

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

Année 2021

2021 TOU3 1076

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement le

28 septembre 2021

Par Thibault COUDOIN

Né le 12 août 1992, à Limoges (87), France

Recommandations à visée du public non professionnel de santé sur la prise en charge initiale des traumatismes les plus fréquents sur le bord du terrain au basket-ball

DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le docteur Émile ESCOURROU

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE, président

Madame la docteure Julie DUPOUY, assesseur

Monsieur le docteur Emile ESCOURROU, assesseur

Monsieur le docteur Jérôme SAVIGNAC, assesseur



FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LEBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUDA Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAUDA Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.	
Classe Exceptionnelle et 1ère classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

P.U. - P.H.	
2ème classe	
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNEGAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M.C.U. - P.H

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOUJ Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GUSEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ, professeur des universités de médecine générale, médecin généraliste et maître de stage universitaire,

Je suis très honoré que vous présidiez le jury de ma thèse et vous suis reconnaissant de votre investissement sans faille auprès des étudiants depuis toutes ces années. Veuillez trouver ici ma plus grande reconnaissance.

A Madame la docteure Julie DUPOUY, maître de conférences des universités, médecin généraliste et maître de stage universitaire,

Vous avez été à l'origine de cette rencontre fructueuse avec le Dr ESCOURROU, je vous suis très reconnaissant d'accepter de siéger au jury final de ma thèse. Veuillez trouver ici ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le docteur Emile ESCOURROU, maître de conférences des universités, médecin généraliste et maître de stage universitaire,

Je te remercie d'avoir été mon directeur de thèse, ta patience et ta guidance devant ce long parcours m'ont énormément aidé. Merci de m'avoir fait confiance pour réaliser ce travail de recherche. Tu as toute ma reconnaissance.

A Monsieur le docteur Jérôme SAVIGNAC, médecin généraliste et médecin du sport,

C'est une fierté de pouvoir te compter parmi les membres du jury de ma thèse. Tu as été plus qu'un simple tuteur pendant mes études. Je t'en suis très reconnaissant.

A mes parents,

Sans qui je ne serais jamais arrivé à cet endroit, merci pour votre éducation, votre soutien, vos conseils dans toutes les épreuves que j'ai pu affronter. Merci de m'accompagner pour chaque étape de la vie, vous êtes des parents extraordinaires.

A mes grands-parents,

Merci de m'avoir appris la valeur des mots travail, humilité et famille. C'est un honneur que vous soyez à mes côtés aujourd'hui.

A mon frère,

Merci d'être présent depuis le début, tu es un modèle pour moi, l'exigence que tu as, m'a fait être quelqu'un de meilleur.

A Elodie,

Pour ton amour et ton soutien indéfectible malgré ma bonne humeur constante. Merci pour tout ce que tu fais dans mon quotidien pour m'aider.

A Tatie Momo,

« Tu n'es pas de cette galaxie ». Merci d'être là quand il faut.

A Léo et Nina,

Vous êtes ma bouffée d'oxygène quand je vous vois, vous êtes mes rayons de soleil.

A Emilie,

Tu es une belle sœur au top, toujours là si besoin.

A mes amis Limougeauds et Toulousains,

À qui je tiens énormément. Je suis extrêmement reconnaissant de vous avoir à mes côtés.

A la SaintGo Life,

Petite dédicace aux amis de Saint Gaudens, ce confinement n'aura pas fait que des malheureux ! A tous ces moments passés et futurs ! SainGo For Life !

A ma belle-famille,

Pour leurs encouragements et leur aide pour cette dernière ligne droite.

Je remercie chacun de mes maitres de stage,

Pour leur aide dans cette poursuite du savoir, d'avoir partagé leur quotidien de médecin.

A Claude,

Tout particulièrement à toi Tonton Coco, qui m'a tant aidé pour la réalisation de ces fiches. Merci d'avoir pris ton temps pour ce travail !

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

LISTE DES ABREVIATIONS

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

BAA : Basketball association of America

BB : Basketball

FFBB : fédération française de basketball

J.O. : Jeux Olympiques

NBA : National Basket Association

NBL : National Basketball League

OTM : Officiel de Table de Marque

PEC : Prise En Charge

QR code : de l'anglais : quick response code, « code à réponse rapide »

RAS : Rien A Signaler

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Le questionnaire.....	50
Annexe 2 : Fiche sur la lésion musculaire	55
Annexe 3 : Fiche sur le traumatisme de la cheville	56
Annexe 4 : Fiche sur le traumatisme du genou	57
Annexe 5 : Fiche sur le traumatisme de l'épaule	58
Annexe 6 : Fiche sur le traumatisme du poignet	59
Annexe 7 : Fiche sur le traumatisme d'un doigt	60
Annexe 8 : Fiche sur la lésion musculaire Version 2	61
Annexe 9 : Fiche sur le traumatisme de la cheville Version 2	62
Annexe 10 : Fiche sur le traumatisme du genou Version 2	63
Annexe 11 : Fiche sur le traumatisme de l'épaule Version 2	64
Annexe 12 : Fiche sur le traumatisme du poignet Version 2	65
Annexe 13 : Fiche sur le traumatisme d'un doigt Version 2	66

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : répartition des classes d'âges des répondants en pourcentage	20
Figure 2 : Pourcentage des répondants ayant des notions déclarées d'anatomie	21
Figure 3 : Pourcentage des répondants ayant des notions déclarées médicales	21
Figure 4 : Répartition des répondants suivant leurs rôles principaux dans un évènement de BB	22
Figure 5 : Compréhension du vocabulaire des fiches	23
Figure 6 : Répartition des répondants concernant la possible réutilisation des fiches	23
Figure 7 : Pertinence de la fiche lésion musculaire	24
Figure 8 : Pertinence de la fiche traumatisme du genou	26
Figure 9 : Pertinence de la fiche traumatisme de la cheville	27
Figure 10 : Pertinence de la fiche traumatisme de l'épaule	28
Figure 11 : Pertinence de la fiche traumatisme du poignet	29
Figure 12 : Pertinence de la fiche traumatisme d'un doigt	30
Figure 13 : Pourcentage de chaque item, du moins utile, au plus utile, par catégorie d'information	32

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS

SERMENT D'HIPPOCRATE

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES ANNEXES

LISTE DES FIGURES

INTRODUCTION.....	3
I _ Histoire du basketball.....	3
II _ Problématique.....	4
III _ Question de recherche	5
IV _ Objectif principal et secondaire	6
MATERIELS ET METHODES.....	7
I _ Type d'étude.....	7
II _ Revue narrative de la littérature	7
Les critères d'inclusion étaient :	9
Les critères d'exclusion étaient :.....	9
III _ Création de fiches explicatives	9
IV _ Réalisation d'un questionnaire de recueil d'opinion.....	10
Construction du questionnaire	10
Recueil des données	11
Méthode d'analyse	11
V _ Ethique.....	12
RESULTATS.....	13
I _ Résultats objectif principal.....	13
1- Fiche sur le traumatisme de la cheville	14
2- Fiche sur le traumatisme du genou.....	15

3- Fiche sur la lésion musculaire.....	16
4- Fiche sur le traumatisme de l'épaule.....	17
5- Fiche sur le traumatisme du poignet	18
6- Fiche sur le traumatisme d'un doigt.....	18
II _ Résultats objectif secondaire.....	19
A _ Recueil des données du questionnaire	19
1- population cible.....	19
2- questionnaire général.....	20
3- questions générales à propos des fiches	23
4- Fiche sur la lésion musculaire.....	24
5- Fiche sur le traumatisme de genou.....	26
6- Fiche sur le traumatisme de la cheville	27
7- Fiche sur le traumatisme de l'épaule.....	29
8- Fiche sur le traumatisme du poignet	30
9- Fiche sur le traumatisme d'un doigt.....	31
10- En conclusion.....	32
B _ Modifications à la suite du questionnaire d'opinion.....	35
DISCUSSION	37
I _ Synthèse des résultats.....	37
II _ Forces et faiblesses de l'étude	40
III _ Perspective de recherche.....	42
CONCLUSION	44
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	45
ANNEXES	50

INTRODUCTION

I _ Histoire du basketball

Le basketball est un sport collectif de balle opposant deux équipes de cinq joueurs sur un terrain rectangulaire (28 mètres de long sur 15 mètres de large) qui se joue à la main. Le but pour chaque équipe est d'inscrire plus de points que l'adversaire en marquant des paniers, c'est-à-dire en faisant passer le ballon à travers un anneau placé à 3,05m du sol.

Inventé en 1891 par James NAISMITH, un professeur d'éducation physique canadien naturalisé américain, docteur en médecine, au *Springfield College* dans le Massachussetts. Il cherche à occuper ses étudiants pendant les longs mois d'hiver entre les saisons de football américain et de baseball, qui rendent impossible la pratique du sport en extérieur. Il souhaite leur trouver une occupation sans contacts, afin de leur éviter les blessures. (1)

Dès 1893, le premier match européen sera disputé à Paris, dans le quartier de Montmartre, dans l'enceinte de l'Union Française des Jeunes Gens puis progressivement au cours du XXe siècle, le Basketball se développe dans le monde entier. Lors de la première guerre mondiale, les soldats américains contribuent à la diffusion du basketball sur le continent européen où plusieurs entraîneurs sportifs étaient présents aux côtés des troupes. Naismith a lui-même passé deux ans en France.

En 1932, la FFBB (fédération française de basketball) et la fédération internationale de basketball amateur voient le jour 4 ans avant l'apparition officiel de ce sport aux J.O. (Jeux Olympiques) de Berlin (1936).

La NBA (National Basket Association, association américaine des meilleures équipes du pays) voit le jour en 1949 par la fusion de la BAA (Basketball association of America) et de la NBL (National Basketball League) qui réunit les meilleurs joueurs du monde ce qui permet une médiatisation exponentielle. (2,3) En 1992 aux J.O. de Barcelone, pour la première fois des joueurs professionnels de basketball pourront jouer ce tournoi. Ainsi les Etats-Unis, créeront « la Dream Team » (l'équipe de rêve) composée entre autres de M. Jordan. Cet ensemble de joueurs mythique permettra de capter l'attention du monde entier ; pour devenir lors du XXIe siècle, un des sports les plus populaires au monde.

En France, en 2015, c'est le second sport collectif, avec 2.5 millions de pratiquants. Cela représente environ 500 000 matchs officiels par saison, sans compter les matchs amicaux, les tournois, et les multiples entraînements hebdomadaires de chaque équipe. Ainsi en 2018-2019, la FFBB comptait 710 970 licenciés dont 40% sont des femmes, ce qui en fait le premier sport collectif féminin français. (4,5)

Depuis la démocratisation de ce sport, il existe maintenant plusieurs types de pratiques du basketball. En effet outre la pratique « cinq contre cinq », aux J.O. a été nouvellement introduit la pratique du « trois contre trois ». Par ailleurs, des programmes de « Sport Santé » se développent, à destination de personnes non pratiquantes d'activité physique, afin de développer et/ou maintenir leur état musculosquelettique, mental et social. (6,7)

Lors de la création de ce sport, il ne devait y avoir que très peu de contact afin de limiter le risque de blessure. L'évolution du sport vers un monde toujours plus professionnel, va progressivement se diriger vers un sport de contacts, de chocs importants, imposant donc une évolution des capacités physiques des joueurs. Sur une faible surface de jeu, l'alternance attaque – défense, jeu rapide – jeu placé, permet d'avoir une alchimie entre sprint, explosivité, adresse, sauts (développant ainsi les capacités aéro-anéarobique) favorisant donc les risques de blessures.

II _ Problématique

Diverses études montrent que l'incidence des blessures au basketball est de plus en plus importante. Elle varie actuellement entre 2.5 et 11.3 lésions pour 1000 heures de pratique. (8) Cela a été confirmé par une revue systématique de la littérature en 2019 avec 5,7 blessures /1000 heures de pratique du basketball. Cela représente 7,7 blessés/saison/équipe sachant qu'une équipe de basketball est composée de 12 joueurs. (9)

La différence notable entre une équipe professionnelle et d'amateurs, est la présence dans l'encadrement d'un professionnel de santé, dont l'un des but est d'améliorer la prise en charge du blessé. Étant donné ses connaissances en traumatologie, le professionnel de santé aura une gestion de la blessure adaptée pour évaluer la poursuite ou non de l'activité, la nécessité d'examen complémentaire puis de la rééducation post traumatique.

Devant le nombre important d'évènements sportifs chaque semaine en France, il n'est pas possible qu'un professionnel de santé soit présent sur chaque site. L'absence de protocole accessible pour le grand public peut être délétère pour le traumatisé. Ce sujet de recherche

m'a été proposé par le Dr ESCOUROU devant cette absence de documents. Fort de mon expérience de 20 ans de basketteur, j'ai pu valider ce sujet afin de tenter de trouver une aide à une prise en charge pour les non professionnels de santé, la plus adaptée possible, le tout avec le moins d'effet délétère pour le traumatisé.

Dans ce sujet de recherche, il ne sera pas question de prise en charge d'urgences vitales telles qu'un traumatisé du rachis, ou d'une détresse cardiorespiratoire. Il sera question d'urgences liées à la pratique et au geste sportif lui-même. Le suivi des sportifs de tout niveau a permis de déterminer les conséquences d'une mauvaise prise en charge initiale des traumatismes. Les séquelles d'un traumatisme, à court terme mais surtout à long terme, génèrent des difficultés aux sportifs. Elles résultent d'un traumatisme initial négligé ou incorrectement traité, et peuvent être de l'ordre d'une instabilité chronique, une douleur chronique, une limitation de la mobilité, de l'arthrose post-traumatique par exemple, compromettant la saison voire une carrière professionnelle d'un sportif. (10)

Nous pouvons donner comme exemple lors d'un retard de cicatrisation la surconsommation d'anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) dans la prise en charge initiale des traumatismes musculosquelettiques. Il semblerait d'après les études, que les AINS soient délétères ; ils semblent inhiber les réactions biologiques conduisant à l'élimination des tissus cellulaires détruits. L'inhibition des prostaglandines pourrait diminuer la synthèse protéique. Ces éléments associés à d'autres facteurs de mauvaises cicatrisations, tels qu'un éventuel diabète, ou une consommation de tabac, pourraient compromettre une bonne consolidation d'un traumatisme musculosquelettique. (11–13)

Ce sujet de thèse me semble utile pour l'ensemble de la population et du monde professionnel afin de synthétiser les dernières recommandations scientifiques sur la prise en charge des traumatismes les plus fréquents au basketball.

III _ Question de recherche

La question de recherche était : Comment proposer des recommandations à visée du public non professionnel de santé sur la prise en charge initiale des traumatismes les plus fréquents sur le bord du terrain au basket-ball ?

IV _ Objectif principal et secondaire

L'objectif principal de ce travail était la création de fiches pratiques sur la prise en charge des traumatismes les plus fréquents à visée des encadrants non professionnels de santé.

L'objectif secondaire était de recueillir l'opinion des encadrants non professionnels de santé sur cet outil, pour permettre une amélioration lors d'une utilisation future.

MATERIELS ET METHODES

I _ Type d'étude

Il s'agissait d'une étude bâtie sur la création d'outils d'aide à la prise en charge des traumatismes les plus fréquents au basketball basée sur une revue narrative de la littérature suivie d'une enquête d'opinion de la population cible.

II _ Revue narrative de la littérature

Pour répondre à l'objectif principal de l'étude, une revue narrative de la littérature a été réalisée entre août 2020 et novembre 2020 dans le but de recueillir les dernières données sportives et scientifiques concernant une adaptation des protocoles sur les traumatismes musculosquelettiques au basket-ball.

Les bases de données interrogées étaient : Google, Google scholar, Pubmed, ClinicalKey Student, SUDOC, ainsi que les sites spécifiques des fédérations françaises de basketball, de volleyball, de handball.

Les trois dernières fédérations ont été consultées au vu des similitudes de ces sports ; sports en salle, avec une balle, pour des traumatismes équivalents. Le basketball et le handball peuvent être comparés au regard des contacts dans les phases de jeu, qui mobilisent essentiellement les membres supérieurs. Le volley quant à lui, n'est pas un sport de contact mais est considéré comme un sport associé devant l'utilisation des membres supérieurs mais aussi des enchainements de gestes similaires avec des sauts répétés, une nécessité d'explosivité, de rapidité, de changements de direction soudain. (8)

L'ensemble des sites internet disponibles des 3 fédérations pour comités régionaux et départementaux ont été consultés.

Le site de la fédération française de basketball ne mentionne aucun protocole lié à des prises en charge de traumatismes sur le bord du terrain.

La ligue Bourgogne Franche Compté dispose d'un document sur des protocoles immédiats de prise en charge de divers traumatismes sur le bord du terrain réalisé par le Dr COLLIN et par Mr CHAVANCE kinésithérapeute de la JDA Dijon Basket.(14) La ligue régionale Auvergne Rhône Alpes, la région Grand Est, les Pays de la Loire ont par ailleurs un document lié au traumatisme crânien (sujet non étudié dans cette thèse).

La ligue régionale Auvergne Rhône Alpes n'a pas de documents sur les traumatismes musculosquelettiques tout comme la Corse, la Bretagne, le centre val de Loire, les Hauts-de-France, l'Ile de France, la Normandie, l'Occitanie. La ligue régionale de la Nouvelle Aquitaine, de la Provence Alpes Côtes d'Azur, de la Guyane, de la Guadeloupe, de la Martinique, de Mayotte, de Nouvelle Calédonie, de la Polynésie, de la Réunion, de saint pierre et Miquelon, et de Wallis et Futuna n'ont pas de site internet.

Concernant les sites départementaux de basketball, le département de la Côte-d'Or reprend le fichier du Dr COLLIN (2), le Pas de Calais a un PowerPoint sur les traumatisme de la cheville par le Dr PAGERIE (15).

Nous avons 71 départements sans document concernant une prise en charge initiale de traumatismes, et 17 départements sans site internet.

Le site de la fédération française de volleyball ainsi que l'ensemble des ligues régionales n'ont aucun document concernant les prises en charge immédiates des traumatismes.

Le site de la fédération française de handball ainsi que l'ensemble des ligues régionales n'ont pas de document concernant les prises en charge immédiates des traumatismes. Il existe cependant un protocole pour les commotions cérébrales, retrouvé au niveau des ligues Auvergne Rhône Alpes, Centre, Ile de France, Nouvelle Aquitaine et Pays de la Loire. Ce traumatisme ne sera pas traité dans ce travail de thèse.

Les mots clé étaient :

Basketball _ Médecine du sport _ traumatismes _ prise en charge initiale

Sport field injury care _ athletic injuries _ first aid _ return-to-play guidelines

Une recherche manuelle a également été effectuée au sein de la bibliographie des articles sélectionnés

Les critères d'inclusion étaient :

- les articles en langue française et anglaise
- les articles entre janvier 2010 et novembre 2020
- si notion de prise en charge immédiate d'une blessure

Les critères d'exclusion étaient :

- les articles dont les conduites à tenir étaient en structure de soin (hospitalières, ou réalisées par un professionnel de santé en libéral)

III _ Création de fiches explicatives

Ces fiches explicatives centrées sur une zone du corps humain particulière, avaient pour objectif de renseigner sur un instant le plus court possible la prise en charge d'un traumatisé. Elles avaient comme nécessité une adaptation de langage pour que le public non averti puisse les lire, et les comprendre rapidement. Ces localisations ont été choisies sur un critère de fréquence retrouvé dans la revue systématique de la littérature de 2019 (9).

Un premier croquis a été réalisé en février 2021 pour trouver une mise en forme la plus adaptée possible. Puis Mr Claude DEZIER, à Tulle (Corrèze 19), designer graphique, a réalisé sur son logiciel professionnel CorelDraw®, une représentation graphique.

Cette première ébauche a été soumise à un panel de 7 personnes à la fois du domaine de la santé ou non, pour déceler les erreurs de mise en page, les incompris, les fautes de syntaxe. Ce panel de 7 personnes était composé de mon directeur de thèse, de trois infirmières, et de trois personnes de la population cible. Ainsi, une correction a été menée en mars 2021 avant de construire un questionnaire de recueil d'opinion et de les y insérer.

Une seconde et dernière version de cet outil a été réalisée en juillet 2021 après avoir évalué les différents retours des répondants.

IV _ Réalisation d'un questionnaire de recueil d'opinion

Construction du questionnaire

Pour évaluer ces fiches, le questionnaire de recueil d'opinion est visible en annexe 1. Il se subdivise en 5 parties.

- La première question permettait de cibler la population cible puisqu'un professionnel de santé (ou apparenté, tels qu'un médecin, pharmacien, infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute, ostéopathe, étudiant santé, ou en retraite de ces métiers) ne devait pas y répondre. Ainsi s'il répondait oui à la première question, il était redirigé directement à la fin du questionnaire.

- Puis se trouvait des questions d'ordre général pour caractériser le profil du répondant. Il y avait 10 questions fermées, dont 8 questions à réponse dichotomique (homme-femme ou oui-non). Les deux autres questions fermées avaient des réponses à choix multiple (tranches d'âge) ou des cases à cocher (rôle du répondant lors d'un évènement).

- Venait ensuite la présentation des fiches pratiques, avec 3 questions fermées d'ordre général. Deux questions avaient des réponses catégorielles de 4 niveaux (Non pas du tout, plutôt non, plutôt oui, oui tout à fait) et une dernière dichotomique oui-non.

- La quatrième rubrique concernait une section par fiche qui était à nouveau visualisable, avec pour chacune une question fermée (réponses catégorielles comme précédemment) et une question ouverte afin de recueillir des remarques des participants.

- Le questionnaire se terminait par une dernière partie « conclusion », qui contenait 3 questions avec deux questions fermées (une catégorielle et une seconde avec une grille à choix multiples). Cette dernière permettait aux répondants de noter de 1 à 5 l'utilité de l'information entre la définition du traumatisme, les signes d'urgence, les signes de gravité, la prise en charge médicale, et les médicaments. La dernière question ouverte était utile pour collecter les remarques sur l'ensemble du travail et ainsi laisser un espace d'expression libre pour les répondants.

Au total, ce questionnaire comportait 29 questions dont 22 questions fermées et 7 questions ouvertes. Avant d'être soumis au monde du basket, ce questionnaire a été évalué par le même panel de 7 personnes décrit précédemment, ce qui m'a permis de corriger certaines incompréhensions, coquilles et autres erreurs d'écriture. Ce premier retour m'a permis d'évaluer le temps approximatif de réalisation de celui-ci. Le questionnaire a été construit grâce au formulaire en ligne GoogleDoc®.

Recueil des données

La population cible était les personnes non professionnel de santé encadrant les évènements basket. Aucun critère d'âge n'était retenu pour l'inclusion des répondants.

Il a été distribué grâce aux réseaux sociaux, ainsi que par l'aide du comité départemental de basketball de la Haute-Garonne qui a publié une annonce sur son site internet en plus de ses réseaux sociaux.

Le choix du questionnaire sur le web et non pas manuscrit n'était autre que pratique devant la pandémie de la covid qui a provoqué l'arrêt de la saison de basket 2020 – 2021 avec l'absence des évènements sportifs pour distribuer les questionnaires.

La période de recueil s'étalait d'avril 2021 au 1^{er} juin 2021.

Le recueil des questionnaires se faisait de manière anonyme. Les répondants avaient la possibilité de me joindre, grâce à mon adresse électronique, pour de plus amples informations sans lever l'anonymat.

Méthode d'analyse

L'analyse statistique descriptive des résultats a été faite grâce au logiciel Microsoft Excel®, en précisant pour chaque variable qualitative l'effectif et le pourcentage de distribution.

V _ Ethique

Le 17 novembre 2016, est paru le décret d'application de la loi n°2012-300 du 05 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, dite loi Jardé (16). En ce sens, ce travail de thèse ne rentre pas dans les conditions nécessaires à l'obtention d'un aval du comité de protection des personnes (CPP).

Ce travail est défini hors loi Jardé.

Les participants pouvaient refuser de participer à l'étude et pouvaient se retirer à tout moment sans justification nécessaire.

RESULTATS

I _ Résultats objectif principal

Nous avons réfléchi sur comment proposer des recommandations à propos de la prise en charge initiale des traumatismes. Il fallait à la fois un outil disponible dans le maximum de salles de basketball, mais surtout disponible facilement sans nouvelle technologie ou du moins sans nécessité de réseau internet. Au regard de la revue littérature scientifique réalisée, nous avons pris comme exemple le protocole de la commotion cérébrale réalisé par différentes fédérations (de basketball (17,18) et handball (19)) pour réaliser ces fiches pratiques. Cette fiche permettait dans un minimum de temps d'avoir les informations les plus importantes afin d'aider au mieux le traumatisé. Nous retrouvions les signes de gravité, avec la conduite à tenir si présents. La poursuite de la prise en charge était indiquée avec une surveillance de 48 heures, et une nécessité de voir un médecin.

Les localisations des traumatismes les plus fréquents ont été choisies sur un critère de fréquence retrouvé dans la revue systématique de la littérature de 2019 (9) où la cheville représente 25.7% des blessures totales, puis le genou avec 17%. Le membre supérieur représente 14.2% des blessures totales et enfin les lésions musculaires de la cuisse à 11%. On retrouvait ces mêmes localisations dans un article du journal de la traumatologie en 2017 avec une revue narrative de la littérature (8).

Ainsi nous avons pu dégager 6 axes d'étude avec les traumatismes de la cheville, du genou, de l'épaule, du poignet, des doigts et les lésions musculaires.

Les fiches pratiques sont disponibles en annexe 2 à 7.

Les définitions des traumatismes étaient simples mais compréhensibles pour l'ensemble de la population et permettaient de faire la distinction entre un traumatisme aigu et une douleur chronique qui ne sera pas traitée dans ce travail.

La revue narrative de la littérature réalisée n'a pas retrouvé d'article permettant d'avoir une base de travail sur ce sujet de recherche. En effet, chaque donnée retrouvée était destinée à des professionnels qualifiés. C'est pourquoi, il a fallu s'adapter dans la prise en charge, dans l'arbre décisionnel afin d'être compris par l'ensemble de la population. Nous nous sommes donc appuyés sur des articles scientifiques puis nous avons simplifié les directives.

1- Fiche sur le traumatisme de la cheville

Les traumatismes de la cheville ne se résument pas aux atteintes ligamentaires de l'articulation talo-crurale. L'entorse du ligament latéral externe de cheville ne représente en définitif que 40,8% des diagnostics dans les traumatismes de cheville (20).

Il était important de définir les signes d'urgences qui nécessitait l'absence de reprise de l'activité mais surtout l'appel du SAMU 15 afin de ne pas créer un traumatisme secondaire au déplacement de la personne où le pronostic fonctionnel de l'articulation est mis en jeu. Dans un second temps, toute tierce personne ou le traumatisé lui-même se devaient de rechercher les signes de gravité qui devait faire consulter un médecin en urgence.

On retrouvait comme signe d'urgence immédiat la perte de l'axe du pied par rapport à la jambe, l'avant-pied déformé et œdématié, le déficit vasculaire ou nerveux, un empâtement important, une plaie profonde ou étendue et une douleur cotée >6/10. Il y a, de plus, les sensations du patient avec une sensation de déchirure, une impression de déboîtement de la cheville, de craquement, l'impossibilité à la marche et une apparition quasi instantanée d'une tuméfaction qui peuvent évoquer une lésion osseuse ou ligamentaire grave (20,21). Dans ces signes-là, certains sont des urgences, d'autres nécessitent une prise en charge médicale. Nous les avons classés selon leur pertinence. L'impossibilité de marcher entre dans les critères d'Ottawa (22) afin de réaliser un bilan complémentaire radiologique sans être une urgence fonctionnelle.

Concernant le protocole de prise en charge médical, il y avait donc les signes d'urgences retrouvés qui nécessitent un appel au SAMU 15, puis s'il existait des signes de gravité, où un avis médical en urgence était demandé. Il restait le traumatisme bénin, qui nécessitait une consultation sans urgence sous 72h chez le médecin généraliste. Dans toutes ces situations, le protocole PEACE&LOVE nouvel acronyme qui remplace RICE, était le protocole à réaliser. Il a été édité par La Clinique Du Coureur, un organisme de formation de professionnel de la santé, référence mondiale dans le domaine du traitement et de la prévention des blessures. (23)

Pour les premières heures avant la consultation chez le médecin traitant, le simple protocole PEACE suffit puis ce sera au médecin d'expliquer la suite avec l'acronyme LOVE qui est plus orienté sur la rééducation.

Protection (P) de la structure atteinte en prenant soin de réduire les facteurs déclencheurs de la douleur. On diminue ainsi la mise en charge exercée sur le membre blessé ou encore le mouvement du muscle atteint.

Élévation (E) de la jambe, à une hauteur plus élevée que le cœur : minimise la stagnation des fluides distaux, et donc limite l'œdème.

Anti-inflammatoires (A) à éviter (Ibuprofène, le Voltarène et le Naproxène). Ils ralentissent la vitesse de guérison tissulaire. L'application de glace est controversée à cause d'un possible ralentissement de la formation des néovaisseaux mais est encore recommandée. Pour le massage, il n'est pas conseillé de le faire en aiguë sans avis médical car il est fait le plus souvent de manière trop rigoureuse et pourrait aggraver la blessure ligamentaire voire fracturaire.

Bandage compressif (C) : diminue l'œdème.

Education (E) : sur la prudence dont il faut faire preuve par rapport à la surmédicalisation. Eviter les traitements passifs répétés, les investigations coûteuses, inutiles et anxiogènes, ainsi que les molécules pharmacologiques non essentielles.

Load (L) : mise en charge progressive suivie d'une reprise graduelle des activités habituelles, favorise la guérison en stimulant les tissus atteints.

Optimiste (O) Le cerveau joue un rôle de premier plan dans la guérison. Encouragez un état d'esprit car il influence directement la perception de la douleur, la vitesse de rétablissement et donc, diminue les risques de se retrouver aux prises avec une condition persistante.

Vascularisation (V) du tissu atteint dès le jour 3. Activité physique modérée sans douleur, à raison d'un maximum de 2 fois par jour et de 20 minutes est suffisant.

Exercices (E) de souplesse (pour gagner de l'amplitude), de renforcement (pour gagner de la force) et en déséquilibre (pour améliorer la proprioception) pour assurer un retour optimal à la normale.

2- Fiche sur le traumatisme du genou

Le genou est l'articulation la plus sollicitée et la plus exposée en pratique d'un sport avec pivot et contact. C'est donc un motif fréquent de recours aux urgences. Lors d'un

traumatisme du genou, l'examen clinique initial est le plus souvent non contributif, il faut savoir le répéter notamment en post-urgence (24).

Il était malgré tout indispensable de rechercher d'une part les signes d'urgences immédiat qui mettaient en jeu le pronostic fonctionnel à court et long terme de l'articulation et d'autre part les signes de gravité. On retrouvait la déformation, la plaie délabrante, impossibilité de reprendre l'activité physique avec l'impossibilité de mettre en appui, l'instabilité fonctionnelle, blocages, craquement, gonflement articulaire. À propos de la douleur, elle n'est pas corrélée avec la gravité car une hémarthrose gêne la mobilité articulaire. (25–27).

Il y a donc peu d'indications à consulter aux urgences au décours d'un traumatisme du genou, où il est à noter que 70% des diagnostics aux urgences doivent être précisés devant « entorse et lésions ligamentaire sans précision », par la nécessité d'un examen à 10 jours post traumatique. (25)

Pour la prise en charge en aiguë, le protocole PEACE devrait être mis en place.

3- Fiche sur la lésion musculaire

Afin qu'il n'y ait pas de problème de compréhension, nous avons différencié les deux types de lésions musculaires. L'atteinte musculaire extrinsèque par choc direct externe et intrinsèque par étirement, contraction brutale ou sollicitation excentrique mais la prise en charge médicale sera similaire. (28)

En phase aiguë, le traitement immédiat était basé sur le protocole PEACE dont l'objectif était de limiter l'œdème et la formation d'hématome, qui représentent des freins à la cicatrisation de la lésion.

Pour limiter au maximum ces deux phénomènes, la protection de la zone avec une mise en décharge les premiers jours était bénéfique. L'élévation du membre au-dessus du cœur permettait de limiter l'afflux sanguin sur la zone. Les anti-inflammatoires étaient proscrits devant l'augmentation du risque de saignement. La glace limitait le saignement ainsi que la contention. Le geste du massage était proscrit devant la possibilité d'augmenter le nombre de fibres musculaires atteintes.

L'important était de consulter un médecin sans urgence, pour qu'il puisse prévoir une échographie, examen de référence pour cette pathologie avec si besoin une ponction-

aspiration d'un hématome. Ce délai de l'examen avec la ponction est entre 48h et 10 jours. Trop tôt, le muscle pourrait encore saigner, mais trop tard, un enkystement de l'hématome pourrait débiter et empêcher le geste. Le traitement des lésions musculaires est influencé par la proportion de fibres musculaires touchées. (29–31) La prise en charge est globalement de la physiothérapie couplée une rééducation précoce (d'abord isométrique puis concentriques-excentriques d'intensité progressive).

Les signes de gravité compris dans cette fiche n'étaient pas là pour encourager le traumatisé à consulter aux urgences mais d'avoir un conseil téléphonique pour si besoin avoir une prescription d'antalgique. Ces signes seront recherchés par le médecin pour évaluer les facteurs de gravité de la lésion qui détermineront la suite de la prise en charge médicale et de rééducation.

4- Fiche sur le traumatisme de l'épaule

Pour la compréhension du titre de la fiche de l'ensemble de la population, nous avons décidé d'inscrire « épaule », mais il était sous-entendu « ceinture scapulaire » puisque nous parlions de l'articulation gléno-humérale mais aussi sterno-claviculaire, et acromio-claviculaire principalement.

Dans la revue de la littérature (32–34), nous retrouvons comme signes de gravité pour consulter aux urgences: un membre supérieur bloqué, notamment en abduction irréductible ou impotence fonctionnelle totale avec mobilisation passive impossible, main blanche et froide, s'il existe une déformation du galbe de l'épaule, tuméfaction en regard sternoclaviculaire, un hématome axillaire, une plaie délabrante, et/ou une douleur > 6 / 10.

L'objectif d'un appel du SAMU 15 était d'éviter un traumatisme secondaire, une mise en charge particulière. C'est pourquoi, les signes cliniques de luxations gléno-humérales ou acromio-claviculaire n'étaient pas des signes d'urgence mais de gravité. Il faut une consultation médicale rapide aux urgences sans pour autant faire déplacer une équipe du SAMU. De plus, même s'ils se déplaçaient, ce serait le plus souvent pour un protocole antalgique. Il est recommandé de ne pas réduire une luxation sans bilan radiologique de peur d'un déplacement de fracture avec risque d'atteinte neuro-vasculaire.

5- Fiche sur le traumatisme du poignet

Lors de chute, le poignet est particulièrement exposé aux traumatismes. Les signes de gravité d'un traumatisme du poignet qu'il faut rechercher, en phase aiguë, et qui nécessitent un avis médical rapide sont : l'existence d'une souffrance cutanée à type de plaie, de fracture ouverte, notamment s'il existe une déformation importante, puis de paresthésie dans un territoire précis, un déficit moteur. (35)

Les traumatismes du poignet et de la main sont fréquemment rencontrés aux urgences mais le plus souvent les contusions représentent 43,7% des diagnostics retrouvés (36). Avec cette notion, nous avons évalué qu'il était préférable d'avoir seulement un avis téléphonique médical grâce à la permanence des soins 3966, avant de consulter aux urgences si des signes de gravité étaient présents.

En dehors de ces signes d'urgences et de gravité, il serait nécessaire de ne consulter un médecin que 48 heures voire 72 heures après le traumatisme.

6- Fiche sur le traumatisme d'un doigt

Les fractures, contusions, plaies, entorses, lésions tendineuses de la main et du poignet représentent le deuxième motif de consultations tous sports confondus. (37) En plus des mêmes signes cliniques à recherche que ceux du poignet, il est important de savoir s'il y a eu luxation puis déluxation. Régulièrement, il y a dorsalisation de la deuxième phalange P2 sur la première phalange P1, qui sera réduite par le joueur lui-même. Il y aura donc négligence de la part du traumatisé de la lésion avec une pathologie du plan capsulo-ligamentaire et des ligaments latéraux qui pourront causer une instabilité, une déformation articulaire et surtout des douleurs chroniques.

Seules 10 à 15% des fractures fermées nécessiteront une stabilisation chirurgicales. Une entorse de l'IPP bien soignée par syndactylie suivie par une mobilisation active permet le plus souvent d'obtenir une récupération fonctionnelle normale même si l'articulation peut rester oedématiée plusieurs mois. (38)

II _ Résultats objectif secondaire

Dans un premier temps, nous avons rédigé un court texte de présentation afin d'exposer le travail, les perspectives et les détails de ce travail. Il était bien expliqué que ce travail était réalisé dans l'ancienne région Midi-Pyrénées et que l'appel au 3966 pour la permanence des soins ambulatoires n'était valable que dans cette localisation. Il sera nécessaire d'évaluer les possibilités locales dans les autres régions françaises. Grâce à cet alinéa, il a été décidé que ces fiches, avec ce questionnaire d'opinion, pouvaient être proposées hors Occitanie.

Le temps de passation du questionnaire a été évalué grâce au panel de 7 personnes précédemment cité.

Au total, durant les mois d'avril et de mai 2021, l'enquête d'opinion a permis de recueillir 128 réponses.

A Recueil des données du questionnaire

1- population cible

Nous avons choisi de faire parvenir ce travail à des licenciés de club de basket ou parents de joueurs grâce aux réseaux sociaux tels que la page Facebook® du comité départemental de basketball de la Haute Garonne (39) et son site internet officiel (40). La consigne de ne pas être professionnel de santé était inscrite. Mais une seconde vérification a été réalisée par la première question du questionnaire.

Sur les 128 réponses au questionnaire, 7.8% étaient considérés comme professionnel de santé dans le cadre de cette étude soit 10 réponses. Ainsi, nous avons 118 réponses pour la suite du questionnaire soit 92.2%.

2- questionnaire général

a- Genre et âge

Concernant les répondants, 45.8% étaient des femmes (n= 54) contre 54.2% des hommes (n= 64).

Aucun des répondants était mineur, pour le reste, la répartition par classe d'âge était globalement homogène comme le montre la figure 1. La classe des 18 – 25 ans était composée de 17 personnes, celle des 25 – 30 ans avait 35 personnes, celle des 30 – 40 ans 31 et celle des plus de 40 ans 35.

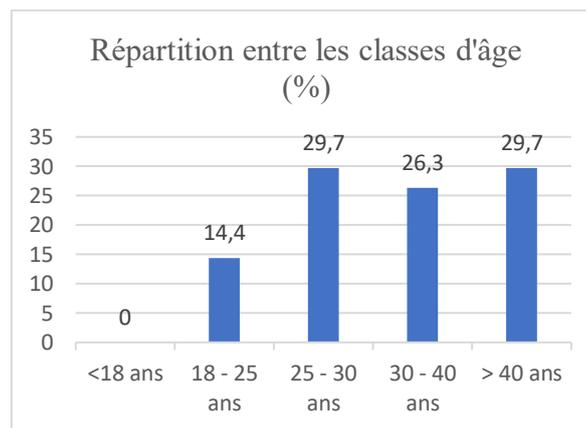


Figure 1 : répartition des classes d'âges des répondants en pourcentage

b- Formation aux gestes d'urgence

Au cours de leur vie, 66,1% des répondants avaient eu au moins une formation sur des gestes d'urgence (n= 78) contre 33.9% avec aucune notion de geste d'urgence soit 40 personnes.

c- Notion d'anatomie et médicales

Malgré le fait que plus de la moitié des répondants ont déclaré avoir des notions d'anatomie (n = 71), peu déclaraient avoir des notions de prise en charge médicale sur les différents traumatismes (n = 36) comme le montre les figures 2 et 3.

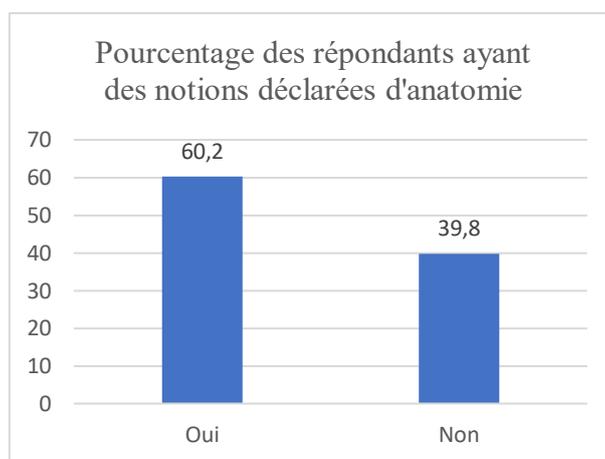


Figure 2 : Pourcentage des répondants ayant des notions déclarées d'anatomie

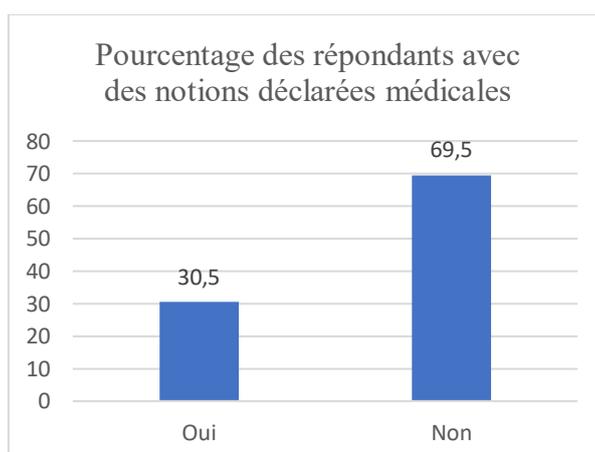


Figure 3 : Pourcentage des répondants ayant des notions déclarées médicales

d- sportifs de haut niveau et blessures

Sur tous les répondants, 8 ont été considérés comme sportif de haut niveau soit 6.8% contre 110 personnes qui sont restées dans le monde amateur soit 93.2%.

Par rapport à la question « si les répondants de haut niveau avaient été confrontés à une blessure nécessitant une prise en charge médicale d’au moins un mois », nous avons pensé qu’il était difficile de l’interpréter car nous avons recueilli 48 réponses, or seulement 8 auraient dû répondre au vu de l’intitulé de la question. Nous prenons malgré tout note de ces informations suivantes : 68.8% n’ont pas eu de blessure de ce type (n= 33) contre 31.3% ont reconnu s’être blessés avec une convalescence d’au moins un mois (n= 15).

e- rôle dans un évènement sportif

Cette question, différente des autres, n’avait pas de réponses dichotomiques mais était réalisée avec des cases à cocher au nombre de 6. Les participants au questionnaire devaient en cocher 2 au maximum. Il y a eu 13 réponses avec 3 ou plus de cases cochées.

La figure 4 montre la répartition des répondants suivant leurs rôles dans un évènement de BB où 35,12% sont joueurs, 24,87% sont spectateurs – parents, 19,51% répondants ont déclaré être entraîneurs – assistants, 12,70% sont arbitres, 6,83% sont OTM, 0,97% sont préparateurs physiques.

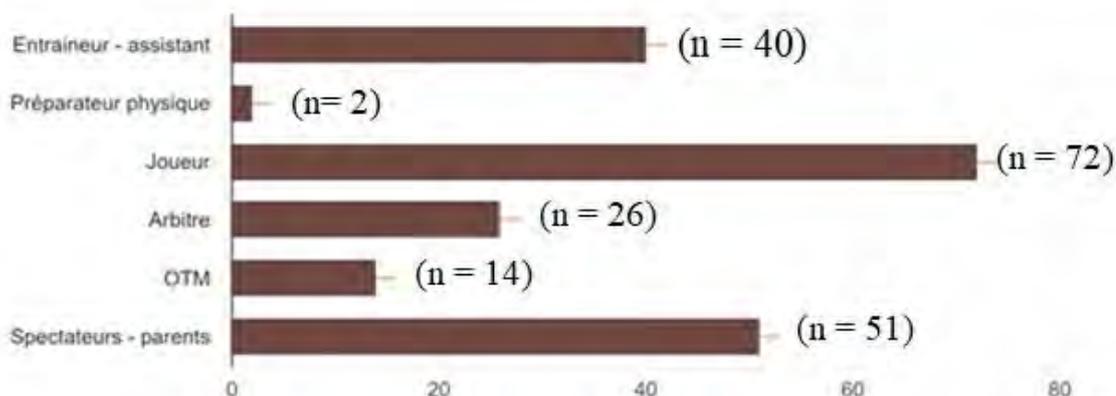


Figure 4 : Répartition des répondants suivant leurs rôles principaux dans un évènement de basketball

f- prise en charge d'une blessure

Lors d'une venue dans une salle de basket, 88.1% des répondants ont déjà été confrontés à une blessure (n= 104), et 93.4% de ceux-là (n= 99) auraient voulu avoir ces fiches pour guider la prise en charge.

3- questions générales à propos des fiches

a- Compréhension du vocabulaire des fiches pratiques

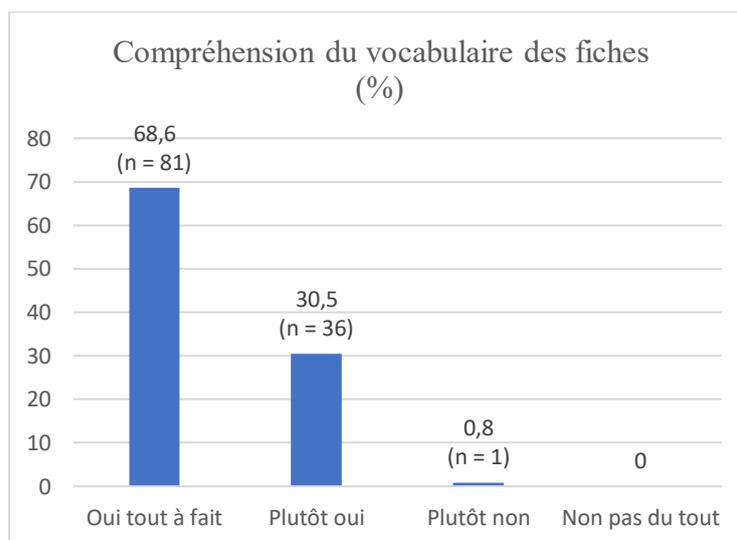


Figure 5 : Compréhension du vocabulaire des fiches

La majorité des répondants a trouvé les informations données claires, alors qu'une seule n'a plutôt pas compris ce vocabulaire utilisé (cf Figure 5).

b- Réutilisation des fiches pratiques

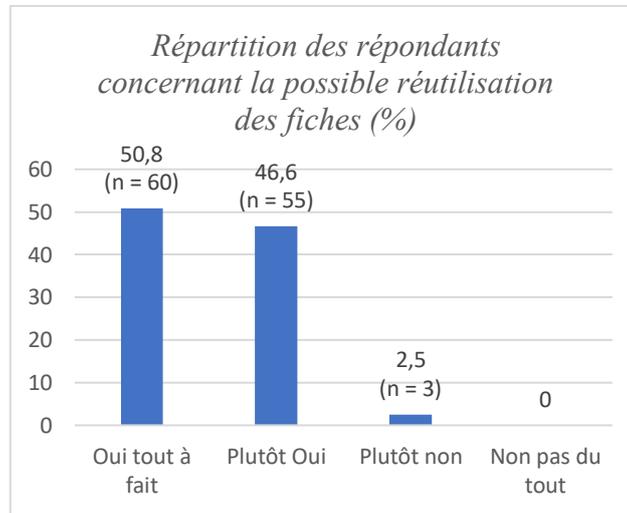


Figure 6 : Répartition des répondants concernant la possible réutilisation des fiches

La majorité des répondants a trouvé que ces fiches pratiques étaient réutilisables (cf Figure 6).

c- Compréhension de la différence entre les signes d'urgence et les signes de gravité

La grande majorité des répondants a compris la différence entre les signes d'urgence et les signes de gravité avec 98,3% (n= 116) contre 2 personnes qui répondent ne pas avoir compris.

4- Fiche sur la lésion musculaire

a- Pertinence de la fiche

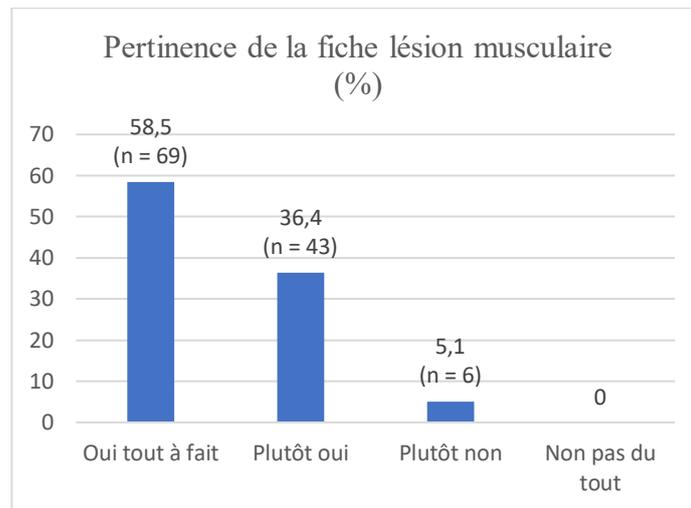


Figure 7 : Pertinence de la fiche lésion musculaire

La grande majorité des répondants (au total 95%) se trouvait satisfaite de cette fiche sur les lésions musculaires (cf Figure 7).

b- Remarques sur la fiche

- « Aucune remarque »
- « Est-ce nécessaire de mettre "traumatisme direct/indirect ?" Est-ce que cela aide pour la prise en charge ? »
- « Ne faudrait-il pas lors d'un traumatisme indirect une solution à suivre ? »
- « Les signes de gravité ne sont que sous le rectangle des traumatismes directs, ce qui peut faire penser qu'ils ne concernent pas les traumatismes indirects. »
- « Les éducateurs/entraîneurs ne doivent normalement pas donner de médicaments à leur joueur, sans ordonnance (consentement des parents, possible allergie). »
- « Elle est claire pour moi. »
- « L'élévation du membre est pour éviter une phlébite ? Pourquoi arrêter les anti-inflammatoires si on a des douleurs ailleurs ? Peut-être une fiche explicative du protocole Peace pourrait permettre de répondre à ces questions. »
- « Peut-être au niveau du choix des couleurs. Par exemple utiliser le rouge pour ce qui est le plus grave comme appelé le 3966. »

- « C'est une bonne idée car ça manque dans les salles. »
- « Les fiches sont claires et complètes. J'aime bien savoir le pourquoi (E.g. : pourquoi élever le membre). Peut-être lien/QR code pour en savoir plus ? »
- « Je pense que l'ergonomie est améliorable. Le contenu est très clair en tout cas. »
- « Non, mais très bonne initiative !! Merci »
- « C'est très intéressant. L'avantage c'est qu'il y a un protocole pour aider le blessé. Du coup plus rapide pour soigner des petites lésion. Vraiment très bien bravo. »
- « Il est difficile d'identifier si la lésion musculaire est liée à une contraction ou une élongation, ce qui changerait le protocole immédiat. »
- « Faut-il tous les signes de gravité ou seulement 1 seul pour appeler le numéro à disposition ? »

5- Fiche sur le traumatisme de genou

a- Pertinence de la fiche

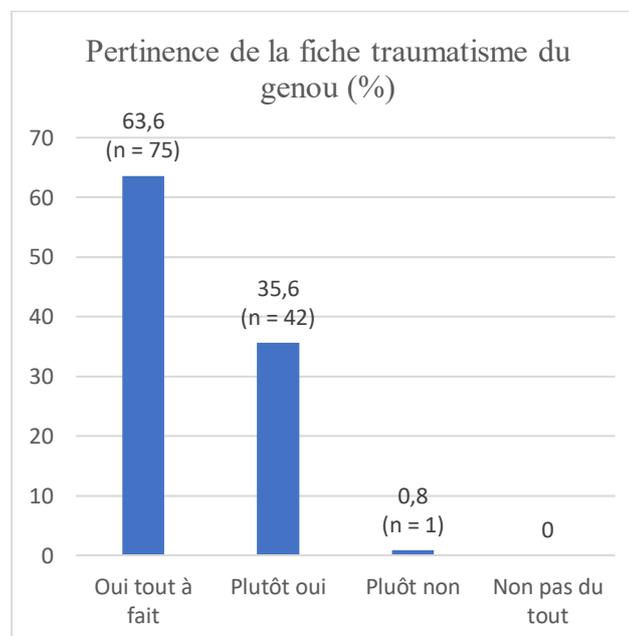


Figure 8 : Pertinence de la fiche traumatisme du genou

La grande majorité des répondants (au total 99,2%) se trouvait satisfaite de cette fiche sur le traumatisme du genou (cf Figure 8)

b- Remarques sur la fiche

- « aucune »
- « Il manque un espace entre saut et où. »
- « Les éducateurs/entraîneurs ne doivent normalement pas donner de médicaments à leur joueur, sans ordonnance (consentement des parents, possible allergie). »
- « Elles sont claires et faciles à suivre en cas d'urgence et de panique. »
- « Idem remarque précédente, présentation peut être à « améliorer ». »
- « Parfait. Peut-être changer la couleur du protocole peace. Le noir n'est pas top. »
- « Pour toutes les fiches il serait bien de préciser si les signes de gravité sont complémentaires ou indépendants. »

6- Fiche sur le traumatisme de la cheville

a- Pertinence de la fiche

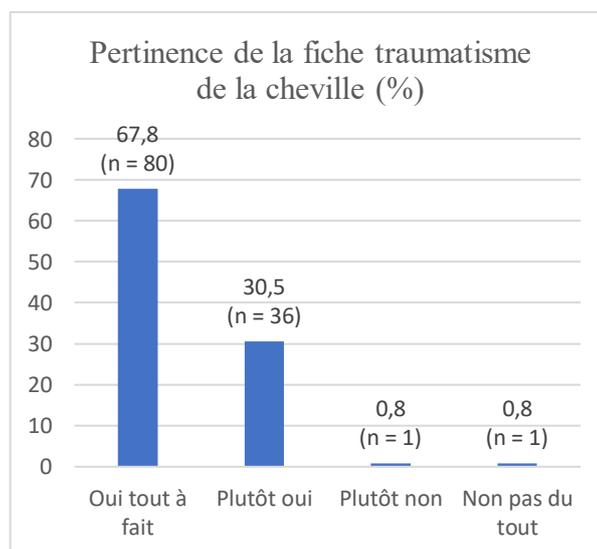


Figure 9 : Pertinence de la fiche traumatisme de la cheville

La grande majorité des répondants se trouvait satisfaite (au total 98,3%) de la réalisation de cette fiche sur le traumatisme de la cheville (cf Figure 9). Seulement une personne la trouve non pertinente.

b- Remarque sur la fiche

- « RAS »

- « En général il est conseillé de relacer la chaussure en serrant plus fort : est-ce une bonne technique ? Plus globalement est ce que les « techniques » utilisées par presque tout le monde, pour n'importe quelle blessure, sont-elles utiles ou nocives ? »

- « Très bon outil »

- « Les éducateurs/entraîneurs ne doivent normalement pas donner de médicaments à leur joueur, sans ordonnance (consentement des parents, possible allergie). »

- « Les joueurs confirmés n'iront pas aux urgences même s'ils ressentent les signes de gravité. »

- « Le fait de mettre une attelle ou de ne pas en mettre est souvent une source de désaccord entre les professionnels de santé. Lors de ma dernière entorse j'ai fait glace pendant 1 semaine mais pas d'attelle et ça s'est soigné rapidement sans nécessiter des séances de kiné. Dans le cadre de la fiche il est conseillé attelle ou strap dans les 72h après le traumatisme. Est-ce que serrer la chaussures est suffisant ? »

- « Il faudrait peut-être harmoniser l'ensemble des fiches. »

- « Qu'entendez-vous par notion de craquement. Ce n'est pas clair. Si ça a craqué pendant l'action ou si la cheville a envie de craquer ? »

- « Rajouter une fiche pour expliquer comment mettre une bande. »

7- Fiche sur le traumatisme de l'épaule

a- Pertinence de la fiche

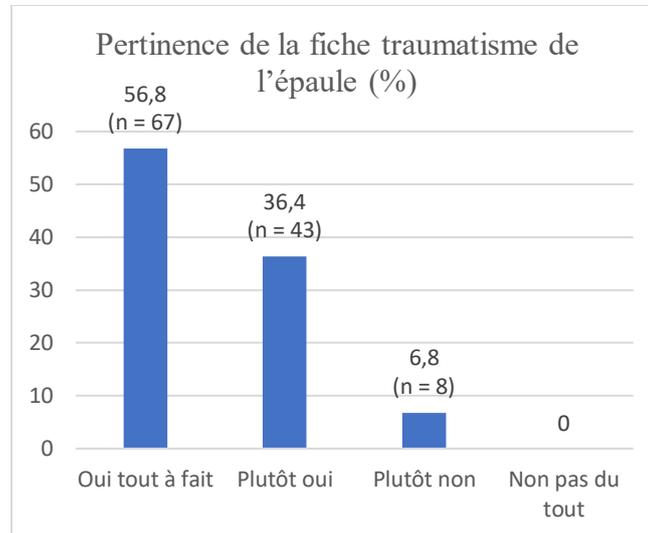


Figure 10 : Pertinence de la fiche traumatisme de l'épaule

La grande majorité des répondants se trouvait satisfaite (au total 93,2%) de cette fiche sur le traumatisme de l'épaule (cf Figure 10).

b- Remarques sur la fiche

- « Aucune »
- « Immobilisation alternative à l'attelle spécifique si non disponible ? »
- « Les éducateurs/entraîneurs ne doivent normalement pas donner de médicaments à leur joueur, sans ordonnance (consentement des parents, possible allergie). »
- « C'est main froide ? Ou bras ? »
- « Traumatisme de l'épaule. La police n'est pas top. Sinon le texte ras. »

8- Fiche sur le traumatisme du poignet

a- Pertinence de la fiche

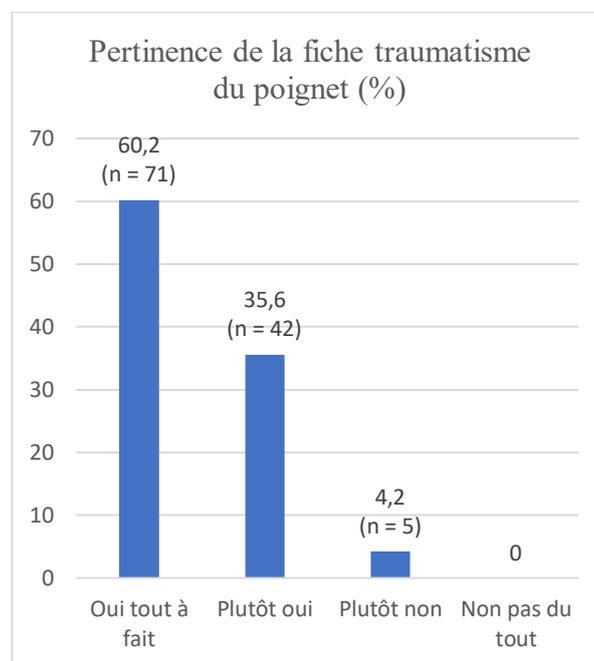


Figure 11 : Pertinence de la fiche traumatisme du poignet

La grande majorité des répondants se trouvait satisfaite (au total 95,8%) de cette fiche sur le traumatisme du poignet (cf Figure 11).

b- Remarque sur la fiche

- « aucune »
- « La définition est-elle utile ? Je me pose la question à chaque fiche car le but c'est de prendre rapidement la bonne décision non ? »
- « Les éducateurs/entraîneurs ne doivent normalement pas donner de médicaments à leur joueur, sans ordonnance (consentement des parents, possible allergie). »
- « Et dans les collèges et lycée. De même pour les autres fiches. »
- « Il faudrait aussi un truc pour expliquer comment immobiliser le poignée, l'épaule, la cheville etc. en cas de grave. »

9- Fiche sur le traumatisme d'un doigt

a- Pertinence de la fiche

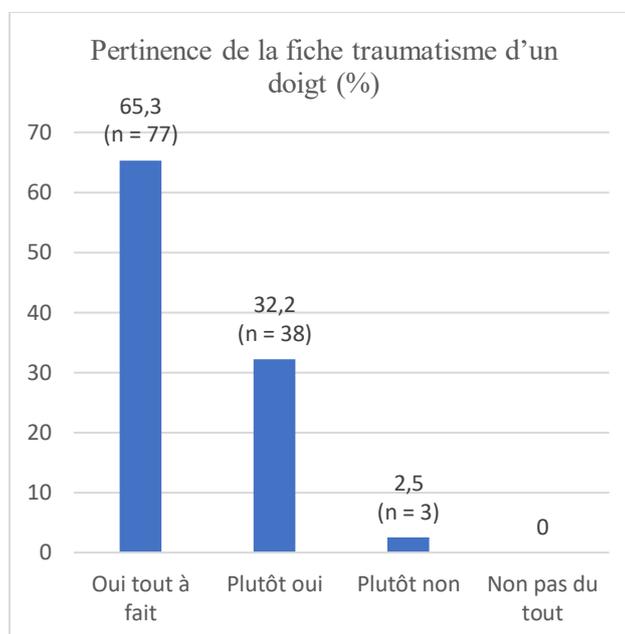


Figure 12 : Pertinence de la fiche traumatisme d'un doigt

La grande majorité des répondants se trouvait satisfaite (au total 97,5%) de cette fiche sur le traumatisme d'un doigt (cf Figure 12).

b- Remarques sur la fiche

- « RAS »
- « Texte parfait. »
- « Les éducateurs/entraîneurs ne doivent normalement pas donner de médicaments à leur joueur, sans ordonnance (consentement des parents, possible allergie). »
- « Comment strapper pour toute les fiches. »
- « A avoir également à la maison car c'est le traumatisme le plus fréquent. Surtout quand les enfants reviennent de l'entraînement et que le gonflement et la douleur arrivent plus tard après l'entraînement, on aurait besoin de cette fiche à la maison. »

10- En conclusion

a- Ces fiches vont-elles changer les pratiques futures ?

D'après les résultats de cette question, 83% des répondants vont changer leurs pratiques futures sur les différents traumatismes auxquels ils seront confrontés lors d'évènements sportifs. En effet, 22% (n= 26) ont répondu « oui tout à fait » et 61% (n= 72) ont répondu « plutôt oui » quant aux changements de pratique.

Pour les autres, 15,3% ne devraient pas changer leurs pratiques car ils ont répondu « plutôt non », alors que 1,7% (n= 2) ne vont pas changer du tout devant leur réponse « non pas du tout ».

b- Qu'est-ce qui a été le plus utile dans ces fiches

À la suite de remarques sur cette question lors de l'expérimentation avec mon panel de 7 personnes, nous n'avions pas limité à une réponse par colonne. C'est pourquoi les répondants n'avaient pas l'obligation de mettre forcément toutes les notes de 1 à 5 sur les différents items. Ainsi sur les 590 réponses attendues, c'est-à-dire 118 répondants pour 5 notes (1 à 5), la note 1 soit peu utile n'a été adressé que 38 fois (6,44%). La note 2 a été attribué 71 fois (12,03%), la note 3 a été attribué 150 fois (25,42%), la note 4, 157 fois (26,61%) et la note 5, 174 fois (29,50%).

On distingue, sur la figure 13, que les signes d'urgence et les signes de gravité sont les éléments les plus importants dans les fiches. On retrouve les plus hauts pourcentages avec les notes 5 et 4 (indispensable et très important respectivement). Dans un troisième temps, on retrouve la prise en charge médicale. Pour les répondants, sur l'ensemble des informations présent dans les fiches, les médicaments sont les moins utiles.

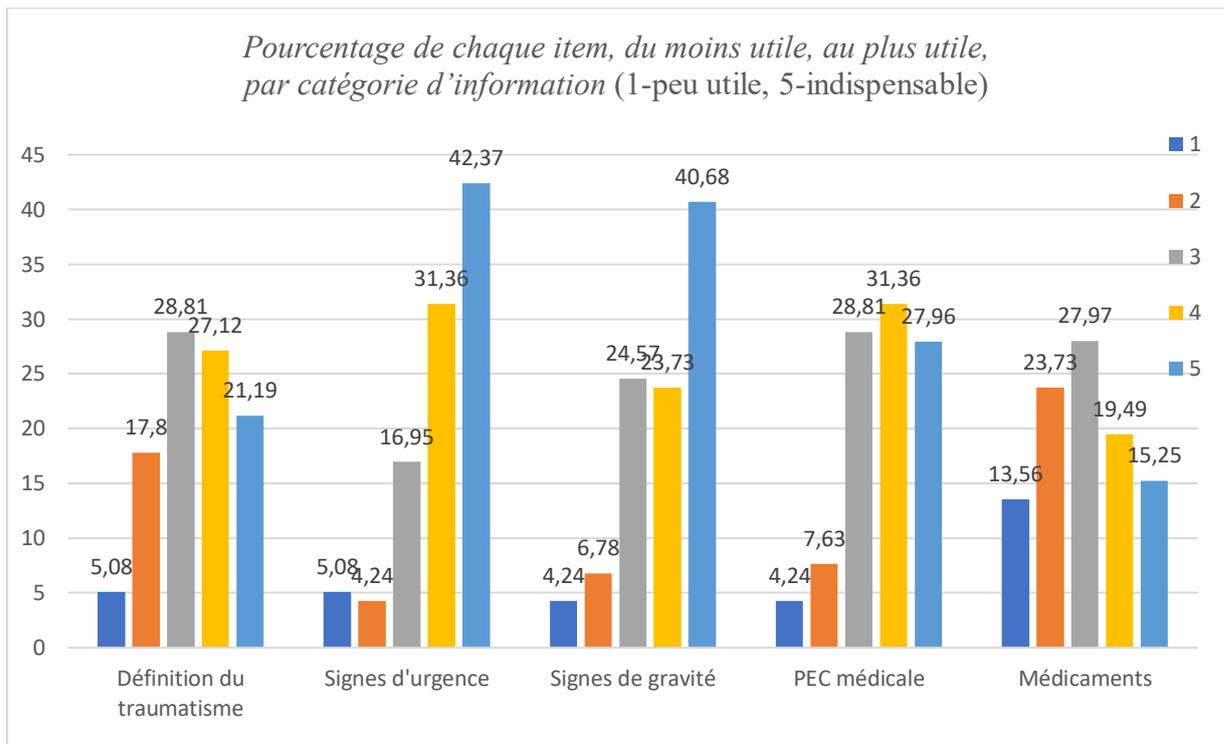


Figure 13 : Pourcentage de chaque item, du moins utile, au plus utile, par catégorie d'information

c- Remarques sur l'ensemble du travail

- « Non »

- « Il faudrait aussi ajouter. En cas de gravité comment maintenir une articulations. Les entraînements pour la plupart sont bénévoles et n'ont pas forcément des notions de médecine mais peuvent réaliser un bandage pour maintenir une articulations. La police du titre de la page n'est pas des plus lisibles. Le texte est très simple et compréhensif. Bravo »

- « Fiches très claires, numéro d'urgence à adapter en fonction des régions comme mentionné dans l'introduction, blessures principales présentées. »

- « Ces fiches permettraient de ne pas déranger inutilement les secours et de savoir comment agir. De plus elles rassureraient les blessés et les personnes sur place. C'est une très bonne idée !! »

- « très bonne idée, il faudrait avoir ces fiches à disposition partout et généraliser aux autres sports. »

- « Les fiches sont un peu identiques et peu détaillés en vrai, on peut en attendre plus ! »

- « Les fiches sont plutôt claires et faciles à comprendre. »
- « Très utile pour les entraîneurs. »
- « Très bonne idée. »
- « Expliquer comment immobilisée la partie touchée. »
- « Les médicaments peuvent être dangereux. Il faut connaître les allergies et moi je me suis retrouvé avec une allergie à l'arnica. Donc je préfère ne rien mettre ou ne rien donner. »
- « La pose d'une attelle n'est possible que si elle est disponible. Dans les petits clubs, c'est rarement le cas. »
- « Super boulot. C'est clair et condensé. J'ajouterais un QR code vers un site avec plus d'informations (si ça existe). »
- « Possiblement, une liste de gestes à ne pas faire en cas de blessure. E.g. : sur une douleur au doigt, est-ce qu'étirer le doigt est une bonne idée. Le "craquage" des vertèbres, mythe ou réalité... »
- « nous n'avons pas droit d'administré de médicament à un blessé. »
- « Bonne initiative. Il faudrait peut-être rendre les fiches plus attrayantes, après mais niveau contenu c'est pas mal. »
- « Très intéressant car lorsque l'on n'est pas sensibilisé, on ne sait pas quoi faire. Peut-être ajouter les notions de quelle position adapter dans l'attente des secours en cas de gravité »
- « Je dirais que pour des sportifs de longue date et donc habitués aux blessures, les prises en charge peuvent paraître excessives et du coup ils ne suivront pas ce qui est écrit. Ce qu'on ne sait pas toujours lorsqu'on se blesse c'est plutôt s'il faut mettre du chaud du froid ou étiré ou non. Les fiches sont très claires et lisibles et indique vraiment bien ce qu'il faut faire et ça sera utile pour des non sportifs (parents par exemple). »
- « Savoir si la personne peut ingérer de l'eau si une opération est nécessaire par la suite. »
- « Très utiles mais pas certaine, qu'en cas d'urgence, le temps de trouver les fiches dans le gymnase et de les exploiter ne soit pas un peu long. Sauf si les fiches sont en livret, à la table de marque par exemple et que les arbitres et OTM sont au courant qu'elles existent »
- « Peut-être étendre ces fiches au-delà de la pratique du basket pour atteindre les autres disciplines car également applicable à tous les sports. »

- « Très beau travail, ces fiches pourraient être apposées dans tous les lieux de pratique de sport afin d'éviter certainement souvent des complications ou des mauvaises prises en compte de la douleur. »
- « Excellent, super intéressant et bien réalisé ! »
- « Très bon travail. Simple, abordable pour le plus grand nombre. À faire valider le plus vite possible pour le retrouver dans nos salles. »
- « fiches claires et pratiques ; attention cependant à l'utilisation du paracétamol ne pouvant être administré que si prescription (si le sport est pratiqué dans le cadre d'une assos... ou avec des enfants). »
- « Les fiches sont claires et bien présentées mais il faut mettre l'essentiel non ? »
- « Fiches lisibles et bien faites qui permettent un premier diagnostic d'un traumatisme et surtout quelle attitude adopter ! »

B Modifications à la suite du questionnaire d'opinion

Grâce à l'appui des réponses aux questions ouvertes, des modifications des fiches ont été réalisées dans un second temps.

Sur l'ensemble des fiches, une précision sur la délivrance d'un médicament (Paracétamol) chez un mineur a été faite. La délivrance d'une telle molécule n'est pas autorisée par un éducateur – entraîneur chez un mineur sans l'aval du ou des parents. La notion « sous la responsabilité des parents si enfant mineur » a été apportée aux documents.

Une seconde précision sur les 6 fiches a été faite. La notion « ne pas masser, et glacer » a été soulignée pour accentuer la lisibilité de ce conseil.

Sur la fiche pratique de la lésion musculaire, un manque de compréhension était présent entre la transition de la définition et des signes de gravité. Ces derniers étaient placés sous les traumatismes directs sans réellement de lien avec les traumatismes indirects. Il était important de comprendre que ces signes étaient corrélés aux deux traumatismes.

La notion « ne pas aller aux urgences » a été mis en valeur pour faire comprendre qu'une lésion musculaire ne devait pas faire intervenir le médecin urgentiste.

Pour une meilleure prise en charge, « Impossibilité de reprendre l'activité » a été retiré des signes de gravité. Cet élément est partie intégrante de la fiche, donc il ne fallait pas que le personnel utilisant cette fiche appelle le 3966 pour ce seul argument. Tout l'intérêt de cette fiche réside dans l'absence d'indication à consulter aux urgences malgré l'arrêt de l'activité sportive.

Sur la fiche pratique du traumatisme du genou, nous avons ajouté aux signes d'urgence « impossibilité d'étendre le genou » dans un second temps. Cet élément faisait évoquer une probable anse de seau méniscale qui est une urgence chirurgicale.

L'espace entre saut et ou a été mis.

Sur la fiche du traumatisme de l'épaule, la notion de coude au corps a été introduit pour faire comprendre la position qu'il fallait faire adopter au traumatisé pour limiter les complications secondaires, et débiter une immobilisation avant de mettre une attelle spécifique.

Concernant la fiche sur le traumatisme du poignet, à la suite d'une reprise de la bibliographie sur ces traumatismes, une modification dans l'arbre diagnostique a été apportée.

Contrairement à d'autres localisations comme la cheville, le genou ou le rachis cervical, il n'existe pas de règle validée permettant de s'abstenir d'une prescription de radiographie devant un poignet douloureux post-traumatique. Le taux d'erreur de diagnostic serait plus fréquent dans le poignet que dans d'autres articulations devant la complexité des structures anatomiques. (35) De plus les complications des fractures passées inaperçues ou mal traitées sont redoutables avec un risque de nécrose, de pseudarthrose, d'instabilité chronique et de douleur résiduelle. (34) C'est pourquoi s'il n'y a pas de signe d'urgence mais des signes de gravité, il est recommandé d'aller aux urgences pour une évaluation médicale.

Ces fiches sont visibles en annexes 8 à 13.

DISCUSSION

I _ Synthèse des résultats

L'outil sélectionné afin de proposer les dernières recommandations sur les prises en charge des traumatismes les plus fréquents au basketball était, des fiches didactiques adaptées pour les personnes non professionnel de santé. Six fiches ont été créées, sur le traumatisme de la cheville, du genou, de l'épaule, du poignet, des doigts et sur la lésion musculaire.

À la suite d'une revue narrative de la littérature, chaque fiche a été construite de la même façon avec une définition, des signes d'urgence à rechercher puis des signes de gravité, et enfin si besoin une prise en charge médicale en attendant d'avoir une consultation chez le médecin traitant à 48 – 72 heures du traumatisme.

Cette revue de la littérature n'a montré qu'aucun travail scientifique n'avait été réalisé sur ce sujet afin de permettre une meilleure éducation de la population sportive. Il permettait d'être innovant et original. La médecine générale est une médecine de premier recours, de prévention, d'éducation, ainsi ce travail rentrait parfaitement dans les objectifs de notre métier.

Il n'a été trouvé qu'une seule recommandation importante pour la prise en charge en aigue de traumatisme sur le bord du terrain. Le protocole RICE connu par le monde du basketball a été remplacé par le protocole PEACE and LOVE. Pour les non professionnels de santé, les seules autres choses à retenir pour adapter l'aide à la victime et ne pas provoquer des traumatismes secondaires sont les signes d'urgence et les signes de gravité.

Concernant l'enquête d'opinion, un nombre conséquent de réponses a été enregistré puisqu'il s'élève à 128. Ce taux de réponses important permet d'avoir une plus grande puissance sur l'intérêt que pourrait apporter ces fiches.

L'âge de la population de l'étude était représentatif de la population présente lors des événements sportifs. Les mineurs seront, le plus souvent, accompagnés de personnes majeures lors d'un événement et ainsi prendre le traumatisé en charge. La répartition des tranches d'âge était proche d'être similaire entre les 25 – 30 ans, 30 – 40 ans et les plus de 40 ans (29,7%, 26,3 et 29,7% respectivement).

Devant les 66,1% qui ont déjà eu une formation aux gestes d'urgence, les signes d'urgence seront plus facilement identifiables avec un appel des secours plus clair et précis par des notions acquises, ce qui était validé par le fait qu'ils déclaraient avoir des connaissances en anatomie dans 60,2%.

Le fait qu'il n'y ait que 8 répondants considérés comme sportifs de haut niveau au cours de leur vie permettait de diminuer le biais de sélection. En effet, ces personnes-là ont pu avoir affaire plus facilement à des professionnels de santé pour la prise en charge d'une blessure. Ceci était confirmé par la question où 31,3% de ces gens-là ont été blessés plus d'un mois de suite à cause d'une blessure. Ils pouvaient par leur expérience, être moins réceptifs aux conseils des fiches pratiques.

Le préparateur physique n'était pas considéré comme un professionnel de santé à part entière, mais il joue un rôle dans la prévention, et la rééducation d'une blessure. Il fait partie intégrante du staff médical. Dans les données retrouvées, seulement 1,7% de répondants avaient ce rôle-là, ce qui limitait aussi les biais de connaissance.

L'utilité de ces fiches était la mise en pratique par un ensemble important de personnes. La majorité des répondants était des entraîneurs, des joueurs et des spectateurs – parents avec 33,9%, 61% et 43,2% respectivement. Ces catégories de personnes étaient les profils types des gens qui vont s'occuper des traumatisés sur le bord du terrain de basketball car au plus proche de la victime. Les arbitres, et OTM ont un rôle moins important dans cette prise en charge.

Un fort intérêt à la présence, sur le bord des terrain, de ce genre de fiches pratiques, a été relevé puisque seulement 30% des répondants ont déclaré avoir des notions médicales. De plus, 88.1% des répondants ont déjà été confrontés à une blessure subie ou observée lors d'une venue dans une salle de basket, et 93.4% de ceux-là auraient voulu avoir ces fiches pour guider la prise en charge. Les répondants, à 87,4%, ont pensé possible la réutilisation de ces fiches sur le bord des terrains (50,6% « oui tout à fait » d'accord et 46,6% « plutôt oui » sur le sondage). La pertinence de chaque fiche a été soulignée puisque les répondants ont validé à 96,5% de moyenne chaque fiche présentée dans ce travail. En plus d'être utiles et pertinentes, elles ont été surtout comprises par un vocabulaire simple ce qui permet d'augmenter la possibilité de réutilisation au décours des événements. Quatre-vingt-trois pourcents des répondants se disent changer leurs pratiques futures grâce à la reconnaissance des signes d'urgence et de gravité.

Nous avons été intrigués par la possible répercussion sur le recours aux services d'urgence de ce genre de fiches conseils. Cette éducation de la population sur ces traumatismes et surtout sur la prise en charge pourrait être bénéfique sur les conséquences au long cours de ce genre de traumatisme mais surtout sur le coût de la médicalisation. En 2014, J. CALMELS (41) expliquait déjà que « 2/3 des patients consultent d'eux-mêmes directement aux services d'accueil des urgences pour des entorses de cheville qui pourraient être gérées en ville par le médecin généraliste (d'autant plus vrai en milieu urbain). C'est donc une sensibilisation de la population générale plus que des médecin généraliste, qui semble nécessaire sur ce point ». En 2018, P. LEXELINE (42) explique en précisant que « la majorité des patients présentant un traumatisme de la cheville consultent en premier lieu les services d'accueil des urgences afin de bénéficier d'une imagerie et d'une prise en charge immédiate. L'impact économique direct de cette pathologie s'élève à 1,2 millions d'euros par jour ». Tout comme la cheville, le genou bénéficie de critères tels que Ottawa et ceux de Pittsburgh pour la réalisation initiale de radiographies standards. I. AJARRAI expliquait dans son travail que « l'utilisation de ces règles a permis de réduire de 35% la réalisation des radiographies, conduisant à une moindre irradiation des patients et à une réduction des couts. » (25) Par la suite, il explique que « 78,4% des patients venaient aux urgences directement pour un traumatisme du genou sans être adressé par un médecin ou régulé par appel téléphonique, ce qui pourrait traduire un recours aux urgences souvent peu justifié. »

En ce sens, il existe une réelle importance pour le coût de la santé d'avoir à disposition un numéro de permanence des soins tel que le 3966 afin d'avoir un conseil téléphonique avant de se rendre dans un service d'urgence. En 2015, l'ARS ex Midi-Pyrénées retrouvait seulement 44% des habitants de la région connaissant ce numéro et seulement 29% savaient exactement à quoi il servait. (43) Nous pensons qu'il serait justifié de développer sur le territoire national ce genre de structure mais surtout qu'il y ait des campagnes de communication pour l'ensemble de la population.

Cependant, les médecins généralistes seraient-ils en mesure d'absorber le volume de consultations supplémentaires ainsi généré ? Faut-il créer des filières de traumatologie hospitalières avec un plateau technique à disposition que les libéraux n'ont pas actuellement ?

Nous avons été interpellés et surpris de lire dans les commentaires que les joueurs expérimentés n'allaient pas consulter même s'ils ressentaient les signes de gravité ou que les prises en charge pouvaient être excessives.

Tout ce travail de thèse va dans le sens de la prévention. Par ces fiches, chaque joueur expérimenté ou pas, va prendre conscience de l'importance de consulter un professionnel. Avant de poser le diagnostic d'entorse de la cheville par exemple, le clinicien a toujours à l'esprit le plus grave, et qui pourrait passer inaperçu. On peut citer par exemple, une rupture de la syndesmose, fracture ostéochondrale du dôme talien, une luxation des tendons fibulaires. Il est important de se rendre compte des complications au long cours que risque le traumatisé s'il est mal pris en charge. Elles résultent souvent d'un traumatisme initial négligé ou incorrectement traité.

Les séquelles des entorses de la cheville sont fréquentes et sont de l'ordre de 20 à 50% des cas (44). Elles sont diverses telles qu'une instabilité chronique avec récurrences d'entorses, de douleurs, de limitation de la mobilité, d'arthrose post-traumatique, des lésions ostéochondrales du dôme du talus, un conflit mécanique cicatriciel, un syndrome du carrefour postérieur, ou des tendinopathies des tendons fibulaires par exemple. Le plus souvent les torsions de la cheville vont devenir indolores au bout de quelques jours, mais c'est un redoutable piège car la structure ligamentaire n'a pas cicatrisé (45). Une instabilité chronique de cheville aura une répercussion importante sur la vie du traumatisé. Nous parlons ici de sa vie sportive, mais surtout de sa vie professionnelle. En effet par exemple, un agriculteur avec des séquelles d'entorses de cheville rencontrera des difficultés à poursuivre son travail sur le long terme.

II _ Forces et faiblesses de l'étude

Force de l'étude

Il s'agit à notre connaissance d'une étude originale. Tous les écrits retrouvés concernaient des prises en charge pour des personnels médicaux afin d'améliorer les conduites à tenir. C'est pourquoi, ce travail de médecine du sport va servir aussi en médecine générale car il est placé dans l'optique d'une éducation et de prévention de la santé de la population générale française. Il centre le traumatisé dans une démarche active dans sa blessure, où le médecin généraliste a une place de choix pour l'aiguillage, et l'accompagnement de celui-ci.

Le fait que l'étude soit réalisée avec une enquête d'opinion est important avec un espace dédié à la suite de chaque fiche pratique pour poser des questions et/ou exprimer son ressenti. Il nous semblait primordial de parler de ce sujet, qui reste sensible étant donné sa fréquence et son retentissement sur les semaines suivantes voire des carrières sportives.

Une autre force de ce travail est la possibilité de généraliser aux autres disciplines sportives ce genre de procédure. Un traumatisme sera pris en charge de la même manière qu'il survienne au basketball ou au rugby.

Faiblesses de l'étude

Notre étude ne peut pas être considérée comme étant le reflet de l'opinion de l'ensemble de la population fréquentant les salles de basket. Le recueil de cette enquête d'opinion n'étant pas exhaustif, l'échantillon de personnes ayant répondu ne peut être considéré comme représentatif. Il ne s'agit donc là que d'une photographie de l'avis d'une partie des encadrants des événements sportifs dans le monde du basketball malgré le fait que ce questionnaire ait été distribué directement par le comité départemental de basketball de la Haute Garonne. Il existe un biais de sélection puisque ce questionnaire a été distribué sur internet, il va du civisme des répondants de cocher correctement s'ils étaient professionnels de santé ou non, qu'ils répondent qu'une seule fois à l'enquête.

Cette revue de la littérature n'a pas été une revue systématique mais seulement narrative. Sur le critère d'être un seul et unique chercheur et non pas deux afin d'avoir une mise en commun des résultats de chacun des chercheurs, nous avons finalement opté pour une revue narrative, avec une méthode se rapprochant de celle des revues systématiques. L'exhaustivité des résultats ne peut donc pas être assurée.

Par rapport au travail initial qui avait été pensé, nous avons envisagé d'utiliser la méthode DELPHI (46). Cette méthode a pour but de rassembler des avis d'experts sur un sujet précis et de mettre en évidence des convergences et des consensus sur un sujet en soumettant à ces experts des vagues successives de questionnements. Malheureusement, la crise sanitaire avec la COVID-19 n'a pas permis de mettre en place un consensus par un panel d'experts. La validité de ces fiches peut donc être remise en cause.

La mise en place des ateliers est un frein à la mise en pratique de telles fiches. Les petites structures sportives n'ont pas forcément les ressources pour disposer d'atelier de

chaque membre atteint, et en différentes tailles. Il serait intéressant de développer un moyen pour une meilleure accessibilité en attendant une prise en charge médicale.

III _ Perspective de recherche

Sans la situation sanitaire, nous aurions pu mettre en place une première étude de terrain avec la mise en application de ces fiches dans un club partenaire. Nous avons pensé à faire un carnet, ou un classeur à mettre dans la trousse d'urgence pour avoir accès le plus rapidement possible à cet outil. Malheureusement la fermeture des salles de basketball avec l'arrêt des différents championnats n'a pas permis de réaliser ce projet. Dans un second temps, avec un nouveau questionnaire et plusieurs mois de recul voire une saison, nous aurions pu évaluer la pertinence d'un tel projet pour la santé des traumatisés.

Il en va de même pour les supports de ces informations, nous avons choisi des fiches didactiques au format imprimable pour que chaque club puisse en disposer quand ils en auraient besoin. Mais nous pouvons nous poser la question d'un autre support telle qu'une application sur smartphone, qui rendrait peut-être encore plus accessible ce genre d'informations. Ces dernières pourraient être alors accessibles par exemple à des parents dont l'enfant rentrerait d'un évènement sportif avec un traumatisme.

Peut-être qu'un article sur le site du comité ou des clubs respectifs serait envisageable.

Concernant les informations contenues dans ces fiches, elles ont volontairement été simplifiées, et condensées pour ne retenir que l'essentiel. Pour compléter ces fiches didactiques, un QR code pourrait être mis en place afin d'accéder à un article regroupant des informations complémentaires, des remarques sur les gestes à faire ou ne pas faire, ou des explications sur les pratiques bien ancrées au sein des joueurs pour la prise en charge de certains traumatismes. Par exemple, en attendant les secours si des signes d'urgence sont présents, un article sur les manières de protéger le membre blessé serait intéressant à faire en association avec le QR Code pour compléter les documents. Le fait de pouvoir désinfecter une plaie, puis de la protéger avant l'avis médical serait bénéfique pour la prise en charge. Y-a-t-il une liste prédéfinie par la FFBB concernant la trousse de secours à avoir sur le bord du terrain ? Un travail de recherche avec une enquête sur le terrain sur les besoins des équipes pourrait être nécessaire.

D'un point de vue médical, il manque forcément des informations sur la place d'un examen clinique sur le bord du terrain, des signes cliniques à rechercher et des tests à réaliser rapidement permettant un retour sur le terrain à la suite d'un traumatisme. Nous avons pour exemple la prise en charge de la commotion cérébrale avec le score de Maddocks qui permet de décider de la sortie du joueur (47); en complément la commission médicale de la fédération française de handball recommande, de faire réaliser au joueur un test d'équilibre (19).

CONCLUSION

Six fiches pratiques ont été utilisées comme outil permettant de proposer les dernières recommandations de prise en charge des traumatismes les plus fréquents au basketball pour les personnes non professionnelles de santé. Nous avons centré notre travail sur le traumatisme de cheville, de genou, de l'épaule, du poignet, d'un doigt et sur une lésion musculaire.

Ces fiches sont réalisées de la même manière avec une définition du traumatisme aiguë, puis un arbre décisionnel composé de signes d'urgences, puis si besoin de signes de gravité, et pour finir une conduite à tenir en attendant l'avis d'un médecin. Le protocole PEACE and LOVE est le nouvel acronyme pour prendre en charge une victime.

L'analyse des questionnaires d'opinion de ces fiches retrouvait que 93,4% des gens auraient aimé avoir ce genre d'aide lors d'un traumatisme auquel ils ont été confrontés. Sur l'ensemble des fiches, une moyenne de 96,5% a été retrouvée concernant leur pertinence pratique pour leur réutilisation. En conclusion de ce travail sans mise en pratique réelle sur le terrain, 83% des répondants pensent changer leurs pratiques futures. Des remarques constructives ont été apportées en plus des votes, ce qui a permis de modifier les fiches et d'en rédiger une version plus aboutie.

Ces personnes aidant un traumatisé doivent être sensibilisées aux signes d'urgence et de gravité à rechercher, avant de consulter un médecin ou d'aller dans un service d'accueil d'urgence. C'est pourquoi ce travail est une base d'étude qu'il serait judicieux d'approfondir par une étude de terrain. Cette dernière permettrait d'évaluer l'intérêt en pratique de ces fiches sur une zone géographique précise au cours d'une saison sportive. Cela permettrait d'avoir du recul pour évaluer l'existence d'une amélioration de la prise en charge immédiate de ces traumatismes, et noter l'existence ou non de complications.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Basketball Équipement et Histoire - Histoire de Sport Olympique [Internet]. International Olympic Committee. 2020. Disponible sur: <https://www.olympic.org/fr/basketball-equipement-et-histoire>
2. Basket-ball. In: Wikipédia [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Basket-ball&oldid=180695018>
3. L'histoire du basket - Casal Sport [Internet]. Guides d'achat & Conseils par Casal Sport. 2019. Disponible sur: <https://conseils.casalsport.com/histoire-du-basket>
4. Chiffres clés | FFBB [Internet]. Disponible sur: <http://www.ffbb.com/ffbb/dirigeants/communiquer/chiffres-cles>
5. Fédération Française de BasketBall. Statistiques des licences | FFBB [Internet]. Disponible sur: <http://www.ffbb.com/ffbb/statistiques-licences>
6. Guincestre J-Y, Tassery F, Sesboue B, Pineau V, Duhamel J-F. Le basket-ball : les bases du suivi médical et traumatologique. *Sci Sports*. sept 2015;30(4):235-44.
7. Fédération Française de BasketBall. Le concept Basket Santé [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.ffbb.com/sites/default/files/2016-03-17_t_bs_doc_presentation_vfin.pdf
8. Kaux JF, Roberjot M, Delvaux F, Lehance C, Croisier JL, Stevens L, et al. Traumatologie des sports olympiques de ballon en salle. Partie 1 : le basket-ball. *J Traumatol Sport*. 1 juin 2017;34(2):108-13.
9. Foschia, Tassery, Cavelier, Rambaud, Edouard. Les blessures liées à la pratique du basketball : Revue systématique des études épidémiologiques | Elsevier Enhanced Reader.
10. D. RIVIERE and co. Médecine du sport pour le praticien. 6e édition. 712 p. (Elsevier masson).
11. Su B, O'Connor JP. NSAID therapy effects on healing of bone, tendon, and the enthesis. *J Appl Physiol*. 15 sept 2013;115(6):892-9.

12. Dubois B, Esculier J-F. Soft-tissue injuries simply need PEACE and LOVE. Br J Sports Med. janv 2020;54(2):72-3.
13. Espinosa NF, Uebelhart B, Abrassart S. Du bon usage des AINS en traumatologie. :5.
14. COLLIN, CHAVANCE. Les gestes d'urgences sur le terrain de basketball [Internet]. Disponible sur:
<https://f2.quomodo.com/0C893677/uploads/899/BLESSURES%20SUR%20LE%20TERRAIN%20%20POWER%20POINT%20LBBB%202009.pdf>
15. Comité Départemental de Basketball du Pas-de-Calais - Commission Médicale - La commission / les actions [Internet]. Disponible sur:
<http://club.quomodo.com/cdbbpc/commissions/commission-medicale/la-commission-les-actions.html>
16. LegiFrance. LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1). 2012-300 mars 5, 2012.
17. FFBB, CNOSF. Affiche _ La commotion cérébrale en pratique sportive _ [Internet]. 2019. Disponible sur:
http://www.ffbb.com/sites/default/files/proces_verbeaux/annexe_9_-_2019-10-11_5-comed_affiche_commotion_cerebrale_-_vfin.pdf
18. FFBB. Consignes _ La commotion cérébrale en pratique sportive _ [Internet]. 2019. Disponible sur: http://www.ffbb.com/sites/default/files/proces_verbeaux/annexe_4_-_2019-10-13_5-comed_consignes_commotion_cerebrale_-_ffbb_-_vfin.pdf
19. Commission médicale FFHB. Poster medical commotion cérébrale [Internet]. Disponible sur: https://nouvelleaquitaine-handball.org/wp-content/uploads/2019/09/Poster_medical_commotion_cerebrale_web-1-683x1024.jpg
20. Prével M, Raphaël M, Coudert B. Prise en charge initiale des traumatismes de cheville. 2010;10.
21. Besch S, Bendahou M, Rodineau J. Examen clinique de la cheville traumatique. Ann Fr Médecine Urgence. mai 2012;2(3):169-76.
22. CHU Sainte Justine. Fracture de la cheville et du pied - Règle d'Ottawa [Internet]. Urgence CHU Sainte-Justine. Disponible sur:

<http://www.urgencehsj.ca/referentiels/fracture-de-la-cheville-et-du-pied-regle-dottawa/>

23. Dubois B, Esculier J-F. Soft-tissue injuries simply need PEACE and LOVE. *Br J Sports Med.* janv 2020;54(2):72-3.
24. Coudert B. SFMU _ Le genou du week-end. 2013;13.
25. M. ILIES AJARRAI PP. Thèse _ PRISE EN CHARGE ET DEVENIR DES TRAUMATISMES SPORTIFS DU GENOU AUX URGENCES DU CHU DE CAEN. sept 2018;92.
26. Lustig S, Servien E, Parratte S, Demey G, Neyret P. Lésions ligamentaires récentes du genou de l'adulte. *EMC - Appar Locomoteur.* janv 2013;8(1):1-17.
27. Yves Abitieboul, Gérard Leroux, Christophe Sicard, Philippe Izard, Stéphane Oustric. Tests cliniques du genou _ La Revue du Praticien Médecine générale. janv 2012;26(873). Disponible sur: <https://dumg-toulouse.fr/uploads/a4f84805920448bc96fcf2de26953507eeba842a.pdf>
28. Dr. J-P. Hager, Dr. Y. Fournier, Dr. E. Noel, and al. Prise en charge des lésions musculaires aiguës [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://www.rhumatologie-bichat.com/POLYLYON2017/03HAGER.pdf>
29. Netgen. Prise en charge des lésions musculaires aiguës en 2018 [Internet]. *Revue Médicale Suisse.* [cité 10 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2018/RMS-N-613/Prise-en-charge-des-lesions-musculaires-aigues-en-2018>
30. Coudreuse J-M. Pathologies musculaires du sportif. *EMC - Traité Médecine AKOS.* janv 2013;8(1):1-5.
31. Renuy E. Thèse _ La prise en charge des lésions musculaires aiguës en médecine générale: évaluation des pratiques professionnelles; questionnaire adressé aux médecins militaires. déc 2016;141.
32. M. BADR ENNACIRI. Thèse _ LES TRAUMATISMES DE L'EPAULE [Internet]. 2011. Disponible sur: http://scolarite.fmp-usmba.ac.ma/cdim/mediatheque/e_theses/149-11.pdf

33. Fontaine JP. Prise en charge des traumatismes de l'épaule aux urgences. :17.
34. Thomas GERARD. Pathologie de la main et du membre supérieur au Handball _ Faculté de médecine CHU de Grenoble. 2013;54.
35. Fontaine J-P. SFMU 2011 _ Les pièges du poignet traumatique. 2011;14.
36. Mylène ROQUET. Thèse L'évaluation de la prise en charge des traumatismes non chirurgicaux du poignet et de la main chez l'adulte aux urgences de Roubaix. :104.
37. Querellou E, Gnechi M, Moutet F. Traumatologie de la main du sportif. 2011;12.
38. Obert L. Plaies et traumatismes de la main. 2011;16.
39. Comité Départemental Basketball Haute-Garonne | Facebook [Internet]. Disponible sur: <https://www.facebook.com/cd31.basket>
40. comité départemental de la Haute Garonne. Basket CD31 [Internet]. Basket Haute Garonne. Disponible sur: <http://www.basketcd31.com/>
41. Dr Julie CALMELS. Thèse Prise en charge des entorses de cheville: etat des lieux des connaissances des médecins généralistes et des médecins urgentistes aveyronnais. [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/774/1/2014TOU31055.pdf>
42. LEXELINE Pauline. Entorse de cheville en médecine générale : place des examens complémentaires et stratégie de prise en charge. nov 2018;66.
43. Ribaut Loïc. Permanence des soins ambulatoires. Déterminants de consultation et évaluation de l'intention d'un recours à un service d'urgence: Exemple de la maison médicale de garde de la Saudrune. 2015;65.
44. F. PAGANO. séquelles douloureuses de l'entorse de cheville: à quoi penser et comment les aborder [Internet]. Hopital de La Providence _ Neuchâtel; Disponible sur: http://www.snm.ch/images/documents/snm_news/69_snmnews_entorses
45. Jean Jacques Menuet. foot basket tennis boxe entorse de cheville conseils, comment la soigner et comment éviter les entorses _ Medecine du sport conseils [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://www.medecinedusportconseils.com/2014/09/07/foot->

basket-tennis-boxe-entorse-de-cheville-conseils-comment-la-soigner-et-comment-eviter-les-entorses/

46. Ekionea J-PB, Bernard P, Plaisent M. Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances. :25.
47. FFBB. Momentum Aide à la décision commotion cérébrale [Internet]. Disponible sur: <https://f2.quomodo.com/6CF98661/uploads/27003/AIDE%20A%20LA%20DECISION.pdf>

ANNEXES

Annexe 1 : Le questionnaire

Prise en charge initiale des traumatismes au basket-ball pour les non-professionnels de santé

Bonjour à vous, je m'appelle Thibault COUDOIN, je suis interne en médecine générale à l'université de Toulouse (31, France), et basketteur depuis mon plus jeune âge.

Grâce aux nombreux entraînements et rencontres chaque saison, j'ai pu remarquer différentes pratiques lors d'une blessure d'un joueur de basket.

Ainsi, je réalise mon sujet de thèse dans le but de proposer des recommandations à visée du public non professionnel de santé sur la prise en charge initiale des traumatismes les plus fréquents sur le bord du terrain de basket-ball. Pour cela, j'ai réalisé des fiches pratiques à utiliser lors d'une blessure afin d'aider au maximum le joueur dans la prise en charge de son traumatisme.

Ces fiches sont au nombre de 6 : traumatisme de la cheville, du genou, de l'épaule, du poignet, d'un doigt et lésion musculaire.

Les fiches seront disponibles dans le questionnaire ou directement avec le lien d'accès sur Dropbox : <https://www.dropbox.com/sh/y6ld5qkugp6mpip/AAAtP-65RL6b1FtrdtANV-2Sa?dl=0>

Ce questionnaire de satisfaction me permettra de savoir si celles-ci pourront être diffusées plus largement au niveau de la fédération française de basketball.

Toute information recueillie restera anonyme.

Le temps de passation du questionnaire est d'environ 10 minutes.

Attention, ce questionnaire a été réalisé dans l'ancienne région de Midi-Pyrénées, c'est pourquoi il existe un numéro de médecin généraliste de garde le 3966 (soir de semaine après 20h jusqu'à minuit et le week-end), dans les autres régions il suffira de contacter SOS Médecin s'il existe ce service dans votre localisation ou malheureusement de faire le 15.

Merci par avance,

1 - Êtes-vous un professionnel de santé ? (Médecin, pharmacien, infirmière, aide-soignante, kinésithérapeute, ostéopathe, étudiants santé, ou en retraite de ces métiers)

Oui

Non

Questionnaire général (cette partie est nécessaire pour comprendre votre profil de répondant.)

2 - Êtes-vous ?

Un homme

Une femme

3 - Quel âge avez-vous ?

< 18 ans

18 – 25 ans

25 – 30 ans

30 – 40 ans

> 40 ans

4 - Avez-vous déjà eu une formation aux gestes d'urgence ?

Oui

Non

5 - Avez-vous des connaissances – notions en anatomie ?

Oui

Non

6 - Avez-vous des connaissances – notions médicales ?

Oui

Non

7 - Avez-vous été joueur de haut niveau de basket ? (Professionnel ou semi-pro)

Oui

Non

8 - Si vous avez été joueur de haut niveau, avez-vous déjà été confronté à une blessure nécessitant une prise en charge médicale d'au moins 1 mois ?

Oui

Non

9 - Lorsque vous assistez à une rencontre de basketball, quel est votre rôle le plus souvent ? (Maximum deux réponses possible)

Entraîneur – assistant

Préparateur physique

Joueur

Arbitre

OTM

Spectateurs – Parents

10 - Avez-vous en tant que spectateurs / encadrants déjà été confronté à une situation de blessure lors d'une venue dans une salle de basket ?

Oui

Non

11 - Si oui, auriez-vous aimé avoir des fiches explicatives de prise en charge avec vous ?

Oui

Non

Concernant les fiches pratiques (voir en annexes 2 à 7)

12 - Avez-vous compris tout le vocabulaire utilisé sur les différentes fiches ?

Non pas du tout

Plutôt non

Plutôt oui

Oui tout à fait

13 - Vous semblent-elles réutilisables sur le bord du terrain ?

Non pas du tout

Plutôt non

Plutôt oui

Oui tout à fait

14 - Avez-vous compris les différences entre une prise en charge urgente ou non ?

Oui

Non

Concernant la fiche sur la lésion musculaire

15 - Pensez-vous que cette fiche est pertinente à avoir à disposition dans une salle de basket ?

Non pas du tout

Plutôt non

Plutôt oui

Oui tout à fait

16 - Avez-vous des remarques sur cette fiche ?

Concernant la fiche sur le traumatisme du genou

17 - Pensez-vous que cette fiche est pertinente à avoir à disposition dans une salle de basket ?

Non pas du tout

Plutôt non

Plutôt oui

Oui tout à fait

18 - Avez-vous des remarques sur cette fiche ?

Concernant la fiche sur le traumatisme de la cheville

19 - Pensez-vous que cette fiche est pertinente à avoir à disposition dans une salle de basket ?

Non pas du tout

Plutôt non

Plutôt oui

Oui tout à fait

20 - Avez-vous des remarques sur cette fiche ?

Concernant la fiche sur le traumatisme de l'épaule

21 - Pensez-vous que cette fiche est pertinente à avoir à disposition dans une salle de basket ?

Non pas du tout

Plutôt non

Plutôt oui

Oui tout à fait

22 - Avez-vous des remarques sur cette fiche ?

Concernant la fiche sur le traumatisme du poignet

23 - Pensez-vous que cette fiche est pertinente à avoir à disposition dans une salle de basket ?

Non pas du tout

Plutôt non

Plutôt oui

Oui tout à fait

24 - Avez-vous des remarques sur cette fiche ?

Concernant la fiche sur le traumatisme d'un doigt

25 - Pensez-vous que cette fiche est pertinente à avoir à disposition dans une salle de basket ?

Non pas du tout

Plutôt non

Plutôt oui

Oui tout à fait

26 - Avez-vous des remarques sur cette fiche ?

En conclusion

27 - Ces fiches pratiques vont-elles faire changer vos pratiques futures devant de telles situations ?

Non pas du tout

Plutôt non

Plutôt oui

Oui tout à fait

28 - Dans ces fiches pratiques, selon vous, qu'est-ce qui vous a été le plus utile ? (1 - peu utile, 5 - indispensable)

Définition du traumatisme

Signes d'urgence

Signes de gravité

Prise en charge médicale

Médicaments

29 - Avez-vous des remarques sur l'ensemble du travail ?

Merci

Nous vous remercions de votre participation à notre enquête,

Attention la dernière étape est de m'envoyer vos réponses en cliquant en bas sur "envoyer".

Si vous voulez de plus ample informations concernant les résultats, concernant la thèse dans sa globalité, n'hésitez pas à m'envoyer un message : coudointhibault@gmail.com

Sportivement,

Thibault COUDOIN - Travail de thèse octobre 2020 pour les non-professionnels de santé

LÉSION MUSCULAIRE



TRAUMATISME DIRECT
Choc direct sur le muscle avec
+/- hématome (bleu)



TRAUMATISME INDIRECT
Par contraction brutale

SIGNES DE GRAVITÉ

- Impossibilité de reprendre l'activité
- Sensation de claquement ou déchirure
- Douleur intense à type *coup de poignard*
- Apparition brutale d'une boule dans le muscle
- Sensation de raccourcissement, contracture musculaire



 **3966**



Protocole **PEACE**

Protocole PEACE

- P**rotection: Cesser toutes activités provoquant de la douleur sur les premiers jours
- E**lévation: Élever le membre atteint quand vous êtes au repos, assis ou allongé
- A**rrêt des anti-inflammatoires (Ibuprofène, aspirine...): Appliquer de la glace et ne pas masser. Si besoin prendre du paracétamol*
- C**ompression: Entourer le membre douloureux par un bandage (strap) pour réduire le gonflement initial
- E**ducation: pas de nécessité d'aller aux urgences, une consultation médicale est recommandée dans les 72h. Continuer de poser le pied par terre lors de la marche pour éviter la constitution d'un caillot de sang (phlébite)

 **3966** : garde régulée par un médecin généraliste pour un conseil médical

* Paracétamol 1000 mg (>16 ans et > 50 kg) en l'absence d'allergie ou de contre indication à raison d'un comprimé toutes les 6 heures, 3 comprimés par jour au maximum

Thibault COUDOIN - Travail de thèse octobre 2020 pour les non-professionnels de santé

TRAUMATISME DE LA CHEVILLE



Définition: Torsion de la cheville ou choc direct

SIGNES D'URGENCE PRÉSENTS

- Déformation du pied
- Plaie profonde et/ou os visible extérieurement
- Pied froid et insensible



Immobiliser la cheville
Protéger par une bande s' il existe une plaie



SIGNES DE GRAVITÉ

Notion de craquement
Douleur intolérable avec impossibilité de marcher malgré glace et attelle



Mettre l'attelle
ALLER AUX URGENCES



Protocole **PEACE**

Protocole PEACE

- Protection:** Cesser toutes activités provoquant de la douleur sur les premiers jours
- Élévation:** Élever le membre atteint quand vous êtes au repos, assis ou allongé
- Arrêt des anti-inflammatoires** (Ibuprofène, aspirine...): Appliquer de la glace et ne pas masser. Si besoin prendre du paracétamol*
- Compression:** Réaliser un bandage (strap) pour réduire le gonflement initial ou mettre l' attelle
- Education:** Pas de nécessité d' aller aux urgences, une consultation médicale est recommandée dans les 72 h
Continuer de poser le pied par terre lors de la marche pour éviter la constitution d' un caillot de sang (phlébite)

* Paracétamol 1000 mg (>16 ans et > 50 kg) en l'absence d'allergie ou de contre indication, à raison d'un comprimé toutes les 6 heures, 3 comprimés par jours au maximum.

Thibault COUDOIN - Travail de thèse octobre 2020 pour les non-professionnels de santé

TRAUMATISME DU GENOU



Définition: Torsion lors d'un appui, d'une réception de sauto liée à un choc direct

SIGNES D'URGENCE PRÉSENTS

- Déformation du genou
- Plaie profonde et/ou os visible extérieurement
- Perte sensibilité et/ou pied froid



OUI

Immobiliser le genou
Protéger par une bande s'il existe une plaie

 15



NON

SIGNES DE GRAVITÉ

Notion de craquement
Douleur intolérable avec impossibilité de marcher malgré glace et attelle

OUI

Mettre l'attelle
ALLER AUX URGENCES

NON

Protocole **PEACE**

Protocole **PEACE**

Protection: Cesser toutes activités provoquant de la douleur sur les premiers jours
Élévation: Élever le membre atteint quand vous êtes au repos, assis ou allongé
Arrêt des anti-inflammatoires (Ibuprofène, aspirine...): Appliquer de la glace et ne pas masser. Si besoin prendre du paracétamol*
Compression: Réaliser un bandage (strap) pour réduire le gonflement initial ou mettre l'attelle
Education: Pas de nécessité d'aller aux urgences, une consultation médicale est recommandée dans les 72 h
Continuer de poser le pied par terre lors de la marche pour éviter la constitution d'un caillot de sang (phlébite)

* Paracétamol 1000 mg (>16 ans et > 50 kg) en l'absence d'allergie ou de contre indication, à raison d'un comprimé toutes les 6 heures, 3 comprimés par jours au maximum.

Thibault COUDOIN - Travail de thèse octobre 2020 pour les non-professionnels de santé

TRAUMATISME DE L'ÉPAULE



Définition: Blessure par chute sur l'épaule ou geste bloqué par un adversaire lors d'une initiation d'un mouvement

SIGNES D'URGENCE PRÉSENTS

- Plaie profonde et/ou os visible extérieurement
- Main blanche, froide et insensible



OUI

NON

Immobiliser l'épaule par attelle spécifique
Protéger par une bande s'il existe une plaie

15

SIGNES DE GRAVITÉ

Présence d'une déformation osseuse de l'épaule ou de la clavicule
notion de craquement

OUI

NON

Immobiliser par attelle spécifique
ALLER AUX URGENCES

Mobilité possible mais douloureuse
Protocole **ANTALGIQUE**

Protocole **ANTALGIQUE**

Immobilisation de l'épaule par attelle spécifique
Glacer localement 10 -15 mn, 4 à 6 fois par jour
Paracétamol* en complément si douleur . Éviter les anti-inflammatoires (Ibuprofène, aspirine...)
Pas de nécessité d'aller aux urgences, une consultation médicale est recommandée dans les 72 h

* Paracétamol 1000 mg (>16 ans et > 50 kg) en l'absence d'allergie ou de contre indication, à raison d'un comprimé toutes les 6 heures, 3 comprimés par jours au maximum

Thibault COUDOIN - Travail de thèse octobre 2020 pour les non-professionnels de santé

TRAUMATISME DU POIGNET



Définition: Chute sur le poignet ou traumatisme direct

SIGNES D'URGENCE PRÉSENTS

- Plaie profonde et/ou os visible extérieurement
- Main insensible, froide et blanche



OUI

NON

Immobiliser le poignet
Protéger par une bande s'il existe
une plaie

◇ 15

SIGNES DE GRAVITÉ

Notion de craquement
Déformation
Impossibilité de mouvement

OUI

NON

Mettre l'attelle
◇ 3966

Protocole **PEACE**



Protocole **PEACE**

Protection: Cesser toutes activités provoquant de la douleur sur les premiers jours
Élévation: Élever le membre atteint quand vous êtes au repos, assis ou allongé
Arrêt des anti-inflammatoires (ibuprofène, aspirine...): Appliquer de la glace et ne pas masser. Si besoin prendre du paracétamol*
Compression: Réaliser un bandage (strap) pour réduire le gonflement initial ou mettre l'attelle
Education: Pas de nécessité d'aller aux urgences, une consultation médicale est recommandée dans les 72 h

* Paracétamol 1000 mg (>16 ans et > 50 kg) en l'absence d'allergie ou de contre indication, à raison d'un comprimé toutes les 6 heures, 3 comprimés par jours au maximum

Thibault COUDOIN - Travail de thèse octobre 2020 pour les non-professionnels de santé

TRAUMATISME DES DOIGTS



Définition: Torsion d'un doigt ou traumatisme direct

SIGNES D'URGENCE PRÉSENTS

- Plaie profonde et/ou os visible extérieurement
- Doigt blanc insensible et froid



OUI

Immobiliser le membre atteint
+ Protéger la plaie par une bande

 15



NON

SIGNES DE GRAVITÉ

Notion de craquement
Déformation
Impossibilité de mouvement

OUI

 3966

NON

Protocole **PEACE**

Protocole **PEACE**

Protection: Cesser toutes activités provoquant de la douleur sur les premiers jours

Elévation: Élever le membre atteint quand vous êtes au repos, assis ou allongé

Arrêt des anti-inflammatoires (Ibuprofène, aspirine...): Appliquer de la glace et ne pas masser. Si besoin prendre du paracétamol*

Compression: Réaliser un bandage (strap) avec un doigt voisin pour réduire le gonflement initial

Education: Pas de nécessité d'aller aux urgences, une consultation médicale est recommandée dans les 72 h

*Paracétamol 1000 mg (>16 ans et > 50 kg) en l'absence d'allergie ou de contre indication, à raison d'un comprimé toutes les 6 heures, 3 comprimés par jours au maximum

Thibault COUDOIN - Travail de thèse octobre 2020 pour les non-professionnels de santé



Protocole PEACE

Protection: Cesser toutes activités provoquant de la douleur sur les premiers jours

Élévation: Élever le membre atteint quand vous êtes au repos, assis ou allongé

Arrêt des anti-inflammatoires (Ibuprofène, aspirine...): Appliquer de la glace et ne pas masser. Si besoin prendre du paracétamol*

Compression: Entourer le membre douloureux par un bandage (strap) pour réduire le gonflement initial

Education: pas de nécessité d'aller aux urgences, une consultation médicale est recommandée dans les 72h
Continuer de poser le pied par terre lors de la marche pour éviter la constitution d'un caillot de sang (phlébite)

3966 : garde régulée par un médecin généraliste pour un conseil médical

* Paracétamol 1000 mg (> 16 ans et > 50 kg) en l'absence d'allergie ou de contre indication à raison d'un comprimé toutes les 6 heures, 3 comprimés par jour au maximum (sous la responsabilité des parents si enfant mineur)

Thibault COUDOIN - Travail de thèse octobre 2020 pour les non-professionnels de santé

TRAUMATISME DE LA CHEVILLE



Définition: Torsion de la cheville ou choc direct

SIGNES D'URGENCE PRÉSENTS

- Déformation du pied
- Plaie profonde et/ou os visible extérieurement
- Pied froid et insensible



OUI

Immobiliser la cheville
Protéger par une bande s'il existe
une plaie

 15



NON

SIGNES DE GRAVITÉ

Notion de craquement
Douleur intolérable avec
impossibilité de marcher malgré glace
et attelle

OUI

Mettre l'attelle
**ALLER AUX
URGENCES**

NON

Protocole **PEACE**

Protocole **PEACE**

Protection: Cesser toutes activités provoquant de la douleur sur les premiers jours
Élévation: Élever le membre atteint quand vous êtes au repos, assis ou allongé
Arrêt des anti-inflammatoires (Ibuprofène, aspirine...): Appliquer de la glace et ne pas masser. Si besoin prendre du paracétamol*
Compression: Réaliser un bandage (strap) pour réduire le gonflement initial ou mettre l'attelle
Éducation: Pas de nécessité d'aller aux urgences, une consultation médicale est recommandée dans les 72 h
Continuer de poser le pied par terre lors de la marche pour éviter la constitution d'un caillot de sang (phlébite)

* Paracétamol 1000 mg (>16 ans et > 50 kg) en l'absence d'allergie ou de contre indication, à raison d'un comprimé toutes les 6 heures, 3 comprimés par jours au maximum (sous la responsabilité des parents si enfant mineur)

Thibault COUDOIN - Travail de thèse octobre 2020 pour les non-professionnels de santé

TRAUMATISME DU GENOU



Définition: Torsion lors d'un appui, d'une réception de sauto liée à un choc direct

SIGNES D'URGENCE PRÉSENTS

- Déformation du genou
- Plaie profonde et/ou os visible extérieurement
- Perte sensibilité et/ou pied froid



OUI

NON

Immobiliser le genou
Protéger par une bande s'il existe
une plaie

 15

SIGNES DE GRAVITÉ

Notion de craquement
Douleur intolérable avec impossibilité
de marcher malgré glace et attelle

OUI

NON

Mettre l'attelle
**ALLER AUX
URGENCES**

Protocole **PEACE**

Protocole **PEACE**

Protection: Cesser toutes activités provoquant de la douleur sur les premiers jours
Élévation: Élever le membre atteint quand vous êtes au repos, assis ou allongé
Arrêt des anti-inflammatoires (ibuprofène, aspirine...): Appliquer de la glace et ne pas masser. Si besoin prendre du paracétamol*
Compression: Réaliser un bandage (strap) pour réduire le gonflement initial ou mettre l'attelle
Éducation: Pas de nécessité d'aller aux urgences, une consultation médicale est recommandée dans les 72 h
Continuer de poser le pied par terre lors de la marche pour éviter la constitution d'un caillot de sang (phlébite)

* Paracétamol 1000 mg (>16 ans et > 50 kg) en l'absence d'allergie ou de contre indication, à raison d'un comprimé toutes les 6 heures, 3 comprimés par jours au maximum.

Thibault COUDOIN - Travail de thèse octobre 2020 pour les non-professionnels de santé

TRAUMATISME DE L'ÉPAULE



Définition: Blessure par chute sur l'épaule ou geste bloqué par un adversaire lors d'une initiation d'un mouvement

SIGNES D'URGENCE PRÉSENTS

- Plaie profonde et/ou os visible extérieurement
- Main blanche, froide et insensible



OUI

NON

Immobiliser l'épaule par attelle spécifique
Protéger par une bande s'il existe une plaie

 15

SIGNES DE GRAVITÉ

Présence d'une déformation osseuse de l'épaule ou de la clavicule
notion de craquement

OUI

NON

Immobiliser par attelle spécifique
ALLER AUX URGENCES

Mobilité possible mais douloureuse

Protocole
ANTALGIQUE

Protocole
ANTALGIQUE

Immobilisation de l'épaule par attelle spécifique
Glacer localement 10 -15 mn, 4 à 6 fois par jour
Paracétamol* en complément si douleur . Éviter les anti-inflammatoires (Ibuprofène, aspirine...)
Pas de nécessité d'aller aux urgences, une consultation médicale est recommandée dans les 72 h

* Paracétamol 1000 mg (>16 ans et > 50 kg) en l'absence d'allergie ou de contre indication, à raison d'un comprimé toutes les 6 heures, 3 comprimés par jours au maximum

Thibault COUDOIN - Travail de thèse octobre 2020 pour les non-professionnels de santé

TRAUMATISME DU POIGNET



Définition: Chute sur le poignet ou traumatisme direct

SIGNES D'URGENCE PRÉSENTS

- Plaie profonde et/ou os visible extérieurement
- Main insensible, froide et blanche



OUI

NON

Immobiliser le poignet
Protéger par une bande s'il existe
une plaie

 15

SIGNES DE GRAVITÉ

Notion de craquement
Déformation
Impossibilité de mouvement

OUI

NON

Mettre l'attelle
**ALLER aux
URGENCES**

Protocole **PEACE**



Protocole **PEACE**

Protection: Cesser toutes activités provoquant de la douleur sur les premiers jours
Elévation: Élever le membre atteint quand vous êtes au repos, assis ou allongé
Arrêt des anti-inflammatoires (ibuprofène, aspirine...): Appliquer de la glace et ne pas masser. Si besoin prendre du paracétamol*
Compression: Réaliser un bandage (strap) pour réduire le gonflement initial ou mettre l'attelle
Education: Pas de nécessité d'aller aux urgences, une consultation médicale est recommandée dans les 72 h

* Paracétamol 1000 mg (>16 ans et > 50 kg) en l'absence d'allergie ou de contre indication, à raison d'un comprimé toutes les 6 heures, 3 comprimés par jours au maximum (sous la responsabilité des parents si enfant mineur)

Thibault COUDOIN - Travail de thèse octobre 2020 pour les non-professionnels de santé

TRAUMATISME DES DOIGTS



Définition: Torsion d'un doigt ou traumatisme direct

SIGNES D'URGENCE PRÉSENTS

- Plaie profonde et/ou os visible extérieurement
- Doigt blanc insensible et froid



OUI

Immobiliser le membre atteint
+ Protéger la plaie par une bande

 15



NON

SIGNES DE GRAVITÉ

Notion de craquement
Déformation
Impossibilité de mouvement

OUI

 3966

NON

Protocole **PEACE**

Protocole **PEACE**

Protection: Cesser toutes activités provoquant de la douleur sur les premiers jours

Elévation: Élever le membre atteint quand vous êtes au repos, assis ou allongé

Arrêt des anti-inflammatoires (Ibuprofène, aspirine...): Appliquer de la glace et ne pas masser. Si besoin prendre du paracétamol*

Compression: Réaliser un bandage (strap) avec un doigt voisin pour réduire le gonflement initial

Education: Pas de nécessité d'aller aux urgences, une consultation médicale est recommandée dans les 72 h

*Paracétamol 1000 mg (>16 ans et > 50 kg) en l'absence d'allergie ou de contre indication, à raison d'un comprimé toutes les 6 heures, 3 comprimés par jours au maximum (sous la responsabilité des parents si enfant mineur)

AUTEUR : Thibault COUDOIN

Recommandations à visée du public non professionnel de santé sur la prise en charge initiale des traumatismes les plus fréquents sur le bord du terrain au basket-ball

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Emile ESCOURROU

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 28 septembre 2021

RESUMÉ

Introduction : L'objectif de cette étude était la création de fiches pratiques, à visée des encadrants non professionnels de santé, sur la prise en charge initiale des traumatismes les plus fréquents sur le bord du terrain au basket-ball puis de recueillir leur opinion pour permettre une amélioration lors d'une utilisation future.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une revue narrative de la littérature avec la création de fiches pratique suivie d'une enquête d'opinion de la population cible.

Résultats : Six fiches pratiques ont été créées. Le questionnaire a été rempli par 128 personnes. 93.4% des répondants auraient voulu avoir ces fiches pour guider la prise en charge d'une blessure subie ou observée. 87,4% ont pensé possible la réutilisation de ces fiches sur le bord des terrains. 83% se disent changer leurs pratiques futures grâce à la reconnaissance des signes d'urgence et de gravité.

Conclusion : Cette éducation de la population sur ces traumatismes et surtout sur la prise en charge initiale pourrait être bénéfique sur leurs conséquences au long cours et leurs coûts. Développer ce genre de conseils médicaux avec une informations plus précises serait intéressant. La pertinence de cet outil pourrait être évaluer sur une saison entière en plus de la développer aux autres sports.

Mots-clés :

Basketball _ Médecine du sport _ traumatismes _ prise en charge initiale _ Non professionnel de santé

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE. Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31 062 TOULOUSE Cedex 04 - France

AUTEUR: Thibault COUDOIN

Recommendations for non-healthcare professionals on the initial management of the most frequent traumas on the edge of the basketball court

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Emile ESCOURROU

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 28 septembre 2021

ABSTRACT

Introduction: The aim of this study was to create practical sheets, for non-healthcare supervisors, on the initial management of the most frequent traumas on the edge of the basketball court and then collect their opinion to allow improvement in future use.

Material and methods: This was a narrative review of the literature with the creation of practice sheets followed by an opinion survey of the target population.

Results: Six practical sheets have been created. The questionnaire was completed by 128 people. 93.4% of respondents would have liked to have these sheets to guide the management of an injury suffered or observed. 87.4% thought it possible to reuse these sheets on the edge of the field. 83% say they are changing their future practices by recognizing signs of urgency and seriousness.

Conclusion: This education of the population on these traumas and especially on the initial treatment could be beneficial in terms of their long-term consequences and their costs. Developing this kind of medical advice with more precise information would be interesting. The relevance of this tool could be evaluated over an entire season in addition to developing it for other sports.

Keywords:

Basketball _ Sport medicine _ trauma _ initial management _ non-healthcare professionals

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE. Faculté de Médecine Rangueil –
133 route de Narbonne – 31 062 TOULOUSE Cedex 04 - France