



HAL
open science

La prise en charge de la reprise sportive par les médecins généralistes de l'Hérault suite à une entorse bénigne de la cheville

Yannick Bashir

► To cite this version:

Yannick Bashir. La prise en charge de la reprise sportive par les médecins généralistes de l'Hérault suite à une entorse bénigne de la cheville. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02886214

HAL Id: dumas-02886214

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02886214>

Submitted on 1 Jul 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour l'obtention du titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Yannick BASHIR

Le 8 Octobre 2019

La prise en charge de la reprise sportive par les médecins généralistes de
l'Hérault suite à une entorse bénigne de la cheville.

Directeur de thèse : Dr Jérôme CAMPAGNAC

JURY

Président : Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs :

Docteur David COSTA

Docteur Béatrice LOGNOS

Docteur Jérôme CAMPAGNAC

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour l'obtention du titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Yannick BASHIR

Le 8 Octobre 2019

La prise en charge de la reprise sportive par les médecins généralistes de
l'Hérault suite à une entorse bénigne de la cheville.

Directeur de thèse : Dr Jérôme CAMPAGNAC

JURY

Président : Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs :

Docteur David COSTA

Docteur Béatrice LOGNOS

Docteur Jérôme CAMPAGNAC



ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DUBOIS Jean Bernard	MION Charles
ALRIC Robert	DUMAS Robert	MION Henri
ARNAUD Bernard	DUMAZER Romain	MIRO Luis
ASTRUC Jacques	ECHENNE Bernard	NAVARRO Maurice
AUSSILLOUX Charles	FABRE Serge	NAVRATIL Henri
AVEROUS Michel	FREREBEAU Philippe	OTHONIEL Jacques
AYRAL Guy	GALIFER René Benoît	PAGES Michel
BAILLAT Xavier	GODLEWSKI Guilhem	PEGURET Claude
BALDET Pierre	GRASSET Daniel	PELISSIER Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BALMES Jean-Louis	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BALMES Pierre	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BANSARD Nicole	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BAYLET René	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BILLIARD Michel	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLARD Jean-Marie	JANBON François	RIEU Daniel
BLAYAC Jean Pierre	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BLOTMAN Francis	JOYEUX Henri	ROCHFORT Henri
BONNEL François	LAFFARGUE François	ROSSI Michel
BOUDET Charles	LALLEMANT Jean Gabriel	ROUANET DE VIGNE
BOURGEOIS Jean-Marie	LAMARQUE Jean-Louis	LAVIT Jean Pierre
BRUEL Jean Michel	LAPEYRIE Henri	SAINT AUBERT Bernard
BUREAU Jean-Paul	LESBROS Daniel	SANCHO-GARNIER Hélène
BRUNEL Michel	LOPEZ François Michel	SANY Jacques
CALLIS Albert	LORIOT Jean	SEGNARBIEUX François
CANAUD Bernard	LOUBATIERES Marie Madeleine	SENAC Jean-Paul
CASTELNAU Didier	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SERRE Arlette
CHAPTAL Paul-André	MARY Henri	SIMON Lucien
CIURANA Albert-Jean	MATHIEU-DAUDE Pierre	SOLASSOL Claude
CLOT Jacques	MEYNADIER Jean	THEVENET André
D'ATHIS Françoise	MICHEL François-Bernard	VIDAL Jacques
DEMAILLE Jacques	MICHEL Henri	VISIÉ Jean Pierre
DESCOMPS Bernard		
DIMEGLIO Alain		

Professeurs Émérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques

MARES Pierre
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MAUDELONDE Thierry
MONNIER Louis
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie

LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétiq ue
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétiq ue
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique

MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEURs ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCE DES UNIVERSITES - Médecine Générale**Maîtres de conférence de 1^{ère} classe**

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DE UNIVERSITES

Maîtres de Conférence hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférence de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

A notre président du jury

Professeur Michel AMOUYAL, je tiens à vous faire part de tous mes remerciements pour avoir accepté de présider ce jury. C'est un grand honneur que vous me faites de juger mon travail.

A notre jury

Docteur David COSTA, Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans le jury de cette thèse. Votre connaissance et votre expérience en Médecine du Sport permettront d'apporter un éclairage majeur sur ce travail. Je vous en suis sincèrement reconnaissant

Docteur Béatrice LOGNOS, Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

A mon directeur de thèse

Docteur Jérôme CAMPAGNAC, je te suis reconnaissant d'avoir accepté de diriger cette thèse. Ton soutien, tes conseils avisés, remarques, et ta disponibilité m'ont été d'une aide précieuse. Tout cela a permis de faire de cette thèse un travail de qualité.

Aux médecins généralistes et internes remplaçant ayant répondu à mon questionnaire, merci d'avoir accepté de donner de votre temps, vous avez permis la réalisation de ce travail. Un grand merci.

Et à tous les autres qui m'ont accompagné

Sarah, my precious, pour ton soutien, de m'avoir supporté pendant les moments difficiles (5 années c'est long), participé à la relecture de ma thèse (c'était le pied), me donner le sourire quand il fallait et être mon compagnon de voyage, merci chaton, je t'aime.

Papa, Maman, merci d'avoir fait de moi la personne que je suis aujourd'hui, je suis très fier de vous avoir comme parents. Papa tu as été un modèle de rigueur au travail, maman merci pour l'amour et les sacrifices fait pour nous.

Mélissa, la meilleure petite sœur que l'on puisse avoir, merci pour les moments de fou rire.

Loïc et Sarandë, merci pour votre soutien.

Fabienne et Dominique, ma belle-famille, Fabienne pour ton aide plus que précieuse lors de la relecture de cette thèse (promis on ne parlera plus de cheville ni de pied), Dominique, pour tes délicieux petits plats « vite fait », merci de m'avoir accueilli avec autant de gentillesse parmi vous.

Lorène, canard, pour ton amitié, notre fabuleuse future chirurgienne.

Guillaume et Fanny, dans votre nouvelle aventure qui vous attend tous les trois.

Éloïse, notre grande râleuse depuis ce premier jour de la P2, que l'on aime tout de même.

Médéric et Aurélie, nos perpignanais, à nos futures cueillettes de champignons !

Nicolas, pour ces fabuleuses balades, merci d'avoir partagé ton amour du Vercors, j'attends avec impatience nos prochaines randonnées.

Willy, aux prochaines potions et brises mollets, c'est l'heure de la récolttttttttttte...

Clara, Marion, Marjo, Florentin et Rudy, le cabinet du bonheur mérite bien son surnom, j'ai beaucoup appris à vos côtés. Un grand merci.

À tous les praticiens, co-internes qui ont su me transmettre leur passion et leur savoir de la médecine et qui ont su me guider.

Enfin, à tous ceux que j'oublie, vous êtes tellement nombreux que je n'aurai jamais assez de pages pour vous, merci pour tout !

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	9
INTRODUCTION.....	13
1. GENERALITES.....	14
1.1 ANATOMIE.....	14
1.1.1 <i>L'articulation tibio-fibulaire distale</i>	14
1.1.2 <i>L'articulation talo-crurale</i>	14
a) Ligament collatéral médial.....	15
b) Ligament collatéral latéral.....	15
1.1.3 <i>L'articulation subtalaire</i>	16
1.1.4 <i>Structures musculo-tendineuses</i>	16
a) Le compartiment latéral.....	17
b) Le compartiment antérieur.....	17
c) Le compartiment postérieur.....	17
1.1.5 <i>Vascularisation et innervation</i>	17
1.1.6 <i>Résumé</i>	18
1.2 PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ENTORSE DE CHEVILLE.....	18
1.2.1 <i>Classification</i>	18
1.2.2 <i>Mécanisme en rotation externe du pied et entorse de l'articulation tibio-fibulaire distale</i>	19
1.2.3 <i>Mécanisme en inversion du cou-de-pied et entorses latérales des articulation talocrurale, sous-talienne et médiotarsienne</i>	19
1.2.4 <i>Mécanisme en flexion plantaire et entorses antérieures de l'articulation talo-crurale</i>	20
1.2.5 <i>Mécanisme en éversion et entorse médiales de l'articulation talo-crurale</i>	20
1.2.6 <i>Résumé</i>	20
1.3 RECOMMANDATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ENTORSE DE CHEVILLE.....	21
1.3.1 <i>Diagnostic clinique</i>	21
1.3.2 <i>Critères d'Ottawa</i>	22
1.3.3 <i>L'imagerie dans l'entorse de cheville</i>	23
1.3.4 <i>Traitements</i>	23
a) Symptomatique.....	23
b) Antalgiques.....	24
c) Immobilisation et contention.....	24
d) Kinésithérapie.....	25
e) Chirurgicale.....	25
f) Autres moyens thérapeutiques.....	25
1.3.5 <i>Reprise sportive</i>	26
2. MATERIEL ET METHODE.....	27
2.1 OBJECTIF DE L'ETUDE.....	27
2.2 METHODOLOGIE.....	27

2.2.1	<i>Profil de l'étude</i>	27
2.2.2	<i>Population de l'étude</i>	27
2.2.3	<i>Recueil de données</i>	27
a)	Questionnaire.....	27
b)	Période de recueil.....	28
c)	Analyse des données.....	28
3.	RESULTATS	29
3.1	CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION.....	29
3.2	PRISE EN CHARGE DE L'ENTORSE DE CHEVILLE.....	31
3.3	PRISE EN CHARGE DE LA REPRISE SPORTIVE.....	37
4.	DISCUSSION	43
4.1	INTERET DE L'ETUDE.....	43
4.2	PRISE EN CHARGE DE L'ENTORSE DE CHEVILLE.....	43
4.3	PRISE EN CHARGE DE LA REPRISE DE SPORT.....	44
	CONCLUSION	47
	BIBLIOGRAPHIE	48
	ANNEXES :	55

INTRODUCTION

Les traumatismes de cheville en France représentent le motif de passage le plus fréquent dans les services d'urgences avec plus de 6000 consultations par jour soit plus de 2 millions de cas par an, ou encore 1 cas pour 12000 habitants par jour en France (1). Cette pathologie génère des dépenses directes et indirectes importantes(2,3).

C'est un motif régulier de consultation en médecine générale et il existe des consensus sur la prise en charge de l'entorse de la cheville (4).

Selon une étude de 2010, près de 65 % des personnes âgées de 15 ans et plus et résidant en France, soit au total 34 millions d'individus, ont pratiqué de manière soutenue une activité physique ou sportive (hors éducation physique et scolaire) au moins une fois par semaine (5).

L'entorse de la cheville est la pathologie la plus fréquente chez les sportifs (6–8) et représente 15 à 20% d'accidents du sport avec 15% de fractures associées.

Une reprise anticipée ou mal encadrée d'une activité sportive peut être la source de récurrence de l'entorse ou une complication de celle-ci (9).

La revue de la littérature ne retrouve pas de consensus quant à la conduite à tenir sur la reprise d'une activité sportive, lors de la prise en charge par les médecins généralistes (10).

Face à ces constatations, il me semble important d'étudier la pratique quotidienne des médecins généralistes sur la prise en charge de la reprise sportive suite à un traumatisme à type d'entorse bénigne de cheville. Nous avons choisi d'interroger les médecins généralistes de l'Hérault.

1. GENERALITES

1.1 Anatomie

La cheville est une articulation schématiquement composée de 3 complexes articulaires qui unissent la fibula et le tibia de la jambe au talus du pied. Elle est composée de l'articulation tibio-fibulaire distale (ou syndesmose tibio-fibulaire), de l'articulation talo-crurale et de de l'articulation subtalaire.

1.1.1 L'articulation tibio-fibulaire distale

Il s'agit d'une syndesmose entre les épiphyses distales du tibia et de la fibula. La conséquence est un mouvement très limité entre ces deux os. C'est de cette fixité que dépend la stabilité de la cheville, formant le toit de la mortaise de l'articulation talo-crurale (11).

L'articulation est stabilisée par une membrane fibreuse interosseuse épaisse puis par le ligament tibio-fibulaire antérieur et le ligament tibio-fibulaire postérieur dans sa portion distale.

1.1.2 L'articulation talo-crurale

C'est une articulation de type ginglyme, elle permet donc principalement un mouvement de flexion dorsale (dorsiflexion) et de flexion plantaire sur la jambe.

Elle est délimitée :

- En haut par le toit de la mortaise, formé par la face inférieure du tibia, concave sur le plan sagittal et décrivant un arc de 80°.
- En médial par la malléole médiale du tibia, en continuité avec le bord inférieur du tibia
- En latéral par la malléole latérale de la tête fibulaire, convexe et triangulaire à sommet inférieur.
- En bas par la surface supérieure de la trochlée du talus recouverte d'un épais cartilage, elle est convexe sur le plan sagittal et décrit un arc de 120°. Elle est plus large en avant et plus étroite en postérieur. Il en résulte que l'articulation est plus pincée lors de la dorsiflexion, c'est donc la position dans laquelle la cheville est à son maximum de stabilité (12). En flexion plantaire, elle permet un léger mouvement sur le plan transverse et frontal (13,14).

La structure osseuse de l'articulation talo-crurale est renforcée par une capsule articulaire mais également par un ensemble de ligaments médial et latéral qui stabilisent d'autant plus la cheville.

a) Ligament collatéral médial

Également nommé le ligament deltoïde par sa forme triangulaire, c'est un ligament large, solide. Il s'insère à son sommet sur l'apex de la malléole médiale du tibia.

Sa base s'étend sur plusieurs faisceaux de la tubérosité de l'os naviculaire jusqu'en arrière sur le tubercule médial du talus.

Il est divisé en quatre parties selon les insertions inférieures :

Avec une couche superficielle comportant d'avant en arrière :

- Le ligament tibio-naviculaire qui s'insère sur la tubérosité naviculaire
- Le ligament tibio-calcanéen qui s'attache sur le ligament calcanéo-naviculaire et au sustentaculum tali

Et une couche profonde qui comprend d'avant en arrière :

- Le ligament tibio-talaire antérieur se fixant sur la face médiale du talus
- Le ligament tibio-talaire postérieur qui s'insère sur la face médiale du talus et le tubercule médial du talus

b) Ligament collatéral latéral

Il est composé de trois ligaments séparés qui sont, d'avant en arrière :

- Le ligament talo-fibulaire antérieur : souvent dénommé « faisceau antérieur ». Il est court, large et s'étend du bord antérieur de la malléole externe avec un trajet médial et descendant vers la face latérale du col du talus. **C'est le ligament à proprement parler de l'entorse de la cheville.** Des études ont démontré que le ligament talo-fibulaire antérieur limite l'avancée du talus de la mortaise ainsi que la rotation interne et l'inversion du talus(15,16)
- Le ligament calcanéo-fibulaire : souvent dénommé « faisceau moyen ». Il est long et s'insère sur l'extrémité de la malléole latérale avec un trajet postérieur et vers le bas jusqu'à la face latérale du calcaneus. Il limite donc la supination des articulations talo-crurale et subtalaire. Tout comme le ligament talo-fibulaire antérieur, il limite la rotation interne et l'inversion du talus(16).Après le ligament talo-fibulaire antérieur, **c'est le deuxième ligament le plus atteint lors d'une entorse de cheville(17).**
- Le ligament talo-fibulaire postérieur : souvent dénommé « faisceau postérieur ». Il est très épais, horizontal et se situe entre la fosse malléolaire et le processus postérieur du talus. Il empêche l'inversion et la rotation interne de l'articulation talo-crurale en charge. **C'est le ligament le moins susceptible à l'entorse (17).**

1.1.3 L'articulation subtalaire

L'articulation subtalaire est une articulation synoviale ellipsoïde composée de 2 articulations (articulation subtalaire antérieure et postérieure) séparées par le sinus tarsi et le canal du tars.

- L'articulation subtalaire antérieure est composée de la tête du talus, du sustentaculum tali du calcaneus et de la concavité proximale de la surface tarsale du naviculaire.
- L'articulation subtalaire postérieure est composée de la face postéro-inférieure du talus très excavée et la surface postéro-supérieure du calcaneus très convexe.

L'articulation subtalaire peut correspondre à une articulation à rotule, le talus étant la sphère et le calcaneus la cavité, elle permet donc un mouvement de rotation à type d'inversion et d'éversion du pied.

Les deux articulations possèdent chacune leurs propres capsules séparées par le sinus tarsi où s'insère le ligament interosseux talo-calcaneen.

Il existe de nombreux ligaments qui composent l'articulation subtalaire, bien que l'on note des divergences dans la littérature quant à leur dénomination et rôle spécifique, on peut retenir que les ligaments latéraux peuvent être divisés en trois groupes :

- Les ligaments profonds, composés du ligament interosseux et du ligament cervical, le plus résistant des ligaments subtaliens(15). Ils constituent le premier verrou antéro-latéral de l'articulation.
- Les ligaments périphériques comportant le ligament calcaneofibulaire, le ligament talocalcaneen latéral et le ligament fibulo-talo-calcaneen.
- Et le retinaculum des fléchisseurs, large bande de tissu conjonctif formant une sangle entre la malléole médiale avec un trajet inféro-postérieur jusqu'au bord inféro-médial du calcaneus.

1.1.4 Structures musculo-tendineuses

La contraction des structures musculo-tendineuses permet d'augmenter la rigidité de la cheville, assurant ainsi une stabilité dynamique de l'articulation notamment dans le plan transversal.

On distingue :

a) Le compartiment latéral

Le muscle long fibulaire, en relation étroite par sa portion tendineuse avec le bord latéral de la cheville. Il passe le long du sillon malléolaire latéral et la face latérale du calcaneus pour finir sur la base du premier métatarsien. Il assure l'éversion du pied, la flexion plantaire du pied ainsi que le maintien des arches du pied.

Le muscle court fibulaire, directement à l'avant du long fibulaire, a pour terminaison la base du cinquième métatarsien. Il assure l'éversion du pied.

b) Le compartiment antérieur

Le muscle tibial antérieur passe dans le dédoublement du rétinaculum des extenseurs. Il permet la dorsiflexion et une inversion du pied. Il est également un support dynamique de l'arche médiale

Le muscle long extenseur des orteils, assurant la stabilité antérieure de la cheville, l'extension du deuxième au cinquième orteil et la dorsiflexion du pied.

Le muscle long extenseur de l'hallux passe sous le rétinaculum des extenseurs pour finir sur la base de la phalange distale de l'hallux. Il permet la dorsiflexion du pied et l'extension de l'hallux.

Le muscle 3^{ème} fibulaire, inconstant, naît sur la partie distale de la fibula et la membrane interosseuse de la fibula et se termine sur la base du cinquième métatarsien. Il permet la flexion plantaire du pied et accessoirement son éversion.

c) Le compartiment postérieur

Le muscle tibial postérieur, stabilisateur postérieur de la cheville. En rapport étroit avec le sillon malléolaire médial et le bord du sustentaculum tali, il termine son trajet sur l'os naviculaire. C'est le principal muscle inverseur du pied et maintient l'arche médiale lors de la marche.

Le muscle triceps sural permettant la flexion plantaire du pied.

Le muscle long fléchisseur des orteils s'insérant aux bases des phalanges distales du deuxième au cinquième métatarsiens. Il permet la flexion des quatre derniers orteils, et accessoirement la flexion plantaire du pied.

Le muscle fléchisseur de l'hallux s'insérant sur la phalange distale de l'hallux. Il permet sa flexion et participe à l'extension et à l'inversion du pied.

1.1.5 Vascularisation et innervation

Les articulations tibio-fibulaire et talo-crurale sont vascularisées par des branches des artères fibulaires et artères tibiales antérieure et postérieure.

Leur innervation est quant à elle assurée par les nerfs fibulaire profond, tibial et saphène.

1.1.6 Résumé

Ces trois articulations, permettent par leur action coordonnée, le mouvement de l'arrière pied et de la marche.

Les 3 facteurs qui contribuent à la stabilité de l'articulation de la cheville sont :

- La congruence des surfaces articulaires lors de la mise en charge des articulations.
- La présence d'attaches ligaments statiques.
- Le bloc musculo-tendineux permettant une stabilisation dynamique des articulations.

1.2 Physiopathologie de l'entorse de cheville

L'entorse de la cheville est multifactorielle. Les études menées retrouvent des facteurs prédisposant aux entorses de cheville tels que l'Indice de Masse Corporelle bas, le sexe féminin, l'instabilité de l'arrière pied, un déficit proprioceptif (18).

Plusieurs mécanismes sont à l'origine des entorses de chevilles, le type de mécanisme déterminant le type d'entorse subi (19).

1.2.1 Classification

Il n'existe pas de consensus sur la classification clinique de l'entorse de cheville (20).

Une classification clinique dite « classique » de l'entorse de cheville (20,21) peut être retenue, mais elle reste très subjective (22).

On distingue :

- Grade 1 : l'entorse bénigne, qui correspond à un simple étirement ligamentaire, voire à des ruptures fibrillaires légères sans lésion macroscopique. Elle est accompagnée d'une douleur et n'occasionne en général pas de déficit fonctionnel ni d'instabilité objective.
- Grade 2 : l'entorse moyenne, on y retrouve une lésion partielle d'un faisceau ligamentaire qui s'accompagne d'une douleur élective ainsi que d'un déficit fonctionnel et d'un degré d'instabilité articulaire.
- Grade 3 : l'entorse grave correspond à la lésion complète de plusieurs ou de la totalité des faisceaux, ainsi qu'à une lésion capsulaire. On retrouve cliniquement des signes locaux importants à type de douleurs et impotence fonctionnelle avec instabilité articulaire traduite par une laxité articulaire anormale significative.

1.2.2 Mécanisme en rotation externe du pied et entorse de l'articulation tibio-fibulaire distale

Une rotation externe forcée est à l'origine de l'entorse. Elle est principalement retrouvée et étudiée dans la pratique du ski notamment à haut niveau, mais aussi en football et en tennis.

La rotation forcée entraîne l'écartement du tibia et la fibula, le premier ligament atteint est le ligament tibio-fibulaire inférieur puis le tibio-fibulaire antérieur. Lorsque la rotation se poursuit le ligament interosseux est également lésé.

1.2.3 Mécanisme en inversion du cou-de-pied et entorses latérales des articulations talocrurale, sous-talienne et médiotarsienne

C'est le principal mécanisme de l'entorse du ligament collatéral latéral.

C'est le traumatisme le plus fréquent : il est retrouvé du simple faux pas à la réception monopodale.

Il s'agit d'une inversion du pied avec sur le plan frontal un varus, associé à un équin sur le plan sagittal et à une adduction du pied dans le plan horizontal.

L'ensemble des trois faisceaux composant le ligament collatéral latéral est susceptible d'être lésé.

Le premier ligament atteint est d'avant en arrière et de gravité croissante, le ligament talo-fibulaire antérieur fréquemment associé à une lésion de la capsule antérieure, puis l'on retrouve une rupture du ligament fibulo-calcanéen et enfin mais plus rarement une rupture du ligament talo-fibulaire postérieur qui est toujours associé à une lésion des deux premiers faisceaux.

L'inversion du pied est également pourvoyeuse de lésions du ligament interosseux, du ligament calcanéocuboïdien dorsal mais aussi de l'articulation tibio-fibulaire inférieure qui est souvent la source de séquelles douloureuses et qui est donc à rechercher.

Le mécanisme en inversion peut être la source de multiples lésions qu'il conviendra de rechercher : fractures, arrachements osseux et lésions cartilagineuses.

1.2.4 Mécanisme en flexion plantaire et entorse antérieure de l'articulation talo-crurale

Il s'agit d'un mécanisme rare, plus souvent retrouvé dans certaines pratiques sportives telles que le football (lors d'un coup de pied au sol en flexion plantaire) ou encore au ski (lors d'une chute vers l'arrière).

La flexion plantaire forcée entraîne une rupture de la capsule antérieure de l'articulation tibio-tarsienne et peut s'étendre à une atteinte du ligament talo-fibulaire antérieur et à la partie antérieure du ligament collatéral médial

1.2.5 Mécanisme en éversion et entorse médiale de l'articulation talo-crurale

L'éversion forcée avec pronation dominante sur le mouvement d'abduction provoque une décoaptation interne de l'articulation talo-crurale.

Elle survient lors d'une fracture de la malléole fibulaire et entraîne la lésion du ligament collatéral médial (ou ligament deltoïdien). C'est l'équivalent d'une fracture malléolaire.

La lésion peut être favorisée par un valgus de l'arrière-pied, avec pronation du pied plus limitée que la supination, ce qui autorise une mise en tension plus rapide du plan médial.

1.2.6 Résumé

L'entorse latérale de la cheville :

- Est la plus fréquente.
- Est due soit à une supination excessive et à une rotation interne de l'arrière pied couplée à une rotation externe de la jambe, soit à une flexion plantaire exagérée. Il en résulte une mise en tension excessive des ligaments latéraux entraînant leur lésion (23).

1.3 Recommandations sur la prise en charge de l'entorse de cheville

Bien que de nombreuses études sur l'entorse de cheville continuent de voir le jour, la prise en charge de l'entorse de cheville n'a plus fait l'objet de nouvelles recommandations depuis la conférence de consensus de 2014 (4).

1.3.1 Diagnostic clinique

L'interrogatoire du patient et/ou de son entourage est primordial et permet de définir le mécanisme du traumatisme (notamment grâce aux circonstances de survenue) et de rechercher les critères de gravité tels que :

- La perception d'un craquement audible.
- Le moment d'apparition de la douleur et son évolution. La perception de la douleur au moment du traumatisme est un phénomène banal mais son évolution peut apporter des renseignements cliniques précieux : par exemple, on pourra évoquer une rupture ligamentaire devant une aggravation de la douleur ou un intervalle libre suivi d'une recrudescence douloureuse.
- Une impotence fonctionnelle avec impossibilité de réaliser plus de 4 pas.

L'examen clinique est basé dans un premier temps sur la recherche et l'élimination des critères d'Ottawa que nous détaillerons au chapitre suivant.

L'inspection permet de rechercher une tuméfaction pré et/ou sous- malléolaire avec un hématome dit « en œuf de pigeon » qui se constitue dans les premières 24 heures après le traumatisme. Il résulte d'une rupture ligamentaire, notamment du ligament talo-fibulaire.

La palpation des insertions ligamentaires et des reliefs osseux permet de mettre en évidence les points douloureux, les tuméfactions et d'éventuels épanchements intra-articulaires.

Dans un second temps, le clinicien s'efforce d'éliminer toute rupture ou laxité ligamentaire. Les manœuvres de recherche de laxité ligamentaire et l'examen clinique sont souvent rendus difficiles en phase aiguë en raison de la douleur et de l'œdème réactionnel.

C'est pourquoi il est important de reconvoquer les patients 5 à 7 jours après l'examen initial afin de réévaluer la clinique et si besoin réaliser des examens complémentaires d'imagerie.

L'examen clinique de la cheville suite à une entorse a fait l'objet d'un nouveau consensus en 2019 (24). Il insiste sur la recherche du mécanisme du traumatisme, les antécédents d'entorse de

cheville, la capacité à mettre en charge le pied, l'examen ostéo-articulaire et l'examen ligamentaire soigneux.

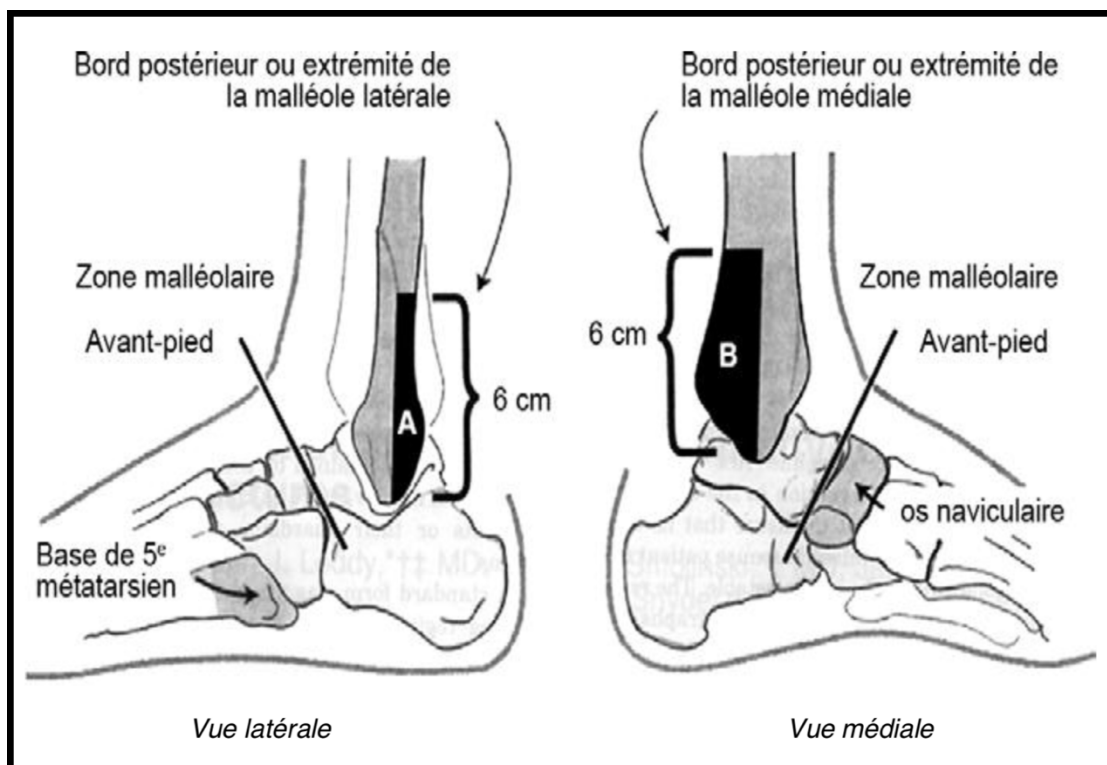
1.3.2 Critères d'Ottawa

Ils permettent de limiter les indications de radiographie, par leur bonne sensibilité proche de 100%. Ils sont à appliquer lors de la consultation initiale ainsi qu'au cours de la consultation de contrôle afin d'éliminer la possibilité de fracture sous-jacente.

Ils sont validés par la majorité de la revue de la littérature (4,25–27), et ont permis de réaliser des économies de tous ordres lors de la prise en charge de l'entorse de cheville (28).

La présence d'un seul des critères impose la réalisation d'une radiographie :

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



SFMU : Actualisation entorse de cheville au service d'urgence 2004

1.3.3 L'imagerie dans l'entorse de cheville

Lorsqu'elle est indiquée, la radiographie standard de la cheville est réalisée avec une incidence de face en rotation interne de 20° ainsi qu'une cheville de face.

Pour évaluer la gravité d'une entorse de cheville, une échographie (29) ou une IRM (30) de la cheville peuvent être réalisées. Le manque d'accessibilité à ces examens fait qu'ils sont réservés à des contextes particuliers (sportifs de haut niveau, persistance de la symptomatologie, doute sur le diagnostic...).

1.3.4 Traitement

a) Symptomatique

Il est basé sur le protocole RICE (Rest, Ice, Compression et Elevation), GREC (Glaçage, Repos, Élévation par surélévation des membres inférieurs aussi longtemps que possible et Compression) du Dr Mirkin Gabe paru pour la première fois dans la revue « Sportsmedicine Book » en 1978.

Ce protocole est préconisé par la conférence de consensus de 2004 (4) ainsi que par la plupart des revues.

Il n'existe cependant pas d'étude mettant en évidence l'efficacité des différents points du protocole à eux seuls sur les symptômes de l'entorse de cheville tels l'œdème et la douleur (31–35).

Lors du glaçage, il est nécessaire de privilégier un glaçage intermittent, plusieurs séances de 15 à 20 minutes, plutôt qu'une application continue de froid (36).

b) Antalgiques

Les Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) sont largement prescrits lors d'une entorse de la cheville. Ils permettent une bonne gestion de la douleur pour des effets secondaires négligeables quel que soit le type d'AINS (sélectif ou non sélectif) (37–40).

Les AINS topiques ont également démontré une bonne efficacité sur la prise en charge de la douleur (41,42).

Il n'existerait pas de différence entre les AINS et le paracétamol (43,44). Ainsi le paracétamol reste le traitement à privilégier en première intention, seul ou en association avec un antalgique de pallier 2.

Les opioïdes de pallier 2 peuvent être utilisés mais les problèmes de tolérance limitent leur utilisation (45).

c) Contention et Immobilisation

La revue de la littérature et les dernières recommandations préconisent une prise en charge de l'entorse de la cheville par un traitement fonctionnel (4,46–48). Bien que les résultats divergent selon les articles, la majorité des publications montrent un pourcentage plus élevé de patients présentant une diminution de l'œdème et du ressenti d'instabilité chronique, un retour plus rapide à l'activité physique, un absentéisme au travail raccourci après avoir bénéficié d'un traitement fonctionnel.

Ce traitement consiste en une mobilisation précoce de l'articulation de la cheville, associée à une contention par divers dispositifs. Il en résulte donc une grande variabilité dans la pratique des médecins (49).

Parmi les dispositifs de contention, on retrouve :

- La chevillière souple
- Le taping (contention adhésive non élastique) nécessitant une réfection à court terme (50).
- Le strapping (contention adhésive élastique), qui comme le taping nécessite une réfection à court terme. Ces deux derniers posent souvent le problème de tolérance cutanée de par la présence de l'adhésif.

- Les orthèses stabilisatrices préfabriquées semi-rigides semblent les meilleurs dispositifs de contention lors d'un traitement fonctionnel (51), elles sont facilement amovibles, permettent un bon maintien de la cheville tout en autorisant un mouvement de flexion-extension (52,53).

L'immobilisation de la cheville peut être obtenue par une attelle rigide (type botte de marche) ou une résine plâtrée. Elle est généralement réservée à des entorses graves (54,55) et elles nécessitent la mise en place d'un traitement anticoagulant pendant la durée de l'immobilisation afin de prévenir le risque de thrombose veineuse. La durée d'immobilisation préconisée est de 4 à 6 semaines.

d) Kinésithérapie

Elle est recommandée de manière précoce dès que la douleur et l'œdème le permettent (4). Les programmes de rééducation consistent particulièrement en un travail neuro-musculaire et proprioceptif, qui consistent en particulier à récupérer une réaction sensitivo-motrice adéquate après la lésion des récepteurs sensitifs et proprioceptifs (56,57). La rééducation précoce semble réduire le nombre de récurrences d'entorses, mais aussi la durée des arrêts de travail, et permettre un retour plus rapide à la pratique d'une activité sportive (58,59).

e) Chirurgicale

La prise en charge chirurgicale regroupe les différentes méthodes permettant la réparation des faisceaux lésés.

Bien que des études semblent démontrer une supériorité de la chirurgie par rapport à un traitement fonctionnel (60,61), c'est ce dernier qui est retenu par les recommandations : il est plus aisé à mettre en œuvre, n'expose pas aux diverses complications d'un geste invasif et reste le traitement le plus adapté à la population générale.

Le traitement chirurgical est proposé au fonction du cas, notamment chez l'athlète, pour un retour à une activité sportive plus rapide (55).

f) Autres moyens thérapeutiques

Les différentes prises en charges alternatives telles que l'acupuncture, l'utilisation d'ultrasons, la thérapie par laser, l'électrothérapie ou les ondes de percussions n'ont pas démontré leur efficacité sur la prise en charge de l'entorse de cheville et ne sont donc pas préconisées.

1.3.5 Reprise sportive

Il n'existe pas de recommandation concernant la reprise d'une activité sportive suite à une entorse de cheville.

Les études actuelles suggèrent que la décision de la reprise sportive doit être multidisciplinaire. Cette multidisciplinarité inclut des acteurs médicaux, paramédicaux et non médicaux (le coach sportif, le patient, l'entourage du patient...)(62).

Un consensus sur la définition de la reprise a été adopté en 2016 (63), on peut retenir trois niveaux de reprise sportive :

- *Le retour à la participation*, correspondant à une rééducation, une reprise d'entraînement, voire au retour à l'activité physique à un niveau moindre qu'avant le traumatisme, le patient est actif sur le plan physique mais pas « prêt » (sur le plan médical, physique et/ou psychologique).
- *Le retour au sport*, le patient/athlète peut reprendre la pratique de son sport mais pas à son niveau de performance souhaité.
- *Le retour à la performance*, le patient a repris la pratique de sport à des niveaux de performance supérieurs ou égaux à son niveau pré-traumatique.

Plusieurs modèles de la prise en charge de reprise sportive suite à un traumatisme sportif ont été proposés lors des dernières années (64–66). Elles ont pour point commun d'intégrer divers facteurs dans leur arbre décisionnel.

Une révision de l'étude de Creighton et al. a permis d'élaborer le modèle de StARRT (Strategic Assessment of Risk and Risk Tolerance)(67) qui résume les divers facteurs décisionnels en trois catégories distinctes :

- Le niveau de risque lié à la santé du patient (démographie, lésion, antécédent...)
- Le niveau de risque lié à l'activité (sport pratiqué, le poste occupé, niveau de compétition, état psychologique du patient...)
- Le niveau de risque toléré (calendrier de la saison sportive, demande de la part du patient, tolérance aux symptômes...)

Cette catégorisation peut guider la décision médicale quant à la reprise sportive post-traumatique et pourrait être appliquée suite à une entorse de cheville.

Notons qu'une récente étude montre la variabilité de l'utilisation des arbres décisionnels lors de la reprise sportive suite à un traumatisme notamment lors des traumatismes les plus graves (68). Ces guides sont donc perfectibles.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de réaliser un état des lieux de la pratique des médecins généralistes de l'Hérault face à la reprise sportive suite à une entorse bénigne de la cheville.

2.2 Méthodologie

2.2.1 Profil de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive réalisée dans le département de l'Hérault.

2.2.2 Population de l'étude

Les critères d'inclusion de l'étude sont les suivants :

- Être diplômé en Médecine Générale et inscrit au Conseil de l'Ordre Départemental des Médecins de l'Hérault
- Ou être interne non thésé détenteur d'une licence de remplacement et effectuant des remplacements réguliers dans le département de l'Hérault.

Les critères d'exclusions sont :

- Ne pas exercer dans le département de l'Hérault
- Tout médecin remplaçant exerçant la majorité de son exercice en dehors du département.

2.2.3 Recueil de données

a) Questionnaire

Le questionnaire de l'étude a été élaboré grâce au logiciel Google Forms (annexe 1). Il a été préalablement testé sur un panel de 10 internes en Médecine Générale et médecins généralistes par le biais de réseaux sociaux et courrier électronique.

Le questionnaire a été diffusé à 1018 médecins généralistes libéraux du département de l'Hérault ayant communiqué une adresse électronique au Conseil Départemental de l'Hérault de l'Ordre des Médecins.

b) Période de recueil

Le questionnaire a été envoyé par courrier électronique par le Conseil Départemental de l'Hérault de l'Ordre des Médecins le 9 Avril 2019, une relance a été faite le 27 Mai 2019.

La date limite de réponse a été fixée au 10 Juin 2019, soit après une période de 2 mois de recueil de données.

c) Analyse des données

L'ensemble des réponses obtenues à été enregistré dans un tableur Microsoft® Excel pour Mac version 16.19.

Ils ont secondairement été transformés en données chiffrées afin d'en extraire des données statistiques sous forme de pourcentages.

3. RESULTATS

3.1 Caractéristiques de la population

Parmi les 1018 médecins généralistes de l'Hérault, 68 ont répondu au questionnaire avant la date limite imposée.

Les caractéristiques de la population sont résumées dans le *Tableau 1*.

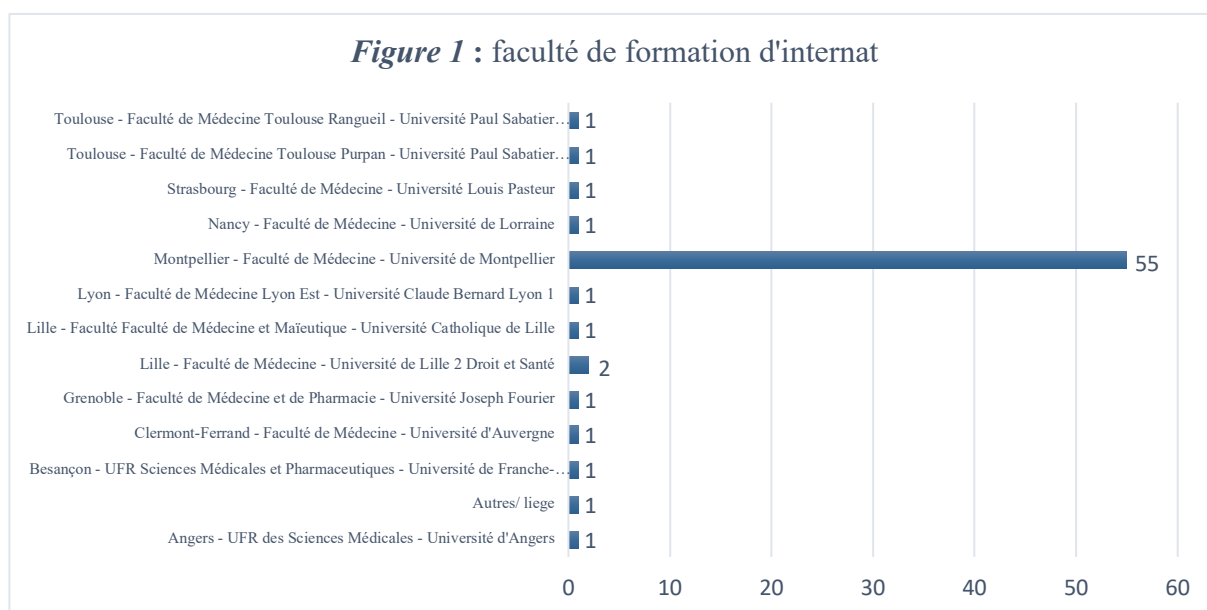
Tableau 1 : Caractéristiques de la population

	Médecins généralistes (N=68)
Sexe :	
Homme	32 (47%)
Femme	36 (53%)
Age :	
< 35 ans	16 (24%)
35 à 45 ans	20 (29%)
45 à 55 ans	15 (22%)
> 55 ans	17 (25%)
Mode d'exercice :	
Urbain	30 (44%)
Semi-urbain	29 (43%)
Rural	8 (12%)
Variable	1 (1%)
Type d'exercice :	
Cabinet individuel	18 (26%)
Cabinet de groupe	47 (69%)
Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP)	2 (3%)
Remplaçant	1 (1%)
Spécialisation :	
Médecine du Sport (DU et Capacité)	8(12%)
Médecine d'Urgence	4 (6%)
Gynécologie	5 (7%)
Pédiatrie (DU et capacité)	6 (9%)
Infectiologie et médecine tropicale	7 (10%)
Gériatrie (DU/DIU)	4 (6%)
Ostéopathie, acupuncture, hypnose	6 (9%)
Algologie	2 (3%)
Endocrinologie, diabétologie	5 (7%)
Faculté de formation à l'internat	
Montpellier - Faculté de Médecine	55 (81%)
Autre Facultés en France	12 (17%)
Étranger - Université de Liège (Belgique)	1 (2%)

La population est composée de 53% de femmes et 47% d'hommes. 44% exercent en milieu urbain, 43% en milieu semi-urbain dont 12% exercent en milieu rural et 1% ont une activité variable.

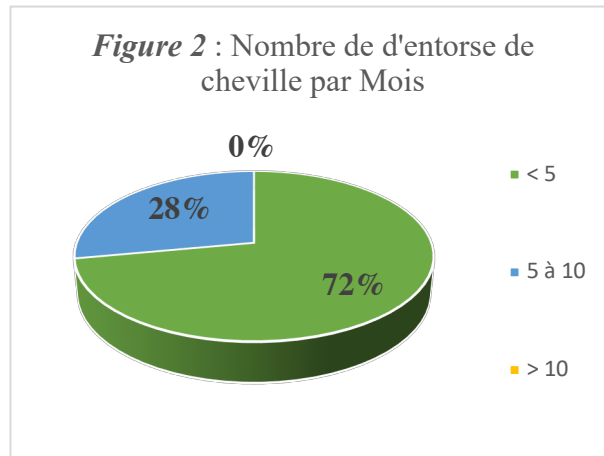
69% des médecins travaillent en cabinet de groupe, 26% en cabinet individuel et 3% en Maison de Santé Pluridisciplinaire. Un médecin (1%) effectue des remplacements.

81% des médecins ayant répondu au questionnaire sont issus de la Faculté de Médecine de Montpellier, un médecin est issu d'une formation à l'étranger (Belgique – Liège), 18% se répartissent dans diverses facultés de médecine de France (Figure 1).

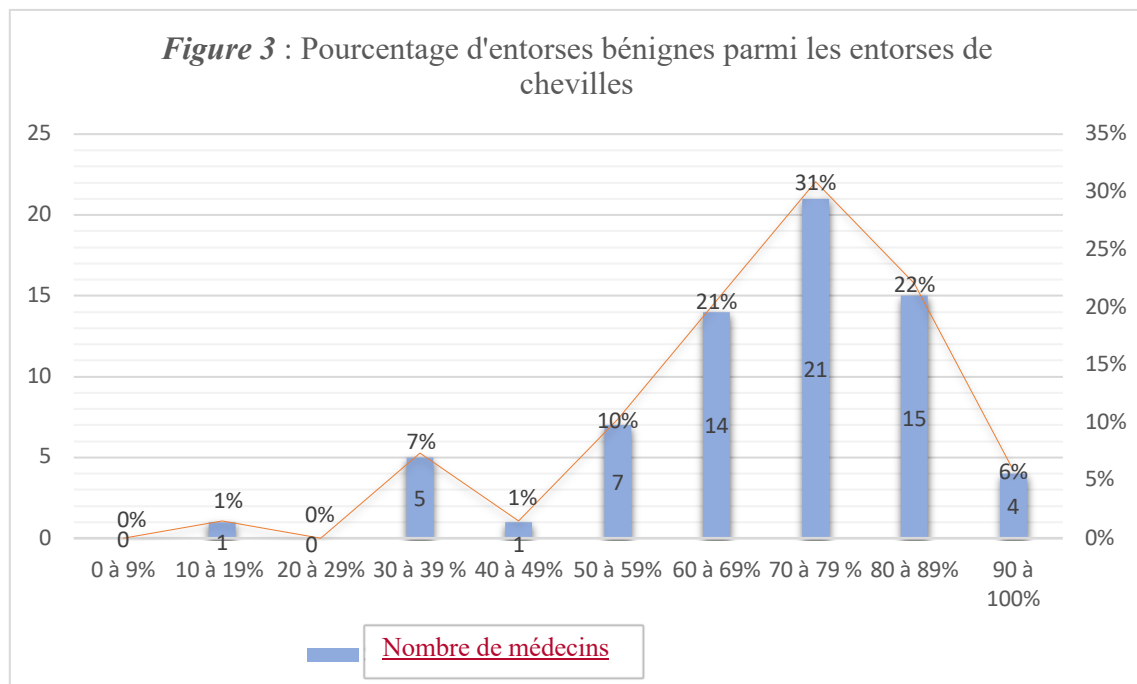


3.2 Prise en charge de l'entorse de cheville

72% des médecins généralistes de l'Hérault prennent en charge moins de 5 entorses par mois et 28% d'entre eux peuvent en voir de 5 à 10 par mois, aucun des médecins ayant répondu au questionnaire ne voit plus de 10 entorses de cheville par mois. (Figure 2)

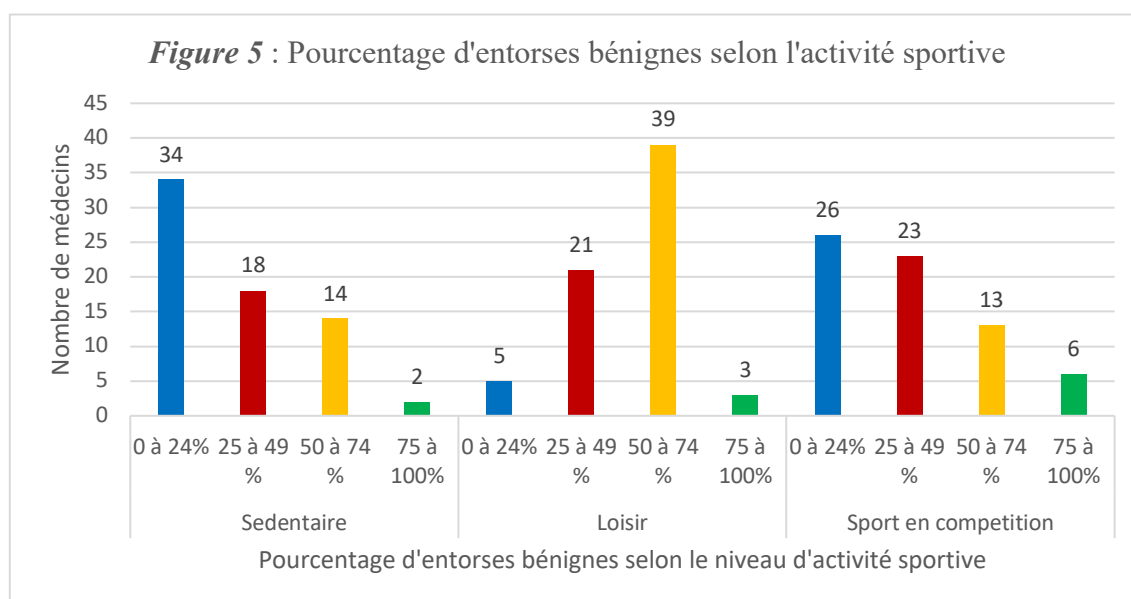
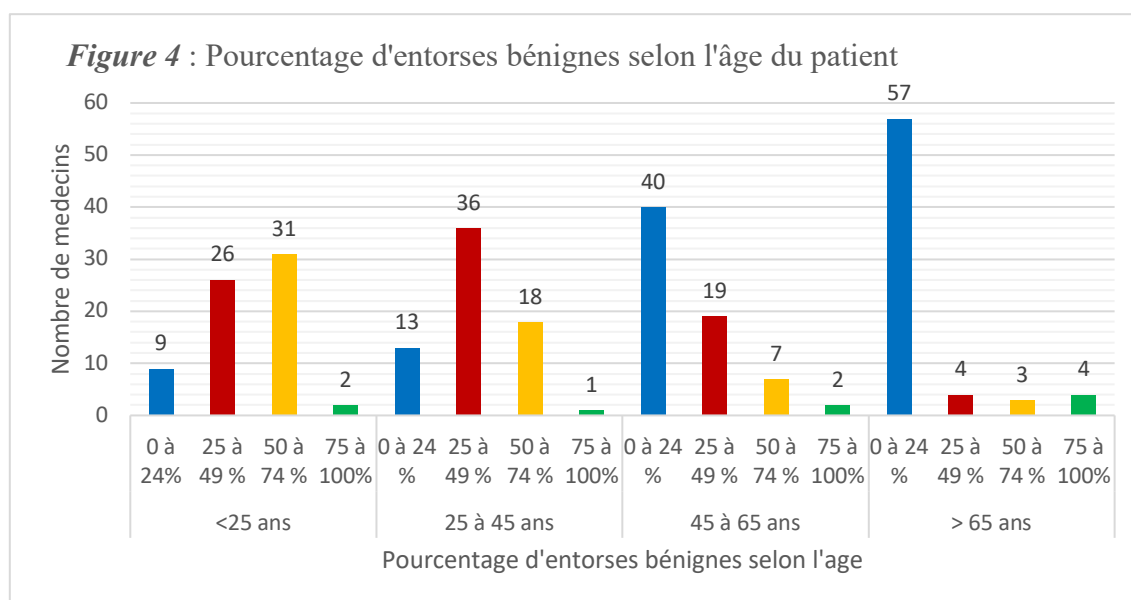


Pour 31% des médecins, les entorses bénignes représentent 70 à 79% des entorses totales examinées. Pour 22% des praticiens, elles seraient de 80 à 89%. Pour 21% d'entre eux elles seraient de 60 à 69%. Enfin pour 7% des répondants, elles représenteraient une fraction de 30 à 39%. (Figure 3)



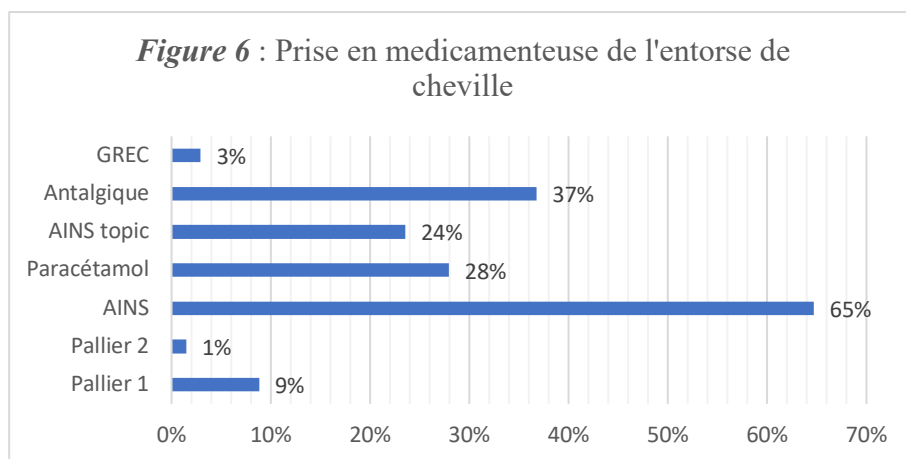
La *Figure 4* résume la proportion d'entorses bénignes en fonction de l'âge du patient selon les médecins interrogés :

- Chez les moins de 25 ans, 26 médecins estiment que 25 à 49% des entorses sont bénignes alors que 31 médecins estiment qu'elles sont de 50 à 74%.
- Dans la tranche d'âge de 25 à 45 ans, les entorses bénignes sont de 25 à 49% pour 36% des médecins. Elles sont de 50 à 74% pour 19 d'entre eux.
- Chez les patients âgés de 45 à 65 ans, 40 médecins estiment que les entorses de cheville bénignes pour une proportion de 0 à 24% et 19 médecins entre 25 à 49%.
- Chez les patients âgés de plus de 65 ans, 57 médecins estiment que la proportion des entorses bénignes parmi les entorses totales est située entre 0 et 24%



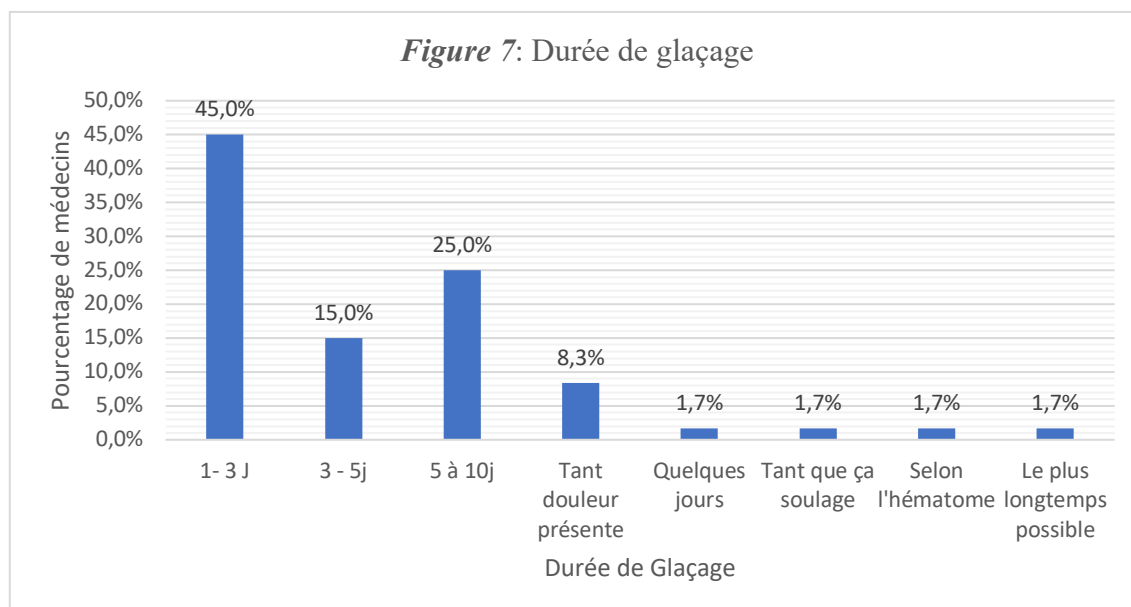
La *Figure 5* résume la proportion d'entorses bénignes en fonction du niveau d'intensité de l'activité physique pratiquée.

Sur les 68 médecins ayant répondu au questionnaire, 67 prescrivent un traitement médicamenteux per os et/ou cutané lors de la prise en charge d'une entorse. La *Figure 6* résume le type de traitement que prescrivent 66 médecins.



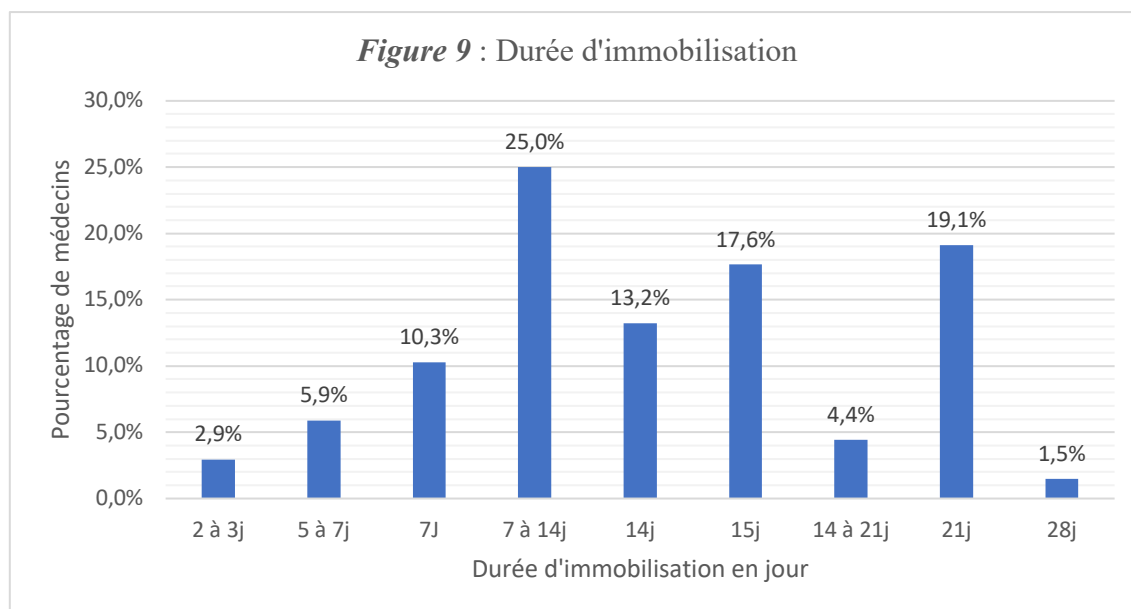
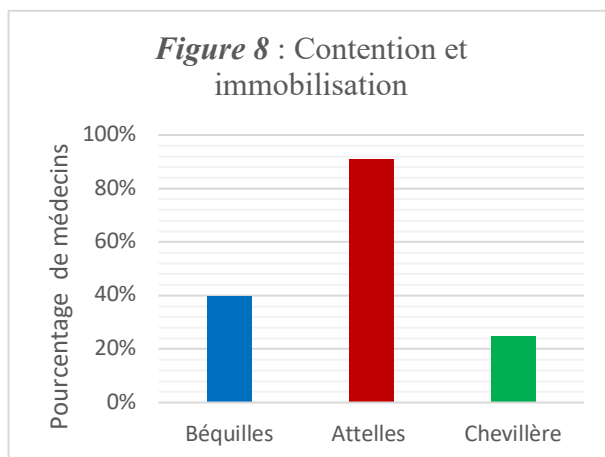
GREC : Glaçage Repos Élévation Contention

Tous les médecins ayant répondu au questionnaire prescrivent un glaçage de la cheville, la durée de glaçage préconisée par 60 médecins est résumée dans la *Figure 7*.



Sur les 68 médecins généralistes, 91% prescrivent une immobilisation par une attelle, 40% prescrivent également des béquilles de marche et 25% prescrivent une cheville souple. (Figure 8)

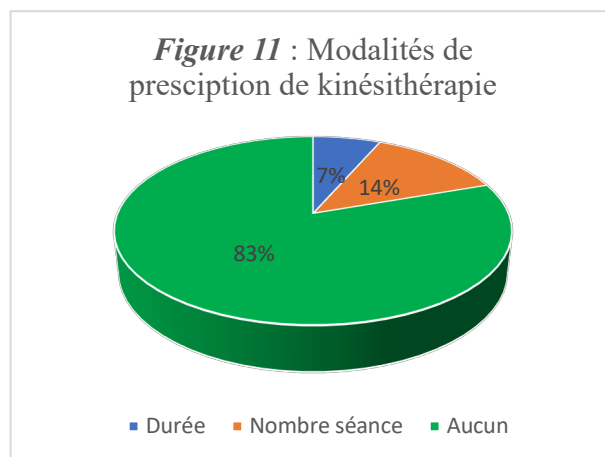
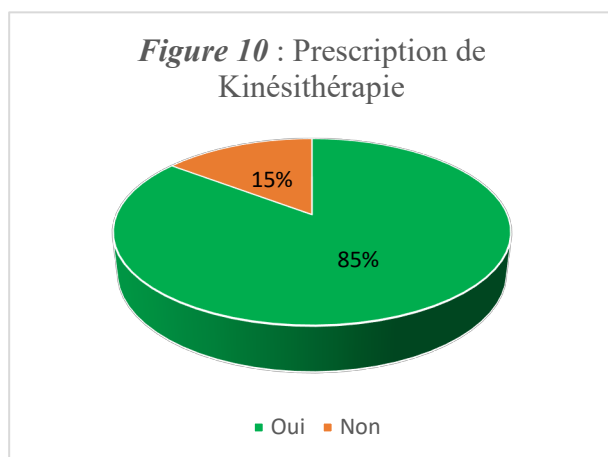
La durée d'immobilisation que préconisent les médecins généralistes interrogés est variable, elle est résumée dans la Figure 9.



58 des médecins généralistes interrogés prescrivent des séances de kinésithérapie.

Lorsqu'elles sont prescrites (*Figures 10 et 11*) :

- 49 des médecins ne précisent ni le nombre de séances ni la durée totale des séances,
- 8 médecins précisent le nombre de séances,
- 4 en précisent la durée totale.



Concernant l'arrêt d'activité (*Figure 13*) :

- 49% des médecins généralistes prescrivent un arrêt de travail associé à une dispense de sport,
- 50% prescrivent une dispense de sport,
- 1% ne prescrivent qu'un arrêt de travail.

46 médecins ont précisé la durée de l'arrêt de travail prescrit et 67 des médecins généralistes ont précisé la durée de la dispense de sport. (*Figures 14 et 15*)

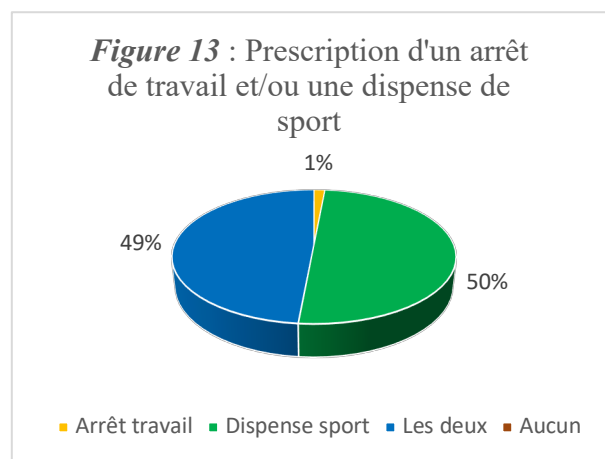
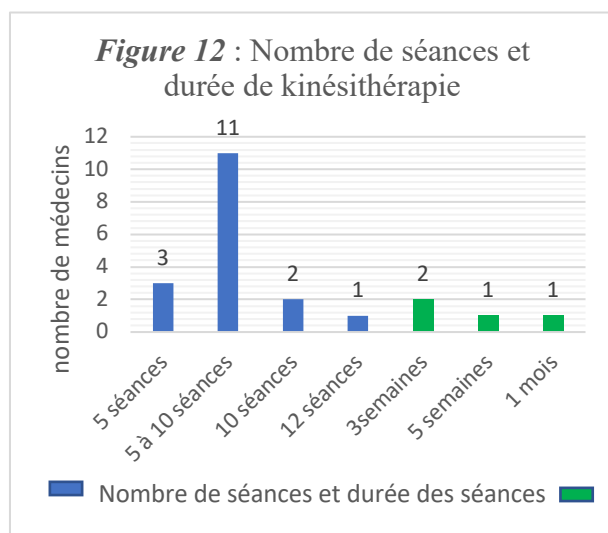


Figure 14 : Durée de l'arrêt de travail

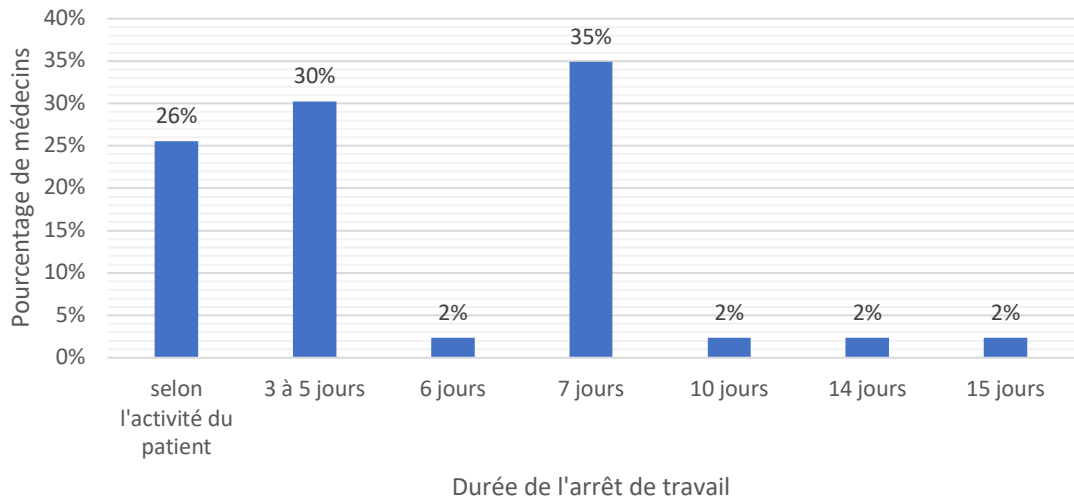
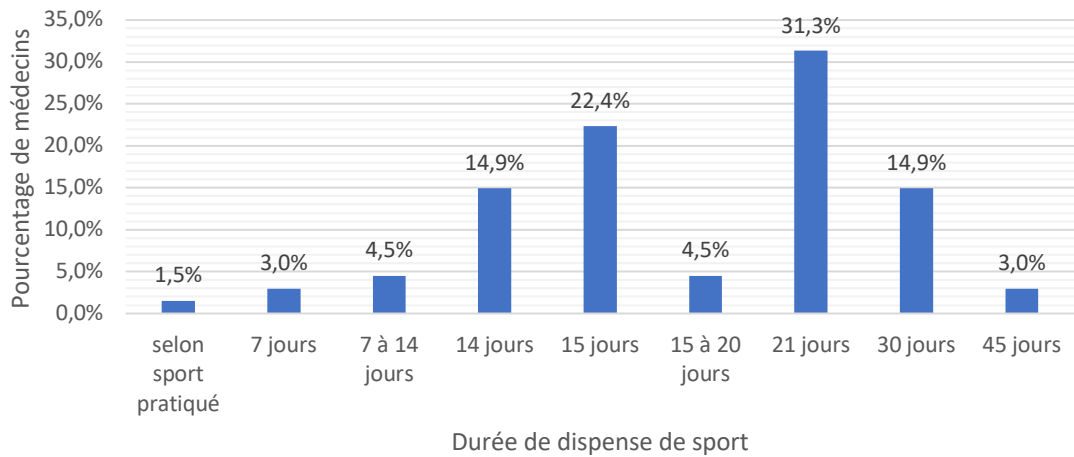


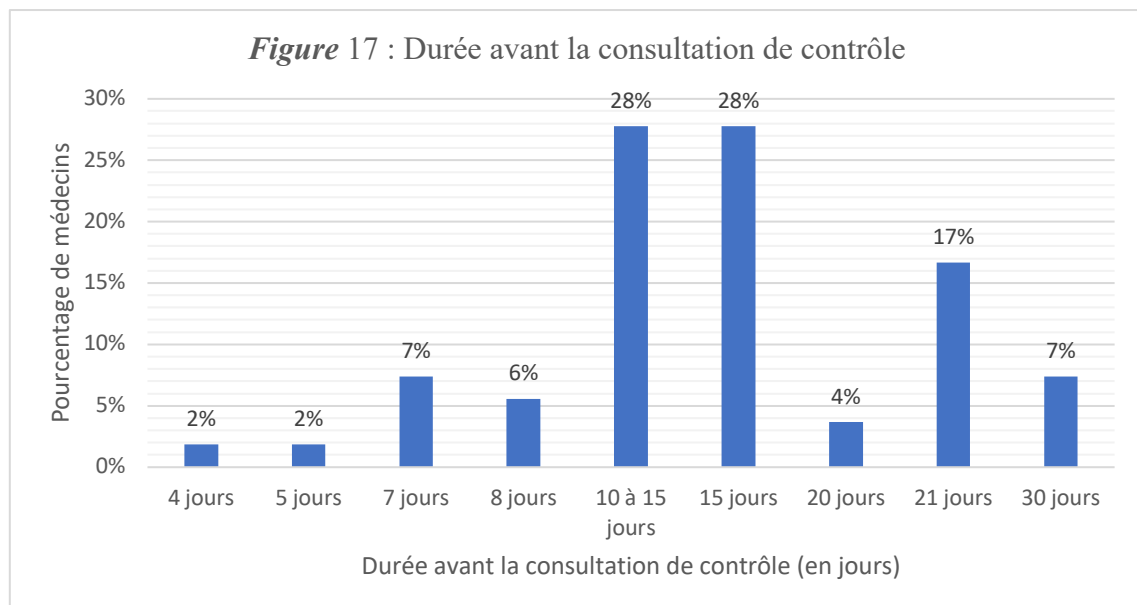
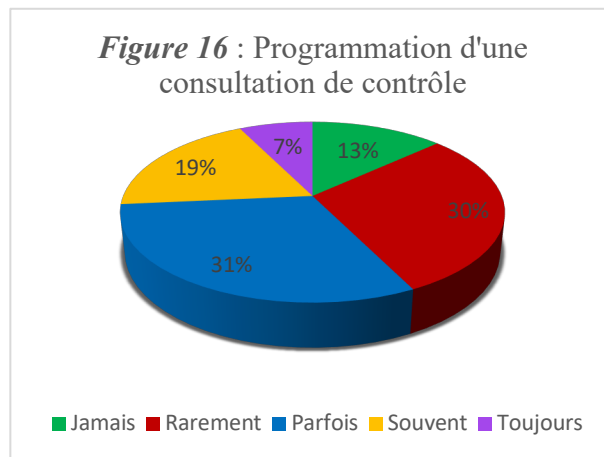
Figure 15 : Durée de la dispense de sport



3.3 Prise en charge de la reprise sportive

Lors de la prise en charge de l'entorse bénigne de la cheville (*Figure 16*) :

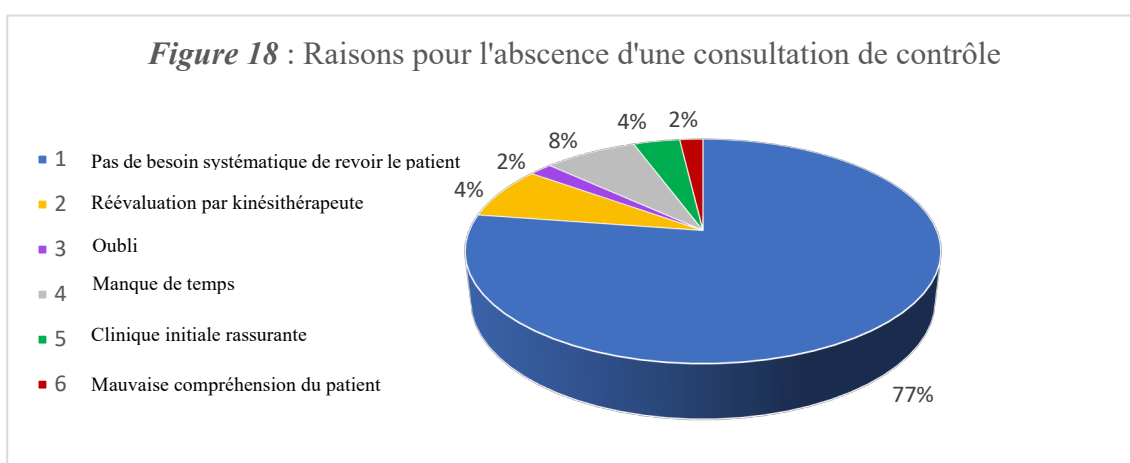
- 13% des médecins généralistes ne programment pas de consultation de contrôle,
- 30% en programment rarement,
- 31% en programment parfois,
- 19% programment souvent une consultation de contrôle,
- 7% des médecins programment toujours une consultation de contrôle.



55 des médecins ont précisé la durée avant la consultation de contrôle. La durée est variable, elle est résumée dans la *Figure 17*.

La *Figure 18* résume les motifs de 53 des médecins généralistes motivant l'absence de programmation d'une consultation de contrôle :

- 77% des médecins ne jugent pas qu'il y ait un besoin de revoir le patient à titre systématique,
- 8% n'ont pas de temps de programmer une consultation de contrôle,
- 4% jugent que les patients sont revus par les kinésithérapeutes,
- 4% ne programment pas de consultation devant un examen clinique initial rassurant.
- 2% ne font pas de consultation de contrôle par oubli.
- 2% des médecins ne programment pas de consultation sur une « mauvaise compréhension du patient ».



Concernant l'interrogation des patients quant à leur reprise sportive (*Figure 19*) :

- 1,5% des médecins sont rarement interrogés par les patients sur le délai avant la reprise d'une activité sportive,
- 19,1% ont parfois été interrogés,
- 51,5% ont souvent été compulsés,
- 27,9% ont toujours été consulté

À propos de la réalisation d'examens cliniques et paracliniques pré-reprise :

- 74% soit 50 des médecins généralistes interrogés ne réalisent pas d'examen clinique ni d'examen paraclinique avant la reprise d'une activité sportive (*Figure 20*).
- 19 médecins les ont prescrits (*Figure 21*) :
 - o 74% d'entre eux réalisent un examen clinique de pré-reprise,
 - o 11% prescrivent un bilan à réaliser par le kinésithérapeute,
 - o 11% des médecins prescrivent une radiographie de contrôle de la cheville,
 - o 5% font des tests de proprioception et évaluent la douleur.

Figure 19 : Demande par le patient du délais avant la reprise sportive

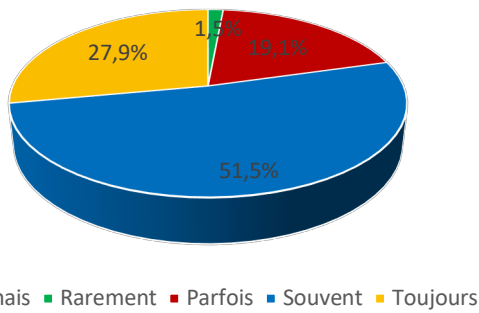


Figure 20 : Réalisation d'examen clinique/paraclinique de pré-reprise sportive

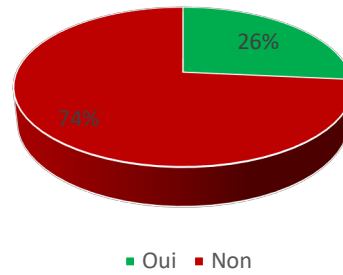
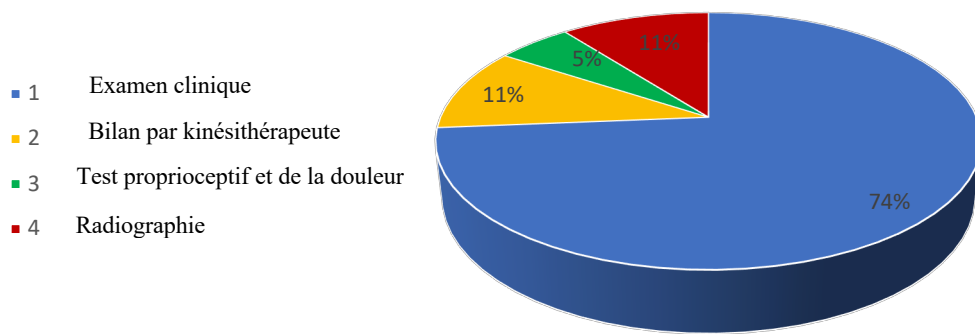
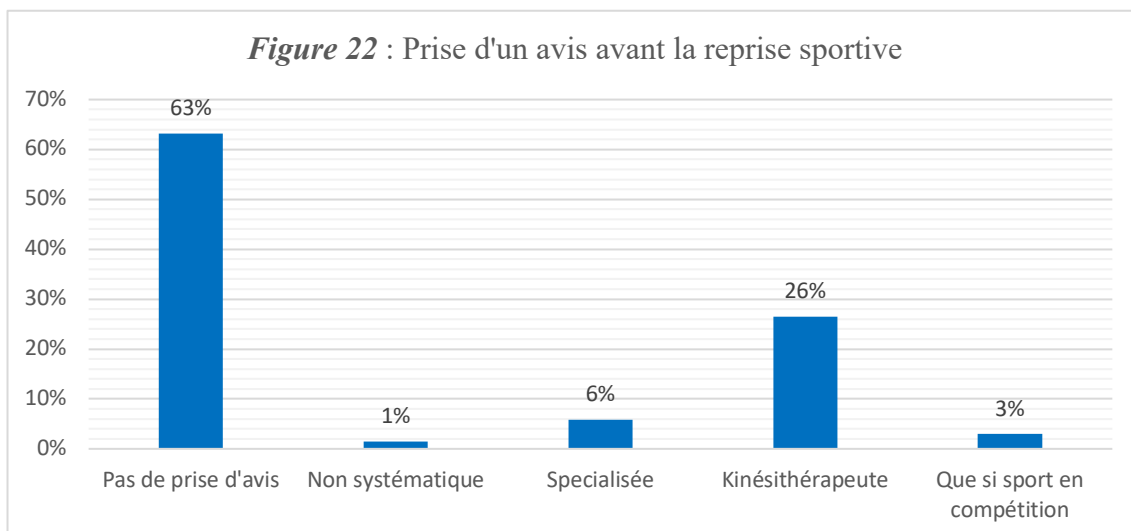


Figure 21 : Examens cliniques/paracliniques de pré-reprise sportive

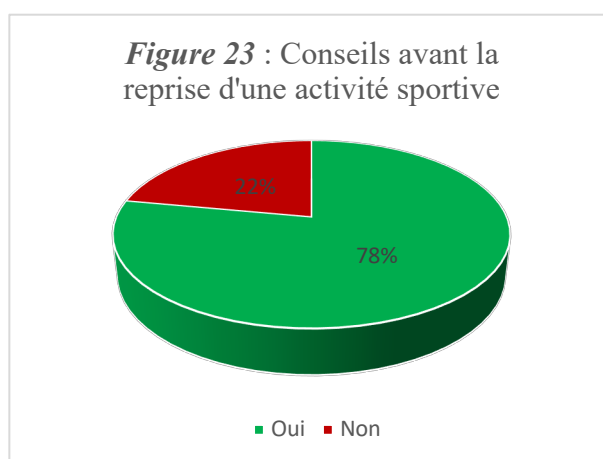


Interrogés sur la prise d'avis auprès d'un tiers avant une autorisation de reprise sportive (Figure 22) :

- 63% des médecins ne prennent pas d'avis,
- 26% sollicitent l'avis d'un kinésithérapeute,
- 6% sollicitent l'aide d'un spécialiste (chirurgien orthopédiste, rhumatologue ou médecin du sport),
- 3% des médecins ne prennent un avis que si le patient pratique une activité sportive en compétition,
- 1% des médecins ne prennent pas systématiquement d'avis.

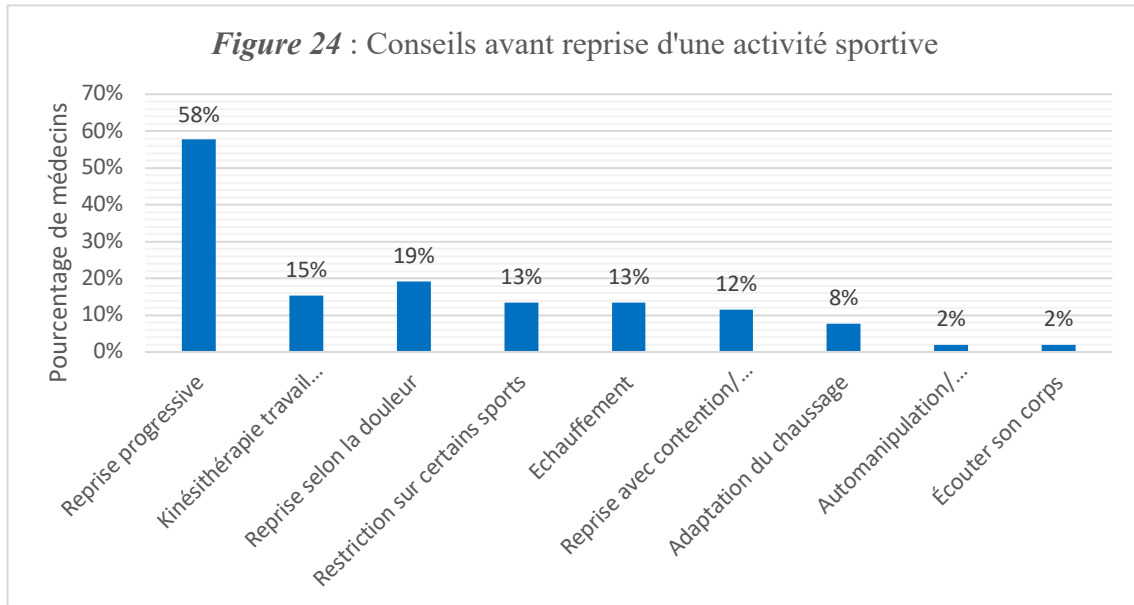


78% des médecins généralistes interrogés prodiguent des conseils aux patients avant la reprise d'une activité sportive suite à une entorse de cheville (*Figure 23*).

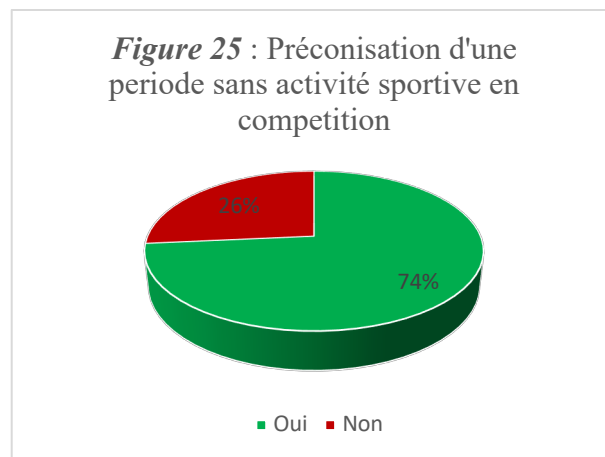


52 médecins ont décrit les divers conseils qu'ils prodigent (*Figure 24*).

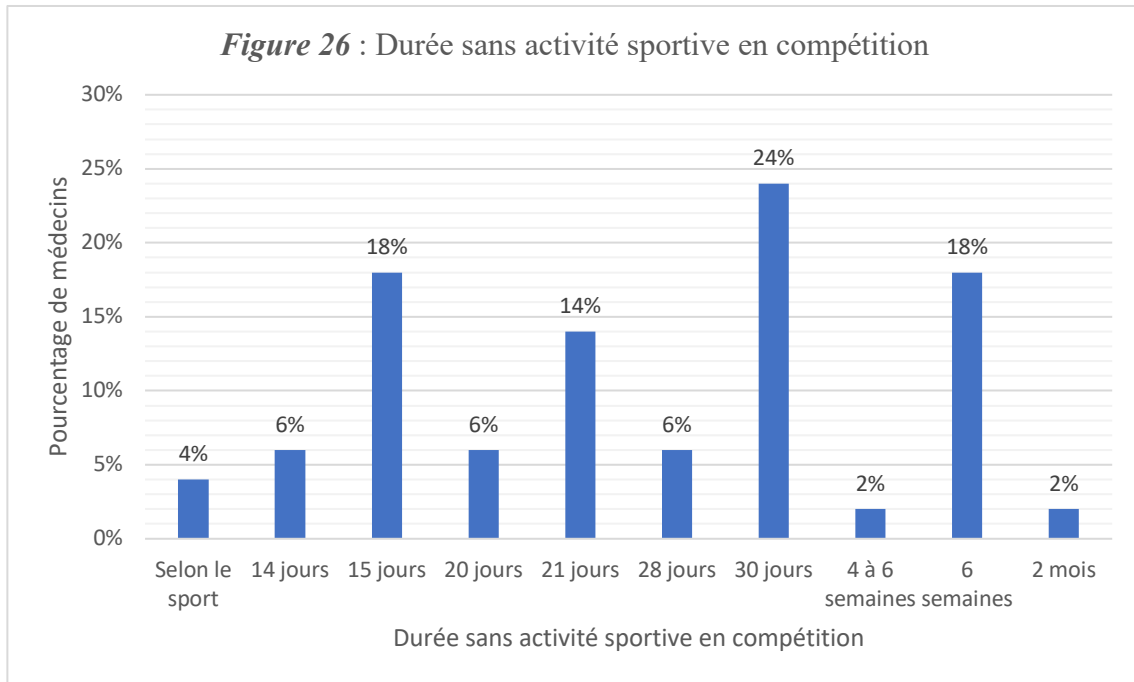
- 58% d'entre eux préconisent à leurs patients une reprise progressive,
- 19% conseillent une reprise selon l'intensité et le niveau de tolérance de la douleur,
- 15% conseillent une kinésithérapie de rééducation proprioceptive de la cheville,
- 13% des médecins préconisent une restriction de certaines activités sportives,
- 13% insistent sur la nécessité d'un échauffement avant l'activité sportive,
- 12% préconisent une reprise avec une contention de la cheville,
- 8% des médecins donnent des conseils pour un chaussage adéquat,
- 2% conseillent une manipulation et une mobilisation de l'articulation de la cheville,
- 2% conseillent « l'écoute de son corps ».



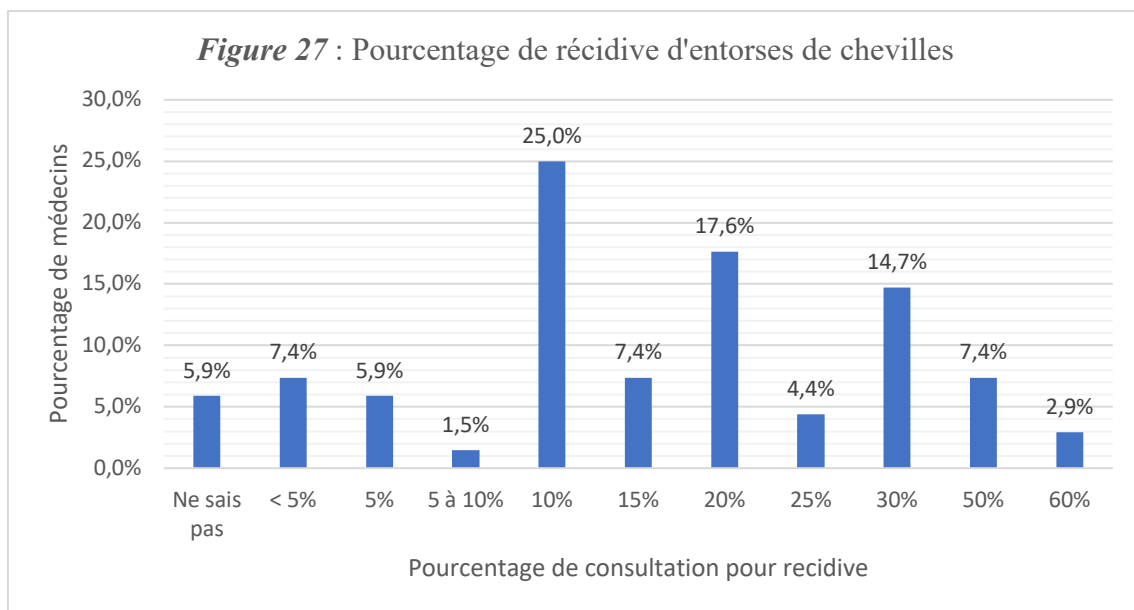
74% de médecins généralistes ayant répondu préconisent une période sans activité sportive en compétition. (Figure 25)



La *Figure 26* précise la durée préconisée sans la pratique d'activité physique en compétition par 50 médecins.



Le pourcentage de récurrence d'une entorse bénigne de la cheville constatée est très variable, il est détaillé dans la *Figure 27*, il varie de moins de 5% de récurrences à 60% de récurrences.



4. DISCUSSION

4.1 Intérêt de l'étude

À notre connaissance il existe peu d'études sur la prise en charge d'une reprise sportive suite à une entorse bénigne de cheville par les médecins généralistes.

Nous nous intéressons dans cette étude, à la pratique des médecins généralistes de l'Hérault quant à la gestion cette reprise sportive.

La population de l'étude semble représentative de la démographie du département avec une répartition homogène entre hommes et femmes, une répartition égale des différentes tranches d'âge et une majorité des médecins formés à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Afin d'élargir le panel d'investigation, le questionnaire a été envoyé par courrier électronique par l'intermédiaire du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de l'Hérault aux 1018 médecins leur ayant communiqué une adresse électronique.

Malgré une relance deux semaines avant la clôture de recueil de données, seuls 68 médecins ont répondu au questionnaire.

Le principal biais de cette étude est donc le faible taux de réponse au questionnaire (6.7%).

Il est possible qu'une partie des médecins n'aie pas reçu le questionnaire, ceux l'ayant reçu manquaient probablement de temps ou d'intérêt pour le sujet pour y répondre.

4.2 Prise en charge de l'entorse de cheville

Les entorses de bénignes de cheville semblent les plus fréquentes, elles prédominent chez les sujets jeunes (25 à 45 ans). Il est donc logique de retrouver la pratique sportive de loisir comme cause la plus fréquente des entorses bénignes de cheville.

Concernant leur prise en charge initiale, nous constatons que le protocole RICE/GREC est bien appliqué par la totalité des médecins généralistes interrogés. Ils conseillent l'application de la glace, le repos est obtenu par la dispense de sport et/ou un arrêt de travail.

L'immobilisation par attelle de cheville est préférée par 91% des médecins, ce qui correspond aux consensus.

La durée du glaçage de la cheville, de sa contention et du repos est très variable. Cette variabilité de durée était attendue car, hormis un guide édité par l'Assurance Maladie de concert avec l'HAS (69) il n'existe, à l'heure actuelle, aucun véritable consensus quant à la durée d'immobilisation de la cheville ni de la mise en repos/glaçage de l'articulation.

La kinésithérapie reste sous-prescrite avec 15% des médecins généralistes qui ne prescrivent aucune séance malgré les recommandations de la SFMU (4) et de la HAS (70).

Or une rééducation précoce par kinésithérapie semble diminuer l'instabilité chronique de la cheville et donc la survenue d'une nouvelle entorse (71).

4.3 Prise en charge de la reprise du sport

Alors que la majorité des patients s'enquière du moment de la reprise du sport, il n'existe pas, à l'heure actuelle, de recommandations permettant aux médecins généralistes d'y répondre avec certitude. Cela expliquerait la variabilité de la durée d'immobilisation, de la durée de dispense de sport et la durée d'éviction d'une pratique de sport en compétition.

La programmation d'une consultation de contrôle avant la décision de la reprise sportive n'est pas systématique selon les médecins généralistes interrogés. On note que 13% des médecins généralistes ne programment pas de consultation de contrôle. Ils sont 30% à n'en programmer que rarement.

La principale raison à cette absence de consultation de contrôle est « l'absence de besoin systématique de revoir le patient » (77% des médecins interrogés).

Il en découle donc, une absence de réalisation d'examen clinique et/ou paraclinique avant la reprise d'une activité sportive chez 74% des médecins généralistes interrogés.

Or le dernier modèle de reprise sportive proposé par Shrier et al, Strategic Assessment of Risk Tolerance (StARTT) (67), également repris lors du premier congrès de kinésithérapie à Bern sur la reprise sportive (63), illustre la complexité et l'aspect multifactoriel de la décision d'une reprise sportive. (*Figure 29*).

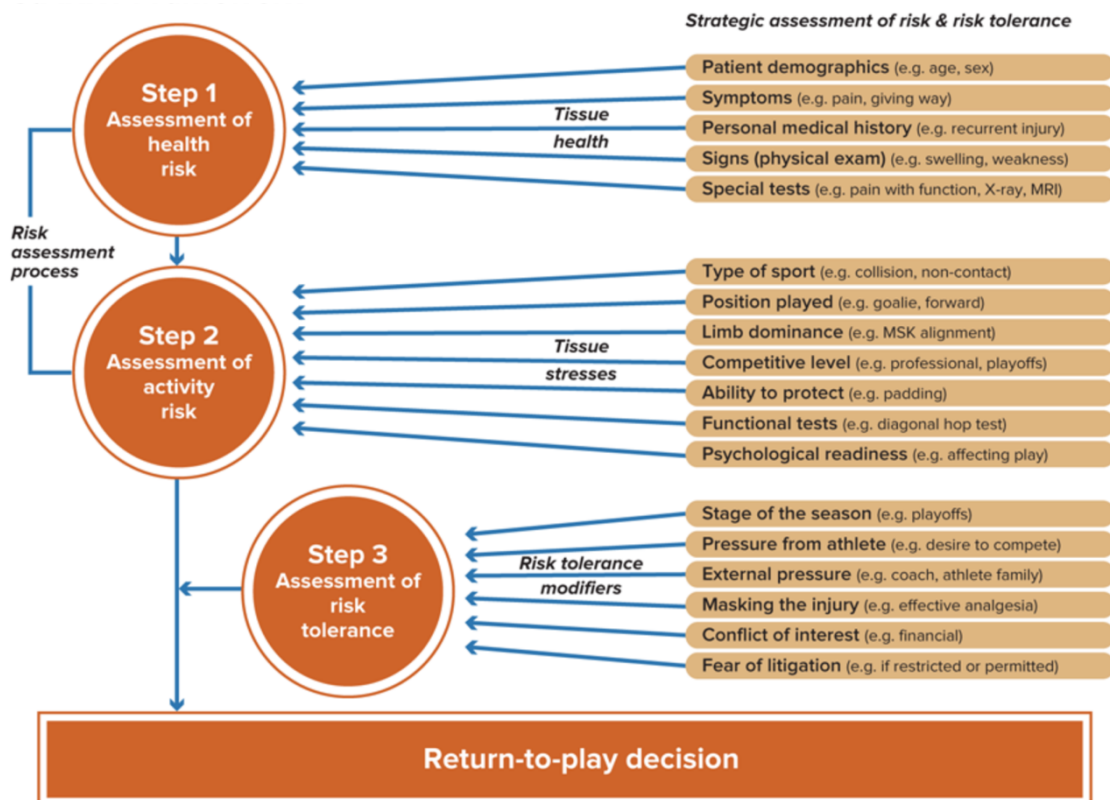
Il nous semble qu'une consultation de contrôle est nécessaire afin de valider les deux premières étapes proposées par le model StARTT, à savoir le risque lié au traumatisme et le risque lié à l'activité ou les activités sportives pratiquées.

La multidisciplinarité est la nouvelle norme dans la prise en charge du patient, devant la complexité de la décision quant au moment opportun de la reprise sportive. Il nous paraît important que cette décision soit intégrée dans une démarche multidisciplinaire comme le propose Shrier et al (62).

Dans notre étude, la majorité des praticiens interrogés (63%) ne prennent pas d'avis avant une reprise sportive.

Ils sont tout de même 26% à prendre un avis auprès de kinésithérapeutes. Ces derniers sont en mesure d'évaluer certaines étapes de la méthode StARTT par le biais de tests fonctionnels et psychologiques comme cela est proposé dans l'article de Clonton et al (72), permettant ainsi d'aider le praticien dans sa prise en charge.

Figure 29 : Cadre pour la décision du retour au sport StARTT



Peter Brukner : *Brukner & Khan's Clinical Sports Medicine : Injuries, Volume 1*

La majorité des médecins généralistes de notre étude encadrent la reprise sportive par des conseils qu'ils prodiguent.

La consigne la plus fréquente, est celle d'une reprise progressive de l'activité sportive. Viennent ensuite le respect du niveau de douleur et la nécessité de réaliser des exercices d'échauffements.

Il n'existe là encore aucune recommandation dans la littérature. Ces consignes relèvent sans doute, pour la plupart, de l'expérience et/ou des habitudes des praticiens.

Dans notre étude, le taux estimé de récurrence d'entorses bénignes de cheville est variable et non négligeable avec 25% des médecins interrogés rapportant 10% de récurrence d'entorses, 20% de récurrences pour 17,6% des généralistes et jusqu'à 30% de récurrences pour 14,6% des praticiens. Ces taux sont concordant aux données actuelles (71).

Plusieurs facteurs liés à une instabilité chronique de la cheville peuvent expliquer ces récurrences : Un antécédent d'entorse de cheville, le défaut de réalisation d'une kinésithérapie précoce dès que la douleur permet la mobilisation de la cheville, une reprise sportive trop précoce. Il semble donc important d'encadrer au mieux la reprise afin d'éviter de nouveaux traumatismes.

CONCLUSION

L'entorse bénigne de la cheville reste de nos jours un motif fréquent de consultation tant dans les services d'Urgences que dans les cabinets de Médecine Générale. Bien qu'un consensus existe sur sa prise en charge et que notre étude semble montrer que celui-ci est correctement appliqué, il n'existe pas de recommandation sur la reprise sportive suite à ce traumatisme.

La reprise sportive est complexe et multifactorielle, notre étude montre une grande variabilité de sa prise en charge en raison justement de l'absence de recommandation.

Malgré cette absence de recommandation, et donc une pratique prise en charge diversifiée quant à la reprise sportive, nous observons dans notre étude un taux de récurrence comparable aux publications actuelles de l'ordre de 3 à 30%.

Aucune entorse de la cheville n'est la même, ainsi la prise en charge d'un retour aux activités sportives et professionnelles doit être adaptée au patient, intégrant dans la prise de décision, ses préférences, l'expérience du praticien et les connaissances scientifiques disponibles.

Le modèle de Shrier et al, divisé en trois étapes, réunit les différents éléments nécessaires à la prise de décision d'une reprise sportive. Les trois acteurs clefs essentiels à un bon retour au sport sont le patient, les professionnels de santé et les preuves scientifiques.

La connaissance de ce triptyque par les médecins généralistes ainsi qu'une approche multidisciplinaire centrée sur le patient avec sa participation, pourrait permettre un retour à la pratique du sport dans des conditions optimales.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kajetanek C, Khiami F. Évaluation et traitement des entorses de la cheville dans le cadre de l'urgence. [Httpwwwem-Premiumcomwwwwezpbui-Montpellierfrdatatraitestmtm-49718](http://www.em-premium.com/www.ezp.biu-montpellier.fr/article/1121931/resultatrecherche/1) [Internet]. 17 mai 2017 [cité 10 nov 2018]; Disponible à: <http://www.em-premium.com/www.ezp.biu-montpellier.fr/article/1121931/resultatrecherche/1>
2. De Boer AS, Schepers T, Panneman MJ, Van Beeck EF, Van Lieshout EM. Health care consumption and costs due to foot and ankle injuries in the Netherlands, 1986–2010. *BMC Musculoskelet Disord*. 12 avr 2014;15(1):128.
3. W CM, L MJ, M C, R N, M JR, Al E. Treatment of severe ankle sprain: a pragmatic randomised controlled trial comparing the clinical effectiveness and cost-effectiveness of three types of mechanical ankle support with tubular bandage. The CAST trial. *Health Technol Assess* [Internet]. 16 mars 2009 [cité 4 mai 2019];13(13). Disponible à: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta13130/#/abstract>
4. A. Leuret, J.P. Sommereise, J.M. Philippe, C. Le Gall, C. Busseuil, F. Carpentier, S. Le Goff, P. Atain-Kouadio, O. Fougeras, S. Stempfle, L. Picault. Actualisation 2004 de la conference de consensus l'entorse de la cheville au service d'urgence 5ème conference de consensus Roanne le 28 Avril 1995 Actualisation de la conference de consensus. Société française de médecine d'urgence; 2004 p. 17.
5. Canneva H, éditeur. La pratique des activités physiques et sportives en France: Enquête 2003 – Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative Ministère de la Culture et de la Communication, Insee [Internet]. INSEP-Éditions; 2005 [cité 31 mars 2019]. Disponible à: <http://books.openedition.org/insep/796>
6. 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 Auckl NZ*. 2007;37(1):73-94.
7. Doherty C, Delahun E, Caulfield B, Hertel J, Ryan J, Bleakley C. The incidence and prevalence of ankle sprain injury: a systematic review and meta-analysis of prospective epidemiological studies. *Sports Med Auckl NZ*. janv 2014;44(1):123-40.

8. Jacobsen P, Witvrouw E, Muxart P, Tol JL, Whiteley R. A combination of initial and follow-up physiotherapist examination predicts physician-determined time to return to play after hamstring injury, with no added value of MRI. *Br J Sports Med.* 1 avr 2016;50(7):431-9.
9. Gribble PA, Bleakley CM, Caulfield BM, Docherty CL, Fourchet F, Fong DT-P, et al. Evidence review for the 2016 International Ankle Consortium consensus statement on the prevalence, impact and long-term consequences of lateral ankle sprains. *Br J Sports Med.* 1 déc 2016;50(24):1496-505.
10. Criteria-Based Return to Sport Decision-Making Following Lateral Ankle Sprain Injury: a Systematic Review and Narrative Synthesis | SpringerLink [Internet]. [cité 2 avr 2019]. Disponible à: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40279-019-01071-3>
11. Willis MC, Thomas KA, Harris MB, Solomonow and M, MacEwen GD. The effects of the interosseous membrane and partial fibulectomy upon loading of the tibia: a biomechanical study. Dans: [1993] Proceedings of the Twelfth Southern Biomedical Engineering Conference. 1993. p. 199-201.
12. Stormont DM, Morrey BF, An K-N, Cass JR. Stability of the loaded ankle: Relation between articular restraint and primary and secondary static restraints. *Am J Sports Med.* 1 sept 1985;13(5):295-300.
13. Lundberg A, Goldie I, Kalin B, Selvik G. Kinematics of the Ankle/Foot Complex: Plantarflexion and Dorsiflexion: Foot Ankle [Internet]. 30 août 2016 [cité 3 avr 2019]; Disponible à: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/107110078900900409>
14. Norkus SA, Floyd RT. The Anatomy and Mechanisms of Syndesmotic Ankle Sprains. *J Athl Train.* 2001;36(1):68-73.
15. Stephens MM, Sammarco GJ. The Stabilizing Role of the Lateral Ligament Complex around the Ankle and Subtalar Joints. *Foot Ankle.* 1 janv 1992;13(3):130-6.
16. Cass JR, Settles H. Ankle Instability: In Vitro Kinematics in Response to Axial Load. *Foot Ankle Int.* 1 mars 1994;15(3):134-40.
17. Renström PA, Konradsen L. Ankle ligament injuries. *Br J Sports Med.* mars 1997;31(1):11-20.
18. Payne KA, Berg K, Latin RW. Ankle Injuries and Ankle Strength, Flexibility, and Proprioception in College Basketball Players. *J Athl Train.* 1997;32(3):221-5.

19. Rodineau J. Les entorses du cou-de-pied en pratique sportive. *Rev Rhum.* 1 juin 2007;74(6):563-72.
20. Lindenfeld TN. The Differentiation and Treatment of Ankle Sprains. *Orthopedics.* 1 janv 1988;11(1):203-6.
21. Guillodo Y. Place de l'échographie dans le diagnostic de gravité d'une entorse latérale de l'articulation talocrurale et ses complications chez le sportif. *J Traumatol Sport.* 1 juin 2009;26(2):95-8.
22. Malliaropoulos N, Papacostas E, Papalada A, Maffulli N. Acute Lateral Ankle Sprains in Track and Field Athletes: An Expanded Classification. *Foot Ankle Clin.* 1 sept 2006;11(3):497-507.
23. Wright IC, Neptune RR, van den Bogert AJ, Nigg BM. The influence of foot positioning on ankle sprains. *J Biomech.* 1 mai 2000;33(5):513-9.
24. Delahunt E, Bleakley CM, Bossard DS, Caulfield BM, Docherty CL, Doherty C, et al. Clinical assessment of acute lateral ankle sprain injuries (ROAST): 2019 consensus statement and recommendations of the International Ankle Consortium. *Br J Sports Med.* 1 oct 2018;52(20):1304-10.
25. Stiell I, Wells G, Laupacis A, Brison R, Verbeek R, Vandemheen K, et al. Multicentre trial to introduce the Ottawa ankle rules for use of radiography in acute ankle injuries. *BMJ.* 2 sept 1995;311(7005):594-7.
26. Bachmann LM, Kolb E, Koller MT, Steurer J, Riet G ter. Accuracy of Ottawa ankle rules to exclude fractures of the ankle and mid-foot: systematic review. *BMJ.* 22 févr 2003;326(7386):417.
27. Perry JJ, Stiell IG. Impact of clinical decision rules on clinical care of traumatic injuries to the foot and ankle, knee, cervical spine, and head. *Injury.* 1 déc 2006;37(12):1157-65.
28. Anis AH, Stiell IG, Stewart DG, Laupacis A. Cost-Effectiveness Analysis of the Ottawa Ankle Rules. *Ann Emerg Med.* 1 oct 1995;26(4):422-8.
29. A Dynamic Ultrasound Examination for the Diagnosis of Ankle Syndesmotric Injury in Professional Athletes: A Preliminary Study - Omer Mei-Dan, Eugene Kots, Vidal Barchilon, Sabri Massarwe, Meir Nyska, Gideon Mann, 2009 [Internet]. [cité 30 mai 2019]. Disponible à: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0363546508331202>

30. Frey C, Bell J, Teresi L, Kerr R, Feder K. A Comparison of MRI and Clinical Examination of Acute Lateral Ankle Sprains. *Foot Ankle Int.* 1 sept 1996;17(9):533-7.
31. Bleakley C, McDonough S, MacAuley D. The Use of Ice in the Treatment of Acute Soft-Tissue Injury: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Am J Sports Med.* janv 2004;32(1):251-61.
32. van den Bekerom MPJ, Struijs PAA, Blankevoort L, Welling L, van Dijk CN, Kerkhoffs GMMJ. What Is the Evidence for Rest, Ice, Compression, and Elevation Therapy in the Treatment of Ankle Sprains in Adults? *J Athl Train.* 1 juill 2012;47(4):435-43.
33. Airaksinen O, Kolari PJ, Miettinen H. Elastic Bandages and Intermittent Pneumatic Compression for Treatment of Acute Ankle Sprains. :8.
34. Rucinski TJ, Hooker DN, Prentice WE, Shields EW, Coté-Murray DJ. The Effects of Intermittent Compression on Edema in Postacute Ankle sprains. *J Orthop Sports Phys Ther.* 1 août 1991;14(2):65-9.
35. Tsang KKW, Hertel J, Denegar CR. Volume Decreases After Elevation and Intermittent Compression of Postacute Ankle Sprains Are Negated by Gravity-Dependent Positioning. *J Athl Train.* 2003;38(4):320-4.
36. Bleakley CM. Cryotherapy for acute ankle sprains: a randomised controlled study of two different icing protocols * Commentary. *Br J Sports Med.* 12 avr 2006;40(8):700-5.
37. Lau BC, Moore LK, Thuillier DU. Evaluation and Management of Lateral Ankle Pain Following Injury. *JBJS Rev.* août 2018;6(8):e7.
38. van den Bekerom MPJ, Sjer A, Somford MP, Bulstra GH, Struijs PAA, Kerkhoffs GMMJ. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for treating acute ankle sprains in adults: benefits outweigh adverse events. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 1 août 2015;23(8):2390-9.
39. Slatyer MA, Hensley MJ, Lopert R. A Randomized Controlled Trial of Piroxicam in the Management of Acute Ankle Sprain in Australian Regular Army Recruits: The Kapooka Ankle Sprain Study. *Am J Sports Med.* 1 juill 1997;25(4):544-53.
40. Ekman EF, Fiechtner JJ, Levy S, Fort JG. Efficacy of celecoxib versus ibuprofen in the treatment of acute pain: a multicenter, double-blind, randomized controlled trial in acute ankle sprain. *Am J Orthop Belle Mead NJ.* août 2002;31(8):445-51.

41. Predel H-G, Giannetti B, Seigfried B, Novellini R, Menke G. A randomized, double-blind, placebo-controlled multicentre study to evaluate the efficacy and safety of diclofenac 4% spray gel in the treatment of acute uncomplicated ankle sprain. *J Int Med Res.* 1 août 2013;41(4):1187-202.
42. Serinken M, Eken C, Elicabuk H. Topical Ketoprofen Versus Placebo in Treatment of Acute Ankle Sprain in the Emergency Department. *Foot Ankle Int.* 1 sept 2016;37(9):989-93.
43. Lyrtzis C, Natsis K, Papadopoulos C, Noussios G, Papathanasiou E. Efficacy of Paracetamol versus Diclofenac for Grade II Ankle Sprains. *Foot Ankle Int.* 1 juin 2011;32(6):571-5.
44. Kayali C, Agus H, Surer L, Turgut A. The efficacy of paracetamol in the treatment of ankle sprains in comparison with diclofenac sodium. *Saudi Med J.* déc 2007;28(12):1836-9.
45. Ekman EF, Ruoff G, Kuehl K, Ralph L, Hormbrey P, Fiechtner J, et al. The COX-2 Specific Inhibitor Valdecoxib versus Tramadol in Acute Ankle Sprain: A Multicenter Randomized, Controlled Trial. *Am J Sports Med.* 1 juin 2006;34(6):945-55.
46. Kerkhoffs GM, Rowe BH, Assendelft WJ, Kelly KD, Struijs PA, Dijk CN van. Immobilisation and functional treatment for acute lateral ankle ligament injuries in adults. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2002 [cité 7 juin 2019];(3). Disponible à: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003762/full>
47. Naeem M, Rahimnajjad MK, Rahimnajjad NA, Idrees Z, Shah GA, Abbas G. Assessment of functional treatment versus plaster of Paris in the treatment of grade 1 and 2 lateral ankle sprains. *J Orthop Traumatol.* 1 mars 2015;16(1):41-6.
48. Noh JH, Yang BG, Yi SR, Lee SH, Song CH. Outcome of the functional treatment of first-time ankle inversion injury. *J Orthop Sci.* 1 juill 2010;15(4):524-30.
49. Jones MH, Amendola AS. Acute Treatment of Inversion Ankle Sprains: Immobilization versus Functional Treatment. *Clin Orthop Relat Res.* févr 2007;455:169.
50. Delaire M. Place du taping dans la prévention de l'entorse de cheville. *Kinésithérapie Rev.* 1 mars 2014;14(147):27-30.
51. van den Bekerom MPJ, van Kimmenade R, Sierevelt IN, Eggink K, Kerkhoffs GMMJ, van Dijk CN, et al. Randomized comparison of tape versus semi-rigid and versus lace-up ankle support in the treatment of acute lateral ankle ligament injury. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 1 avr 2016;24(4):978-84.

52. Kemler E, van de Port I, Backx F, van Dijk CN. A Systematic Review on the Treatment of Acute Ankle Sprain. *Sports Med.* 1 mars 2011;41(3):185-97.
53. Leanderson J, Wredmark T. Treatment of acute ankle sprain: Comparison of a semi-rigid ankle brace and compression bandage in 73 patients. *Acta Orthop Scand.* 1 janv 1995;66(6):529-31.
54. Lamb S, Marsh J, Hutton J, Nakash R, Cooke M. Mechanical supports for acute, severe ankle sprain: a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet.* 14 févr 2009;373(9663):575-81.
55. 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.
56. Zech A, Hübscher M, Vogt L, Banzer W, Hänsel F, Pfeifer K. Neuromuscular training for rehabilitation of sports injuries: a systematic review. *Med Sci Sports Exerc.* 2009;41(10):1831-41.
57. Coudreuse J-M, Parier J. L'entorse de la cheville. *Sci Sports.* avr 2011;26(2):103-10.
58. van der Wees PJ, Lensen AF, Hendriks EJM, Stomp DJ, Dekker J, de Bie RA. Effectiveness of exercise therapy and manual mobilisation in acute ankle sprain and functional instability: A systematic review. *Aust J Physiother.* 1 janv 2006;52(1):27-37.
59. Hultman K, Fältström A, Öberg U. The effect of early physiotherapy after an acute ankle sprain. *Adv Physiother.* 1 janv 2010;12(2):65-73.
60. Pihlajamäki H, Hietaniemi K, Paavola M, Visuri T, Mattila VM. Surgical Versus Functional Treatment for Acute Ruptures of the Lateral Ligament Complex of the Ankle in Young Men: A Randomized Controlled Trial. *JBJS.* 20 oct 2010;92(14):2367.
61. Han L, Zhang C, Liu B, Ting H, Jihong W. A Meta-analysis of treatment methods for acute ankle sprain | Han | Pakistan Journal of Medical Sciences Old Website. [cité 8 juin 2019]; Disponible à: <http://pjms.com.pk/index.php/pjms/article/view/2584>
62. Shrier I, Safai P, Charland L. Return to play following injury: whose decision should it be? *Br J Sports Med.* 1 mars 2014;48(5):394-401.
63. Ardern CL, Glasgow P, Schneiders A, Witvrouw E, Clarsen B, Cools A, et al. 2016 Consensus statement on return to sport from the First World Congress in Sports Physical Therapy, Bern. *Br J Sports Med.* 1 juill 2016;50(14):853-64.

64. Boudier-Revéret M, Mazer B, Feldman DE, Shrier I. Practice management of musculoskeletal injuries in active children. *Br J Sports Med.* 1 nov 2011;45(14):1137-43.
65. Shrier I, Matheson GO, Boudier-Revéret M, Steele RJ. Validating the three-step return-to-play decision model. *Scand J Med Sci Sports.* 2015;25(2):e231-9.
66. Creighton DW, Shrier I, Shultz R, Meeuwisse WH, Matheson GO. Return-to-Play in Sport: A Decision-based Model. *Clin J Sport Med.* sept 2010;20(5):379.
67. Shrier I. Strategic Assessment of Risk and Risk Tolerance (StARRT) framework for return-to-play decision-making. *Br J Sports Med.* 1 oct 2015;49(20):1311-5.
68. Shultz R, Bido J, Shrier I, Meeuwisse WH, Garza D, Matheson GO. Team Clinician Variability in Return-to-Play Decisions. *Clin J Sport Med.* nov 2013;23(6):456.
69. Reprise des activités après une entorse de la cheville [Internet]. [cité 4 août 2019]. Disponible à: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/entorse-cheville/reprise-activites-evolution>
70. HAS. REEDUCATION DE L'ENTORSE EXTERNE DE LA CHEVILLE [Internet]. Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé; 2000 janv [cité 30 mars 2019]. Disponible à: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/entorse_rap.pdf
71. 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.
72. Clanton TO, Matheny LM, Jarvis HC, Jeronimus AB. Return to Play in Athletes Following Ankle Injuries. *Sports Health.* nov 2012;4(6):471-4.

ANNEXES :

Annexe 1 : Questionnaire publié sur Google Forms :

Reprise sportive après une entorse bénigne de cheville, prise en charge par le médecin généraliste

14/08/2019 16:24

Reprise sportive après une entorse bénigne de cheville, prise en charge par le médecin généraliste

Bonjour,

Interne en médecine générale en fin de cursus , je réalise actuellement ma thèse d'exercice sur la prise en charge de l'entorse bénigne de la cheville dans le cadre d'une reprise d'une activité physique et sportive par les médecins généralistes de l'Hérault.

L'entorse bénigne de la cheville est une pathologie fréquente, il existe actuellement des recommandations sur la prise en charge de celle-ci.

En revanche il n'existe pas de recommandation sur la reprise sportive après une entorse de cheville.

Ce travail a pour but de faire un état des lieux de la pratique des médecins généralistes de l'Hérault vis-à-vis de la reprise sportive suite à une entorse bénigne de la cheville

Ce questionnaire vous demandera 5 à 10 minutes.

L'intégralité des réponses est anonyme et le traitement des données récoltées se fait dans le respect de cet anonymat.

En vous remerciant par avance du temps que vous pourrez m'accorder.

Cordialement,

Bashir Yannick

Interne en médecine générale et DESC d'urgence, Montpellier

* Required

1. Vous êtes : *

Mark only one oval.

- Un homme
 Une femme

2. Quel âge avez-vous ? *

Mark only one oval.

- < 35 ans
 de 35 à 45 ans
 de 45 à 55 ans
 > 55 ans

3. Dans quel secteur exercez-vous ? *

Mark only one oval.

- Urbain
 Semi-Rural
 Rural
 Other: _____

4. Quel est votre type d'exercice ? **Mark only one oval.*

- Cabinet individuel
- Cabinet de groupe
- Other: _____

5. Quel est votre faculté de formation (Internat de médecine générale)? **Mark only one oval.*

- Amiens - UFR de Médecine - Université d'Amiens
- Angers - UFR des Sciences Médicales - Université d'Angers
- Besançon - UFR Sciences Médicales et Pharmaceutiques - Université de Franche-Comté
- Bordeaux - UFR Sciences Médicales - Université Victor Segalen - Bordeaux 2
- Brest - UFR de Médecine et Sciences de la Santé - Université de Bretagne Occidentale
- Caen - UFR de Médecine - Université de Caen Basse-Normandie
- Clermont-Ferrand - Faculté de Médecine - Université d'Auvergne
- Dijon - Faculté de Médecine - Université de Bourgogne
- Grenoble - Faculté de Médecine et de Pharmacie - Université Joseph Fourier
- Guadeloupe - Faculté de Médecine - Université des Antilles et de la Guyane
- La Réunion - UFR Santé - Université de La Réunion
- Lille - Faculté de Médecine - Université de Lille 2 Droit et Santé
- Lille - Faculté Faculté de Médecine et Maïeutique - Université Catholique de Lille
- Limoges - Faculté de Médecine - Université de Limoges
- Lyon - Faculté de Médecine Lyon Est - Université Claude Bernard Lyon 1
- Lyon - Faculté de Médecine Lyon Sud Charles Merieux - Université Claude Bernard Lyon 1
- Marseille - Faculté de Médecine - Aix-Marseille Université
- Montpellier - Faculté de Médecine - Université de Montpellier
- Nancy - Faculté de Médecine - Université de Lorraine
- Nantes - Faculté de Médecine - Université de Nantes
- Nice - Faculté de Médecine - Université Nice Sophia-Antipolis
- Paris V - Faculté de Médecine - Université Paris Descartes Paris
- Paris VI - Faculté de Médecine - Université Pierre et Marie Curie
- Paris VII - UFR de Médecine - Université Paris Diderot
- Paris XI - Faculté de Médecine Paris Sud - Université Paris Sud 11
- Paris XII - Faculté de Médecine - Université Paris Est Créteil Val de Marne
- Paris XIII - UFR de Santé, Médecine et Biologie Humaine Léonard de Vinci - Université Paris Nord 13

- Paris IDF Ouest - UFR des sciences de la santé Simone Veil - Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines (UVSQ)
- Poitiers - Faculté de Médecine et de Pharmacie - Université de Poitiers
- Reims - Faculté de Médecine - Université de Reims Champagne-Ardenne
- Rennes - UFR Sciences Médicales - Université de Rennes I
- Rouen - Faculté de Médecine et de Pharmacie - Université de Rouen
- Saint-Etienne - Faculté de Médecine Jacques Lisfranc - Université Jean Monnet Saint-Étienne
- Strasbourg - Faculté de Médecine - Université Louis Pasteur
- Toulouse - Faculté de Médecine Toulouse Purpan - Université Paul Sabatier Toulouse III
- Toulouse - Faculté de Médecine Toulouse Rangueil - Université Paul Sabatier Toulouse III
- Tours - Faculté de Médecine de Tours - Université François Rabelais
- Autres

6. Si autre, laquelle ?

7. Détenez-vous un diplôme en médecine de sport ? *

Mark only one oval.

- Oui
- Non

8. Suivez-vous ou détenez-vous des formations complémentaires (DU/DIU/Capacités...) ? *

Mark only one oval.

- Oui
- Non

9. Si oui lesquelles :

Concernant la prise en charge des entorses de cheville

10. En moyenne combien de traumatismes de cheville prenez-vous en charge par mois ? *

Mark only one oval.

- Moins de 5
- De 5 à 10
- Plus de 10

11. Parmi les entorses de cheville que vous prenez en charge, quel est le pourcentage d'entorses bénignes ? *

Mark only one oval.

- 0 à 9%
- 10 à 19 %
- 20 à 29 %
- 30 à 39 %
- 40 à 49 %
- 50 à 59 %
- 60 à 69%
- 70 à 79%
- 80 à 89%
- 90 à 100%

12. Quel est le pourcentage de patients consultant pour une entorse bénigne en fonction de l'âge ? *

Mark only one oval per row.

	0%-24%	25-49%	50%74%	75%-100%
< 25 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25 à 45 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45 à 65 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
> 65 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Quel le pourcentage de patients consultant pour une entorse bénigne en fonction de leur niveau d'activité sportive ? *

Mark only one oval per row.

	0%-24%	25%-49%	50%-74%	75%-100%
Sédentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Loisir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sport en compétition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Prescrivez-vous des traitements médicamenteux per os/cutané ? *

Mark only one oval.

- Oui
- Non

15. Si oui lesquels ?

16. Prescrivez -vous un glaçage de la cheville ? *

Mark only one oval.

- Oui
 Non

17. Si oui, pour quelle durée moyenne ?

18. Prescrivez-vous une contention de cheville et/ou autre appareillage ? *

Check all that apply.

- Béquilles
 Attelle de cheville
 chevillères souples
 Other: _____

19. Quelle est la durée moyenne de la contention (en jours)? *

20. Prescrivez-vous des séances de kinésithérapie ? *

Mark only one oval.

- Oui
 Non

21. Si oui, précisez-vous la durée et/ou le nombre de séance ?

Check all that apply.

- Durée
 Nombre de séance
 Ni la durée ni le nombre de séances

22. Si oui quelle est la durée moyenne et/ou nombre de séance moyen ?

23. Prescrivez-vous un arrêt de travail et/ou une dispense de sport ? **Mark only one oval.*

- Arrêt de travail
- Dispense de sport
- Arrêt de travail et dispense de sport
- Aucun des deux

24. Quelle est la durée moyenne de l'arrêt de travail ? (en jours)

25. Quelle est la durée moyenne de dispense de sport ? (en jours)

Concernant la reprise du sport

Courage vous avez presque terminé !

26. Programmez-vous une consultation de contrôle après la prise en charge initiale de l'entorse bénigne de cheville ? **Mark only one oval.*

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Toujours

27. Si une consultation de contrôle est programmée, à quel distance de la consultation initiale revoyez-vous vos patients ? (En jours)

28. Si vous ne programmez pas de visite de contrôle, quelle en est la raison?*Mark only one oval.*

- Pas de besoin systématique de revoir les patients
- Manque de temps
- Oubli
- Other: _____

29. **Vos patients vous ont-ils déjà spontanément posé la question du moment où ils pourront reprendre une activité sportive ? ***

Mark only one oval.

- Jamais
 Rarement
 Parfois
 Souvent
 Toujours

30. **Réalisez-vous un/des examen(s) clinique(s) ou para clinique(s) de pré-reprise sportive ? ***

Mark only one oval.

- Oui
 Non

31. **Si oui, lesquels ?**

32. **Prenez-vous un avis avant la reprise sportive de votre patient, auprès : ***

Check all that apply.

- D'un confrère généraliste
 D'un médecin spécialiste (orthopédiste, médecin de sport, rhumatologue...)
 D'un kinésithérapeute
 Pas de prise d'avis
 Other: _____

33. **Préconisez-vous des conseils avant la reprise d'une activité sportive ? ***

Mark only one oval.

- Oui
 Non

34. **Si oui, lesquels ?**

35. **Préconisez-vous une période sans activité sportive de compétition ? ***

Mark only one oval.

- Oui
 Non

36. **Si oui, quelle est la durée moyenne avant une reprise sportive en compétition préconisez-vous ? (En jours)**

37. **Parmi les patients pris en charge pour une entorse bénigne de cheville, quel est le pourcentage qui consultent pour une récurrence ? ***

Merci de votre participation à ce questionnaire

Si vous souhaitez recevoir les résultats de cette thèse, veuillez-me laisser votre adresse mail.

38. **votre adresse e-mail**

Powered by
 Google Forms

Serment d'Hippocrate

- En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.
- Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
- Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne 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.
- Respectueux (se) et reconnaissant (e) 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 couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.

LA PRISE EN CHARGE DE LA REPRISE SPORTIVE PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE L'HERAULT SUITE A UNE ENTORSE BENIGNE DE CHEVILLE

L'entorse de cheville est une pathologie fréquente, il existe des consensus sur la prise en charge de l'entorse de cheville mais à notre connaissance aucune quant à la reprise sportive suite à un traumatisme de cheville. Cette étude observationnelle transversale a pour but de réaliser un état des lieux sur la prise en charge de la reprise sportive par les Médecins Généraliste de l'Hérault suite à une entorse bénigne de cheville. Ces derniers étaient interrogés à l'aide d'un questionnaire électronique. 68 praticiens ont répondu au questionnaire. La prise en charge de l'entorse de cheville semble maîtrisée par la majorité des médecins généralistes interrogés. Il existe par contre une grande variabilité quant aux modalités de la reprise sportive du fait justement à un manque de recommandations. Malgré une pratique diversifiée quant à la reprise de sport, le taux de récurrence dans notre étude est comparable aux publications actuelles

Il semblerait qu'un guide ou consensus multidisciplinaire permettrait d'homogénéiser la prise charge de la reprise sportive.

Mots-clés : entorse de cheville, médecine générale, reprise de sport, Hérault

MANAGEMENT OF RETURN TO SPORT AFTER A SIMPLE ANKLE SPRAIN BY THE GENERAL PRACTITIONER OF HERAULT

Ankle sprain is a frequently incurred injury, consensus on diagnosis and treatment of ankle sprains exist but to our knowledge none regarding return to sport after an ankle injury. This transversal observational study aims to make an inventory on the management of return to sport after an ankle sprain by general practitioners of Hérault. They were interviewed using a online questionnaire. 68 General Practitioners answered the questionnaire. The management of an ankle sprain seems to be dealt by most of the general practitioners interviewed. There is however a great variability in terms of return to sports due to a lack of consensus. Despite a diversified practice regarding return to sport, ankle sprain recurrence rates in our study are comparable to current publications. It would seem that a multidisciplinary guide or consensus would allow to coalesce a better decision to return to sport.

Keywords : ankle sprain, general practice, return to sport, Hérault