

Choisir
avec soin



SickKids



BLESSURES À LA CHEVILLE À FAIBLE RISQUE CHEZ L'ENFANT : DITES NON AUX RADIOGRAPHIES

**Une trousse à outils pour éviter les radiographies
inutiles chez les patients présentant des blessures à
la cheville à faible risque.**

Ne pas utiliser la radiographie de routine chez les enfants qui présentent les traumatismes aigus à la cheville et répondent aux critères d'un examen à faible risque.

Liste de recommandations de Choisir avec soin de SickKids (2016)

Recommandation n°5



Source d'inspiration pour cet outil

Les services d'urgence généraux et pédiatriques examinent très fréquemment des enfants ayant subi une blessure à la cheville. La grande majorité des lésions posent un faible risque : blessures des tissus mous (c.-à-d. des entorses) ou fractures sans importance clinique qui guérissent sans intervention particulière ni suivi orthopédique. La prise en charge des traumatismes latéraux à la cheville à faible risque consiste à prodiguer des soins de soutien associés à l'utilisation judicieuse de dispositifs amovibles de maintien de la cheville ou de béquilles. Pourtant, on envoie jusqu'à 95 % des patients présentant ce type de lésion subir une radiographie de la cheville¹. En réduisant le nombre d'exams d'imagerie inutiles, on évite d'exposer les enfants traités à des rayonnements ionisants et on leur prodigue des soins adéquats plus rapidement. De plus, on réduit l'utilisation des ressources hospitalières et on évite les interventions inutiles (comme la pose d'un plâtre, les consultations en orthopédie et les radiographies de suivi)¹⁻⁴. Les cliniciens craignent parfois de mécontenter le patient ou les parents s'ils renoncent à une radiographie de la cheville, mais les études indiquent qu'il n'en est rien⁵.

La recherche sur la *règle pour les blessures la cheville à faible risque* (Low-Risk Ankle Rule, ou LRAR) est solidement fondée : elle comprend une étude de dérivation et de validation et des études de suivi^{1-4,6}. Néanmoins, même dans notre établissement – où la LRAR a été mise au point –, nous avons constaté, avant notre intervention, un taux d'exams radiographiques excessif de 91 % pour les enfants présentant des blessures à la cheville. Nous avons entrepris des démarches pour réduire de 30 % les exams d'imagerie inutiles pour ces patients. Après un programme concerté de sensibilisation et la modification du flux de travail avec les dossiers médicaux électroniques (DME) existants, nous sommes parvenus à réduire durablement de 32 % le recours à l'imagerie pour les blessures à la cheville à faible risque. Aucun changement important n'a été noté dans les mesures d'équilibrage (durée médiane du séjour et taux de visites de suivi pour le même motif).

Cette trousse à outils a été rédigée conjointement par Dayae Jeong, Greg Harvey, Daniel Rosenfield, Kathy Boutis et Tania Principi, pédiatres et pédiatres urgentologues à l'Hôpital pour enfants malades.



Introduction

Cette trousse à outils a été conçue pour soutenir les interventions visant à réduire les radiographies de la cheville chez les patients qui présentent un faible risque de fracture significative sur le plan clinique. Elle est destinée aux urgentologues, aux médecins de famille, aux pédiatres et aux membres des professions paramédicales qui examinent des enfants atteints de blessures musculo-squelettiques dans un milieu de soins ambulatoires ou aigus.



L'outil est-il approprié à votre situation?

Cette trousse à outils vous convient si vous travaillez dans un cabinet ou un établissement recevant des enfants âgés de 3 à 16 ans qui présentent des lésions, des entorses ou des fractures à la cheville; elle est particulièrement avantageuse lorsque le taux d'examens d'imagerie est élevé. Elle vous sera également utile si vous travaillez dans un service des urgences qui reçoit des enfants, ou si vous travaillez dans un cabinet ou un centre de soins d'urgence dotés d'équipement de radiographie.



Éléments clés de l'intervention

Si le taux d'imagerie pour blessures pédiatriques à la cheville de votre établissement ou de votre centre de soins est élevé, les étapes suivantes vous permettront d'améliorer votre connaissance de la LRAR et d'adopter des stratégies pour diminuer les radiographies inutiles chez les patients à faible risque, tout en améliorant les soins.

- 1) Mettre en place une direction de projet efficace et mobiliser les principaux groupes de parties prenantes
- 2) Connaître les pratiques de prescription de radiographies ayant cours dans votre établissement
- 3) Introduire des mesures éducatives à propos de la LRAR
- 4) Automatiser l'application de la LRAR
- 5) Assurer l'accès à des ressources conviviales pour les patients et les familles

1. Mettre en place une direction de projet efficace et mobiliser les principaux groupes de parties prenantes

La première étape consiste à former un groupe de travail qui mènera à bien l'intervention. Les exigences en matière de direction de projet étant relativement minimales; un seul champion devrait suffire pour l'établissement. Toutefois, le soutien des parties prenantes dans des départements ciblés est essentiel pour adopter et faire avancer le projet.

Nous recommandons de chercher à mobiliser ces parties prenantes :

- Le personnel qui prodigue des soins aux patients pédiatriques présentant des traumatismes aigus, notamment les médecins, les adjoints au médecin, les infirmières praticiennes, les techniciens orthopédiques, etc.
- Le personnel qui collabore à la gestion du travail et du flux de patients dans la clinique ou le service où se présentent ces patients.
- Le service d'imagerie diagnostique (ID) de votre établissement ou d'une clinique voisine, afin d'assurer un changement fiable du processus de prescription de radiographies.
- Les patients, les familles et les soignants qui se présentent dans votre établissement.

Si vous travaillez dans un établissement plus grand, vous pouvez également envisager de faire appel aux personnes suivantes :

- Le service des technologies de l'information (TI) ou de l'analyse, qui peuvent vous assister dans l'extraction des données, la modification des ordonnances et l'application de tous les changements nécessaires dans la solution de DME, le cas échéant.
- Le service des communications, s'il est disponible, pour concevoir ou adapter le matériel didactique et promotionnel.
- Le conseil consultatif des familles, s'il y en a un, pour fournir un avis sur le matériel didactique.

Il est possible de favoriser l'atteinte d'un consensus entre les parties prenantes en leur présentant la recherche approfondie qui sous-tend la LRAR. Pour aller à l'essentiel, on se concentrera sur les résultats axés sur le patient obtenus grâce à cette règle, comme la diminution de l'exposition aux rayonnements, de la durée du séjour et des visites de suivi inutiles, le tout sans réduire la satisfaction ou les résultats du patient. On sait que la LRAR permet de diminuer les coûts des soins de santé, mais cela ne devrait pas être l'argument central de la discussion. Par ailleurs, il est essentiel que les fournisseurs de soins de première ligne appuient le plan d'intervention, ce qui peut poser problème pour les adeptes d'une pratique « vigilante ». Il faudra parfois communiquer avec eux individuellement.

Pour maintenir l'élan, il est judicieux d'envoyer au groupe des rétroactions régulières avec des mises à jour transparentes sur les succès et les échecs.

2. Connaître les pratiques de prescription de radiographies ayant cours dans votre établissement

Il est important de connaître les raisons pour lesquelles votre établissement a un taux élevé de prescription de radiographies pour les patients pédiatriques présentant des blessures à la cheville. Il faudra peut-être adapter les stratégies visant à réduire les examens d'imagerie dans votre centre pour tenir compte des facteurs locaux.

Pour ce faire, vous pouvez poser les questions suivantes à vos parties prenantes :

- Qui sont les fournisseurs de soins de santé responsables de la prise en charge de ces patients? Il peut s'agir de médecins, d'adjoints du médecin, d'infirmières praticiennes, d'infirmières – s'il existe une directive médicale relative aux radiographies –, ou d'apprenants.
- Est-ce qu'une proportion élevée des radiographies de la cheville prescrites par votre département ou votre établissement sont normales ou montrent des fractures ne nécessitant pas une intervention clinique? Le service d'ID devrait être particulièrement bien placé pour répondre à cette question.
- Quels facteurs essentiels conduisent à la prescription de radiographies même lorsque la probabilité d'une fracture importante sur le plan clinique est faible? Il pourrait s'agir du souci de ne pas mécontenter le patient ou les parents, d'une crainte de ne pas détecter une fracture, d'un manque de familiarité avec les lésions musculo-squelettiques pédiatriques, etc.
- Les fournisseurs de soins de santé que vous avez ciblés connaissent-ils ou utilisent-ils déjà la LRAR? Quelle est leur opinion à ce sujet?
- Les fournisseurs de soins de santé que vous avez ciblés connaissent-ils ou utilisent-ils déjà d'autres règles relatives aux blessures pédiatriques à la cheville?
- Les parties prenantes pensent-elles qu'une réduction du nombre de radiographies de la cheville est possible sans porter atteinte à la qualité des soins aux patients?

Si les réponses à ces questions tendent à indiquer que les fournisseurs connaissent mal la LRAR ou ne sont pas à l'aise de l'appliquer pour le moment, la prochaine étape consiste à mettre en œuvre des stratégies éducatives à son sujet.

3. Introduire des mesures éducatives à propos de la LRAR

Tout d'abord, il est important d'informer le groupe clinique du contexte de la campagne, notamment de son bien-fondé, des incitations pour faire évoluer la pratique (amélioration des soins aux patients et réduction des coûts des soins de santé) et du rôle de la LRAR. Cette sensibilisation peut prendre la forme de courriels, mais aussi de séances en petits groupes ou de réunions de division. Lors de ces activités, vous pouvez présenter les paramètres d'application de la LRAR : les enfants en bonne santé âgés de 3 à 16 ans présentant une sensibilité limitée à l'extrémité distale de la fibula et/ou des ligaments latéraux adjacents

distaux par rapport à la ligne articulaire tibiale antérieure n'ont pas besoin de radiographie de la cheville et peuvent être traités uniquement par des soins de soutien, à condition d'avoir subi au préalable un examen complet de la cheville¹. Il faut rassurer les cliniciens en leur mentionnant que les recherches démontrent qu'aucune lésion majeure ne peut passer inaperçue en utilisant une telle approche. Comme les cliniciens connaissent généralement mieux la règle d'Ottawa pour la cheville; il est important d'aborder explicitement la principale différence, soit l'absence d'obligation de mise en charge et la réduction des radiographies⁸.

Une fois la campagne lancée, il importe de recourir également aux outils de soutien : affiches dans les zones cliniques pertinentes ou sur les écrans de veille d'ordinateurs ([voir l'exemple à l'annexe 1](#)), soutien individuel pour l'application de la LRAR, séances de mise à niveau et courriels de rappel. Une autre stratégie efficace consiste à faire des vérifications accompagnées d'une rétroaction pour que les professionnels puissent comparer leurs propres pratiques de prescription d'examen d'imagerie à celles de leurs pairs.

4. Automatiser l'application de la LRAR

Après l'étape de sensibilisation, il est crucial de lever les obstacles à l'application de la LRAR pour assurer le succès de l'intervention. Une tactique consiste à intégrer la LRAR dans le processus de prescription de radiographies pour un traumatisme à la cheville chez l'enfant. Ce processus peut être appliqué dans tous les établissements, qu'ils utilisent des ordonnances papier ou qu'ils aient informatisé la saisie des ordonnances des médecins (système CPOE en anglais). Dans notre établissement, nous avons d'abord automatisé la LRAR en créant une nouvelle ordonnance d'examen physique obligatoire pour les traumatismes à la cheville en pédiatrie ([annexe 2](#)). Nous sommes ensuite passés à un système de CPOE, et des modifications équivalentes et obligatoires ont été apportées à l'ordonnance électronique pour les radiographies de la cheville ([annexe 3](#)). Il est important de permettre aux fournisseurs de soins de prescrire des radiographies de la cheville pour un patient, même si ce dernier répond aux critères de risque faible. Toutefois, il faudra saisir les motifs de la prescription afin de pouvoir l'analyser plus en détail.

Le flux de travail doit être géré attentivement en collaboration avec le service d'imagerie diagnostique afin de colmater les failles dans le processus. Les technologues en radiologie devraient également pouvoir appeler le clinicien qui a prescrit une radiographie sans en indiquer la raison et sans se conformer à la LRAR. Il est également possible d'adopter une politique empêchant les technologues d'effectuer les radiographies sans un formulaire de demande rempli. Les intervenants de l'équipe d'imagerie diagnostique contribueront à la réussite du projet en signalant au groupe de travail élargi les cas où la LRAR a été ignorée ou mal appliquée.

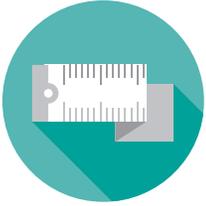
Dans un contexte où on utilise une solution de DME, un modèle de documentation propre aux blessures pédiatriques à la cheville permettra de réaffirmer l'application de la LRAR.

Dans les établissements qui énoncent des directives médicales pour les radiographies de la cheville, les personnes qui appliquent ces directives doivent impérativement connaître la LRAR et détenir les compétences nécessaires pour effectuer un examen de la cheville et appliquer la règle. Il faut également veiller à ce que, lors d'un tel processus, on utilise les ordonnances de radiographies modifiées susmentionnées.

5. Assurer l'accès à des ressources conviviales pour les patients et les familles

Enfin, les patients et les familles doivent être informés de l'application de la LRAR, être rapidement mis au courant du raisonnement sous-jacent et, idéalement, recevoir au moment du congé des informations pertinentes sur la blessure à faible risque. Les familles manifestent parfois une certaine surprise lorsqu'on leur dit qu'une radiographie n'est pas nécessaire, mais elles comprennent généralement cette décision si elles en sont informées d'entrée de jeu et si on leur dit qu'on évite ainsi une exposition aux rayonnements et qu'il n'y aura aucune différence dans la prise en charge. Qui plus est, les études de suivi pour évaluer la LRAR n'indiquent aucune diminution de la satisfaction des patients ou des parents, et des études similaires menées auprès des adultes n'ont pas montré une diminution de la satisfaction en l'absence de radiographies^{2,7}.

La documentation fournie aux parents lors du congé doit faire état des attentes en matière de blessures, indiquer les moyens de soulager la douleur et préciser clairement les motifs justifiant un retour à l'établissement si les symptômes ne cadrent pas avec les schémas normaux pour une blessure à faible risque. Une formation appropriée des patients sur la prise en charge des blessures à la cheville donne confiance aux familles, qui se sentent alors capables de s'occuper de la blessure de leur enfant. Elle permet aussi de réduire les visites répétées pour ces blessures fréquentes. L'Hôpital pour enfants malades propose plusieurs documents éducatifs gratuits à l'intention des patients sur le site « AboutKidsHealth », dont un document sur les blessures de la cheville à faible risque ([annexe 4](#)).



Évaluer l'efficacité de l'intervention

1. Choisir des indicateurs

Choisissez des indicateurs de résultats, de processus et de pondération qui vous permettront d'évaluer l'efficacité de votre intervention. Ces indicateurs peuvent être mesurés toutes les deux semaines ou tous les mois, selon le nombre d'enfants vus dans votre cabinet ou votre établissement, et leurs résultats seront transmis régulièrement à l'équipe clinique pour information et commentaires. N'oubliez pas qu'il ne vous faut qu'un petit échantillon de dossiers (10 à 20) pour faire la vérification à chaque fois et que vos données n'ont pas besoin d'être exhaustives.

I. Indicateurs de résultats :

Il s'agit des améliorations essentielles ou des objectifs finaux que vous essayez d'atteindre.

- a. Proportion de patients en bonne santé âgés de 3 à 16 ans qui se présentent avec un traumatisme aigu de la cheville et subissent une radiographie.
- b. Pourcentage de radiographies de la cheville considérées comme « négatives ».

II. Indicateurs de processus :

Ces indicateurs permettent de vérifier que les volets de l'intervention fonctionnent comme prévu.

- a. Proportion des membres du personnel ayant participé à des séances de formation.
- b. Proportion des patients en bonne santé âgés de 3 à 16 ans qui subissent une radiographie de la cheville prescrite au moyen de l'ordonnance prévue à cet effet.
- c. Proportion des patients âgés de 3 à 16 ans présentant une blessure à la cheville et pour lesquels l'application de la LRAR est mentionnée dans les notes cliniques.
- d. Proportion des patients pour lesquels le modèle de DME mis au point pour les blessures à la cheville est utilisé (si la documentation se fait par voie électronique).

III. Indicateurs de pondération :

Ces indicateurs permettent de vérifier si l'intervention a des conséquences non prévues.

- a. Taux de retour aux urgences dans les 72 heures pour le même motif.
- b. Taux de fractures significatives sur le plan clinique non détectées.
- c. Taux de consultation à la clinique orthopédique ou à la clinique de fracture.
- d. Durée du séjour des patients qui se présentent dans un établissement de soins aigus (c'est-à-dire au service des urgences).

2. Établir un objectif

Fixez un objectif réalisable en fonction de l'issue principale à l'étude et des taux d'imagerie avant le début de l'intervention. Il peut être indiqué de définir l'objectif selon la méthode SMART – spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et limité dans le temps. Dans le cas de notre intervention, notre objectif était de réduire le taux de radiographie de la cheville de 30 % par rapport aux valeurs de référence chez les patients âgés de 3 à 16 ans présentant un traumatisme aigu à la cheville. Il vaut mieux énoncer l'objectif en termes d'amélioration absolue plutôt que d'amélioration relative, car les équipes ont alors un objectif numérique précis à atteindre.

3. Déterminer une méthode de collecte des données

Examen des dossiers : Si les données servant aux mesures ne peuvent être extraites de la solution de DME ou d'autres rapports de l'hôpital afin d'obtenir des données de base permettant de suivre les progrès réalisés, envisagez d'examiner des échantillons représentatifs de dossiers de patients qui comportent comme motif principal de consultation « blessure à la cheville » ou d'autres termes de triage synonymes qui englobent les divers traumatismes aigus à la cheville (p. ex., blessure au membre inférieur). L'examen d'un nombre limité de dossiers permet également de préciser les facteurs qui poussent les médecins à prescrire des radiographies non indiquées par la LRAR (comme la préférence des parents ou le mécanisme). Procédez à une sélection aléatoire parmi les dossiers consultables afin que les résultats ne soient pas biaisés par les pratiques particulières des fournisseurs.

4. Mesurer la progression vers l'objectif

Il est utile de suivre l'évolution des mesures clés au fil du temps, comme la proportion mensuelle de patients âgés de 3 à 16 ans qui subissent une radiographie pour un traumatisme aigu à la cheville. On peut d'ailleurs créer un graphique simple à l'aide d'un logiciel comme Excel⁹. L'équipe sera ainsi en mesure de vérifier si les efforts d'amélioration aboutissent à un changement. Si les efforts initiaux ne débouchent pas sur des progrès suffisants, continuez à vous attaquer aux obstacles et à mettre en place d'autres changements. Les cycles planifier-exécuter-étudier-agir constituent une stratégie efficace pour tester plusieurs modifications afin d'atteindre un objectif.



Maintenir le succès initial de l'intervention

En matière de soins des blessures pédiatriques à la cheville, une forte sensibilisation initiale, un cheminement clinique défini pour la prescription de radiographies de la cheville et des documents éducatifs facilement accessibles peuvent contribuer à susciter un changement de culture durable. Ainsi, alors que les praticiens commencent à intégrer la règle à leurs évaluations, la prise en charge des blessures de la cheville en pédiatrie tenant compte des caractéristiques propres à cette population passe dans la culture de l'établissement.

Le changement de pratique sera consolidé par :

- l'examen régulier d'un échantillon représentatif de dossiers ou l'examen des données des DME (tous les mois, ou plus rarement si les taux se maintiennent) pour suivre les tendances du taux de radiographie et voir s'il faut pratiquer ou non un renforcement éducatif, selon les résultats obtenus;
- la présence continue d'affiches sur la LRAR dans les endroits clés où la prise en charge clinique de ces patients est la plus fréquente;
- la sensibilisation des fournisseurs de services d'urgence qui connaissent peut-être mal la règle parce qu'ils viennent d'être engagés ou qu'ils voient peu de patients présentant ces blessures;
- l'inclusion annuelle de la LRAR dans le programme des tournées éducatives;
- le maintien de la procédure de prescription de radiographies en collaboration avec l'équipe d'imagerie diagnostique et son adaptation en cas de modification systématique majeure (p. ex., l'adoption d'un dossier médical électronique).

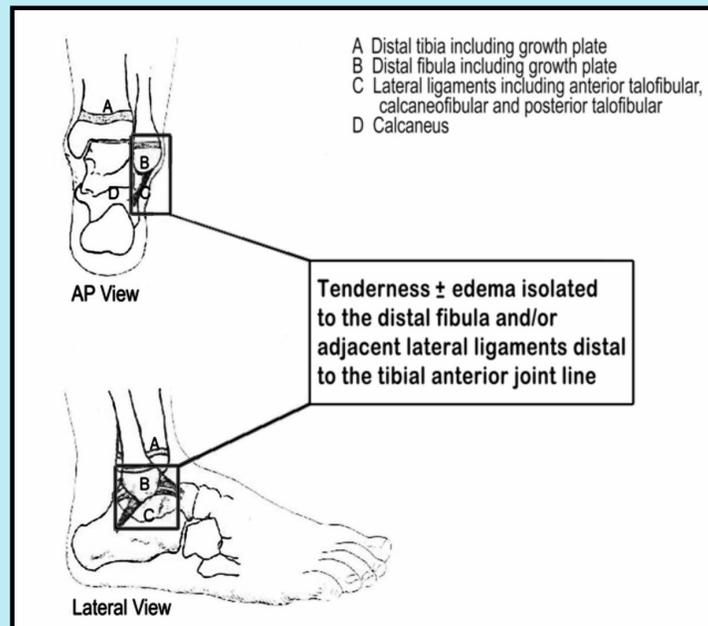


Références

- 1) Boutis, K., Komar, L., Jaramillo, D. et coll. Sensitivity of a clinical examination to predict the need for radiography in children with ankle injuries: a prospective study. *Lancet*. 2001; vol. 358 : p. 2118-2121.
- 2) Boutis, K., Grootendorst, P., Willan, A. et coll. Effect of the Low Risk Ankle Rule on the frequency of radiography in children with ankle injuries. *CMAJ*. 2013; vol. 185, n° 15 : p. E731-E738.
- 3) Boutis, K., Willan, A. R., Babyn, P. et coll. Randomized, controlled trial of a removable brace versus casting in children with low risk ankle fractures. *Pediatrics*. 2007; vol. 119 : p. e1256-e1263.
- 4) Boutis, K., Constantine, E., Schuh, S. et coll. Pediatric emergency physician opinions on ankle radiograph clinical decision rules. *Acad Emerg Med*. 2010; vol. 17 : p. 709-717.
- 5) Barnett, P. L., Lee, M. H., Oh, L. et coll. Functional outcome after air-stirrup ankle brace or fiberglass backslab for pediatric low-risk ankle fractures: a randomized observer-blinded controlled trial. *Pediatr Emerg Care*. 2012; vol. 28 : p. 745-749.
- 6) Gravel, J., Hedrei, P., Grimard, G. et coll. Prospective validation and head-to-head comparison of 3 ankle rules in a pediatric population. *Ann Emerg Med*. 2009; vol. 54 : p. 534-540.
- 7) Stiell, I. G., Wells, G. A., Vandemheen, K. L. et coll. The Canadian C-spine rule for radiography in alert and stable trauma patients. *JAMA*. 2001; vol. 286 : p. 1841-1848.
- 8) Stiell, I. G., Greenberg, G. H., McKnight, R. D. et coll. A study to develop clinical decision rules for the use of radiography in acute ankle injuries. *Ann Emerg Med*. 1992; vol. 21 : p. 384-390.
- 9) Perla, R. J., Provost, L. P., Murray, S. K. The run chart: a simple analytical tool for learning from variation in healthcare processes. *BMJ Quality & Safety*. 2011; vol. 20 : p. 46-51.

Annexe 1. Affiche sur la règle pour les blessures à la cheville à faible risque

Low Risk Ankle Rule



X-ray is NOT needed
with lateral isolated tenderness or swelling

Rule only applies if:

**Patient is 3 to
16 years old**

**Acute injury
(<72 hours)**

**Whole ankle
is examined**

Annexe 2. Formulaire d'ordonnance de radiographie de la cheville (imagerie diagnostique)

Formulaire à remplir pour toutes les prescriptions d'imagerie aux urgences pour la cheville (en dehors des scénarios de traumatisme).

	<p style="text-align: right;">APP. DATE: _____</p> <p>Name: _____ Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F HSC# _____ OHIP Health Card # _____ Date of birth: _____ Address: _____ City: _____ Province: _____ Postal code: _____ Parent / guardian: _____ Telephone: _____ Registration # _____ ADDRESSOGRAPH _____</p>	
<h3>Request for Diagnostic Imaging</h3>		
<p>For MRI – Please complete Request for MRI Form For IGT – Please complete Request for IGT Form See reverse for the Modality contact information</p>		
<p>1. Sedation / GA: Will the patient be able to be cooperative and remain still for this exam? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If not, the patient may require sedation or general anesthesia. See reverse of this form for guidelines.</p>		
<p>Patient weight _____ kg Height _____ cm Age: _____</p>		
<p>2. Exam requested <input checked="" type="checkbox"/> X-Ray <input type="checkbox"/> GI-GU <input type="checkbox"/> Ultrasound <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Nuclear Medicine</p> <p><input type="checkbox"/> LEFT <input type="checkbox"/> RIGHT Ankle AP, Lateral and Mortise Views</p>		
<p>3. History and indications for exam (working or known diagnosis, symptoms, clinical findings)</p> <p><input type="checkbox"/> "I have reviewed the Low Risk Ankle Rule and this child does NOT meet criteria. An X-ray is necessary to rule-out a high risk injury." <input type="checkbox"/> "I have reviewed the Low Risk Ankle Rule and this child does meet criteria. But an X-ray is necessary because: _____ _____ _____</p>		
<p>4. Additional relevant history and comments (previous reaction to contrast, allergies, isolation, cardiac anomaly, special positioning, etc.)</p>	<p>5. Preferred date of exam: _____ Reasons for the preferred date: _____</p>	
<p>6. Referring physician First name: _____ Last name: _____ Department: _____ Address: _____ Fax #: _____ Contact numbers: 1. _____ 2. _____</p>		
<p>7. Ordering clinician Signature: _____ Print name: _____ Please print SickKids STAFF physician name: _____ Date: _____ Time: _____</p>		
<p>Incomplete, illegible or inaccurate forms will be returned to you, resulting in a delay in obtaining an appointment.</p>		
<p>DI USE ONLY Patient pregnant Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/></p>		
<p>Comments:</p>		
<p>Urgency</p> <p><input type="checkbox"/> Emergent (<24 hours) <input type="checkbox"/> Inpatient or Urgent (<2 days) <input type="checkbox"/> Semi-Urgent (<10 days) <input type="checkbox"/> Elective <input type="checkbox"/> Specified time procedure</p> <p>Radiologist's initials: _____</p>	<p>Protocol:</p> <p>Technologist initials: _____ Radiologist initials: _____</p>	<p>Booking</p> <p>Date received: _____ Appt. date: _____ Appt. time: _____ Arrival time: _____ Referring MD notification date: _____ Family notification date: _____</p>
<p>05983/D112 (Rev. Sep 8, 2015)</p>		

Annexe 3. Formulaire électronique de prescription de radiographie de la cheville

Intégration de la LRAR dans le formulaire électronique de prescription de radiographie de la cheville, attestation de revue de la LRAR requise pour signer l'ordonnance.

X-Ray Ankle RIGHT 3 Views Accept Cancel

Frequency: Once

Starting: Today Tomorrow At:

First Occurrence: **Today 1103**

Scheduled Times

21/01/21 1103

Priority <4 Hours Emergent (<24 Hours) Urgent (48 Hours) Elective

I have already spoken to a radiologist I have already spoken to a radiologist I will speak to a radiologist ASAP X-ray order exempted

Reason for Exam:

Portable procedure required? Yes No

Referring Physician personal Phone / Pager

Low Risk Ankle Rule Review

Comments:
- Otherwise healthy child over 3 years of age
- Acute injury in past 72 hours
- Tenderness and swelling isolated to the distal fibula or adjacent lateral ligaments distal to the tibial anterior joint line
If Low Risk Ankle Rule applies then there is generally no need for ankle x-rays.

Annexe 4. Document sur les traumatismes [mineurs à la cheville](#) par AboutKidsHealth (Hôpital pour enfants malades)

Entorses de la cheville

Ankle sprains [French]

Par le personnel de l'hôpital SickKids | Dernières mises à jour: November 16th 2009

Une entorse à la cheville se produit lorsqu'on étire ou déchire le ligament de la cheville. Voyez quels sont les symptômes associés aux entorses à la cheville, ainsi que la façon de les soigner et de les prévenir.

À retenir

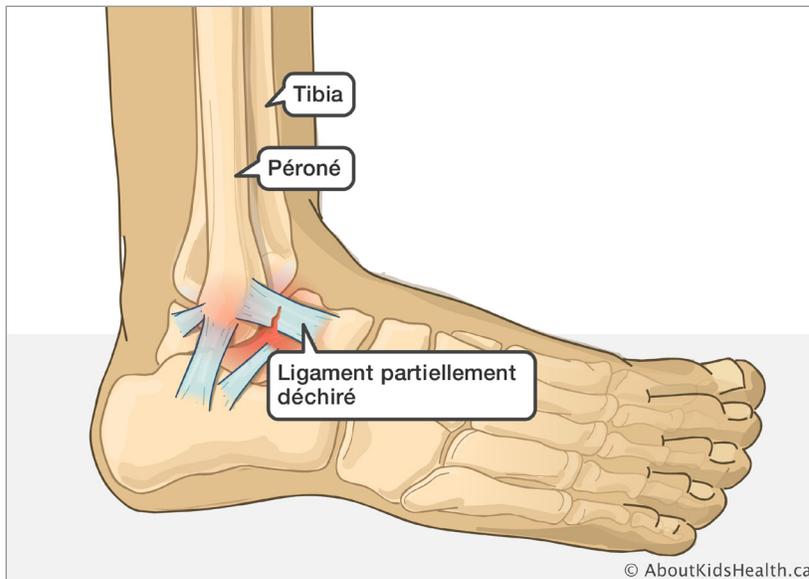
- Les blessures à la cheville peuvent engendrer de la douleur et de l'enflure.
- La guérison nécessite du temps et de la patience.
- Les exercices améliorent la guérison de la cheville.
- On conseille de faire examiner les blessures graves par un médecin qui connaît bien les blessures liés aux os et aux articulations.
- Une reprise précipitée des activités sportives pourrait engendrer des problèmes de cheville à long terme.

Qu'est-ce qu'une entorse de la cheville?

Une entorse de la cheville est l'étirement de l'un ou de plusieurs des ligaments qui sont attachés aux os de la cheville. Dans les cas les plus graves, les ligaments sont déchirés. Les ligaments ressemblent à des bandes élastiques. Ils sont attachés aux os et permettent aux articulations de bouger.



Entorse de la cheville



Une entorse de la cheville est une blessure qui touche les petits ligaments de la cheville. Une entorse se produit lorsqu'on se tord le pied vers l'extérieur au moment d'une chute.

Les entorses de la cheville sont courantes chez les enfants. Votre enfant peut se tordre la cheville en faisant du sport ou en atterrissant sur un pied d'une façon inhabituelle.

Les entorses se produisent habituellement dans la région extérieure de la cheville à la suite d'une torsion de la cheville vers l'intérieur. Une entorse peut également se produire lorsqu'on se tord la cheville vers l'extérieur.

Il s'agit d'une blessure légère si le ligament n'est seulement qu'étiré et si la cheville n'est que légèrement enflée. Cependant, lorsque le ligament est déchiré et que l'enflure est plus importante, il s'agit d'une blessure grave.

Signes et symptômes d'une entorse de la cheville

Un enfant qui a subi une entorse pourrait se plaindre :

- d'avoir de la difficulté à marcher
- d'éprouver une douleur modérée à aiguë
- de ne pas pouvoir bouger sa cheville comme avant

Voici d'autres signes qui pourraient se manifester :

- enflure et bleus (contusions) sur le devant et les côtés de la cheville
- les régions autour des os sont sensibles au toucher
- les proéminences osseuses sont peu ou pas sensibles au toucher

Traiter une entorse à la cheville

Si la cheville est stable et si les os ne sont ni sensibles au toucher ni douloureux, vous pouvez prendre soin de votre enfant à la maison. Contentez-vous de téléphoner au médecin de votre enfant.

Si l'articulation n'est pas stable et si votre enfant éprouve une douleur importante ou si les os sont sensibles au toucher, un médecin devra examiner votre enfant. Ce dernier effectuera des tests pour déterminer quels sont les dommages à la cheville.

Prendre soin de votre enfant à la maison

Repos, glace, compression, élévation de la jambe

Pendant les premières 24 heures, assurez-vous que la cheville soit au repos.

Lorsque votre enfant est éveillé, placez des blocs réfrigérants sur la région enflée ou douloureuse pendant 30 minutes toutes les 4 heures, et ce, pendant 3 jours.

Surélevez la cheville de sorte qu'elle se trouve au-dessus du niveau du cœur afin de réduire l'enflure.

Ibuprofène, bandages de soutien et béquilles

Votre médecin pourrait vous conseiller de donner de l'ibuprofène (Advil, Motrin ou autres marques) à votre enfant afin de soulager la douleur et de réduire l'enflure.

Des bandages de soutien ou des attelles peuvent réduire l'enflure et prévenir d'autres blessures à la cheville.

Si votre enfant a de la difficulté à marcher, il pourrait utiliser des béquilles.

Exercices de renforcement

Si votre enfant a subi une entorse mineure, il pourrait commencer à faire des exercices pour la cheville dans les 48 heures qui suivent la blessure. L'un des exercices consiste à bouger la cheville selon son amplitude de mouvement naturelle en la fléchissant vers l'arrière, vers l'avant,

vers l'intérieur et vers l'extérieur. Afin d'améliorer l'équilibre, il est important de se tenir debout sur la jambe blessée. L'utilisation de poids légers et des séances de marche facile accélèrent le processus de guérison.

Une amélioration peut prendre plus de 2 semaines, et une guérison complète peut prendre jusqu'à 10 à 12 semaines.

Reprendre les activités sportives

Votre enfant peut reprendre ses activités sportives lorsque sa cheville a recouvré son amplitude de mouvement complète ainsi que toute sa force. Vous pouvez vérifier la force de la cheville en demandant à votre enfant de sauter 5 fois sur la jambe blessée. Vérifiez si votre enfant affiche des signes de douleur ou d'instabilité pendant qu'il saute. Voyez également si votre enfant peut courir aisément en faisant un petit zigzag.

Si votre enfant reprend ses activités sportives trop tôt, cela pourrait augmenter les risques d'endommager sa cheville davantage. Si la guérison n'est pas complète, votre enfant pourrait avoir des problèmes à long terme. Des exercices d'échauffement et une petite attelle peuvent prévenir d'autres blessures à la cheville. Avant de reprendre des activités sportives très compétitives, il pourrait être avisé de consulter un médecin spécialiste de la médecine sportive.

Quand faut-il obtenir aller voir un médecin?

Si votre enfant a beaucoup de difficulté à marcher et s'il éprouve une douleur continue après 48 heures, consultez le médecin de nouveau. D'autres exercices et de la physiothérapie (kinésithérapie) pourraient s'avérer nécessaires.

[Please visit AboutKidsHealth.ca](https://www.aboutkidshealth.ca) for more child health information.

©2019 The Hospital for Sick Children

Auteurs de la trousse

Dayae Jeong, M.D.

Résidente en pédiatrie, Université de Toronto

Gregory Harvey, M.D., FRCPC

Pédiatre urgentologue, Hôpital pour enfants malades
Professeur adjoint, Université de Toronto

Daniel Rosenfield, M.D., MHI, FRCPC

Pédiatre urgentologue, Hôpital pour enfants malades
Professeur adjoint, Université de Toronto

Kathy Boutis, M.D., M. Sc., FRCPC

Pédiatre urgentologue, Hôpital pour enfants malades
Professeure titulaire, Université de Toronto

Tania Principi, M.D., M. Sc., FRCPC

Pédiatre urgentologue, Hôpital pour enfants malades
Professeure adjointe, Université de Toronto

Évaluateurs de la trousse

**Samuel Campbell, M.B., B. Ch., CCFP(EM), FCFP,
Dip PEC(SA), FCCHL, FRCP(Edin)**

Directeur de recherche, Centre des sciences de la santé Queen Elizabeth II
Professeur, Département de médecine d'urgence, Université Dalhousie

Jennifer Thull-Freedman, M.D., M. Sc., Dip. ABP

Directrice médicale responsable de la qualité et de la sécurité
Pédiatre urgentologue, Hôpital pour enfants de l'Alberta
Professeure de clinique agrégée, Université de Calgary



www.choisiravecsoin.org



info@ChoisirAvecSoin.org



Cet outil de Choisir avec soin est protégé par une licence Creative Commons (Attribution 4.0 licence internationale – Non commerciale – Non modifiable). Pour voir une copie de la licence, visitez www.creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/.