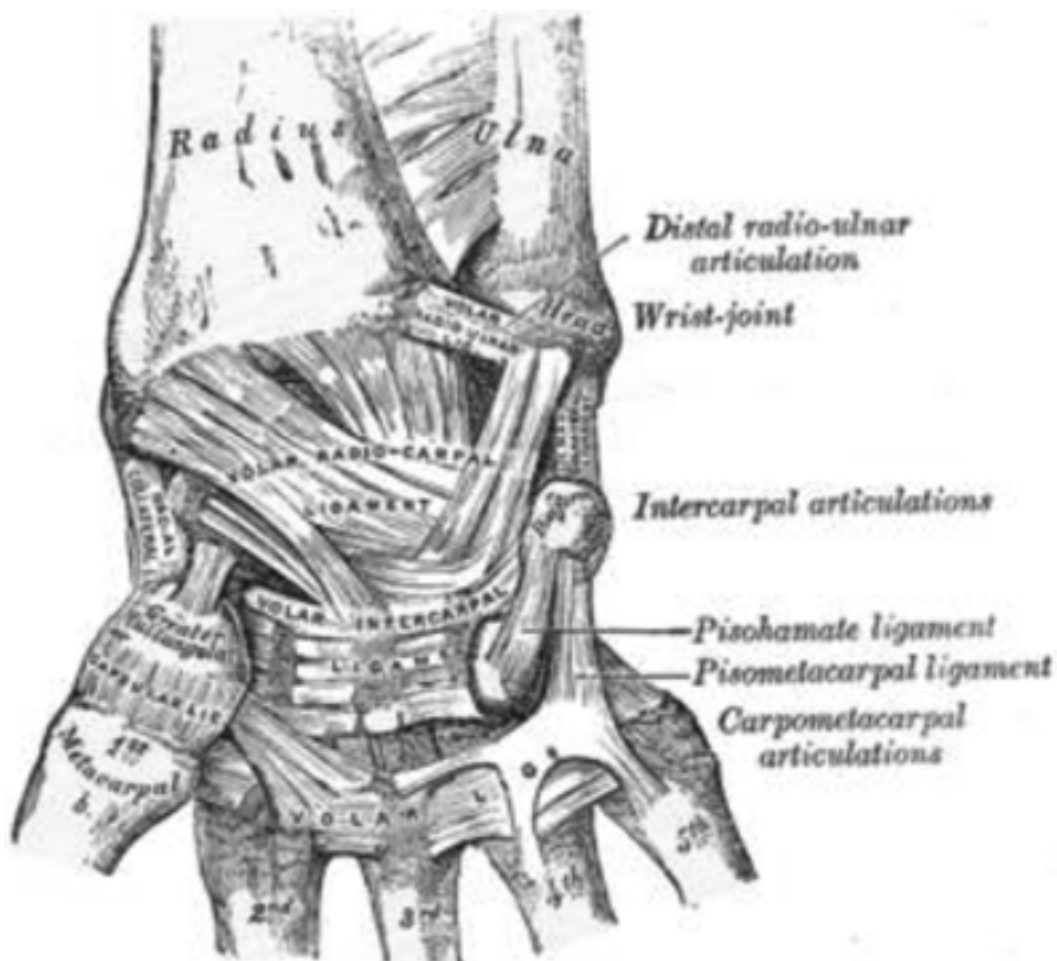
4.2.3 Manoeuvre d'O'Driscoll

Manoeuvre de ressaut latéral	
Cette manoeuvre vise à évaluer la stabilité postéro-latérale du coude.	
L'examineur saisit le coude et le poignet du patient placé sur le dos. L'avant-bras est en supination et un stress en valgus est appliqué lors du passage de l'extension à la flexion.	
La manoeuvre est positive si on reproduit un déclic vers 40° de flexion.	
N/A	page 659

5. POIGNET

Le poignet est une articulation qui unit l'avant-bras à la main. Il est constitué par les os suivants : l'extrémité inférieure du radius et du cubitus (ou ulna), de la première rangée (rangée proximale) et de la deuxième rangée des os du carpe. Il est composé également d'un système ligamentaire complexe comprenant les ligaments qui unissent les deux os de l'avant-bras aux os du carpe et les ligaments qui unissent les os du carpe les uns aux autres. L'examen d'un individu se plaignant d'un problème au poignet doit normalement commencer par une inspection afin de détecter des anomalies visibles (gonflement, luxation, kyste, etc.), suivi par la palpation des os, de l'articulation proprement dite et des tissus mous. Les mesures d'amplitudes de mouvements doivent être effectuées tant activement que passivement.

Fig. 17 Vue intérieure des ligaments du poignet



Ces images proviennent du site : <<http://fr.wikipedia.org/wiki/Poignet>> (consulté le 3 janvier 2011).

Fig. 18 Vue intérieure des os du poignet



Ces images proviennent du site : <<http://www.lesitedupoignet.com>> (consulté le 3 janvier 2011).

5.1 Amplitude de mouvement

L'amplitude normale du poignet est relativement similaire selon les différents barèmes utilisés pour l'indemnisation au Québec, tel que le démontre le tableau suivant.

Tableau 4

Amplitude normale du poignet selon divers barèmes

Mouvement Barème	A.M.A. ¹⁷	Ancien barème SAAQ ¹⁸	CSST ¹⁹
Dorsi-flexion (extension)	60°	60°	60°
Flexion palmaire	60°	70°	70°
Déviaton cubitale ou ulnaire/adduction	30°	30°	30°
Déviaton radiale/abduction	20°	20°	20°
Supination	80°	80°	80°
Pronation	80°	80°	80°

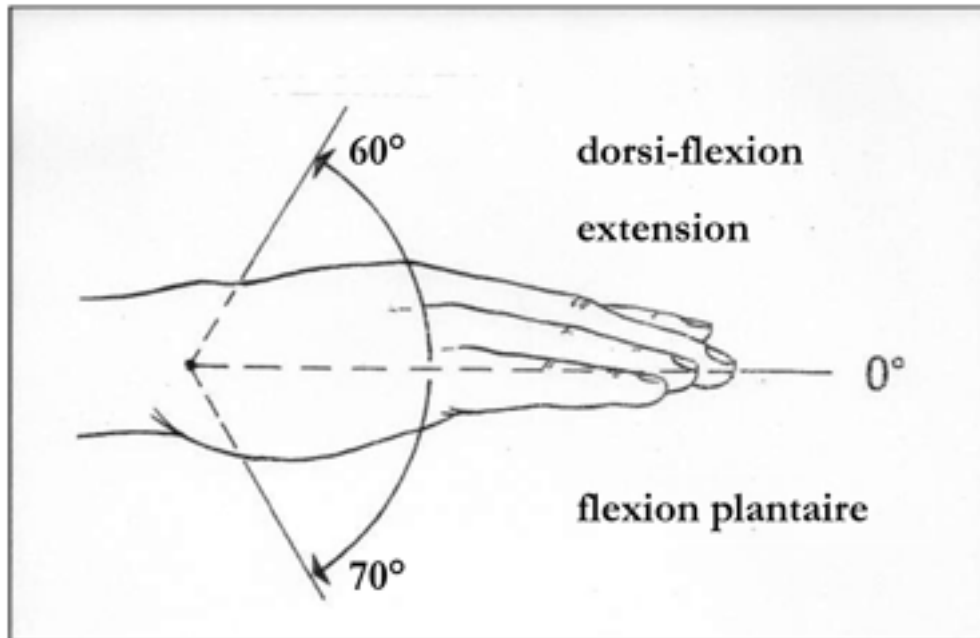
17 18 19

Fig. 19 Le mouvement d'extension et de flexion palmaire

17. L. COCCHIARELLA et G.B.J. ANDERSSON, *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, préc., note 5, p. 475, 477 et 478.

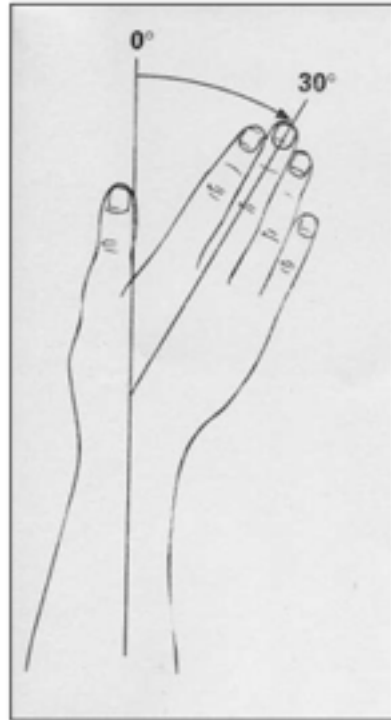
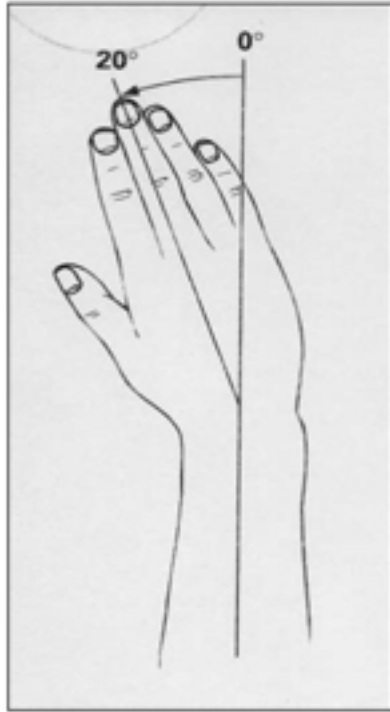
18. *Règlement sur les atteintes permanentes*, R.R.Q., c. A-25, r. 0.1 (Répertoire des atteintes permanentes, version annotée par la S.A.A.Q.).

19. *Règlement sur le barème des dommages corporels*, R.R.Q., c. A-3.001, r. 0.01.



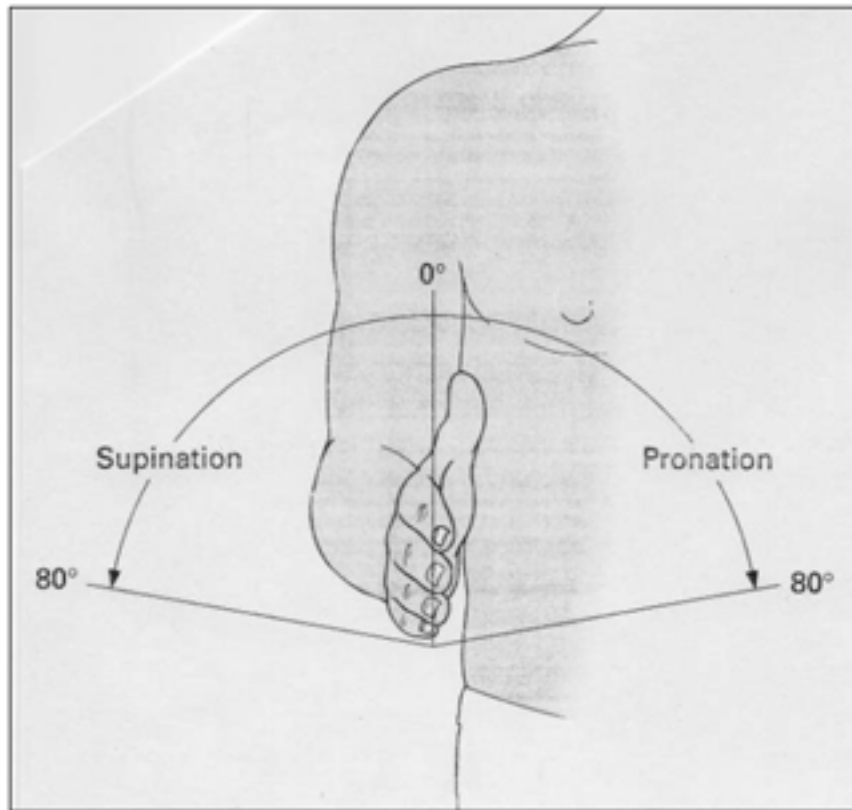
Cette image a été modifiée. Elle provient de : K. BUCKUP, *Examen clinique de l'appareil locomoteur, tests-signes-manoevres*, 2^e éd., Paris, Maloine, 2010, page 98.

Fig. 20 Le mouvement de déviation radiale et cubitale



Ces images proviennent de : L. COCCHIARELLA et G.B.J. ANDERSSON, *Guide to the Evolution of Permanent Impairment*, 5^e éd., Chicago, American Medical Association, 2001, à la page 468.

Fig. 21 Le mouvement de supination et pronation



5.2 Manoeuvres du poignet

5.2.1 Manoeuvre de Watson

Scaphoid shift test

Cette manoeuvre vise à vérifier la stabilité du poignet et, plus particulièrement, à déterminer l'existence d'une lésion au ligament scapho-lunaire.

Le pouce de l'examineur maintient une pression sur le scaphoïde lors d'un mouvement en déviation ulnaire du carpe. Le test est positif s'il y a mise en évidence d'un ressaut.

N/A



page 680 et K. BUCKUP, *Examen clinique de l'appareil locomoteur, tests-signes-manoevres*, 2^e éd., Paris, Maloine, 2010, page 201.

5.2.2 Manoeuvre de Finkelstein

N/A

Cette manoeuvre consiste à réveiller ou à aggraver la douleur spontanément ressentie dans la région de la styloïde radiale ou sur le trajet des tendons et permet de mettre en évidence une maladie de De Quervain.

L'examineur place le pouce en adduction devant la paume de la main. Le poignet est mis en inclinaison ulnaire. Le tout reproduit de la douleur.

N/A



page 693 et K. BUCKUP, *Examen clinique de l'appareil locomoteur, tests-signes-manoevres*, 2^e éd., Paris, Maloine, 2010, page 197.

5.2.3 Test de compression du canal carpien

N/A

Cette manoeuvre consiste à mettre en évidence une lésion du nerf médian. Elle oriente vers un diagnostic de syndrome du canal carpien lors de l'apparition ou de l'aggravation de paresthésies dans le territoire du nerf médian.

L'examineur place la main du patient en supination et exerce une pression avec son pouce sur le nerf médian situé au niveau du poignet.

N/A



K. BUCKUP, *Examen clinique de l'appareil locomoteur, tests-signes-manoevres*, 2^e éd., Paris, Maloine, 2010, page 219.

5.2.4 Signe de Tinel

Signe de Hoffmann-Tinel

Ce test vise à mettre en évidence une lésion du nerf médian et, plus particulièrement, un syndrome de compression du canal carpien.

La main du patient repose sur la table d'examen en légère flexion dorsale. Le nerf médian est percuté au niveau de la face de flexion du poignet. La survenue de paresthésies est indicateur d'une compression.

Le test peut être faussement négatif dans le cas d'une atteinte ancienne.



K. BUCKUP, *Examen clinique de l'appareil locomoteur, tests-signes-manoevres*, 2^e éd., Paris, Maloine, 2010, page 217.

5.2.5 Test de Phalen

N/A

Ce test vise à mettre en évidence une lésion du nerf médian et, plus particulièrement, un syndrome de compression du canal carpien.


Le patient place le dos de ses mains (flexion palmaire) l'une contre l'autre pendant environ 1 à 2 minutes. L'aggravation des paresthésies est indicateur d'une compression.

Le test peut être faussement négatif dans le cas d'une atteinte ancienne.



K. BUCKUP, *Examen clinique de l'appareil locomoteur, tests-signes-manoevres*, 2^e éd., Paris, Maloine, 2010, page 220.

5.2.6 Test de Phalen inversé

<p>Signe du canal carpien</p>	
<p>Ce test vise à mettre en évidence une lésion du nerf médian et, plus particulièrement, un syndrome de compression du canal carpien.</p>	
<p>Le patient place la paume de ses mains (dorsiflexion) l'une contre l'autre pendant environ 1 à 2 minutes. L'aggravation des paresthésies est indicateur d'une compression.</p>	
<p>Le test est moins fiable que le test de Phalen classique.</p>	<p>K. BUCKUP, <i>Examen clinique de l'appareil locomoteur, tests-signes-manoevres</i>, 2^e éd., Paris, Maloine, 2010, page 222.</p>

Les manoeuvres du poignet que nous avons retenues dans le présent texte visent soit à évaluer la stabilité, comme le test de Watson, soit à mettre en évidence certaines pathologies, comme la maladie de De Quervain (manoeuvre de Finkelstein) ou comme le syndrome du canal carpien (test de compression, signe de Tinel et tests de Phalen).

CONCLUSION

La formation d'un avocat ne devrait pas se limiter qu'aux notions de droit proprement dites et aux règles de pratique. Elle devrait également s'étendre à un ensemble de connaissances connexes à sa pratique. Tout plaideur qui exerce régulièrement le droit dans le domaine de l'indemnisation des blessures corporelles devrait connaître un certain nombre de notions médicales afin de bien saisir la nature des litiges auxquels il est confronté.

Dans le cas de l'indemnisation d'une victime d'accident d'automobile, cette réalité prend toute son importance puisqu'une grande partie des litiges devant la section des affaires sociales du T.A.Q. sont de nature médico-légale et sont entendus, généralement, devant deux juges dont l'un est médecin. Cette particularité fait en sorte que, dans certains cas, le tribunal utilise sa connaissance spécialisée afin d'évaluer le contenu des expertises et le témoignage des experts présents devant lui. Un plaideur possédant certaines connaissances médicales sera, certainement, avantagé lorsqu'il s'agira de faire ressortir des arguments favorables tirés de la preuve médicale ou encore de critiquer un témoignage d'expert ou un rapport d'expertise défavorable.

Aussi, dans cette optique, nous nous proposons de compléter le présent texte lors d'une prochaine conférence en traitant, cette fois, des manoeuvres et des tests utilisés lors d'une expertise médico-légale touchant plus spécifiquement le rachis lombaire et les membres inférieurs.