



Instructions sur le formulaire de documentation

pour la première consultation après traumatisme crânio-cervical par décélération

Principes de base

Les informations nouvelles et complémentaires actuelles du formulaire de documentation initial reposent sur l'arrêt de principe du tribunal fédéral ATF 134 V 109 du 19 février 2008. Les exigences imposées à la documentation de la première consultation ainsi qu'à la documentation du suivi sont clairement stipulées dans cette décision [1]. Ce premier examen en phase aiguë vise à documenter le déroulement de l'accident sur la base des indications du patient, à relever les symptômes et à recenser les signes cliniques. Le présent formulaire de documentation initial étendu prend en compte ces exigences et doit vous servir de support pour l'interrogatoire, l'examen médical et la documentation de vos antécédents lors de la première consultation d'un patient après un traumatisme cranio-cervical par décélération. Par ailleurs, le formulaire doit être directement utilisé par l'assureur-accidents ou la caisse-maladie comme premier rapport.

Une documentation insuffisante ainsi que des essais de travail manquants lors du suivi peuvent avoir des répercussions négatives sur le patient. Le tribunal fédéral considère par conséquent que la «consultation médicale initiale scrupuleuse avec interrogatoire approfondi [...] sont d'une grande importance» (cf. [1]). L'utilisation du formulaire de documentation initial n'est certes pas demandée explicitement, mais recommandée pour la première consultation systématique.

Les types d'accident les plus fréquents sont les collisions de voitures. Certaines questions ne trouvent une réponse que dans ce contexte; elles sont inutiles dans le cas d'un autre type d'accident.

Explications sur le nouveau formulaire de documentation initial

1. Données du patient

Les indications générales comme le nom, l'âge, la date et l'heure de l'accident, la date et l'heure de la première consultation ainsi que les indications du médecin traitant sont utiles. Une nouvelle question concerne le transport par ambulance, car un nombre croissant d'accidentés arrive aux urgences par ambulance.

2a. Description libre par le patient du déroulement chronologique de l'accident

Le patient doit décrire aussi franchement que possible le type d'accident, son déroulement ainsi que ses circonstances. Cette première description neutre peut déjà donner des points de repère pour répondre à la question 2C. Il faut relever que les indications du patient concernant la vitesse et l'influence de l'énergie mécanique sont subjectives et ne permettent pas au médecin traitant une interprétation mécanique de l'accident; ceci n'est possible qu'après une enquête précise des véhicules impliqués par des experts en accident et des biomécaniciens.

2b. Circonstances de l'accident

Ces questions viennent compléter le point 2a et peuvent être posées sous une forme structurée. Le type d'accident est important. Dans le cas le plus fréquent, la collision de voitures, des détails supplémentaires sont demandés sur le choc à la tête, la position de la tête, la position du corps, la présence d'appui-tête, le port de ceintures de sécurité et autres.

2c. Indications résultant de la prise de renseignements sur le déroulement chronologique

La capacité du patient à se souvenir clairement et sans lacune du déroulement de l'accident en complément du point 2a permet d'exclure tout traumatisme crânien (synonyme: commotion cérébrale légère par traumatisme, commotio cerebri). On peut déclarer que le patient est capable de se remémorer l'événement sans lacune lorsque :

- le bruit de la collision a été entendu;
- l'effet sur l'organisme ainsi qu'un effet de mouvement ont été perçus;
- le comportement du patient à l'arrêt du véhicule peut être décrit sans lacune.

Dans ce cadre, il convient d'explorer également le vécu psychique du patient.

3. Activités après l'accident

Cette question vise à déterminer à la fois la gravité des symptômes initiaux et le niveau de détérioration du véhicule.

4. Indications du patient sur l'évolution des symptômes depuis l'accident

L'interrogatoire doit aborder le type de symptômes, le moment de leur apparition et leur évolution jusqu'à la première consultation. En ce qui concerne le suivi, il est utile d'évaluer subjectivement l'intensité des douleurs de la tête et de la nuque. Il est également utile de distinguer entre les symptômes associés mentionnés spontanément, et ceux indiqués comme réponse à une question précise. Souvent, les troubles précoces de l'attention et de la mémoire, les troubles du sommeil, les symptômes végétatifs, anxieux ou dépressifs ne sont pas mentionnés spontanément. Puisque le risque est grand de voir ces symptômes devenir chroniques, il est recommandé d'interroger le patient sur ses symptômes dans un style aisé, en évitant toute suggestion. En présence de tels symptômes, ceux-ci doivent être considérés et soupesés avec clarté, car ils revêtent une importance majeure dans le cadre des mesures thérapeutiques précoces, administrées au patient dans un contexte médical global, et contrôlées lors du suivi.

5. Anamnèse antérieure

Les indications revêtant une importance centrale sont celles relatives à d'éventuels accidents antérieurs avec participation de la colonne cervicale et/ou de la tête, ainsi que d'autres symptômes exigeant un traitement avant l'accident. Il est aussi important d'interroger le patient sur des céphalées ou des migraines antérieures à l'accident. Le recensement détaillé de l'ancienne anamnèse, y c. le questionnement sur l'état psychique antérieur (y c. les psychothérapies), est requis selon l'arrêt du tribunal fédéral 134 V 109.

6. Examen médical

L'examen clinique doit inclure un statut locomoteur et neurologique.

a) Douleurs/mobilité de la colonne cervicale (CC) (mouvements actifs, exécutés par le patient lui-même)

A l'examen du patient en position debout, rechercher une posture inadéquate comme une hyperflexion ou une inclinaison de la tête/du cou, une surélévation des épaules, un effacement de la cyphose physiologique de la colonne thoracique et une anomalie de posture préalable de la colonne vertébrale.

En principe, en phase aiguë, seuls les mouvements actifs, c'est-à-dire exécutés par le patient lui-même, doivent être examinés, ce qui correspond au principe «hands-off» du traitement physiothérapeutique au cours des trois premières semaines. Le contrôle actif de la mobilité consiste à examiner la rotation et l'inclinaison de la tête en degrés (°), et la flexion/l'extension en indiquant la distance menton-sternum en cm.

La présence de douleurs au repos, au mouvement ou à la pression uniquement permet de tirer des conclusions sur l'intensité des douleurs; une douleur de type contusion indique une lésion du système locomoteur.

b) Douleur/limitation fonctionnelle d'autre localisation

Cette rubrique inclut les douleurs et limitations au mouvement touchant d'autres zones, notamment dans la région du tronc.

c) Examen neurologique

L'examen neurologique inclut l'examen des réflexes tendineux, de la force musculaire, la recherche de paresthésies, de déficits sensoriels ainsi que d'autres signes neurologiques pathologiques comme p. ex. des lésions touchant les nerfs crâniens. Le test Romberg et le test de piétinement Unterberger peuvent révéler un problème au niveau du vestibule en relation avec les vertiges. Les déficits segmentaires moteurs et/ou sensoriels et/ou les réflexes proprioceptifs diminués/absents indiquent une lésion radiculaire ou du plexus; les déficits unilatéraux et/ou les réflexes proprioceptifs particulièrement vifs indiquent quant à eux une lésion cérébrale ou médullaire. Tout déficit neurologique implique un conseil neurologique immédiat.

d) Etat de conscience actuel

L'évaluation de la conscience a lieu selon l'échelle de coma de Glasgow (GCS). Un score GCS abaissé doit sans attendre faire l'objet d'une investigation.

e) Autres constatations ou éléments frappants (y c. psychiques)

Tout trouble de la conscience, ne serait-ce qu'une légère limitation sur le plan quantitatif ou qualitatif de celle-ci, doit être rapporté et impose d'autres examens.

f) Lésions externes

Toutes les lésions externes doivent être rapportées, notamment celles touchant le cuir chevelu.

g) Radiographies

Rapporter tous les examens radiologiques effectués ainsi que leurs résultats.

7. Diagnostic provisoire (conformément à la classification Quebec Task Force [QTF])

La liste de diagnostics a été rédigée à l'exemple de la classification QTF (Quebec Task Force). Selon l'arrêt du tribunal fédéral 134 V 109, il faut distinguer «diagnostic présumé» et «diagnostic», et indiquer en outre les diagnostics différentiels possibles. Tous les diagnostics supplémentaires, comme par exemple une lésion externe, doivent également être rapportés.

8. Traitement/mesures prescrites

Toutes les mesures thérapeutiques prescrites doivent être instaurées.

9. Capacité de travail

Il est décisif de connaître la profession du patient ainsi que le taux d'occupation actuel afin de définir en détail une éventuelle incapacité de travail. Il est très utile d'interroger le patient sur sa situation privée, car un surmenage psychosocial peut aggraver les conséquences de l'accident et doit être pris en compte dans le traitement.

10. Remarques supplémentaires

Toutes les informations complémentaires ou les explications qui n'ont pas été abordées dans les points précédents peuvent être mentionnées ici, si besoin également sur des feuilles séparées.

[1] Vous trouverez une explication détaillée de David Weiss, licencié en droit, dans le Bulletin des médecins suisses 2008; 89:47, 2031–2032 sous www.saez.ch > Archives

Association Suisse d'Assurances ASA

Service médical

Zurich, le 28 février 2009

ASA | SVV

Association Suisse d'Assurances ASA

Conrad-Ferdinand-Meyer-Strasse 14

Case postale 4288

CH-8022 Zurich

Tél.+41 44 208 28 28

info@svv.ch

svv.ch