

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2019 - 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Devenir des patients après un passage au service d'accueil des
urgences du centre hospitalier de Tourcoing pour une entorse de
cheville**

Présentée et soutenue le 30 avril 2020 à 18h00

au Pôle Formation

Par Paul ACCAOUI

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Julien GIRARD

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Monsieur le Docteur Nicolas LEROY

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Dany DELBERGHE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Résumé

Contexte : L'entorse latérale de cheville est une pathologie très fréquente. Pour limiter le risque de complications, une prise en charge rigoureuse est nécessaire. Après une courte période d'immobilisation, une réévaluation clinique dans la semaine suivant le traumatisme permet d'adapter le traitement. L'objectif principal de cette étude était de déterminer le taux de patients ayant bénéficié d'une consultation de contrôle dans les 3 à 7 jours suivant leur passage aux urgences du CH Tourcoing pour une entorse de cheville.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective avec inclusion prospective. Les patients présentant une entorse de cheville diagnostiquée aux urgences du CH Tourcoing entre le 1^{er} septembre 2019 et le 30 novembre 2019 étaient éligibles. Un appel téléphonique était donné 6 semaines après leur passage aux urgences. Il permettait de recueillir leur non-opposition orale et de leur soumettre un questionnaire. Les données étaient complétées par l'étude du compte-rendu des urgences.

Résultats : Sur les 174 patients éligibles, 116 ont été inclus. 19% (IC à 95% = [12,3 ; 27,3]) des patients ont bénéficié d'une consultation de contrôle dans les 3 à 7 jours. 65% ont bénéficié d'une consultation dans les 6 semaines. Cette consultation était plus fréquente quand le traumatisme avait lieu au travail ($p=0,042$) et quand les urgentistes délivraient des consignes de reconsultation ($p=0,035$). Le fait d'être sportif ou d'avoir un antécédent d'entorse n'avait pas d'influence. 36,2% des patients ont réalisé de la kinésithérapie. L'antécédent d'entorse ($p=0,029$), le niveau sportif ($p=0,037$), la survenue d'une consultation de contrôle ($p<0,001$) avait un impact sur la réalisation de la kinésithérapie. Sur les 76 patients ayant bénéficié d'une nouvelle consultation, 31,6% ont eu d'autres examens complémentaires, 13,2% ont eu une modification du diagnostic, 46,8% une modification thérapeutique. 60,6% des patients ont bénéficié d'un arrêt de travail ; la durée médiane des arrêts était de 14 jours. 46,9% des sportifs avaient repris leur activité à 6 semaines ; le délai médian d'arrêt était de 22 jours.

Conclusion : Le parcours de soins après passage aux urgences pour une entorse de cheville n'est pas optimal, seuls 19% des patients ont reconsulté suivant les recommandations. Une sensibilisation des médecins intervenant lors du parcours semble être un axe à travailler. La création de filières de consultations post-urgence pourrait être intéressante.

Table des matières

GÉNÉRALITÉS	6
1. Anatomie	6
2. Entorses du LCL de la cheville	7
3. Diagnostics différentiels.....	14
INTRODUCTION	17
MÉTHODE	19
1. Type de l'étude	19
2. Population	19
3. Recueil des données	20
4. Critères de jugement	22
5. Analyses statistiques	23
6. Cadre réglementaire	24
RÉSULTATS	25
1. Population de l'étude	25
2. Objectif principal	27
3. Prise en charge au SAU	27
4. Suivi des patients.....	28
DISCUSSION.....	34
1. Objectif principal	34
2. Autres résultats	34
3. Forces et faiblesses de l'étude	39
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE	42
ANNEXES	47

Abréviations

TFI : Tibio-Fibulaire Inférieure

LCL : Ligament Collatéral Latéral

LCM : Ligament Collatéral Médial

LTFA : Ligament Talo-Fibulaire Antérieur

LCF : Ligament Calcanéo-Fibulaire

LTFP : Ligament Talo-Fibulaire Postérieur

LTFAI : Ligament Tibio-Fibulaire Antérieur et Inférieur

LTFPI : Ligament Tibio-Fibulaire Postérieur et Inférieur

LIO : Ligament Inter-Osseux

SAU : Service d'Accueil des Urgences

CH : Centre Hospitalier

CRF : Cahier d'observation

IC : Intervalle de Confiance

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SOFCOT : Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

GÉNÉRALITÉS

1. Anatomie

La cheville est un complexe articulaire au carrefour de deux axes : l'un vertical représenté par l'alignement de la cuisse et de la jambe, l'autre horizontal qui correspond au pied. Elle a pour rôle de supporter des contraintes en compression (le poids du corps) ainsi qu'en rotation (elle permet d'orienter la voûte plantaire dans toutes les directions). Elle repose pour cela sur un système ostéo-tendino-ligamentaire complexe.

L'articulation talo-crurale est la principale articulation de la cheville. Par sa congruence importante, elle joue un rôle majeur dans la stabilité de la cheville. S'y associent les articulations tibio-fibulaire inférieure (TFI) et subtalienne.

Parmi les ligaments de la cheville (figure 1), on distingue deux complexes collatéraux : le ligament collatéral latéral (LCL) et le ligament collatéral médial (LCM) ainsi que la syndesmose TFI.

Le LCL est composé de 3 faisceaux indépendants : ligament talo-fibulaire antérieur (LTFA), ligament calcanéofibulaire (LCF) et ligament talo-fibulaire postérieur (LTFP).

Le LTFA est le ligament le plus rapidement atteint en cas d'entorse latérale de la cheville.

Le LCM est un ligament large, résistant, constitué d'un faisceau superficiel et d'un faisceau profond.

La syndesmosse TFI est composée de 3 ligaments : tibio-fibulaire antérieur et inférieur (LTFAI), tibio-fibulaire postérieur et inférieur (LTFPI) et interosseux (LIO), qui est le prolongement de la membrane interosseuse. En cas d'atteinte de la syndesmosse, c'est le LTFAI qui est le premier touché.

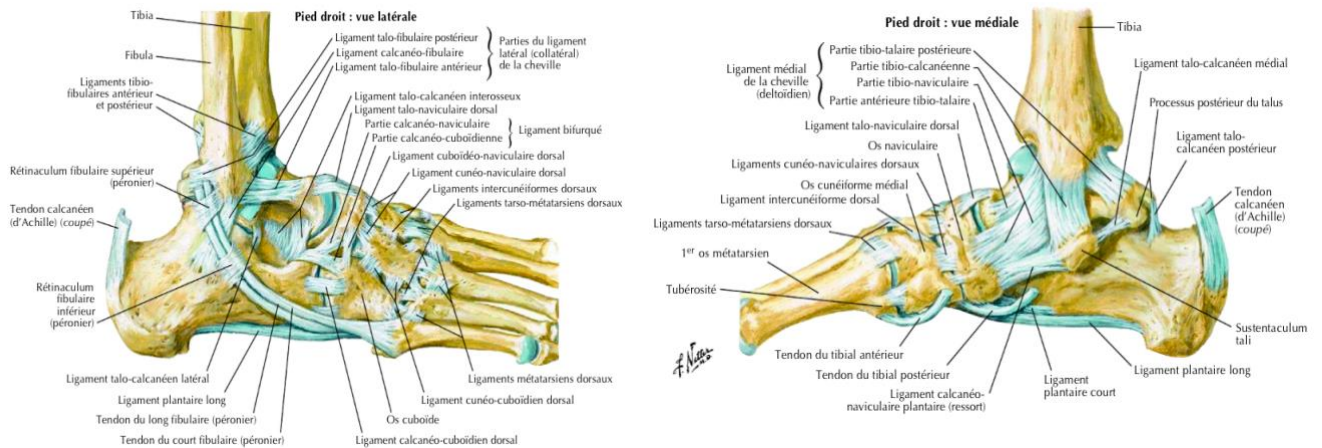


Figure 1 : Ligaments et tendons de la cheville, vue latérale et médiale – source : Atlas d'anatomie humaine Frank H Netter

Le système musculo-tendineux vient compléter ce complexe. Il contient notamment les tendons court et long fibulaires qui participent à la stabilité latérale de la cheville, les tendons tibiaux antérieur et postérieur et le tendon calcanéen.

2. Entorses du LCL de la cheville

2.1. Épidémiologie

Le traumatisme de cheville est le premier motif traumatologique de recours aux urgences en France (1). C'est l'atteinte la plus fréquente chez le sportif, responsable de 10 à 25 % des blessures (2–5).

L'entorse latérale de cheville représente la majorité des traumatismes de cheville (6).

L'incidence des entorses latérales en population générale varie selon les études et les

pays entre 2 et 26 cas pour 1000 personnes par an avec un pic d'incidence entre 10 et 20 ans (6–9). En France, l'incidence avancée dans les différentes études est de 6000 cas par jour mais ce chiffre ne semble pas être vérifié.

2.2. Mécanismes lésionnels

L'entorse du LCL est souvent due à un traumatisme indirect engendrant des mouvements qui dépassent les capacités physiologiques. Le mécanisme lésionnel le plus fréquent est l'inversion : flexion plantaire, varus de l'arrière-pied, rotation médiale du médio pied. Cependant, tout type de mécanisme peut être rencontré et il est souvent inconnu.

2.3. Classifications

De nombreuses classifications ont été proposées (10–12). Certaines se basent sur la clinique, d'autres sur l'imagerie, d'autres sur les deux. En pratique clinique courante, on retient une classification en 3 stades de gravité, basée sur le retentissement fonctionnel et l'importance de l'atteinte ligamentaire (10). Cette classification est permise grâce à un examen clinique 4 à 5 jours après le traumatisme. On distingue alors :

- Entorse de stade 1 : elle correspond à une élongation du LTFA sans rupture complète. La douleur et le retentissement fonctionnel sont minimales, l'œdème peu important, il n'y a pas d'ecchymose. La mobilité de l'articulation est conservée, la palpation retrouve une douleur uniquement au niveau du LTFA.
- Entorse de stade 2 : elle correspond à une rupture complète du LTFA plus ou moins associée à une atteinte des autres ligaments. La marche est douloureuse. On retrouve souvent un œdème avec une ecchymose de toute la

zone externe de la cheville. On peut mettre en évidence un tiroir antérieur (qui signe la rupture du LTFA) et une faible laxité en inversion. Le LTFA est douloureux à la palpation, les autres faisceaux peuvent l'être aussi.

- Entorse de stade 3 : elle associe une rupture complète du LTFA, du LCF, parfois de la capsule articulaire et du LTFP. La douleur est marquée et le retentissement fonctionnel majeur. L'œdème est important, l'examen peut montrer un tiroir antérieur, une laxité marquée, en fonction du relâchement du patient et de l'importance de l'œdème.

2.4. *Diagnostic*

2.4.1. *Interrogatoire*

Il permet de préciser les antécédents, les circonstances de survenue du traumatisme, le mécanisme lésionnel, la notion de craquement et d'instabilité. Il est indispensable d'identifier le terrain du patient : sportif ou non, métier sollicitant la cheville ou non (13).

2.4.2. *Examen clinique*

Face à une cheville aiguë, on recherche dans un premier temps des éléments cliniques de gravité : déformation du pied, déficit vasculo-nerveux, éventuelle plaie (1,14,15).

En l'absence de ceux-ci on recherche par l'inspection une ecchymose et un œdème. L'étude des mobilités se fait de façon active puis passive, sans jamais forcer. On évalue la contraction isométrique des tendons un à un puis on termine l'examen par la palpation.

En cas d'entorse externe, on peut mettre en évidence un œdème antéro-latéral, une laxité en inversion, un tiroir antérieur du talus avec éventuellement un ressaut à sa réduction ou une douleur à la palpation des faisceaux du LCL.

En pratique, l'examen de la cheville est souvent compliqué voire impossible en phase aiguë. Celui-ci a surtout pour but d'éliminer une complication, d'exclure les diagnostics différentiels et d'orienter la prise en charge initiale. Il est indispensable de reconvoquer le patient pour une réévaluation clinique. C'est en effet un examen retardé de 4 à 5 jours qui permettra de détecter au mieux une lésion ligamentaire récente, avec une sensibilité de 98 % et une spécificité de 84 % (10,16–18).

2.4.3. Paraclinique

Dans le cadre d'une entorse du LCL de la cheville, les clichés radiologiques ne doivent être réalisés qu'en cas de suspicion de fracture selon les critères d'Ottawa (19,20). Il faut faire des radiographies si (Figure 2) :

- Le patient ne peut pas faire deux pas sur chaque pied dans l'heure suivant le traumatisme ou au moment de l'examen
- La palpation d'une des deux malléoles est douloureuse (sur leur partie postérieure en remontant de 6cm depuis la pointe)
- La palpation de la base du cinquième métatarsien ou de l'os naviculaire est douloureuse
- Le patient a plus de 55 ans

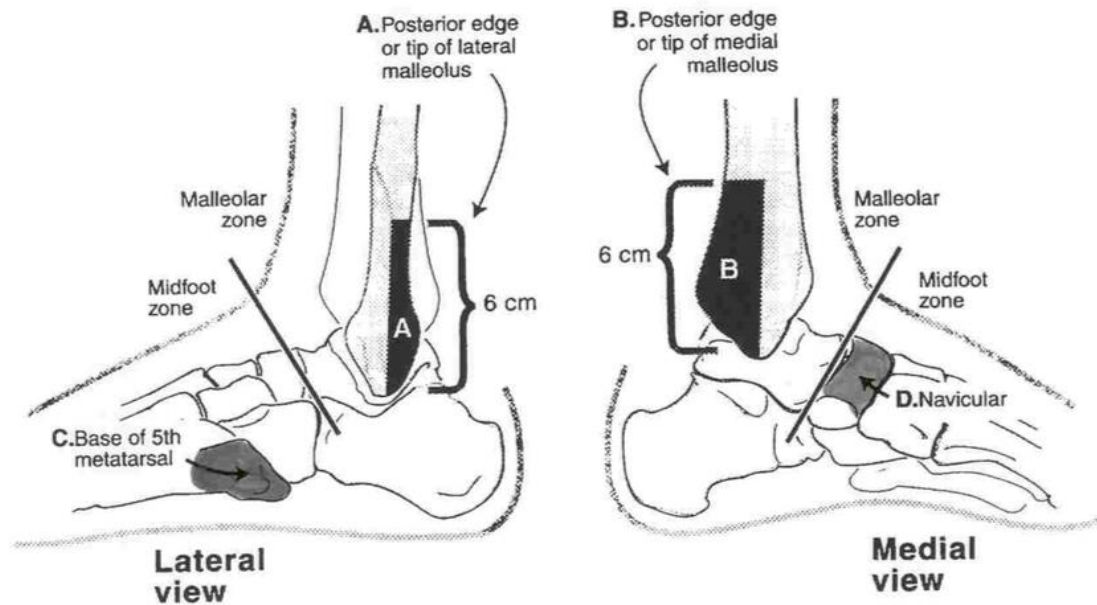


Figure 2 : Critères d'Ottawa – Source : SFMU – Actualisation 2004 de la conférence de consensus

En cas de réalisation de radiographies, trois incidences au minimum sont nécessaires : cheville de face, de profil strict et de face avec 20° de rotation interne (21). En cas de douleur du 5^e métatarsien ou du naviculaire, deux incidences du médio pied sont également réalisées.

L'échographie a un intérêt dans la précision de l'atteinte ligamentaire (22). Ses limites sont de sous-estimer les lésions, d'être opérateur dépendant et d'accès difficile en pratique courante. Elle n'apporte que peu de précisions diagnostiques complémentaires par rapport à l'examen clinique retardé de quelques jours (16).

L'IRM est elle aussi intéressante dans l'étude de la cheville après une entorse. Mais son coût et sa difficulté d'accès n'en font pas un examen recommandé en pratique courante.

2.5. Traitement

Bien que l'entorse latérale de la cheville soit une pathologie très fréquente, son traitement optimal reste incertain. En aucun cas le traitement ne doit être stéréotypé

mais bien adapté en fonction du patient et du type d'entorse. Aujourd'hui, c'est le traitement fonctionnel avec mise en place d'une orthèse semi-rigide qui est de loin le plus utilisé. Même si pour de nombreuses équipes il est considéré comme le meilleur traitement en terme de reprise d'activités et de résultats fonctionnels (16,23–25), sa mise en œuvre systématique, parfois sans diagnostic précis, peut être source de négligences et complications. Un diagnostic précis et une surveillance sont donc indispensables à sa bonne conduite (26).

Le traitement fonctionnel initial suit l'acronyme anglais « POLICE » ou « RICE » (27). « I, C et E » signifient « ice » pour glaçage, compression et élévation qui sont les bases du traitement précoce. Le « R » comme « rest » (repos) du protocole « RICE » est remplacé par les lettres « P » pour protection de l'articulation et « OL » pour « optimal loading » qui est un compromis entre le repos complet et l'exercice mécanique. Le but de cet « optimal loading » est de trouver la balance efficace pour favoriser la récupération précoce sans aggraver la blessure.

Concernant l'immobilisation, l'orthèse semi-rigide est la plus choisie aujourd'hui. Elle limite l'inversion et, en fonction du modèle, peut lutter contre l'œdème par un mécanisme de compression. Ces orthèses sont plus efficaces que le strapping sur la stabilité, la réduction de l'œdème, la reprise précoce des activités et présentent moins de risque de complications cutanées (16). Comparativement à une immobilisation plâtrée, elles permettent une mise en charge plus rapide, favorisent la rééducation précoce et seraient associées à une reprise plus rapide des activités. Cependant, elles s'enlèvent facilement et l'observance est ainsi diminuée. La durée de port de l'orthèse

est variable en fonction de la gravité de l'entorse et dépend donc de la réévaluation clinique à 4-5 jours. Elle peut aller jusqu'à 4 à 6 semaines.

L'immobilisation par une botte en résine peut être une alternative. Elle a montré de bons résultats dans les entorses de gravité moyenne à sévère, parfois meilleurs que l'orthèse seule (22,28,29). Si elle est choisie, cette immobilisation doit être courte – en général 10 jours – pour permettre une rééducation précoce.

La prise en charge en kinésithérapie est aujourd'hui largement recommandée (16,30–34). Elle doit être la plus précoce possible et ne doit pas survenir dans un second temps comme c'est largement le cas en pratique. Elle permet d'abord de limiter l'œdème et la douleur. Puis son objectif est la récupération des amplitudes articulaires passives puis actives et la rééducation sensorimotrice de la cheville. Cette rééducation s'intensifie progressivement pour permettre une reprise du sport, c'est la phase de réathlétisation.

2.6. *Séquelles*

Les séquelles dans l'entorse latérale de cheville sont très fréquentes (35). Elles peuvent être de nature et de symptomatologie variées (10), leur diagnostic et traitement peuvent parfois être difficiles.

L'instabilité chronique est la principale séquelle rencontrée après une entorse de cheville. Celle-ci peut entraîner des récurrences d'entorses aiguës et peut aussi évoluer vers l'arthrose de cheville. Cette instabilité peut être associée à une laxité ligamentaire anormale et éventuellement conduire à un traitement chirurgical. À l'inverse, on observe parfois une absence de laxité ou d'autres anomalies, l'instabilité est dite alors « fonctionnelle » et est accessible à une prise en charge en kinésithérapie.

Après une entorse latérale de cheville, il arrive que le patient présente des douleurs antéro-latérales résiduelles. Celles-ci sont possiblement liées à la cicatrice ligamentaire, parfois longue. D'autres fois, on diagnostique un syndrome du sinus du tarse qui a des chances de répondre à un traitement infiltratif.

Le patient peut être gêné par un conflit responsable de blocages ou pseudo-blocages. Ces conflits peuvent être expliqués par une synovite à la face profonde du LTFA, ou par la présence d'un corps étranger secondaire à une fracture ostéo-chondrale (du dôme du talus, du pilon tibial, du cuboïde...).

Une atteinte des tendons fibulaires (subluxation, fissuration et ténosynovite) est parfois responsable de douleurs et d'instabilité.

Très rarement, une atteinte du nerf fibulaire commun peut donner une instabilité voire une douleur chronique de cheville. Enfin, il faut parfois savoir évoquer un syndrome douloureux régional chronique ou algoneurodystrophie.

3. Diagnostics différentiels

Il faut bien les avoir en tête lors de l'examen d'une cheville aiguë traumatique. Ils sont nombreux et la liste suivante n'est pas exhaustive.

3.1. Fractures

Ce sont les radiologies ou, en cas de doute, le scanner qui permettent de les diagnostiquer. Lors d'un mécanisme en varus équin, il faut être particulièrement attentif aux fractures des malléoles interne et externe ainsi qu'à la fracture de la base du

cinquième métatarsien. Mais tous les os de la cheville ou du pied peuvent être atteints sur un traumatisme aigu de cheville : pilon tibial, calcanéus, talus (le cliché de face en rotation interne permet de bien le dégager), os du médio pied (14).

3.2. *Autres atteintes ligamentaires*

L'entorse du LCM est beaucoup plus rare que l'atteinte du LCL. Une atteinte de ce ligament est possible lors d'une entorse latérale par effet de « contrecoup ». Isolée, l'atteinte est souvent secondaire à un traumatisme en éversion. Il faut toujours rechercher une fracture de Maisonneuve par la palpation de la fibula et éventuellement la réalisation de clichés radiographiques.

L'entorse de la syndesmose est largement sous-diagnostiquée car de diagnostic difficile. On estime que les atteintes de la syndesmose concernent 1 à 18 % des entorses de cheville. Chez le sportif, 12 à 32 % des entorses seraient concernées (36). En cas de mauvaise prise en charge initiale, celle-ci peut évoluer vers une chronicisation et une arthrose de cheville. Son mécanisme de survenue classique est un traumatisme de cheville en flexion dorsale et rotation externe, même si le plus souvent le mécanisme reste inconnu. Le diagnostic clinique n'est pas aisé. Il repose sur l'interrogatoire et sur l'examen qui peut mettre en évidence une douleur à la palpation du LTFAI, une ecchymose ou un œdème en regard de celui-ci. Certains tests comme le squeeze-test ou la douleur en flexion dorsale et rotation médiale sont une aide au diagnostic. Les radiographies sont les mêmes que pour l'entorse latérale. On pourra avoir recours à l'échographie qui permet parfois de visualiser le LTFAI. L'IRM est également très intéressante dans cette indication. Le traitement dépend de la sévérité de l'atteinte. Il est fonctionnel ou orthopédique en cas d'atteinte légère ou

modérée. Il est chirurgical en cas de diastasis visible à la radiographie ou en cas d'entorse jugée instable et consiste en une réduction et stabilisation de la syndesmose.

Enfin, il est possible de voir des entorses des interlignes de Chopart ou de Lisfranc, de diagnostic difficile en aigu, avec souvent recours à des imageries complémentaires.

3.3. *Atteintes tendineuses*

Les atteintes tendineuses ont une présentation bien différente des entorses. Cependant, elles sont à éliminer devant un traumatisme récent de cheville. La rupture aiguë d'un tendon calcanéen est relativement fréquente. Il est indispensable de ne pas passer à côté car le traitement est radicalement différent de l'entorse de cheville. Plus rarement on peut avoir une atteinte des tendons fibulaires (rupture ou luxation), ainsi que des tibiaux antérieurs et postérieurs.

INTRODUCTION

L'entorse du LCL de la cheville est une pathologie très fréquente, source d'invalidité au stade aigu et de complications à long termes (10). La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) a établi des recommandations en 1995, actualisées en 2004 puis en 2010 avec la collaboration de la Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (SOFECOT) (1,18,37). Ces recommandations concernent la prise en charge diagnostique : interrogatoire, examen clinique, règles d'Ottawa, examens complémentaires, mais également la prise en charge thérapeutique initiale. Celle-ci repose sur une immobilisation relative associée à un traitement fonctionnel. Une nouvelle consultation 3 à 5 jours après le traumatisme est indispensable. Réalisée par un médecin compétent en traumatologie, elle permettra de préciser le diagnostic de façon fiable (16,17) et ainsi d'adapter le traitement. La rééducation repose sur des soins de kinésithérapie.

La plupart des études concernant les entorses du LCL de la cheville ont été réalisées avec des sportifs de haut niveau. Les études réalisées en population générale sont principalement des études d'évaluation de pratiques, d'autres évaluent l'impact de la kinésithérapie. Finalement, peu s'intéressent à cette consultation de contrôle pourtant clé dans la prise en charge du patient.

L'objectif principal de cette étude était d'estimer le taux de patients bénéficiant d'une consultation de contrôle dans les 3 à 7 jours suivant leur passage aux urgences du centre hospitalier (CH) de Tourcoing pour une entorse de cheville.

Les objectifs secondaires étaient les suivants :

- Décrire la prise en charge des entorses de cheville au service d'accueil des urgences (SAU) du CH de Tourcoing,
- Décrire le suivi des patients après leur sortie du SAU,
- Évaluer les critères qui influencent la réalisation d'une consultation de contrôle,
- Évaluer la réalisation de séances de kinésithérapie ainsi que les critères qui influencent celle-ci.

MÉTHODE

1. Type de l'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive, monocentrique, rétrospective avec inclusion prospective réalisée dans le SAU du CH de Tourcoing du 1^{er} septembre au 30 novembre 2019.

2. Population

2.1. Critères d'inclusion

Tous les patients âgés de 15 à 55 ans qui ont bénéficié d'un diagnostic d'entorse de cheville au sein du SAU du CH Tourcoing du 1^{er} septembre 2019 au 30 novembre 2019 étaient éligibles. Ils devaient répondre aux critères suivants :

- Le diagnostic de sortie était une entorse du ligament collatéral de la cheville ou une entorse de la cheville sans plus de précision
- Le traumatisme de cheville était le motif principal de la consultation
- Les patients étaient affiliés à un régime de sécurité sociale.

Pour être inclus, les patients devaient accepter de participer à l'étude lors de l'appel téléphonique 6 semaines après leur passage aux urgences.

2.2. Critères de non-inclusion

Les critères de non-inclusion concernaient :

- Les patients sous tutelle ou privés de liberté
- Les patients atteints d'une pathologie psychiatrique non équilibrée

- Les patients ne parlant pas français
- Les femmes enceintes au moment du traumatisme
- Les douleurs de cheville non dues à un traumatisme
- Les patients présentant une fracture à la radiographie
- Les patients dont le diagnostic de sortie était une entorse du LCM, de la syndesmose ou des interlignes de Chopart et Lisfranc
- Les patients qui consultaient à plus de 48 heures du traumatisme
- Les patients qui avaient déjà consulté un médecin avant de se rendre aux urgences
- Les patients qui ne répondaient pas au bout de 3 appels téléphoniques.

3. Recueil des données

3.1. Méthode de recueil

Au sein du SAU de Tourcoing, tous les dossiers patients du 1^{er} septembre 2019 au 30 novembre 2019 dont le diagnostic de sortie était « entorse et foulure de la cheville » de la classification CIM-10 (38) étaient sélectionnés consécutivement par les secrétaires. À partir de ces dossiers, une seconde sélection était effectuée en respectant les critères d'inclusion et de non-inclusion.

Tous les dossiers restants constituaient les patients éligibles à l'étude. À 6 semaines de leur passage aux urgences, ces patients recevaient un appel téléphonique. Cet appel permettait de :

- Les informer des caractéristiques de l'étude et recueillir la non-opposition orale de leur participation ;
- Vérifier les critères d'inclusion et l'absence de critère de non-inclusion ;

- Soumettre aux patients un questionnaire téléphonique afin de recueillir des données concernant leur parcours de soins après leur sortie des urgences (annexe 1).

Enfin, l'analyse était complétée par des informations extraites du compte-rendu des urgences et le tout permettait d'établir un cahier d'observation (CRF), disponible en annexe 2.

En cas de non-réponse au premier appel téléphonique, 2 appels étaient effectués dans les 10 jours suivants. En l'absence de réponse lors du troisième appel, le patient ne pouvait plus être inclus dans l'étude.

3.2. *Données recueillies (Annexe 2)*

Des données démographiques ont été recueillies : âge, sexe, niveau sportif, métier, antécédent d'entorse de cheville, antécédent de chirurgie de la cheville. Concernant le niveau sportif, les patients étaient classés en non sportif, sportif en loisir ou sportif compétiteur. Ils étaient considérés comme sportif à partir du moment où ils pratiquaient au moins une activité sportive de façon hebdomadaire avant le traumatisme. Pour le métier, les patients étaient classés comme exerçant un métier actif ou un métier sédentaire. Ce classement était réalisé de façon arbitraire par l'investigateur après description rapide du poste de travail par le participant.

Des données en rapport avec le traumatisme ont également été recueillies : mécanisme et lieu de survenue (travail, vie quotidienne, sport).

La prise en charge aux urgences a été évaluée : notification des critères d'Ottawa, réalisation de radiographies, présence d'un diagnostic de sortie précis, prescription d'antalgiques, immobilisation choisie, délivrance de consignes de reconsultation ou de réalisation de soins de kinésithérapie. Le diagnostic de sortie était considéré comme précis s'il était mentionné le ligament ou le faisceau atteint.

Ensuite, des données concernant le parcours de soins du patient une fois sorti des urgences étaient recueillies. Il s'agissait de la survenue d'une consultation médicale de contrôle, du délai de celle-ci, du médecin concerné et du motif. Étaient notifiées la réalisation de nouveaux examens complémentaires, une modification diagnostique ou thérapeutique (sur le type d'immobilisation, sa durée, sur le traitement antalgique), la réalisation de soins de kinésithérapie et le prescripteur de celle-ci.

Enfin, il s'agissait d'évaluer la reprise des activités : reprise du travail (ou de l'activité scolaire) lors de l'inclusion à 6 semaines du traumatisme, nécessité d'un arrêt de travail initial et durée de celui-ci. La reprise des activités sportives à niveau équivalent à 6 semaines du traumatisme ainsi que la durée de l'arrêt sportif étaient notés. La présence de symptômes persistants était également recherchée.

4. Critères de jugement

4.1. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était le taux de patients ayant bénéficié d'une consultation de contrôle dans les 3 à 7 jours suivant leur passage aux urgences.

4.2. Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires étaient :

- L'analyse descriptive de la prise en charge des patients aux urgences ;
- L'analyse descriptive du parcours de soins des patients ;
- L'analyse de la corrélation entre la survenue d'une consultation de contrôle dans les 6 semaines et les facteurs suivants : antécédent d'entorse, niveau sportif, mode de survenue, délivrance de consignes de reconsultation et de soins de kinésithérapie ;
- L'analyse de la corrélation entre la réalisation de soins de kinésithérapie et les facteurs suivants : antécédent d'entorse, niveau sportif, mode de survenue, délivrance de consignes de reconsultation et de soins de kinésithérapie.

5. Analyses statistiques

Les paramètres qualitatifs ont été décrits en termes de fréquence et de pourcentage. Les paramètres numériques gaussiens ont été décrits en termes de moyenne et de déviation standard et les paramètres numériques non gaussiens en termes de médiane et d'intervalle interquartile. La normalité des paramètres numériques a été vérifiée graphiquement et testée à l'aide du test de Shapiro-Wilk.

Les données quantitatives ont été comparées entre 2 groupes à l'aide d'un test U de Mann-Whitney et entre plus de 2 groupes à l'aide d'un test de Kruskal-Wallis. Les paramètres qualitatifs ont été comparés entre 2 ou 3 groupes à l'aide d'un test du Chi-deux. Pour les comparaisons avec des variables de plus de 2 groupes, des comparaisons post-hoc 2 à 2 ont été réalisées lorsque la p-value globale était inférieur à 5 % en appliquant la correction de Bonferroni.

Le niveau de significativité a été fixé à 5 %. Un logiciel statistique SAS (version 9.4) a été utilisé pour analyser les données (SAS Institute, Cary, NC).

6. Cadre réglementaire

Le Comité de Protection des Personnes Ouest VI a émis un accord favorable définitif quant à la réalisation de l'étude le 15 octobre 2019. Le traitement des données a été réalisé dans les conditions de confidentialité définies par la délibération numéro 2016-262 du 21 juillet 2016 portant modification de la méthodologie de référence pour les traitements de données personnelles opérés dans le cadre des recherches impliquant la personne humaine (MR-003). Aucune donnée nominative n'a été recueillie, chaque patient se voyant attribuer un numéro d'identification correspondant à ses initiales et à son âge. Dans les suites de l'appel téléphonique, le patient pouvait à tout moment s'opposer à l'utilisation de ses données dans le cadre de la recherche en le signifiant par courriel ou par téléphone. Les données ont été collectées dans un cahier d'observation papier puis enregistrées dans un fichier électronique de type Excel sécurisé par un mot de passe. Les personnes qui ont eu accès aux données étaient uniquement des personnes impliquées dans la recherche : l'investigateur principal et les collaborateurs, les statisticiens ainsi que les membres de l'équipe de promotion de recherche clinique du CHRU de Lille.

RÉSULTATS

1. Population de l'étude

1.1. Diagramme de flux

Entre le 1^{er} septembre et le 30 novembre 2019, 334 patients ont été pris en charge aux urgences du CH Tourcoing pour une entorse de cheville. Parmi eux, 174 patients étaient éligibles à une inclusion téléphonique. Sur ces 174 patients, 58 n'ont pas pu être inclus (principalement en l'absence de réponse à 3 appels ou en raison d'une erreur de numéro) et 116 patients ont été inclus. Ces chiffres sont résumés dans la figure 3.

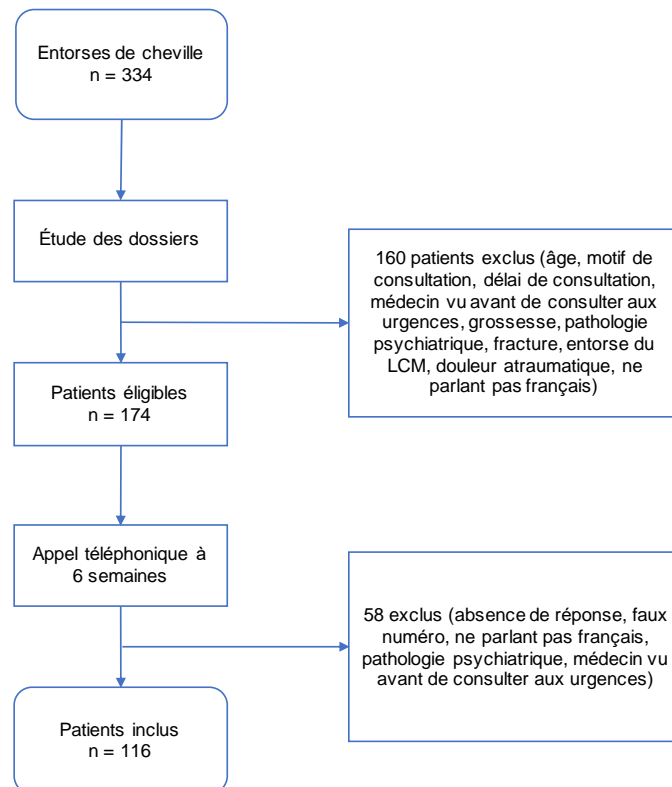


Figure 3 : Diagramme de flux

1.2. Caractéristiques de la population (tableau 1)

Cent seize patients ont été inclus entre le 15 octobre 2019 et le 7 janvier 2020. Il y avait 67 hommes (57,8 %) et 49 femmes (42,2 %). L'âge médian était de 25 ans (IQ [19 ; 32]). Il y avait 35 patients non sportifs (30,2 %), 50 sportifs en loisir (43,1 %) et 31 sportifs en compétition (26,7 %). Douze patients étaient sans emploi (10,3 %), 104 étaient actifs (89,7 %). Parmi eux, 44 exerçaient un métier sédentaire (42,3 %), 60 un métier actif (57,7 %).

Caractéristique	Nombre de patient (%) ou médiane (Q1 ; Q3)
Âge	
En années	25 (19 ; 32)
Sexe	
Homme	67 (57,8)
Femme	49 (42,2)
Sportif	
Non	35 (30,2)
Loisir	50 (43,1)
Compétiteur	31 (26,7)
Métier	
Sédentaire	44 (42,3)
Actif	60 (57,7)
Antécédent d'entorse	
Oui	59 (50,9)
Non	57 (49,1)
Antécédent de chirurgie	
Oui	4 (3,4)
Non	112 (96,6)
Mode de survenue	
Travail	27 (23,3)
Vie quotidienne	50 (43,1)
Sport	39 (33,6)

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

Cinquante-neuf patients avaient déjà présenté une entorse de la cheville (50,9 %), 4 patients avaient déjà bénéficié d'une chirurgie de la cheville. Le traumatisme était survenu dans la vie quotidienne pour 50 patients (43,1 %), lors d'une activité sportive pour 39 d'entre eux (33,6 %) et sur le lieu de travail pour 27 patients (23,3 %).

2. Objectif principal

Sur les 116 patients de cette étude, 22 ont bénéficié d'une consultation de contrôle dans les 3 à 7 jours suivant leur passage aux urgences (soit 19 %, IC à 95 % = [12,3 ; 27,3]). Quarante-vingt-quatorze patients (81 %) n'ont pas bénéficié de cette consultation.

3. Prise en charge au SAU

Les critères d'Ottawa ont été précisés (au moins partiellement) dans 91 dossiers (78,4 %). Des radiographies ont été réalisées pour les 116 patients (100 %). Un diagnostic de sortie précis (mentionnant le complexe ligamentaire ou le faisceau atteint) a été noté dans 8 cas (6,9 %).

L'immobilisation choisie était une orthèse semi-rigide pour 110 patients (94,8 %). Un patient s'est vu immobilisé par une botte plâtrée, 3 ont reçu une prescription pour une botte de marche et 2 n'ont pas eu d'immobilisation. Cent sept patients (92,2 %) ont reçu une ordonnance de médicaments antalgiques. Pour 88 patients (82,2 %) il s'agissait d'antalgiques de palier 1, pour 7 (6,6 %) de médicaments de palier 2 seuls ou en association, pour 1 (0,9 %) d'AINS seuls et pour 11 (10,3 %) d'une association d'AINS et d'antalgiques classiques.

Concernant les consignes de reconsultation (orales ou écrites), aucune n'a été donnée dans 22 cas (19 %). Il a été conseillé à 40 patients (34,5 %) de reconsulter en cas de douleur persistante et à 54 (46,6 %) de reconsulter de façon systématique.

Dans 54 cas (46,6 %), le médecin urgentiste avait conseillé au patient de réaliser de la kinésithérapie. Pour 62 patients (53,4%), aucune information n'avait été délivrée.

4. Suivi des patients

4.1. Consultation de contrôle dans les 6 semaines

4.1.1. La consultation

Dans cette étude, 76 patients (65,5 %) ont bénéficié d'une consultation médicale de contrôle dans les 6 semaines suivant leur passage aux urgences. Cette consultation a eu lieu chez un médecin généraliste 70 fois (92,1 %), un médecin du sport 1 fois (1,3 %), un chirurgien 4 fois (5,3 %) et dans un autre service d'urgences 1 fois (1,3 %). Les motifs qui ont motivé la consultation de contrôle étaient la présence de symptômes persistants pour 18 patients (23,7 %), la nécessité d'obtenir un arrêt de travail pour 31 patients (40,8 %), les consignes données par le médecin urgentiste dans 17 cas (22,4 %) et un autre motif dans 10 cas (13,2 %).

Vingt-deux patients (19 %) ont bénéficié d'une consultation moins de 24 heures après leur passage aux urgences.

4.1.2. Facteurs influençant la réalisation de la consultation de contrôle

La réalisation d'une consultation de contrôle dans les 6 semaines était influencée par le lieu de survenue du traumatisme ($p = 0,042$; Tableau 2), les patients consultaient plus facilement après un accident de travail. La consultation de contrôle était également plus fréquente quand les urgentistes donnaient des consignes de

reconsultation ($p = 0,035$). Les 4 patients qui avaient été immobilisés par une botte plâtrée ou une botte de marche avaient reconsulté.

	Consultation de contrôle		Valeur de p
	Oui	Non	
Antécédent d'entorse			0,89
Oui	39 (66,1)	20 (33,9)	
Non	37 (64,9)	20 (35,1)	
Sportif			0,9
Non	24 (68,6)	11 (31,4)	
Loisir	32 (64,0)	18 (36,0)	
Compétition	20 (64,5)	11 (35,5)	
Mode de survenue			0,042
Travail	23 (85,2)	4 (14,8)	
Vie quotidienne	31 (62,0)	19 (38,0)	
Sport	22 (56,4)	17 (43,6)	
Mode de survenue			0,1
Travail	23 (85,2)	4 (14,8)	
Vie quotidienne	31 (62,0)	19 (38,0)	
Mode de survenue			0,041
Travail	23 (85,2)	4 (14,8)	
Sport	22 (56,4)	17 (43,6)	
Consignes de reconsultation			0,035
Systématique	42 (77,8)	12 (22,2)	
En cas de douleur	22 (55,0)	18 (45,0)	
Aucune	12 (54,5)	10 (45,5)	
Kiné abordée aux urgences			0,3
Oui	38 (70,4)	16 (29,6)	
Non	38 (61,3)	24 (38,7)	

Tableau 2 : Facteurs influençant la survenue d'une consultation de contrôle

La pratique sportive, la présence d'un antécédent d'entorse ou le fait que la kinésithérapie soit abordée aux urgences ne jouaient pas sur la réalisation d'une consultation de contrôle.

Enfin, la nécessité d'obtenir un arrêt de travail était un facteur déterminant dans la survenue des consultations dans les 24 heures suivant le passage aux urgences ($p < 0,001$; tableau 3).

	Consultation dans les 24h		Valeur de p
	Oui	Non	
Motif de consultation			< 0,001
Arrêt de travail	17 (54,8)	14 (45,2)	
Autres	5 (11,1)	40 (88,9)	

Tableau 3 : Arrêt de travail et consultation dans les 24 heures

4.2. *Modifications de prise en charge*

Sur les 76 patients qui ont reconsulté, 24 (31,6 %) ont bénéficié d'un examen complémentaire. Il s'agissait d'une échographie pour 15 patients (62,5 %), de nouvelles radiographies pour 6 patients (25 %), d'une IRM pour 7 patients (29,1 %) et d'un scanner pour 2 patients (8,3 %). A noter que certains patients ont bénéficié de plusieurs examens.

Après 6 semaines, 10 patients ont vu leur diagnostic modifié secondairement (13,2 % des patients qui ont reconsulté soit 8,6 % de l'effectif total). Ces diagnostics étaient 3 fractures de la malléole fibulaire, une fracture de la malléole tibiale, une fracture de l'os cuboïde, une fracture de la base du 5^e métatarsien, une fracture du talus et une entorse de l'interligne de Chopart. Pour 2 patients le diagnostic d'entorse de cheville avait été exclu et une IRM était en attente afin de préciser le diagnostic.

Le traitement de 36 patients (46,8 %) a été modifié suite à la consultation. Il s'agissait d'une adaptation du traitement antalgique pour 16 patients (44,4 %), du temps d'immobilisation pour 14 patients (38,9 %) ou d'un changement d'immobilisation pour 6 d'entre eux (16,7 %).

4.3. *Soins de kinésithérapie*

Dans cette étude, 42 patients (36,2 %) ont réalisé de la kinésithérapie alors que 74 (63,8 %) n'en ont pas fait. Sur les 116 patients, 64 (55,2%) avaient bénéficié d'une prescription de kinésithérapie. Le prescripteur était le médecin généraliste pour 47 patients (73,4%), l'urgentiste pour 10 (15,6%), enfin 7 patients avaient bénéficié de séances par un autre moyen.

Un lien entre un antécédent d'entorse et la réalisation de kinésithérapie était démontré de façon significative ($p = 0,029$, tableau 4). Il en était de même pour la consultation de contrôle et la kinésithérapie ($p < 0,001$).

Le fait d'être sportif ou non sportif ne semblait pas influencer la réalisation de kinésithérapie. En revanche, la comparaison du groupe de sportifs compétiteurs aux autres patients permettait de montrer de façon significative ($p = 0,037$) que les compétiteurs réalisaient plus fréquemment de la kinésithérapie. À noter que seulement 16 sportifs compétiteurs sur 31 (51,6 %) faisaient de la kinésithérapie.

Le fait d'aborder la kinésithérapie aux urgences ne favorisait pas la réalisation de celle-ci de manière significative.

	Réalisation de kinésithérapie		Valeur de p
	Oui	Non	
Antécédent d'entorse			0,029
Oui	27 (45,8)	32 (54,2)	
Non	15 (26,3)	42 (73,7)	
Sportif			0,065
Non	13 (37,1)	22 (62,9)	
Loisir	13 (26,0)	37 (74,0)	
Compétition	16 (51,6)	15 (48,4)	
Niveau sportif			0,037
Compétition	16 (51,6)	15 (48,4)	
Autres	26 (30,6)	59 (69,4)	
Kiné abordée aux urgences			0,085
Oui	24 (44,4)	30 (55,6)	
Non	18 (29,0)	44 (71,0)	
Consultation de contrôle			< 0,001
Oui	37 (48,7)	39 (51,3)	
Non	5 (12,5)	35 (87,5)	

Tableau 4 : Facteurs influençant la réalisation de kinésithérapie

4.4. Reprise des activités

4.4.1. Sport

À 6 semaines du traumatisme, 38 sportifs (46,9 %) avaient repris leur activité à niveau équivalent, 43 (53,1 %) n'avaient pas repris. Les sportifs compétiteurs ne revenaient pas plus facilement au sport par rapport aux sportifs loisir ($p = 0,11$).

Le délai médian de reprise était de 22 jours (IQ [14 ; 30]) soit 3 semaines après le traumatisme. Il était identique pour les sportifs compétiteurs et les autres.

4.4.2. Travail

À 6 semaines du traumatisme, 88,5 % ($n = 92$) des patients actifs avaient repris leur activité professionnelle, 11,5 % ($n = 12$) n'avaient pas repris. Soixante-trois patients (60,6 % des patients en activité) avaient bénéficié d'un arrêt de travail. Le délai médian de cet arrêt était alors de 14 jours (IQ [5 ; 30]).

Le mode de survenue du traumatisme influençait de manière significative ($p < 0,001$) la prescription d'un arrêt de travail (tableau 5). Des analyses complémentaires 2 à 2 montraient que l'arrêt de travail était plus fréquemment prescrit quand le traumatisme s'était produit sur le lieu de travail ($p < 0,001$). En cas de prescription d'arrêt de travail, la durée médiane de celui-ci semblait plus importante en cas de traumatisme sur le lieu de travail (20 jours (IQ [7 ; 30] contre 14 jours) mais sans retrouver de différence statistiquement significative. L'arrêt de travail était plus souvent prescrit et sa durée médiane était plus longue pour les patients avec un métier actif ($p < 0,001$ et $p = 0,003$ respectivement).

	Arrêt de travail		Valeur de p	Durée de l'arrêt en jours Médiane (Q1 ; Q3)	Valeur de p
	Oui	Non			
Mode de survenue			< 0,001		0,18
Travail	26 (96,3)	1 (3,7)		20 (7 ; 30)	
Vie quotidienne	22 (55,0)	18 (45,0)		14 (5 ; 21)	
Sport	15 (40,5)	22 (59,5)		14 (2 ; 21)	
Métier			< 0,001		0,003
Sédentaire	18 (40,9)	26 (59,1)		4,5 (1 ; 14)	
Actif	45 (75,0)	15 (25,0)		21 (10 ; 30)	

Tableau 5 : Facteurs influençant l'arrêt de travail

Le mode de survenue ne jouait de pas de façon significative sur la reprise des activités sportives ou professionnelles à 6 semaines.

4.5. Symptômes persistants

À 6 semaines du traumatisme, 66 patients (56,9 %) décrivaient des symptômes quotidiens. Parmi eux, 19 n'avaient pas réalisé de consultation de contrôle (28,8 %), 40 n'avaient pas réalisé de kinésithérapie (60,6 %).

DISCUSSION

1. Objectif principal

Dans cette étude, seuls 22 patients ont bénéficié d'une consultation de contrôle dans les 3 à 7 jours suivant leur passage aux urgences (19 %, IC à 95 % = [12,3 ; 27,3]). Bien que trop faible, ce chiffre est supérieur aux 10 % de l'étude d'Adam aux urgences de Lorient (39), une des rares études à avoir évalué la réalisation de cette consultation de contrôle.

Pour rappel, cette consultation permet de préciser la gravité de l'entorse et d'adapter le traitement (16), elle est donc indispensable. Elle est réalisée au mieux 4 à 5 jours après le traumatisme. Il a été considéré que sa survenue dans les 3 à 7 jours était acceptable compte tenu de la difficulté d'accès aux soins, raison pour laquelle cet intervalle a été choisi.

Des pistes pour améliorer ce taux sont développées dans la suite de la discussion.

2. Autres résultats

2.1. Population

Les caractéristiques de la population (antécédents, sportifs, mode de survenue) sont cohérentes par rapport aux autres études réalisées dans les services d'urgences (33,39,40).

2.2. *Prise en charge aux urgences*

Concernant la prise en charge aux urgences, 100 % des patients ont bénéficié de radiographies. C'est plus que tous les autres travaux réalisés dans les services d'urgences (39,41–43). Pourtant, dans 21,6 % des cas les critères d'Ottawa n'étaient pas précisés. Pour les 78,4 % des cas où ils étaient mentionnés au moins partiellement, ils étaient parfois négatifs. Leur utilisation en pratique et le recours systématique aux radiographies posent question. Ces critères d'Ottawa sont pourtant sûrs, fiables et largement validés ; leur sensibilité et leur valeur prédictive négative sont proches de 100 % (1,19,20,44), ils permettent une réduction du coût de prise en charge et une irradiation moins importante. La sensibilisation des médecins urgentistes et des étudiants intervenant aux urgences quant à l'intérêt de ces règles pourrait être un axe d'amélioration de la prise en charge du patient.

De plus, 7 patients (6,1 %) présentaient une fracture qui n'a pas été visualisée sur les radiographies réalisées aux urgences. Là encore, il est dommage de recourir systématiquement à un examen qui montre ses limites. Afin de réduire ces cas de figure, une seconde lecture par un radiologue entraîné pourrait être intéressante. Si elle ne peut se concevoir de manière systématique par manque de personnel, une sélection des imageries à relire pourrait être faite par l'urgentiste, sur des critères radiographiques mais également cliniques (44). Il serait alors intéressant de déterminer le taux de diagnostic redressé grâce à ces relectures.

Concernant l'immobilisation, l'orthèse semi-rigide à double coques a été choisie pour 94,8 % des patients. Ce taux est supérieur à celui retrouvé dans d'autres études (39,43). Par ailleurs, si les orthèses semi-rigides semblent être le traitement de

choix pour l'entorse de cheville (16,23,24), aucune étude ne prouve la supériorité de celles à double coques. De plus, il est important de ne pas tomber dans une systématisation du traitement de l'entorse, les alternatives thérapeutiques présentent elles aussi leur intérêt.

Par exemple, tous les patients qui ont bénéficié d'une botte plâtrée ou d'une botte de marche se sont présentés en consultation de contrôle. Ces types d'immobilisation peuvent être des alternatives intéressantes pour les entorses d'allure sévère, obligeant ainsi le patient à reconsulter et ainsi à rentrer dans une démarche de soins cohérente. Pour rappel, certaines études (22,28) montrent qu'une immobilisation courte (moins de 10 jours) par une botte garde de bons résultats.

Enfin, un diagnostic précis n'a été noté que dans 8 courriers de sortie. Préciser le diagnostic n'est probablement pas le rôle de l'urgentiste pour deux raisons : un manque de temps et parce que l'examen ligamentaire n'est souvent possible qu'après régression de l'œdème lors de la consultation de contrôle. Cette absence de diagnostic précis est un frein à une prise en charge optimale du patient, qui ne peut comprendre exactement ce qu'il a et qui ne peut donc se traiter convenablement.

2.3. *Consultation de contrôle*

En plus du faible taux de patients ayant bénéficié d'une consultation de contrôle dans les 3 à 7 jours, seuls 65,5 % des patients ont consulté dans les 6 semaines pour leur cheville.

Des consignes de reconsultation systématiques n'ont été délivrées qu'à 54 reprises (56,6 %), Cordier en notifiait 57 % pour les urgentistes de Roubaix (43) et Adam 86 %

à Lorient (39). Elles avaient ici un impact significatif sur la survenue d'une consultation de contrôle. Informer à nouveau et convaincre les urgentistes de son utilité pourrait permettre d'augmenter le taux de patients bénéficiant d'un contrôle clinique.

Le médecin généraliste était le spécialiste le plus fréquemment reconsulté (92,1 %). Dans leur article, Prével et al (1) rappellent que le patient doit être revu par un médecin compétent en traumatologie. Or tous les médecins généralistes ne sont pas forcément formés à la traumatologie. Des études de pratiques à propos de la prise en charge de l'entorse de cheville en médecine générale réalisées dans plusieurs régions de France (45–48) mettent en évidence une méconnaissance globale des recommandations. Une meilleure formation en traumatologie des médecins généralistes pourrait également être un axe d'amélioration.

Dans leur rapport pour la SFMU, Prével et al (1) évoquent les filières intra-hospitalières de revue des patients, qui permettent de sécuriser le parcours de soins. Ces consultations post-urgences existent déjà avec la sollicitation des chirurgiens orthopédiques pour les patients présentant des fractures. Cependant, le recours au chirurgien en première intention ne semble pas être une solution optimale pour un patient présentant une atteinte ligamentaire seule, d'autant plus que ces consultations sont généralement surchargées laissant peu de place aux nouvelles indications. Ainsi, la création d'une filière de consultations post-urgence par un médecin formé à la traumatologie semble être intéressante. Peu d'étude de qualité ont évalué ces filières qui existent pourtant déjà dans certaines structures. Tous les patients ne pourraient pas être revus mais des critères de sélection pourraient être proposés : âge, récurrence,

niveau sportif, intensité du traumatisme... Une évaluation de l'impact de ces consultations serait alors nécessaire.

Enfin, vingt-deux patients (19 %) ont bénéficié d'une consultation de contrôle dans les 24 heures suivant leur passage aux urgences. Cette consultation représente un coût et n'a pas d'intérêt clinique. Celle-ci était motivée par la nécessité d'un arrêt de travail pour 17 patients (77,3 %). Un arrêt de travail court (moins de cinq jours) délivré aux urgences permettrait non seulement d'éviter cette consultation mais également de favoriser un contrôle à l'issue de celui-ci et donc une réévaluation qui devient intéressante sur le plan clinique.

2.4. Kinésithérapie

Seuls 36,2 % des patients ont réalisé des séances de kinésithérapie à 6 semaines du traumatisme. Pour Cordier (33), 40 % des patients avaient fait de la kinésithérapie, ce taux montait à 83,9 % pour Guillodo et al (40). Dans ces 2 études, chaque patient recevait pourtant d'une ordonnance de rééducation standardisée de la part du médecin urgentiste. Une prescription de kinésithérapie par le médecin urgentiste ne semble donc pas être un facteur déterminant de réalisation de celle-ci. Ici, le fait d'aborder la kinésithérapie aux urgences n'influçait pas non plus sa réalisation.

Par contre, l'antécédent d'entorse et le niveau sportif influençaient de manière significative la réalisation de kinésithérapie, une tendance équivalente se dégagait pour Cordier. Par ailleurs, le taux de kinésithérapie chez les sportifs compétiteurs (51,6 %) dans cette étude était très faible chez cette population à risque élevé de récidence.

Les facteurs extrinsèques influençant la réalisation de kinésithérapie sont donc peu évidents. La systématisation de la consultation de contrôle auprès de médecins sensibilisés à l'intérêt de la kinésithérapie pourrait là encore améliorer le taux de réalisation de celle-ci, qui reste trop basse dans l'ensemble des études.

2.5. Reprise des activités

À 6 semaines du traumatisme, 46,9 % des sportifs avaient repris le sport à leur niveau antérieur. Ce résultat est similaire à ceux de Cordier (43,8 % de reprise à 2 mois (33)) et d'Adam (41% de reprise à 6 semaines (39)). La durée médiane de reprise était de 21 jours, identique à la population de l'étude d'Adam.

Concernant l'arrêt de travail, les chiffres ne sont pas les mêmes pour les 3 études. Ici, 60 % des patients actifs ont eu une absence d'au moins une journée, contre 82,2 % pour Adam et seulement 46% pour Cordier. La durée médiane était de 14 jours contre respectivement 7 et 9 jours dans les autres études.

Lorsque le traumatisme était consécutif à un accident de travail, l'arrêt de travail était plus fréquent et plus long alors que l'arrêt de sport n'était pas plus long. L'explication est probablement plurifactorielle avec notamment un facteur économique possiblement en cause.

3. Forces et faiblesses de l'étude

Concernant la population de l'étude, certains points sont intéressants. Tout d'abord, celle-ci a été menée au sein de la population générale. Cela tranche avec la plupart

des études sur l'entorse de la cheville, régulièrement menées chez des sportifs de haut niveau qui bénéficient d'un encadrement médical riche et dont les résultats sont difficilement applicables en pratique courante. Ensuite, les patients à inclure étaient sélectionnés consécutivement, sur une large période de temps. Enfin, le choix du caractère rétrospectif permettait de se trouver dans des conditions réelles et de limiter les éventuelles modifications comportementales – des patients et des soignants – liées à la participation à une étude.

Cette étude était unicentrique ce qui crée un biais évident lié à la pratique et à l'organisation des soins au sein du SAU du CH de Tourcoing. De plus, les patients n'étaient pas tous joignables et 58 patients n'ont pu être inclus. Un biais de mémorisation lié au questionnaire était inévitable ici.

Enfin, cette étude comprenait toutes les entorses, sans préjugé de leur grade. Aucune analyse univariée n'a pu être faite en prenant en compte ce paramètre de gravité. Or, la prise en charge est bien différente en fonction du stade. Cette limite est due au caractère rétrospectif de l'étude et au manque d'information concernant la gravité de l'entorse.

CONCLUSION

Cette étude a montré que les patients ne bénéficiaient pas d'un parcours de soins optimal après leur passage aux urgences du CH Tourcoing entre le 1^{er} septembre et le 30 novembre 2019 pour une entorse de cheville. La consultation de contrôle recommandée n'intervenait que pour 19 % (IC à 95 % = [12,3 ; 27,3]) des patients entre 3 et 7 jours. Le taux de consultation de contrôle global n'était pas satisfaisant non plus et trop peu de patients réalisaient des soins de kinésithérapie. Le coût indirect lié aux entorses de cheville semblait important. Enfin, la prise en charge au sein du SAU ne s'approchait pas suffisamment des recommandations de la SFMU.

Une sensibilisation des médecins urgentistes et généralistes intervenant dans la prise en charge des patients semblent être un axe à travailler. Une modification de l'organisation des soins au sein du SAU pourrait être discutée : relecture des radiographies, rédaction d'arrêtés de travail, filière post-urgence notamment. La création d'une consultation post-urgence pourrait permettre une amélioration du parcours de soins des patients. Des études évaluant l'impact de ces consultations semblent cependant nécessaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Prével M, Raphaël M, Coudert B. Prise en charge initiale des traumatismes de cheville. 2010;10.
2. Fong DT-P, Hong Y, Chan L-K, Yung PS-H, Chan K-M. A systematic review on ankle injury and ankle sprain in sports. *Sports Med.* 2007;37(1):73-94.
3. Mauntel TC, Wikstrom EA, Roos KG, Djoko A, Dompier TP, Kerr ZY. The Epidemiology of High Ankle Sprains in National Collegiate Athletic Association Sports. *Am J Sports Med.* juill 2017;45(9):2156-63.
4. Junge A, Engebretsen L, Mountjoy ML, Alonso JM, Renström PAFH, Aubry MJ, et al. Sports Injuries During the Summer Olympic Games 2008. *Am J Sports Med.* 1 nov 2009;37(11):2165-72.
5. Soligard T, Steffen K, Palmer D, Alonso JM, Bahr R, Lopes AD, et al. Sports injury and illness incidence in the Rio de Janeiro 2016 Olympic Summer Games: A prospective study of 11274 athletes from 207 countries. *Br J Sports Med.* 1 sept 2017;51(17):1265-71.
6. Herzog MM, Kerr ZY, Marshall SW, Wikstrom EA. Epidemiology of Ankle Sprains and Chronic Ankle Instability. *J Athl Train.* juin 2019;54(6):603-10.
7. Shah S, Thomas AC, Noone JM, Blanchette CM, Wikstrom EA. Incidence and Cost of Ankle Sprains in United States Emergency Departments. *Sports Health.* nov 2016;8(6):547-52.
8. Waterman BR, Owens BD, Davey S, Zacchilli MA, Belmont PJ. The epidemiology of ankle sprains in the United States. *J Bone Joint Surg Am.* 6 oct 2010;92(13):2279-84.
9. Kemler E, van de Port I, Valkenberg H, Hoes AW, Backx FJG. Ankle injuries in the Netherlands: Trends over 10-25 years. *Scand J Med Sci Sports.* juin 2015;25(3):331-7.
10. Bauer T, Hardy P. Entorse de la cheville : consultation et traitement. Elsevier Masson. 2011;

11. Delecluse J. Évaluation et classification des lésions ligamentaires des entorses latérales de la cheville. *Journal de Traumatologie du Sport*. Volume 20. juin 2003;
12. Rodineau, Besch. La cheville traumatique des certitudes en traumatologie du sport [Internet]. Vol. 2^e journée de traumatologie du sport de la Pitié-Salpêtrière. Elsevier Masson; 2008
13. Besch S. Démarche diagnostique devant une douleur de la cheville chez l'adulte. In: *Traumatisme de la cheville*. Springer; 2013. (Références en médecine d'urgence).
14. Coudert B, Raphaël M. Traumatisme récent de la cheville. *EMC - Médecine d'urgence*. janv 2007;2(1):1-11.
15. Gribble PA, Bleakley CM, Caulfield BM, Docherty CL, Fourchet F, Fong DT-P, et al. 2016 consensus statement of the International Ankle Consortium: prevalence, impact and long-term consequences of lateral ankle sprains. *Br J Sports Med*. 1 déc 2016;50(24):1493-5.
16. Vuurberg G, Hoorntje A, Wink LM, Doelen BFW van der, Bekerom MP van den, Dekker R, et al. Diagnosis, treatment and prevention of ankle sprains: update of an evidence-based clinical guideline. *Br J Sports Med*. 1 août 2018;52(15):956-956.
17. Dijk CN van. Management of the sprained ankle. *British Journal of Sports Medicine*. 1 avr 2002;36(2):83-4.
18. Actualisation 2004 de la conférence de consensus SFMU.
19. Shell IG, Greenberg GH, McKnight RD, Nair RC, McDowell I, Reardon M, et al. Decision Rules for the Use of Radiography in Acute Ankle Injuries: Refinement and Prospective Validation. *JAMA*. 3 mars 1993;269(9):1127-32.
20. Bachmann LM, Kolb E, Koller MT, Steurer J, ter Riet G. Accuracy of Ottawa ankle rules to exclude fractures of the ankle and mid-foot: systematic review. *BMJ*. 22 févr 2003;326(7386):417.
21. Morvan, G. Radiographies des entorses fraiches de la cheville. In: *La cheville*

traumatique des certitudes en traumatologie du sport. Elsevier Masson; 2008. (Références en médecine d'urgence).

22. Guillodo Y. Cheville du sportif. EMC - Traité de médecine AKOS. juill 2012;7(3):1-5.

23. Kerkhoffs GM, Bekerom M van den, Elders LAM, Beek PA van, Hullegie WAM, Bloemers GMFM, et al. Diagnosis, treatment and prevention of ankle sprains: an evidence-based clinical guideline. Br J Sports Med. 1 sept 2012;46(12):854-60.

24. Petersen W, Rembitzki IV, Koppenburg AG, Ellermann A, Liebau C, Brüggemann GP, et al. Treatment of acute ankle ligament injuries: a systematic review. Arch Orthop Trauma Surg. août 2013;133(8):1129-41.

25. Kemler E, van de Port I, Backx F, van Dijk CN. A systematic review on the treatment of acute ankle sprain: brace versus other functional treatment types. Sports Med. 1 mars 2011;41(3):185-97.

26. Rodineau, Jacques. La classique entorse du ligament colatéral latéral, quel traitement choisir ? In: Traumatisme de la cheville. Springer; 2013. (Références en médecine d'urgence).

27. Bleakley CM, Glasgow P, MacAuley DC. PRICE needs updating, should we call the POLICE? Br J Sports Med. 1 mars 2012;46(4):220-1.

28. Lamb, S. Mechanical supports for acute, severe ankle sprain: a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial - The Lancet. 2009

29. Lespine. Faut-il immobiliser les entorses de cheville ? In: La cheville traumatique des certitudes en traumatologie du sport. Elsevier Masson; 2008.

30. Bleakley CM, O'Connor SR, Tully MA, Rocke LG, MacAuley DC, Bradbury I, et al. Effect of accelerated rehabilitation on function after ankle sprain: randomised controlled trial. BMJ. 10 mai 2010;340:c1964.

31. Brison RJ, Day AG, Pelland L, Pickett W, Johnson AP, Aiken A, et al. Effect of early supervised physiotherapy on recovery from acute ankle sprain: randomised controlled trial.

BMJ. 16 nov 2016;355:i5650.

32. Hupperets MDW, Verhagen EALM, Mechelen W van. Effect of unsupervised home based proprioceptive training on recurrences of ankle sprain: randomised controlled trial. BMJ. 9 juill 2009;339:b2684.
33. Cordier L. Incidence des récurrences d'entorse latérale de cheville au recul d'un an post-traumatique [Thèse d'exercice]. [2018-....., France]: Université de Lille; 2018.
34. Doherty C, Bleakley C, Delahunt E, Holden S. Treatment and prevention of acute and recurrent ankle sprain: an overview of systematic reviews with meta-analysis. Br J Sports Med. 1 janv 2017;51(2):113-25.
35. Konradsen L, Bech L, Ehrenbjerg M, Nickelsen T. Seven years follow-up after ankle inversion trauma. Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports. 2002;12(3):129-35.
36. Porter DA, Jagers RR, Barnes AF, Rund AM. Optimal management of ankle syndesmosis injuries. Open Access J Sports Med. 5 août 2014;5:173-82.
37. L'entorse de cheville aux urgences - 5e conférence de consensus de la SFMU
38. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes
39. Adam F. Prise en charge de l'entorse externe de cheville aux urgences de Lorient: état des lieux et perspectives d'avenir [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2015.
40. Guillodo Y, Goff AL, Saraux A. Adherence and effectiveness of rehabilitation in acute ankle sprain. /data/revues/18770657/v54i4/S1877065711000467/. 15 juin 2011
41. Poher F. Etude de pratiques sur la prise en charge des traumatismes de cheville dans la région Nord- Pas-de-Calais. [Lille]: Université Droit et Santé Lille; 2011.
42. Testu L, Rousseau G. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'entorse de cheville au service d'accueil des urgences du CHRU de Tours: respect des recommandations ? France; 2018.

43. Pruvost L. Vers une optimisation de la prise en charge de l'entorse de la cheville chez l'adulte au sein des urgences du centre hospitalier de Roubaix [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
44. Wang X, Chang S, Yu G, Rao Z. Clinical value of the Ottawa ankle rules for diagnosis of fractures in acute ankle injuries. PLoS ONE. 2013;8(4):e63228.
45. Cros P-A. Evaluation des pratiques des médecins généralistes en Auvergne face à l'entorse de cheville [Thèse d'exercice]. [France]: Université Clermont Auvergne; 2017.
46. Calmels J. Prise en charge des entorses de cheville: état des lieux des connaissances des médecins généralistes et des médecins urgentistes aveyronnais [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2014.
47. Haddad K. Prise en charge de l'entorse de cheville en médecine générale: enquête déclarative auprès des médecins de Seine-Saint-Denis [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris 13; 2014.
48. Legrand E. Prescription de kinésithérapie et suivi de l'entorse de cheville: état des lieux aux urgences de Montélimar et chez les médecins généralistes d'Ardèche [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2018.

ANNEXES

ANNEXE 1 – QUESTIONNAIRE AUX PATIENTS

I. Terrain et mode de survenue

Quel est votre profession ?

Quel est votre niveau sportif ?

Vous étiez-vous déjà fait une entorse de cheville ?

Avez-vous déjà été opéré de la cheville ?

Dans quel contexte est survenu le traumatisme ?

II. Aux urgences (si non renseigné dans le dossier)

Vous a-t-on suggéré de revoir un médecin après votre sortie des urgences ? Dans quel délai ?

Combien de temps vous a-t-on conseillé de garder votre immobilisation ? Combien de temps l'avez-vous gardé en pratique ?

Vous a-t-on remis une ordonnance pour des médicaments antalgiques ?

Vous a-t-on conseillé de faire de la kinésithérapie ? Si oui, dans quel délai ?

III. Consultation de contrôle

Avez-vous consulté un médecin concernant votre entorse après votre passage aux urgences ?

Si oui :

- Dans quel délai ?
- Quel était la spécialité de ce médecin ?

- Pour quelle raison l'avez-vous consulté ?

Si non, pourquoi ?

IV. Diagnostic

Vous a-t-on prescrit de nouveaux examens complémentaires ?

Si oui, lesquels ?

Y a-t-il eu une modification ou précision du diagnostic ?

V. Traitement

Y a-t-il eu une modification du traitement ? Si oui, qu'est-ce qui a changé ?

Avez-vous fait de la kinésithérapie ? A partir de combien de jours après le traumatisme ? Qui vous l'a prescrite ?

Si elle a été prescrite et non faite, quelle est la raison ?

VI. Reprise d'activités

Avez-vous été en arrêt de travail ou arrêt scolaire ? Si oui combien de temps ?

Avez-vous repris votre activité sportive au même niveau qu'avant le traumatisme ?

Combien de temps après le traumatisme ?

Avez-vous des symptômes persistants ?

ANNEXE 2 : CAHIER D'OBSERVATION



Devenir des patients après un passage aux urgences de Tourcoing pour une entorse de cheville

Étude CHEVILLE TOURCOING

Réf. Promoteur : 2019_23

CAHIER D'OBSERVATION (CRF)

Initiale du patient : |__| - |__|

(1^{ère} lettre du nom – 1^{ère} lettre du prénom)

Numéro du centre : |__|__|

Numéro patient : |__|__|__|

Date d'inclusion : |__|__| - |__|__| - |__|__|__|__|

Investigateur principal :

Dr Hacène MOUSSOUNI
Service d'Urgence et de SMUR
Centre Hospitalier de Tourcoing
155, rue du Président Coty
59200 Tourcoing
hmoussouni@ch-tourcoing.fr

Promoteur :

CHU de Lille
Direction de la Recherche et de l'innovation
2, Avenue Oscar Lambret
59037 Lille Cedex
Tél : 03 20 44 69 59

VERIFICATION DES CRITERES D'INCLUSION

CRITERES D'INCLUSION <i>Si un seul « non » est coché, la personne sera exclue de l'étude</i>	Oui	Non
Patient âgé de 15 à 55 ans au moment du diagnostic d'entorse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient ayant consulté pour un traumatisme de cheville comme motif principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient ressortant avec un diagnostic d'entorse de cheville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient acceptant de participer à l'enquête téléphonique réalisée à 6 semaines du passage aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient affilié à un régime de sécurité sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CRITERES DE NON INCLUSION <i>Si un seul « oui » est coché, la personne sera exclue de l'étude</i>	Oui	Non
Patient sous tutelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient privé de liberté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient atteint d'une pathologie psychiatrique non équilibrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient consultant à plus de 48h du traumatisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient présentant un diagnostic différentiel de l'entorse du LCL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Femme enceinte au moment du traumatisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient ne parlant pas français	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur atraumatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultation d'un médecin avant de se rendre aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DONNEES PATIENT

Date de naissance : |_|_|-|_|_|_|_| (MM-AAAA)

Âge : |_|_| ans

Sexe : Masculin Féminin

Données démographiques

Niveau sportif : Jamais Loisir Compétition

Profession² : sédentaire actif

Antécédent d'entorse : Oui Non

Antécédent de chirurgie de cheville : Oui Non

Données sur le traumatisme

Mécanisme précisé : Non Varus équin / varus pur Autre

Mode de survenue : Travail Vie quotidienne Sport

¹ Était considéré comme sportif un patient faisant du sport au moins une fois par semaine avant le traumatisme

² Le travail était considéré comme sédentaire ou actif de façon arbitraire par l'investigateur après description rapide du poste de travail par le patient

AUX URGENCES

Date de la visite : |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

Critères d'Ottawa précisés (au moins partiellement) : Oui Non

Réalisation de radiographies : Oui Non

Diagnostic de sortie précis³ : Oui Non

Si oui lequel ?

Traitement

Consignes de reconsultation données : Oui Non

De façon systématique : Oui Non

Dans quel délai :

Antalgie : Rien Paracétamol Pallier 2 AINS

Immobilisation : Aucune Orthèse Plâtre Botte de marche

Durée immobilisation préconisée :

Kinésithérapie évoquée : Oui Non

À débiter à quel moment : Immédiatement Plus tard

³ Un diagnostic était considéré comme précis si le faisceau ou le ligament atteint était indiqué

PARCOURS DE SOINS APRÈS LES URGENCES

Date de l'appel téléphonique : |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

Consultation de contrôle

Consultation de Contrôle ? Oui Non

Si non pourquoi ?

Dans un délai de 3 à 7 jours ? Oui Non

Quel délai précisément ?

Spécialité du médecin revu ?

- Médecin généraliste
- Médecin du sport
- Chirurgien
- Autre, préciser :

Motif de la reconsultation

- Symptômes persistants
- Consigne donnée par le médecin urgentiste
- Besoin d'obtenir un arrêt de travail
- Autre, préciser :

Diagnostic

Nouveaux examens complémentaires ?

- Non
- Radiographie
- Echographie
- Scanner
- IRM
- Autre, préciser :

Modification du diagnostic : Oui Non

Si oui, préciser :

Traitement

Modification du traitement ? Oui Non

Si oui qu'est-ce qui a été modifié ?

Prescription de kinésithérapie ? Oui Non

Prescripteur de la kinésithérapie : Médecin traitant Urgentiste Autre

Réalisation de la kinésithérapie ? Oui Non

A partir de combien de jours après le traumatisme ?

Si non pour quelle raison ?

Reprise d'activités

Reprise de l'activité professionnelle ou scolaire à 6 semaines ? Oui Non

Durée de l'arrêt de travail ou de l'absence scolaire :

Reprise activité sportive au même niveau qu'avant le traumatisme ?

Oui Non

Combien de temps après le traumatisme ?

Persistence de symptômes ? Oui Non

➤ **Précision :**

SORTIE D'ESSAI

Date de sortie : |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

Le patient est-il sorti prématurément de l'essai : Oui Non

Date de sortie prématurée d'essai : |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

Raisons :

- Évènement indésirable
- Retrait de la non-opposition du patient ou du parent du patient
- Perdu de vue
- Violation/Déviaton au protocole
- Décision médicale
- Décès, date : |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|
 - Décès en rapport avec l'étude : Oui Non

Cause(s) du décès :

.....
.....

- Autre :

FIN DE L'OBSERVATION

L'inclusion a-t-elle été complétée avec succès : Oui Non

Je certifie que les données reportées dans le présent cahier d'observation sont complètes et exactes.

Nom de l'investigateur :

Date : |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

Signature de l'investigateur

AUTEUR : Nom : ACCAOUI

Prénom : Paul

Date de soutenance : 30 avril 2020 à 18h

Titre de la thèse : Devenir des patients après un passage au service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Tourcoing pour une entorse de cheville

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : *Médecine*

DES + spécialité : *Médecine générale*

Mots-clés : *cheville ; entorse et foulure ; traumatismes de la cheville ; consultation médicale ; urgences ; kinésithérapie ; rééducation et réadaptation ; ligament latéral de la cheville ; articulation talocrurale*

Résumé :

Contexte : L'entorse latérale de cheville est une pathologie très fréquente. Pour limiter le risque de complications, une prise en charge rigoureuse est nécessaire. Après une courte période d'immobilisation, une réévaluation clinique dans la semaine suivant le traumatisme permet d'adapter le traitement. L'objectif principal de cette étude était de déterminer le taux de patients ayant bénéficié d'une consultation de contrôle dans les 3 à 7 jours suivant leur passage aux urgences du CH Tourcoing pour une entorse de cheville.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective avec inclusion prospective. Les patients présentant une entorse de cheville diagnostiquée aux urgences du CH Tourcoing entre le 1^{er} septembre 2019 et le 30 novembre 2019 étaient éligibles. Un appel téléphonique était donné 6 semaines après leur passage aux urgences. Il permettait de recueillir leur non-opposition orale et de leur soumettre un questionnaire. Les données étaient complétées par l'étude du compte-rendu des urgences.

Résultats : Sur les 174 patients éligibles, 116 ont été inclus. 19% (IC à 95% = [12,3 ; 27,3]) des patients ont bénéficié d'une consultation de contrôle dans les 3 à 7 jours. 65% ont bénéficié d'une consultation dans les 6 semaines. Cette consultation était plus fréquente quand le traumatisme avait lieu au travail ($p=0,042$) et quand les urgentistes délivraient des consignes de reconsultation ($p=0,035$). Le fait d'être sportif ou d'avoir un antécédent d'entorse n'avait pas d'influence. 36,2% des patients ont réalisé de la kinésithérapie. L'antécédent d'entorse ($p=0,029$), le niveau sportif ($p=0,037$), la survenue d'une consultation de contrôle ($p<0,001$) avait un impact sur la réalisation de la kinésithérapie. Sur les 76 patients ayant bénéficié d'une nouvelle consultation, 31,6% ont eu d'autres examens complémentaires, 13,2% ont eu une modification du diagnostic, 46,8% une modification thérapeutique. 60,6% des patients ont bénéficié d'un arrêt de travail ; la durée médiane des arrêts était de 14 jours. 46,9% des sportifs avaient repris leur activité à 6 semaines ; le délai médian d'arrêt était de 22 jours.

Conclusion : Le parcours de soins après passage aux urgences pour une entorse de cheville n'est pas optimal, seuls 19% des patients ont reconsulté suivant les recommandations. Une sensibilisation des médecins intervenant lors du parcours semble être un axe à travailler. La création de filières de consultations post-urgence pourrait être intéressante.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Julien GIRARD

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Monsieur le Docteur Nicolas LEROY

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Dany DELBERGHE