

UNIVERSITE DE TOULOUSE III – Paul Sabatier

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2014

2014 TOU31055

THESE

Pour l'obtention du

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Toulouse

Le 16 Septembre 2014, par

Julie CALMELS

Née le 25 Septembre 1986 à Champigny sur Marne (94)

PRISE EN CHARGE DES ENTORSES DE CHEVILLE : ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES DES MEDECINS GENERALISTES ET DES MEDECINS URGENTISTES AVEYRONNAIS.

Directeur de thèse : Madame le Docteur Aline JOSSILLET

Jury

Monsieur le Professeur Dominique LAUQUE

Président du jury

Monsieur le Professeur Philippe ARLET

Assesseur

Monsieur le Professeur Paul BONNEVIALLE

Assesseur

Monsieur le Professeur Marc VIDAL

Assesseur

Monsieur le Docteur Yves ABITTEBOUL

Assesseur

Madame le Docteur Aline JOSSILLET

Membre invité

UNIVERSITE DE TOULOUSE III – Paul Sabatier

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2014

2014 TOU31055

THESE

Pour l'obtention du

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Toulouse

Le 16 Septembre 2014, par

Julie CALMELS

Née le 25 Septembre 1986 à Champigny sur Marne (94)

PRISE EN CHARGE DES ENTORSES DE CHEVILLE : ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES DES MEDECINS GENERALISTES ET DES MEDECINS URGENTISTES AVEYRONNAIS.

Directeur de thèse : Madame le Docteur Aline JOSSILLET

Jury

Monsieur le Professeur Dominique LAUQUE

Président du jury

Monsieur le Professeur Philippe ARLET

Assesseur

Monsieur le Professeur Paul BONNEVIALLE

Assesseur

Monsieur le Professeur Marc VIDAL

Assesseur

Monsieur le Docteur Yves ABITTEBOUL

Assesseur

Madame le Docteur Aline JOSSILLET

Membre invité

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2013

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. DURAND
		Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
		Professeur Honoraire	M. RAILHAC

Professeurs Émérites

Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur JL. ADER
Professeur LARROUY	Professeur Y. LAZORTES
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTÉ	Professeur F. JOFFRE
Professeur MURAT	Professeur J. CORBERAND
Professeur MANELFE	Professeur B. BONEU
Professeur LOUVET	Professeur H. DABERNAT
Professeur SARRAMON	Professeur M. BOCCALON
Professeur CARATERO	Professeur B. MAZIERES
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur E. ARLET-SUAU
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion	M. CALVAS P.	Génétique
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. BUGAT R. (C.E)	<i>Cancérologie</i>	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. LIBLAU R.	Immunologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PERON J.M	Hépatogastro-entérologie
M. MALAVALD B.	Urologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. RECHER Ch.	Hématologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme MOYAL E.	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B (C.E)	Biochimie	P.U.	
M. PRADERE B.	Chirurgie générale	M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
M. QUERLEU D (C.E)	Cancérologie		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie		

Professeur Associé de Médecine Générale

Dr. POUTRAIN J.Ch

Dr. MESTHÉ P.

Professeur Associé de Médecine du Travail

Dr NIEZBORALA M.

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-entérologie	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAUFOR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. COURBON F.	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GARRIDO-STOWHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GERAUD G.	Neurologie	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie	M. HUYGHE E.	Urologie
M. LARRUE V.	Neurologie	M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEVADE T.	Biochimie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. PLANTE P.	Urologie	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RITZ P.	Nutrition	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROSTAING L. (C.E)	Néphrologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale

Dr VIDAL M.

Professeur Associé en O.R.L.

WOISARD V.

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. APOIL P. A	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
Mme COURBON	Pharmacologie	M. CHASSAING N	Génétique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. CORRE J.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOIT F.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	M. EDOUARD T.	Pédiatrie
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GALINIER A.	Nutrition
M. GANTET P.	Biophysique	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. HAMDI S.	Biochimie	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. KIRZIN S	Chirurgie générale	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MONTOYA R.	Physiologie	Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme MOREAU M.	Physiologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. PILLARD F.	Physiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie	M. VALLET M.	Physiologie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophthalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIERS F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		
		M. BISMUTH S.	M.C.U. Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

DEDICACES AUX MEMBRES DU JURY :

A Notre Maître et Président du Jury :

Monsieur le Professeur Dominique LAUQUE,
Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,
Chef du Service d'Accueil et d'Urgences,
Faculté de Médecine, Université Paul-Sabatier, CHU Toulouse

Je tiens à vous faire part de tous mes remerciements pour avoir accepté de présider ce jury.

C'est un grand honneur que vous me faites de juger mon travail et de représenter la
Médecine d'Urgences.

Veillez croire en mes sentiments les plus respectueux.

A tous les membres du Jury :

Monsieur le Professeur Marc VIDAL,
Professeur Associé de Médecine Générale,
Faculté de Médecine, Université Paul-Sabatier, CHU Toulouse

Je vous remercie d'avoir honoré ce travail de votre attention en acceptant de participer à ce
jury de thèse.

Veillez croire en ma profonde gratitude.

Monsieur le Professeur Philippe ARLET,
Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Médecine Interne
Faculté de Médecine, Université Paul-Sabatier, CHU Toulouse

Je tiens à vous remercier tout particulièrement d'avoir accepté de juger ce travail et de
participer à mon Jury de thèse.

Veillez croire en mon profond respect.

Monsieur le Professeur Paul BONNEVIALLE,
Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Orthopédie
Faculté de Médecine, Université Paul-Sabatier, CHU Toulouse

Je tiens à vous faire part de toute ma gratitude pour la confiance que vous m'accordez en acceptant de juger mon travail.

Je vous remercie également d'avoir accepté de participer à ce Jury et de nous faire part de votre expertise sur le sujet.

Veillez croire en mes sentiments respectueux.

Monsieur le Docteur Yves ABITTEBOUL,
Maître de Conférences Associé de Médecine Générale,
Faculté de Médecine, Université Paul-Sabatier, CHU Toulouse

Je tiens à vous faire part de mes plus profonds remerciements pour avoir accepté de faire partie de ce Jury de thèse et ainsi juger mon travail.

Vos conseils d'expert et votre regard avisé durant la phase finale de cette thèse ont été d'une aide précieuse.

Une fois encore, merci.

A ma Directrice de thèse :

Mademoiselle le Docteur JOSSILLET Aline
Praticien Hospitalier,
CH Rodez

Je tiens tout d'abord à te remercier d'avoir accepté de m'accompagner dès le début de ce projet de thèse.

Ensuite, je tiens à t'exprimer toute ma reconnaissance et ma profonde gratitude pour tout le soutien que tu as pu m'apporter tout au long de ce travail, pour ta patience, ton écoute, ta disponibilité, tes petites attentions (toujours au bon moment) et ton expertise. Tout cela a permis de faire de cette thèse un travail de qualité.

Je suis fière d'avoir été ta « première fois » et j'ai hâte de pouvoir bientôt travailler à tes côtés.

Encore merci pour tout.

DEDICACES PERSONNELLES :

A toute ma famille,
A tous mes amis,
A tous mes collègues de travail.

Je dédie cette thèse à toutes les personnes qui m'ont soutenue de près ou de loin pendant ce long travail et plus généralement pendant toutes ces longues années d'études. Sans votre présence et votre soutien sans faille ce travail n'aurait sans doute jamais abouti.

MERCI à toute l'équipe des Urgences du CH de Rodez pour m'avoir conforté dans ma passion pour cette spécialité et surtout pour m'avoir fait changer d'avis sur l'Aveyron. Et oui, l'Aveyron c'est comme dans le film « Les Ch'tis » : on pleure quand on arrive mais on pleure encore plus quand on doit repartir, si bien que finalement on décide d'y rester...

Vous m'avez vu faire mes premiers pas de bébé docteur, mes toutes premières gardes d'apprenti sénior, vous m'avez aidée à progresser, à grandir et vous m'avez toujours fait confiance : je ne vous remercierai jamais assez pour tout ça. C'est un réel plaisir de travailler avec vous au quotidien, toujours dans la joie et la bonne humeur.

Alors merci à vous tous d'avoir accepté d'adopter une petite doryphore : merci aux médecins, aux infirmiers et infirmières, aux aides-soignants, aux PARM et aux pilotes.

Un grand MERCI à Arnaud et Motoko pour leur aide précieuse au tout début de ce travail et leur disponibilité sans faille tout au long de ces longs mois de thèse.

MERCI à toutes les personnes que j'ai pu rencontrer à travers mes différents stages et qui m'ont accompagnée tout au long de ma formation. Je n'oublierai pas Mr CALMELS et l'UGA de Rodez et encore moins la super équipe du POSU. Cela a également été un plaisir de pouvoir travailler avec les équipes de Pneumologie et Neurologie pendant mon dernier semestre.

Une attention toute particulière pour le service de Réanimation, où malgré les difficultés extra-médicales rencontrées, j'ai passé un semestre génial et très enrichissant. Merci aux équipes médicale, paramédicale et aux secrétaires pour votre grand soutien et pour tout ce que vous avez pu m'apprendre et m'apporter.

Bien sûr, je remercie de tout cœur ma famille qui a toujours été présente tout au long de mes études.

Un gigantesque MERCI à Papa et Maman pour votre soutien, votre présence, vos sacrifices et tout le reste. Sans vous rien n'aurait été pareil et cet aboutissement c'est un peu grâce à vous.

MERCI à ma petite Sœurette qui m'a toujours encouragée, m'a aidée à trouver la motivation et a toujours été là pour me remonter le moral (avec des mots ou des gâteaux).

MERCI à mon petit Poulet de frère qui m'a toujours soutenue et qui croit en moi.

MERCI à Cédric et Mimi, mes cousins adorés, pour tous les bons moments passés ensemble et pour notre grand voyage à venir. J'ai hâte de partager ça avec vous, je vous adore.

Un grand MERCI aussi à tous les amis rencontrés pendant mon parcours et dont je n'ai plus envie de me séparer.

MERCI à ma Delphine qui a toujours été là pour m'aider, me soutenir, à chaque étape (le probatoire, le mémoire, la thèse) et avec qui j'ai partagé quelques voyages mémorables. En espérant qu'il y en ait plein d'autres...

MERCI à Anna, ma super copine, pour tout (tes conseils, tes relectures, ton soutien) et surtout pour m'avoir fait marraine de ton petit Noah, mon petit bouddha adoré qui par ses petits câlins et ses bavouilles m'a été d'un grand soutien lui aussi.

MERCI à ma petite Carole pour ta joie et ta bonne humeur en toutes circonstances, ton soutien et pour la magnifique première année d'internat que j'ai partagé avec toi.

MERCI à mes copines infirmières rencontrées tout au long de mon internat et plus particulièrement à Emilie la limougeaude, Sylvie et Christel les ruthénoises. Ne changez pas les filles, vous êtes parfaites.

MERCI à ma petite Coline, copine de galère de thèse, qui a toujours su trouver les bons mots et a été un coach parfait dans la dernière ligne droite.

MERCI à mon petit Jean-Louis, ton soutien et ton amitié me sont chers.

MERCI à Gaëlle pour ton amitié et pour ton aide dans les derniers réglages techniques.

MERCI à Ben et Juju les randonneurs aveyronnais au grand cœur.

Enfin, un grand MERCI à tous mes amis de longue date qui ont toujours été là et qui sont restés fidèles : Juju mon ami d'enfance, Nico mon meilleur ami, Claire ma copine de toujours, mes deux supers voisines de Limoges Mag' et Anaïs, Christie et Pierre (mes amis de Fermat et fidèles compagnons de St Privat) et tous les autres... Merci pour tout.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	Page 6
RAPPELS : QUE DISENT LES RECOMMANDATIONS DE LA SFMU ?	Page 7
1- L'approche clinique	Page 7
a) Le premier temps de l'examen clinique	Page 7
b) Le deuxième temps de l'examen clinique	Page 8
2- Quelle imagerie ?	Page 9
3- Les thérapeutiques	Page 9
a) Le traitement symptomatique	Page 9
b) La contention	Page 9
c) La kinésithérapie	Page 10
d) Les traitements médicamenteux	Page 10
4- L'information aux patients	Page 10
5- L'impact socio-économique	Page 10
MATERIEL ET METHODE	Page 11
1- Objectifs de l'étude	Page 11
2- Méthodologie	Page 11
a) Profil de l'étude	Page 11
b) Population de l'étude	Page 11
3- Recueil de données	Page 12
a) Méthode de recueil	Page 12
b) Période de recueil	Page 12
c) Analyse des données	Page 13
RESULTATS	Page 14
1- Caractéristiques de la population	Page 14
2- Résultats des Médecins Généralistes	Page 15
a) Cas clinique 1 : Entorse Bénigne	Page 15
b) Cas clinique 2 : Entorse Grave	Page 18

3- Résultats des Médecins Urgentistes	Page 21
a) Cas clinique 1 : Entorse Bénigne	Page 21
b) Cas clinique 2 : Entorse grave	Page 24
DISCUSSION	Page 27
1- Intérêts de l'étude	Page 27
2- Principaux résultats	Page 28
a) Chez les Médecins Généralistes	Page 28
b) Chez les Médecins Urgentistes	Page 32
3- Discussions croisées	Page 35
4- Limites de l'étude	Page 36
CONCLUSION	Page 38
ANNEXES	Page 39
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	Page 54

ANNEXES :

ANNEXE 1 : Rapport d'activité ORUMIP 2013 pour les entorses de cheville

ANNEXE 2 : Questionnaire envoyé aux Médecins Généralistes

ANNEXE 3 : Rappel des signes cliniques et fonctionnels de gravité d'une entorse de cheville

ANNEXE 4 : Questionnaire envoyé aux Médecins Urgentistes

ANNEXE 5 : Réponses attendues au questionnaire des Médecins Généralistes

ANNEXE 6 : Réponses attendues au questionnaire des Médecins Urgentistes

***ANNEXE 7 : Quand prescrire un co-traitement AINS/IPP ?
(ameli.fr)***

ILLUSTRATIONS :

TABLEAUX :

<i>Tableau 1</i> : Caractéristiques de la population	p 14
<i>Tableau 2</i> : Principales réponses des Médecins Généralistes	p 16
<i>Tableau 3</i> : Principales réponses des Médecins Urgentistes	p 22

FIGURES :

<i>Figure 1</i> : Différentes thérapeutiques entreprises (MG, Cas 1)	p 16
<i>Figure 2</i> : Type d'immobilisation (MG, Cas 1)	p 17
<i>Figure 3</i> : Durée d'immobilisation (MG, Cas 1)	p 17
<i>Figure 4</i> : Spécialiste choisi pour la consultation de contrôle (MG, Cas 1)	p 18
<i>Figure 5</i> : Délai pour la consultation de contrôle (MG, Cas 1)	p 18
<i>Figure 6</i> : Différentes thérapeutiques entreprises (MG, Cas 2)	p 19
<i>Figure 7</i> : Type d'immobilisation (MG, Cas 2)	p 19
<i>Figure 8</i> : Durée d'immobilisation (MG, Cas 2)	p 20
<i>Figure 9</i> : Spécialiste choisi pour la consultation de contrôle (MG, Cas 2)	p 21
<i>Figure 10</i> : Délai pour la consultation de contrôle (MG, Cas 2)	p 21
<i>Figure 11</i> : Différentes thérapeutiques entreprises (MU, Cas 1)	p 23
<i>Figure 12</i> : Type d'immobilisation (MU, Cas 1)	p 23
<i>Figure 13</i> : Durée d'immobilisation (MU, Cas 1)	p 23
<i>Figure 14</i> : Spécialiste choisi pour la consultation de contrôle (MU, Cas 1)	p 24
<i>Figure 15</i> : Délai pour la consultation de contrôle (MU, Cas 1)	p 24
<i>Figure 16</i> : Différentes thérapeutiques entreprises (MU, Cas 2)	p 25
<i>Figure 17</i> : Type d'immobilisation (MU, Cas 2)	p 25
<i>Figure 18</i> : Durée d'immobilisation (MU, Cas 2)	p 26
<i>Figure 19</i> : Spécialiste choisi pour la consultation de contrôle (MU, Cas 2)	p 26
<i>Figure 20</i> : Délai pour la consultation de contrôle (MU, Cas 2)	p 26

ABREVIATIONS ET ACCRONYMES :

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

CH : Centre Hospitalier

DPC : Développement Professionnel Continu

IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation

IPP : Inhibiteur de la Pompe à Protons

LCL : Ligament Collatéral Latéral

LCF : Ligament Calcanéo-Fibulaire

LTFA : Ligament Talo-Fibulaire Antérieur

LTFP : Ligament Talo-Fibulaire Postérieur

MG : Médecins Généralistes

MPR : Médecine Physique et Réadaptation

MU : Médecins Urgentistes

ORUMIP : Observatoire Régional des Urgences en Midi-Pyrénées

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

INTRODUCTION :

L'entorse de cheville est un motif plus que fréquent de consultation en Médecine, autant dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU) que dans les cabinets de Médecine Générale.

En 2013, l'ORUMIP (1) estime à 17 004 le nombre de passage aux Urgences pour entorse de cheville dans la région Midi-Pyrénées et à 1 047 en Aveyron alors que ce motif de recours représente environ 1% des consultations annuelles d'un Médecin Généraliste (2).

Il s'agit le plus souvent d'accidents de sport et de loisir, d'accidents domestiques ou d'accidents du travail (*Annexe 1*).

Les recommandations concernant la prise charge de cette pathologie sont relativement anciennes. En effet, la dernière Conférence de Consensus de la Société Française de Médecine d'Urgences (SFMU) sur le sujet remonte à avril 1995 (3) avec une actualisation en 2004 (4).

Or, les moyens diagnostiques (5) et thérapeutiques (6) évoluent, et les différents SAU ne possèdent pas tous des protocoles concernant la prise en charge des entorses de cheville. Pour ceux qui en ont, les protocoles sont très différents les uns des autres et parfois même divergents des recommandations faites par la SFMU.

C'est pourquoi un état des lieux des connaissances et des compétences des Médecins Généralistes (MG) et des Médecins Urgentistes (MU) concernant la prise en charge des entorses de cheville, nous a paru intéressant à réaliser. Nous avons donc réalisé une étude auprès des MG et des MU aveyronnais, afin de déterminer si leurs décisions, dans le cadre de deux situations cliniques d'entorse de cheville, étaient conformes aux dernières recommandations en date sur le sujet.

RAPPEL : QUE DISENT LES RECOMMANDATIONS DE LA SFMU ?

L'entorse de la cheville, bien qu'étant un motif de recours très fréquent, n'a plus fait l'objet de nouvelles recommandations depuis l'actualisation de la Conférence de Consensus de la SFMU en 2004 (4), si bien que les pratiques sont très différentes d'un SAU à un autre ou dans les différents cabinets de Médecine Générale.

Il est donc important de rappeler les principaux points clé abordés dans cette actualisation de la Conférence de Consensus (4).

1- L'approche clinique :

a) Le premier temps de l'examen clinique :

Les experts à l'origine de cette Conférence de Consensus rappellent que l'examen clinique repose avant tout sur l'anamnèse et une analyse précise de la sémiologie.

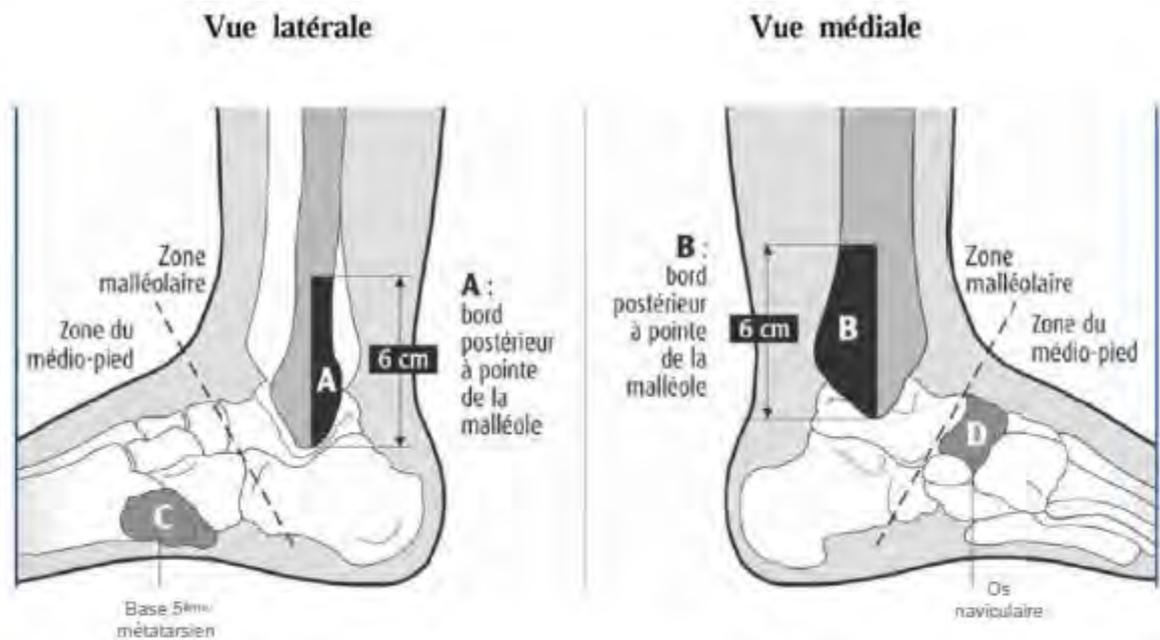
L'interrogatoire doit permettre de cibler les circonstances de survenue et les signes fonctionnels importants à rechercher en gardant en mémoire que la perception d'un craquement et l'évolution de la douleur ne préjugent pas de l'importance de la lésion ligamentaire alors que l'instabilité et l'impotence fonctionnelle qui persistent, du moment de l'accident jusqu'à l'examen, témoignent de la sévérité du traumatisme.

L'examen clinique se poursuit ensuite par l'inspection (à la recherche notamment d'un hématome en « œuf de pigeon ») et la palpation à la recherche des différents critères d'Ottawa justifiant de réaliser un examen radiographique.

Les critères d'Ottawa :

- Age inférieur à 18 ans ou supérieur à 55 ans
- Incapacité de se mettre en appui immédiatement et aux Urgences ou lors de la consultation chez le MG (impossibilité de faire 3 à 4 pas)
- Sensibilité à la palpation osseuse du bord postérieur ou de la pointe de l'une des malléoles (remontant sur 6 cm)
- Sensibilité à la palpation osseuse du scaphoïde ou de la base du 5^e métatarsien

Une radiographie est justifiée si le patient présente au moins un de ces critères.



La majorité de la revue de la littérature confirme la validité d'utilisation des critères d'Ottawa pour limiter les indications de radiographies avec une très bonne sensibilité (7-12).

La Conférence de Consensus de 1995 (3) définissait des critères d'âge pour l'application de ces critères, non validés pour les patients de moins de 18 ans et de plus de 55 ans. Certaines études tendent à prouver que ces critères pourraient également être utilisés chez l'enfant et l'adolescent (7; 8; 13).

b) Le deuxième temps de l'examen clinique :

Il est consacré à la recherche de ruptures ou de laxités ligamentaires. En effet, l'actualisation de 2004 confirme que seul un réexamen dans la semaine suivant le traumatisme permet d'apprécier la sévérité exacte de la lésion.

Il est donc primordial de reconvoquer systématiquement toute entorse de cheville dans les 5 jours suivant le traumatisme et de ne pas hésiter à demander des clichés radiographiques en l'absence d'amélioration.

2- Quelle imagerie ?

Lorsqu'elles sont indiquées, les investigations radiographiques doivent se limiter à des clichés standards simples. Trois incidences sont souhaitables : face, face en rotation interne de 20° et profil.

Les autres techniques (clichés dynamiques, échographie, TDM...) restent du ressort du spécialiste et sont généralement réservées aux tableaux plus chroniques.

3- Les thérapeutiques :

a) Le traitement symptomatique :

Cette partie du traitement repose sur le protocole **RICE** :

- **REST** : repos, pouvant justifier l'utilisation de cannes anglaises
- **ICE** : glaçage local le plus précoce possible, pluriquotidien, tant qu'il existe des signes cliniques
- **COMPRESSION** : localement, par bandages élastiques ou attelles avec compartiments gonflables
- **ELEVATION** : surélévation du membre inférieur aussi longtemps que possible

Ce protocole est cité comme indispensable dans l'actualisation de 2004 ainsi que dans la plupart des revues, bien qu'une synthèse de 2002 (14) n'ait pas retrouvé d'arguments de bon niveau de preuve pour recommander la prescription de glaçage de la cheville en cas d'entorse.

b) La contention :

L'actualisation de la Conférence de Consensus préconise l'utilisation préférentielle de strapping et d'orthèses stabilisatrices pour assurer un bon compromis entre une immobilisation ligamentaire efficace et une récupération optimale dans les suites immédiates.

c) La kinésithérapie :

La rééducation doit être débutée le plus précocement possible (4), dès que la douleur l'autorise, avec prévision de 10 à 20 séances. Cette prescription doit donc faire partie des ordonnances de sortie du patient.

d) Les traitements médicamenteux :

Les AINS locaux ont un effet antalgique supérieur au placebo et seraient aussi efficaces que les AINS généraux. Mais les AINS par voie générale semblent permettre de réduire considérablement la douleur, permettre une reprise plus rapide de l'activité sportive et représentent un traitement à moindre coût (15).

Le traitement antalgique de première intention reste le Paracétamol plus ou moins associé à un antalgique de palier 2 si le niveau de douleur le justifie.

La prévention de la thrombose veineuse profonde (TVP) n'est indiquée que s'il existe une immobilisation stricte du membre inférieur sans appui possible.

4- Informations aux patients :

Il est primordial de donner toutes les consignes de surveillance nécessaires avant le retour au domicile du patient : conseils généraux à tout porteur de plâtre, conseils généraux à tout porteur d'attelles stabilisatrices, glaçage, surélévation du membre...

5- L'impact socio-économique :

L'entorse de cheville est un réel problème de Santé Publique en raison de sa fréquence (plus de 6000 cas par jour en France) et du fait qu'elle est souvent source de complications secondaires invalidantes.

L'application correcte des règles d'Ottawa permet de réaliser des économies non négligeables en limitant le nombre d'examen radiologiques réalisés (16-17).

La mobilisation précoce et la réalisation de séances de kinésithérapie dès la sédation de la douleur permettent une reprise d'activité professionnelle plus précoce et raccourcissent ainsi la durée de l'arrêt de travail.

MATERIEL ET METHODE :

1- Objectifs de l'étude :

L'objectif principal de cette étude est de réaliser un état des lieux des connaissances et des compétences des MG et des MU concernant la prise en charge des entorses de cheville en Aveyron, afin de voir si leurs pratiques sont en accord avec les recommandations de la SFMU (Actualisation de 2004).

2- Méthodologie :

a) Profil de l'étude :

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive et transversale, réalisée dans le département de l'Aveyron et impliquant les MG et MU.

b) Population de l'étude :

>> Critères d'inclusion :

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Etre diplômé de Médecine Générale et inscrit au Conseil de l'Ordre Départemental des Médecins de l'Aveyron
- Etre MU titulaire dans l'un des cinq Centres Hospitaliers (CH) Aveyronnais : CH de Rodez, Millau, Saint-Affrique, Decazeville et Villefranche de Rouergue.
- Etre MU remplaçant « régulier » dans l'un des différents CH Aveyronnais (c'est-à-dire les MU venant effectuer au moins deux remplacements par mois dans le SAU correspondant).

>> Critères d'exclusion :

Etaient exclus de cette étude :

- Les MG Aveyronnais ayant un Exercice Particulier : homéopathie stricte, acupuncture, médecine vasculaire / angiologie...
- Les MU remplaçants « ponctuels » (effectuant moins de deux remplacements par mois)

3- Recueil de données :

a) Méthode de recueil :

Chaque MG a été contacté par téléphone. En cas d'accord de participation à l'étude, une enveloppe contenant un questionnaire et une enveloppe retour était envoyée par courrier postal.

Le questionnaire comprenait deux situations cliniques (*Annexe 2*) :

- La première situation décrivait cliniquement une entorse de cheville BENIGNE typique.
- La deuxième décrivait cliniquement une entorse de cheville GRAVE typique.

L'*Annexe 3* reprend les principaux critères cliniques permettant de faire la différence entre une entorse bénigne et une entorse grave.

Les questions étaient identiques pour les deux cas cliniques. Elles étaient établies d'après l'ensemble des items abordés dans l'Actualisation de la Conférence de Consensus de la SFMU de 2004 (4). Il s'agissait de questions fermées avec réponses multiples possibles à cocher.

Les MU ont reçu leurs questionnaires par le biais des chefs de service des différents SAU rencontrés au préalable pour leur présenter l'étude. Les retours étaient alors effectués par courrier, de façon groupée, par l'intermédiaire de nos Services d'Accueil d'Urgences (SAU) respectifs. A noter que le questionnaire des MU était quasiment identique à celui des MG (*Annexe 4*).

Les questionnaires ont été totalement anonymisés avant leur envoi.

Les réponses attendues à ces questionnaires sont décrites dans les *Annexes 5 et 6*.

b) Période de recueil :

Les questionnaires ont été envoyés le 21 Janvier 2014 avec pour date limite de retour le 30 Avril 2014. Quinze jours avant la date limite, l'ensemble des MG et des MU n'ayant pas encore retourné le questionnaire, a été relancé par téléphone.

c) Analyse des données :

Les questionnaires retournés ont été enregistrés dans deux tableurs Microsoft EXCEL[®] 2007 (un pour les MG et l'autre pour les MU), puis secondairement transformés en données chiffrées afin d'en extraire les données statistiques sous forme de pourcentages.

RESULTATS :

1- Caractéristiques de la population :

Au total, deux cent vingt-deux MG et quarante-et-un MU aveyronnais ont été inclus.

Cent quarante-deux MG (soit 64%) et trente-six MU (soit 88%) ont retourné le questionnaire complété avant la date limite imposée.

Parmi les MG, huit ont refusé de participer à cette étude lors du premier contact téléphonique. Les raisons étaient variées : refus simple, retraite imminente, manque de temps... Les soixante-douze autres n'ont pas retourné le questionnaire avant la date limite malgré la relance téléphonique.

Six MU n'ont pas répondu au questionnaire : cinq étaient en arrêt de travail au moment de la période de recueil et un venait de démissionner de son Centre Hospitalier.

Les caractéristiques de cette population de MG et MU répondants sont résumées dans le *Tableau 1*.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

	Médecins Généralistes (N=142)	Médecins Urgentistes (N=36)
Sexe :		
Homme	98 (69%)	22 (61%)
Femme	44 (31%)	14 (39%)
Age : (années)		
Moyenne	52	47,5
Médiane	54,5	49
Extrêmes de la population	27-67	29-63
Milieu d'exercice :		
Rural	58 (41%)	-
Semi-rural	54 (38%)	-
Urbain	30 (21%)	-
Spécialisation :		
MPR	27 (20%)	-
Médecine du sport	24 (18%)	6 (17%)
Gériatrie	8 (6%)	-
Homéo/Ostéopathie/Mésothérapie	7 (5%)	-
Traumatologie	3 (2%)	5 (14%)
Pédiatrie	-	4 (11%)

Il s'agit d'une population essentiellement masculine avec un âge médian de 54,5 ans pour les MG et de 49 ans pour les MU.

79% des MG aveyronnais interrogés exercent en milieu rural ou semi-rural contre 21% en milieu urbain.

Pour les MG, la durée moyenne d'accès au Centre Hospitalier le plus proche était de 20 minutes. La durée moyenne d'accès au Centre d'Imagerie le plus proche était également de 20 minutes.

L'ensemble des MG répondants déclaraient voir, en moyenne, 2,8 entorses de cheville par mois.

Enfin, parmi les MU, il y avait six médecins remplaçants réguliers (soit 16%) et 30 médecins titulaires (soit 84%).

2- Résultats des Médecins Généralistes :

a) Cas clinique 1 : Entorse BENIGNE

Les principaux résultats concernant le diagnostic, la connaissance des critères d'Ottawa, la réalisation de radiographies, la prescription de kinésithérapie, la demande d'un avis spécialisé et la prescription d'un arrêt de travail sont repris dans le *Tableau 2*.

Les médecins interrogés ont le bon diagnostic dans 94% des cas d'entorses bénignes.

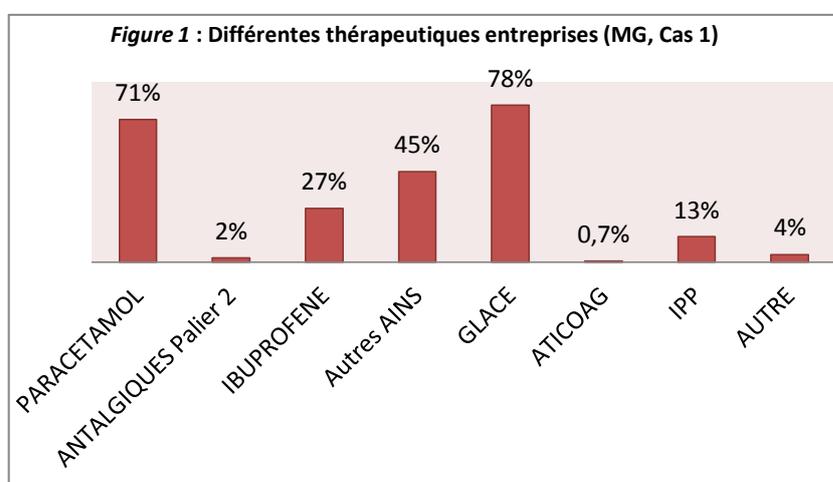
Plus de 50% d'entre-eux ne connaissent pas les critères d'Ottawa mais 75% ont la bonne attitude face à l'entorse bénigne et ne réalisent pas de radiographies.

Enfin, cinquante-quatre MG (soit 40%) ne jugent pas nécessaire de prescrire des séances de kinésithérapie face à la situation clinique d'entorse bénigne.

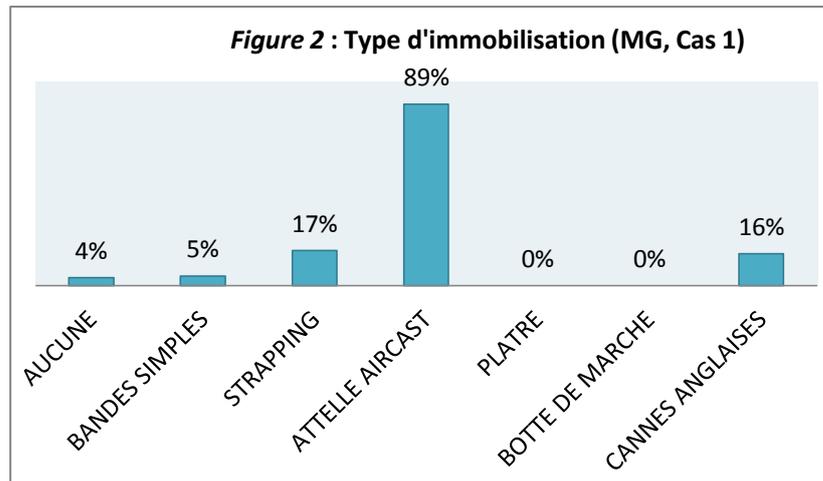
Tableau 2 : Principales réponses des Médecins Généralistes

	Cas clinique Entorse BENIGNE	Cas clinique Entorse GRAVE
Diagnostic :	<i>N</i> = 142	<i>N</i> = 142
Bon	133 (94%)	140 (98%)
Mauvais	9 (6%)	2 (2%)
Critères d'Ottawa :	<i>N</i> = 114	<i>N</i> = 142
Appliqués	49 (43%)	51 (36%)
Non appliqués	8 (7%)	8 (6%)
Non connus	57 (50%)	83 (58%)
Radiographies :	<i>N</i> = 139	<i>N</i> = 141
Oui	35 (25%)	137 (97%)
Non	104 (75%)	4 (3%)
Kinésithérapie :	<i>N</i> = 135	<i>N</i> = 127
Aucune	54 (40%)	12 (9%)
Précoce	32 (24%)	7 (6%)
A l'arrêt de l'immobilisation	32 (24%)	73 (57%)
A distance	17 (12%)	35 (28%)
Demande d'avis spécialisé :	<i>N</i> = 142	<i>N</i> = 142
Non	136 (58%)	105 (74%)
Oui	6 (42%)	37 (26%)
<i>Si oui, avec :</i>		
Orthopédiste	3 (50%)	97 (92%)
Rhumatologue	0 (0%)	3 (3%)
Autre	3 (50%)	5 (5%)
Arrêt de travail :	<i>N</i> = 141	<i>N</i> = 142
Oui	123 (87%)	141 (99%)
Non	18 (13%)	1 (1%)

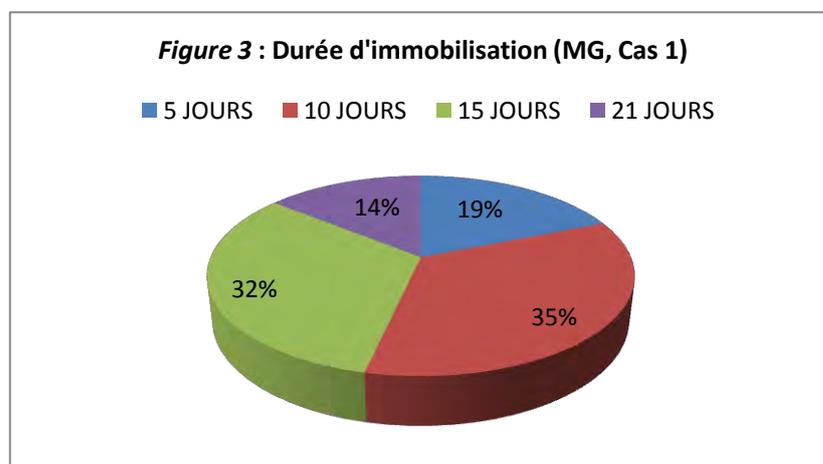
La *Figure 1* résume l'ensemble des réponses des MG interrogés concernant les différentes thérapeutiques médicamenteuses et non-médicamenteuses.



En termes d'immobilisation et de prescriptions associées (cannes anglaises), les réponses ont été variées et sont détaillées dans les *Figures 2 et 3*.



L'immobilisation majoritairement prescrite dans cette situation est l'attelle amovible type AIRCAST® (89%, n=113), plus ou moins associée à une prescription de cannes anglaises (16%, n=20). L'immobilisation par strapping n'est choisie que par 17% des médecins.

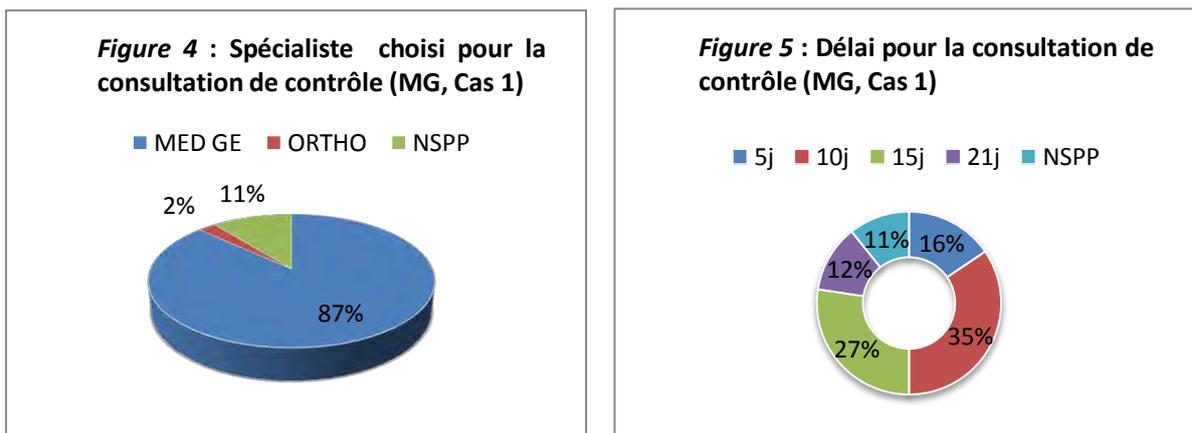


Quatre-vingt-cinq médecins (67%) choisissent d'immobiliser leur patient pour une durée comprise entre 10 et 15 jours.

Cent trente-six médecins (96%) ne trouvent pas que cette situation clinique justifie un transfert vers un SAU. Six (soit 4%) décident d'envoyer leur patient aux Urgences pour avoir une radiographie. Parmi eux, deux exercent en milieu rural, quatre exercent en milieu semi-rural et la durée moyenne d'accès à un centre d'imagerie pour ces six praticiens était de 13 minutes.

Quatre-vingt-quatre médecins (59%) programment une consultation de contrôle à distance, cinquante-huit (soit 41%) n'en prévoient pas.

Les résultats concernant le spécialiste choisi pour cette consultation de contrôle ainsi que son délai de réalisation sont résumés dans les *Figures 4 et 5*.



On constate que le spécialiste choisi pour la consultation de contrôle, face à cette situation d'entorse bénigne, est très majoritairement le MG lui-même (87%) et qu'elle est le plus souvent programmée à la fin de l'immobilisation, soit entre 10 et 15 jours (42%).

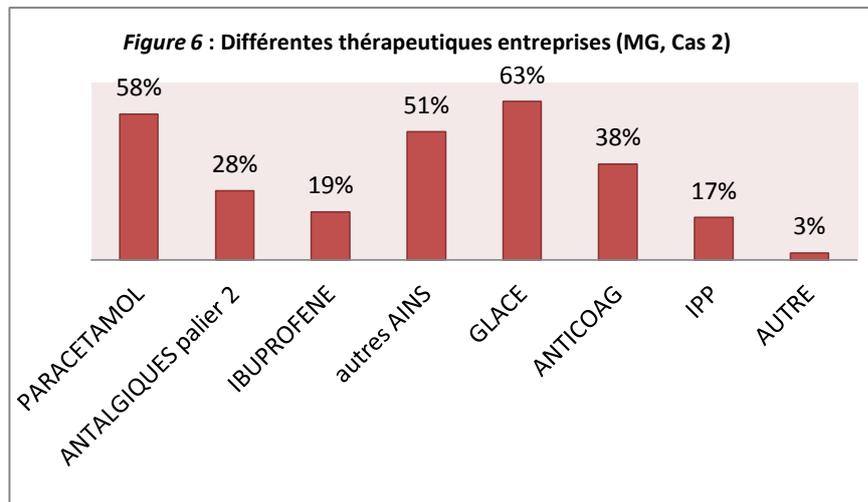
b) Cas clinique 2 : Entorse GRAVE

Les principaux résultats concernant le diagnostic, la connaissance des critères d'Ottawa, la réalisation de radiographies, la prescription de kinésithérapie, la demande d'un avis spécialisé et la prescription d'un arrêt de travail sont résumés dans le *Tableau 2* ci-dessus.

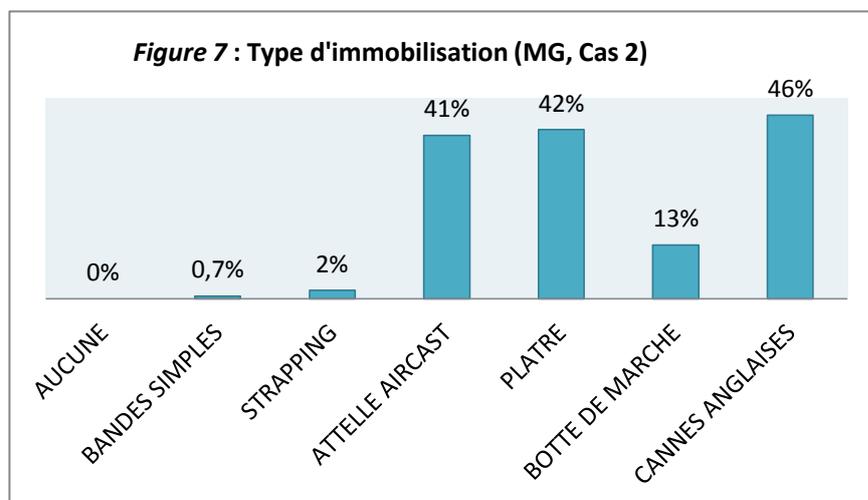
Les médecins interrogés ont le bon diagnostic dans 98% des cas d'entorses graves.

Plus de 50% d'entre-eux ne connaissent pas les critères d'Ottawa mais 97% ont la bonne attitude et réalisent un bilan d'imagerie.

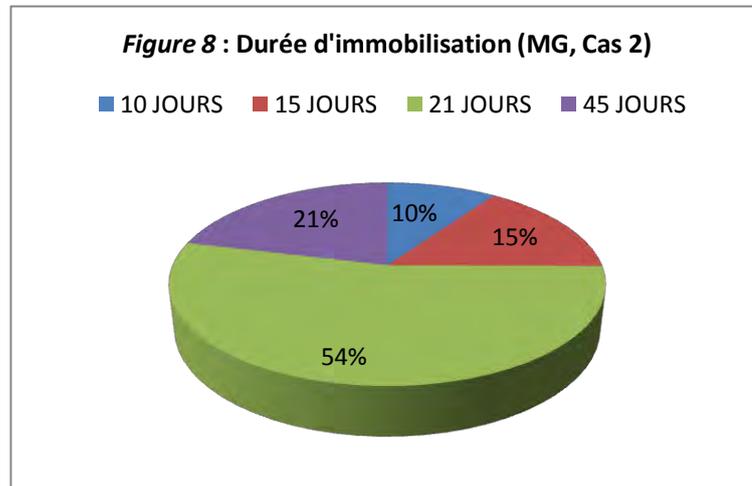
Concernant les différentes thérapeutiques médicamenteuses et non-médicamenteuses, la *Figure 6* résume l'ensemble des réponses des MG interrogés.



En termes d'immobilisation et de prescriptions associées (cannes anglaises), les réponses sont reprises en détail dans les *Figures 7 et 8*.



Le choix de l'immobilisation est moins tranché que pour l'entorse bénigne puisque cinquante-huit praticiens (41%) choisissent l'attelle amovible alors que soixante (42%) choisissent l'immobilisation plâtrée.



La durée d'immobilisation choisie est plus longue, puisqu'estimée nécessaire au moins jusqu'à 21 jours par quatre-vingt-douze médecins (75%).

Cent médecins (70%) décident d'envoyer ce patient aux Urgences :

- 81% pour réaliser des examens radiographiques,
- 33% pour la réalisation de l'immobilisation,
- 22% pour l'obtention d'un avis spécialisé, auprès d'un orthopédiste par exemple.

Quarante-deux généralistes (30%) ne jugent pas qu'un passage aux Urgences soit nécessaire. Vingt-cinq d'entre-eux (60%) choisissent l'immobilisation par attelle amovible, treize autres (31%) réalisent une immobilisation plâtrée et les quatre derniers (9%) préfèrent la botte de marche.

Cent trente-six praticiens (96%) prévoient une consultation de contrôle à distance de l'accident traumatique alors que six d'entre eux (4%) ne l'estiment pas nécessaire.

Les résultats concernant le spécialiste choisi pour cette consultation de contrôle ainsi que son délai de réalisation sont résumés dans les *Figures 9 et 10*.

Figure 9 : Spécialiste choisi pour la consultation de contrôle (MG, Cas 2)

■ MED GE ■ ORTHO ■ RHUMATO

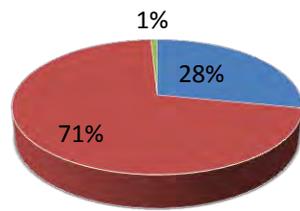
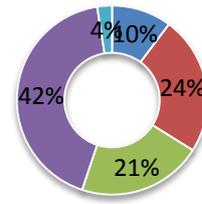


Figure 10 : Délai pour la consultation de contrôle (MG, Cas 2)

■ 5j ■ 10j ■ 15j ■ 21j ■ autre



On constate que le spécialiste de choix est l'orthopédiste pour 71% des MG qui suggèrent également un délai plus long pour cette consultation : 42% la réalisent à 21 jours.

3- Résultats des Médecins Urgentistes :

a) Cas clinique 1 : Entorse BENIGNE

Les principaux résultats concernant le diagnostic, la connaissance des critères d'Ottawa, la réalisation de radiographies, la prescription de kinésithérapie, la demande d'un avis spécialisé et la prescription d'un arrêt de travail sont résumés dans le *Tableau 3*.

Tableau 3 : Principales réponses des Médecins Urgentistes

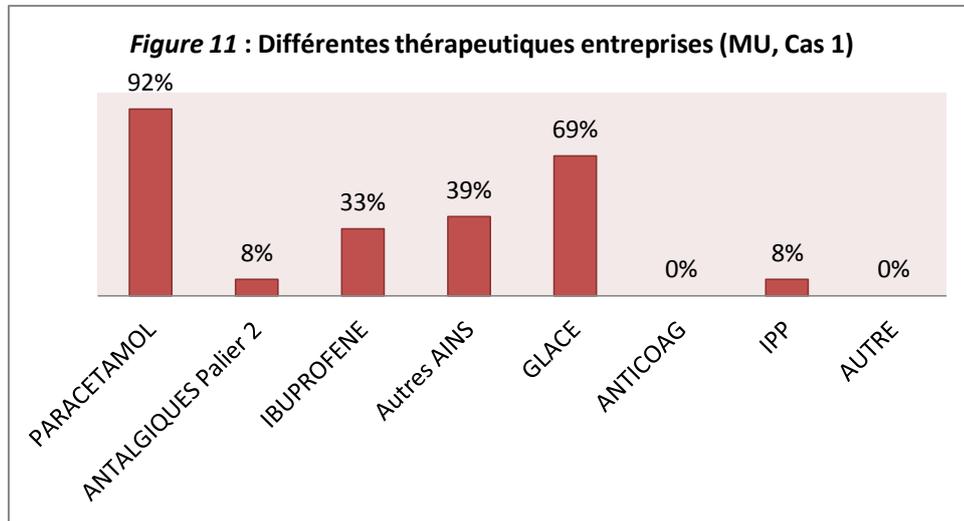
	Cas clinique Entorse BENIGNE	Cas clinique Entorse GRAVE
Diagnostic :	N = 35	N=36
Bon	34 (97%)	35 (97%)
Mauvais	1 (3%)	1 (3%)
Critères d'Ottawa :	N=36	N=36
Appliqués	25 (69%)	26 (72%)
Non appliqués	11 (31%)	10 (28%)
Non connus	0 (0%)	0 (0%)
Radiographies :	N=36	N=36
Oui	21 (58%)	36 (100%)
Non	15 (42%)	0 (0%)
Kinésithérapie :	N=35	N=35
Aucune	13 (37%)	2 (6%)
Précoce	11 (31%)	7 (20%)
A l'arrêt de l'immobilisation	9 (26%)	20 (57%)
A distance	2 (6%)	6 (17%)
Demande d'avis spécialisé :	N=36	N=36
Oui	2 (5%)	21 (74%)
Non	34 (95%)	15 (26%)
<i>Si oui, avec :</i>		
Orthopédiste	2 (100%)	21 (100%)
Rhumatologue	0 (0%)	0 (0%)
Autre	0 (0%)	0 (0%)
Arrêt de travail :	N=36	N=36
Oui	31 (86%)	36 (100%)
Non	5 (14%)	0 (0%)

Les MU ont le bon diagnostic dans 97% des cas.

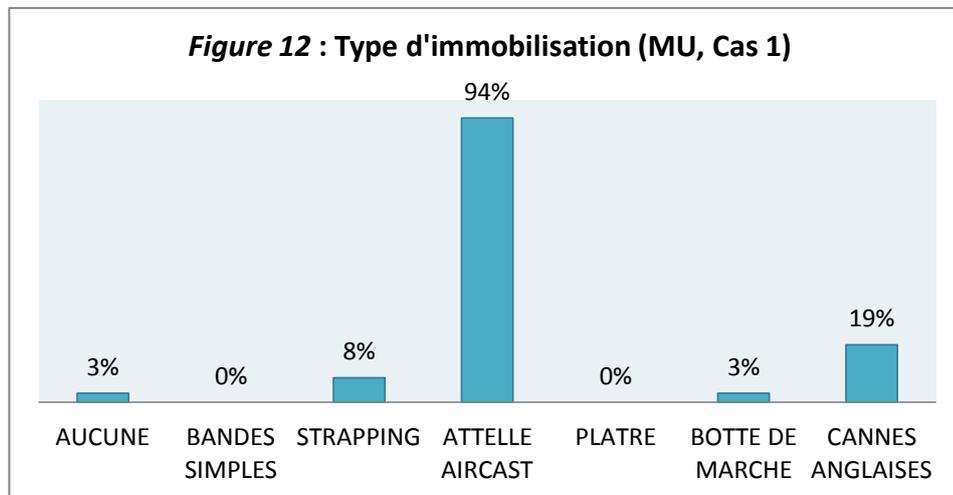
Ils connaissent tous les critères d'Ottawa mais vingt-cinq d'entre-eux ne les appliquent pas au quotidien (soit 70%).

Treize (37%) ne jugent pas utile de prescrire de la kinésithérapie face à une situation d'entorse bénigne.

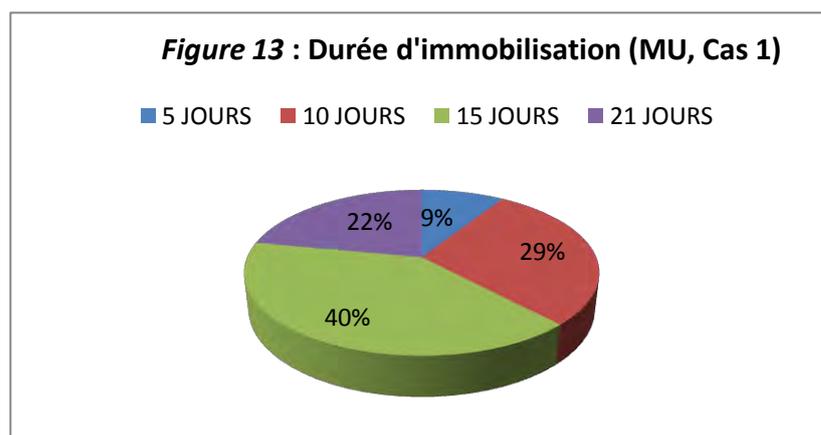
La *Figure 11* résume l'ensemble des réponses des MU interrogés concernant les différentes thérapeutiques médicamenteuses et non-médicamenteuses.



En termes d'immobilisation et de prescriptions associées (cannes anglaises), les réponses des MU pour le cas de l'entorse bénigne, sont détaillées dans les *Figures 12 et 13*.



Tout comme pour les MG, face à cette situation, l'immobilisation choisie par les MU est très majoritairement l'attelle amovible type AIRCAST[®] avec 94% des réponses dans ce sens (soit trente-quatre praticiens).

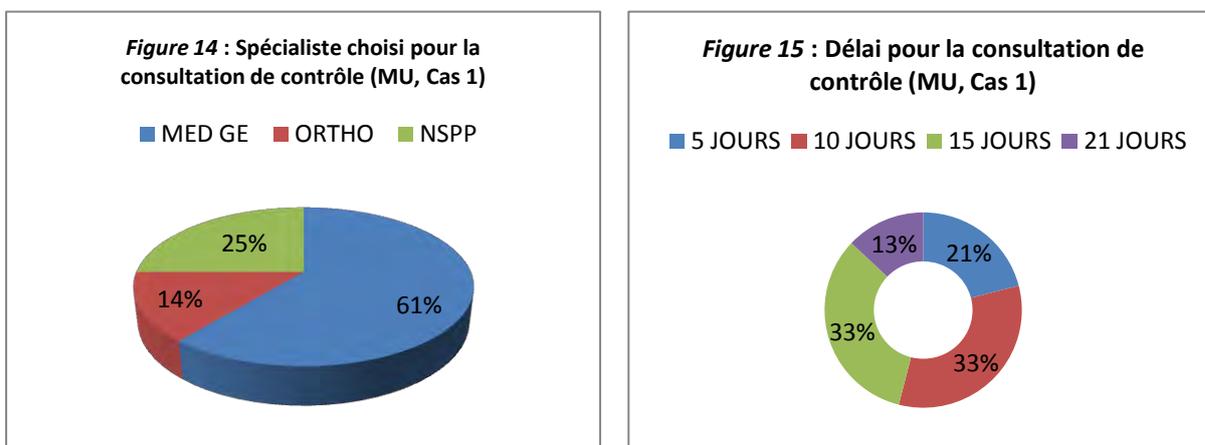


Dix MU (29%) choisissent une durée d'immobilisation de 10 jours alors que 14 d'entre-eux (40%) préfèrent une immobilisation de 15 jours.

Face à cette situation clinique d'entorse bénigne, dix-huit MU (50%) trouvent que le passage au SAU est justifié alors que dix-huit autres (50%) ne trouvent pas qu'un passage aux Urgences soit nécessaire et pensent que la situation aurait donc pu être gérée en ambulatoire.

Vingt-sept MU (soit 75%) programment une consultation de contrôle à distance, neuf (soit 25%) n'en prévoient pas.

Les résultats concernant le spécialiste choisi pour cette consultation de contrôle ainsi que son délai de réalisation sont résumés dans les *Figures 14 et 15*.

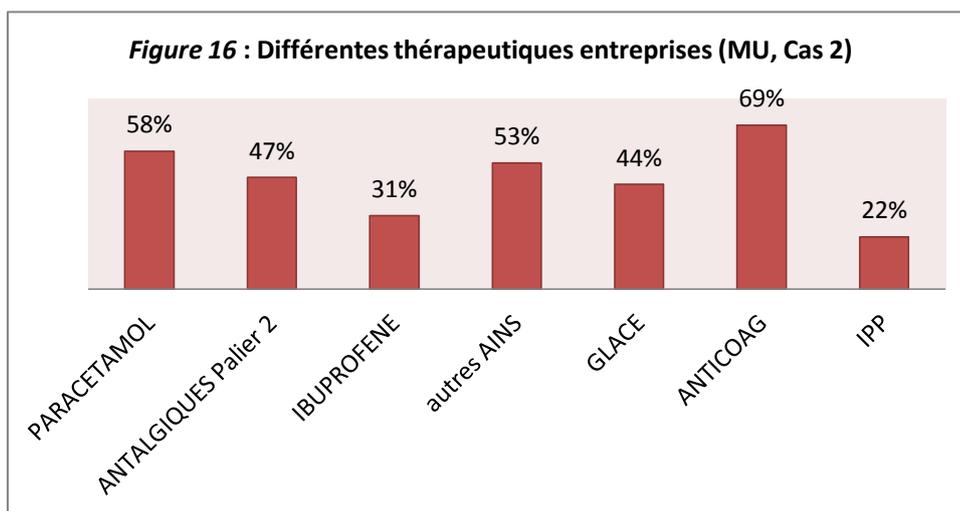


Le MG est choisi par 61% des MU pour réaliser cette consultation de contrôle dans un délai compris entre 10 et 15 jours (66%).

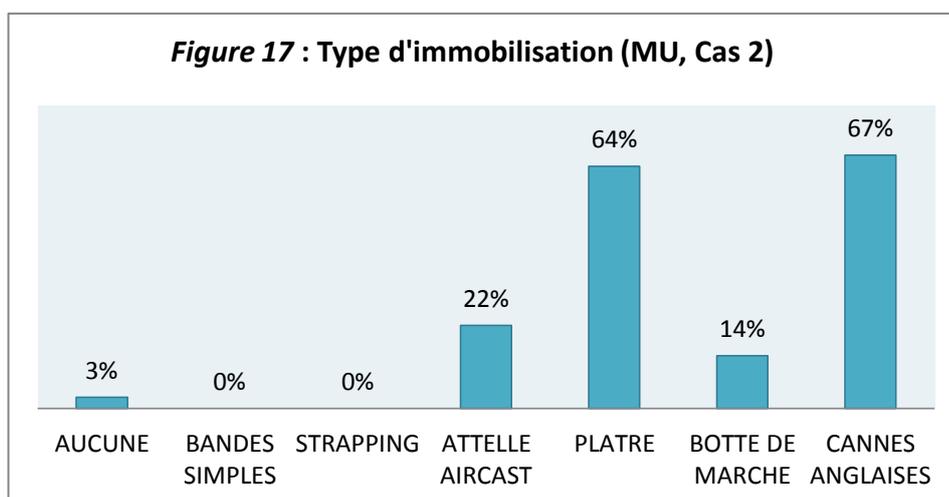
b) Cas clinique 2 : Entorse GRAVE

Les principaux résultats concernant le diagnostic, la connaissance des critères d'Ottawa, la réalisation de radiographie, la prescription de kinésithérapie, la demande d'un avis spécialisé et la prescription d'un arrêt de travail, sont résumés dans le *Tableau 3* ci-dessus.

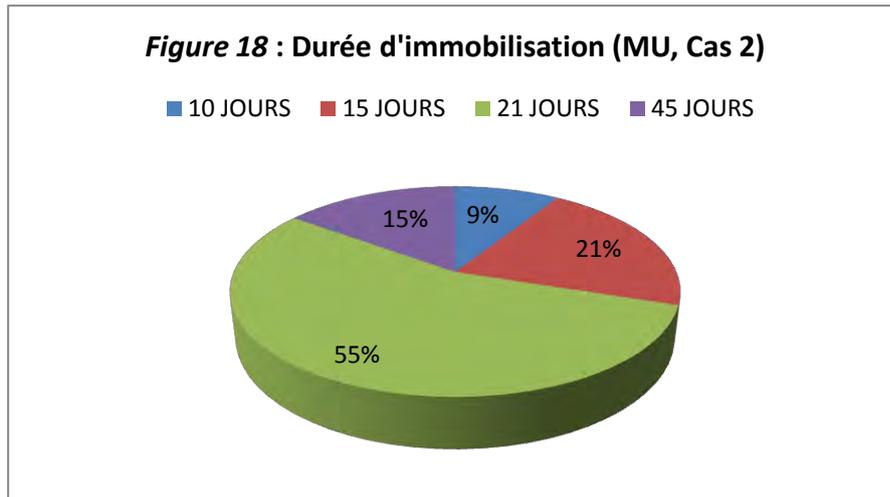
Concernant les différentes thérapeutiques médicamenteuses et non-médicamenteuses, la *Figure 16* reprend l'ensemble des réponses des MU interrogés.



En ce qui concerne l'immobilisation et les prescriptions associées face à cette situation d'entorse grave, les réponses des MU sont reprises en détail dans les *Figures 17 et 18*.



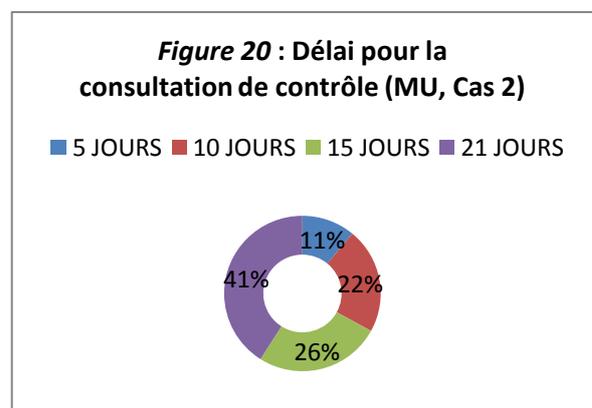
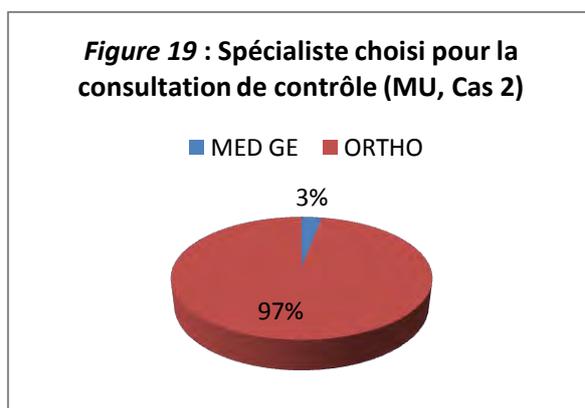
Pour 64% des MU l'immobilisation de choix en cas d'entorse grave reste le plâtre pour une durée au moins supérieure à 21 jours (70%).



Trente-cinq praticiens (97%) trouvent le passage aux Urgences justifié contre un (3%) qui pense que cette situation aurait pu être gérée en ambulatoire.

Trente-quatre MU (94%) prévoient une consultation de contrôle à distance de l'accident traumatique alors que deux d'entre eux (6%) ne l'estiment pas nécessaire.

Les résultats concernant le spécialiste choisi pour cette consultation ainsi que son délai de réalisation sont résumés dans les *Figures 19 et 20*.



Trente-trois praticiens (97%) choisissent l'Orthopédiste pour réaliser la consultation de contrôle, plutôt à 21 jours (41%).

DISCUSSION :

1- Intérêts de l'étude :

a) La seule étude sur Midi-Pyrénées s'intéressant à la fois aux Médecins Généralistes et aux Médecins Urgentistes :

Il existe peu d'études, en Midi-Pyrénées, s'étant intéressées aux connaissances des MG concernant la prise en charge des entorses de cheville. En effet, le plus souvent il s'agit d'études abordant l'entorse de cheville dans les SAU.

A notre connaissance, il n'existe aucune étude en Midi-Pyrénées s'étant intéressée aux pratiques des MG et des MU alors qu'il s'agit pourtant de deux spécialités complémentaires travaillant conjointement, notamment pour cette pathologie, à partir des mêmes bases de connaissances. Ceci s'intègre parfaitement dans l'optimisation de l'articulation ville-hôpital et des réseaux de soins.

La seule étude récente traitant des connaissances des MG en termes d'entorse de cheville, est un travail de thèse datant de 2009, qui s'intéressait plus particulièrement à la connaissance et à l'application des critères d'Ottawa dans l'entorse de cheville chez les MG de Midi-Pyrénées (2). Les résultats de cette étude seront détaillés un peu plus loin dans la discussion.

b) Des taux de réponses importants :

Cette étude enregistre un taux de réponse relativement important, notamment de la part des MG. En effet, d'ordinaire, les études par questionnaires réalisées auprès de MG obtiennent difficilement plus de 20 à 30% de réponses.

Ce fort taux de réponse à plus de 64% (soit 142 MG sur 222) s'explique très certainement par le premier appel de sensibilisation effectué avant d'envoyer les questionnaires/cas cliniques mais également par la relance téléphonique effectuée quinze jours avant la date limite de retour.

Le taux de réponse a aussi été important dans la population de MU puisqu'il représente 88% (soit 36 MU sur 41).

Ces taux de réponses très satisfaisants permettent d'améliorer la pertinence des résultats obtenus puisque les deux populations de spécialistes sont « relativement » représentatives de la population globale de MG et de MU aveyronnais.

2- Principaux résultats :

a) Chez les Médecins Généralistes :

➤ *Diagnostic positif d'entorse :*

Concernant le diagnostic positif d'entorse de cheville, on s'aperçoit que les MG parviennent quasiment systématiquement au bon diagnostic, quelle que soit la situation clinique proposée. L'examen clinique de la cheville et ses particularités ne semblent donc pas être un problème pour ces praticiens, très certainement parce qu'il fait l'objet d'articles très réguliers dans les différentes revues médicales comme la revue Prescrire en 2004 (18) ou plus récemment La Revue du Praticien en Février 2014 (19).

➤ *Critères d'Ottawa et radiographies :*

Dans notre étude, plus de 50% des MG répondants affirment ne pas connaître les critères d'Ottawa. Ce pourcentage est très proche de celui obtenu lors du travail de thèse datant de 2009 et précédemment cité, dans lequel 49.2% des MG de Midi-Pyrénées avouent ne pas connaître ces critères (2).

Il s'agit pourtant de critères simples, fiables, reproductibles et faciles à retenir. Ils sont, de plus, parfaitement reconnus par la société médicale (20-21).

Il paraît donc important de sensibiliser les MG aveyronnais à ces critères, ce qui pourrait parfaitement s'intégrer dans le parcours du Développement Professionnel Continu (DPC), désormais obligatoire.

Toutefois, il est nécessaire de préciser, que malgré la méconnaissance de ces critères, les MG aveyronnais ont souvent la bonne attitude concernant la réalisation ou non de radiographies. En effet, 75% d'entre eux ne réalisent pas d'exams complémentaires en cas d'entorse bénigne et 97% réalisent des radiographies dans le cas d'une entorse grave.

Cela confirme donc que la connaissance et l'utilisation des critères d'Ottawa ne doit pas occulter le bon sens clinique du praticien. En effet, une étude brésilienne récente (22) confirme la très bonne sensibilité de ces critères mais également leur moins bonne

spécificité. Au contraire, le sens clinique aiguisé d'un chirurgien orthopédique permet une grande spécificité mais une faible sensibilité dans l'évaluation de la nécessité de réaliser une radiographie face à une entorse de cheville.

Enfin, il est important de rappeler, que si un examen radiographique est réalisé, il doit comprendre une radiographie de profil, de face stricte et de face en rotation interne de 20°, plus ou moins une radiographie du pied en fonction de l'examen clinique et du siège douloureux (19).

➤ *L'envoi aux Urgences :*

L'envoi au SAU par les MG est loin d'être systématique et semble majoritairement bien adapté aux deux situations cliniques proposées. Ils ne sont donc pas « responsables » de l'engorgement des SAU dont on les accuse trop souvent à tort puisqu'ils préconisent un passage aux Urgences seulement lorsqu'une radiographie et une immobilisation plâtrée leurs paraissent nécessaires.

Malgré cette attitude tout à fait adaptée, 2/3 des patients consultent d'eux-mêmes directement aux SAU pour des entorses qui pourraient être gérées en ville par le MG (2) (d'autant plus vrai en milieu urbain). C'est donc une sensibilisation de la population générale plus que des MG, qui semble nécessaire sur ce point.

➤ *Le traitement médicamenteux :*

Le traitement médicamenteux et l'application du protocole GREC (Glace, Repos, élévation et Contention) est bien appliqué par les médecins interrogés à l'exception de l'élévation du membre traumatisé qui n'est pas systématiquement conseillée mais c'est un item qui n'était pas proposé dans le questionnaire et qui aurait peut être dû l'être.

L'utilisation des AINS et de l'Ibuprofène est très largement répandue dans la pratique quotidienne des MG mais il semblerait également que cet item soit modifié prochainement. En effet, certaines études récentes tendent à démontrer que les AINS pourraient retarder la cicatrisation des ligaments dans des pathologies comme les entorses (23). Leur utilisation dans ce genre de pathologie pourrait donc devenir caduque d'ici peu.

De plus, certains MG continuent de prescrire, de façon systématique, un traitement Inhibiteur de la Pompe à Protons (IPP) en association aux AINS sans suivre les recommandations faites par les différentes autorités scientifiques à ce sujet (*Annexe 7*). Un rappel via les séances de DPC semble donc s'imposer.

Pour finir, la prescription d'une anti coagulation préventive ne semble pas être correctement maîtrisée. L'indication est pourtant claire et concerne l'ensemble des individus atteints d'une entorse bénigne ne pouvant pas poser le pied et la totalité des patients bénéficiant d'une immobilisation plâtrée. La SFMU avait d'ailleurs réalisé en 2012, un rappel très complet concernant la prévention de la maladie veineuse thromboembolique en cas de traumatologie des membres inférieurs (24).

➤ *Immobilisation :*

En ce qui concerne l'immobilisation, les MG semblent bien appliquer le principe selon lequel un traitement fonctionnel est à privilégier sur les entorses bénignes, avec une immobilisation entre 15 et 21 jours (4). Pour les entorses graves, en revanche, bien que plus de 40% choisissent l'immobilisation plâtrée, 40% utilisent également, à tort l'immobilisation par attelle amovible (non-indiquée voire contre-indiquée s'il existe un arrachement osseux). Il serait intéressant de savoir si ces praticiens choisissent l'attelle à défaut de pouvoir réaliser les plâtres dans leurs cabinets ou vraiment par conviction médicale personnelle. Les données de cette étude ne permettent pas de répondre à cette question.

Rappelons que la SFMU (4) recommande une immobilisation prolongée en cas d'entorse grave (entre 3 et 6 semaines) en débutant par une botte plâtrée ou une attelle plâtrée postérieure.

A noter que la botte de marche qui faisait partie des réponses possibles à la question « type d'immobilisation », ne fait pas encore partie des recommandations françaises pour l'immobilisation des entorses de cheville graves. Elle est cependant recommandée par la Société Canadienne d'Orthopédie dans cette indication (25) et il est donc possible que son utilisation en France dans l'entorse de cheville évolue dans les prochaines années.

En ce qui concerne la prescription de cannes anglaises, il n'existe pas de consensus sur le sujet : elle est bien sûr indispensable en cas d'immobilisation plâtrée mais pour les entorses bénignes immobilisées par attelle amovible, les choses restent floues. Le bon sens clinique voudrait qu'elles ne soient pas prescrites en cas d'entorse bénigne puisque les attelles type AIRCAST® sont, de principe, prévues pour la marche et l'appui. Mais il arrive parfois que dans les premiers jours qui suivent le traumatisme, l'appui sans aide soit impossible car très douloureux. On tolère donc, dans cette situation uniquement, la prescription de cannes anglaises afin d'aider l'appui mais pas de s'y substituer. Il est donc important de

sensibiliser les différents praticiens qui auraient tendance à les prescrire de façon trop systématique en cas d'entorse bénigne, participant ainsi à une surconsommation de soins et de complications liées à la prescription adjuvante d'une anti coagulation préventive.

➤ *La kinésithérapie :*

La kinésithérapie est clairement sous-prescrite, quelle que soit la gravité de l'entorse mais plus particulièrement dans le cas de l'entorse bénigne ou près de 40% des médecins ne prescrivent aucune séance de kinésithérapie.

Il est important de rappeler que la kinésithérapie est primordiale dans la prise en charge des entorses de cheville et qu'elle doit être prescrite de façon systématique, le plus précocement possible s'il s'agit d'une entorse bénigne, et à l'arrêt de l'immobilisation lors des entorses graves. Une sensibilisation des MG à ce genre de prescription est donc à envisager en Aveyron mais il serait également intéressant de savoir pourquoi il existe une telle sous-prescription. S'agit-il d'une méconnaissance de l'indication ? Est-ce lié au milieu plutôt rural de l'étude où la consommation de kinésithérapie (et donc sa prescription) est moins importante que dans d'autres départements plus urbains ? Dans cette étude, 70% des MG non prescripteurs de kinésithérapie exercent en milieu rural ou semi-rural. L'hypothèse de la moindre consommation de kinésithérapie en milieu rural semble donc être une piste intéressante. Il pourrait s'agir de pistes à explorer pour d'autres études à venir.

Rappelons enfin que ces séances de kinésithérapie ont pour but de lutter contre les déficiences en visant à restaurer les qualités de force musculaire péri-articulaire de la cheville, récupérer les amplitudes articulaires et les qualités d'équilibre grâce au travail proprioceptif (26).

➤ *L'arrêt de travail :*

L'arrêt de travail est très largement prescrit, à juste titre dans ces deux situations cliniques, mais il est responsable, en partie, du coût socio-économique élevé que représentent les entorses de cheville.

La mobilisation précoce permettant une reprise d'activité rapide est donc à privilégier afin de raccourcir au maximum la durée de l'arrêt de travail et réduire ainsi les coûts engendrés. Bien évidemment, il est important d'adapter la durée de l'arrêt de travail à la profession du patient, plus ou moins compatible avec le type d'immobilisation choisi.

➤ *La consultation de contrôle :*

Le dernier point très fortement sous-estimé par les praticiens aveyronnais est la nécessité absolue de réexaminer les patients dans les 5 jours suivant l'épisode traumatique, comme le recommande la SFMU (4).

En effet, cette consultation de contrôle systématique permet d'éviter de méconnaître une fracture du pied ou de la cheville. Seul ce réexamen dans la semaine suivant le traumatisme permet d'apprécier la sévérité effective des lésions anatomiques et ainsi réajuster le choix thérapeutique initial (27-28). Cette consultation peut être réalisée par le MG en cas d'entorse bénigne mais nécessite un avis spécialisé auprès d'un Orthopédiste en cas d'entorse grave. Elle doit être précoce en cas d'entorse bénigne (5 jours) et peut être plus « tardive » (10 jours) en cas d'entorse grave.

Trop souvent, les MG laissent repartir leurs patients avec leur prescription d'attelle amovible pour une durée d'immobilisation variable et ne les revoient qu'à la fin de cette immobilisation voire pas du tout si le patient ne constate aucun problème particulier. Il est donc primordial de sensibiliser les MG à la nécessité absolue de cette consultation de contrôle mais aussi à son délai de réalisation (variable en fonction de la gravité de l'entorse).

b) *Chez les Médecins Urgentistes :*

➤ *Le diagnostic positif d'entorse :*

Tout comme pour les MG, le diagnostic positif d'entorse de cheville et son degré de gravité semblent être maîtrisés par les MU puisque, pour les deux cas cliniques, le taux de bon diagnostic est de 97%.

➤ *Critères d'Ottawa et radiographies :*

Cent pour cent des MU affirment connaître les critères d'Ottawa et pourtant seulement 70% d'entre eux disent les appliquer. Une telle différence s'explique probablement par le problème médico-légal omniprésent aux Urgences.

En effet, beaucoup de MU affirment ne pas respecter les critères d'Ottawa par crainte de méconnaître une lésion osseuse sous-jacente par absence de réalisation d'une radiographie, même si ces critères confirmaient la non nécessité d'examen complémentaire. Ceci se

vérifie dans cette étude où 58% des MU décident de réaliser des radiographies dans le cas clinique d'entorse bénigne alors que cela ne se justifie pas.

Il serait intéressant de savoir si c'est cette raison précise qui explique nos résultats ou simplement un accès facile voire un peu trop systématique, aux examens radiographiques dans les SAU face aux différents problèmes traumatologiques rencontrés. Dans cette étude, contrairement à ce qu'on pourrait penser initialement, 100% des examens radiographiques prescrits l'étaient par le MU alors que dans certains CH, cette prescription de radiographies est parfois déléguée à l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO). Cette délégation pourrait, dans ces CH, être à l'origine d'une surprescription d'examens complémentaires.

Enfin, il paraît nécessaire de resensibiliser les MU au respect strict de ces critères afin de limiter au maximum les coûts générés par cette surprescription de radiographies non justifiées.

➤ *Passage aux Urgences justifié :*

L'ensemble des MU interrogés s'accordent à dire que le passage au SAU est tout à fait justifié dans le cas de l'entorse grave.

En revanche, contrairement à ce que l'on aurait pu penser, 50% d'entre-eux trouvent également le passage aux Urgences justifié dans le cas de l'entorse bénigne.

Cela signifie donc qu'ils sont parfaitement prêts à travailler de façon conjointe avec les MG sur ce genre de pathologie, même bénigne, ce qui est en faveur d'une bonne articulation ville-hôpital.

➤ *Le traitement médicamenteux :*

Le protocole GREC évoqué plus haut pour les MG est également parfaitement connu des MU qui l'appliquent à bon escient.

Le recours aux AINS n'est pas systématique pour les MU mais il est plus fréquent en cas d'entorse grave.

La prescription d'anti coagulation est tout à fait adaptée au type d'immobilisation choisie.

En revanche, certains MU ont tendance à prescrire de façon inappropriée des IPP de manière systématiquement associée à leur prescription d'AINS. Un rappel des règles de prescription associée AINS/IPP semble donc nécessaire (*Annexe 7*).

➤ *L'immobilisation :*

Les MU semblent avoir une vision assez dichotomique pour cette pathologie avec une immobilisation par attelle amovible lors d'une entorse bénigne et une immobilisation plâtrée (botte ou attelle postérieure) lors d'une entorse grave.

Ils sont donc en accord avec les recommandations de la SFMU (4) qui préconisent exactement ces deux attitudes mais qui devraient pourtant être amenées à évoluer devant l'arrivée de nouvelles méthodes d'immobilisation intermédiaires comme les bottes de marche par exemple.

La durée d'immobilisation est quant à elle sous-estimée ce qui peut être à l'origine d'une mauvaise cicatrisation ligamentaire et donc de complications ou récidives. Il serait donc important de rappeler ces durées d'immobilisation aux MU aveyronnais.

➤ *La kinésithérapie :*

Trente sept pour cent des MU ne jugent pas nécessaire de prescrire de la kinésithérapie pour les entorses bénignes alors qu'elle est pourtant indispensable et qu'elle doit être la plus précoce possible pour être le plus bénéfique possible.

Il paraît donc important de sensibiliser les MU aveyronnais à ce sujet afin que chaque patient victime d'une entorse bénigne de cheville, ressorte systématiquement du SAU avec une ordonnance de kinésithérapie au même titre que son ordonnance d'antalgiques. Ceci d'autant plus qu'il existe fréquemment des ordonnances ou « conseils de sortie » adaptées aux pathologies fréquentes et donc aux entorses de cheville.

Il faut lutter contre l'idée reçue qui laisse penser que c'est la gravité de l'entorse qui justifie ou non la kinésithérapie et un travail de fond doit être envisagé dans chacun des SAU aveyronnais afin d'informatiser et d'uniformiser cette prescription.

➤ *L'arrêt de travail :*

Tout comme pour les MG, l'arrêt de travail semble une évidence pour les MU et ceci pour les deux situations cliniques proposées, avec toutefois, une prescription moins systématique dans le cas de l'entorse bénigne.

Il s'agit donc là d'une question probablement non pertinente de notre questionnaire puisque les réponses sont les mêmes quelle que soit la situation clinique mais elle a le mérite de confirmer que l'arrêt de travail est très largement prescrit dans les entorses de

cheville (quelqu'en soit la gravité), ce qui participe à l'impact socio-économique non négligeable de cette pathologie.

En effet, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) a recensé 125 074 accidents de travail ayant entraîné 7 922 815 jours d'arrêts de travail en rapport avec une entorse de cheville, qu'elle soit bénigne ou grave (29).

➤ *La consultation de contrôle :*

Dans le cas d'une entorse grave, la consultation de contrôle est quasiment systématique pour les MU.

En revanche, seuls 75% la trouvent justifiée dans le cas d'une entorse bénigne alors que les recommandations de la SFMU la jugent absolument indispensable. Une sensibilisation à ce sujet est donc nécessaire.

De plus, lorsqu'elles sont programmées, ces consultations de contrôle sont souvent prévues trop tardivement. Il faut donc rappeler que le délai de cette consultation doit être le plus précoce possible et adapté à la gravité de l'entorse afin de pouvoir modifier au plus tôt la prise en charge si besoin et adapter ainsi les thérapeutiques.

3- Discussions croisées :

En résumé, cette étude a permis de mettre en évidence un certain nombre de différences et de points à améliorer dans les attitudes des deux populations de spécialistes face à ces situations d'entorses de cheville :

- Concernant les critères d'Ottawa et la réalisation d'examens radiographiques, deux attitudes s'opposent. D'un côté, les MG ne connaissent pas tous ces critères mais ils prescrivent pourtant à bon escient les examens complémentaires. De l'autre, il y a les MU qui connaissent tous les critères d'Ottawa mais qui avouent ne pas toujours les appliquer. Le bon sens clinique qui permet aux MG d'avoir la bonne attitude semble donc contraster avec la pression médico-légale que subissent les MU.
- Concernant la prescription de kinésithérapie, une sensibilisation des deux spécialités semble nécessaire afin de la rendre aussi systématique que la prescription d'antalgiques.

- Il en est de même pour les durées d'immobilisation trop souvent sous-estimées par les deux praticiens.
- La consultation de contrôle doit également être systématique et doit s'articuler au mieux entre les deux spécialités avec un renvoi rapide au MG pour réévaluation en cas d'entorse bénigne, et un renvoi plus tardif vers les spécialistes (tels que les Orthopédistes) pour les entorses graves. Ceci contribue à la formation d'un véritable réseau ville-hôpital où les différents spécialistes travaillent de façon conjointe et confraternelle. De plus, cette consultation permet d'adapter au mieux les thérapeutiques entreprises en fonction de l'évolution du patient ainsi que la durée éventuelle de l'arrêt de travail, ce qui contribue à limiter l'impact socio-économique de cette pathologie.
- L'entorse de cheville reste une pathologie de routine qui ne trouve pourtant pas de prise en charge standardisée dans les cabinets de Médecine Générale ou dans les SAU. Une prise en charge protocolisée permettrait pourtant d'uniformiser les pratiques des différents spécialistes. Des protocoles de service semblent donc indispensables et de nouvelles recommandations pourraient aider à leur élaboration.

4- Limites de l'étude :

La principale limite de cette étude réside dans le fait que les recommandations de la SFMU de 1995 réactualisées en 2004 consistent en une Conférence de Consensus. Or, il est pertinemment vrai que les recommandations issues d'une Conférence de Consensus n'ont pas le même niveau de preuve scientifique que des recommandations de haut grade issues de la Haute Autorité de Santé par exemple.

Autrement dit, tout le raisonnement et les comparaisons de cette étude ne se basent pas sur des données ayant un fort niveau de preuve scientifique ce qui explique sans doute, que le bon sens clinique puisse permettre, dans certaines situations, de compenser la méconnaissance de ces recommandations.

Cependant, il s'agit là des seules recommandations officielles sur le sujet. Elles doivent donc, bien que très anciennes, servir de base à notre prise en charge quotidienne des entorses de cheville.

La seconde limite de cette étude réside dans le fait qu'il semble y avoir eu quelques problèmes de compréhension pour certaines questions, responsables d'un taux de réponses plus faibles pour ces items et donc d'une perte de puissance et de représentativité. Les cas cliniques ont pourtant été testés au préalable, par 5 MG et 5 MU non aveyronnais ainsi que par un Professeur d'Orthopédie. Le questionnaire avait été jugé tout à fait compréhensible. Ces problèmes de compréhension suggèrent donc que le questionnaire reste perfectible afin d'être compris de la même manière par tous les Médecins interrogés.

CONCLUSION :

L'entorse de cheville représente actuellement un motif fréquent et non urgent de consultation au cabinet de Médecine Générale et dans les SAU. Pourtant, les recommandations sont très anciennes et souvent oubliées par les différents professionnels de santé qui les prennent en charge.

Cette étude a permis de montrer qu'un certain nombre de progrès devaient être faits chez les MG et MU aveyronnais, notamment en termes de connaissance et d'application des critères d'Ottawa, d'immobilisation, de prescription de séances de kinésithérapie ou encore de consultation de contrôle, le tout afin d'être en accord avec les dernières recommandations.

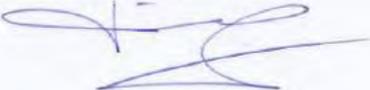
Il serait donc intéressant d'organiser une remise à niveau des connaissances des praticiens aveyronnais sur le sujet via le Développement Professionnel Continu. Il paraît nécessaire que ces formations soient communes aux MG et aux MU afin que les prises en charge soient uniformisées et permettent l'optimisation de l'articulation ville-hôpital et du bon fonctionnement des réseaux de soins.

Cette étude peut être un point de départ à cette remise à niveau en vue d'uniformiser les pratiques puisqu'il est prévu d'en envoyer les résultats à l'ensemble des MG et MU interrogés, avec, s'ils le souhaitent, un rappel simplifié des recommandations SFMU de 2004.

Enfin, il semble indispensable que la prise en charge des entorses de cheville dans les SAU soit protocolisée, de préférence en accord avec les Chirurgiens Orthopédistes et en respectant les différents points évoqués dans les recommandations de la SFMU. Pour mémoire, ce protocole est déjà en cours d'élaboration au SAU du CH Rodez.

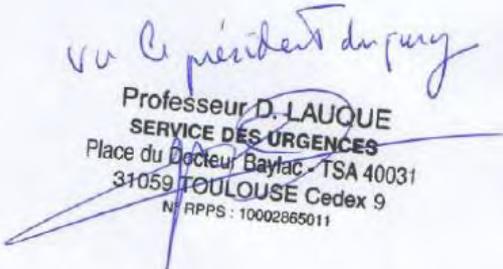
Toulouse le 25.08.14

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
J.P. VINEL



Vu le président du jury

Professeur D. LAUQUE
SERVICE DES URGENCES
Place du Docteur Baylac - TSA 40031
31059 TOULOUSE Cedex 9
N° RPPS : 10002865011



ANNEXE 1 : Rapport d'activité ORUMIP 2013 pour les entorses de cheville

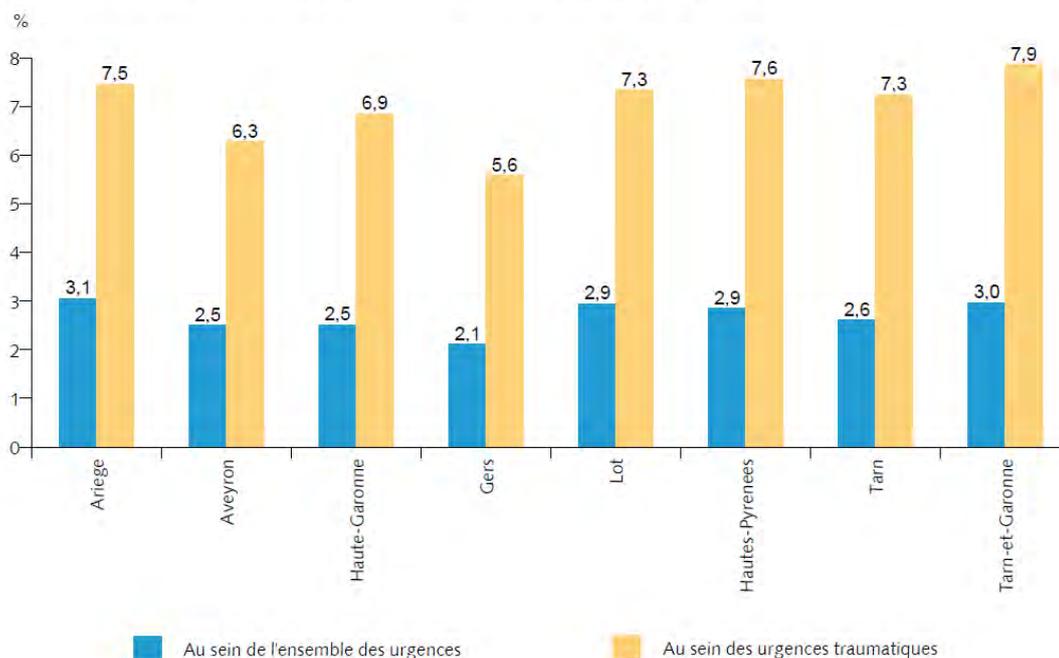
1. PRÉVALENCE DES ENTORSES DE CHEVILLE

Prévalence des entorses de cheville en 2013 en Midi-Pyrénées puis selon le département et le service d'urgences aveyronnais

Année 2013	Nombre total de passages	Exhaustivité du diagnostic principal	Nombre d'entorses de cheville	Prévalence des entorses de cheville au sein de l'ensemble des urgences	Prévalence des entorses de cheville au sein des urgences traumatiques
Midi-Pyrénées	732 739	86,5%	17 004	2,7%	7,1%
PAR DÉPARTEMENT					
Ariège	44 283	97,0%	1 312	3,1%	7,5%
Aveyron	77 050	54,1%	1 047	2,5%	6,3%
Haute-Garonne	272 831	88,1%	6 053	2,5%	6,9%
Gers	25 061	34,4%	183	2,1%	5,6%
Lot	49 167	98,7%	1 431	2,9%	7,3%
Hauts-Pyrénées	83 698	96,7%	2 311	2,9%	7,6%
Tarn	115 565	99,2%	2 998	2,6%	7,3%
Tarn-et-Garonne	65 084	86,2%	1 669	3,0%	7,9%
PAR ÉTABLISSEMENT					
CH de Rodez	27 729	37,0%	48	0,5%	1,0%
CH de Millau	16 166	100,0%	525	3,2%	8,5%
CH de Villefranche de Rgue	13 682	0,9%	11	-	-
CH de Decazeville	10 734	71,4%	241	3,1%	8,1%
CH de Saint-Affrique	8 739	85,3%	222	3,0%	7,6%

 Attention, en Aveyron, seulement un passage sur deux a un diagnostic principal renseigné. De ce fait, le nombre de passage pour entorse de la cheville dans ce département est largement sous-estimé. Il en est de même pour le département du Gers.

Prévalence des entorses de cheville en 2013 selon le département du service d'urgences



2. L'ARRIVÉE AUX URGENCES

2.1. Répartition mensuelle des passages

Répartition mensuelle des passages pour entorse de cheville

MOIS D'ADMISSION	Midi-Pyrénées		Aveyron	
	Nombre 2013	%	Nombre 2013	%
Janvier	1 251	7,2	105	9,8
Février	1 311	8,4	99	10,3
Mars	1 548	8,9	76	7,1
Avril	1 533	9,1	87	8,4
Mai	1 502	8,7	90	8,4
Juin	1 462	8,7	96	9,3
Juillet	1 336	7,7	83	7,8
Août	1 293	7,5	96	9,0
Septembre	1 586	9,4	88	8,5
Octobre	1 576	9,1	93	8,7
Novembre	1 374	8,2	72	7,0
Décembre	1 232	7,1	62	5,8
TOTAL	17 004	100,0	1 047	100,0

Répartition mensuelle des passages pour entorse de cheville



2.2. Répartition journalière des passages

Répartition journalière des passages pour entorse de cheville

JOUR D'ADMISSION	Midi-Pyrénées		Aveyron	
	Nombre 2013	%	Nombre 2013	%
Lundi	2 690	15,9	183	17,5
Mardi	2 190	12,7	111	10,4
Mercredi	2 156	12,7	147	14,1
Jeudi	2 332	13,7	149	14,3
Vendredi	2 337	13,8	165	15,8
Samedi	2 509	14,8	141	13,5
Dimanche	2 790	16,4	151	14,5
TOTAL	17 004	100,0	1 047	100,0

Répartition journalière des passages pour entorse de cheville

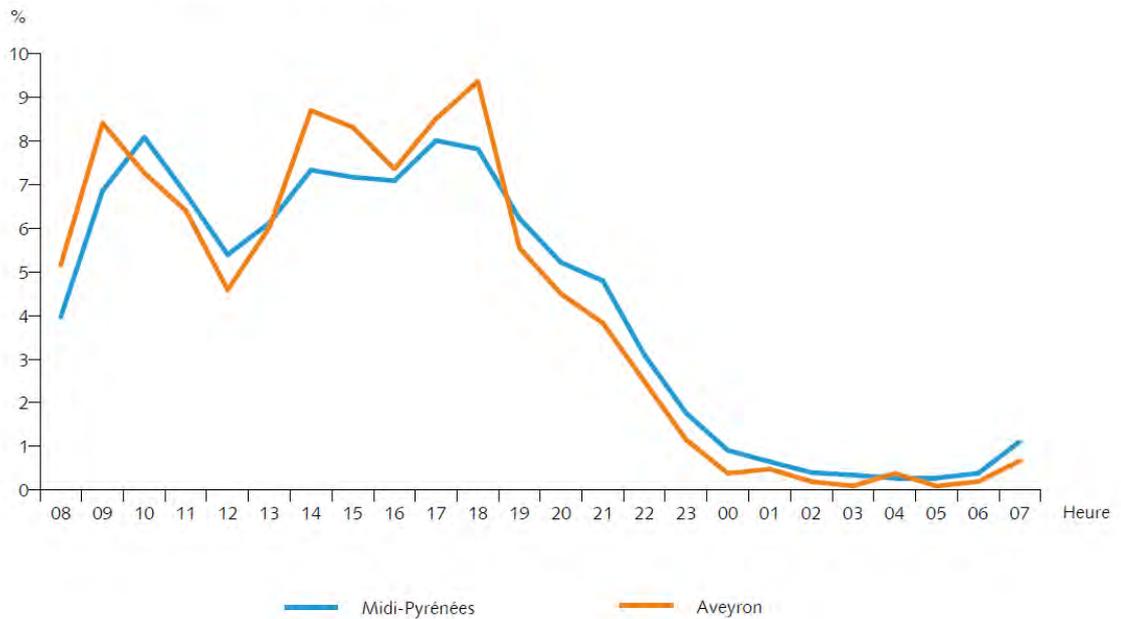


2.3. Répartition horaire des passages

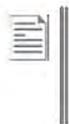
Répartition des passages pour entorse de cheville par tranche horaire

TRANCHE HORAIRE D'ADMISSION	Midi-Pyrénées		Aveyron	
	Nombre 2013	%	Nombre 2013	%
Matin [08h-12h[	4 368	25,7	285	27,2
Début d'après-midi [12h-16h[	4 421	26,0	289	27,6
Fin d'après-midi [16h-20h[	4 951	29,1	322	30,8
Soirée [20h-00h[	2 525	14,8	125	11,9
Nuit profonde [00h-08h[	739	4,3	26	2,5
TOTAL	17 004	100,0	1 047	100,0

Répartition horaire des passages pour entorse de cheville



3. LE MOTIF DE RECOURS



Sur les passages pour entorse de cheville, le motif de recours est manquant dans :

- 20,3% des cas en Midi-Pyrénées (3 450 valeurs)
- 10,4% des cas en Aveyron (109 valeurs)

Sont uniquement présentés dans le tableau suivant les répartitions selon les motifs de recours traumatiques avec une cause accidentelle identifiée.

Répartition des passages pour entorse de cheville selon le motif de recours traumatique identifié

MOTIF DE RECOURS TRAUMATIQUE IDENTIFIÉ	Midi-Pyrénées				Aveyron			
	% tout âge confondu	% chez les moins de 15 ans	% chez les 15-74 ans	% chez les 75 ans et plus	% tout âge confondu	% chez les moins de 15 ans	% chez les 15-74 ans	% chez les 75 ans et plus
Acc. de sport et loisirs	47,6	64,1	42,8	7,3	56,1	80,6	48,4	11,1
Acc. domestique	35,4	34,3	34,2	90,9	23,7	14,9	25,3	88,9
Acc. de travail	13,6	0,2	18,7	0,0	17,3	1,5	23,4	0,0
Acc. de la route	3,0	1,3	3,7	0,9	2,3	2,2	2,4	0,0
Agression	0,4	0,1	0,6	0,9	0,6	0,7	0,5	0,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

4. CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

Répartition des passages pour entorse de cheville selon l'âge

AGE	Midi-Pyrénées		Aveyron	
	Nombre 2013	%	Nombre 2013	%
Moins de 15 ans	3 955	23,3	278	26,6
15-74 ans	12 701	74,7	752	71,8
75 ans et plus	347	2,0	17	1,6
Age moyen	29,5 ans		29,7 ans	
TOTAL	17 003	100,0	1 047	100,0

Répartition des passages pour entorse de cheville selon le sexe

SEXE	Midi-Pyrénées		Aveyron	
	Nombre 2013	%	Nombre 2013	%
Femme	8 342	49,1	529	50,5
Homme	8 656	50,9	518	49,5
Sex-ratio	1,04		0,98	
TOTAL	16 998	100,0	1 047	100,0

5. GRAVITÉ : CCMU



Sur les passages pour entorse de cheville, la gravité est manquante dans :

- 2,8% des cas en Midi-Pyrénées (469 valeurs)
- 4,1% des cas en Aveyron (43 valeurs)

Répartition des passages pour entorse de cheville selon la gravité

CCMU	Midi-Pyrénées		Aveyron	
	Nombre 2013	%	Nombre 2013	%
1	1 584	9,6	91	9,1
2	14 829	89,7	910	90,6
3	116	0,7	1	0,1
4	1	0,0	0	0,0
5	1	0,0	0	0,0
D	0	0,0	0	0,0
P	4	0,0	2	0,2
TOTAL	16 535	100,0	1 004	100,0

6. DEVENIR



Sur les passages pour entorse de cheville, le devenir est manquant dans :

- 0,2% des cas en Midi-Pyrénées (29 valeurs)
- 0,5% des cas en Aveyron (5 valeurs)

Répartition des passages pour entorse de cheville selon le devenir

DEVENIR	Midi-Pyrénées		Aveyron	
	Nombre 2013	%	Nombre 2013	%
Retour au Domicile	16 911	99,6	1035	99,3
Hospitalisation	53	0,3	3	0,3
Transfert	9	0,1	3	0,3
Décès	2	0,0	1	0,1
TOTAL	16 975	100,0	1 042	100,0

ANNEXE 2 : Questionnaire envoyé aux Médecins Généralistes

1. A propos de vous :

- Sexe : Masculin Féminin Age : ans Année de la thèse :
- Milieu d'installation (1 seul choix) : Rural Semi rural Urbain
- Temps d'accès vers (Précisez) :
- Le Centre Hospitalier le plus proche : minutes
 - Le Cabinet d'imagerie privé le plus proche : minutes
- Avez-vous des compétences particulières en (Plusieurs choix possibles) :
- Traumatologie Médecine du sport Médecine physique et de réadaptation
- Autre (Précisez) :
- En moyenne, combien estimez-vous voir d'entorses de cheville par mois à votre cabinet ?

2. Cas clinique N°1

Vous recevez à votre cabinet un homme de 29 ans, chauffeur-livreur, qui s'est tordu la cheville pendant son match de rugby dimanche. Il n'a pas remarqué de craquement au moment du traumatisme, il a pu rentrer au vestiaire en marchant mais n'a pas pu finir le match. Il vous consulte le lendemain matin car sa cheville lui semble gonflée. Il arrive au cabinet en boitant. A l'examen clinique, vous retrouvez une douleur très localisée à la palpation sous malléolaire externe, un œdème discret en regard sans hématome associé. Au testing ligamentaire, vous ne retrouvez pas de tiroir.

- a) Quel est le diagnostic ? (1 seul choix) Contusion simple Entorse bénigne Entorse grave
 Ne sait pas
- b) Appliquez-vous les critères d'Ottawa ? (1 seul choix) OUI NON Ne les connaît pas
- c) Prescrivez-vous des radiographies ? (1 seul choix) OUI NON
- d) Que prescrivez-vous pour la prise en charge globale de cette situation ?
- Traitement médicamenteux (Plusieurs choix possibles) :
 Paracétamol Antalgiques de palier 2 Ibuprofène Autres AINS
 Glace Anti coagulation préventive IPP Autre(Précisez)
 - Immobilisation (Plusieurs choix possibles) :
 Aucune Bandes simples Strapping Attelle amovible type AIRCAST®
 Immobilisation plâtrée Botte de marche Cannes anglaises
- Si vous avez prescrit une immobilisation, quelle en est sa durée ? (1 seul choix) :
- 5 jours 10 jours 15 jours 21 jours Autre (Précisez) :jours
- Kinésithérapie (1 seul choix) :
 Aucune Précocement À l'arrêt de l'immobilisation À distance de l'épisode
- e) Adressez-vous ce patient aux urgences ? (1 seul choix) OUI NON
- Si oui pour quelles raisons ? : Radiographie Immobilisation Consultation spécialisée
 Autre (Précisez) :
- f) Sollicitez-vous un avis spécialisé ? (1 seul choix) OUI NON
- Si oui lequel (1 seul choix) : Avis orthopédique Avis rhumatologique
 Autre (Précisez) :
- g) Prescrivez-vous un arrêt de travail ? (1 seul choix) OUI NON

- h) Proposez-vous une consultation de contrôle ? (1 seul choix) OUI NON
 Si oui, avec (1 seul choix) : Vous-même Un chirurgien orthopédique Un rhumatologue
 Et dans quel délai (1 seul choix) : 5 jours 10 jours 15 jours 21 jours Autre (précisez) :

3. Cas clinique N°2

Vous recevez au cabinet une femme de 32 ans, infirmière libérale, qui s'est tordu la cheville dimanche pendant un match de handball. Quand son pied s'est tordu vers l'intérieur, elle a senti un craquement. Immédiatement après, elle ne peut plus poser le pied et est incapable de continuer son match. Elle vient vous voir lundi matin à la première heure. A l'examen clinique, vous retrouvez un œdème en « œuf de pigeon » en regard de la malléole externe avec une ecchymose associée, une douleur élective à la palpation de la malléole externe, un appui totalement impossible. Au testing ligamentaire, il existe un tiroir.

- a) Quel est le diagnostic ? (1 seul choix) Contusion simple Entorse bénigne Entorse grave
 Ne sait pas
 b) Appliquez-vous les critères d'Ottawa ? (1 seul choix) OUI NON Ne les connaît pas
 c) Prescrivez-vous des radiographies ? (1 seul choix) OUI NON

Une radiographie a été prescrite et retrouve un arrachement osseux au niveau de la malléole externe.

- d) Que prescrivez-vous pour la prise en charge globale de cette situation ?

• Traitement médicamenteux (Plusieurs choix possibles) :

- Paracétamol Antalgiques de palier 2 Ibuprofène Autres AINS
 Glace Anti coagulation préventive IPP Autre (Précisez) :

• Immobilisation (Plusieurs choix possibles) :

- Aucune Bandes simples Strapping Attelle amovible type AIRCAST®
 Immobilisation plâtrée Botte de marche Cannes anglaises

Si vous avez prescrit une immobilisation, quelle en est sa durée ? (1 seul choix) :

- 10 jours 15 jours 21 jours 45 jours Autre (Précisez) : jours

• Kinésithérapie (1 seul choix) :

- Aucune Précocement À l'arrêt de l'immobilisation À distance de l'épisode

- e) Adressez-vous cette patiente aux urgences ? (1 seul choix) OUI NON

Si oui pour quelles raisons ? : Radiographie Immobilisation Consultation spécialisée
 Autre (Précisez) :

- f) Sollicitez-vous un avis spécialisé ? (1 seul choix) OUI NON

Si oui lequel (1 seul choix) : Avis orthopédique Avis rhumatologique
 Autre (Précisez) :

- g) Prescrivez-vous un arrêt de travail ? (1 seul choix) OUI NON

- h) Proposez-vous une consultation de contrôle ? (1 seul choix) OUI NON

Si oui, avec (1 seul choix) : Vous-même Un chirurgien orthopédique Un rhumatologue

Et dans quel délai (1 seul choix) : 5 jours 10 jours 15 jours 21 jours Autre (précisez) :

Merci de votre participation !!!

ANNEXE 3 : Rappel des signes cliniques et fonctionnels de gravité d'une entorse de cheville

Signes FONCTIONNELS	Entorse GRAVE	Entorse BENIGNE
<i>Craquements audibles lors du traumatisme</i>	+	-
<i>Impotence fonctionnelle</i>	- immédiate - totale - persistante - empêchant la reprise de toute activité	- partielle - d'apparition secondaire - reprise possible de la marche et des activités sportives
<i>Douleurs vives</i>	NON corrélées à la gravité des lésions	NON corrélées à la gravité des lésions

Signes CLINIQUES :

- Ecchymose immédiate
- Hématome sous et pré malléolaire externe en œuf de pigeon
- Tiroir antérieur
- Bâillement tibio-astragalien externe en varus-équin

Il existe plusieurs classifications permettant d'évaluer la gravité d'une entorse de cheville (et plus particulièrement du Ligament Collatéral Latéral ou LCL). Ces différents scores prennent en compte les lésions anatomiques, les symptômes, l'importance du traumatisme et le retentissement fonctionnel.

De façon globale, les entorses du LCL sont classées en trois stades de gravité :

- **Stade I** : élongation isolée du Ligament Talo-Fibulaire antérieur (LTFA) sans rupture complète. Il existe un œdème modéré parfois associé à un hématome et un point douloureux exquis à la palpation du LTFA.
- **Stade II** : rupture complète du LTFA associée à une rupture partielle ou élongation du Ligament Calcanéo-Fibulaire (LCF). L'examen retrouve un œdème avec ecchymose et une zone douloureuse de toute la partie antérolatérale de la cheville. L'appui est impossible.
- **Stade III** : rupture du LTFA, du LCF et de la capsule avec rupture possible du Ligament Talo-Fibulaire postérieur (LTFP). La clinique est la même que pour le stade II.

Dans la pratique courante (au cabinet ou au SAU), il paraît difficile de trancher (sans imagerie précise telle qu'une échographie ou une IRM) entre les stades II et III et c'est pour cette raison qu'on préfère parler d'entorses bénignes pour toutes les entorses stade I et d'entorses graves pour les stades II et III, en se basant essentiellement sur les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique.

ANNEXE 4 : Questionnaire envoyé aux Médecins Urgentistes

1. A propos de vous :

Sexe : Masculin Féminin Age : ans Année de la thèse :

Vous êtes remplaçant dans ce SAU (1 seul choix) : OUI NON

Si non, quel est votre statut ?

Avez-vous des compétences particulières en (Plusieurs choix possibles) :

- Traumatologie Médecine du sport Médecine physique et de réadaptation
 Autre (Précisez) :

2. Cas clinique N°1

Vous recevez aux Urgences un homme de 29 ans, chauffeur-livreur, qui s'est tordu la cheville pendant son match de rugby dimanche. Il n'a pas remarqué de craquement au moment du traumatisme, il a pu rentrer au vestiaire en marchant mais n'a pas pu finir le match. Il vous consulte le lendemain matin car sa cheville lui semble gonflée. Il arrive en boitillant. A l'examen clinique, vous retrouvez une douleur très localisée à la palpation sous malléolaire externe, un œdème discret en regard sans hématome associé. Au testing ligamentaire, vous ne retrouvez pas de tiroir.

a) Quel est le diagnostic ? (1 seul choix) Contusion simple Entorse bénigne Entorse grave
 Ne sait pas

b) Appliquez-vous les critères d'Ottawa ? (1 seul choix) OUI NON Ne les connaît pas

c) Prescrivez-vous des radiographies ? (1 seul choix) OUI NON

Si oui, dans votre service, qui les prescrit en général ? (1 seul choix) : IAO Médecin urgentiste

d) Que prescrivez-vous pour la prise en charge globale de cette situation ?

• Traitement médicamenteux (Plusieurs choix possibles) :

- Paracétamol Antalgiques de palier 2 Ibuprofène Autres AINS
 Glace Anti coagulation préventive IPP Autre (Précisez) :

• Immobilisation (Plusieurs choix possibles) :

- Aucune Bandes simples Strapping Attelle amovible type AIRCAST®
 Immobilisation plâtrée Botte de marche Cannes anglaises

Si vous avez prescrit une immobilisation, quelle en est sa durée ? (1 seul choix) :

- 5 jours 10 jours 15 jours 21 jours Autre (Précisez) :jours

• Kinésithérapie (1 seul choix) :

- Aucune Précocement À l'arrêt de l'immobilisation À distance de l'épisode

e) Cette situation clinique vous paraît-elle justifier un passage aux Urgences ? (1 seul choix)

- OUI NON

f) Sollicitez-vous un avis spécialisé ? (1 seul choix) OUI NON

Si oui lequel (1 seul choix) : Avis orthopédique Avis rhumatologique

Autre (Précisez) :

g) Prescrivez-vous un arrêt de travail ? (1 seul choix) OUI NON

h) Proposez-vous une consultation de contrôle ? (1 seul choix) OUI NON

Si oui, avec (1 seul choix) : Le Médecin Généraliste Un chirurgien orthopédique Un rhumatologue

Et dans quel délai (1 seul choix) : 5 jours 10 jours 15 jours 21 jours Autre (précisez) :

3. Cas clinique N°2

Vous recevez aux Urgences une femme de 32 ans, infirmière libérale, qui s'est tordu la cheville dimanche pendant un match de handball. Quand son pied s'est tordu vers l'intérieur, elle a senti un craquement. Immédiatement après, elle ne peut plus poser le pied et est incapable de continuer son match. Elle vient vous voir lundi matin à la première heure. A l'examen clinique, vous retrouvez un œdème en « œuf de pigeon » en regard de la malléole externe avec une ecchymose associée, une douleur élective à la palpation de la malléole externe, un appui totalement impossible. Au testing ligamentaire, il existe un tiroir.

- a) Quel est le diagnostic ? (1 seul choix) Contusion simple Entorse bénigne Entorse grave
 Ne sait pas
- b) Appliquez-vous les critères d'Ottawa ? (1 seul choix) OUI NON Ne les connaît pas
- c) Prescrivez-vous des radiographies ? (1 seul choix) OUI NON

Si oui, dans votre service, qui les prescrit en général ? (1 seul choix) : IAO Médecin urgentiste

Une radiographie a été prescrite et retrouve un arrachement osseux au niveau de la malléole externe.

- d) Que prescrivez-vous pour la prise en charge globale de cette situation ?

• Traitement médicamenteux (Plusieurs choix possibles) :

- Paracétamol Antalgiques de palier 2 Ibuprofène Autres AINS
 Glace Anti coagulation préventive IPP Autre (Précisez) :

• Immobilisation (Plusieurs choix possibles) :

- Aucune Bandes simples Strapping Attelle amovible type AIRCAST®
 Immobilisation plâtrée Botte de marche Cannes anglaises

Si vous avez prescrit une immobilisation, quelle en est sa durée ? (1 seul choix) :

- 10 jours 15 jours 21 jours 45 jours Autre (Précisez) : jours

• Kinésithérapie (1 seul choix) :

- Aucune Précocement À l'arrêt de l'immobilisation À distance de l'épisode

- e) Cette situation clinique vous paraît-elle justifier un passage aux Urgences ? (1 seul choix)
 OUI NON

- f) Sollicitez-vous un avis spécialisé ? (1 seul choix) OUI NON

Si oui lequel (1 seul choix) : Avis orthopédique Avis rhumatologique
 Autre (Précisez) :

- g) Prescrivez-vous un arrêt de travail ? (1 seul choix) OUI NON

- h) Proposez-vous une consultation de contrôle ? (1 seul choix) OUI NON

Si oui, avec (1 seul choix) : Le Médecin Généraliste Un chirurgien orthopédique Un rhumatologue

Et dans quel délai (1 seul choix) : 5 jours 10 jours 15 jours 21 jours Autre (précisez) :

Merci de votre participation !!!

ANNEXE 5 : Réponses attendues au questionnaire des Médecins Généralistes

1. Cas clinique N°1

Vous recevez à votre cabinet un homme de 29 ans, chauffeur-livreur, qui s'est tordu la cheville pendant son match de rugby dimanche. Il n'a pas remarqué de craquement au moment du traumatisme, il a pu rentrer au vestiaire en marchant mais n'a pas pu finir le match. Il vous consulte le lendemain matin car sa cheville lui semble gonflée. Il arrive au cabinet en boitant. A l'examen clinique, vous retrouvez une douleur très localisée à la palpation sous malléolaire externe, un œdème discret en regard sans hématome associé. Au testing ligamentaire, vous ne retrouvez pas de tiroir.

- a) Quel est le diagnostic ? (1 seul choix) Contusion simple Entorse bénigne Entorse grave
 Ne sait pas
- b) Appliquez-vous les critères d'Ottawa ? (1 seul choix) OUI NON Ne les connaît pas
- c) Prescrivez-vous des radiographies ? (1 seul choix) OUI NON

d) Que prescrivez-vous pour la prise en charge globale de cette situation ?

- Traitement médicamenteux (*Plusieurs choix possibles*) :

- Paracétamol Antalgiques de palier 2 Ibuprofène ou Autres AINS
 Glace Anti coagulation préventive IPP Autre

- Immobilisation (*Plusieurs choix possibles*) :

- Aucune Bandes simples Strapping Attelle amovible type AIRCAST®
 Immobilisation plâtrée Botte de marche +/- Canes anglaises, pour aider l'appui

Si vous avez prescrit une immobilisation, quelle en est sa durée ? (1 seul choix) :

- 5 jours 10 jours 15 jours 21 jours Autre (*Précisez*) :jours

- Kinésithérapie (1 seul choix) :

- Aucune Précocement À l'arrêt de l'immobilisation À distance de l'épisode

e) Adressez-vous ce patient aux urgences ? (1 seul choix) OUI NON

Si oui pour quelles raisons ? : Radiographie Immobilisation Consultation spécialisée
 Autre (*Précisez*) :

f) Sollicitez-vous un avis spécialisé ? (1 seul choix) OUI NON

Si oui lequel (1 seul choix) : Avis orthopédique Avis rhumatologique
 Autre (*Précisez*) :

g) Prescrivez-vous un arrêt de travail ? (1 seul choix) OUI NON

h) Proposez-vous une consultation de contrôle ? (1 seul choix) OUI NON

Si oui, avec (1 seul choix) : Vous-même Un chirurgien orthopédique Un rhumatologue

Et dans quel délai (1 seul choix) : 5 jours 10 jours 15 jours 21 jours Autre (*précisez*) :

2. Cas clinique N°2

Vous recevez au cabinet une femme de 32 ans, infirmière libérale, qui s'est tordu la cheville dimanche pendant un match de handball. Quand son pied s'est tordu vers l'intérieur, elle a senti un craquement. Immédiatement après, elle ne peut plus poser le pied et est incapable de continuer son match. Elle vient vous voir lundi matin à la première heure. A l'examen clinique, vous retrouvez un œdème en « œuf de pigeon » en regard de la malléole externe avec une ecchymose associée, une douleur élective à la palpation de la malléole externe, un appui totalement impossible. Au testing ligamentaire, il existe un tiroir.

- a) Quel est le diagnostic ? (1 seul choix) Contusion simple Entorse bénigne Entorse grave
 Ne sait pas
- b) Appliquez-vous les critères d'Ottawa ? (1 seul choix) OUI NON Ne les connaît pas
- c) Prescrivez-vous des radiographies ? (1 seul choix) OUI NON

Une radiographie a été prescrite et retrouve un arrachement osseux au niveau de la malléole externe.

- d) Que prescrivez-vous pour la prise en charge globale de cette situation ?

• Traitement médicamenteux (Plusieurs choix possibles) :

- Paracétamol Antalgiques de palier 2 Ibuprofène Autres AINS
 Glace Anti coagulation préventive IPP Autre

• Immobilisation (Plusieurs choix possibles) :

- Aucune Bandes simples Strapping Attelle amovible type AIRCAST®
 Immobilisation plâtrée Botte de marche Cannes anglaises

Si vous avez prescrit une immobilisation, quelle en est sa durée ? (1 seul choix) :

- 10 jours 15 jours 21 jours 45 jours Autre (Précisez) : jours

• Kinésithérapie (1 seul choix) :

- Aucune Précocement À l'arrêt de l'immobilisation À distance de l'épisode

- e) Adressez-vous cette patiente aux urgences ? (1 seul choix) OUI NON

Si oui pour quelles raisons ? : Radiographie Immobilisation Consultation spécialisée
 Autre (Précisez) :

- f) Sollicitez-vous un avis spécialisé ? (1 seul choix) OUI NON

Si oui lequel (1 seul choix) : Avis orthopédique Avis rhumatologique
 Autre (Précisez) :

- g) Prescrivez-vous un arrêt de travail ? (1 seul choix) OUI NON

- h) Proposez-vous une consultation de contrôle ? (1 seul choix) OUI NON

Si oui, avec (1 seul choix) : Vous-même Un chirurgien orthopédique Un rhumatologue

Et dans quel délai (1 seul choix) : 5 jours 10 jours 15 jours 21 jours Autre (précisez) :

Merci de votre participation !!!

ANNEXE 6 : Réponses attendues au questionnaire des Médecins Urgentistes

1. Cas clinique N°1

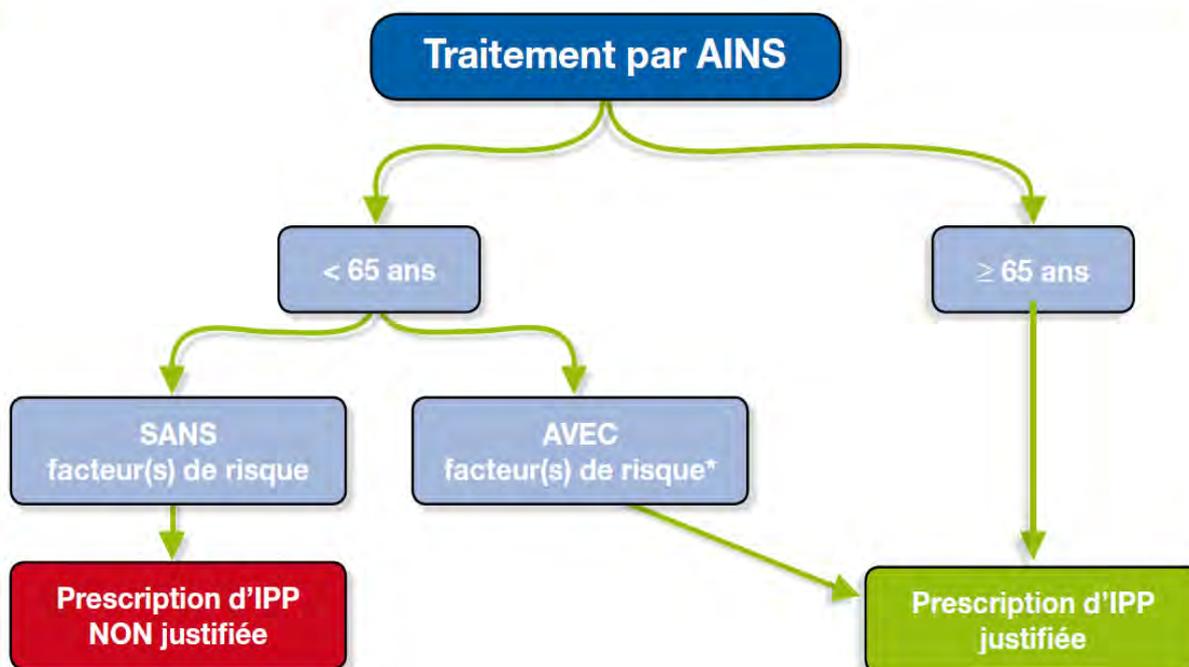
Vous recevez aux Urgences un homme de 29 ans, chauffeur-livreur, qui s'est tordu la cheville pendant son match de rugby dimanche. Il n'a pas remarqué de craquement au moment du traumatisme, il a pu rentrer au vestiaire en marchant mais n'a pas pu finir le match. Il vous consulte le lendemain matin car sa cheville lui semble gonflée. Il arrive en boitillant. A l'examen clinique, vous retrouvez une douleur très localisée à la palpation sous malléolaire externe, un œdème discret en regard sans hématome associé. Au testing ligamentaire, vous ne retrouvez pas de tiroir.

- a) Quel est le diagnostic ? (1 seul choix) Contusion simple Entorse bénigne Entorse grave
 Ne sait pas
- b) Appliquez-vous les critères d'Ottawa ? (1 seul choix) OUI NON Ne les connaît pas
- c) Prescrivez-vous des radiographies ? (1 seul choix) OUI NON
- Si oui, dans votre service, qui les prescrit en général ? (1 seul choix) : IAO Médecin urgentiste
- d) Que prescrivez-vous pour la prise en charge globale de cette situation ?
- Traitement médicamenteux (Plusieurs choix possibles) :
 Paracétamol Antalgiques de palier 2 Ibuprofène ou Autres AINS
 Glace Anti coagulation préventive IPP Autre
 - Immobilisation (Plusieurs choix possibles) :
 Aucune Bandes simples Strapping Attelle amovible type AIRCAST®
 Immobilisation plâtrée Botte de marche +/- Cannes anglaises, pour aider l'appui
- Si vous avez prescrit une immobilisation, quelle en est sa durée ? (1 seul choix) :
- 5 jours 10 jours 15 jours 21 jours Autre (Précisez) :jours
- Kinésithérapie (1 seul choix) :
 Aucune Précocement À l'arrêt de l'immobilisation À distance de l'épisode
- e) Cette situation clinique vous paraît-elle justifier un passage aux Urgences ? (1 seul choix)
 OUI NON
- f) Sollicitez-vous un avis spécialisé ? (1 seul choix) OUI NON
- Si oui lequel (1 seul choix) : Avis orthopédique Avis rhumatologique
 Autre (Précisez) :
- g) Prescrivez-vous un arrêt de travail ? (1 seul choix) OUI NON
- h) Proposez-vous une consultation de contrôle ? (1 seul choix) OUI NON
- Si oui, avec (1 seul choix) : Le Médecin Généraliste Un chirurgien orthopédique Un rhumatologue
- Et dans quel délai (1 seul choix) : 5 jours 10 jours 15 jours 21 jours Autre (précisez) :

ANNEXE 7 : Quand prescrire un co-traitement AINS/IPP ? (ameli.fr)

Un IPP ne doit pas être prescrit systématiquement avec un AINS : cette décision repose, pour chaque patient, sur son âge ou l'analyse de ses facteurs de risque de complication gastro-duodénale.

QUAND PRESCRIRE UN CO-TRAITEMENT PAR INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS (IPP)⁽¹⁾ ?



* Les **facteurs de risque** sont :

- les antécédents d'ulcère gastro-duodénal ou de complications ulcéreuses
- ou
- l'association d'un AINS à
 - un anti-agrégant plaquettaire (notamment aspirine à faible dose et/ou clopidogrel)
 - un anticoagulant
 - un corticoïde

Les autres facteurs de risque concernent le type et la dose d'AINS, l'infection par *Helicobacter pylori*, la sévérité des facteurs de co-morbidité (polyarthrite rhumatoïde, terrain cardiovasculaire), le tabagisme.

Nota bene : qu'il s'agisse d'un patient à risque digestif ou non, la règle de prudence rappelée par l'AFSSAPS est d'**utiliser les AINS**, lorsqu'ils sont indispensables, à la **dose minimale efficace et pendant la durée la plus courte possible**⁽²⁾.

(1) Les anti-sécrétoires gastriques chez l'adulte. Recommandations de bonne pratique, AFSSAPS, novembre 2007, disponible sur <http://www.afssaps.fr>.

(2) Rappel des règles de bon usage des AINS, AFSSAPS, octobre 2006, disponible sur <http://www.afssaps.fr>.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

[1] ORUMIP, rapport d'activité 2013

[2] FICAT-PRADEL Karine, Thèse de Médecine Générale, Connaissance et application des critères d'Ottawa dans l'entorse de cheville en Médecine Générale, Enquête réalisée auprès de médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées

[3] SFMU, L'entorse de cheville au service d'Urgence, 5^e Conférence de Consensus, Roanne, le 28 Avril 1995

[4] SFMU, Actualisation 2004 de la Conférence de Consensus « L'entorse de cheville au service d'Urgence, 5^e conférence de consensus, Roanne, le 28 Avril 1995 »

[5] Guillodo Y. Place de l'échographie dans le diagnostic de gravité d'une entorse latérale de l'articulation talocrurale et ses complications chez le sportif. Journal de Traumatologie du Sport 2009 ; 26 : 95-98

[6] Terrier R., Toschi P., Forestier N. Prise en charge des entorses externes de cheville : étude clinique préliminaire sur l'efficacité du dispositif Myolux™. Journal de Traumatologie du Sport 2012; 29 : 71-74

[7] Market RJ, Walley ME, Guttman TG, Mehta R. A pooled analysis of the Ottawa ankles rules used on adults in the E.D. Am J Emery Med 1998; 16(6):564-7

[8] Backmann LM et Coll. "Accuracy of Ottawa ankle rules to exclude fractures of the ankle and mid foot: systematic review". BMJ 2003; 326:417-419

[9] Brasseur JL, Tardieu M. Accurate use of imaging in the ankle sprain. JBR-BTR 1998; 82:63-68

[10] Birrer RB, Fani Salek MH, Totten VY Herman LM, Politi V. Managing ankle injuries in the emergency department. The Journal of Emergency Medicine 1999; 17(4):651-660

[11] Wedmore IS, Charette J. Emergency department evaluation and treatment of ankle and foot injuries. Emergency Medicine Clinics of North America 2000; 18(1):85-113

- [12] Wolf MW, Uhl TL, Mattacola CG, Mc Cluskey LC. Management of ankle sprains. *Am Fam Physician* 2001; 63:93-104
- [13] Libetta C, Burke D, Brennan P, Yassa J. Validation of the Ottawa ankle rules in children. *J Accid Emerg Med* 1999; 16 (5) : 342-344
- [14] Struijs P, Kerkhoffs G. Ankle sprain. Clinical evidence issue 8, BMJ Publishing Group, London 2002; 1050-1059
- [15] Slatyer MA, Hensley MJ, Lopert R. A randomized controlled trial of piroxicam in the management of acute ankle sprain in Australian Regular Army recruits. The Kapooka Ankle Sprain Study. *Am J Sports Med* 1997 Jul-Aug; 25(4):544-53
- [16] Leddy JJ, Kesari A, Skolinski RJ. Implementation of the Ottawa Ankle Rule in a University sports medicine center. *Med Sci Sports Exerc.* 2002 Jan; 34 (1): 57-62
- [17] Auleley. Implementation of the Ottawa Ankle Rules in France. *JAMA*, June 25, 1997;277(24) : 1935-1939
- [18] Reconnaître et traiter les entorses simples de cheville. *La Revue Prescrire* Février 2004 ; 24(247) : 129-134
- [19] Tests cliniques de la cheville. *La Revue du Praticien – Médecine Générale* Février 2014 ; 28 (915) : 103-104
- [20] Stiell IG, McKnight RD, Greenberg GH, Mc Dowell I, Nair RC, Well GA, et al. Implementation of the Ottawa ankle rules. *Jama J Am Med Assoc.* 1994 Mar 16;271(11):827-32
- [21] Plint AC, Bulloch B, Osmond MH, Stiell I, Dunlap H, Reed M, et al. Validation of the Ottawa Ankle Rules in children with ankle injuries. *Acad Emerg Med.* 1999;6(10):1005-9

- [22] Pires RES, Pereira AA, and al. Ottawa Ankle Rules and Subjective Surgeon Perception to Evaluate Radiograph Necessity Following Foot and Ankle Sprain. *Annals of Medical and Health Sciences Research*. 2014; vol 4 (issue 3):432-435
- [23] Place des AINS dans les entorses de cheville, V. Foltz, B. Fautrel, Elsevier Masson, 2008
- [24] Le Gall C., Quitellier R., Bellanger H. Traumatologie des membres inférieurs : prévention de la maladie veineuse thrombo-embolique. *SFMU-Urgences 2012* ; chap 52 : 1-16
- [25] Recommandations de la Société Canadienne d'Orthopédie, 2013
- [26] Coudreuse J-M, Parier J. L'entorse de cheville. *Science et Sports* 2011 ; 26 : 103-110
- [27] Backmann LM et Coll. Accuracy of Ottawa ankle rules to exclude fractures of the ankle and mid foot : systematic review. *BMJ* 2003 ; 326 : 417-419
- [28] Van Dick CN et Coll. Diagnosis of ligament rupture of the ankle joint : physical examination, arthrography, stress radiography and sonography compared in 160 patients after inversion trauma. *Acta Orthop Scand* 1996; 67(6) : 566-570
- [29] CNAMTS. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés-Direction des risques professionnels-Missions Statistiques-Risque AT 2011 : "Statistiques technologiques" tous CNT et par CNT – Etude 2012-179-CNT. 2012

Thèse soutenue à Toulouse le 16 Septembre 2014

PRISE EN CHARGE DES ENTORSES DE CHEVILLE : ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES DES MEDECINS GENERALISTES ET DES MEDECINS URGENTISTES AVEYRONNAIS.

Cette étude observationnelle transversale avait pour but de réaliser un état des lieux des connaissances des Médecins Généralistes et Urgentistes aveyronnais concernant la prise en charge des entorses de cheville. Ces derniers étaient interrogés à l'aide d'un questionnaire portant sur deux situations cliniques d'entorse de cheville (une bénigne et une grave). 222 Médecins Généralistes et 41 Médecins Urgentistes ont été inclus. Au total, 142 Généralistes et 36 Urgentistes ont retourné le questionnaire. Les critères d'Ottawa ne sont pas connus de près de 54% des Médecins Généralistes, ils sont connus par 100% des Médecins Urgentistes mais 30% ne les appliquent pas. 40% des Généralistes et 37% des Urgentistes ne prescrivent pas de kinésithérapie en cas d'entorse bénigne. La consultation de contrôle est sous-prescrite. Une remise à niveau des connaissances des Médecins Généralistes et Urgentistes aveyronnais semble nécessaire notamment en termes de connaissance et d'application des critères d'Ottawa, de prescription de kinésithérapie ou de consultation de contrôle, le tout afin d'être en accord avec les dernières recommandations.

Mots-clés : entorse de cheville, connaissance, Médecin Généraliste, Médecin Urgentiste

SUPPORT OF ANKLE SPRAINS : STATE OF KNOWLEDGE OF AVEYRON GENERAL PRACTITIONERS AND EMERGENCY MEDICAL PHYSICIANS.

This transversal observational study aimed to realize a state of knowledge of Aveyron General Practitioners (GP) and Emergency Medical Physicians (EMP) regarding support of ankle sprains. They were interviewed using a questionnaire on two clinical situations of ankle sprain (one mild and the other one serious). 222 General Practitioners and 41 Emergency Medical Physicians were included. 142 General Practitioners and 36 Emergency Medical Physicians returned the questionnaire. The Ottawa criteria are unknown to 54% of General Practitioners, they are known by 100% of Emergency Medical Physicians but 30% of them do not apply it. 40% of GP and 37% of EMP don't prescribe physiotherapy in case of mild ankle sprain. The control consult is under prescribed. An upgrading of Aveyron GP and EMP knowledge is necessary notably in terms of knowledge and application of Ottawa criteria, physiotherapy prescription or control consult, in order to be consistent with the last recommendations.

Keywords : ankle sprain, knowledge, General Practitioner, Emergency Medical Physician

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

UFR Toulouse III – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04-France

Directrice de thèse : JOSSILLET, Aline
