**A. RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAVAILLEUR**

Nom :

Prénom :

No d’assurance maladie :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

No de dossier du travailleur :

Date de l’évènement d’origine :

Date de la récidive, rechute ou aggravation : Nil

**B. RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN**

Nom : CENTOMO

Prénom : Hugo

No permis : 1-18154

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

Téléphone : 514-331-1400

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

**DATE de l’expertise :**

**C. RAPPORT**

1. Mandat de l’évaluation

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

1) Diagnostic

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

Diagnostic accepté : Entorse dorsale et lombaire

Diagnostics à l’étude : Hernie paracentrale gauche D3-D4, hernie paracentrale gauche D4-D5, hernie postérolatérale droite D9-D10 responsable de dorsalgie droite et hernies discales L4-L5 et L5-S1.

3. Modalité de l’entrevue

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

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

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

L’entrevue s’est effectuée cordialement, le travailleur participait pleinement à son entrevue. L’entrevue s’est déroulée entre.

À la fin de l’entrevue, nous avons demandé́ à s’il avait d’autres commentaires ou informations à nous divulguer. Ce dernier nous a répondu par la négative.

4. Identification

Âge : Il s’agit d’un homme de 28 ans.

Dominance : Il est gaucher.

Emploi : Il travaillait comme opérateur de boulonneuse (mineur) pour la compagnie Mines Dumagami (Division Laronde) depuis juillet 2019.

Il travaillait à temps complet soit des quarts de 5/4 totalisant 37 heures par semaine.

Il occupe présentement un nouveau poste comme pompiste pour le même employeur qu’il tolère bien.

5. Antécédents

Médicaux : Asthme bien contrôlé

Chirurgicaux : Aucun

Au site et au pourtour de la lésion : Aucun

Accidentels :

CNESST : Fracture cheville gauche 2017-2018 consolidée sans séquelle. Fractures de côtes 2018-2019 consolidée sans séquelle.

SAAQ : Aucun

Autres : Aucun

Allergie : Aucune

Tabac : Négatif Cannabis : Positif / médical Alcool : Occasionnel

6. Médication actuelle et mesures thérapeutiques en cours

Physiothérapie et ergothérapie

Duloxetine

Cannabis

7. Historique de faits et évolution

La fiche de réclamation du travailleur décrit l’événement suivant survenu le 27 mai 2023 :

« *Lever un objet qui étais coincé. Mon dos était penché par en avant pour m’allonger le plus possible pour me rapprocher de l’objet et je me suis blessé au niveau du dos quand j’ai essayé de lever l’objet.* »

Lorsque questionné, le travailleur nous explique qu’il devait lever des feuilles 9’ x 4’ pesant 30 lbs à bout de bras. Il était rendu à la 7e feuilles et lorsqu’il a désiré la soulever, il était penché à son maximum vers l’avant, la feuille est restée coincée lui donnant un choc au niveau du dos.

Le travailleur consulte le docteur Manon Duchesne, le 29 mai 2023. Elle diagnostique une entorse dorsale. Elle prescrit un arrêt de travail.

Le travailleur revoit le docteur Duchesne, le 12 juin 2023. Elle maintient le diagnostic d’entorse dorsale. Elle juge la condition clinique stable. Elle prescrit de la physiothérapie, une résonance magnétique dorso-lombaire et des assignations temporaires.

Le travailleur obtient une résonance magnétique du rachis dorsal et du rachis lombo-sacré, le 6 juillet 2023. Elle est interprétée par le docteur Robert Trudel, radiologiste. Ce dernier constate :

«*…*

*D3-D4 :*

*Petite hernie discale paracentrale gauche causant tout au plus une minime encoche sur le fourreau dural. Pas de compression médullaire ni de sténose spinale.*

*D4-D5 :*

*Petite hernie discale paracentrale gauche avec peu d’impact sur les structures osseuses nerveuses.*

*D9-D10 :*

*Petite hernie discale postérolatérale droite causant une minime encoche sur le fourreau dural sans signe de compression médullaire ou radiculaire.*

*Résonance magnétique du rachis lombo-sacré*

*Soupçon d’un début de dégénérescence discale non compliquée en L4-L5 et L5-S1 se manifestant surtout par un peu de perte de signal en pondération T2. Il n’y a pas de hernie. Il n’y a pas de sténose spinale ou foraminale. Il y a un petit hémangiome osseux péricentimétrique en L1. Il n’y a pas d’autre anomalie spinale. Il n’y a pas de pathologie intradurale. Il n’y a pas de sténose spinale ou foraminale.* »

Le travailleur revoit le docteur Duchesne, le 7 juillet 2023. Elle note une entorse lombaire améliorée. Elle maintient les traitements en physiothérapie et les assignations temporaires.

Le travailleur revoit le docteur Duchesne, le 26 juillet 2023. Elle diagnostique une entorse dorsale et lombaire. Elle juge la condition clinique améliorée. Elle maintient les traitements en physiothérapie ainsi que les assignations temporaires. Elle note : « *Je suggère fortement que Monsieur soit attitré à un emploi avec peu d’efforts physiques demandé au niveau de la colonne vertébrale (lever des charges maximums de 30 lbs sans répétition).* »

Le travailleur revoit le docteur Duchesne, le 16 août 2023. Elle maintient les traitements en physiothérapie et les assignations temporaires et ajoute des exercices de yoga.

Une 2e fiche de réclamation du travailleur est rempli le **30 août 2023** :

« *J’étais assis dans le véhicule de transport pour me rendre à ma place de travail, les conditions de route était bossus et chaotiques. Nous avons poigné une bosse qui m’a fait rebondir sur mon siège et à ce moment là, j’ai senti un pincement et une forte douleur au niveau de ma colonne vertébrale. J’ai demandé au conducteur d’immobiliser tout de suite le véhicule…* »

Le travailleur rencontre le docteur Lemieux, le 30 août 2023. Il inscrit une date de RRA et diagnostique une entorse dorsolombaire ainsi que des hernies discales telle que décrites dans les rapports antérieurs. Il prescrit un arrêt de travail, de la physiothérapie et des traitements en ostéopathie.

Le travailleur revoit le docteur Duchesne, le 6 octobre 2023. Elle diagnostique des hernies discales D3-D4, D4-D5 et D9-D10. Elle ajoute un diagnostic de hernie discale L4-L5 et L5-S1. Elle prescrit de la physiothérapie, de l’ergothérapie et un programme de réadaptation. Elle prescrit des assignations temporaires avec aucune levée de charge, aucun travail avec vibrations, pas de torsion, flexion et extension du tronc.

Le travailleur rencontre le docteur Banafsheh Shahrami, physiatre, le 6 novembre 2023. Elle diagnostique une dorsalgie droite plus grande que gauche ainsi qu’une lombalgie et sciatalgies secondaires à un problème discogénique L5-S1. Elle prescrit des injections facettaires dorsales sous fluoroscopie et envoit cette requête à Montréal. Elle prescrit de la Duloxetine.

Le travailleur revoit le docteur Duchesne, le 30 novembre 2023. Elle juge la condition clinique améliorée. Elle prescrit de la physiothérapie et de l’ergothérapie.

Le travailleur revoit le docteur Duchesne, le 2 février 2024. Elle juge la condition clinique améliorée. Elle maintient les traitements en physiothérapie et ergothérapie. Elle note que la période de consolidation est indéterminée. Elle maintient l’arrêt de travail.

Le travailleur obtient des blocs facettaires D12-L1, L1-L2 et L2-L3 droite, le 21 février 2024. Procédure réalisée par le docteur Filiatrault, physiatre. Procédure bien tolérée sans complication immédiate.

8. Questionnaire subjectif et état actuel

**Appréciation subjective de l’évolution :** Le travailleur nous rapporte ne pas être en mesure de reprendre son travail prélésionnel d’opérateur de boulonneuse. Il note que son travail actuel de pompiste lui convient bien car il peut travailler à son rythme, il peut stationner son véhicule et marcher afin de modifier sa position et soulager ses douleurs.

**Plaintes et problèmes :** Il se plaint principalement de douleurs dorsolombaires présentes au repos et qui s’exacerbe avec la position statique prolongée accompagnée de douleur au niveau de la fesse et de la jambe droite. Il note l’intensité maximale de la douleur à 8 sur 10. Il rapporte des douleurs sous forme de spasmes et note que cette douleur est augmentée avec les gestes répétitifs de flexion et rotation au niveau du rachis dorsolombaire. Il rapporte bien tolérer les vibrations lorsqu’il conduit son camion mais pour une période d’environ 30 à 40 minutes par la suite, il doit s’arrêter et marcher.

Il note que les infiltrations reçues (blocs facettaires, le 21 février 2024) ont soulagé les douleurs au niveau dorsal qui irradie au niveau de ses côtes à droite.

Le travailleur nie tout symptôme de claudication, symptôme sphinctérien ou de faiblesse au niveau des membres inférieurs.

Finalement, il met l’emphase sur le fait que ses symptômes ont principalement un impact sur sa vie personnelle.

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

9. Examen Physique

Poids : 95 kg Taille : 1.83m Dominance : Gaucher

**Observation générale et attitude :** Le travailleur s’est présenté à l’heure pour l’évaluation. À l’accueil il se lève spontanément et son attitude générale est exempt de positionnement antalgique ou de précautions en regard de ses membres supérieurs ou de son rachis cervical ou dorso-lombaire. On observe des oscillations normales au niveau de ses membres supérieurs lors de la démarche. Nous ne remarquons pas de démarche avec boiterie ou de Trendelenburg. La base de démarche est normale et non élargie. Le travailleur est en mesure de démontrer une démarche en tandem normale et est en mesure de marcher sur les talons et sur la pointe des pieds.

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

**Rachis Cervical :**

Palpation : Aucune douleur au niveau des apophyses épineuse de C5-T1 et en para cervical gauche.

Inspection : Aucune atrophie, lordose cervicale préservée, aucune cicatrice

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

Amplitude articulaire :

Manœuvres radiculaires :

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

**Rachis Dorso-Lombaire :**

Palpation : Douleur au niveau des apophyses épineuses de T8 à L1. Sensibilité en para dorsal droit au niveau de T9-T10. Pas de douleur en para vertébral lombaire.

Inspection : lordose lombaire conservée. Pas d’atrophie musculaire

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

Amplitude articulaire :

Manœuvres radiculaires :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| S.L.R. | POS | Neg |
| Tripode | POS | Neg |
| Lasègue | POS | 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 | 120 | - | 120 | - | 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 | POS | Neg |
| FABER | POS | Neg |

**Atrophie musculaire :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Droit | Gauche |
| Circonférence bras (cm) | NF | NF |
| Circonférence avant-bras (cm) | NF | NF |
| Circonférence cuisse (cm) | 44.0 | 45.0 |
| Circonférence jambe (cm) | 36.0 | 36.0 |

**Manœuvres :**

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

**Force préhension (kg) :**

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

**Neuro-vasculaire :**

Forces :

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

Sensibilités :

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

Réflexes :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Réflexes | Droit | Gauche |
| Bicipital | 2+ | 2+ |
| Tricipital | 2+ | 2+ |
| Hoffman | Neg | Neg |
| Rotulien | 2+ | 2+ |
| Achiléen | 2+ | 2+ |
| Babinski | Neg | Neg |

Pouls :

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

10. Examens paracliniques

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

11. Conclusion

**Résumé :**

Il s’agit d’un homme de 28 ans sans antécédents connus au rachis dorsolombaire avant l’événement d’origine du **27 mai 2023**. Il s’est infligé une entorse dorsale, entorse lombaire ainsi que des lésions de hernies discales D3-D4, D4-D5 D9-D10 démontrée à la résonance magnétique de juillet 2023. Cette résonance démontre aussi un début de dégénérescence au niveau de L4-L5 et L5-S1 sans toutefois démontrer la présence de hernie discale. Le travailleur bénéficiera de traitements en physiothérapie, ergothérapie ainsi que des infiltrations facettaires au niveau D12-L1, L1-L2 et L2-L3 du côté droit. Il rapporte que ces infiltrations l’ont grandement soulagé. Le travailleur n’est pas en mesure de reprendre son travail prélésionnel et est assigné à un poste moins demandant physiquement et rapporte bien le tolérer.

Sur le plan subjectif, le travailleur nous rapporte ne pas être en mesure de reprendre son travail prélésionnel. Il rapporte principalement des douleurs dorsolombaires qui irradient au niveau de la fesse et de la jambe droite lors de mouvements répétitifs ou lors de positions statiques prolongées. Il nie tout symptôme sphinctérien, tout symptôme s’apparentant à de la claudication et toute faiblesse musculaire des membres inférieurs.

Sur le plan objectif, on note un travailleur avec une démarche normale qui est en mesure de marcher sur la pointe des pieds, sur les talons et de réaliser une marche en tandem sans difficulté. On note une irritabilité du côté droit au niveau des tests de tripode et Lasègue. On note une légère diminution d’extension au niveau au niveau du rachis lombaire. L’examen des forces segmentaires, sensibilités et réflexes est dans les limites de la normale.

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

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

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

**Diagnostic :**

La résonance magnétique démontre des hernies paracentrale gauche D3-D4, D4-D5 et une hernie postérolatérale droite D9-D10. Le mécanisme du traumatisme (flexion maximale du rachis dorsolombaire avec traction et arrêt subi lors de la levée de la feuille pesant 30 lbs) peut correspondre aux hernies discales retrouvées à la résonance magnétique du rachis dorsal et correspondre aux symptômes rapportés par le travailleur.

Pour ce qui est du rachis lombaire, la résonance magnétique ne démontre aucune présence de hernie discale mais uniquement un début de dégénérescence discale non compliquée en L4-L5 et L5-S1. Bien que l’examen physique démontre une certaine irritabilité pour une sciatalgie, l’examen neurologique, les réflexes ainsi que les forces segmentaires et la sensibilité sont dans les limites de la normale au niveau des racines lombaires. Je suis d’avis qu’au niveau lombaire, les trouvailles faites à la résonance magnétique sont des découvertes fortuites démontrant plus le début de dégénérescence chez un travailleur pratiquant un emploi très demandant physiquement.

Pour toutes ces raisons, je reconnais les diagnostics de hernie paracentrale gauche D3-D4, hernie paracentrale gauche D4-D5, hernie postérolatérale droite D9-D10.

Pour ce qui est des hernies discales L4-L5 et L5-S1, je ne reconnais pas ces lésions en lien avec l’évènement d’origine puisqu’aucune hernie discale a été démontrée à la résonnance magnétique du mois de juillet 2023.

Les conclusions de l’expertise sur les points 2 à 5 porterons donc sur les diagnostics d’entorse dorsale, entorse lombaire, hernies paracentrale gauche D3-D4, D4-D5 et hernie postérolatérale droite D9-D10.

**Date de consolidation :**

Le médecin qui a charge le travailleur a rencontré ce dernier le 2 février 2024, ne s’est pas prononcée sur ce point, a maintenu les assignations temporaires et les traitements en physiothérapie et ergothérapie.

Considérant le diagnostic retenu par la CNESST et la présente expertise et faisant l’objet de la présente demande soit une entorse dorsale, une entorse lombaire, des hernies paracentrales gauche D3-D4, D4-D5 et une hernie postérolatérale droite D9-D10;

Considérant l’examen objectif du rachis dorso-lombaire et neurologique qui ne démontre pas de signe inquiétant de compression centrale ou radiculaire.

Considérant que le travailleur a atteint un plateau thérapeutique pour sa condition et qu’il ne serait pas en mesure de reprendre son travail prélésionnel et tolère bien son nouveau poste de pompiste pour le même employeur.

Je consolide le travailleur en date de la présente expertise, soit le 11 avril 2024 pour les diagnostics d’entorse dorsale, d’entorse lombaire, hernies paracentrales gauche D3-D4 et D4-D5 ainsi qu’une hernie postérolatérale droite D9-D10.

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

Le médecin qui a charge le travailleur a rencontré ce dernier le 2 février 2024, ne s’est pas prononcée sur ce point, a maintenu les assignations temporaires et les traitements en physiothérapie et ergothérapie.

Considérant le diagnostic retenu par la CNESST et la présente expertise et faisant l’objet de la présente demande soit une entorse dorsale, une entorse lombaire, des hernies paracentrales gauche D3-D4, D4-D5 et une hernie postérolatérale droite D9-D10;

Considérant l’examen objectif du rachis dorso-lombaire et neurologique qui ne démontre pas de signe inquiétant de compression centrale ou radiculaire.

Considérant que le travailleur a atteint un plateau thérapeutique pour sa condition et qu’il ne serait pas en mesure de reprendre son travail prélésionnel et tolère bien son nouveau poste de pompiste pour le même employeur.

Je suis d’avis qu’il y a suffisance de traitement pour ce diagnostic en date du 11 avril 2024.

Étant donné son jeune âge, je recommande que le travailleur puisse avoir accès à un programme d’exercices qu’il pourra réaliser à domicile pour maintenir une bonne santé au niveau de son rachis dorsolombaire ainsi qu’avoir accès à des infiltrations et blocs facettaires au besoin au niveau dorsolombaire.

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

Pour les diagnostics d’entorse dorsale, d’entorse lombaire, hernies paracentrales gauche D3-D4 et D4-D5 ainsi qu’une hernie postérolatérale droite D9-D10.

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 les diagnostics d’entorse dorsale, d’entorse lombaire, hernies paracentrales gauche D3-D4 et D4-D5 ainsi qu’une hernie postérolatérale droite D9-D10 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 15 kg

• travailler en position accroupie

• ramper, grimper

• effectuer des mouvements avec des amplitudes extrêmes de flexion, d'extension ou de torsion de la colonne dorso-lombaire

• subir des vibrations de basse fréquence ou des contrecoups à la colonne vertébrale sur une période prolongée de plus de 1h.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | SÉQUELLES ACTUELLES | | |
|  | Code de séquelle | Description | % |
|  |  | **Rachis dorso-lombaire** |  |
|  | 204 004 | Entorse avec séquelles fonctionnelles objectivées avec changements radiologiques | 2 |
|  | 204 148 | Hernie discale non opérée prouvée par tests spécifiques (IRM) | 2 |
|  | 207 644 | Perte de 10o d’extension au niveau du rachis lombaire | 1 |
| 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