

COMMISSION DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES

Saguenay : Le 25 janvier 2010

Région : Saguenay–Lac-Saint-Jean

Dossiers : 364387-02-0811 378875-02-0905

Dossiers CSST : 132593401 132740283

Commissaire : Jean Grégoire, juge administratif

Membres : Jean-Eudes Lajoie, associations d'employeurs
Louise Gauthier, associations syndicales

Assesseur : Dr Claude Sarra-Bournet

Jos Albert Larouche
Partie requérante

Et

Gestion IAMGOLD-QC inc. (division Niobec)
Partie intéressée

Et

**Commission de la santé
et de la sécurité du travail**
Partie intervenante

DÉCISION

Dossier 364387-02-0811

[1] Le 27 novembre 2008, monsieur Jos Albert Larouche (le travailleur) dépose à la Commission des lésions professionnelles une requête par laquelle il conteste une décision de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (la CSST) rendue le 29 octobre 2008 à la suite d'une révision administrative.

[2] Par cette décision, la CSST confirme celle qu'elle a initialement rendue le 16 septembre 2008 à la suite d'un avis rendu par un membre du Bureau d'évaluation médicale (BEM). C'est ainsi que la CSST déclare que la lésion professionnelle subie par le travailleur le 8 avril 2008 n'a pas entraîné d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique ni de limitations fonctionnelles additionnelles et que par conséquent, le travailleur était apte à reprendre son emploi pré-lésionnel à compter du 4 juin 2008. De plus, la CSST déclare qu'elle était justifiée de ne pas recouvrer les sommes versées au travailleur durant la période du 4 juin au 10 septembre 2008, mais que ce dernier devait rembourser la somme de 111,07 \$ qui lui avait été versée pour la journée du 11 septembre 2008.

Dossier 378875-02-0905

[3] Le 20 mai 2009, le travailleur dépose à la Commission des lésions professionnelles une requête par laquelle il conteste une décision de la CSST rendue le 29 avril 2009 à la suite d'une révision administrative.

[4] Par cette décision, la CSST confirme celle qu'elle a initialement rendue le 3 novembre 2008 et déclare que le travailleur n'a pas subi, le 11 septembre 2008, une lésion professionnelle. De plus, par cette décision la CSST réclame au travailleur la somme de 1 629,10 \$.

[5] Des audiences se sont tenues les 22 octobre et 17 novembre 2009 à Saguenay en présence du travailleur et de sa procureure. Pour sa part, la compagnie Gestion IAMGOLD-QC inc. (division Niobec) (l'employeur) était représentée par un procureur.

L'OBJET DES CONTESTATIONS

Dossier 364387-02-0811

[6] Le travailleur demande à la Commission des lésions professionnelles de déclarer que la lésion professionnelle qu'il a subie le 8 avril 2008 entraîne des limitations fonctionnelles additionnelles, telles que décrites par le docteur Michel Giguère. Par conséquent, il demande à la Commission des lésions professionnelles de déclarer qu'il n'était pas capable de reprendre son emploi pré-lésionnel le 4 juin 2008.

Dossier 378875-02-0905

[7] Le travailleur demande à la Commission des lésions professionnelles de déclarer qu'il a subi, le 11 septembre 2008, une lésion professionnelle.

LES FAITS

[8] De la preuve documentaire et testimoniale, le tribunal retient principalement ce qui suit.

[9] Actuellement âgé de 59 ans, le travailleur occupait, en 2008, un emploi d'opérateur de niveleuse pour le compte de l'employeur.

[10] Le 8 avril 2008, en sortant de la salle à manger, le travailleur s'accroche le pied gauche dans une contremarche et doit se retenir pour ne pas tomber au sol. Il ressent alors une douleur au niveau lombaire.

[11] Le 10 avril 2008, le travailleur consulte la docteure Nancy Beaumont qui pose le diagnostic d'entorse lombaire. Un arrêt de travail est alors recommandé au travailleur.

[12] À la demande de l'employeur, le travailleur rencontre, le 21 avril 2008, le docteur Louis-René Bélanger (chirurgien orthopédiste). Lors de son examen clinique du travailleur, le docteur Bélanger constate que les amplitudes de mouvements du rachis lombaire sont diminués, mais que les manœuvres du tripode et de Lasègue sont négatives. De plus, il constate l'absence de déficit moteur ou sensitif au niveau des membres inférieurs.

[13] Le docteur Bélanger conclut son rapport en écrivant que le travailleur a présenté, suite à l'événement du 8 avril 2008, une entorse lombaire. De plus, il émet l'opinion que cette lésion ne sera consolidée que vers le 9 juin 2008 et qu'il est peu probable qu'elle entraîne une augmentation des séquelles permanentes ou des limitations fonctionnelles déjà reconnues au travailleur.

[14] Finalement, le docteur Bélanger souligne que le travailleur présente « un rachis hypothéqué » et fait référence au fait que ce dernier a déjà été opéré à 2 reprises au niveau L5-S1 et qu'il présente une maladie discale dégénérative multi-étagée.

[15] À compter du 23 avril 2008, le travailleur est pris en charge par le docteur Mario Lapointe qui maintient le diagnostic d'entorse lombaire. Des traitements de physiothérapie sont alors prescrits au travailleur.

[16] Au mois de mai 2008, le docteur Lapointe fait état que la condition du travailleur évolue lentement.

[17] Le 4 juin 2008, le docteur Lapointe complète un rapport final pour la CSST sur lequel il indique que l'entorse lombaire subie par le travailleur est consolidée et que les

limitations fonctionnelles indiquées dans l'expertise du 9 août 2007 doivent être maintenues. Il ajoute cependant que le travailleur doit « éviter l'humidité ».

[18] Le 18 juin 2008, le travailleur voit le docteur Lapointe qui maintient le diagnostic d'entorse lombaire, mais dirige ce dernier au docteur Hans McLelland (neurochirurgien).

[19] Le 9 juillet 2008, à la demande de l'employeur, le travailleur revoit le docteur Bélanger. À la suite de son examen clinique, le docteur Bélanger confirme, relativement à l'événement survenu le 8 avril 2008, que le travailleur a subi une entorse lombaire qui est consolidée depuis le 4 juin 2008. De plus, le docteur Bélanger est d'avis qu'aucune séquelle permanente additionnelle ne doit être reconnue au travailleur et que les limitations fonctionnelles de classe I déjà émises à ce dernier doivent être maintenues.

[20] Le 25 juillet 2008, le docteur Lapointe complète un rapport complémentaire dans lequel il écrit que : « Je suis d'accord avec l'expertise du Dr. Louis-René Bélanger du 9 juillet 2008 ».

[21] Le 13 août 2008, le docteur Lapointe écrit, dans ses notes de consultation, que l'invalidité totale du travailleur doit se poursuivre jusqu'à une date indéterminée.

[22] Le 25 août 2008, le travailleur rencontre le docteur McLelland qui pose le diagnostic de lombalgie chronique et demande qu'une imagerie par résonance magnétique au niveau lombaire soit effectuée.

[23] Le 27 août 2008, le radiologiste Michel Bérubé interprète comme suit cet examen réalisé au travailleur :

Opinion :

1. Discoïdectomie L5-S1 gauche et droite. Aspect inchangé d'un complexe disco-ostéophytique postéro-latéral gauche tel que décrit ci-haut déformant le sac dural et venant en contact avec la racine S1 gauche à sa sortie du sac dural. Ce complexe apparaît chronique et en partie calcifié mais sans hernie discale focale franche.
2. Sténose spinale légère en L4-L5 en relation avec une arthrose facettaire sévère bilatérale qui entraîne un listhésis antérieur de grade I de L4 sur L5.
3. Spondylodiscarthrose sévère L5-S1.
4. Arthrose facettaire sévère L4-L5 et légère à modérée des autres facettes entraînant des sténoses légères multiétiquées des foramens de conjugaison. (*sic*)

[24] Le 28 août 2008, le travailleur rencontre le docteur Jean-Pierre Lacoursière, agissant à titre de membre du BEM. Lors de son examen clinique, le docteur Lacoursière constate que la flexion antérieure est limitée à 80 degrés, mais lorsque le

travailleur est en position assise, la flexion antérieure est normale. D'autre part, la manœuvre du tripode de même que celle de Lasègue sont négatives.

[25] À la suite de son examen clinique, qui s'est avéré dans les limites de la normale, le docteur Lacoursière émet l'opinion que le travailleur ne conserve aucune séquelle permanente et que les limitations fonctionnelles de classe I déjà reconnues à ce dernier en 2007 doivent être maintenues. Ces limitations fonctionnelles sont décrites comme suit :

- Éviter la manipulation de charges de plus de 25 kilos;
- Éviter les mouvements avec amplitudes extrêmes de flexion et de torsion de la colonne lombaire;
- Éviter de subir des vibrations de basse fréquence ou des contrecoups à la colonne vertébrale. (*sic*)

[26] Le 16 septembre 2008, la CSST rend une décision par laquelle elle entérine l'avis rendu par le membre du BEM et conclut, en l'absence d'augmentation des séquelles permanentes et/ou des limitations fonctionnelles, que le travailleur est capable d'exercer son emploi préésionnel depuis le 4 juin 2008. Cette décision de la CSST est alors contestée par le travailleur.

[27] Le 29 octobre 2008, à la suite d'une révision administrative, la CSST confirme la décision qu'elle a rendue le 16 septembre 2008. Le 27 novembre 2008, le travailleur conteste devant la Commission des lésions professionnelles la décision rendue par la CSST le 29 octobre 2008, d'où l'un des présents litiges.

[28] Entre-temps, le travailleur effectue un retour au travail le 11 septembre 2008. Cette journée-là, en descendant de la rétrocaveuse qu'il opérait, le travailleur met le pied gauche dans un fossé rempli de boue de forage. Le travailleur force alors pour sortir son pied de la boue et ressent une augmentation de ses douleurs lombaires.

[29] Le travailleur cesse alors son travail et consulte, le 12 septembre 2008, la docteure Beaumont qui pose le diagnostic d'entorse lombaire. Un nouvel arrêt de travail est alors recommandé ainsi que des traitements de physiothérapie. Dans ses notes de consultation, la docteure Beaumont fait état que le travailleur a une position antalgique et que les manœuvres du tripode et de Lasègue sont positives.

[30] Le 16 septembre 2008, le travailleur rencontre, à la demande de son employeur, le docteur Bélanger. Lors de son examen clinique du travailleur, le docteur Bélanger fait état que ce dernier présente une douleur lombaire diffuse, que sa démarche est anormale, qu'il boite et qu'il résiste à toute mobilisation du tronc. Par contre, le docteur Bélanger note qu'en position assise, la flexion du tronc est normale, de même que l'extension lorsque le travailleur est couché sur le ventre. De plus, le docteur Bélanger fait état de la présence de certains signes de Waddell.

[31] À la suite de son examen, le docteur Bélanger écrit les commentaires suivants :

Il s'agit donc d'un homme de 58 ans qui souffre de lombalgie depuis un certain nombre d'années. Suite à notre examen du 9 juillet 2008, le dossier a été dirigé au BEM et docteur Lacoursière a maintenu nos conclusions. En conséquences, monsieur Larouche devait reprendre le travail le 11 septembre 2008, journée au cours de laquelle il a à nouveau cessé le travail en raison d'une douleur lombaire.

L'examen d'aujourd'hui est encore une fois difficile parce que monsieur Larouche démontre de nombreuses inconsistances en cours d'examen.

Personne ne connaît le degré exact de douleur qui accable monsieur Larouche mais le contexte du retour au travail du 11 septembre dernier, associé à l'événement qui est survenu au cours de la même journée et l'examen d'aujourd'hui qui est rempli d'éléments discordants font en sorte que du point de vue médical, nous considérons que monsieur Larouche souffre d'une lombalgie chronique similaire à celle qu'il présentait le 9 juillet 2008.

Il devrait donc être en mesure de reprendre toutes les activités qui respectent les limitations fonctionnelles de classe I qui ont déjà été retenues dans ce dossier.

De fait, l'ensemble de ce dossier suscite davantage d'interrogations que de véritables réponses.

Y a-t-il eu véritablement un fait accidentel le 11 septembre dernier? Quelles en sont les conséquences compte tenu d'un examen difficile qui est aujourd'hui superposable à notre examen du 9 juillet dernier? Est-ce véritablement les problèmes lombaires qui empêchent monsieur Larouche de reprendre son travail ou y a-t-il des éléments d'insatisfaction qui sont bien au-delà de la condition musculo-squelettique actuelle? (*sic*)

[32] C'est ainsi que le docteur Bélanger conclut à un diagnostic de lombalgie chronique et fixe la date de consolidation au 11 septembre 2008 sans séquelle permanente ni limitation fonctionnelle additionnelles.

[33] Le 19 septembre 2008, la docteure Beaumont maintient le diagnostic d'entorse lombaire et dirige le travailleur à son médecin de famille, soit le docteur Lapointe, afin qu'il assure le suivi médical du travailleur. Dans ses notes de consultation, la docteure Beaumont fait état que le travailleur a une position antalgique et fait référence à une rectitude lombaire. Par contre, elle écrit que la manœuvre du tripode s'avère négative.

[34] Le 22 septembre 2008, le radiologiste Martin Tropper écrit qu'une tomodensitométrie lombaire réalisée au travailleur a révélé la présence, au niveau L4-L5, d'arthrose dégénérative interfaccettaire bilatérale qualifiée de sévère avec ostéophytes. Au niveau L5-S1, le radiologiste décrit la présence d'un pincement intervertébral qu'il qualifie aussi de sévère.

[35] Les 25 septembre et 15 octobre 2008, le docteur Lapointe maintient le diagnostic d'entorse lombaire et indique que la condition du travailleur s'améliore progressivement. Des traitements de physiothérapie sont alors prescrits au travailleur.

[36] Dans sa note de consultation du 25 septembre 2008, le docteur Lapointe fait état que le travailleur présente une flexion antérieure limitée à 20 pouces du sol, que l'extension est nulle et que les flexions latérales sont limitées de 50 %.

[37] Le 22 octobre 2008, le docteur Lapointe complète un rapport complémentaire pour la CSST sur lequel il écrit qu'il est d'accord avec l'expertise du docteur Bélangier et fait référence à la présence de signes de non-organicité.

[38] Le 3 novembre 2008, la CSST refuse de reconnaître que le travailleur a subi, le 11 septembre 2008, un nouvel accident du travail. Le travailleur conteste alors cette décision de la CSST.

[39] Le 29 avril 2009, à la suite d'une révision administrative, la CSST maintient sa décision initiale du 3 novembre 2008. Le 20 mai 2009, le travailleur conteste devant la Commission des lésions professionnelles la décision rendue par la CSST le 29 avril 2009, d'où l'un des présents litiges.

[40] D'autre part, le dossier du tribunal contient une opinion du docteur Giguère qui a rencontré le travailleur le 14 août 2009. Après avoir passé en revue les antécédents du travailleur au niveau lombaire, le docteur Giguère fait état que ce dernier a reçu, le 21 novembre 2008, un traitement sous forme de bloc facettaire et que ce traitement a amélioré sa condition.

[41] Lors de son examen clinique du travailleur, le docteur Giguère fait notamment état que la flexion antérieure du rachis dorsolombaire est limitée à 50 degrés et que l'extension est nulle. Par contre, l'indice de Schöber modifié s'avère normal et la manœuvre du tripode est négative.

[42] À la suite de son examen clinique, le docteur Giguère écrit que des limitations fonctionnelles de classe II ou III devraient être reconnues au travailleur et note que :

Considérant l'état clinique actuel de monsieur avec des tolérances posturales diminuées, avec présence de douleurs lombaires constantes, irradiant aux deux fesses,

Considérant les changements dégénératifs sévères aux niveaux L5-S1 et L4-L5, en lien avec les discoïdectomies L5-S1 subies en 1984 et 1987,

Monsieur nécessite les limitations fonctionnelles suivantes. Monsieur doit éviter d'accomplir de façon répétitive ou fréquente les activités qui impliquent de :

- soulever, porter, pousser, tirer des charges de 5 à 10 kilos,
- effectuer des mouvements répétitifs ou fréquents de flexion, d'extension ou de torsion de la colonne lombaire, même de faible amplitude,
- monter fréquemment plusieurs escaliers,
- marcher en terrain accidenté ou glissant,
- ramper, grimper,
- travailler en position accroupie,
- subir des vibrations de basse fréquence ou des contrecoups à la colonne vertébrale,
- garder la même posture, debout ou assise, plus de 30 minutes,
- travailler dans une position instable (ex. : échafaudages, échelles, escaliers),
- marcher longtemps.

Ces limitations sont recommandées pour une durée permanente. Dans la mesure où monsieur Larouche a un travail d'opérateur de niveleuse et d'opérateur de rétrocaveuse, provoquant entre autres des vibrations et contrecoups, il n'est pas apte à l'effectuer. (*sic*)

(notre soulignement)

[43] De plus, le docteur Giguère émet les commentaires suivants relativement à l'événement survenu au travailleur le 11 septembre 2008 :

Oui, l'événement du 11 septembre 2008, tel que décrit par monsieur, est susceptible de produire une entorse lombaire chez un patient avec des épisodes antérieurs fréquents de lombalgie (entorses lombaires) ayant nécessité des arrêts de travail. Monsieur nous explique que son pied demeure pris dans la slam et qu'il doit donner un coup pour le sortir de sa mauvaise posture. La condition lombaire précaire de monsieur Larouche, en date du 11 septembre 2008, explique la survenance de l'entorse lombaire alors qu'il force pour sortir son pied de la slam (condition précaire = discopathie dégénérative avec arthrose facettaire secondaire).

Au même titre que l'événement du 8 avril 2008 où monsieur manque de tomber, monsieur fait un certain mouvement, se positionne pour éviter une chute au sol, ressentant aussitôt une douleur lombaire, l'événement du 11 septembre peut produire des douleurs car monsieur doit forcer pour sortir son pied qui est pris dans la slam.

Monsieur nous a révélé que lors de son évaluation du 14 août 2009, il présentait des douleurs lombaires augmentées à tout mouvement brusque. La condition lombaire précaire de monsieur Larouche, évoluant depuis 1984, se manifestant par des épisodes répétés d'entorse lombaire (lombalgie) explique des douleurs lombaires pouvant survenir dans un contexte où monsieur doit faire un effort pour tirer son pied de la slam. (*sic*)

[44] Finalement, le docteur Giguère émet l'avis que les changements dégénératifs retrouvés aux espaces L4-L5 et L5-S1 découlent des chirurgies effectuées au travailleur en 1984 et 1987.

[45] Par ailleurs, le dossier du tribunal contient une opinion écrite du docteur Gaétan Langlois (chirurgien orthopédiste), datée du 29 avril 2009. Lors de son examen clinique du travailleur, le docteur Langlois note que tous les mouvements du rachis dorsolombaire sont limités. Après avoir passé en revue l'ensemble des antécédents

médicaux du travailleur, le docteur Langlois conclut que ce dernier présente des symptômes qui sont compatibles avec une maladie dégénérative. Il souligne d'ailleurs que les images radiologiques ont démontré la présence d'un spondylosthésis dégénératif de grade I, au niveau L4-L5, associé à de l'arthrose facettaire, ce qui témoigne, selon le docteur Langlois, de la présence d'une instabilité de cette unité fonctionnelle.

[46] C'est ainsi qu'en relation avec l'accident du travail que le travailleur a subi en 1984, le docteur Langlois est d'avis que le travailleur demeure avec des limitations fonctionnelles de classe I. Il ajoute toutefois qu'en raison de la présence d'une condition personnelle dégénérative démontrée par les images radiologiques, des limitations fonctionnelles de classe II devraient être reconnues au travailleur.

[47] D'autre part, le dossier du tribunal contient un protocole opératoire du docteur Mohammad Maléki qui a procédé, le 13 décembre 1984, à une discoïdectomie au niveau L5-S1 droit. De plus, un deuxième protocole opératoire du docteur Maléki, daté du 28 septembre 1987, révèle que le travailleur a dû, de nouveau, être opéré en raison de la présence d'une hernie discale L5-S1 gauche, ainsi que pour des adhérences péri-durales au niveau L5-S1 droit. À la suite de cette seconde chirurgie, le docteur Maléki établit, le 30 juin 1988, que le travailleur conserve de sa lésion professionnelle, des séquelles permanentes ainsi que des limitations fonctionnelles. Toutefois, le 14 novembre 1989, le docteur Maléki réévalue la condition du travailleur et mentionne, qu'à la suite d'une très importante amélioration de sa condition, aucune limitation fonctionnelle ne doit être finalement reconnue au travailleur.

[48] Face à ce changement d'opinion du docteur Maléki, le travailleur est évalué, à la demande de l'employeur, par le docteur André Gilbert le 10 janvier 1990. À la suite de son examen clinique du travailleur, le docteur Gilbert écrit ce qui suit au sujet des limitations fonctionnelles que conserve le travailleur :

Monsieur Larouche est un patient qui a subi une discoïdectomie L5-S1 en deux temps.

Sur le plan de la réalité clinique, on se doit de considérer ce patient comme présentant des suites tout à fait normales:

Par contre, les clichés radiologiques démontrent un affaissement de plus de 50% de l'espace discal. Cet affaissement ne s'accompagne pas cependant d'ostéophyte de traction démontrant qu'il n'existe probablement pas d'instabilité à ce niveau.

Il n'en demeure pas moins vrai que cet affaissement de 50% de l'espace discal entraîne une modification biomécanique relativement importante et que cette modification est à l'origine de phénomènes dégénératifs qui sont peu apparents à l'heure actuelle mais qui, à mon avis, se manifesteront au cours des prochaines années.

Il est bien évident que si l'on se fit strictement à l'examen d'aujourd'hui, il serait logique de croire que ce patient pourrait ré-intégrer toute fonction nonobstant l'intensité physique exigée.

Cependant, en tenant compte de l'histoire de ce patient et des clichés radiologiques obtenus aujourd'hui, il m'apparaît présomptueux de croire que ré-intégrer ce patient à des fonctions au cours desquelles il serait appelé à conduire un véhicule lourd surtout si cette conduite se fait sur des terrains inégaux, à manipuler de façon répétitive des poids supérieurs à 20 ou 25 lbs de façon soutenue ou répétitive pourraient à la longue lui être préjudiciables.

Les positions statiques prolongées assises peuvent être également à l'origine d'un processus d'aggravation. (*sic*)

[49] À la suite du rapport du docteur Gilbert, le dossier du travailleur est référé en arbitrage médical, où le docteur Georges-H. Reinhardt, agissant à titre d'arbitre médical, rencontre le travailleur le 27 février 1990. Après avoir passé en revue le dossier médical du travailleur, le docteur Reinhardt émet l'avis qu'aucune limitation fonctionnelle ne doit finalement lui être reconnue.

[50] Par ailleurs, le dossier du tribunal contient un rapport d'évaluation médical du docteur Rémy Lemieux, daté du 15 septembre 2005. Ce rapport du docteur Lemieux fait suite à une récurrence, rechute ou aggravation (de l'événement du 9 mai 1984) survenue le 22 mars 2004, et pour laquelle une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychologique additionnelle de 8,40 % fut reconnue au travailleur. De plus, dans ce rapport d'évaluation médical, le docteur Rémy Lemieux reconnaissait au travailleur les limitations fonctionnelles suivantes :

En relation avec cette rechute et aussi des antécédents de 84 et 87, monsieur accuse les limitations fonctionnelles permanentes suivantes :

-Il devrait s'abstenir de lever des objets lourds de plus de 10 kg et de les transporter.

-Il ne devrait pas de pencher ni se tourner au niveau de la colonne pour saisir des objets, même de petite taille.

- Il devrait faire flexion hanches-genoux-chevilles pour ramasser des objets au sol.

-Il devrait éviter de ramasser des objets au sol avec la condition lombaire qu'il a actuellement. (*sic*)

[51] De plus, il est pertinent de reproduire les commentaires suivants du docteur Lemieux :

Bref, il s'agit d'un patient qui a eu une hernie discale depuis 1984 au niveau de L5-S1, qui a eu une discoïdectomie à cette époque et récurrence de cette hernie discale en 1987 et nouvelle discoïdectomie en 1987 qui a été consolidé en 1988, qui a repris un travail assez exigeant depuis, qui a commencé à avoir des douleurs lombaires au alentours de 1992 qui se sont maintenues jusqu'en 1994 avec un travail un peu plus adapté. Il a développé des spasmes et des douleurs suite à une rechute en mars 2004.

L'examen d'aujourd'hui démontre qu'il n'y a pas de signe neurologique, mais surtout plus des signes d'usure et peut-être même d'instabilité lombaire basse. C'est pourquoi une

investigation sur une base élektive avec radiographies et consultation en surspécialité orthopédique avec le Dr Dezso Barabas est suggérée. (*sic*)

[52] Le dossier du travailleur contient aussi une expertise médicale réalisée le 28 février 2006 par le docteur François Lefebvre. Dans ce rapport, le docteur Lefebvre écrit notamment que :

L'examen objectif d'aujourd'hui est sans particularité, sauf pour de légères douleurs alléguées en flexion antérieure maximale du tronc. Il n'y a pas de limitation d'amplitude articulaire. Il n'y a pas de signe d'irritation radulaire. La seule anomalie à l'examen neurologique est une diminution du réflexe achilléen droit. L'investigation radiologique a démontré une discarthrose sévère au niveau L5-S1. Ceci est secondaire à la discoïdectomie à deux reprises à ce niveau. Il y a également présence d'une discopathie dégénérative modérée au niveau dorsal de façon multi-étagée et, également, au niveau D12-L1. L'atteinte dégénérative à ces derniers niveaux relève d'une condition personnelle et n'est pas en relation avec l'événement du 9 mai 1984. (*sic*)

[53] Relativement à la présence de limitations fonctionnelles, le docteur Lefebvre écrit que :

Considérant le bon résultat post-discoïdectomie L5-S1 à plus de vingt ans;

Considérant que le travailleur ne présente aucune limitation d'amplitude articulaire, ni signe d'irritation radulaire;

Considérant qu'il présente une discarthrose sévère radiologiquement au niveau L5-S1 post-discoïdectomie;

J'émet des limitations fonctionnelles permanentes qui sont de classe I selon l'IRSST et surtout à titre préventif :

- Il devrait éviter d'accomplir de façon répétitive ou fréquente les activités qui impliquent de soulever, porter, pousser, tirer des charges de plus de 25 kg.
- Il devrait également éviter d'effectuer des mouvements avec des amplitudes extrêmes de flexion, d'extension ou de torsion de la colonne lombaire.
- Finalement, il devrait éviter de subir des vibrations de basse fréquence ou des contre-coups à la colonne vertébrale. (*sic*)

[54] Lors de l'audience, le tribunal a entendu le témoignage du travailleur. Ce dernier déclare être à l'emploi de l'employeur depuis le 1^{er} avril 1976. Il occupait alors un emploi d'opérateur de chargeuse-navette. Le travailleur explique que cet équipement sert à transporter du minerai.

[55] Le travailleur déclare que le 9 mai 1984, il a subi un premier accident du travail au niveau lombaire, lorsqu'en voulant actionner le frein d'urgence de la chargeuse-navette, il a glissé de son siège, puis tombé au sol. À la suite de cet événement, le travailleur déclare avoir dû subir, au mois de décembre 1984, une chirurgie au niveau lombaire.

[56] D'autre part, le travailleur poursuit son témoignage en déclarant qu'après une période de convalescence de 5 mois, il a repris un travail de préposé à la cage d'ascenseur chez l'employeur.

[57] Le travailleur ajoute que par la suite, ses douleurs lombaires sont réapparues et qu'il a dû subir, le 28 septembre 1987, une deuxième intervention chirurgicale au niveau L5-S1.

[58] Le travailleur poursuit son témoignage en déclarant qu'à compter de 1990, il a occupé un poste de mineur de plate-forme.

[59] Par la suite, le travailleur déclare qu'au mois de mars 1995, il a glissé sur une plaque de glace et ressenti, à nouveau, des douleurs lombaires.

[60] Le travailleur témoigne qu'il a aussi eu, le 21 juin 1995, un nouvel accident du travail lorsqu'il a fait une chute de l'habitacle du véhicule qu'il opérait.

[61] Le travailleur poursuit son témoignage en faisant état qu'il a eu un autre accident du travail le 3 janvier 2002. Il explique que cet accident s'est produit lorsque le chariot élévateur qu'il conduisait a brusquement levé à la sortie de la remorque d'un camion, ce qui lui a donné un contrecoup au niveau lombaire.

[62] Par la suite, le travailleur explique qu'il a eu, le 19 mars 2003, une autre entorse lombaire. Il déclare qu'en passant dans des trous avec son chariot élévateur, cela lui a occasionné des douleurs au dos. Un arrêt de travail d'environ une semaine a alors eu lieu.

[63] D'autre part, le travailleur déclare qu'à compter du début des années 2000, il prenait, au besoin, une médication pour soulager ses douleurs au dos. Il ajoute que depuis 1984, il ne peut plus pratiquer d'activités sportives, telles que le hockey ou le karaté.

[64] Le travailleur poursuit son témoignage en déclarant qu'au mois de mars 2004, il a eu, à nouveau, une récurrence de ses douleurs lombaires pour laquelle un nouvel arrêt de travail a eu lieu.

[65] Le travailleur poursuit son témoignage en déclarant qu'en 2005, il est retourné au travail sur un poste de préposé à la cage d'ascenseur.

[66] Le travailleur déclare que le 5 juillet 2007, il a subi un nouvel accident du travail lorsque la cage d'ascenseur qu'il opérait s'est brusquement arrêtée. Il ajoute qu'il a alors tombé sur ses genoux et qu'il a ressenti des douleurs au dos.

[67] Il poursuit son témoignage en déclarant qu'à la suite de cet événement, il a été en arrêt de travail jusqu'au mois de septembre 2007, puis il a effectué des travaux légers. Au dossier du tribunal, nous retrouvons d'ailleurs un rapport d'expertise du docteur Lefebvre, daté du 14 août 2007, dans lequel ce médecin précise que les limitations fonctionnelles émises au travailleur en 2006, doivent être maintenues.

[68] Par la suite, le travailleur témoigne qu'au mois de janvier 2008, il a obtenu un poste d'opérateur de niveleuse.

[69] Au sujet de l'événement survenu le 8 avril 2008, le travailleur explique qu'en revenant de sa période de dîner, il s'est accroché un pied dans une contremarche et il a dû se retenir pour ne pas tomber au sol. Il déclare avoir alors ressenti une douleur au dos et a dû consulter la docteure Beaumont qui lui a recommandé un arrêt de travail.

[70] Par ailleurs, relativement au rapport complémentaire du docteur Lapointe, daté du 29 juillet 2008, le travailleur déclare n'avoir eu aucune discussion avec ce médecin à ce propos ni avoir pris connaissance dudit rapport à cette époque.

[71] Le travailleur poursuit son témoignage en déclarant avoir rencontré le docteur Lapointe après le 4 juin 2008, car il avait encore des douleurs au dos et il voulait être dirigé vers un médecin expert. C'est alors que le docteur Lapointe l'a orienté au docteur McLelland, qu'il a pu rencontrer le 25 août 2008.

[72] Selon la note de consultation médicale du docteur McLelland, son examen clinique s'est avéré sans grande particularité et sans signe d'irritation radiculaire ni spasme paravertébral. Une résonance magnétique ainsi qu'une tomodensitométrie étaient cependant demandées par le docteur McLelland.

[73] D'autre part, relativement à la rencontre que le travailleur a eue avec le docteur Lacoursière le 28 août 2008, ce dernier déclare que cette rencontre n'a duré environ que 15 minutes et que le docteur Lacoursière ne lui a fait qu'un examen sommaire.

[74] Le travailleur poursuit son témoignage en déclarant que le 11 septembre 2008, il a repris son travail chez l'employeur. Il ajoute qu'il avait encore des douleurs au dos et que ses supérieurs doutaient qu'il puisse reprendre son travail cette journée-là.

[75] Par ailleurs, le travailleur déclare que lors de l'événement du 11 septembre 2008, il utilisait une rétrocaveuse pour vider des fossés qui contenaient de la boue de forage. Le travailleur explique que durant l'après-midi du 11 septembre 2008, il a dû reculer la rétrocaveuse, mais la marche arrière de cet équipement ne fonctionnait pas. Il a alors dû descendre de la rétrocaveuse et c'est alors que son pied gauche s'est enfoncé dans le fossé de boue et que de l'eau a pénétré à l'intérieur de sa botte.

[76] Le travailleur ajoute qu'il a dû forcer pour retirer son pied gauche de la boue et qu'il a alors ressenti une augmentation de ses douleurs au dos.

[77] Le travailleur poursuit son témoignage en déclarant avoir dû arrêter de travailler et qu'il a immédiatement avisé son contremaître de la situation. De plus, il s'est rendu à l'infirmerie, puis il a consulté, le lendemain, la docteure Beaumont.

[78] Relativement à sa condition lombaire, le travailleur déclare que celle-ci est actuellement stable, mais qu'il a maintenant des douleurs aux genoux. Il ajoute qu'il a reçu, au mois d'octobre 2008, un traitement par bloc facettaire et que ce traitement lui a fait du bien. Il doit toutefois continuer de prendre une médication pour contrôler ses douleurs. Il ajoute que depuis l'accident de la cage d'ascenseur, il a la sensation que sa colonne « décroche ».

[79] D'autre part, le travailleur témoigne qu'à la demande de son employeur, il a rencontré le docteur Gaétan Langlois au mois d'avril 2009. Le travailleur déclare que ce médecin lui a dit qu'il n'était plus capable de refaire son travail d'opérateur de niveleuse.

[80] Le travailleur poursuit son témoignage en déclarant qu'il a rencontré le docteur Giguère au mois d'août 2009 et que ce dernier lui a proposé un traitement pour améliorer sa condition. Il ajoute qu'il n'a pas encore pris de décision relativement à la possibilité de subir ce traitement.

[81] En contre-interrogatoire, le travailleur admet que de 1988 à 1995, il a effectué son travail habituel. Il en est de même après son accident du mois de mars 1995 jusqu'en 2002. Le travailleur ajoute toutefois qu'il avait des douleurs au dos, mais que celles-ci étaient endurables.

[82] D'autre part, le travailleur déclare que c'est surtout après sa chirurgie de 1987 qu'il a dû réduire ses activités sportives. Il souligne qu'il ne pratique plus de sport d'équipe tel que la balle molle ou les quilles.

[83] Relativement au poste d'opérateur de niveleuse qu'il a obtenu en 2008, le travailleur déclare que la CSST a évalué que ce poste respectait ses limitations fonctionnelles.

[84] Le travailleur précise que c'est le 9 ou le 10 septembre 2008 qu'il a reçu un appel téléphonique de la CSST l'avisant qu'il devait retourner au travail. Il réitère que ses supérieurs étaient surpris de le voir au travail le 11 septembre 2008.

[85] Concernant l'événement du 11 septembre 2008, le travailleur déclare que c'est en tirant sa botte de la boue du fossé, qu'il a ressenti une douleur sous forme de courant électrique dans le dos.

[86] Le travailleur ajoute qu'il n'a pas repris son travail depuis cet événement du 11 septembre 2008 et qu'il reçoit actuellement des prestations d'assurance-salaire.

[87] Relativement à l'intensité de ses douleurs, le travailleur déclare que le matin du 11 septembre 2008, elles étaient à environ 6/10 et qu'après cet événement, elles avaient augmenté à environ 8/10.

[88] Le tribunal a aussi entendu le témoignage du docteur Giguère.

[89] Le docteur Giguère passe d'abord en revue l'ensemble des événements traumatiques subis par le travailleur et souligne au tribunal que l'accident de la cage d'ascenseur, survenu au mois de juillet 2007, est un événement traumatique important, puisqu'il y a alors eu compression sur la colonne lombaire du travailleur. De plus, il souligne que le travailleur se plaint de symptômes douloureux qui ont été augmentés depuis cet événement.

[90] D'autre part, le docteur Giguère explique au tribunal que le travailleur a subi, tant en 1984 qu'en 1987, 2 importantes chirurgies au niveau lombaire. Il souligne au tribunal que dès 1990, le docteur Gilbert constatait un affaissement de plus de 50 % de l'espace discal au niveau L5-S1 et que cet affaissement de l'espace discal entraînait une modification biomécanique importante au niveau de la colonne lombaire. Il ajoute que le docteur Gilbert soulignait que cette modification biomécanique pourrait être à l'origine d'un phénomène dégénératif qui se manifesterait au cours des prochaines années.

[91] D'autre part, le docteur Giguère fait état de sa surprise, de constater que l'examen réalisé par le docteur Lacoursière en 2008, s'avérait normal, car plusieurs autres examens retrouvés au dossier se sont avérés anormaux. Le docteur Giguère fait alors référence à l'examen réalisé en 2005 par le docteur Lemieux qui s'avérait anormal, de même que celui réalisé en 2007 par le docteur Lefebvre. De plus, il souligne que les examens radiologiques au dossier démontrent la présence d'une discopathie qui peut être qualifiée de sévère.

[92] Par conséquent, il juge que les limitations fonctionnelles de classe I, accordées par le docteur Lacoursière en 2008, sont insuffisantes et inadéquates, car le travailleur est à risque de développer des lombalgies au niveau lombaire. À cet effet, il souligne que le docteur Bélanger qualifiait, en septembre 2008, le rachis lombaire du travailleur de « hypothéqué ».

[93] Le docteur Giguère ajoute que c'est l'évolution de la condition dégénérative du travailleur qui entraîne des blessures à ce dernier, et ce, à la suite d'événements pouvant être qualifiés de bénins.

[94] Relativement à l'événement survenu au travailleur le 11 septembre 2008, le docteur Giguère admet que cet événement a pu avoir causé une entorse lombaire au travailleur, puisque ce dernier a dû faire un effort pour sortir son pied de la boue.

[95] D'autre part, le docteur Giguère souligne qu'à la suite de l'infiltration au niveau interfaccettaire L5-S1 que le travailleur a eue le 21 novembre 2008, ce dernier a constaté une amélioration de sa condition. Selon le docteur Giguère, cela démontre que les douleurs ressenties par le travailleur proviennent principalement de l'espace L5-S1 et non pas de l'espace L4-L5.

[96] D'autre part, le docteur Giguère fait état que le travailleur présente une micro-instabilité au niveau lombaire qui explique la sensation de décrochage, ressentie occasionnellement par ce dernier. Il fait d'ailleurs référence à l'opinion du docteur Lemieux du 15 septembre 2005, où ce dernier reconnaissait que le travailleur présentait possiblement une instabilité au niveau lombaire. C'est dans ce contexte que le docteur Giguère déclare que l'événement subi par le travailleur au mois de septembre 2008 est compatible avec une entorse lombaire, car ce dernier présente une instabilité au niveau lombaire.

[97] Toujours relativement à cet événement du 11 septembre 2008, le docteur Giguère déclare qu'il retrouve certains signes de détérioration objective de la condition du travailleur et fait référence à la position antalgique décrite dans les notes de la docteure Beaumont, de même que la présence des signes du tripode et de Lasègue positifs.

[98] D'autre part, relativement à l'expertise médicale réalisée par le docteur Langlois, le docteur Giguère admet qu'il s'agit d'une bonne expertise, mais que selon lui, c'est l'espace L5-S1 qui est problématique dans le présent dossier et que les douleurs du travailleur ne proviennent pas de l'espace L4-L5. De plus, il souligne que le docteur Langlois a retrouvé seulement un seul signe de non-organicité, ce qui est peu significatif selon lui.

[99] Finalement, le docteur Giguère déclare que le travail d'opérateur de niveleuse effectué par le travailleur ne respecte pas les limitations fonctionnelles qu'il a décrites dans son rapport d'expertise du 14 août 2009.

[100] En contre-interrogatoire, le docteur Giguère réitère que l'origine principale des douleurs ressenties par le travailleur provient de l'espace L5-S1, et non pas de l'espace

L4-L5. Il souligne qu'il s'agit là de la principale différence avec l'opinion exprimée par le docteur Langlois.

[101] D'autre part, il reconnaît que tant l'examen réalisé par le docteur Lefebvre en 2006, que celui du docteur McLelland en 2008, n'ont rien révélé de particulier au niveau lombaire.

[102] Le tribunal a aussi entendu le témoignage du docteur Langlois. Ce dernier souligne que dès 1984, une myélographie au niveau lombaire démontrait la présence d'un bombement discal au niveau L4-L5, ce qui l'amène à conclure que dès cette époque, il y avait l'amorce d'une discopathie dégénérative chez le travailleur.

[103] D'autre part, relativement aux événements survenus au travailleur entre 1984 jusqu'à ce jour, il qualifie ceux-ci de mineurs.

[104] Par ailleurs, le docteur Langlois fait état que la condition douloureuse actuelle du travailleur provient de l'espace L4-L5, puisque l'espace L5-S1 est pratiquement fusionnée.

[105] Le docteur Langlois ajoute que le spondylolisthésis au niveau L4-L5, démontré à l'imagerie par résonance magnétique du 27 août 2008, a un impact important dans le présent dossier et explique l'origine des symptômes actuels du travailleur. Il ajoute même qu'une fusion au niveau L4-L5 serait nécessaire pour améliorer la condition clinique du travailleur.

[106] D'autre part, il affirme qu'en raison de la presque fusion de l'espace L5-S1, cette espace discale ne bouge pas beaucoup et ne peut donc entraîner des douleurs importantes.

[107] Par ailleurs, le docteur Langlois confirme que le travailleur présente une instabilité lombaire comme l'a déclaré le docteur Giguère, mais émet l'opinion que cette instabilité émane de l'espace L4-L5 et non pas de l'espace L5-S1.

[108] Le docteur Langlois réitère que d'importantes limitations fonctionnelles doivent être reconnues au travailleur, mais que celles-ci sont en lien avec sa condition personnelle retrouvée au niveau L4-L5.

[109] D'autre part, en contre-interrogatoire, le docteur Langlois déclare que lors de son examen clinique du travailleur en 2009, ce dernier localisait ses douleurs au niveau de toute la colonne lombaire.

[110] Par ailleurs, le docteur Langlois reconnaît que la présence d'ostéophytes au niveau L5-S1 stabilise ce segment lombaire. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'il attribue l'origine de la problématique actuelle du travailleur, au segment L4-L5.

[111] À la suite du témoignage du docteur Langlois, le tribunal a entendu à nouveau le docteur Giguère. Ce dernier réitère que la véritable origine de la symptomatologie actuelle du travailleur est bien l'espace L5-S1. Le docteur Giguère souligne que la condition personnelle dégénérative retrouvée aux autres niveaux n'est pas majeure.

[112] D'autre part, le docteur Giguère déclare que les ostéophytes présents chez le travailleur au niveau L5-S1 ne stabilisent pas toujours un segment lombaire. Il souligne que l'atteinte présente au niveau L4-L5 n'est pas nécessairement symptomatique et que le site douloureux indiqué par le travailleur provient davantage de l'espace L5-S1.

L'AVIS DES MEMBRES

Dossiers 364387-02-0811

Le membre issu des associations d'employeurs ainsi que la membre issue des associations syndicales sont d'avis unanime que la requête du travailleur doit être rejetée.

Ils sont d'avis que l'avis rendu par le membre du BEM est valide et que les conclusions de celui-ci doivent être confirmées, puisque conformément à la preuve prépondérante.

Dossiers 378875-02-0905

Le membre issu des associations d'employeurs est d'avis que la requête du travailleur doit être rejetée.

Il estime que la preuve prépondérante ne démontre pas que le travailleur a subi, le 11 septembre 2008, une véritable détérioration objective de sa condition lombaire.

Pour sa part, la membre issue des associations syndicales est d'avis contraire et estime que la preuve prépondérante démontre que le travailleur a subi, le 11 septembre 2008, un accident du travail.

LES MOTIFS DE LA DÉCISION

[113] La Commission des lésions professionnelles doit d'abord décider, en relation avec l'accident du travail subi par le travailleur le 8 avril 2008, si les limitations

fonctionnelles émises par le docteur Lacoursière du BEM sont appropriées. Rappelons que le travailleur ne remet pas en question la conclusion du docteur Lacoursière relative à l'absence de séquelle permanente. De plus, le tribunal devra déterminer, en fonction des limitations fonctionnelles qui seront reconnues, si le travailleur était capable, à compter du 4 juin 2008, de refaire son emploi prélésionnel d'opérateur de niveleuse.

[114] Finalement, le tribunal aura à déterminer si le travailleur a subi, le 11 septembre 2008, une lésion professionnelle.

[115] Avant d'aborder le fond du litige, le tribunal entend se prononcer sur la validité de l'avis rendu par le docteur Lacoursière du BEM. En effet, lors de l'audience, le tribunal a demandé aux parties de lui soumettre leurs observations à ce sujet.

[116] Rappelons que malgré le rapport complémentaire du docteur Lapointe, daté du 29 juillet 2008, indiquant qu'il est d'accord avec les conclusions du docteur Bélanger, la CSST a acheminé le dossier du travailleur au BEM, et ce, malgré l'absence apparente de litige sur les questions médicales se rapportant à l'existence d'une atteinte permanente et de limitations fonctionnelles.

[117] À ce propos, il est pertinent de reproduire l'article 212.1 de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*¹ (la loi) qui prévoit que :

212.1. Si le rapport du professionnel de la santé obtenu en vertu de l'article 212 infirme les conclusions du médecin qui a charge du travailleur quant à l'un ou plusieurs des sujets mentionnés aux paragraphes 1° à 5° du premier alinéa de cet article, ce dernier peut, dans les 30 jours de la date de la réception de ce rapport, fournir à la Commission, sur le formulaire qu'elle prescrit, un rapport complémentaire en vue d'étayer ses conclusions et, le cas échéant, y joindre un rapport de consultation motivé. Le médecin qui a charge du travailleur informe celui-ci, sans délai, du contenu de son rapport.

La Commission soumet ces rapports, incluant, le cas échéant, le rapport complémentaire au Bureau d'évaluation médicale prévu à l'article 216.

1997, c. 27, a. 5.

[118] La jurisprudence du tribunal a, à maintes reprises, eu à se prononcer au sujet de la validité d'un rapport complémentaire émis par le médecin qui a charge du travailleur. Dans l'affaire *Landry et Recyclage Trans-pneu inc.*², le tribunal écrivait que :

[55] En principe, la CSST est liée par l'avis du médecin qui a charge du travailleur s'il entérine les conclusions de son médecin désigné en vertu de l'article 204 de la Loi².

¹ L.R.Q. c. A-3.001

² C.L.P. 331251-62C-0710, 9 décembre 2008, C. Burdett

[56] Toutefois, le médecin qui a charge a certaines obligations à remplir lorsqu'il choisit de répondre par le biais d'un rapport complémentaire sous les articles 205.1 ou 212.1 de la Loi.

[57] L'article 205.1 de la Loi prévoit que le rapport complémentaire permet au médecin qui a charge du travailleur d'étayer ses conclusions lorsque celles du médecin désigné de la CSST ne sont pas au même effet que les siennes.

[58] Étant donné que les conclusions médicales du médecin qui a charge sont liantes et ne peuvent être contestées par le travailleur, l'opinion exprimée par ce médecin se doit d'être claire, ne pas présenter d'ambiguïté et ne pas porter à interprétation. Le simple fait de se dire en accord avec les conclusions du médecin désigné est insuffisant³. Le rapport complémentaire ne présente donc aucun caractère liant pour la CSST et doit être écarté⁴.

² *Briccus et Les Teintures Concorde*, C.L.P. 105960-73-9810, 8 février 1999, L. Boudreault; *Grignano et Récital Jeans inc.*, [2000] C.L.P. 329; *Lussier et Berlins RCL inc.*, C.L.P. 122844-05-9908, 21 septembre 2000, L. Boudreault; *Fortin et Société Groupe Emb. Pepsi Canada*, [2004] C.L.P. 168.

³ *Brière et Vinyte Kaytec inc.*, C.L.P. 215828-62A-0309, 18 juin 2004, J. Landry; *Bacon et General Motors du Canada Itée*, C.L.P. 226939-04-0402, 17 novembre 2004, J.-F. Clément; *Mc Quinn et Étiquettes Mail-Well*, C.L.P. 201087-62A-0303, 31 janvier 2005, N. Tremblay; *Blanchet et Ferme RNB inc.*, C.L.P. 239411-03B-0407, 17 février 2005, G. Marquis.

⁴ *Saint-Amaud et Ville de Trois-Rivières*, C.L.P. 256038-04-0502, 20 décembre 2005, D. Lajoie. (*Sic*)

[119] En appliquant ces principes au présent dossier, le tribunal conclut que la CSST était justifiée de ne pas tenir compte du rapport complémentaire du docteur Lapointe et d'acheminer le dossier du travailleur au BEM.

[120] En effet, bien que le docteur Lapointe ait indiqué dans son rapport, qu'il était d'accord avec l'opinion du docteur Bélanger du 9 juillet 2008, le tribunal remarque que le docteur Lapointe n'explique aucunement les raisons qui l'amènent à changer d'opinion et à conclure dans le même sens que le docteur Bélanger. Rappelons que sur un formulaire d'information complémentaire daté du 9 juin 2008, le docteur Lapointe écrivait notamment que le travailleur devait « éviter endroits trop humides ».

[121] De plus, le comportement ultérieur du docteur Lapointe laisse le tribunal perplexe, puisque lors de la consultation médicale du 13 août 2008, et malgré son rapport du 29 juillet 2008, il écrit que l'invalidité du travailleur doit être prolongée et dirige ce dernier au docteur McLelland.

[122] Au surplus, le tribunal constate que selon le témoignage du travailleur, le docteur Lapointe ne l'a aucunement informé du contenu de son rapport complémentaire comme le spécifie pourtant l'article 212.1 de la loi.

[123] Il y a donc lieu de considérer que ce rapport complémentaire du docteur Lapointe, du mois de juillet 2008, n'était pas liant pour la CSST et que cette dernière était bien fondée de transmettre le dossier du travailleur au BEM.

[124] L'avis rendu par le membre du BEM le 5 septembre 2008 est donc valide.

[125] La Commission des lésions professionnelles doit maintenant déterminer s'il y a lieu de retenir les limitations fonctionnelles émises par le docteur Lacoursière du BEM ou plutôt, si ce sont les limitations fonctionnelles suggérées par le docteur Giguère qui doivent être retenues.

[126] À ce propos, le tribunal est d'avis qu'il ne peut retenir les limitations fonctionnelles suggérées par le docteur Giguère.

[127] En effet, il ressort clairement, tant dans son expertise que lors de son témoignage devant le tribunal, que le docteur Giguère attribue des limitations fonctionnelles au travailleur en tenant compte notamment de la présence de changements dégénératifs « sévères » aux niveaux L4-L5 et L5-S1, dont un spondylolisthésis de grade I. Selon le docteur Giguère ces changements dégénératifs sont en lien avec les 2 chirurgies subies par le travailleur en 1984 et en 1987.

[128] Or, le tribunal tient à rappeler que la CSST n'a jamais reconnu, dans le dossier du travailleur, le caractère professionnel des modifications dégénératives retrouvées à ces niveaux. D'ailleurs, aucune lésion professionnelle au niveau L4-L5 ne fut reconnue au travailleur par la CSST.

[129] Bien que le tribunal ne nie pas que ces changements dégénératifs du travailleur puissent être en lien avec ses lésions professionnelles antérieures, il appartient d'abord au travailleur de demander à la CSST de reconnaître une telle relation. Cela distingue d'ailleurs le présent dossier de l'affaire *Arcand et Pavillon Amitié (Soc. en com.)*³, où le débat portait justement sur la reconnaissance du caractère professionnel d'une discopathie qui s'était développée à la suite d'une chirurgie à un niveau adjacent.

[130] Dans ce contexte, le tribunal se doit de conclure que les modifications dégénératives, retrouvées aux niveaux L4-L5 et L5-S1, représentent des conditions personnelles au travailleur.

[131] Certes, ces conditions personnelles peuvent justifier des limitations fonctionnelles plus importantes au travailleur, comme le reconnaissait d'ailleurs le docteur Langlois. Toutefois, la compétence du tribunal dans le présent litige se limite à déterminer si, en lien avec l'accident du travail subi par le travailleur le 8 avril 2008, des limitations fonctionnelles additionnelles à celles déjà reconnues doivent être établies.

[132] D'autre part, le tribunal se doit de prendre en considération que l'accident du travail du 8 avril 2008 est relativement mineur, puisqu'il n'a nécessité qu'une période de consolidation de 2 mois et qu'il n'a pas entraîné d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supplémentaire.

³

C.L.P. 295357-02-0607, 8 février 2007, J. Grégoire

[133] Dans ce contexte, il est difficile d'admettre que des limitations fonctionnelles de classe II ou de classe III, comme suggéré par le docteur Giguère, devraient être reconnues au travailleur.

[134] Au surplus, même en tenant compte que le travailleur a subi, en 1984 et en 1987, 2 importantes chirurgies au niveau L5-S1 qui sont en lien avec l'accident du travail initial du 9 mai 1984, la preuve démontre qu'en 1990, le travailleur avait très bien récupéré de ces chirurgies, puisque tant le docteur Maléki que le docteur Reinhardt ne lui attribuaient plus aucune limitation fonctionnelle.

[135] Finalement, le tribunal se doit de prendre en considération que l'examen clinique effectué par le docteur Lacoursière le 28 août 2008, s'est avéré pratiquement normal. Cet examen du docteur Lacoursière est d'ailleurs superposable à celui effectué quelque temps auparavant par le docteur McLelland qui ne révélait, lui aussi, rien de particulier. De plus, même si cet examen du docteur Lacoursière diffère de ceux effectués par les docteurs Giguère et Langlois, le tribunal retient comme probant celui-ci, puisque plus contemporain à l'événement survenu le 8 avril 2008, que ceux des docteurs Langlois et Giguère.

[136] Il y a donc lieu de confirmer les limitations fonctionnelles émises par le docteur Lacoursière dans son avis du 5 septembre 2008, à savoir :

- Éviter la manipulation de charges de plus de 25 kilos;
- Éviter les mouvements avec amplitudes extrêmes de flexion et de torsion de la colonne lombaire;
- Éviter de subir des vibrations de basse fréquence ou des contrecoups à la colonne vertébrale. (*sic*)

[137] Par conséquent, compte tenu que ces limitations fonctionnelles sont de même nature que celles qui avaient été reconnues au travailleur en 2006 par le docteur Lefebvre, il y a lieu de considérer que le travailleur était capable, en date du 4 juin 2008, de reprendre son emploi prélésionnel.

[138] La Commission des lésions professionnelles doit maintenant déterminer si le travailleur a subi, le 11 septembre 2008, une lésion professionnelle.

[139] L'article 2 de la loi définit comme suit les notions de lésion professionnelle et d'accident du travail :

2. Dans la présente loi, à moins que le contexte n'indique un sens différent, on entend par :

« **lésion professionnelle** » : une blessure ou une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail, ou une maladie professionnelle, y compris la récurrence, la rechute ou l'aggravation;

« **accident du travail** » : un événement imprévu et soudain attribuable à toute cause, survenant à une personne par le fait ou à l'occasion de son travail et qui entraîne pour elle une lésion professionnelle;

1985, c. 6, a. 2; 1997, c. 27, a. 1; 1999, c. 14, a. 2; 1999, c. 40, a. 4; 1999, c. 89, a. 53; 2002, c. 6, a. 76; 2002, c. 76, a. 27; 2006, c. 53, a. 1.

[140] En l'espèce, le tribunal est d'avis que la preuve prépondérante démontre que le travailleur a subi, le 11 septembre 2008, un accident du travail.

[141] En effet, le tribunal retient que selon le témoignage non contredit du travailleur, ce dernier, en descendant de sa rétrocaveuse, a mis le pied gauche dans un fossé contenant de la boue de forage. Le travailleur a alors ressenti une augmentation de ses douleurs lombaires lorsqu'il a voulu retirer son pied gauche qui s'était enfoncé dans la boue et que de l'eau pénétrait à l'intérieur de sa botte. Or, le tribunal estime que le travailleur ne pouvait prévoir qu'en mettant son pied au sol, celui-ci s'enfoncerait dans de la boue au point où de l'eau pénétrerait à l'intérieur de sa botte. Il y a donc lieu de considérer cet événement comme étant un événement imprévu et soudain survenu par le fait du travail.

[142] De plus, le tribunal retient que selon le témoignage du docteur Giguère, l'effort effectué par le travailleur pour retirer son pied de la boue de forage est compatible avec le diagnostic d'entorse lombaire posé le 12 septembre 2008, par la docteure Beaumont.

[143] D'autre part, selon les notes de consultation de la docteure Beaumont du 12 septembre 2008, le tribunal constate que cette dernière recommande un nouvel arrêt de travail au travailleur ainsi que de nouveaux traitements de physiothérapie. De plus, elle fait état que le travailleur a une position antalgique et que les manœuvres du tripode et de Lasègue sont positives.

[144] De l'avis du tribunal, ces éléments démontrent une véritable détérioration objective de la condition du travailleur.

[145] Finalement, le tribunal retient que selon le témoignage non contredit du travailleur, ce dernier a fait part immédiatement à son employeur de cet événement du 11 septembre 2008.

[146] Il y a donc lieu de conclure que le travailleur a subi, le 11 septembre 2008, un accident du travail et qu'il a droit aux bénéfices de la loi.

PAR CES MOTIFS, LA COMMISSION DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES :

Dossier 364387-02-0811

REJETTE la requête de monsieur Jos Albert Larouche, le travailleur;

CONFIRME la décision de la Commission de la santé et de la sécurité du travail rendue le 29 octobre 2008 à la suite d'une révision administrative;

DÉCLARE qu'aucune atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique ne découle de la lésion professionnelle survenue au travailleur le 8 avril 2008;

DÉCLARE qu'en relation avec la lésion professionnelle survenue le 8 avril 2008, le travailleur conserve les limitations fonctionnelles de classe I suivantes :

- Éviter la manipulation de charges de plus de 25 kilos;
- Éviter les mouvements avec amplitudes extrêmes de flexion et de torsion de la colonne lombaire;
- Éviter de subir des vibrations de basse fréquence ou des contrecoups à la colonne vertébrale. (*sic*)

DÉCLARE que le travailleur était apte, à compter du 4 juin 2008, à reprendre son emploi prélésionnel;

DÉCLARE que la Commission de la santé et de la sécurité du travail était bien fondée de ne pas recouvrer les sommes versées au travailleur pour la période du 4 juin au 10 septembre 2008;

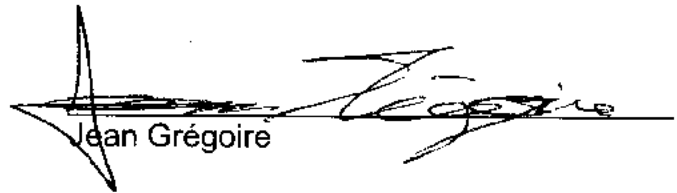
DÉCLARE que le travailleur doit rembourser à la CSST, la somme 111,07 \$ qui lui a été versée pour la journée du 11 septembre 2008.

Dossier 378875-02-0905

ACCUEILLE la requête de monsieur Jos Albert Larouche, le travailleur;

INFIRME la décision de la Commission de la santé et de la sécurité du travail rendue le 29 avril 2009 à la suite d'une révision administrative;

DÉCLARE que le travailleur a subi, le 11 septembre 2008, une lésion professionnelle et qu'il a droit aux bénéfices de la loi.


Jean Grégoire

M^e Marie Jo Bouchard
MELANÇON, MARCEAU ET ASSOCIÉS
Représentante de la partie requérante

M^e Raymond Gouge
CAIN, LMARRE, CASGRAIN, WELLS
Représentant de la partie intéressée

M^e Hélène Bérubé
PANNETON LESSARD
Représentante de la partie intervenante