**A. RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAVAILLEUR**

Nom :

Prénom :

No d’assurance maladie :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

No de dossier du travailleur :

Date de l’évènement d’origine :

Date de la récidive, rechute ou aggravation : Nil

**B. RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN**

Nom : CENTOMO

Prénom : Hugo

No permis : 1-18154

Adresse : 5777 Boul. Gouin Ouest, Suite 370, Montréal, Qc, H4J 1E3

Téléphone : 514-331-1400

Courriel : [adjointe.orthopedie@gmail.com](mailto:adjointe.orthopedie@gmail.com)

**DATE DE L’EXPERTISE :** 2024-04-11

**C. RAPPORT**

1. Mandat de l’évaluation

Le but de l’évaluation est de répondre aux points suivants de l’article de la LATMP :

2) Date de consolidation.

3) Nature, nécessité́, suffisance, durée des soins ou traitements administrés ou prescrits.

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

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

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

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

2. Diagnostics acceptés par la CNESST

Entorse lombaire et dorsale.

3. Modalité de l’entrevue

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

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

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

L’entrevue s’est effectuée cordialement, la travailleuse participait pleinement à son entrevue. L’entrevue s’est déroulée entre.

À la fin de l’entrevue, nous avons demandé́ à si elle avait d’autres commentaires ou informations à nous divulguer. Cette dernière nous a répondu par la négative.

4. Identification

Âge : Il s’agit d’une femme de 57 ans.

Dominance : Elle est droitière.

Emploi : Elle travaille comme aide de service pour le CISSS Abitibi – Centres d’hébergement depuis novembre 2020.

Elle travaillait à temps complet soit 4 jours par semaine.

Elle est en arrêt de travail depuis avril 2023.

5. Antécédents

Médicaux : COVID-19 en février 2024, hypertension artérielle, dyslipidémie, obésité morbide avec IMC = 42 kg/m2

Chirurgicaux : Prothèse totale de genou droit par le Dr Eid 2018-08-21, cure d’hernie abdominale, cholécystectomie, césarienne, Réparation du tendon long extenseur du pouce droit il y 30 ans.

Au site et au pourtour de la lésion : lombalgie chronique avec infiltration bloc facettaire

Accidentels :

CNESST : Aucun

SAAQ : Aucun

Autres : céphalée d’Arnold

Allergie : Pénicilline, Bactrim, Sulfa

Tabac : Négatif Cannabis : Négatif Alcool : Occasionnel

6. Médication actuelle et mesures thérapeutiques en cours

Physiothérapie cessée à la fin de février 2024 après atteinte de plateau thérapeutique.

7. Historique de faits et évolution

La travailleuse est une aide de service, ses tâches consistaient à assister les préposés auprès des patients et les accompagner dans les diverses activités de la vie quotidienne. Ses principales tâches consistaient à alimenter les patients, les divertir en les faisant participer à diverses activités, s’occuper de ranger le revêtement dans leur garde-robe et faire les lits.

La fiche de réclamation de la travailleuse décrit l’événement suivant survenu le 13 septembre 2022 :

« *J’ai affreusement mal dans le bas du dos et dans ma jambe gauche. Et ma jambe gauche est engourdie jusqu’au dessus de mon pied.* »

Lorsque questionnée, la travailleuse nous rapporte que le 13 septembre 2022, elle aurait eu un accident de travail avec une torsion au niveau dorsolombaire engendrant une douleur intense. Elle aurait poursuivi son travail jusqu’au 22 septembre 2022.

La travailleuse consulte le docteure Geneviève Rousseau, le 22 septembre 2022. Elle diagnostique une entorse lombaire plus dorsale. Elle prescrit des assignations temporaires.

La travailleuse rencontre le docteure Serge Lamontagne, le 4 octobre 2022. Il diagnostique une entorse dorsolombaire. Il prescrit de la physiothérapie et juge la condition clinique stable. Il note que la travailleuse peut poursuivre son travail régulier mais avec une certaine restriction soit : éviter la flexion du tronc répétée tel que faire les lits, activités de loisirs avec flexion répétée et doit pouvoir s’asseoir au besoin.

La travailleuse revoit le docteur Lamontagne, le 29 novembre 2022. Il maintient le diagnostic d’entorse dorsolombaire et ajoute le diagnostic d’infection pulmonaire à COVID-19. Il note une amélioration du point de vue de l’entorse dorsolombaire mais prescrit un arrêt de travail étant donné l’infection à COVID-19. Il maintient le traitement en physiothérapie. Il note que la travailleuse pourra reprendre son travail avec assignations temporaires, le 5 décembre 2022.

La travailleuse revoit le docteur Lamontagne, le 15 février 2023. Sur le diagnostic d’entorse dorsolombaire il consolide la travailleuse avec atteinte permanente à l’intégrité physique ou psychique et limitations fonctionnelles. Il maintient les limitations suivantes : travailler 4 jours par semaine, doit pouvoir s’asseoir et ne doit pas faire les lits (mouvements de flexion répétitifs du tronc à éviter).

La travailleuse revoit le docteur Lamontagne, le 10 mars 2023. Il maintient le diagnostic d’entorse dorsolombaire et ajoute le diagnostic de radiculopathie L5 gauche. Il note une détérioration importante de la situation clinique. Il prescrit des traitements en physiothérapie et une résonance magnétique du rachis lombaire. Il prescrit également des blocs facettaires au niveau L4-L5 et L5-S1 bilatérale.

La travailleuse obtient une résonance magnétique de la colonne lombaire, le 14 mars 2023.elle est interprétée par le docteur Julie Bougie-Boucher, radiologiste. Cette dernière constate :

«*…*

*L1-L2 : Légère discopathie. Pas de sténose spinale ni foraminale.*

*L2-L3 : Discopathie avec bombement discal à grand rayon de courbure qui est circonférentiel mais plus marqué en postérolatéral gauche. Sténose spinale légère avec un canal résiduel à 8 mm. Arthrose facettaire modérée. Pas de sténose foraminale significative.*

*En L3-L4 : Léger bombement discal circonférentiel à grand rayon de courbure. Arthrose facettaire modérée. Pas de sténose spinale. Pas de sténose foraminale significative.*

*L4-L5 : Petite protrusion discale postérieure ou centrale. Légère sténose spinale avec un canal résiduel à 9 mm. Arthrose facettaire hypertrophique modérée à gauche et légère à droite. Discret contact avec les racines sortant avec les disques à ce niveau qui semble discrètement plus marqué à gauche qu’à droite.*

*L5-S1 : Arthrose facettaire modérée pas de sténose spinale ni foraminale.* »

Je rencontre la travailleuse en expertise médicale, le 6 avril 2023. Sur ses lésions d’entorse lombaire et dorsale je ne consolide pas la travailleuse n’ayant pas accès aux résultats de la résonance magnétique, réalisée le 14 mars 2023. Je recommande que la travailleuse obtienne une consultation en chirurgie orthopédique surspécialisée en chirurgie de la colonne. Dans l’éventualité que la résonance magnétique démontre uniquement de l’arthrose multiétagée sans aucune compression significative, je suggère de consolider la travailleuse avec atteinte permanente à l’intégrité physique ou psychique et limitations fonctionnelles.

La travailleuse revoit le docteur Lamontagne, le 25 avril 2023. Il maintient le diagnostic d’entorse dorsolombaire avec radiculopathie L5 gauche. Il note une détérioration importante de la condition clinique. Il prescrit un arrêt de travail est optimise l’analgésie. Il maintient les traitements en physiothérapie.

La travailleuse obtient une électromyographie (EMG), le 27 avril 2023. Elle est réalisée par le docteur Marc Neveu, neurologue. Ce dernier constate :

« *Étude électrophysiologique demeure dans les limites de la normale. Il n’y a pas d’évidence sur le plan électromyographique de neuropathie périphérique ni de plexopathie ou de radiculopathie significative. Cliniquement la patiente semble quand même avoir un tableau de lombosciatalgie qui irradie un peu plus dans la racine L4 et peut-être effectivement un peu L5…* »

La travailleuse revoit le docteur Lamontagne, le 20 juin 2023. Il ajoute un diagnostic d’arthrose facettaire. Il note peu d’amélioration. Il maintient l’arrêt de travail, les traitements en physiothérapie. Il réfère la travailleuse en physiatrie.

Le travailleur rencontre le docteur Shahrami Banafshed, physiatre, le 1er septembre 2023. Elle diagnostique une lombalgie basse plus probable secondaires avec atteinte facettaire et radiculopathie L4-L5. Elle prescrit des blocs facettaires L4 à S1 bilatérale. Elle juge la condition clinique améliorée.

La travailleuse rencontre le docteur Benoit Bureau, le 27 septembre 2023. Il diagnostique une entorse dorsolombaire condition légèrement améliorée mais demeure irritable. Il maintient l’arrêt de travail.

La travailleuse obtient des blocs facettaires L4-L5 et L5-S1 bilatérale, le 3 novembre 2023. Ils sont réalisés par le docteur Sébastien St-Jean, radiologiste. Procédure bien tolérée sans complication immédiate.

La travailleuse revoit le docteur Banafshed, le 4 décembre 2023. Elle note un échec aux blocs facettaires et rapporte qu’ils vont essayer une épidurale L4 et L5 gauche. Elle prescrit un arrêt de travail et des traitements en physiothérapie.

La travailleuse rencontre le docteur Chantal Charbonneau, le 29 février 2024. Elle diagnostique une entorse dorsolombaire accompagnée de radiculopathie L5 gauche. Elle maintient les traitements en physiothérapie et ergothérapie ainsi que l’arrêt de travail. Elle juge la condition clinique stable.

Nous avons accès à l’évaluation initiale pour un programme de développement des capacités fonctionnelles (DCF). Les conclusions et recommandations sont les suivantes :

« *À la suite de l’évaluation en ergothérapie et en physiothérapie, nous ne croyons pas que madame soit une bonne candidate pour le programme interdisciplinaire de développement des capacités fonctionnelles… Par contre, nous recommandons que Madame bénéficie de suivi en ergothérapie ainsi qu’en physiothérapie afin de débuter une réactivation et ainsi de favoriser la reprise de ses capacités physiques et de l’aider dans la gestion de sa douleur…* »

8. Questionnaire subjectif et état actuel

**Appréciation subjective de l’évolution :** La travailleuse nous rapporte ne pas être en mesure de reprendre son travail pré lésionnel. Elle voit sa condition se détériorer, elle est découragée car elle aime son travail. Elle rapporte voir une détérioration importante depuis notre dernière évaluation en avril 2023.

**Plaintes et problèmes :** Elle se plaint principalement de douleurs lombaires qui irradient à ses membres inférieurs droit et gauche. Les douleurs sont exacerbées avec le mouvement. Elle décrit les douleurs aux membres inférieurs sous forme de brûlures.

Elle rapporte une exacerbation de douleur lorsqu’elle marche ou lorsqu’elle est en position statique debout ou assise de plus de 15 à 20 minutes. Elle éprouve de la difficulté à se pencher, s’agenouiller ainsi que de s’accroupir. Elle note qu’elle doit être constamment accompagnée de sa fille dans ses tâches quotidiennes.

Elle nie tout symptôme sphinctérien ou systémique. Elle nie tout symptôme s’apparentant à de la claudication neurogène.

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

9. Examen Physique

Poids : 105kg Taille : 1.657m Dominance : Droitière

**Observation générale et attitude :** La travailleuse s’est présentée à l’heure pour l’évaluation. À l’accueil elle se lève difficilement et son attitude générale présente un positionnement antalgique. On observe des oscillations normales au niveau de ses membres supérieurs lors de la démarche. Nous remarquons une démarche ralentie et elle nécessite un aide de technique (canne). Elle doit marcher le tronc penché vers l’avant et on note une diminution de la fluidité des mouvements lors de l’examen physique. La base de démarche est élargie. La travailleuse est en mesure de démontrer, difficilement, une démarche en tandem et est en mesure de marcher sur les talons et sur la pointe des pieds. Tout au long de l’examen du rachis lombaire, elle rapporte des engourdissements à son membre inférieur gauche

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

**Rachis Cervical :**

Palpation : Douleur au niveau des apophyses épineuse de C3-C6. Pas de douleur en para cervical.

Inspection : Aucune atrophie, lordose cervicale préservée

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Patient (e) | Normale |
| Flexion | 30 | 40o |
| Extension | 20 | 30o |
| Flexion Latérale G. | 30 | 40o |
| Flexion Latérale D. | 30 | 40o |
| Rotation G. | 50 | 60o |
| Rotation D. | 50 | 60o |

Amplitude articulaire :

Manœuvres radiculaires :

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

**Rachis Lombaire :**

Palpation : Douleur au niveau des apophyses épineuses de L2-L5 et en para vertébral lombaire gauche et au niveau de la fesse gauche.

Inspection : lordose lombaire conservée

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Patient (e) | Normale |
| Flexion | 60 | 90o |
| Extension | 20 | 30o |
| Flexion Latérale G. | 20 | 30o |
| Flexion Latérale D. | 20 | 30o |
| Rotation G. | 40 | 30o |
| Rotation D. | 40 | 30o |

Amplitude articulaire :

Manœuvres radiculaires :

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

**Hanches :**

Palpation : grands trochanters sans douleur

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

Amplitude articulaire :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Droit | | Gauche | | Normale |
|  | Actif | Passif | Actif | Passif |  |
| Flexion | 100 | - | 100 | - | 120o |
| Extension | 30 | - | 30 | - | 30o |
| Rotation interne | 40 | - | 40 | - | 40o |
| Rotation externe | 50 | - | 50 | - | 50o |
| Abduction | 40 | - | 40 | - | 40o |
| Adduction | 20 | - | 20 | - | 20o |

Manœuvres spécialisées :

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



**Atrophie musculaire :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Circonférence bras (cm) | NF | NF |
| Circonférence avant-bras (cm) | NF | NF |
| Circonférence cuisse (cm) | NF | NF |
| Circonférence jambe (cm) | NF | NF |

**Manœuvres :**

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

**Force préhension (kg) :**

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

**Neuro-vasculaire :**

Forces :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Racine (ASIA) | Droit | Gauche |
| C5 (flexion coude) | 5/5 | 5/5 |
| C6 (extension poignet) | 5/5 | 5/5 |
| C7 (extension coude) | 5/5 | 5/5 |
| C8 (flexion doigts) | 5/5 | 5/5 |
| T1 (abduction doigts) | 5/5 | 5/5 |
| L2 (flexion hanche) | 5/5 | 5/5 |
| L3 (extension genou) | 5/5 | 5/5 |
| L4 (dorsiflexion cheville) | 5/5 | 5/5 |
| L5 (extension D1 pied) | 5/5 | 5/5 |
| S1 (flexion plantaire cheville) | 5/5 | 5/5 |

Sensibilités :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Racine | Droit | Gauche |
| C5 | 2/2 | 2/2 |
| C6 | 2/2 | 2/2 |
| C7 | 2/2 | 2/2 |
| C8 | 2/2 | 2/2 |
| T1 | 2/2 | 2/2 |
| L2 | 2/2 | 2/2 |
| L3 | 2/2 | 2/2 |
| L4 | 2/2 | 2/2 |
| L5 | 2/2 | 2/2 |
| S1 | 2/2 | 2/2 |

Réflexes :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Réflexes | Droit | Gauche |
| Bicipital | 1+ | 1+ |
| Tricipital | 1+ | 1+ |
| Hoffman | Neg | Neg |
| Rotulien | 1+ | 1+ |
| Achiléen | 1+ | 1+ |
| Babinski | Neg | Neg |

Pouls :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Cubital | 2 | 2 |
| Radial | 2 | 2 |
| Tibial postérieur | 2 | 2 |
| Pédieux | 2 | 2 |

10. Examens paracliniques

Vous référez au point 7, Historique des faits et évolution.

11. Conclusion

**Résumé :**

Il s’agit d’une femme de 57 ans connue pour des douleurs chroniques au dos avec blocs facettaires au niveau lombaire. Elle s’est infligé une entorse dorsolombaire le **13 septembre 2022**. Cette lésion a fait l’objet de traitement conservateur avec traitement en physiothérapie, ergothérapie, blocs facettaires L4-L5 et L5-S1 bilatéral et elle est présentement en attente pour des infiltrations de type épidurale au niveau L4 et L5 gauche. Elle a bénéficié d’une résonance magnétique, qui démontre un aspect dégénératif avec arthrose facettaire multiétagée sans démontrer de sténose foraminale et démontre une légère sténose spinale L2-L3 et L4-L5 cliniquement non significative. Une électromyographie (EMG) démontre aucune trouvaille pour une atteinte neurologique. Évolution peu favorable, elle est maintenant en arrêt de travail, les traitements en physiothérapie ont été cessés en février 2024 après une atteinte de plateau thérapeutique et une évaluation en ergothérapie et physiothérapie ne recommande pas le programme de développement des capacités fonctionnelles (DCF). La travailleuse ne pense pas être en mesure de reprendre son travail prélésionnel et ne vois pas quel genre de travail elle pourrait réaliser.

Sur le plan subjectif, elle rapporte des douleurs lombaires avec une irradiation au niveau de ses membres inférieurs gauche et droit qui limitent énormément ses activités. Elle note une difficulté dans ses tâches quotidiennes et rapport nécessité l’aide de sa fille. Elle ne rapporte pas de symptôme sphinctérien ni de symptôme s’apparentant à de la claudication neurogénique.

Sur le plan objectif, on observe une patiente obèse avec un IMC de 42 kg/m². Nous objectivons une diminution de l’amplitude articulaire au niveau lombaire sans toutefois objectiver de déficit de force segmentaire au niveau des racines cervicales et lombaires. Les manœuvres radiculaires sont toutes négatives.

Nous n’avons pas relevé de signe de myélopathie ou d’atteinte secondaire à de la sténose centrale.

Les examens des hanches sont dans les limites de la normale.

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

**Diagnostic :**

Entorse lombaire et dorsale.

**Date de consolidation :**

Le médecin qui a charge la travailleuse a rencontré cette dernière le 29 février 2024, ne s’est pas prononcée sur ce point, a prescrit un arrêt de travail, des traitements en ergothérapie et des infiltrations épidurale L4 et L5 gauche.

Considérant le diagnostic retenu par la CNESST et faisant l’objet de la présente demande, soit une entorse lombaire et dorsale;

Considérant que la travailleuse éprouve toujours une perte de fonction et une lombosciatalgie gauche depuis plus de un an;

Considérant que la résonance magnétique du rachis lombaire démontre des aspects dégénératifs avec arthrose facettaire multiétagée sans sténose foraminale et démontre une sténose spinale légère, en L2-L3 et L4-L5, cliniquement non significative;

Considérant qu’une électromyographie (EMG) ne démontre aucune atteinte neurologique;

Considérant que les traitements en physiothérapie ont été cessés en février 2024 et qu’une évaluation ne recommande pas le développement des capacités fonctionnelles (DCF) de la travailleuse.

Considérant l’examen objectif d’aujourd’hui démontrant une irritabilité au niveau lombaire sans toutefois démontrer de faiblesse au niveau segmentaire, de signe de myélopathie, ni d’irritabilité au niveau des racines lombaires au manœuvres spécifiques;

Pour toutes ces raisons mentionnées ci-haut, je consolide donc la travailleuse pour le diagnostic d’entorse lombaire et dorsale en date de la présente expertise soit le 11 avril 2024.

**Nature, nécessité́, suffisance, durée des soins ou traitements administrés ou prescrits :**

Le médecin qui a charge la travailleuse a rencontré cette dernière le 29 février 2024, ne s’est pas prononcée sur ce point, a prescrit un arrêt de travail, des traitements en ergothérapie et des infiltrations épidurale L4 et L5 gauche.

Considérant le diagnostic retenu par la CNESST et faisant l’objet de la présente demande, soit une entorse lombaire et dorsale;

Considérant que la travailleuse éprouve toujours une perte de fonction et une lombosciatalgie gauche depuis plus d’un an;

Considérant que la résonance magnétique du rachis lombaire démontre des aspects dégénératifs avec arthrose facettaire multiétagée sans sténose foraminale et démontre une sténose spinale légère, en L2-L3 et L4-L5, cliniquement non significative;

Considérant qu’une électromyographie (EMG) ne démontre aucune atteinte neurologique;

Considérant que les traitements en physiothérapie ont été cessés en février 2024 et qu’une évaluation ne recommande pas le développement des capacités fonctionnelles (DCF) de la travailleuse.

Considérant l’examen objectif d’aujourd’hui démontrant une irritabilité au niveau lombaire sans toutefois démontrer de faiblesse au niveau segmentaire, de signe de myélopathie, ni d’irritabilité au niveau des racines lombaires au manœuvres spécifiques;

Considérant la consolidation des diagnostics d’entorse lombaire et dorsale ;

Je suis d’avis qu’il y a suffisance de traitements en date de la présente expertise soit le 11 avril 2024.

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

Pour le diagnostic d’entorse lombaire et dorsale

J’accorde une atteinte permanente à l’intégrité physique ou psychique.

Le pourcentage d’atteinte sera présenté au point 12.

**Existence de limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle :**

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

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

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

* Soulever, porter, pousser, tirer des charges de plus de 10 lbs
* Travailler en position accroupie
* Ramper, grimper
* Effectuer des mouvements avec des amplitudes extrêmes de flexion, d'extension ou de torsion de la colonne lombaire
* Rester en position statique debout prolongée de plus de 20 minutes
* Subir des vibrations de basse fréquence ou des contrecoups à la colonne vertébrale

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | SÉQUELLES ACTUELLES | | |
|  | Code de séquelle | Description | % |
|  |  | **Rachis dorso-lobaire** |  |
|  | 204 004 | Entorse dorsale et lombaire avec séquelles fonctionnelles objectivées | 2 |
| 2. | SÉQUELLES ANTÉRIEURES  Aucune | | |
| 3. | AUTRES DÉFICITS LIÉS À LA BILATÉRALITÉ  Aucune | | |

Chart, line chart

Description automatically generated

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

Hugo Centomo, MD, PhD, FRCS ©

Chirurgien-orthopédiste