



Direction générale
Unité des affaires juridiques
Rue du Bugnon 21
CH-1011 Lausanne

Alberto Crespo, Juriste
Chef de l'Unité des affaires juridiques
Tél. direct : +41.21 / 314.18.13 / 15
Télécopieur : +41.21 / 314.18.18

E-mail : Alberto.Crespo@chuv.ch

Monsieur
Bechir SEBEI
Chemin des Eterpeys 11
1010 LAUSANNE

v/réf :

n/réf : AC/rw

(A rappeler dans la réponse)

Lausanne, le 7 juillet 2008

Hospitalisation du 22 au 28.01.2008 en Traumatologie (TRAH)

- Effets personnels déchirés par le personnel lors de votre prise en charge aux urgences
- Remboursement forfaitaire de Fr. 700.—

Monsieur,

Par la présente, nous revenons à votre passage en nos bureaux concernant la détérioration de vos habits lors de votre hospitalisation dans notre établissement.

Comme convenu, à la suite des explications reçues et de l'investigation interne qui a été menée auprès des services concernés, nous vous confirmons que nous acceptons de vous dédommager pour un montant forfaitaire de Fr. 700.—. C'est donc à bien plaisir, et sans reconnaissance d'obligation, que nous avons donné ordre, le 18 juin 2008, à notre Service de la comptabilité de vous verser cette participation sur votre compte bancaire No 879.9792 auprès de la BCU à Lausanne, pour solde de tout compte. Ce montant devrait vous parvenir ces prochains jours.

Par ailleurs, pour ce qui a trait à votre demande d'emploi, vous pouvez sans autre consulter notre site internet www.chuv.ch (secteur technique-logistique) sur lequel la rubrique « offres d'emplois » est régulièrement mise à jour.

Vous pouvez aussi envoyer directement une offre de services spontanée à la Direction des ressources humaines du CHUV, M. E. Masson, Directeur RH, Rue du Bugnon 46, 1011 Lausanne.

Nous espérons ainsi avoir répondu à votre attente et vous prions d'agréer, Monsieur, nos salutations attentives.

CHUV - Direction générale

Alberto Crespo, Juriste
Chef de l'Unité des affaires juridiques

Copie pour information à :

- M. A. Rigo, Secrétaire administrateur DGH, MP 16-07/759
(pour contrôler le versement du montant octroyé)

NSS: 756.0088.9127.61

Digestif : appétit normal. Poids constant. Selles sp. Epigastralgies lorsqu'il est énervé ou qu'il prend trop régulièrement des AINS. L'assuré signale que son médecin traitant lui a prescrit récemment un « protecteur de l'estomac » dont il a oublié le nom.

Urinaire : pas de plainte.

Habitudes

- Allergies

Allergie à l'iode (il y a quelques années, après la désinfection d'une plaie avec un produit de désinfection iodé, l'assuré aurait présenté un choc anaphylactique justifiant son hospitalisation immédiate au CHUV ; des tests épicutanés pratiqués ultérieurement ont confirmé l'allergie à l'iode).

- Tabac

En moyenne 2 paquets de cigarettes par semaine depuis de nombreuses années.

Alcool

Durant sa jeunesse tumultueuse, l'assuré concède avoir « bu des verres », s'étant actuellement rangé, il respecte sa religion et ne boit pas d'alcool.

- Médicaments

Irfen® 600 mg 1-1-1-1.

Temesta® Expidet 1 mg 1-0-1.

« Protecteur d'estomac » dont le nom est inconnu à l'assuré 1-0-0.

L'assuré bénéficie de physiothérapie passive qui le soulage mais toujours de manière transitoire.

Anamnèse psychosociale et psychiatrique

L'assuré s'est marié une première fois avec une ressortissante suisse, fribourgeoise, en 1990 ; le couple a divorcé en 1996. Remariage en 2003, avec une concitoyenne née en 1971, au bénéfice d'une formation supérieure en arabe, arrivée en Suisse le 06.04.2003, actuellement femme au foyer. L'assuré mène, dit-il, une vie assez recluse, centrée sur sa famille. Il garde de bons contacts avec le fils issu de sa première union, qui vit avec sa mère, pour lequel il ne verse pas de pension alimentaire car la mère a un revenu suffisant, qu'il accueille dans son nouveau foyer tous les vendredis et samedis. M. Sebei se dit outré par ce qu'il considère comme une justice à deux vitesses que pratique la Suisse, qui favoriserait les riches et prêterait les pauvres. Il ne verbalise toutefois pas d'idées noires mais souffre surtout d'une importante nervosité. Il est inquiet par le fait qu'il prenne régulièrement des benzodiazépines et semble avoir parlé avec son médecin traitant de recourir éventuellement à un traitement antidépresseur.

Vie quotidienne

L'assuré se lève vers 07 h. Il dit être occupé régulièrement par diverses tâches administratives en lien avec son entreprise et, surtout, les démêlés qu'il a avec ses créanciers et la justice. Il reste passablement à la maison, lit, étudie. Les repas sont pris en famille. Il sort rarement, n'ayant d'ailleurs pas les moyens de se payer le restaurant.

NSS: 756.0088.9127.61

une rotation interne-externe à 30-0-30° et une abduction-adduction à 30-0-30°. Les genoux sont normo-axés, stables et sans épanchement. En décubitus dorsal, flexion-extension 150-0-0° ; en décubitus ventral, l'assuré s'oppose à la manœuvre de flexion du genou, car cela lui occasionne des douleurs lombaires trop importantes, au-delà de 90°. Limitation de mobilité de la cheville ddc, avec une flexion dorsale-plantaire à 5-0-15°, la tentative de flexion dorsale plus importante engendrant des tensions douloureuses à la face antérieure du pli inguinal ddc.

DOSSIER RADIOLOGIQUE

Thorax de f en position couchée du 22.01.2008 : cliché de débrouillage réalisé sur la civière avec des électrodes d'ECG en place. La silhouette cardiaque est agrandie, avec un important élargissement dans la région du médiastin. Redistribution vasculaire vers les sommets. Sur ce cliché-là, on n'arrive pas à juger de l'état du thorax osseux.

Epaule D de f + selon Neer du 22.01.2008 : tête humérale correctement centrée dans la glène. Acromion de forme normale. Aspect normal de l'articulation acromio-claviculaire et gléno-humérale. L'omoplate est sp.

CT-scan du rachis cervical du 22.01.2008 : pincement des disques C4-C5 et C5-C6 et dans une moindre mesure C6-C7 avec nette ostéophytose antérieure.

CT scan thoraco-abdominal du 22.01.2008 : pas de lésion au niveau du parenchyme pulmonaire ni au niveau du foie. Troubles dégénératifs lombaires au sens notamment d'une discopathie L1-L2 et L4-L5. Fracture des apophyses transverses G de L1, L2 et probablement L3. Il n'y a pas d'hématome significatif associé.

Thorax de f/p du 17.06.2005 : de f, inspirium correct. Silhouette cardiaque de taille normale. Hiles d'aspect normal. Pas d'infiltrat pleuro-parenchymateux. Sur le cliché de p, très discrète image de spondylose dorsale avec ébauche de cunéiformisation de la vertèbre de la clé de voûte de la cyphose dorsale.

Abdomen de f en position couchée du 24.10.2000 : il n'y a pas d'air libre sous les coupes diaphragmatiques. On distingue correctement la colonne lombaire qui présente une très discrète sinuosité. 5 vertèbres d'aspect lombaire disposées de manière rectiligne avec une pénétration excessivement bonne du rayonnement radiologique dans les articulations inter-apophysaires postérieures L2-L3, L3-L4 et L4-L5. Alors qu'on distingue très bien les apophyses transverses et toutes les vertèbres lombaires à D, on ne les distingue que très médiocrement à G.

DIAGNOSTICS

- **avec répercussion sur la capacité de travail**
 - LOMBALGIES COMMUNES DANS LE CADRE DE TROUBLES STATIQUES ET DÉGÉNÉRATIFS ET D'UN STATUS POST TRAUMATIQUE (M 54.9)
 - CONFLIT SOUS ACROMIAL DE L'ÉPAULE D APRÈS CONTUSION DE L'ÉPAULE D (M 75.4)
- **sans répercussion sur la capacité de travail**
 - EXCÈS PONDÉRAL.

NSS: 756.0088.9127.61

APPRÉCIATION DU CAS

M. Sebei est un homme en bsh, connu pour un « souffle au cœur » vraisemblablement anodin puisqu'il ne l'a pas empêché de pratiquer le football pendant plusieurs années, victime d'une chute d'une hauteur d'environ 3 m dans un chantier le 22.01.2008. Les circonstances de survenue de cet accident sont particulièrement malencontreuses, car d'une part l'assuré n'était pas assuré contre les accidents et d'autre part cet accident est imputable à la négligence du maître de l'ouvrage. Vu la situation économique et asséculo-logique particulièrement fragile de l'assuré, cet accident a eu des conséquences socio-économiques majeures pour lui, qui ne sont pas encore résolues. Actuellement, M. Sebei et sa famille émargent à l'aide sociale de la Ville de Lausanne.

Au plan somatique, cette chute d'une hauteur de 3 m a été responsable de lésions objectives modestes. Néanmoins, depuis lors, M. Sebei continue à annoncer des douleurs lombaires à caractère mécanique, le contraignant à prendre quotidiennement d'importantes doses d'AINS, et il présente également, de manière moindre, des douleurs au niveau de l'épaule D. Quant aux troubles de l'équilibre, dont il dit qu'ils ont été très perturbateurs, immédiatement après l'accident, ils ne jouent actuellement plus de rôle.

Cliniquement, on est en présence d'un assuré en état général correct, présentant ses plaintes avec précision, participant de manière adéquate à l'entretien et à l'examen clinique.

L'examen général est sp, hormis un certain excès pondéral. L'examen neurologique est également sp, si on excepte des douleurs lombaires et lombo-fessières à l'épreuve de Lasègue dès 70° à D et 60° à G, ceci probablement plus en raison de rétractions musculo-tendineuses qu'en raison d'une atteinte radiculaire irritative.

Au plan ostéoarticulaire périphérique, on peut relever une très discrète amyotrophie du moignon de l'épaule D, ainsi qu'une limitation de la mobilité active de l'épaule D, avec des signes de conflit sous-acromial évidents. Ceci est bien compatible avec l'âge de l'assuré, la profession qui était la sienne jusqu'à présent et le traumatisme dont il a été victime en janvier 2008 et ceci même si la RX de l'épaule D dont on dispose est normale.

En ce qui concerne les douleurs lombaires, il n'est pas possible de les rapporter aux lésions traumatiques elles-mêmes, puisqu'il s'agit d'une simple fracture des apophyses épineuses G de L1 et L2 (aux abords desquelles il n'y avait d'ailleurs pas d'hématome comme cela a pu être constaté sur le CT scan abdominal commenté ci-dessus. En revanche, ce même examen met en évidence des troubles dégénératifs lombaires dont on peut aisément admettre qu'ils ont été décompensés par le violent traumatisme incriminé).

A relever que l'examen actuel ne met en évidence aucun signe dit de non organicité.

Il existe donc une cohérence correcte entre les plaintes de l'assuré et les constatations objectives. Même si l'assuré transmet sans ambiguïté son mécontentement par rapport à la manière dont il estime être maltraité par la société, il n'y a pas d'élément qui permette de suspecter une névrose de rente, comme le note le médecin traitant, le Dr Vuillemin dans son rapport du 30.09.2008.

Contrairement à ce qu'affirme aussi le Dr Vuillemin, on ne peut pas admettre qu'il n'existe « aucune incapacité de travail » en tant que plâtrier-peintre indépendant. Bien au contraire, les doléances annoncées au niveau de l'épaule D et au niveau lombaire, pour lesquelles le substrat objectif est correctement établi, ne sont à l'évidence pas compatibles avec l'activité de plâtrier-peintre, surtout dans une petite entreprise où le patron est appelé à passer l'essentiel de son temps sur les chantiers eux-mêmes.

Les atteintes à la santé objectives déterminent des limitations fonctionnelles qui vont être énumérées ci-dessous. Celles-ci ne sont pas compatibles avec l'activité de plâtrier-peintre. En revanche, à l'évidence, une activité respectueuse des limitations fonctionnelles est possible et certainement exigible complètement.

NSS: 756.0088.9127.61

Il s'installe en tant qu'indépendant en partenariat avec son épouse en 1993, l'entreprise étant d'ailleurs toujours au nom de l'épouse (même si entretemps, le couple a divorcé). L'assuré signale qu'il effectuait toujours de petits travaux pratiquement seul, jusqu'à ce qu'un chantier important lui soit proposé, en 2007, en vue duquel il s'inscrit au Registre du commerce, engage 4 ouvriers qu'il assure à la SUVA et achète pour des sommes très importantes, mettant en péril ses économies, le matériel nécessaire à la réalisation de ce grand chantier. Le 22.01.2008, l'assuré est victime de l'accident qui fait l'objet du présent examen. En tant que patron de sa petite entreprise, il n'était pas assuré par la SUVA et ne disposait d'aucune autre assurance accident. Cette situation l'a précipité dans une grande précarité, d'autant plus qu'il n'a semble-t-il pas été en mesure de se faire payer les travaux déjà effectués, raison pour laquelle son entreprise aurait été déclarée en faillite, décision contre laquelle il a recouru. Actuellement, l'assuré se dit complètement désargenté, à la charge des Services sociaux de la Ville de Lausanne, qui lui versent Fr 2'175. — par mois. Depuis l'accident du 22.01.2008, l'assuré n'a plus d'activité rémunérée.

Anamnèse actuelle générale

L'assuré affirme qu'il était en excellente santé habituelle jusqu'au jour, fatidique dit-il, où il est victime d'un accident de travail. Le 22.01.2008, il pénètre dans une pièce de l'immeuble à la rénovation duquel il était engagé pour y réaliser des métrés. Comme il n'y avait que peu de lumière, il s'apprêtait à installer un luminaire. Il s'avance sur ce qui semblait être le plancher de cette pièce, lequel n'était en fait qu'un revêtement fragile qui craquera sous son poids, le faisant choir d'une hauteur de 3, 40 m, dit-il. L'assuré affirme avoir perdu connaissance et n'être revenu à lui qu'après son arrivée au CHUV, où il avait été transporté par ambulance. D'après le dossier (lettre de sortie du Service de traumatologie du CHUV du 01.02.2008) on apprend que les diagnostics suivants ont été posés : fracture des apophyses transverses G de L1 et L2, contusion de l'épaule D, plaie occipitale, contusion de l'articulation temporo-mandibulaire D. L'assuré évoque également d'importantes douleurs dans la région thoracique antérieure G, respiration-dépendantes, dont on lui aurait dit qu'elles étaient dues à une contusion thoracique, et il fait surtout mention de très importants troubles de l'équilibre lui rendant la mobilisation extrêmement pénible, lesquels se sont toutefois bien amendés suite à des traitements appropriés de rééducation de l'oreille interne.

L'assuré affirme, lors de la narration qu'il donne ce jour des événements, qu'il serait resté au moins 3 semaines à l'hôpital alors que d'après le dossier, il a pu le quitter le 28.01.2008, soit 6 jours après les faits.

Depuis lors, l'assuré annonce une situation difficile. Il se dit surtout très affecté par sa situation matérielle précaire et par les injustices dont il est, dit-il, victime. Au plan somatique, s'il note une très bonne amélioration des troubles de l'équilibre, il annonce toutefois la persistance de douleurs au niveau de l'épaule D lors des mouvements extrêmes, ainsi que des douleurs de la région lombaire inférieure G, permanentes, augmentant lors des efforts physiques même minimes ; à ce titre, il signale qu'il n'est même plus capable de porter lui-même les emplettes familiales. Les douleurs lombaires le gênent également à la marche, dont le périmètre est difficile à lui faire préciser ou lors de l'observation prolongée de la position assise. La nuit, l'assuré ne signale pas de douleurs particulières. En revanche, il note au réveil matinal un enraidissement douloureux important du rachis lombaire, qui ne se résout que vers la fin de la matinée.

Anamnèse par système

Système nerveux : fréquentes céphalées bi-frontales, le gênant surtout lors des jours de jeûne (Ramadan). L'assuré précise qu'il dort correctement mais avec l'aide de médicaments et que, malgré un nombre d'heures de sommeil correct, il est chroniquement fatigué.

Yeux : notion d'une diminution de l'acuité visuelle, prédominant à un des yeux, mais l'assuré n'est plus en mesure de préciser lequel. Son ophtalmologue lui aurait dit qu'il s'agit d'une presbytie, alors que l'assuré affirme que la baisse de l'acuité visuelle est survenue depuis son accident.

Cardiovasculaire : pas de plainte.

Pulmonaire : pas de plainte.

NSS: 756.0088.9127.61

STATUS

M. Sebei s'est présenté ponctuellement à la convocation qui lui avait été donnée. Il s'agit d'un homme de 53 ans, faisant son âge, propre de sa personne, à la prestance digne, s'exprimant parfaitement en français, participant de manière adéquate à l'entretien et à l'examen clinique. Durant l'heure initiale consacrée à la prise de l'anamnèse, il reste assis sur son siège sans gêne manifeste. Lors du déshabillage en début d'examen clinique puis lors de l'habillage à la fin de celui-ci, il évite l'antéflexion du tronc, s'asseyant par exemple pour délayer ses chaussures et enlever son pantalon et effectuant des mouvements peu amples avec le MSD.

Taille 169 cm. Poids 76 kg. BMI27. TAH 120/80 mmHg. Pouls régulier à 64/minutes.

Peau et phanères sp. Thyroïde non palpée. Pas de ganglion pathologique palpable. Oropharynx discrètement hyperémié. Prothèses dentaires supérieures et inférieures. A l'auscultation cardiaque, présence d'un bref souffle méso-systolique, d'intensité d'environ 2/6, de localisation para-sternale G. Artères périphériques des MI normalement palpables. Pas d'œdèmes aux MI. Percussion et auscultation pulmonaire sp. L'abdomen est souple et indolore, sans masse palpable, sans hépato-splénomégalie, avec des bruits sp.

Tant avec ses chaussures dans les couloirs du SMR que pieds nus dans la salle d'examen, l'assuré déambule sans boiterie. La marche sur la pointe du pied est effectuée de manière hésitante, en raison d'un certain manque d'équilibre, la marche sur le talon est effectuée de manière sécuritaire, mais s'accompagne de douleurs lombaires qualifiées de vives. L'accroupissement est rapide et complet, mais engendre des douleurs lombaires. Le relèvement se fait sans aide extérieure.

Au plan neurologique, il s'agit d'un assuré droitier, correctement orienté aux trois modes. Tonus musculaire aux MS et MI sp. ROT normo-vifs et symétriques aux MS et MI. RCP indifférent ddc. Contrôle de la sensibilité superficielle aux deux MI sp. Testing musculaire aux deux MI sp. L'épreuve de Lasègue engendre des douleurs qualifiées de vives dans la région lombaire et les ischio-jambiers dès 70° à D et 60° à G. La manœuvre de Lasègue inversée est négative. Pupilles rondes et isocores réagissant bien aux deux modes. Mobilité oculaire libre dans toutes les directions, sans nystagmus. Manœuvre de Romberg sp.

Au plan rachidien, ceintures scapulaire et pelvienne d'aplomb. Discrète déviation scoliotique de la nuque vers la D, de la région dorsale vers la G et de la région lombaire vers la D, le tout compensé. Hypercyphose dorsale de 40°. Flèches sagittales : occipitale 14 cm, cervicale 7 cm, dorsale 0 cm, lombaire 5 cm, sacrée 1 cm. A la palpation, l'assuré annonce des douleurs très vives dans la région lombaire inférieure, sur la ligne médiane, avec tendomyose para-lombaire inférieure ddc, annoncée comme douloureuse. Mobilité cervicale discrètement asymétrique, avec une rotation D/G à 60/70°, une inflexion latérale à 30° ddc, et une DMS min/max à 4/18 cm. La latéroflexion du tronc vers la D est harmonieuse, possible jusqu'à 40°, indolore. La latéroflexion du tronc vers la G est annoncée comme impossible, car elle entraîne des douleurs lombaires inférieures G excessives. La rétroflexion du tronc est limitée à 15°, douloureuse. L'antéflexion du tronc se fait très précautionneusement, en raison de vives douleurs lombaires. DDS 41 cm, Schober lombaire 10/15 cm, avec un déroulement incomplet de la lordose lombaire. La pseudo-rotation du tronc et la percussion axiale du tronc ne modifient pas les douleurs lombaires.

Aux MS, très discrète amyotrophie du moignon de l'épaule D. Mobilité active des épaules : rotation externe 40° à D, 60° à G, DPC7 52 cm à D, 26 cm à G, flexion et abduction 110° à D, 160° à G. Les manœuvres de Neer et de Yocum sont positives à D, négatives à G. Mobilité sp du coude ddc, avec une flexion-extension à 150-0-0° et une pro-supination à 90-0-90°. Mobilité sp du poignet ddc, avec une flexion dorsale-palmaire à 70-0-80°. Au niveau des mains, manœuvre de Gänsslen négative ddc. Enroulement complet des longs doigts ddc.

Aux MI, ébauche de morphotype des genoux en varus. Mobilité des hanches symétrique et normale, engendrant des douleurs lombaires, surtout à G, avec une flexion-extension à 110-0-10°,