Université Joseph Fourier GRENOBLE MEDECINE

SICD1 Bibliothèques de l'UJF et de Grenoble INP

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année 2015

Arthralgies aiguës aux Urgences en Nouvelle-Calédonie : Quelle épidémiologie ?

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Claire CHEVELLE

Née le 30/04/1986 à Troyes

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 10 avril 2015

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Présidente du jury : Mme le Professeur Laurence BOUILLET

Membres :

M. le Professeur Philippe GAUDIN

M. le Professeur Olivier EPAULARD

M. le Docteur Olivier MARCHAND

Directrice de thèse : Mme le Docteur Cécile CAZORLA

Année 2014-2015

Enseignants à l'UFR de médecine

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
PU-PH	BETTEGA Georges	Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
MCU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie-Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

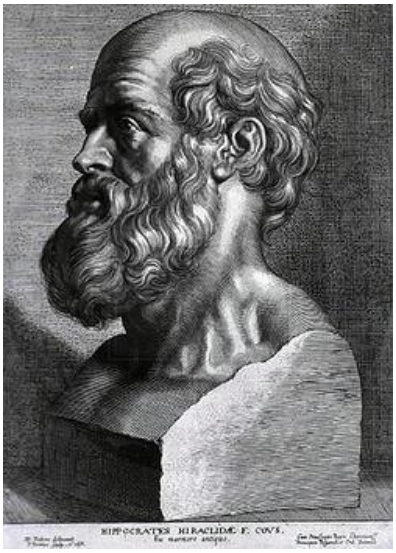
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	DE GAUDEMARIS Régis	Médecine et santé au travail
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
MCU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GODFRAIND Catherine	Anatomie et cytologie pathologiques (type clinique)
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile

MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation

PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU-PH	LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine	Physiologie
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	chirurgie générale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MACHECOURT Jacques	Cardiologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MCLEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie

MCU-PH	MOUCHET Patrick	Physiologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
MCU-PH	RAY Pierre	Génétique
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET J. Paul	Ophtalmologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales

PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie



Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

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

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

Au Professeur Laurence BOUILLET, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse

Au Professeur Philippe GAUDIN et au Professeur Olivier EPAULARD pour avoir accepté de juger ce travail et pour le temps que vous avez bien voulu y consacrer

Au Docteur Olivier MARCHAND pour avoir accepté de juger mon travail et pour la richesse humaine et médicale de mon premier stage en Médecine générale

Au Docteur Cécile CAZORLA, pour m'avoir fait l'honneur d'être ma directrice de thèse, pour son engagement pour les patients et la médecine, pour sa disponibilité malgré les difficultés du service et pour sa bienveillance

A Monsieur Philippe CORSENAC, pour sa sympathie, sa disponibilité et l'aide qu'il m'a apportée dans la mise en place de l'étude et dans la réalisation des statistiques

A Madame Shirley GERVOLINO du service informatique, à Madame Marie José CONSTANS du centre de documentation, à Christine et Aurélie du secrétariat de médecine interne, pour l'aide précieuse que chacune m'a apportée

A tous les médecins qui m'ont accompagnée dans mes stages d'interne (Dr Chermand, Dr Rey, l'équipe de diabétologie d'Annecy, l'équipe de dermatologie de Grenoble, l'équipe de pédiatrie et celle des urgences de Chambéry, l'équipe de Médecine interne de Nouméa, et bien sûr l'équipe du Dispensaire de Wé à Lifou), merci pour tous les enseignements que vous m'avez apportés, empreints de bienveillance

A ma sœur, pour ces rêves d'ailleurs partagés, pour son soutien tout au long de ce travail et bien au-delà

A ma mère pour ses attentions précieuses, toujours présente malgré la distance

A mon père pour m'avoir supportée à la maison pendant ces derniers mois !

A Marie-Pierre pour ses conseils avisés

A mes deux frères, pour leur joie de vivre leur vie qu'ils me font partager

A mes grands-parents, que j'aime très fort, pour les recettes partagées avec Mamy et les belles balades avec Papy

A mes oncles, tantes et cousins, pour m'avoir fait partager leur passion des voyages autour du globe, et pour ces moments trop rares mais pleins de bonheur lors des retrouvailles

A ma marraine, à mon parrain, à ma famille anglaise, loin des yeux mais près du cœur

A mes copains de toujours Jane-Lise, Béné, Agnès, Mathilde, Pascal, Marie-Clotilde et PJ! Merci d'être toujours là pour partager les moments difficiles comme les meilleurs ! Vive les balades à vélo, les chansons à tue-tête et les fous rires !

A mes copines de fac, Caro et Elise, pour ces années sur les bancs ponctuées de précieuses confidences !

A Anaëlle pour ce partage de l'amour du voyage et nos expériences de cheftaines !

A Alice et Sam pour votre simplicité, votre générosité et les franches rigolades !

A tous ceux que j'ai eu le bonheur de rencontrer pendant mon internat : l'équipe inséparable du premier semestre, l'équipe qui ne se laisse pas abattre du « dernier service du soir » de l'internat de Grenoble, la chouette équipe de l'internat de Chambéry et des urgences, la folle équipe de pédiatrie…, et en particulier à :

A Alex et Cécé pour ces bons moments en montagne ou autour d'un bon repas !

A Sarah et Cécile, pour leur bonne humeur perpétuelle, leurs rires et leurs folies !

A Elodie pour sa simplicité, sa joie de vivre et ces supers moments à l'autre bout du globe !

A Guillaume pour ce bout de chemin partagé, la découverte de la montagne et pour sa patience

A mes copains du Caillou… à Hélène et toute la « Bande à nous » de Nouméa, à Alexandra, à Elodie F., à Christophe, et à la « Bande à nous » de Lifou avec Elodie la sage-femme, Angèle, Alex, Camille, Marine et Clémence : les infirmiers chocs du dispensaire ! Oleti atra qatr ! Elanyi hê !

A l'aventure qu'est la Vie, et aux gens qu'elle met sur notre route…

Sommaire

Sommaire 10

Table des illustrations 11

Abréviations 12

Introduction 13

Matériel et méthodes 15

Résultats 18

Discussion 25

Conclusion 30

Bibliographie 31

Annexes 33

Résumé 41

Abstract 42

Table des illustrations

Tableaux

Tableau 1. Répartition des flux par année

Tableau 2. Caractéristiques des cas inclus (n, %)

Tableau 3. Prévalence (nombre de cas par an pour 1000 patients admis aux urgences)

Tableau 4. Caractéristiques des cas par pathologie

Graphiques

Figure 1. Diagramme de répartition des flux

Figure 2. Répartition des étiologies des arthralgies aiguës atraumatiques

Figure 3. Nombre de cas par année des pathologies responsables d'arthralgie aiguë non traumatique motivant une admission aux urgences

Figure 4. Type d'atteinte articulaire par pathologie

Figure 5. Impotence fonctionnelle globale dans les gestes de la vie quotidienne, échelle HAQ

Figure 6. Traitements en pourcentages cumulés

Abréviations

AINS Anti-inflammatoire non stéroïdien

ARF Acute rheumatic fever

ASDOR Anticorps anti-streptodornase

ASLO Anticorps anti-streptolysine

CHT Centre Hospitalier Territorial

CRC Cardiopathie rhumatismale chronique

DASS Direction des affaires sanitaires et sociales

ECG Electrocardiogramme

FR Facteur de risque

HAQ Health assesment questionnaire

HAS Haute autorité de santé

IMC Indice de masse corporelle

IST Infection sexuellement transmissible

MTE Maladie thrombo-embolique

Nb Nombre

OMS Organisation mondiale de la santé

PMSI Programme de médicalisation des systèmes d'information

RAA Rhumatisme articulaire aigu

RR Risque relatif

SGA Streptocoque du groupe A

Introduction

Les maladies rhumatologiques représentent la cause la plus fréquente de douleur et de handicap dans les pays occidentaux. Elles sont associées aux scores de qualité de vie les plus bas et entraînent un coût de soins médicaux et sociaux considérable (1).

En 2013, en France métropolitaine, les atteintes ostéo-articulaires non traumatiques restent le troisième motif de consultation après les traumatismes et les symptômes anormaux. Elles représentent 5,8% des motifs de consultations aux urgences (2).

En Nouvelle-Calédonie, des études récentes montrent une augmentation des pathologies potentiellement pourvoyeuses d'arthrites. Selon l'Agence sanitaire et sociale en 2012, le rhumatisme articulaire aigu est endémique (RAA) (3), et la prévalence des infections à *Chlamydia trachomatis* six fois plus élevée qu'en métropole (4).

La Nouvelle-Calédonie est un archipel d'Océanie au climat tropical, situé dans l'océan Pacifique à 17 000 km de la métropole (annexe 1). Cette collectivité territoriale de Mélanésie rattachée à la France possède une large autonomie. Elle compte 250 000 habitants inégalement répartis dans les trois provinces (annexe 2), et appartenant à différentes communautés (kanaque 40 %, européenne 29 % et polynésienne 10 %) (5).

Le système de santé est indépendant de la France métropolitaine mais possède des performances comparables à celle-ci. L'offre de soin y demeure déséquilibrée (annexe 3). Le centre hospitalier territorial de Nouméa (CHT) dispose de 500 lits et du seul service hospitalier d'urgences pour un bassin de population de 200 000 habitants, contre 80 lits dans le centre hospitalier du Nord. Cette situation particulière de l'hôpital corrélée à la prévalence élevée des maladies à tropisme articulaire nous ont semblées propices à l'étude. Celle-ci apportera une contribution aux données épidémiologiques locales insuffisantes.

Cette étude exploratoire vise à mieux connaître la fréquence de ces maladies afin de pouvoir développer des stratégies de prévention et de prise en charge, car celles-ci sont encore dérisoires.

Malgré une forte augmentation entre 2008 et 2010, les dépenses de prévention calédoniennes représentent seulement 4% des dépenses de santé, contre 6% en métropole (6).

Notre objectif principal a été d'établir une répartition étiologique des arthralgies aiguës atraumatiques motivant une admission au service d'accueil des urgences de Nouméa.

Matériel et méthodes

L'étude rétrospective, descriptive et monocentrique a été réalisée à partir des admissions par le service d'accueil des urgences du CHT de Nouvelle-Calédonie, entre le 1er octobre 2012 et le 30 septembre 2014.

Critères d'évaluation

L'objectif principal était de déterminer la répartition étiologique des arthralgies évoluant depuis moins de 6 semaines motivant une admission au service d'accueil des urgences adultes du CHT de Nouvelle-Calédonie.

L'objectif secondaire était de savoir si les ponctions articulaires de genou étaient réalisées.

Sélection des cas

La recherche était réalisée à partir des dossiers informatisés des patients (Dxcare® *de Medasys*).

En raison d'un codage PMSI insuffisant dans l'établissement, les mots-clés (« arthrite » ou « arthralgie ») ont été recherchés directement dans l'observation médicale (motif d'admission ou conclusion). Elle retrouvait 322 cas éligibles.

Pour être inclus, les patients devaient avoir entre 18 et 65 ans. Les lombalgies aiguës étaient exclues.

En cas de non confirmation du symptôme d'arthralgie après consultation du dossier médical, le patient était exclu.

Les patients qui consultaient une 2ième fois aux urgences pendant la période de l'étude étaient inclus à nouveau afin d'obtenir un reflet des pathologies rencontrées au plus proche de la réalité. L'étude portait donc sur un nombre de cas et non de patients.

188 cas étaient retenus, représentant 184 patients (figure 1 et tableau 1).

F**igure 1.** Diagramme de répartition des flux

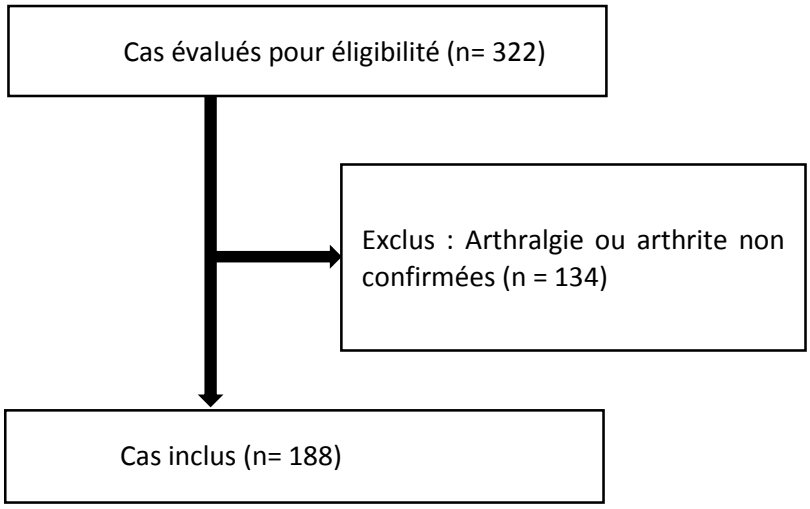


Tableau 1. Répartition des flux par année

Année	**Dates limites**	**Cas éligibles**	**Cas exclus**	**Inclus**
1	01/10/2012 au 30/09/2013	137	61	76
2	01/10/2013 au 30/09/2014	185	73	112

Recueil d'information

Le recueil a été effectué sur 2 années consécutives afin d'intégrer les variations saisonnières.

La fiche de recueil est référencée dans l'annexe 4.

Le recueil de données a été effectué par une seule personne, grâce aux dossiers médicaux informatisés et complété par les dossiers papiers aux archives.

Aucun dossier n'était perdu.

L'anonymat a été respecté.

Le diagnostic médical était déterminé aux urgences ou en cours d'hospitalisation.

L'ethnie déclarée était renseignée dans le dossier médical ou évidente, sinon indéterminée.

L'analyse des données cliniques a permis de déterminer le score d'impotence fonctionnelle globale selon l'échelle HAQ (annexe 5).

La ponction de genou était renseignée comme réalisée ou non, uniquement lorsque la présence d'un épanchement était notée.

Analyses statistiques

Les descriptions ont été réalisées grâce aux prévalences annuelles brutes et aux fréquences brutes sur les variables d'intérêt. Il n'a pas été possible de redresser ni de standardiser l'échantillon. En effet, les caractéristiques de tous les individus ayant fréquenté les urgences durant l'année 1 et 2 n'ont pas été colligées dans la base de données.

L'ensemble des analyses ont été menées sur le logiciel SAS 9.3 de SAS Institute.

Résultats

Notre étude portait sur 188 cas : 76 sur l'année 1 et 112 sur l'année 2.

Le tableau 2 présente notre population.

Tableau 2.

Caractéristiques des cas inclus (n, %)

Sexe			**Province**			
Homme	111	59 %	**Iles**		23	12 %
Femme	77	41 %	**Nord**		17	9 %
Age			**Sud**		143	76 %
18 – 24 ans	45	24 %	**Autre**		5	3 %
25 – 34 ans	48	25 %	**Ethnie**			
35 – 44 ans	35	19 %	**Indéterminé**		10	5 %
45 – 54 ans	33	18 %	**Mélanésien**		111	59 %
55 – 65 ans	27	14 %	**Polynésien**		43	23 %
Profession			**Asiatique**		2	1 %
Indéterminé	87	46 %	**Européen**		20	11 %
Non actif	26	14 %	**Métisse**		0	0 %
Agriculteur	1	0,5 %	**Antillais**		2	1 %
Artisan, commerçant	5	3 %				
Cadre et profession intellectuelle supérieure	2	1 %	**Indice de masse corporelle (IMC)**			
Profession intermédiaire	1	0,5 %	**Indéterminé**		146	78 %
Employé	35	19 %	**Maigre**	< 18	0	0 %
Ouvrier	11	6 %	**Normal**	18 à 24	15	8 %
Sans activité professionnelle rémunérée avec activité vivrière	0	0 %	**Surpoids**	25 à 29	15	8 %
Femme ou homme au foyer	2	1 %	**Obésité**	30 à 39	9	5 %
Etudiant, élève	12	6 %	**Obésité morbide**	≥ 40	3	1 %
Retraité	6	3 %				

Le sex ratio était de 1,4. Un cas sur deux avait moins de 35 ans. La population du Pacifique, qui regroupe les mélanésiens et les polynésiens, représentait 82%. L'IMC moyen était de 27.

Le critère principal est exposé dans les figures 2 et 3.

Figure 2.

Répartition des étiologies des arthralgies aiguës atraumatiques

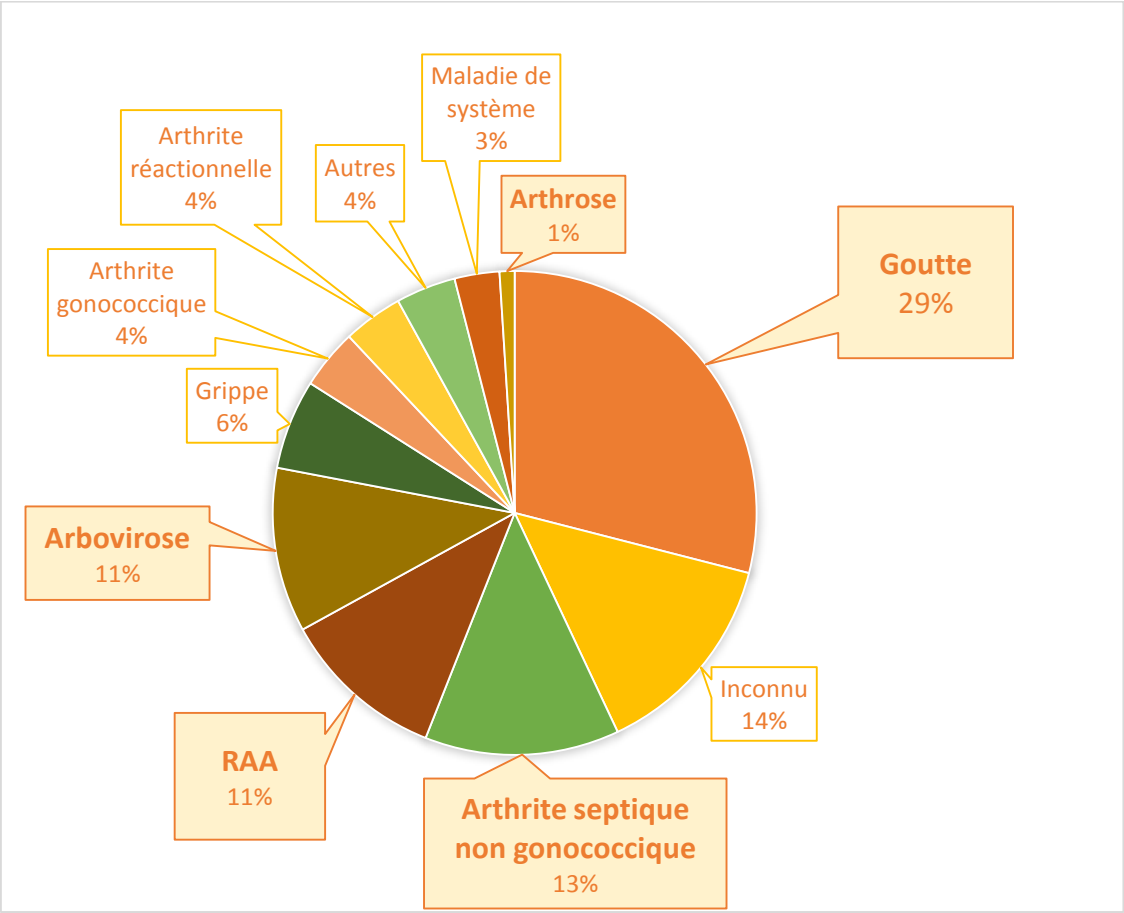
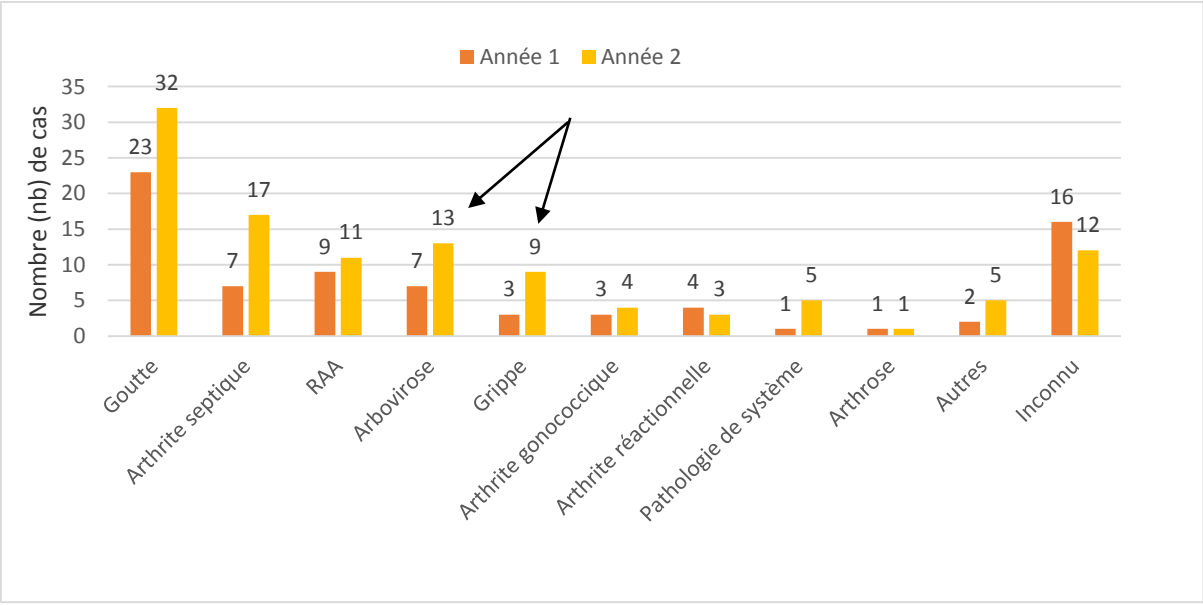


Figure 3.

Nombre de cas par année des pathologies responsables d'arthralgie aiguë non traumatique motivant une admission aux urgences



Dans 14 % des cas, le diagnostic était inconnu.

63 % des diagnostics étaient posés avec certitude.

La catégorie arbovirose comprenait :

- Pour l'année 1 : 6 cas de dengue, 1 cas de chikungunya.
- Pour l'année 2 : 5 cas de dengue et 8 cas de zika virus.

La catégorie « autres » regroupait : 2 cas de chondrocalcinose, 1 cas d'hémarthrose, 1 cas de sacro-iléite, 1 cas de ciguatera, 1 cas d'endocardite et 1 cas paranéoplasique.

Le nombre d'admission aux urgences était de 26 882 (année 1) et 25 627 (année 2).

La prévalence de l'arthralgie aiguë atraumatique dans l'étude était de 3,6 sur 1000 patients admis aux urgences par an. Le tableau 3 expose les prévalences des pathologies principales.

Tableau 3.

Prévalence (nombre de cas par an pour 1000 patients admis aux urgences)

Diagnostic	**Prévalence**
Goutte	1,1 / 1000
Arthrite septique	0,5 / 1000
RAA	0,4 / 1000
Arbovirose	0,4 / 1000
Arthrose	0,04 / 1000

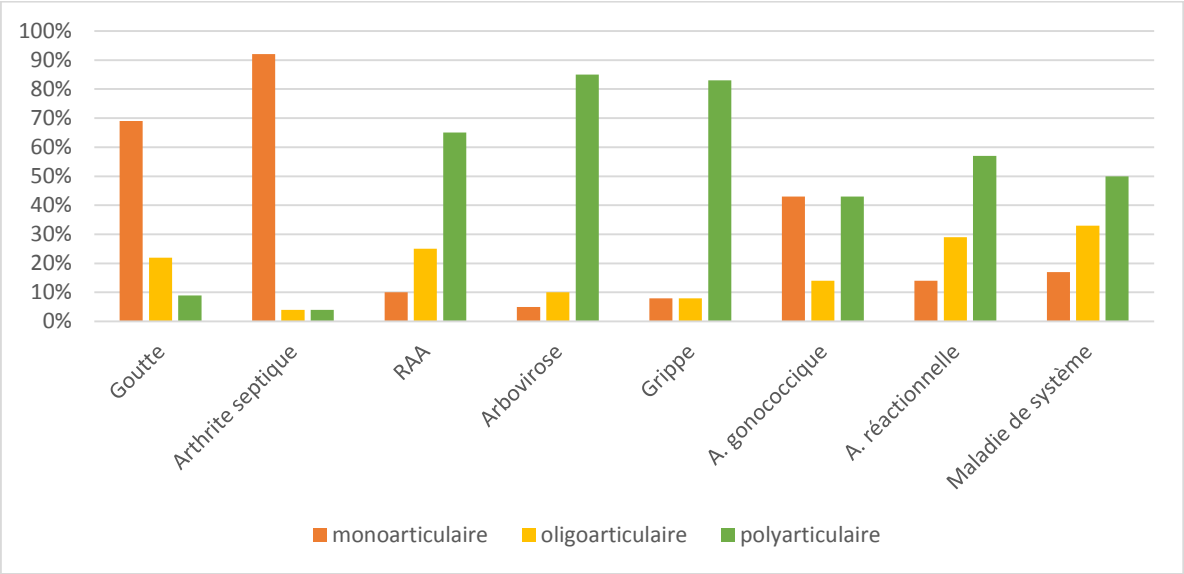
Sur les 33 cas qui présentaient un épanchement du genou, la ponction articulaire aux urgences :

- a été réalisée dans 16 cas (49 %),
- n'a pas été réalisée dans 12 cas (36 %),
- n'était pas indiquée dans 5 cas (15 %).

L'atteinte était mono-articulaire dans 44 % des cas, oligo-articulaire dans 16 %, et poly-articulaire dans 40 %. Les résultats par pathologie sont présentés dans la figure 4.

Figure 4.

Type d'atteinte articulaire par pathologie



Dans le cas d'une monoarthrite, l'articulation la plus fréquemment atteinte était le genou (17 %), suivi de la cheville (13 %).

64 % des cas présentaient une arthrite.

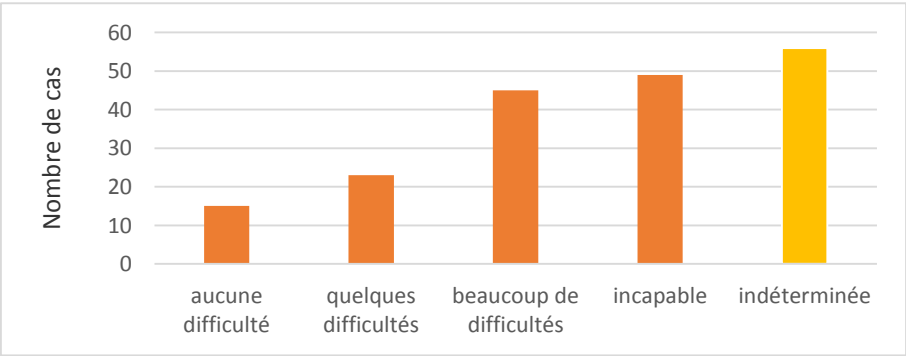
43 % des cas présentaient de la fièvre.

9 % des cas présentaient une éruption.

Sur le plan fonctionnel, un cas sur deux présentait beaucoup de difficultés ou une incapacité totale à effectuer les gestes de la vie quotidienne (figure 5).

Figure 5.

Impotence fonctionnelle globale, dans les gestes de la vie quotidienne, échelle HAQ (Annexe 5)



77 % étaient des cas incidents, 23 % des rechutes.

62 % des patients fébriles ont bénéficié d'hémocultures.

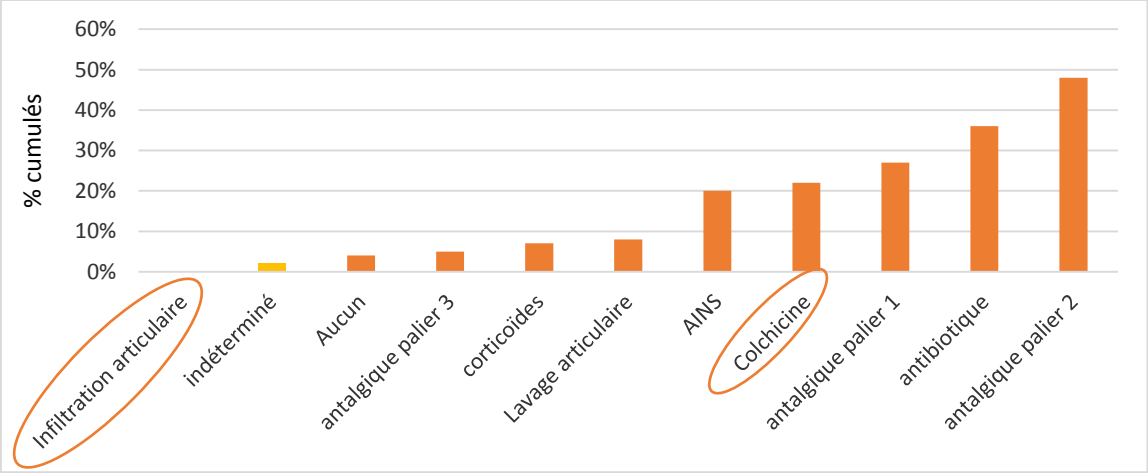
Concernant le dosage des ASLO aux urgences :

- 24 % en ont bénéficié,
- Parmi les cas de RAA, 80 % en ont bénéficié,
- Parmi les 28 cas présentant un diagnostic inconnu, 8 en ont bénéficié (29%).

La figure 6 récapitule tous les traitements prescrits, seuls ou en association.

Figure 6.

Traitements en pourcentages cumulés



L'hospitalisation était nécessaire pour 46% des cas avec une durée moyenne d'hospitalisation de 9 jours (1 à 53 jours). 37 % ont une durée d'hospitalisation courte (≤ 5 jours).

Dans 4 % des cas, une nouvelle consultation a été enregistrée au CHT pour la même symptomatologie dans le mois.

Un récapitulatif des caractéristiques de chaque pathologie est présenté dans le tableau 4, à l'exclusion des pathologies avec un très faible effectif et des diagnostics inconnus (35 cas).

Tableau 4.

Caractéristiques des cas par pathologie

Pathologie	Nb de cas	Sex ratio	Population océanienne	FR**	Signes d'inflam-mation	Fièvre	Moyenne HAQ	Mono-articulaire	rechute	Diagnostic certain
Goutte	55	5,1	46 84 %*	9 16 %	47 85 %	12 22%	2,2	38 69 %	34 62 %	32 58 %
Arthrite septique	24	1,6	19 79 %	18 75 %	24 100 %	17 70 %	2,5	23 92 %	0	24 100 %
RAA	20	1,5	18 90 %	5 25%	12 60 %	9 45 %	2,1	2 10 %	8 40 %	16 80 %
Arbovirose	20	0,5	17 85 %	2 10 %	6 30 %	12 60 %	1,3	1 5 %	0	9 45 %
Grippe	12	0,3	12 100 %	0	1 9 %	7 58 %	0,7	1 8 %	0	1 8 %
Arthrite gonococcique	7	0,4	6 85 %	3 43 %	5 71 %	4 57 %	1,6	3 43 %	0	7 100 %
Arthrite réactionnelle	7	1,3	5 71 %	4 57 %	5 71 %	6 85 %	2,8	1 14 %	0	4 57 %
Maladie de système	6	0,5	5 83 %	-	3 50 %	3 50 %	2,2	1 17 %	1 17 %	4 67 %

*Chaque pourcentage exprime le nombre de cas présentant la caractéristique parmi le total des cas du diagnostic.

**Les facteurs de risque (FR) étudiés dans le tableau ci-dessus sont :

- Une consommation excessive de protéines ou d'alcool pour la goutte.
- Une plaie/traumatisme (58 %), ou un geste invasif récent (17 %) pour l'arthrite septique,
- Une angine ou une pharyngite pour le RAA,
- Un contage dans les arboviroses et la grippe,
- Un rapport sexuel non protégé ou des symptômes génitaux pour l'arthrite gonococcique et pour l'arthrite réactionnelle.

Sur les 20 cas de RAA, 7 présentaient une cardiopathie rhumatismale.

Les germes responsables d'arthrite septique non gonococcique étaient les suivants : Streptocoque (n = 8), *Staphylococcus aureus* (n = 6), *Pseudomonas aeruginosa* (n = 1), 9 autres. Parmi les streptocoques,

on observe 50% de groupe A, un groupe B, un groupe C, un *Streptococcus pneumoniae* et un non renseigné.

Des symptômes digestifs étaient constatés dans 10 % des arboviroses. Aucun symptôme digestif n'était rapporté dans les arthrites réactionnelles.

Une éruption était constatée dans 30 % des arboviroses. Aucune éruption n'a été constatée dans le RAA.

Discussion

Limites de l'étude

L'échantillon apparaît biaisé par la sélection monocentrique des patients. Néanmoins le CHT de Nouméa est la principale structure disposant d'un service hospitalier d'urgences pour un bassin de population de 200 000 habitants en 2009, soit 82% de la population calédonienne (5). Une carte sanitaire du territoire est disponible en annexe 3.

La puissance statistique de l'étude est faible en raison de la petite taille de l'effectif.

Le caractère rétrospectif de l'étude induit un biais d'information. Les données manquantes concernaient principalement le poids, la profession et les facteurs de risque.

La détermination du score d'impotence fonctionnelle par une seule et même personne a limité le biais d'analyse.

Dans notre étude, la répartition de la population par province est proche de celle du dernier recensement (7,1% dans la province des îles loyauté, 18,4% dans la province Nord, 74,5% dans la province Sud). En revanche, les ethnies mélanésiennes et polynésiennes sont surreprésentées avec respectivement 59 % dans l'étude versus 41 % dans le recensement, et 23% versus 11 %. Plusieurs hypothèses sont possiblement intriquées :

- une prédisposition génétique ou un régime alimentaire qui pourraient favoriser l'apparition de pathologies responsables d'arthralgie.
- un biais d'information lié au mode de détermination de l'ethnie. Celui-ci est cependant limité par le faible brassage ethnique : seuls 8 % de la population se déclarent métisses (5). L'intégration systématique de l'ethnie déclarée dans le dossier médical dès l'entrée faciliterait la prise en charge du patient et les études ultérieures sur le sujet.

Le souhait dans cette étude a été de partir d'un symptôme, la douleur articulaire spontanée et aiguë, pour se rapprocher des difficultés rencontrées par le clinicien aux urgences et de sa démarche diagnostique. Cet angle de vision a limité les comparaisons possibles.

Un taux d'arthrose quasi nul

Notre étude montre une prévalence d'arthrose symptomatique très basse à 0,04 /1000 patients admis aux urgences par an, bien qu'il existe un biais lié au recrutement hospitalier. L'arthrose est l'affection rhumatismale la plus fréquente des pays occidentaux. En 2005, elle touchait 4,6 millions de français et représentait en 2002 1,7% des dépenses de l'assurance maladie (soit 1,8 milliards d'euros) (7).

Les études sur l'arthrose se sont longtemps basées uniquement sur des critères radiologiques. Certaines études abordent l'aspect symptomatique, intégrant ainsi la dissociation radio-clinique. La Johnston county cohort en 1997 en Caroline du Nord rapportait une prévalence de la gonarthrose symptomatique de 7,3% IC 95% [6,2-8,5] dans la tranche d'âge 45-54 ans et de 16,3 % IC 95% [14,6-18,2] dans celle des 55-64 ans (8). L'arthrose est une maladie multifactorielle dont la composante génétique est majeure (9). L'origine océanienne pourrait être un facteur protecteur.

Un diagnostic majeur : la goutte

Dans notre étude, la goutte prédomine. Elle se présente sous des formes souvent sévères (30% de forme oligo ou poly-articulaire) et invalidantes (56 % HAQ 2 ou 3). La population océanienne (84 %) est particulièrement touchée.

La prévalence de la goutte dans les pays occidentaux est élevée (1 à 2%) et en augmentation (10). Dans d'autres parties du monde comme le Japon, la Chine, l'Australie ou la Nouvelle-Zélande, l'évolution est semblable. Dans une étude néo-zélandaise de 2011, les maoris avaient un risque relatif (RR) de goutte de 3,11 et les populations du pacifique de 3,59 (11). Dans une étude australienne en 2002, la prévalence chez les hommes aborigènes atteint un record de 9,7% (12). Les résultats de notre étude sont en accord avec cette augmentation du risque dans les populations autochtones.

La connaissance de la physiopathologie de la goutte primaire progresse depuis peu. Les facteurs génétiques semblent être un élément déclenchant principal, avec l'alimentation. Plusieurs gènes codent pour les transporteurs rénaux d'urate, et leurs effets s'additionnent. Ainsi l'association de 3 allèles pathogènes est responsable d'un fort défaut d'excrétion d'urate, avec un RR de goutte à 41 (13).

La prédominance de la goutte dans l'étude pourrait être le témoin de particularités génétiques dans les populations mélanésienne et polynésienne, conduisant à des gouttes plus fréquentes et plus graves.

La place du RAA et ses difficultés

Le RAA a presque disparu dans les pays occidentaux (incidence inférieure à 2/100 000), alors qu'il est endémique en Nouvelle-Calédonie, et se complique souvent d'une cardiopathie rhumatismale chronique (CRC) (3). Dans notre étude, le RAA est la 3ème cause d'arthralgie.

Avec 90% de mélanésiens et polynésiens, notre étude confirme les disparités ethniques fortes observées en Australie et en Nouvelle-Zélande. N. Wilson rapporte qu'il n'a pas été prouvé de susceptibilité génétique au RAA. Il émet également l'hypothèse que leur taux élevé soit lié à des facteurs tels que la promiscuité et l'augmentation de l'incidence des infections pharyngées à streptocoque A (14).

Dans l'étude, le taux d'incertitude diagnostique de RAA s'élève à 20%, malgré un plateau technique spécialisé. Ceci confirme le ressenti des médecins en zone d'endémie qui considèrent ce diagnostic comme difficile à établir. La clinique est polymorphe, parfois trompeuse. La difficulté à prouver l'infection streptococcique récente est fréquente (15). Les critères diagnostiques de Jones (annexe 6) ont été révisés à plusieurs reprises, en 1992 et en 2002 par l'OMS. Devenus plus spécifiques et moins sensibles, ils se révèlent encore parfois insuffisants. Les erreurs diagnostiques sont lourdes de conséquences pour le patient. Non diagnostiqué, il peut développer une atteinte cardiaque insidieuse et grave. Sur-diagnostiqué, le patient sera exposé à 5 ou 10 ans d'injections intramusculaires mensuelles de benzylpénicilline. La recherche d'anticorps antistreptococciques est primordiale. Elle permet d'affirmer une véritable infection et non un portage. En l'absence d'augmentation initiale significative, un nouveau dosage des deux anticorps antistreptolysines (ASLO) et antistreptodornase B (ASDOR) est nécessaire à 15 jours (15). Dans notre étude, seuls 32 % des patients ayant un diagnostic inconnu ont eu ce dosage.

Par ailleurs, une angine précédant la poussée articulaire n'est retrouvée que dans 25 % des cas dans notre étude, contre 70 % chez les adultes dans la littérature. Ce résultat pourrait donc conforter l'hypothèse émise par M. Macdonald, selon laquelle les infections cutanées à streptocoque A, fréquentes dans les pays tropicaux, auraient un rôle déclenchant du RAA (15).

Les gestes intra-articulaires

Toute articulation suspecte d'arthrite septique devrait être ponctionnée dans les plus brefs délais. Sur les 33 cas d'épanchements articulaires du genou, 1/3 n'a pas été ponctionné aux urgences.

Dans le cas de la goutte, l'injection locale de corticoïdes de longue durée d'action est efficace sur l'arthralgie en cas de crise (recommandation de niveau IIb) (10). Dans notre étude, aucun traitement intra-articulaire n'a été réalisé.

Plusieurs explications de ces résultats sont possibles : l'appréhension du geste ou de ses complications potentielles et la méconnaissance de l'efficacité du traitement local. Aucune ne justifie ce retard diagnostique et thérapeutique.

Une clinique polymorphe

Quelques données peuvent surprendre :

- 22 % des patients ayant la goutte sont fébriles,
- 30 % des patients présentant une arthrite septique sont apyrétiques,
- 10 % des patients ayant un RAA ont une atteinte mono-articulaire,
- Et plus d'un patient sur deux infecté par le gonocoque a une atteinte oligo- ou polyarticulaire.

Devant ces situations cliniques polymorphes, il est d'autant plus important de prescrire systématiquement des ASLO en zone d'endémie, et de ponctionner un épanchement accessible.

A propos des pathologies infectieuses et réactionnelles

Les critères diagnostiques actuels d'arthrite réactionnelle ne sont pas satisfaisants. La preuve de l'infection récente est difficile à obtenir. Ceci conduit à une sous-estimation de cette pathologie.

L'étude retrouve 7 cas d'arthrites réactionnelles. Dans plus d'un cas sur deux, le patient rapportait un rapport sexuel non protégé ou des symptômes génitaux. Aucun ne rapportait de symptômes digestifs inauguraux. L'enquête IST 2012 en Nouvelle-Calédonie établit un taux de prévalence d'infection à *Chlamydia trachomatis* à 9 % dans la population de 18 à 49 ans, soit six fois plus élevé qu'en métropole (4). En France métropolitaine en 1994, Kvien et al rapportent une incidence des arthrites post-dysentériques et post-chlamydiennes respectivement de 5,0 / 100 000 et 4,6 / 100 000, ces dernières étant en baisse dans les pays occidentaux (16).

Le Chlamydia semble être l'agent infectieux le plus pourvoyeur d'arthrite réactionnelle en Nouvelle-Calédonie, contrairement à la métropole où les germes digestifs prédominent.

Dans notre étude, le streptocoque est le germe le plus fréquemment responsable d'arthrite septique (33%) devant le staphylocoque (25%). Parmi les streptocoques, la moitié sont du groupe A. En France

métropolitaine, la tendance est inversée avec, dans une étude de 2000, 60% de staphylocoque, 20 % de streptocoque, et dans une autre de 2003, respectivement 55 % et 18% (17).

Parmi les arthrites virales, les arboviroses sont très représentées sur le territoire, avec des épidémies saisonnières. Dans notre étude, le nombre de cas a presque doublé sur l'année 2, en raison de la première épidémie de Zika virus. Les données non publiées de la Direction des affaires sanitaires et sociales rapportent 1386 cas confirmés de Zika virus et une estimation à plus de 10 000 cas selon le réseau sentinelle.

La dengue, qui sévit chaque année, a atteint 10 974 patients sur l'année 1 et 323 sur l'année 2.

Le chikungunya, encore absent en 2012, a atteint 9 patients sur l'année 1 et 29 sur l'année 2.

Dans les pays occidentaux, les arthrites virales semblent être majoritairement causées par le parvovirus B19 (18). Notre étude n'en rapporte aucun cas, probablement par défaut d'utilisation du test, non réalisé localement.

THESE SOUTENUE PAR : Claire CHEVELLE

TITRE : Arthralgies aiguës aux Urgences en Nouvelle-Calédonie : Quelle épidémiologie ?

Conclusion

Plus proche de ses voisins océaniens que de la métropole, la Nouvelle-Calédonie offre un paysage de pathologies rhumatismales loin de l'ordre établi des pays occidentaux. L'arthrose s'éclipse pour laisser la goutte, le RAA et les arboviroses au-devant de la scène. Ces trois pathologies représentent de véritables problèmes de santé publique sur ce territoire tropical.

Elles sont cependant accessibles à la prévention. Le médecin généraliste a donc ici une place essentielle par son rôle de dépistage, d'éducation et d'orientation dans le parcours de soin.

Mais pour accomplir cette tâche médicale, il paraît indispensable en Mélanésie de différencier une maladie d'un « malheur ». Une ouverture aux cultures et médecines traditionnelles est probablement aussi importante que les connaissances scientifiques pour prévenir et soigner au sein de cette société pluriethnique qu'est le « caillou ».

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 16 mars 2015

LE DOYEN

J.P. ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR L. BOUILLET

Bibliographie

1. Rat A-C, El Adssi H. Épidémiologie des maladies rhumatismales. EMC - Appar Locomoteur. avr 2013;8(2):1‑15.

2. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. DREES Études Résultats. juill 2014;(889).

3. Corsenac P, Fauchier T, Rouchon B. Dépistage de la cardiopathie rhumatismale chronique infraclinique en Nouvelle Calédonie en 2012 : facteurs de risque sociodémographiques de sa séquelle, avérée et limite, et prévalence du rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant de 6 à 12,5 ans. Bull Épidémiol Hebd. 2014;(7):121‑30.

4. Corsenac P, Noel M, Rouchon B, Hoy D, Roth A. Enquête IST 2012 en Nouvelle-Calédonie : prévalences et facteurs sociodémographiques associés aux infections à Neisseria gonorrheae, à Chlamydia trachomatis et à Treponema pallidum. Bull Épidémiol Hebd. 2014;(8):144‑52.

5. Rivoilan P, Broustet D. Recensement de la population en Nouvelle-Calédonie en 2009. Insee Prem. févr 2011;(1338).

6. Comptes de la santé en Nouvelle-Calédonie années 2008/2010. DASS; 2010.

7. Le Pen C, Reygrobellet C, Gérentes I. Les conséquences socioéconomiques de l'arthrose en France. Étude COART 1 France. Rev Rhum. déc 2005;72(12):1326‑30.

8. Jordan JM, Helmick CG, Renner JB, Luta G, Dragomir AD, Woodard J, et al. Prevalence of knee symptoms and radiographic and symptomatic knee osteoarthritis in African Americans and Caucasians: the Johnston County Osteoarthritis Project. J Rheumatol. janv 2007;34(1):172‑80.

9. Johnson VL, Hunter DJ. The epidemiology of osteoarthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol. 1 févr 2014;28(1):5‑15.

10. Richette P, Bardin T. Gout. Lancet. 23 janv 2010;375(9711):318‑28.

11. Winnard D, Wright C, Taylor WJ, Jackson G, Te Karu L, Gow PJ, et al. National prevalence of gout derived from administrative health data in Aotearoa New Zealand. Rheumatol Oxf Engl. mai 2012;51(5):901‑9.

12. Robinson PC, Taylor WJ, Merriman TR. Systematic review of the prevalence of gout and hyperuricaemia in Australia. Intern Med J. sept 2012;42(9):997‑1007.

13. Bardin T, Richette P. Épidémiologie et génétique de la goutte. Presse Médicale. sept 2011;40(9):830‑5.

14. White H, Walsh W, Brown A, Riddell T, Tonkin A, Jeremy R, et al. Rheumatic Heart Disease in Indigenous Populations. Heart Lung Circ. 1 mai 2010;19(5):273‑81.

15. Pertuiset E. Rhumatisme articulaire aigu et rhumatisme poststreptococcique. EMC - Appar Locomoteur. janv 2007;2(1):1‑12.

16. Kvien TK, Glennås A, Melby K, Granfors K, Andrup O, Karstensen B, et al. Reactive arthritis: incidence, triggering agents and clinical presentation. J Rheumatol. janv 1994;21(1):115‑22.

17. Dubost J-J, Soubrier M, De Champs C, Ristori J-M, Sauvezie B. Streptococcal septic arthritis in adults. A study of 55 cases with a literature review. Joint Bone Spine. juill 2004;71(4):303‑11.

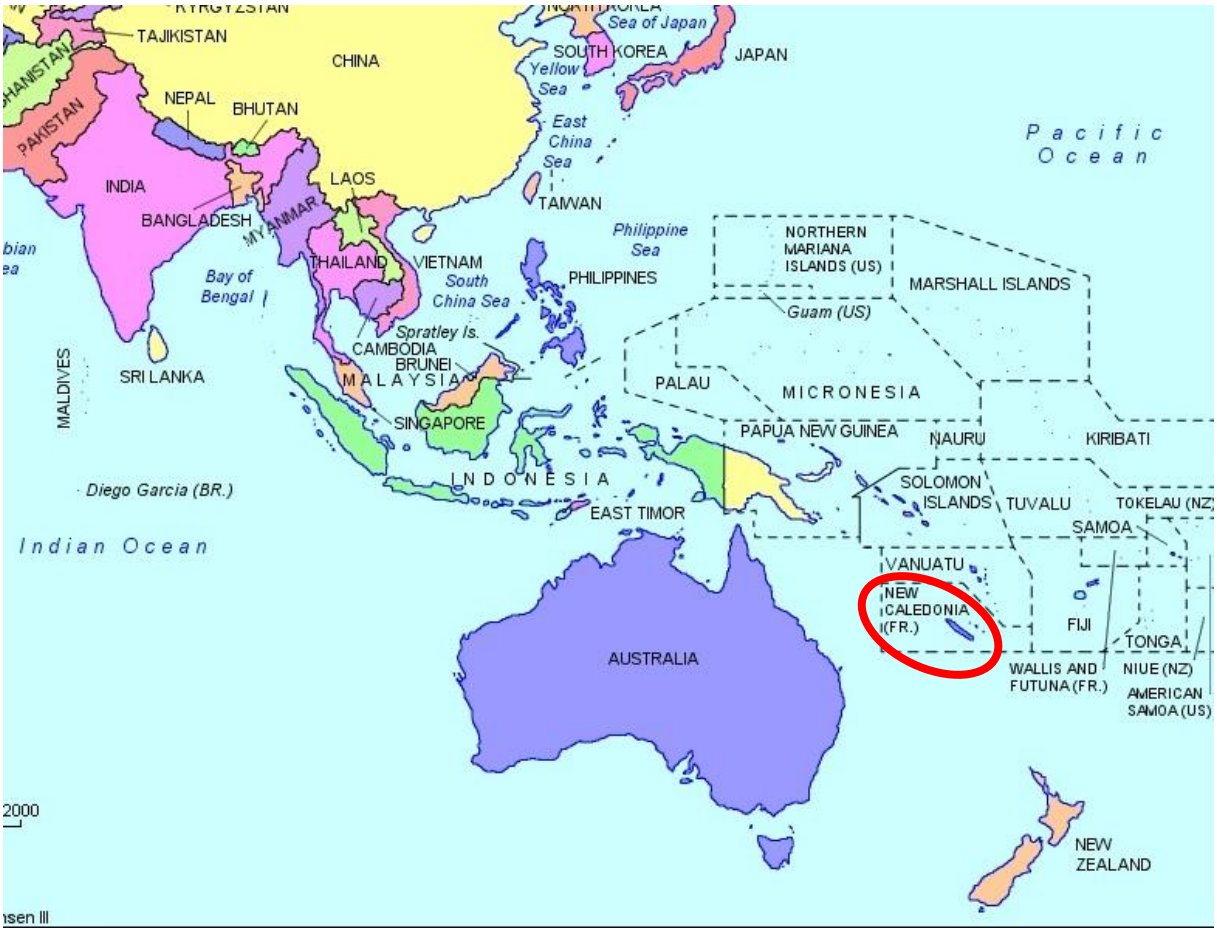
18. Mandell G, Bennett J, Dolin R. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. Édition : 7. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone; 2009. 4320 p.

19. Guillemin F, Briancon S, Pourel J. Mesure de la capacité fonctionnelle dans la polyarthrite rhumatoïde : adaptation française du health assessment questionnaire (HAQ). Rev Rhum Mal Ostéo-Articul. 1991;58(6):459‑65.

20. Diagnostic et prise en charge du rhumatisme articulaire aigu et des cardiopathies rhumatismales chroniques. World Heart Federation; 2007.

Annexes

Annexe 1. La Nouvelle-Calédonie au cœur du Pacifique



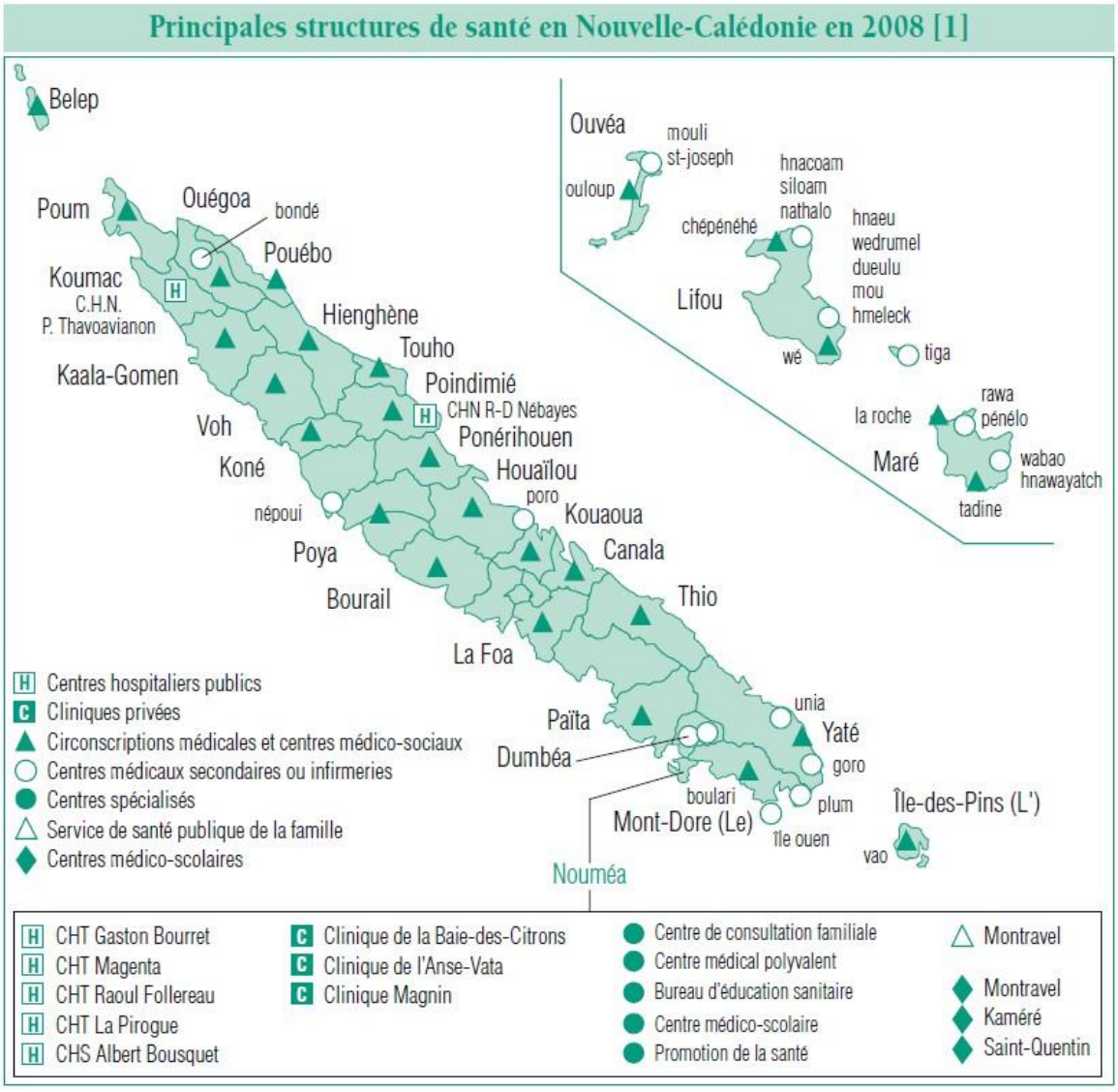
[Source : http://www.goodshepherdsisters.org.ph/media/images/o/AsiaPacificmap.jpg, consultée en avril 2015]

Annexe 2. Les Provinces de la Nouvelle-Calédonie



[Source : http://www.sogip.ehess.fr/spip.php?article190, consultée en avril 2015]

Annexe 3. Carte sanitaire du territoire (2008)



[Source : http://www.isee.nc/component/phocadownload/category/170-carte?download=731:les-principales-structures-de-sante-en-carte, consultée en avril 2015]

Annexe 4. Questionnaire

Note : 999 = non renseigné

1. Date d'admission
2. Année 1 ou 2

TERRAIN

3. Date de naissance
4. Sexe
5. Profession cf. liste
6. Province de résidence : 1 = îles, 2 = nord, 3 = sud, 4 = autre
7. Ethnie : 1 = mélanésien, 2 = polynésien, 3 = asiatique, 5 = européen, 6 = métisse, 7 = antillais.
8. Lieu de naissance
9. IMC
10. Antécédent
11. Détail antécédent

INTERROGATOIRE

12. Facteurs de risque récent : 0 = aucun, 1 = consommation excessive de protéines ou d'alcool, 2 = plaie/traumatisme, 3 = geste invasif < 1 mois, 4 = rapport sexuel non protégé
13. Signes infectieux actuels ou précédant l'épisode : 0 = aucun, 1 = angine/pharyngite, 2 = symptômes génitaux, 3 = symptômes digestifs, 4 = contage
14. Atteinte : 1 = Mono (1), 2 = oligo (2 à 3), 3 = Poly articulaire (>3 articulations)
15. Localisation : 0 = épaule, 1 = coude, 2 = poignet, 3 = main, 4 = doigts, 5 = hanche, 6 = genou, 7 = cheville, 8 = pied, 9 = orteil
16. Impotence fonctionnelle globale, échelle HAQ : 0 = pas de difficulté, 1= quelques difficultés, 2= beaucoup de difficultés, 3 = incapable de le faire.

CLINIQUE : Oui - Non

17. Fièvre
18. Inflammation articulaire : chaleur, rougeur ou œdème
19. Epanchement du genou

20. Eruption cutanée

PARACLINIQUE (aux urgences) : Oui - Non

21. ASLO ASDOR
22. Ponction de genou
23. Hémoculture

DIAGNOSTIC

24. Diagnostic cf. liste — 1 à 24
25. 1ère constatation diagnostique — O-N
26. Certitude diagnostique — 1= certain, 2 = probable

EVOLUTION

27. Hospitalisation — O-N
28. Durée d'hospitalisation en jours
29. Traitement : 0 = aucun, antalgiques palier 1-2-3, 4 = antibiotiques, 5 = AINS, 6 = corticoïdes, 7 = colchicine, 8 = ponction lavage, 9 = infiltration corticoïde ou visco-supplémentation
30. Complications : 0 = aucun, 1 = reconsulte dans le mois pour la même symptomatologie, 2 = endocardite, 3 = sepsis sévère, 4 = MTE, 5 = décompensation de diabète, 6 = mauvaise tolérance AINS, 7 = mauvaise tolérance antibiotique, 8 = décès, 9 = autres

PROFESSIONS

0. Non-actif, chômeur
1. Agriculteur exploitant, éleveur, patron de pêche
2. Artisan, commerçant, chef d'entreprise, indépendants/patentés, libéraux
3. Cadre et profession intellectuelle supérieure
4. Profession Intermédiaire
5. Employé
6. Ouvrier
7. Sans activité professionnelle rémunérée avec activité vivrière
8. Femme ou homme au foyer

9. Etudiant, élève

10. Retraité

DIAGNOSTICS

RAA 1. Avec cardite 2. Sans cardite **Microcristallin** 3. Goutte 4. Chondrocalcinose **Septique** *5. Staphylococcus aureus* 6. Streptocoque *7. Pseudomonas aeruginosa* *8. Neisseria gonorrhoeae* 9. Autre **Grippe/arbovirose** 10. Grippe 11. Dengue 12. Chikungunya 13. Zika virus	**Traumatique** 14. Hémarthrose 15. Contusion **Spondylarthropathie** 16. Spondylarthrite 17. Arthrite réactionnelle dont chlamydiae **Auto-immun** 18. Polyarthrite rhumatoïde 19. Lupus 20. Basedow **Dégénératif** 21. Arthrose 22. Ostéonécrose **23. Autres** 24. **Inconnu**

Annexe 5. Echelle HAQ (19)

Ce questionnaire est destiné à connaître les répercussions de votre maladie sur vos capacités à effectuer les activités de la vie quotidienne. Veuillez indiquer d'une croix la réponse qui décrit le mieux vos capacités au cours des 8 derniers jours.

Etes-vous capable de :	Sans aucune difficulté	Avec quelques difficultés	Avec beaucoup de difficultés	Incapable de le faire
Habillement, soins corporels > vous habiller, y compris nouer vos lacets et boutonner vos vêtements ? > vous laver les cheveux ?				
Se lever > vous lever d'une chaise ? > vous mettre au lit et vous lever du lit ?				
Les repas > couper votre viande ? > porter à votre bouche 1 tasse ou 1 verre bien plein ? > ouvrir une brique de lait ou de jus de fruit ?				
La marche > marcher en terrain plat à l'extérieur ? > monter 5 marches ?				
Hygiène > vous laver et vous sécher entièrement ? > prendre un bain ? > vous asseoir et vous relever des toilettes ?				
Attraper > prendre un objet pesant 2,5 kg situé au-dessus de votre tête ? > vous baisser pour ramasser un vêtement par terre ?				
Préhension > ouvrir une porte de voiture ? > dévisser le couvercle d'un pot déjà ouvert une fois ? > ouvrir et fermer un robinet ?				
Autres activités > faire vos courses ? > monter et descendre de voiture ? > faire des travaux ménagers tels que passer l'aspirateur ou faire du petit jardinage ?				

A chaque rubrique est allouée une note comme suit puis le total est divisé par 8 :

- 0 = sans aucune difficulté
- 1 = avec quelque difficulté
- 2 = avec beaucoup de difficulté
- 3 = incapable de le faire

Annexe 6. Les critères diagnostiques du RAA : critères de Jones révisés en 1992 (15)

Critères majeurs	Critères mineurs	Preuve d'une infection à streptocoque du groupe A (SGA) récente
Cardite	Fièvre	SGA sur le frottis de gorge (culture)
Polyarthrite	Arthralgies	ASLO ou ASDOR élevés
Chorée de Sydenham	Intervalle P-R allongé sur l'électrocardiogramme (ECG)	Scarlatine récente
Erythème marginé	Syndrome inflammatoire biologique : VS ou CRP élevées	
Nodules sous-cutanés	Antécédent de RAA ou de cardiopathie rhumatismale	

Le diagnostic de RAA (1er épisode) nécessite :

- La preuve d'une infection récente à SGA, sauf en cas de chorée
- Deux critères majeurs ou l'association d'un critère majeur et de deux critères mineurs.

En cas de rechute, il n'est exigé qu'un seul critère majeur ou plusieurs critères mineurs.

Plusieurs régions ont développé des directives légèrement modifiées en vue d'aider les cliniciens en présence de variations locales dans la présentation du RAA. Par exemple, les modifications suivantes sont prises en considération pour envisager le RAA dans certains pays :

- L'atteinte d'une seule articulation (mono-arthrite),
- Poly-arthralgies chez les enfants à haut risque de RAA (au lieu de polyarthrite),
- Cardite infra-clinique (évidence d'atteinte valvulaire rhumatismale à l'ECG) (20).

Résumé

Contexte et Objectif : L'arthralgie aiguë non traumatique est un motif de consultation fréquent en urgence. Les données épidémiologiques retrouvent une prévalence élevée des infections sexuellement transmissibles et un caractère endémique du rhumatisme articulaire aigu en Nouvelle-Calédonie (RAA), pathologies souvent révélées par des arthrites.

Notre objectif était de déterminer la répartition des étiologies des arthralgies aiguës atraumatiques motivant une admission dans la principale structure d'accueil d'urgence du territoire.

Méthode : L'étude était rétrospective et monocentrique. Nous avions inclus 188 cas, de patients âgés de 18 à 65 ans, admis aux urgences entre le 1er octobre 2012 et le 30 octobre 2014. Les descriptions reposaient sur des fréquences brutes.

Résultats : Les diagnostics principaux par ordre décroissant étaient : la goutte (29%), l'arthrite septique non gonococcique (13%), le RAA (11%) et les arboviroses (11%). L'arthrose représentait 1%.

Discussion : La prévalence de l'arthrose est très faible dans notre étude contrairement aux pays occidentaux, où elle domine les maladies rhumatismales. La goutte prédomine sous des formes souvent sévères et invalidantes touchant surtout la population océanienne, faisant écho aux atteintes des populations autochtones australiennes et néo-zélandaises. Le RAA qui a presque disparu dans les pays occidentaux, représente un problème de santé publique en Nouvelle-Calédonie. Il est souvent sous diagnostiqué à l'âge adulte.

Goutte et RAA, deux des pathologies les plus représentées, sont accessibles à la prévention.

Mots-clés : Arthralgie, arthrite, Océanie, prévalence, goutte, RAA

Acute arthralgia in emergency unit in New Caledonia: an epidemiology?

Abstract

Background and objective : Acute non-traumatic arthralgia is a frequent reason for urgent medical advice. In New Caledonia the prevalence of sexually transmitted diseases is high and acute rheumatic fever (ARF) is endemic. These diseases are often revealed by arthritis.

We aimed at determining the etiological distribution of non-traumatic acute arthralgia, requiring an admission in the main emergency department of the territory.

Methods : The study was retrospective and monocentric. We included 188 cases of patients from 18 to 65 years of age admitted in the emergency room between October 1st, 2012 and September 30th, 2014. Descriptions were based on gross frequencies.

Results : The main diagnosis in descending order were : gout (29 %), non gonococcal septic arthritis (13 %), ARF (11 %), and arbovirosis (11 %). Osteoarthritis represented 1 % of the cases.

Discussion : While osteoarthritis is the most common rheumatic disease in Western countries, its prevalence is low in this study. Gout outweighs in often serious and incapacitating forms, affecting mostly Oceanian people, consistent with native Australian and New Zealanders' affections. ARF, almost eradicated in Western countries, is a public health issue in New Caledonia, and often under-diagnosed in adulthood.

Gout and ARF, two of the most represented pathologies, are accessible to prevention.

Key words : Arthralgia, arthritis, Oceania, prevalence, gout, acute rheumatic fever.