Médecine
SCIENCES DE SANTÉ
UNIVERSITÉ
BOURGOGNE EUROPE

ANNEE 2026

PRISE EN CHARGE DE L'ENTORSE DE CHEVILLE : ETAT DES LIEUX CONCERNANT LES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES DE LA REGION BOURGOGNE

THESE

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 15 octobre 2026

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Spécialité : Médecine générale

Par RENARD Thomas

Médecine
SCIENCES DE SANTÉ
UNIVERSITÉ
BOURGOGNE EUROPE

AVERTISSEMENT

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiats, reproductions illicites encourent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Médecine
SCIENCES DE SANTÉ
UNIVERSITÉ
BOURGOGNE EUROPE

ANNEE 2026

PRISE EN CHARGE DE L'ENTORSE DE CHEVILLE : ETAT DES LIEUX CONCERNANT LES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES DE LA REGION BOURGOGNE

THESE

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 15 octobre 2026

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Spécialité : Médecine générale

Par RENARD Thomas

Médecine
SCIENCES DE SANTÉ
UNIVERSITÉ
BOURGOGNE EUROPE

Année Universitaire 2026-2027
au **1er Septembre 2026**

Doyen : **M. Marc MAYNADIÉ**
Assesseurs : M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline	
M.	Jean-Louis	**ALBERINI**	Biophysiques et médecine nucléaire	
Mme	Lucie	**AMOUREUX BOYER**	Bactériologie	
M.	Louis	**ARNOULD**	Ophtalmologie	
M.	Sylvain	**AUDIA**	Médecine interne	
M.	Marc	**BARDOU**	Pharmacologie clinique	(Mise à disposition)
M.	Jean-Noël	**BASTIE**	Hématologie – transfusion	
M.	Emmanuel	**BAULOT**	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
M.	Yannick	**BEJOT**	Neurologie	
M.	Moncef	**BERHOUMA**	Neurochirurgie	
Mme	Christine	**BINQUET**	Épidémiologie, économie de la santé et prévention	
M.	Mathieu	**BLOT**	Maladies infectieuses	
M.	Philippe	**BONNIAUD**	Pneumologie	
M.	Bernard	**BONNOTTE**	Immunologie	
M.	Olivier	**BOUCHOT**	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique	
M.	Belaid	**BOUHEMAD**	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale	
M.	Benjamin	**BOUILLET**	Endocrinologie	
M.	Alexis	**BOZORG-GRAYELI**	Oto-Rhino-Laryngologie	
Mme	Marie-Claude	**BRINDISI**	Nutrition	
Mme	Mary	**CALLANAN (WILSON)**	Hématologie type biologique	
M.	Patrick	**CALLIER**	Génétique	
Mme	Catherine	**CHAMARD-NEUWIRTH**	Bactériologie - virologie ; hygiène hospitalière	
M.	Pierre-Emmanuel	**CHARLES**	Réanimation	
M.	Jean-Christophe	**CHAUVET-GELINIER**	Psychiatrie d'adultes, Addictologie	
M.	Olivier	**CHEVALLIER**	Radiologie et imagerie médicale	
M.	Nicolas	**CHEYNEL**	Anatomie	
M.	Alexandre	**COCHET**	Biophysiques et médecine nucléaire	
M.	Luc	**CORMIER**	Urologie	
M.	Yves	**COTTIN**	Cardiologie	
M.	Charles	**COUTANT**	Gynécologie-obstétrique	
Mme	Catherine	**CREUZOT-GARCHER**	Ophtalmologie	
M.	Frédéric	**DALLE**	Parasitologie et mycologie	
M.	Damien	**DENIMAL**	Biochimie et biologie moléculaire	
M.	Alexis	**DE ROUGEMONT**	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	
M.	Hervé	**DEVILLIERS**	Médecine interne	
Mme	Laurence	**DUVILLARD**	Biochimie et biologie moléculaire	
M.	Olivier	**FACY**	Chirurgie viscérale et digestive	
Mme	Laurence	**FAIVRE-OLIVIER**	Génétique médicale	
M.	Pierre-Henry	**GABRIELLE**	Ophtalmologie	
Mme	Marjolaine	**GEORGES**	Pneumologie	
M.	François	**GHIRINGHELLI**	Cancérologie	
M.	Charles	**GUENANCIA**	Physiologie	
M.	David	**GUILLIER**	Anatomie	
M.	Pierre Grégoire	**GUINOT**	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale	
Mme	Delphine	**HUDRY**	Gynécologie obstétrique	
M.	Frédéric	**HUET**	Pédiatrie	
Mme	Agnès	**JACQUIN**	Physiologie	
M.	Philippe	**KADHEL**	Gynécologie-obstétrique	
M.	Sylvain	**LADOIRE**	Histologie	
M.	Gabriel	**LAURENT**	Cardiologie	
M.	Côme	**LEPAGE**	Hépato-gastroentérologie	
M.	Romaric	**LOFFROY**	Radiologie et imagerie médicale	
M.	Jean-Francis	**MAILLEFERT**	Rhumatologie	
M.	Cyriaque Patrick	**MANCKOUNDIA**	Gériatrie	

M.	Sylvain	**MANFREDI**	Hépato-gastroentérologie
M.	Laurent	**MARTIN**	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	Pierre	**MARTZ**	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	David	**MASSON**	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	**MAYNADIÉ**	Hématologie – transfusion
M.	Marco	**MIDULLA**	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	**MOREAU**	Neurologie
M.	Maxime	**NGUYEN-SOENEN**	Anesthésie réanimation
M.	Paul	**ORNETTI**	Rhumatologie
M.	Pablo	**ORTEGA-DEBALLON**	Chirurgie viscérale et digestive
M.	Pierre Benoit	**PAGES**	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Christophe	**PHILIPPE**	Génétique (Détachement)
M.	Lionel	**PIROTH**	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	**QUANTIN**	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	**QUENOT**	Réanimation
M.	Patrick	**RAY**	Médecine d'urgence
M.	Cédric	**ROSSI**	Hématologie transfusion
M	Maxime	**SAMSON**	Médecine interne
M.	Emmanuel	**SIMON**	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	**STEINMETZ**	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	**THAUVIN**	Génétique
Mme	Claire	**TINEL**	Néphrologie
M.	Benoit	**TROJAK**	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Gilles	**TRUC**	Oncologie-Radiothérapie
M.	Pierre	**VABRES**	Dermato-vénéréologie (Mission temporaire à Londres du 01/09/2023 au 31/05/2028)
M.	Antonio	**VITOBELLO**	Génétique
M.	Narcisse	**ZWETYENGA**	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Christophe	**BEDANE**	Dermato-vénéréologie

PROFESSEURS EMERITES

M.	Alain	**BRON**	(01/09/2025 au 31/08/2030)
M.	Laurent	**BRONDEL**	(01/09/2024 au 31/08/2027)
M.	Jean-Pierre	**DIDIER**	(01/11/2021 au 31/10/2027)
M.	Serge	**DOUVIER**	(15/12/2023 au 14/12/2026)
Mme	Irène	**FRANCOIS-PURSSELL**	(01/09/2026 au 31/08/2029)
M.	Maurice	**GIROUD**	(01/09/2022 au 31/08/2028)
M.	Pierre	**JOUANNY**	(01/09/2026 au 31/08/2029)
M.	Jean-Michel	**PETIT**	(01/09/2025 au 31/08/2030)
M.	Frédéric	**RICOLFI**	(01/09/2026 au 31/08/2029)
M.	Emmanuel	**SAPIN**	(20/12/2023 au 19/12/2026)
M.	Pierre	**TROUILLOUD**	(20/12/2023 au 19/12/2026)
M.	Bruno	**VERGÈS**	(01/09/2026 au 31/08/2029)

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	Alexandre	**AL-HALABI**	Odontologie (termine le 31/10/2026)
Mme	Inès	**BEN GHEZALA**	Ophtalmologie
Mme	Anastasia	**DEMINA**	Addictologie (Mobilité 01/11/2026 au 31/10/2027)
M.	Gauthier	**DULOQUIN**	Neurologie
M.	Mehdi	**ISSAD**	Chirurgie Orale
M.	Tuan	**LE VAN**	Neurochirurgie
M.	Arnaud	**MAGALLON**	Bactériologie
M.	Simon	**PIRODDI**	Médecine palliative
Mme	Caroline	**RACINE**	Génétique médicale (Mobilité jusqu'au 31/10/2026)
M.	Thomas	**RENONCOURT**	Gériatrie
M.	Quentin	**THOMAS**	Neurologie (Mobilité jusqu'au 31/10/2026)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
M.	Jérémy	**BARBEN**	Gériatrie
Mme	Julie	**BARBERET**	Biologie et médecine du développement et de la reproduction- gynécologie médicale
Mme	Louise	**BASMACIYAN**	Parasitologie-mycologie (Mobilité 01/09/2026 au 31/08/2027)
Mme	Shaliha	**BECHOUA**	Biologie et médecine du développement
M.	Guillaume	**BELTRAMO**	Pneumologie
Mme	Vanessa	**COTTET**	Nutrition
M.	Valentin	**DERANGERE**	Histologie
M.	Jean-David	**FUMET**	Cancérologie radiothérapie
Mme	Ségolène	**GAMBERT**	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	**GOIRAND**	Pharmacologie fondamentale
Mme	Anaïs	**GOUTERON**	Médecine physique et réadaptation
Mme	Hélène	**GREIGERT**	Médecine vasculaire
Mme	Nawale	**HADOUIRI**	Rééducation neurologique
Mme	Marine	**JACQUIER**	Réanimation médicale
M.	Alain	**LALANDE**	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Mathieu	**LEGENDRE**	Néphrologie
M.	Damien	**LELEU**	Biochimie
Mme	Stéphanie	**LEMAIRE-EWING**	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Mélanie	**LOISEAU**	Médecine légale
Mme	Anne-Sophie	**MARIET**	Biostatistiques, informatique médicale (Mission temporaire mai à octobre 2026)
Mme	Raphaëlle	**MOTTOLESE**	Pédopsychiatrie
M.	Thomas	**MOUILLOT**	Physiologie
M.	André	**RAMON**	Rhumatologie (Mobilité 01/11/2026 au 31/10/2027)
Mme	Alexia	**ROULAND**	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques (Mobilité 01/09/2026 au 31/08/2027)
M.	Paul-Mickaël	**WALKER**	Biophysique et médecine nucléaire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES - TERRITORIAL

M.	Thomas	**MALDINEY**	Réanimation Médicale

PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Victorin	**AHOSSI**	Odontologie
M.	Jacques	**BEAURAIN**	Neurochirurgie
M.	Pascal	**INCAGNOLI**	Médecine d'Urgence
M.	Jean-Michel	**PINOIT**	Pédopsychiatrie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	**MAZALOVIC**	Médecine Générale
Mme	Claire	**ZABAWA**	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	**CHARRA**	Médecine Générale
M.	Benoit	**DAUTRICHE**	Médecine Générale
M.	Arnaud	**GOUGET**	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Mélanie	**BARIOD**	Médecine Générale
M.	Jérôme	**BEAUGRAND**	Médecine Générale
Mme	Marie	**CHEVALDONNÉ**	Médecine Générale
M.	Pascal	**DACHEZ**	Médecine Générale
M.	Romain	**DESVIGNES**	Médecine Générale
M.	Raphael	**GALEA**	Médecine Générale
M.	Olivier	**MAIZIERES**	Médecine Générale
Mme	Ludivine	**ROSSIN**	Médecine Générale
M.	Michaël	**TAROUX**	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES D'ODONTOLOGIE

M.	Laurent	**ARAUJO**	Odontologie
Mme	Rita	**EID**	Odontologie
Mme	Fodda	**EL HOMSY**	Odontologie
M.	Raphael	**HAINOT**	Odontologie
Mme	Carine	**KOEKELCORENT**	Odontologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Anaïs	**CARNET**	Anglais
Mme	Catherine	**LEJEUNE**	Pôle Épidémiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M.	Davy	**LAROCHE**	Orthoptie
Mme	Marianne	**ZELLER**	Physiologie

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	**EVRARD**	Anglais
Mme	Lucie	**MAILLARD**	Anglais

PROFESSEUR CERTIFIE

M.	Philippe	**DE LA GRANGE**	Anglais

PROFESSEURS DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	**BOULIN**	Pharmacie clinique
M.	Bertrand	**COLLIN**	Radiopharmacie
M.	François	**GIRODON**	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
M.	Antonin	**SCHMITT**	Pharmacologie

PROFESSEUR EMERITE

Mme	Evelyne	**KOHLI**	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Amélie	**CRANSAC**	Pharmacie clinique
M.	Philippe	**FAGNONI**	Pharmacie clinique
M.	Marc	**SAUTOUR**	Botanique et cryptogamie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président :
Professeur LEPAGE Côme

Membres :
Docteur BARBEN Jérémy
Docteur DACHEZ Pascal
Docteur MOIROUX Philippe (Directeur de thèse)
Docteur BLANC Geoffrey

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Merci au Docteur Philippe Moiroux de m'avoir accompagné dans la réalisation de ce travail et de m'avoir offert l'opportunité d'effectuer mes premiers remplacements. Je suis reconnaissant de ta confiance, de ta disponibilité et de tes conseils.

Merci à l'ensemble des membres du jurys d'avoir accepté de consacrer votre temps à l'évaluation de ce travail. Je suis honoré de pouvoir bénéficier de votre regard et de votre jugement sur cette thèse.

Merci à mes parents, Odile et Jean-Marc de m'avoir transmis toutes les valeurs qui ont contribué à me construire et à faire de moi la personne que je suis aujourd'hui. Je vous aime.

Merci à ma sœur, Mélina, d'avoir partagé avec moi une partie de ces longues années d'études en médecine. C'est maintenant à ton tour de débuter l'internat. Je te souhaite plein de réussite pour la suite. Je suis fier de toi.

Merci à ma chérie, Maëva, pour ton soutien, ta patience et ton amour au cours de toutes ces années. Merci d'avoir toujours été là, dans les bons moments comme dans les plus difficiles. Je t'aime.

Merci à tous les professionnels de santé que j'ai rencontré au cours de mes études, pour l'ensemble des connaissances, du savoir-faire et de l'expérience que vous avez pu me transmettre. Chacun a contribué à sa manière, à ma formation et au médecin que je suis aujourd'hui.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS 11

I- INTRODUCTION 12

1- UNE PATHOLOGIE FREQUENTE 12
2- UN IMPACT SOCIO-ECONOMIQUE IMPORTANT 12
3- UNE PROBLEMATIQUE EN MEDECINE GENERALE 13

II- GENERALITES 13

1- ANATOMIE DESCRIPTIVE ET FONCTIONNELLE DE LA CHEVILLE 13
1.1 LIGAMENT COLLATERAL MEDIAL 13
1.2 LIGAMENT COLLATERAL LATERAL 15
1.3 SYNDESMOSE TIBIO-FIBULAIRE 16
2- PHYSIOPATHOLOGIE ET MECANISMES LESIONNELS 17
3- ÉTAT ACTUEL DES RECOMMANDATIONS 18
3.1 CRITERES D'OTTAWA 18
3.2 RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE 19

III- METHODOLOGIE 20

1- OBJECTIF DE L'ETUDE 20
2- TYPE D'ETUDE 20
3- POPULATION ETUDIEE 20
4- ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE 21
5- MODALITES ET PERIODE DE RECUEIL 21
6- ANALYSE DES DONNEES 22

IV- RESULTATS 22

1- DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES 22
2- FREQUENCE DE SURVENUE ET CONTEXTE 23
3- PRESCRIPTIONS D'IMAGERIES 24
4- TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX 25
5- IMMOBILISATION 26
6- REEDUCATION 27
7- REEVALUATION CLINIQUE 27
8- LESION DE LA SYNDESMOSE 28
9- PARTICULARITES DES MEDECINS DU SPORT 29

V- DISCUSSION 31

1- DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS 31
1.1 FREQUENCE ET CONTEXTE 32
1.2 PRESCRIPTION DE RADIOGRAPHIES ET UTILISATION DES CRITERES D'OTTAWA 32
1.3 PRISE EN CHARGE INITIALE ET MODALITES THERAPEUTIQUES 33
1.4 IMMOBILISATION, REEDUCATION ET REEVALUATION CLINIQUE 34
1.5 DEPISTAGE DE LA LESION DE LA SYNDESMOSE TIBIO-FIBULAIRE DISTALE 35
2- INTERET ET LIMITES DE L'ETUDE 36
3- PERSPECTIVES 38
VI- CONCLUSION 39
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 40
ANNEXES 46
ANNEXE 1 – QUESTIONNAIRE 46
ANNEXE 2 – FICHE PRATIQUE 51

TABLE DES ILLUSTRATIONS

SCHEMA 1- COUCHE PROFONDE DU LIGAMENT COLLATERAL MEDIAL 14
SCHEMA 2 - COUCHE SUPERFICIELLE DU LIGAMENT COLLATERAL MEDIAL 15
SCHEMA 3 – LIGAMENT COLLATERAL LATERAL 16
SCHEMA 4- CRITERES D'OTTAWA A RECHERCHER LORS DE L'EXAMEN CLINIQUE 19

TABLEAU 1- CLASSIFICATION DES ENTORSES DE CHEVILLE 17
TABLEAU 2- CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE 23

FIGURE 1- CIRCONSTANCE DE SURVENUE DES ENTORSES DE CHEVILLE 24
FIGURE 2- CRITERES MOTIVANT LA PRESCRIPTION DE RADIOGRAPHIE 25
FIGURE 3- MODALITES DE PRESCRIPTION DU PARACETAMOL 26
FIGURE 4- DUREE D'IMMOBILISATION 27
FIGURE 5- DELAI DE CONSULTATION CHEZ LES MEDECINS REALISANT UNE REEVALUATION CLINIQUE 28
FIGURE 6- RECHERCHE DE LA LESION DE LA SYNDESMOSE 28
FIGURE 7- SIGNES CLINIQUES EVOCATEURS D'UNE LESION DE LA SYNDESMOSE RECHERCHES LORS DE L'EXAMEN CLINIQUE 29

LISTE DES ABREVIATIONS

LCM : Ligament collatéral médial

LCL : Ligament collatéral latéral

LTFA : Ligament talo-fibulaire antérieur

LCF : Ligament calcanéo-fibulaire

LTFP : Ligament talo-fibulaire postérieur

LIO : Ligament interosseux

STFD : Syndesmose tibio-fibulaire distale

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

RICE : Repos, Glaçage, Compression, Élévation

HAS : Haute Autorité de Santé

URPS : Union régionale des professionnels de santé

CDOM : Conseil départemental de l'Ordre des médecins

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

CBGE : Collège bourguignon des généralistes enseignants

AINS : Anti-inflammatoires non stéroïdiens

POLICE : Protection, Optimal Loading, Glaçage, Compression, Élévation

PEACE : Protection, Élévation, Anti-inflammatoires à éviter, Compression, Éducation

LOVE : Load, Optimisme, Vascularisation, Exercices

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

I- INTRODUCTION

1- Une pathologie fréquente

L'entorse de cheville est un motif de consultation fréquent en médecine, que ce soit dans les services d'accueil des urgences mais également en médecine de ville.

Elle représente le traumatisme ostéo-articulaire le plus fréquemment rencontré. Près de 70% de la population sera confrontée à une entorse de cheville au cours de sa vie. [1,2]

En France, son incidence est estimée à environ 6500 cas par jour pris en charge aux urgences. Aux Etats-Unis, les entorses de cheville représenteraient quant à elles près de 2 millions de cas par an. [1,3,4]

Bien que fréquemment associée à la pratique sportive, l'entorse de cheville ne concerne pas uniquement les sportifs. En effet, près de la moitié d'entre elles surviennent en dehors de toute activité sportive, ce qui souligne l'impact potentiel sur l'ensemble de la population. [3]

2- Un impact socio-économique important

Au-delà de sa fréquence, l'entorse de cheville représente un enjeu important de santé publique en raison de son impact économique et de ses conséquences à moyen et long terme.

En France, les dépenses de santé directement liées à sa prise en charge sont estimées à environ 2 millions d'euros par jour. [1] Aux Etats-Unis, cette pathologie représente plusieurs milliards de dollars de dépenses annuelles, liées à la fois aux coûts directs de sa prise en charge, tels que les traitements et les examens complémentaires, et aux coûts indirects, notamment du fait des arrêts de travail et de la diminution de la productivité. [2,5]

L'impact de l'entorse de cheville ne se limite cependant pas à l'épisode traumatique initial. La survenue d'une première entorse augmente notamment le risque de récidive. [2,4] Elle peut également être à l'origine d'une instabilité chronique de la cheville, complication pouvant concerner jusqu'à 70% des patients après un premier épisode d'entorse. [3]

A plus long terme, les conséquences peuvent être encore plus importantes. L'entorse de cheville favoriserait le développement d'une arthrose au sein de cette articulation et serait impliquée dans près de 80% des arthroses post-traumatiques. [3]

3- Une problématique en médecine générale

Ainsi, au regard de sa fréquence et de ses conséquences potentielles, la prise en charge de l'entorse de cheville constitue un enjeu important en médecine de ville. Le médecin généraliste occupe une place centrale dans cette prise en charge, tant dans l'évaluation diagnostique initiale que dans la mise en œuvre du traitement et le suivi du patient.

Cependant, à notre connaissance, aucune étude n'a jusqu'à présent évalué les pratiques des médecins généralistes bourguignons concernant la prise en charge des entorses de cheville en médecine de ville.

II- **GENERALITES**

1- Anatomie descriptive et fonctionnelle de la cheville [6–12]

La cheville est constituée de plusieurs articulations dont l'articulation talo-crurale représente le principal élément fonctionnel. Il s'agit d'une articulation synoviale, de type trochléenne, essentiellement mono-axiale, permettant les mouvements de flexion dorsale et de flexion plantaire dans le plan sagittal.

L'amplitude moyenne de la flexion dorsale est d'environ 20° (13 à 33° selon les individus), tandis que la flexion plantaire est de l'ordre de 40° (23 à 56° selon les individus).

L'articulation talo-crurale est formée par l'extrémité distale du tibia, de la fibula et le talus. Le tibia et la fibula constituent une cavité ostéo-fibreuse, appelée mortaise tibio-fibulaire, dans laquelle s'articule la trochlée du talus. Cette dernière présente une caractéristique anatomique essentielle : elle est plus large en avant qu'en arrière.

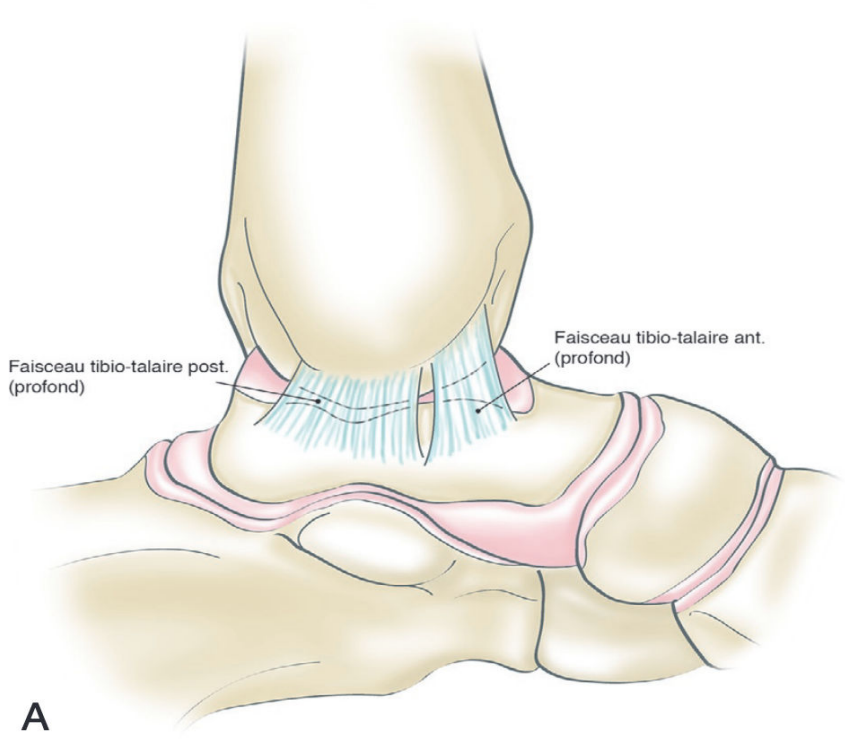
Cette configuration explique les variations de stabilité de la cheville au cours du mouvement. Lors de la flexion dorsale, la partie antérieure de la trochlée s'engage complètement dans la mortaise, augmentant la congruence articulaire et assurant une stabilité maximale. A l'inverse, lors de la flexion plantaire, seule la partie postérieure, plus étroite, est en contact avec la mortaise, ce qui diminue la stabilité passive de l'articulation et favorise la survenue d'entorses.

1.1 Ligament collatéral médial

Le ligament collatéral médial (LCM), également appelé ligament deltoïde, est un ligament triangulaire particulièrement résistant.

Son rôle principal est de limiter les mouvements d'éversion et de rotation externe du pied tout en contribuant à la stabilité médiale de la cheville. Il comprend une couche profonde et d'une couche superficielle.

La couche profonde est courte et solide, en forme d'éventail. Elle est constituée du ligament tibio-talaire antérieur, qui relie la malléole médiale à la face médiale du col du talus, et du ligament tibio-talaire postérieur, qui s'insère sur le tubercule médial du talus.



<u>Schéma 1</u>- Couche profonde du ligament collatéral médial [7]

La couche superficielle recouvre les faisceaux profonds et s'étend de la malléole médiale jusqu'au complexe calcanéo-naviculaire. Elle comprend 3 faisceaux : tibio-naviculaire, tibio-ligamentaire et tibio-calcanéen.

Le faisceau tibio-naviculaire rejoint la tubérosité de l'os naviculaire et peut émettre des fibres dites « tibio-talaire antérieures superficielles » vers le col du talus.

Le faisceau tibio-ligamentaire s'insère sur la face médiale du ligament calcanéo-naviculaire (ligament reliant le sustentaculum tali du calcanéus et l'os naviculaire), tandis que le faisceau tibio-calcanéen se termine sur le bord médial du sustentaculum tali.

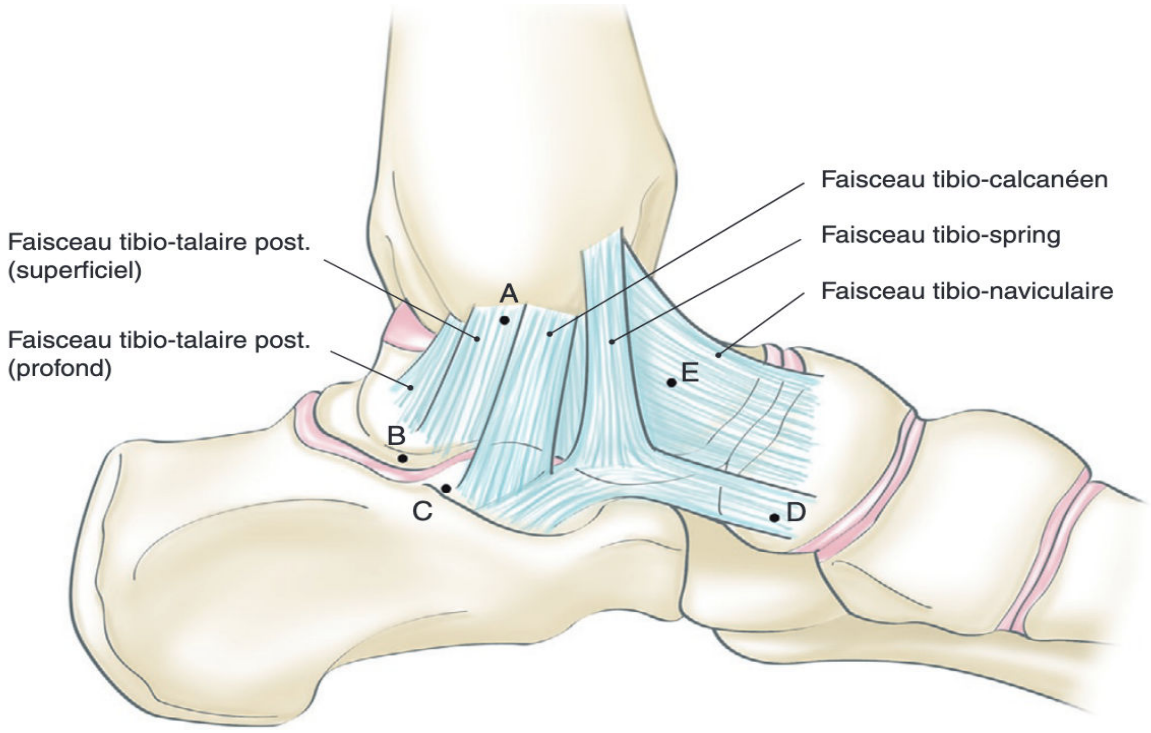


Schéma 2 - Couche superficielle du ligament collatéral médial [7]

1.2 Ligament collatéral latéral

Le ligament collatéral latéral (LCL), principal stabilisateur de la cheville lors des contraintes en inversion, se compose de 3 faisceaux distincts : le ligament talo-fibulaire antérieur (LTFA), le ligament calcanéo-fibulaire (LCF) et le ligament talo-fibulaire postérieur (LTFP).

Le ligament talo-fibulaire antérieur (LTFA) relie le bord antérieur de la malléole latérale au col du talus. Il est généralement constitué de deux bandes fibreuses distinctes séparées par un intervalle libre laissant passer un pédicule vasculaire, ce qui explique l'apparition rapide d'un hématome en cas de rupture. Des variations anatomiques comportant un ou trois faisceaux peuvent également être présentes chez certains individus.

Le ligament calcanéo-fibulaire (LCF) est un ligament épais et résistant qui s'étend, de manière oblique vers le bas et en arrière, de la malléole latérale à la trochlée du calcanéus, situé sur sa face latérale.

Le ligament talo-fibulaire postérieur (LTFP) relie la fosse malléolaire à la face postérieure du corps du talus. Il constitue le faisceau le plus résistant du complexe ligamentaire latéral et n'est habituellement lésé que lors de traumatismes majeurs.

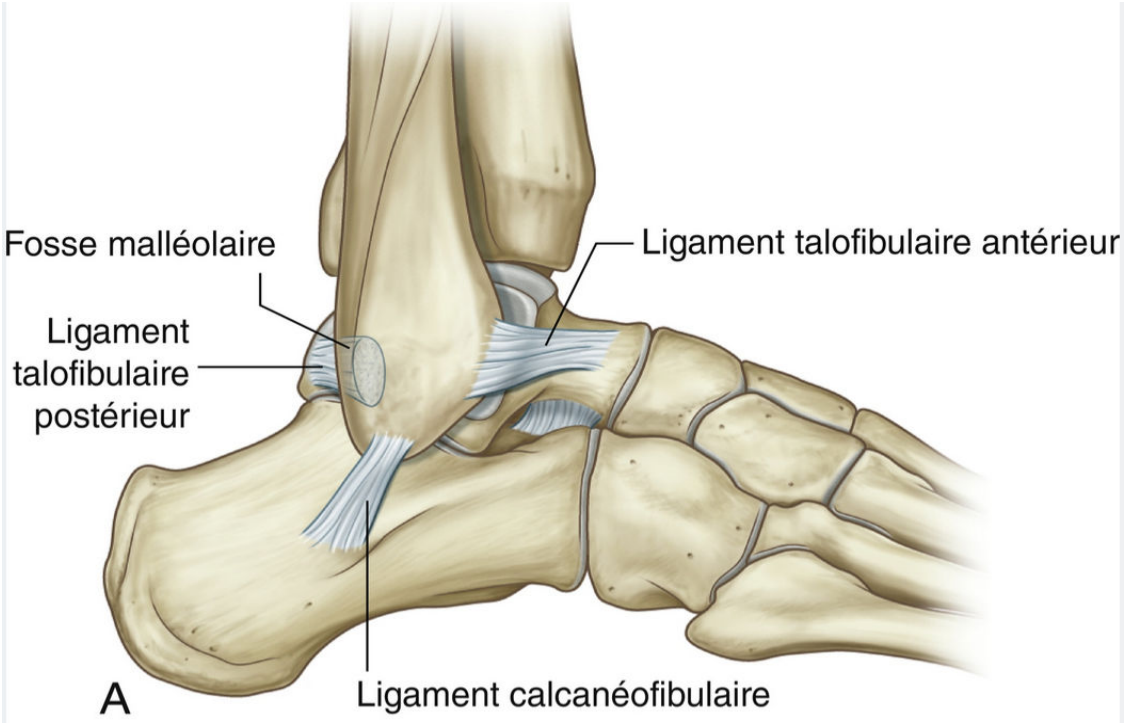


Schéma 3 – Ligament collatéral latéral [11]

1.3 Syndesmose tibio-fibulaire

La syndesmose tibio-fibulaire distale (STFD) unit le tibia et la fibula grâce au ligament tibio-fibulaire antérieur, au ligament tibio-fibulaire postérieur et au ligament interosseux, prolongement distal de la membrane interosseuse.

Contrairement à une articulation synoviale, cette syndesmose autorise uniquement de faibles mouvements d'écartement entre le tibia et la fibula. Ces micromouvements sont indispensables pour permettre l'adaptation de la mortaise tibio-fibulaire à la largeur variable de la trochlée talienne lors des mouvements de flexion plantaire et dorsale. [13]

Le ligament tibio-fibulaire antérieure relie le tubercule antérieur du tibia au bord antérieur de la malléole latérale.

Le ligament tibio-fibulaire postérieur comprend un faisceau superficiel, semblable au ligament tibio-fibulaire antérieur, reliant la malléole latérale à la tubérosité postérieure du tibia et un faisceau profond reliant la fosse malléolaire au bord postérieur du tibia.

Le ligament interosseux (LIO) est constitué d'un réseau dense de fibres courtes assurant une forte cohésion entre les deux os.

2- Physiopathologie et mécanismes lésionnels

Les entorses de cheville correspondent à des lésions ligamentaires dont la gravité est variable. Elles sont classiquement classées en trois grades selon l'importance de l'atteinte anatomique et de ses conséquences fonctionnelles. [13,14]

L'entorse bénigne (grade 1) correspond à un étirement ligamentaire simple, sans lésions macroscopiques des fibres. Cliniquement, elle se manifeste par une douleur et un œdème localisé, sans instabilité articulaire ni déficit fonctionnel.

L'entorse modérée (grade 2) est caractérisée par une rupture partielle des fibres ligamentaires. Elle s'accompagne d'une douleur plus importante, d'un œdème souvent associé à un hématome et d'une limitation fonctionnelle. Une laxité modérée peut être retrouvée à l'examen clinique.

L'entorse sévère (grade 3) correspond à une rupture complète d'un ou plusieurs ligaments responsables d'une impotence fonctionnelle immédiate, d'une laxité articulaire franche et généralement d'un hématome important.

Cette classification est résumée dans le tableau 1 ci-dessous.

Sévérité	**Lésions**	**Clinique**
Entorse bénigne (Grade 1)	Élongation ligamentaire	- Douleur +/- Œdème localisé - Absence d'instabilité articulaire et de déficit fonctionnel
Entorse modérée (Grade 2)	Rupture partielle	- Douleur, œdème +/- hématome - Limitation fonctionnelle et laxité modérée
Entorse sévère (Grade 3)	Rupture complète	- Hématome important - Impotence fonctionnelle - Laxité articulaire

Tableau 1- Classification des entorses de cheville

Le mécanisme lésionnel le plus fréquent est une inversion forcée du pied, le plus souvent associée à une flexion plantaire. Il est à l'origine de lésions du ligament collatéral latéral, principalement du ligament talo-fibulaire antérieur (LTFA).

Ce mécanisme survient par exemple lors d'un accrochage ou d'une chute sur le bord latéral de l'avant-pied. [12]

Les lésions du ligament collatéral médial sont beaucoup plus rares en raison de sa grande résistance. Elles surviennent principalement lors d'un mouvement d'éversion forcée. [13]

Les lésions de la syndesmose tibio-fibulaire distale résultent classiquement d'un mécanisme associant une rotation externe du pied à une flexion dorsale forcée. [13]

3- État actuel des recommandations

Les recommandations françaises concernant la prise en charge des entorses de cheville étaient anciennes et reposaient sur la conférence de consensus de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) publiée en 1995 puis actualisée en 2004. [15]

Ces recommandations insistaient notamment sur l'utilisation des critères d'Ottawa afin de réaliser une imagerie à la recherche d'une fracture sous-jacente.

Le traitement fonctionnel reposant sur l'application du protocole RICE (Repos, Glaçage, Compression, Élévation) associé à une mobilisation et un appui précoce constituait le traitement de référence.

Une réévaluation clinique dans les cinq jours suivant le traumatisme était préconisée et le paracétamol représentait le traitement antalgique à utiliser en première intention.

3.1 Critères d'Ottawa

Les critères d'Ottawa sont des critères de décision clinique développés en 1992 par *Stiell et al* afin de réduire le recours aux radiographies lors des traumatisme de cheville. [16]

Leur utilisation a permis de diminuer d'environ 25% le nombre de radiographies réalisées sans augmentation du risque de méconnaître une fracture. [17]

La prévalence d'une fracture après un traumatisme de cheville est estimée à moins de 15%. Une étude réalisée par *Bachmann et al* en 2003 a montré que lorsque les critères d'Ottawa sont appliqués, la probabilité résiduelle d'une fracture en leur absence est inférieure à 2%, confirmant leur excellente sensibilité. [18]

Une radiographie est indiquée lorsque au moins un des critères suivants est présent lors de l'examen clinique :

- une douleur lors de la palpation de la malléole médiale ou de la malléole latérale (au niveau de l'extrémité et sur les 6 derniers centimètres)

- une douleur lors de la palpation de la base du cinquième métatarsien

- une douleur lors de la palpation de l'os naviculaire

- une incapacité à effectuer quatre pas en appui complet

A l'inverse, du fait de leur excellente sensibilité, l'absence de l'ensemble de ces critères permet d'exclure avec une forte probabilité une fracture. [18]

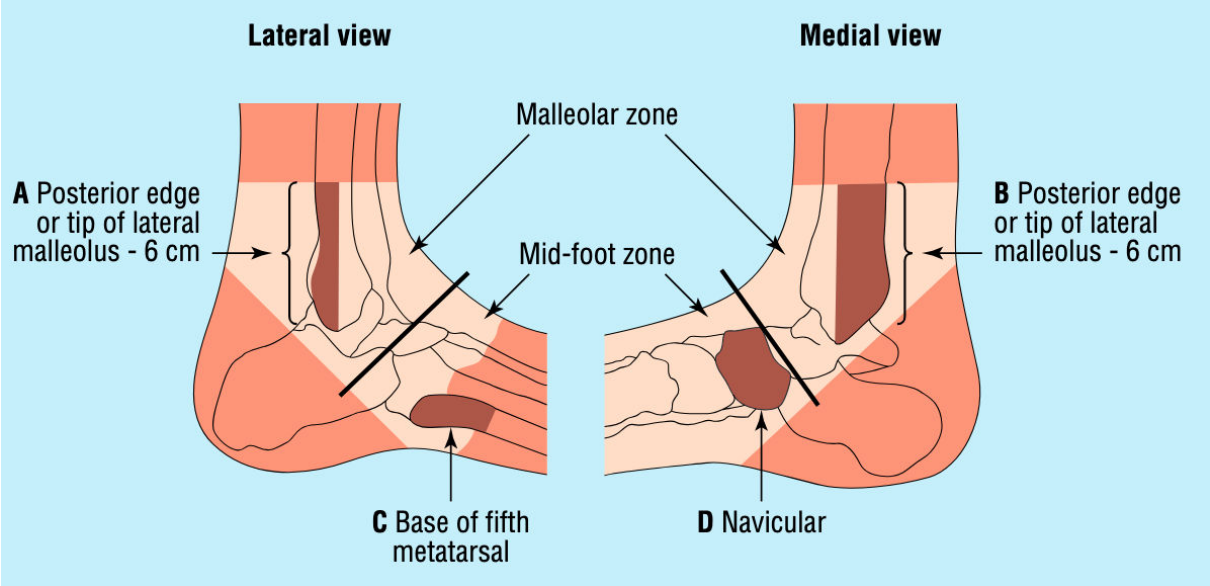


Schéma 4- Critères d'Ottawa à rechercher lors de l'examen clinique

L'introduction de ces critères a permis de réduire le nombre d'examens radiographiques inutiles, tout en diminuant les délais de prise en charge dans les services d'urgences et les coûts associés. [17][19]

3.2 Recommandations de la Haute Autorité de Santé

En 2025, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié de nouvelles recommandations actualisant la prise en charge de l'entorse de cheville. [20]

Malgré le fait que les grands principes diagnostiques et thérapeutiques restent globalement inchangés, ces recommandations apportent quelques évolutions notamment concernant les modalités d'immobilisation.

Les critères d'Ottawa restent l'outil de référence pour justifier de la nécessité d'une radiographie.

Le traitement de référence repose toujours sur le traitement fonctionnel avec une mobilisation précoce, notamment par le biais de la rééducation. Celle-ci doit être débutée le plus précocement possible, idéalement dans la première semaine suivant le traumatisme, quel que soit la gravité de l'entorse.

Pour les entorses légères à modérées (grade 1 et 2), un maintien de la cheville par une attelle souple peut être proposée pendant une durée maximale de deux semaines. En cas d'entorse modérée, une attelle semi-rigide peut également être utilisée pendant une durée maximale de deux à six semaines, selon l'évolution clinique.

Pour les entorses sévères (grade 3), une immobilisation de courte durée, ne dépassant pas dix jours peut être envisagée avant la mise en place d'une attelle semi-rigide pendant deux à six semaines.

Enfin, une réévaluation clinique systématique est recommandée entre le cinquième et le septième jour après le traumatisme. Elle permet d'apprécier l'évolution clinique, d'adapter le traitement si nécessaire mais également de rechercher une éventuelle lésion initialement méconnue.

III- **METHODOLOGIE**

1- Objectif de l'étude

L'objectif de l'étude était de réaliser un état des lieux concernant les pratiques des médecins généralistes Bourguignons dans la prise en charge de l'entorse de cheville en médecine de ville.

2- Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, transversale et quantitative, réalisée à l'aide d'un questionnaire.

3- Population étudiée

Les médecins généralistes libéraux de l'ancienne région Bourgogne, correspondant aux départements de la Côte-d'Or, de la Saône-et-Loire, de la Nièvre et de l'Yonne, qu'ils soient installés ou remplaçants, constituaient la population cible de notre étude.

Les médecins généralistes libéraux exerçant dans l'un de ces départements étaient inclus dans l'étude.

Les médecins exerçant une activité hospitalière exclusivement et les internes en médecine générale étaient exclus de notre étude.

4- Élaboration du questionnaire

Le questionnaire était anonymisé et a été élaboré au format Google Forms à partir des recommandations actuelles concernant la prise en charge de l'entorse de cheville.

Son contenu a fait l'objet d'une relecture et d'une correction par le directeur de thèse.

Avant sa diffusion, le questionnaire a été testé auprès de trois médecins généralistes afin d'évaluer la compréhension des questions, la pertinence des différentes modalités de réponses, l'absence d'ambiguïté ainsi que la durée nécessaire à son remplissage. Les réponses recueillies lors de ce test ont été intégrées à l'analyse finale.

Le questionnaire comportait 21 questions réparties en deux parties. La première partie recueillait les données socio-démographiques des participants. La seconde partie était constitué d'un cas clinique visant à évaluer les pratiques de chacun d'entre eux dans la prise en charge d'une entorse de cheville bénigne.

La dernière question consistait en un sondage permettant d'évaluer l'intérêt des médecins généralistes pour la réalisation d'un protocole de prise en charge de l'entorse de cheville au cabinet.

Le questionnaire est présenté en Annexe 1.

5- Modalités et période de recueil

La période de recueil a débuté le 08 janvier 2026. A cette date, le questionnaire a été transmis à la population cible par l'intermédiaire de différentes instances régionales et départementales : l'Union régionale des professionnels de santé (URPS), les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM), les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et le Collège bourguignon des généralistes enseignants (CBGE).

Une relance du questionnaire était initialement prévue un mois après le début de la période de recueil. Celle-ci n'a cependant pas pu être réalisée en raison du refus de la majorité des instances sollicitées de procéder à une nouvelle diffusion.

Le recueil a été clôturé le 8 mars 2026. Au total, 85 questionnaires ont été recueillis.

6- Analyse des données

L'analyse des données était exclusivement descriptive. Les réponses obtenues ont été analysées à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

Pour chaque question, les résultats ont été exprimés sous forme d'effectifs et de proportions, présentées en pourcentages.

Afin de faciliter leur compréhension et leur interprétation, certains résultats ont été présentés sous forme de graphiques. Les données socio-démographiques ont également été synthétisées sous forme de tableau.

Aucune analyse comparative ni aucun test statistique n'ont été réalisés dans le cadre de notre étude.

IV- **RESULTATS**

1- Données socio-démographiques

Parmi les participants, 43 médecins étaient des hommes (50,6%) tandis que les femmes représentaient 49,4% (n= 42).

Les médecins interrogés étaient répartis entre plusieurs tranches d'âge, avec une prédominance de médecins âgés de 31 à 40 ans (36,5%, n=31). La seconde tranche d'âge la plus représentée concernait les professionnels âgés de 51 à 60 ans avec 20 réponses (23,5%).

Concernant leur statut, la grande majorité des médecins ayant répondu au questionnaire étaient installés, représentant 87,1% de l'échantillon (n=74).

Soixante-quatorze médecins (87,1%) ne possédaient pas de formation particulière en médecine du sport.

Environ un médecin sur deux (50,6%, n=43) exerçait en milieu semi-rural. Les autres médecins interrogés se répartissaient de manière relativement homogène entre un exercice en milieu urbain (25,9%, n=22) et un exercice en milieu rural (23,5%, n= 20).

Les médecins exerçant en Côte-d'Or et en Saône-et-Loire étaient largement majoritaires, représentant près de 78% de l'échantillon. A l'inverse, l'Yonne était le département le moins représenté, avec seulement six médecins répondants.

L'ensemble des caractéristiques de l'échantillon est présenté dans le Tableau 1.

	Effectif (N= 85)	Proportions (En %)
Sexe		
Homme	43	50,6
Femme	42	49,4
Âge		
< 30 ans	6	7,1
31 à 40 ans	31	36,5
41 à 50 ans	15	17,6
51 à 60 ans	20	23,5
> 60 ans	13	15,3
Statut		
Médecin libéral installé	74	87,1
Médecin libéral remplaçant	11	12,9
Formation en médecine du sport		
Oui	11	12,9
Non	74	87,1
Mode d'exercice		
Rural	20	23,5
Semi-rural	43	50,6
Urbain	22	25,9
Département		
Côte d'Or	38	44,7
Saône et Loire	28	32,9
Yonne	6	7,1
Nièvre	13	15,3

Tableau 2- Caractéristiques de la population étudiée

2- Fréquence de survenue et contexte

La moitié des médecins interrogés (51,8 %, n= 44) ont déclaré prendre en charge une entorse de cheville au minimum plusieurs fois par mois. Parmi eux, quatre (4,7 %) ont rapporté en prendre en charge plusieurs fois par semaine et quarante (47,1 %) plusieurs fois par mois.

Trente-six médecins (42,4 %) ont déclaré prendre en charge une entorse de cheville plusieurs fois par an, tandis que les cinq médecins restants (5,9 %) ont indiqué être rarement confrontés à ce motif de consultation.

Selon les médecins interrogés, les traumatismes sportifs constituaient la principale circonstance de survenue des entorses de cheville (63,5 %, n=54). Les accidents domestiques étaient également fréquemment cités (34,1 %, n=29), tandis que les accidents du travail étaient beaucoup plus rarement rapportés, avec seulement cinq médecins les ayant cités (5,9 %).

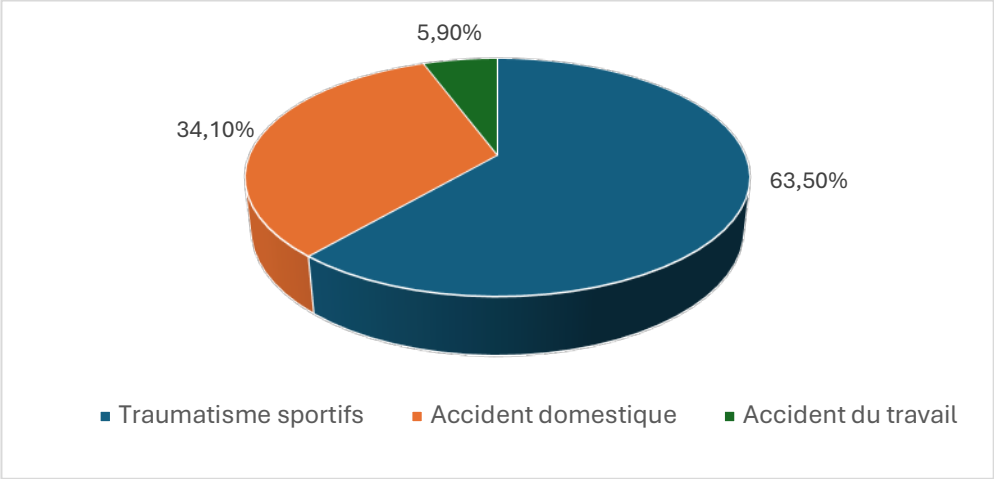


Figure 1- Circonstance de survenue des entorses de cheville

3- Prescriptions d'imageries

Une large majorité des médecins interrogés (83,5 %, n= 71) déclaraient ne pas prescrire systématiquement de radiographie devant une entorse de cheville.

Concernant les critères motivant la prescription d'une imagerie, trois étaient largement cités par les médecins interrogés : l'impossibilité de réaliser quatre pas en appui complet (88,2 %, n= 75), la présence d'une douleur à la palpation de la base du cinquième métatarsien (87,1 %, n= 74) et la présence d'une douleur à la palpation d'une des deux malléoles (80 %, n= 68). Le quatrième critère des règles d'Ottawa, correspondant à la présence d'une douleur à la palpation de l'os naviculaire était mois fréquemment rapporté (53 %, n=45).

D'autres critères étaient également cités comme pouvant motiver la prescription d'une radiographie : la présence d'un craquement audible lors du traumatisme (50,6 %, n= 43), l'intensité de la douleur (45,9 %, n=39), un âge inférieur à 18 ans (37,6 %, n= 32), la présence d'un hématome à l'examen clinique (24,7 %, n=21), la facilité d'accès à un plateau technique (11,8 %, n=10) et à la demande du patient (8,2 %, n=7).

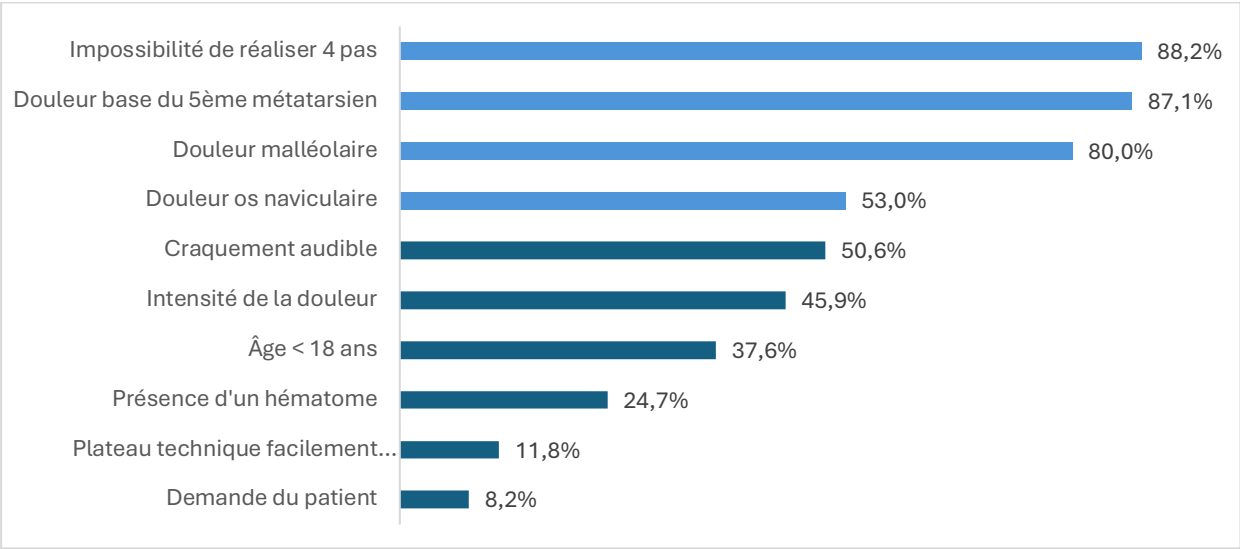


Figure 2- Critères motivant la prescription de radiographie

4- Traitements médicamenteux

Près de 80% des médecins interrogés déclaraient utiliser le protocole RICE (78,8%, n=67) dans la prise en charge d'une entorse de cheville. Le protocole POLICE était utilisé par 11 médecins (12,9%) tandis que le protocole PEACE & LOVE n'était rapporté que par deux médecins (2,4%). Enfin, trois médecins (3,5%) ont déclaré ne pas avoir recours à un protocole spécifique dans cette prise en charge.

Le paracétamol représentait le traitement le plus fréquemment prescrit par les médecins interrogés (94,1%, n=80). Plus de la moitié d'entre eux (56,25%, n= 45) déclaraient le prescrire seul. Il était également utilisé en association avec des AINS locaux par 13 médecins (16,25%) et avec des AINS per os par 15 médecins (18,75%). Six médecins (7,5%) rapportaient une prescription associant le paracétamol aux deux types d'AINS tandis que trois médecins (3,5%) déclaraient prescrire uniquement des AINS per os.

Enfin, deux médecins (2,35%) indiquaient utiliser des antalgiques de palier 2, dont l'un en association avec le paracétamol et l'autre avec des AINS per os.

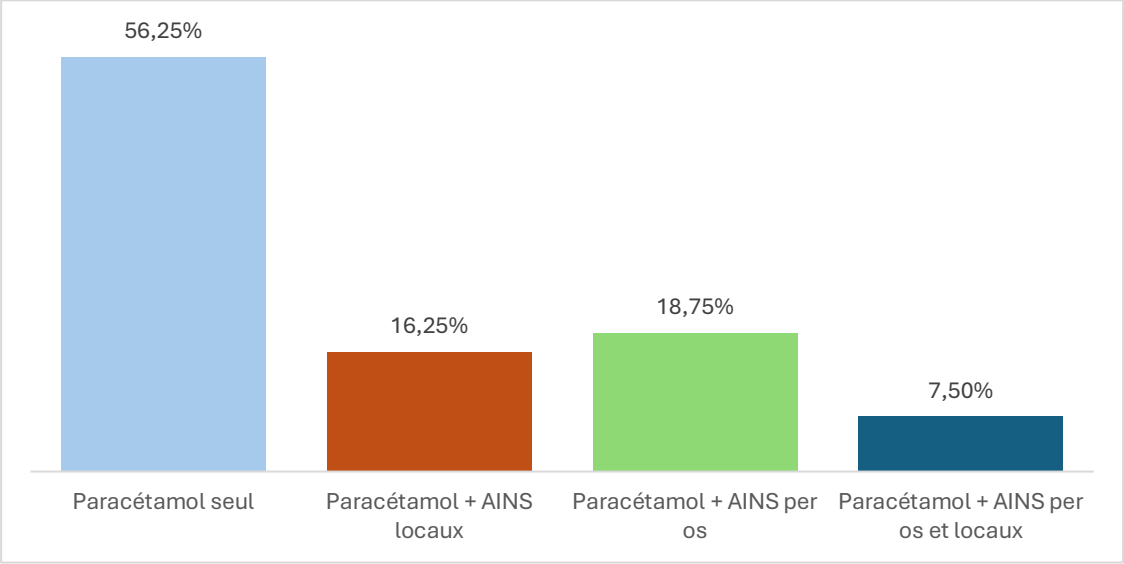


Figure 3- Modalités de prescription du paracétamol (n=80)

5- Immobilisation

Près de trois quarts des médecins interrogés (76,5%, n= 65) déclaraient prescrire une immobilisation par attelle rigide de type Aircast® en cas d'entorse bénigne de cheville. Une attelle souple était privilégiée par 14 médecins (16,5%), tandis que 6 médecins (7,1%) rapportaient ne pas prescrire d'immobilisation dans ce contexte. Des cannes anglaises étaient associées à l'un de ces dispositifs par 12 médecins (14,1%) et n'étaient jamais prescrites seules.

Concernant la durée de l'immobilisation, 28 médecins (32,9%) privilégiaient une durée inférieure à dix jours. Une immobilisation de trois semaines était préconisée par 23 médecins (27,1%) tandis que 14 médecins (16,5%) recommandaient une durée de deux semaines. Enfin, treize médecins (15,3%) déclaraient maintenir l'immobilisation jusqu'à régression de la douleur.

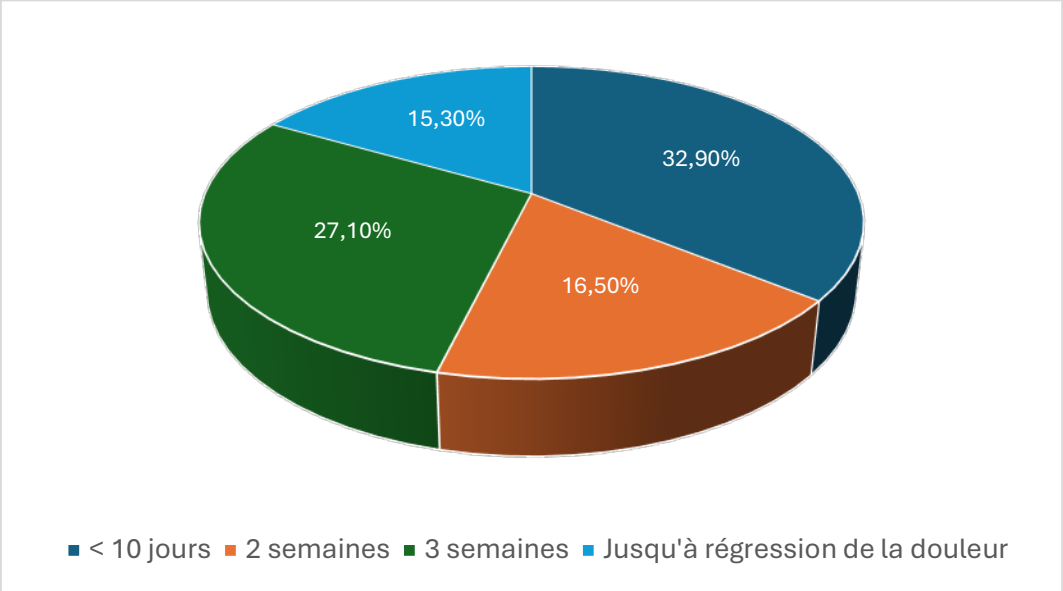


Figure 4- Durée d'immobilisation

6- Rééducation

Environ un médecin sur deux (50,6%, n=43) déclarait prescrire systématiquement des séances de rééducation auprès d'un masseur-kinésithérapeute.

Parmi les médecins interrogés, près de la moitié (48,2%, n = 41) recommandait d'initier cette rééducation le plus précocement possible. Dix-neuf médecins (22,4%) préconisaient de la débuter après la disparition des signes locaux, tandis que 17 médecins (20%) recommandaient de l'initier après le retrait de l'immobilisation.

7- Réévaluation clinique

La majorité des médecins interrogés (65%, n=55) déclaraient ne pas réaliser de consultation de réévaluation de manière systématique.

Parmi les médecins déclarant effectuer cette réévaluation clinique (n=30), le délai de réalisation était variable. Onze médecins (36,7%) rapportaient la réaliser à 10 jours du traumatisme, 10 médecins (33,3%) à 2 semaines et 8 (26,7%) dans un délai de 5 à 7 jours. Un seul médecin (3,3%) déclarait réaliser cette consultation dans un délai de 48 à 72 heures.

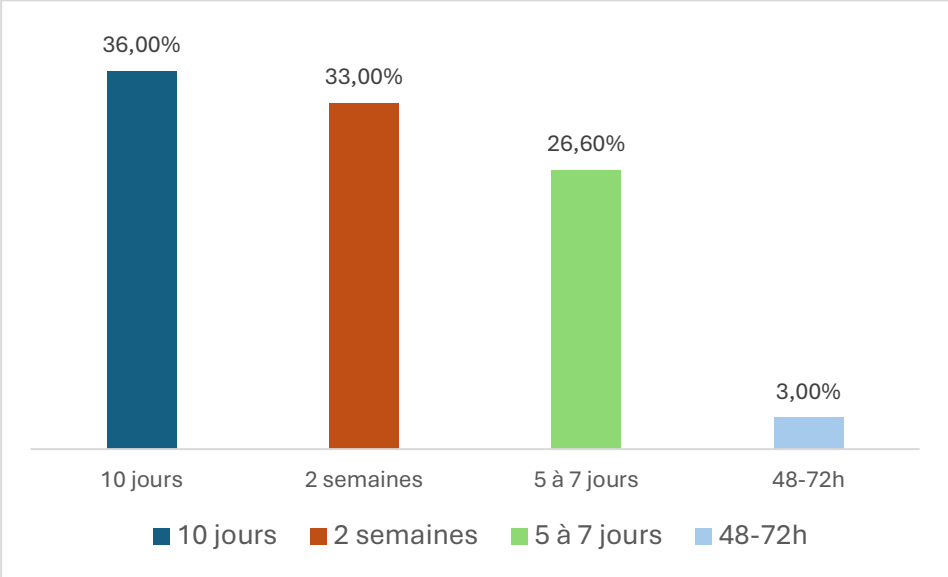


Figure 5- Délai de consultation chez les médecins réalisant une réévaluation clinique (n=30)

8- Lésion de la syndesmose

Près d'un tiers des médecins interrogés (34%, n=29) rapportaient ne pas connaître la lésion de la syndesmose tibio-fibulaire distale.

Une proportion comparable (32,9%, n= 28) déclarait ne pas rechercher cette lésion lors de la prise en charge d'un traumatisme de cheville.

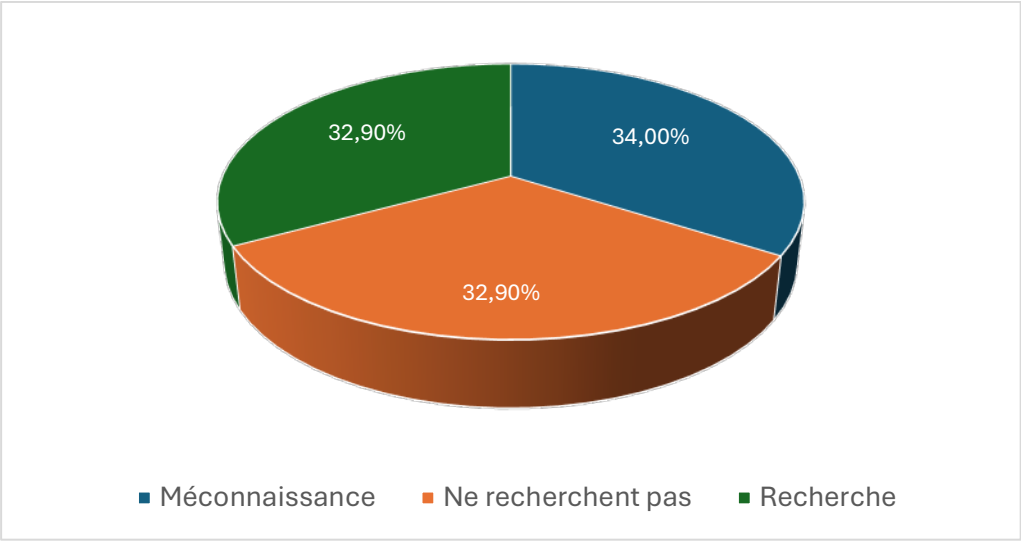


Figure 6- Recherche de la lésion de la syndesmose

Parmi les 28 médecins (32,9%) déclarant rechercher cette lésion, les deux signes cliniques les plus fréquemment recherchés étaient une douleur à la palpation de l'articulation tibio-fibulaire distale et une douleur provoquée lors de la réalisation du squeeze test, chacun rapporté par 19 médecins (67,9%). Un œdème en regard de l'articulation tibio-fibulaire distale était recherché par 14 médecins (50%). Enfin, une douleur provoquée lors de la rotation externe du pied était recherchée par 12 médecins (42,8%).

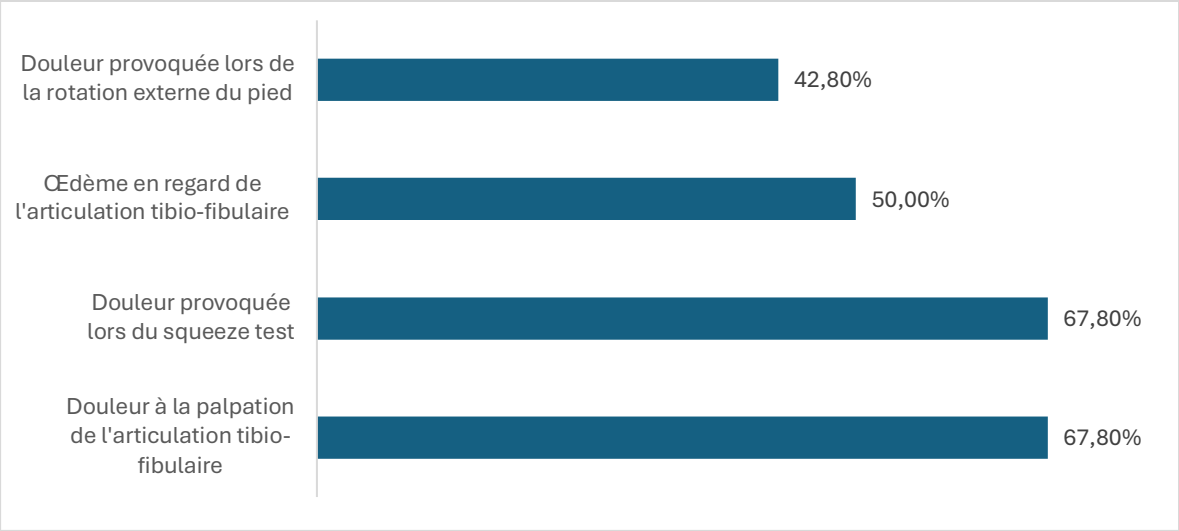


Figure 7- Signes cliniques évocateurs d'une lésion de la syndesmose recherchés lors de l'examen clinique

9- Particularités des médecins du sport

Parmi les médecins interrogés, onze (12,9%) possédaient une formation spécifique en médecine du sport, avec une prédominance masculine (63,6%, n=7). La majorité était installée (81,8%, n=9) et exerçait en Côte-d'Or (63,6%, n=7). Trois médecins (27,3%) exerçaient en Saône-et-Loire et un médecin (9,1%) dans la Nièvre. L'exercice en milieu semi-rural était le plus représenté (54,5%, n=6), devant le milieu urbain (27,3%, n=3) et le milieu rural (18,2%, n=2).

Près des deux tiers de ces médecins (63,6%, n=7) déclaraient prendre en charge une entorse de cheville au moins plusieurs fois par mois. Les traumatismes sportifs constituaient la principale circonstance de survenue de cette pathologie dans cette population, rapportée par 9 médecins. (81,8%).

Quatre médecins (36,4%) déclaraient prescrire systématiquement une radiographie en cas d'entorse de cheville.

Concernant les critères motivant cette prescription, la présence d'une douleur à la palpation d'une des deux malléoles était le critère le plus fréquemment cité, rapporté par 9 médecins (81,8%). Les trois autres critères les plus souvent mentionnés, chacun par 8 médecins (72,7%) étaient la présence d'un craquement audible lors du traumatisme, une douleur à la palpation de la base du 5ème métatarsien et l'impossibilité d'effectuer quatre pas. Une douleur à la palpation de l'os naviculaire était moins fréquemment citée, rapporté par 7 médecins (63,6%).

D'autres critères étaient également mentionnés, notamment l'intensité de la douleur, la présence d'un hématome et un âge inférieur à 18 ans, chacun rapporté par 5 médecins (45,5%).

Le protocole RICE était le protocole le plus fréquemment utilisé, rapporté par 8 médecins (72,7%). Un seul médecin (9,1%) déclarait utiliser le protocole PEACE & LOVE, tandis qu'un autre (9,1%) préconisait le protocole POLICE. Enfin, un médecin (9,1%) rapportait ne recourir à aucun protocole dans la prise en charge d'une entorse de cheville.

La totalité des médecins du sport déclaraient prescrire du paracétamol. Celui-ci était prescrit seul par 7 médecins (63,6%), en association avec des AINS par voie orale par 3 médecins (27,3%) et en association avec les deux types d'AINS (voie orale et topique) par un seul médecin (9,1%).

L'attelle rigide de type Aircast® était le dispositif d'immobilisation le plus fréquemment prescrit, utilisé par 8 médecins (72,7%). Une durée d'immobilisation inférieure à dix jours était préconisée par 6 médecins (54,5%), tandis que 2 médecins (18,2%) recommandaient une durée de deux semaines et 2 autres (18,2%) une immobilisation jusqu'à régression de la douleur.

Sept médecins (63,6%) déclaraient prescrire systématiquement des séances de rééducation auprès d'un masseur-kinésithérapeute. Parmi eux, six (85,7%) recommandaient de débuter la rééducation le plus précocement possible, tandis qu'un seul médecin (14,3%) préconisait de l'initier après la disparition des signes locaux.

Une consultation de réévaluation était réalisée de manière systématique par 7 médecins (63,6%). Parmi eux, le délai de réalisation était variable : 3 médecins (42,9%) déclaraient la programmer dans un délai de 5 à 7 jours, 2 (28,6%) à dix jours et 2 médecins (28,6%) à deux semaines.

Près de trois quarts des médecins du sport (72,7%, n=8) déclaraient rechercher systématiquement une lésion de la syndesmose tibio-fibulaire distale lors de la prise en charge d'un traumatisme de cheville. Deux médecins (18,2%) indiquaient ne pas connaître cette lésion, tandis qu'un médecin (9,1%) rapportait ne pas la rechercher.

Parmi les médecins déclarant rechercher cette lésion (n=8), la présence d'une douleur lors de la réalisation du squeeze test était le signe clinique le plus fréquemment recherché, cité par 7 médecins (87,5%). Un œdème en regard de l'articulation tibio-fibulaire distale était recherché par 6 médecins (75%), tandis que 5 médecins (62,5%) déclaraient rechercher une douleur à la palpation de cette articulation. Enfin, la présence d'une douleur lors de la rotation externe du pied était le signe clinique le moins fréquemment recherché, cité par 2 médecins (25%).

V- **DISCUSSION**

Notre étude avait pour objectif d'évaluer les pratiques des médecins généralistes bourguignons concernant la prise en charge des entorses de cheville en médecine de ville. Les résultats mettent en évidence des pratiques conformes aux recommandations sur certains aspects mais révèlent également une hétérogénéité des pratiques sur d'autres points.

1- Discussion des principaux résultats

Notre échantillon présentait une répartition équilibrée selon le sexe, avec une proportion comparable d'hommes et de femmes. La majorité des médecins étaient installés et ne disposaient pas de formation spécifique en médecine du sport, tandis que l'exercice en milieu semi-rural représentait le mode d'exercice prédominant.

Sur le plan géographique, les départements de la Saône-et-Loire et de la Côte-d'Or étaient les plus représentés. Cette répartition semble être principalement lié aux différences de démographie médicale au sein de la région Bourgogne. En effet, le nombre de médecins généralistes libéraux est plus important dans ces deux départements ce qui pourrait expliquer cette répartition.

Les taux de réponses, estimés à partir des données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), étaient relativement comparables entre les différents départements, à l'exception d'une sous-représentation du département de l'Yonne. [21]

1.1 Fréquence et contexte

Notre étude met en évidence que 51,8% des médecins interrogés sont confrontés à une entorse de cheville au moins plusieurs fois par mois. Ce résultat souligne la fréquence de cette pathologie en médecine générale, en accord avec les données de la littérature qui la décrivent comme le traumatisme ostéo-articulaire le plus fréquent. [1,2]

Les traumatismes sportifs constituent la principale circonstance de survenue de l'entorse de cheville. Toutefois, notre étude rapporte également une proportion importante d'accidents domestiques, responsables de près d'un tiers des cas. Ces résultats suggèrent que les entorses de cheville concernent l'ensemble de la population et ne se limitent pas uniquement aux patients pratiquant une activité sportive. Aux Etats-Unis, elles représentent 15% des blessures survenant chez les étudiants sportifs et sont particulièrement fréquentes dans les sports impliquant de la course, des sauts et des changements d'appui, tels que le volleyball, le basketball et le football. Cependant, environ la moitié des entorses de cheville prises en charge dans les services d'urgences américains ne surviennent pas lors d'une activité sportive. [3]

1.2 Prescription de radiographies et utilisation des critères d'Ottawa

La majorité des médecins déclarent ne pas prescrire de radiographie de manière systématique devant un traumatisme de cheville, ce qui apparaît concordant avec les recommandations actuelles.

La décision de réaliser une radiographie repose sur l'utilisation des critères d'Ottawa, qui sont bien connus des médecins participants. Comme nous l'avons vu précédemment, ces critères ont été inventé il y a de nombreuses années. Plusieurs revues de la littérature confirment la pertinence de ces critères, notamment du fait de leur très bonne sensibilité, permettant ainsi d'exclure la présence d'une fracture lors d'un traumatisme de cheville et de limiter le recours aux examens complémentaires. [22][23][24][25]

Cependant, nos résultats mettent en évidence une connaissance incomplète de ces critères, particulièrement concernant la douleur à la palpation de l'os naviculaire, cité par seulement la moitié des médecins interrogés. Cette observation est concordante avec les résultats d'autres travaux de thèse, qui retrouvaient également une moindre connaissance parmi les médecins généralistes de Loire Atlantique et de Vendée ainsi qu'en Pyrénées-Atlantiques. [26] [27]

Par ailleurs, près d'un tiers des médecins interrogés déclarent prendre en compte l'âge du patient pour décider de la réalisation d'une radiographie. Pourtant, les données de la littérature suggèrent que les critères d'Ottawa peuvent être utilisés chez les enfants. L'étude de *Bachmann et al* de 2003 a notamment montré leur applicabilité chez l'enfant avec une très bonne sensibilité. Après application de ces critères, la probabilité résiduelle de fracture était estimée à 1,2%. [18] Ces résultats ont été confortés par une méta-analyse de 2009, qui retrouvait également une bonne performance diagnostique des critères d'Ottawa chez l'enfant et suggérait qu'ils pouvaient réduire le recours aux radiographies, de l'ordre de 25%. [28]

1.3 Prise en charge initiale et modalités thérapeutiques

Le paracétamol constitue le traitement antalgique le plus fréquemment utilisé par les participants à notre étude. Il est prescrit seul par environ la moitié des médecins interrogés, mais également fréquemment prescrit en association avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), administrés par voie orale ou sous forme topique.

L'utilisation des AINS dans la phase aigüe des entorses de chevilles reste controversé depuis de nombreuses années. Plusieurs études ont montré leur intérêt sur la réduction de la douleur et de l'œdème à court terme, avec notamment la possibilité de favoriser une reprise plus précoce de la rééducation et des activités habituelles. [28–31]

Toutefois, ces bénéfices doivent être mis en balance avec leur profil d'effets indésirables ainsi que les interrogations concernant leur éventuel impact sur les processus inflammatoires nécessaires à la cicatrisation tissulaire.

Cette prudence est également retrouvée dans le protocole PEACE & LOVE, qui ne recommande pas l'utilisation systématique des AINS dans la prise en charge des entorses de chevilles. [32]

Concernant les mesures non pharmacologiques, la majorité des médecins interrogés déclare encore utiliser le protocole RICE, correspondant aux recommandations de la SFMU de 2004. [15] Pourtant, ce protocole a progressivement été remplacé par le protocole POLICE, qui substitue notamment au repos strict une notion de protection associée à une mise en charge optimale, permettant une récupération plus efficace et plus rapide. [33,34]

Plus récemment, le protocole « PEACE & LOVE » propose une approche plus globale dans la prise en charge des lésions des tissus mous. Au-delà des mesures locales, celui-ci accorde une place importante à l'éducation du patient et intègre les facteurs psychologiques dans la prise en charge. [32]

La place de la cryothérapie constitue également un exemple de cette évolution des recommandations. Alors qu'elle occupe une place importante dans le protocole RICE et reste largement utilisé en pratique, le protocole PEACE & LOVE ne recommande pas son utilisation, notamment en raison d'un possible effet sur les processus inflammatoires, similaire à celui des AINS. Les données disponibles restent cependant insuffisantes pour conclure sur l'intérêt de celle-ci dans la prise en charge des entorses de cheville. Une étude comparative est actuellement en cours afin d'en évaluer son efficacité. [35]

1.4 Immobilisation, rééducation et réévaluation clinique

La majorité des médecins préconise le port d'une attelle rigide à la suite d'une entorse de cheville. Cette pratique doit toutefois être mise en perspective avec les recommandations actuelles, qui préconisent d'adapter le dispositif de maintien à la sévérité de l'entorse. Ainsi, en cas d'entorse bénigne, la Haute Autorité de Santé recommande préférentiellement l'utilisation d'une attelle souple. [20]

Concernant la durée d'immobilisation, les pratiques des médecins interrogés apparaissent variables. Néanmoins, près de la moitié des médecins (43,6%) privilégient une immobilisation prolongée, d'une durée d'au moins deux semaines. Cette pratique semble en décalage avec les données actuelles de la littérature, qui privilégient le recours à d'un dispositif de maintien associé à une mobilisation et une rééducation précoce. Une immobilisation de courte durée, inférieure à dix jours, peut malgré tout être envisagée à la phase initiale, notamment en fonction de l'intensité de la douleur et de l'importance de l'œdème. [29]

La rééducation constitue également un élément important de la prise en charge des entorses de cheville. Elle permet notamment de favoriser la récupération fonctionnelle et de réduire le risque de récidive après un traumatisme. [36,37]

Pourtant, près de la moitié des médecins interrogés ne prescrivent pas systématiquement de kinésithérapie à la suite d'un traumatisme de cheville.

Par ailleurs, il est intéressant de constater que près de trois quarts des médecins ne prescrivant pas systématiquement de rééducation exercent en dehors du milieu urbain. Le travail de thèse de J. Calmels en 2014 mettait en évidence des résultats similaires avec 70% des médecins généralistes non prescripteurs de kinésithérapie qui exerçaient en milieu rural ou semi-rural. [38]

Cette répartition pourrait suggérer que le lieu d'exercice à un impact sur la prescription de kinésithérapie. L'accès plus limité aux masseurs-kinésithérapeutes dans les territoires ruraux ou semi-ruraux pourrait notamment constituer un frein à la mise en place d'une rééducation.

Enfin, la majorité des médecins ne réalisent pas de consultation de réévaluation après un traumatisme de cheville. Cette pratique contraste avec les recommandations actuelles de la HAS, qui préconisent une réévaluation clinique entre le cinquième et le septième jour suivant le traumatisme. [20] Les recommandations de la SFMU de 2004 préconisaient déjà une réévaluation au cours de la semaine suivant l'entorse. [15] Cette réévaluation systématique était bien réalisé par les médecins de Pyrénées-Atlantiques, comme le montre le travail de thèse de E. Debes réalisé en 2018. [27]

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette absence de réévaluation. Elle pourrait être liée à une connaissance insuffisante des recommandations chez les médecins interrogés, mais également à des contraintes organisationnelles, telles que la disponibilité limitée des médecins ou la charge de travail conséquente.

1.5 Dépistage de la lésion de la syndesmose tibio-fibulaire distale

Près d'un tiers des médecins interrogés déclarent ne pas connaitre les lésions de la syndesmose et une proportion similaire ne recherche pas systématiquement cette atteinte lors de l'examen clinique. Un autre travail de thèse, réalisé chez les médecins généralistes de Loire-Atlantique et de Vendée, mettait en évidence des résultats similaires concernant l'atteinte de la syndesmose. [26]

Pourtant, il s'agit d'une atteinte relativement fréquente, qui représenterait 15% des entorses de cheville. [39] La lésion de la syndesmose demeure néanmoins sous-estimée et sous-diagnostiquée. En effet, environ 20% de ces lésions ne seraient pas identifiées lors de leur prise en charge initiale aux urgences.

Leur reconnaissance précoce constitue pourtant un enjeu important, en raison du risque d'évolution vers une instabilité chronique de cheville et d'apparition, à plus long terme, de lésions arthrosiques. [40]

La méconnaissance de cette lésion chez les médecins interrogés pourrait être expliquée par l'absence de formation sur ce sujet lors des premiers et seconds cycles des études médicales. [14]

Il est par ailleurs intéressant de constater que, dans notre étude, la majorité des médecins ayant bénéficié d'une formation en médecine du sport recherche cette lésion à la suite d'un traumatisme de cheville. Cette observation pourrait suggérer que l'acquisition de connaissances spécifiques sur les lésions de la syndesmose favorise leur recherche clinique.

Le mécanisme lésionnel le plus fréquemment retrouvé associe une hyperflexion dorsale à une rotation latérale de cheville. [39] Plusieurs éléments de l'examen clinique peuvent orienter vers une atteinte de la syndesmose, notamment une douleur à la palpation du ligament tibio-fibulaire antérieur, la présence d'un œdème en regard de cette articulation, une douleur provoquée par le *squeeze test* ainsi qu'une reproduction de la douleur lors de l'association d'une flexion dorsale et d'une rotation latérale. [41] Les résultats de notre étude montrent globalement une bonne connaissance de ces différents signes cliniques chez les médecins recherchant cette lésion.

Ces résultats suggèrent que les médecins qui connaissent cette lésion sont en mesure d'en rechercher les principaux signes cliniques. Ils pourraient ainsi souligner l'intérêt d'une meilleure sensibilisation aux lésions de la syndesmose, notamment par le biais de formation médicale, afin de favoriser son identification lors de l'examen clinique initial.

2- Intérêt et limites de l'étude

A notre connaissance, il s'agit de la première étude en Bourgogne visant à évaluer les pratiques des médecins généralistes sur la prise en charge des entorses de cheville en médecine de ville.

L'intérêt de ce travail repose notamment dans l'évaluation des différents aspects de cette prise en charge, de l'indication d'une imagerie aux modalités thérapeutiques et au suivi du patient.

Il permet également de resensibiliser les médecins généralistes à cette problématique fréquente et de réactualiser leurs connaissances concernant les recommandations de bonnes pratiques, notamment l'utilisation des critères

d'Ottawa. Cette démarche pourrait ainsi contribuer à améliorer l'efficience et la pertinence de leur prise en charge concernant l'entorse de cheville.

Le questionnaire utilisé dans notre étude a été élaboré à partir des recommandations actuelles et des données de la littérature. Une première diffusion auprès de quelques médecins généralistes a permis d'en évaluer la compréhension et la facilité de réalisation avant sa diffusion à plus large échelle, limitant ainsi les difficultés de compréhension susceptibles d'influencer les réponses des participants.

Selon les données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), la population cible de notre étude comprenait 1071 médecins généralistes libéraux dans l'ancienne région Bourgogne. [21] Notre questionnaire a obtenu un total de 85 réponses, soit un taux de participation d'environ 8%.

Ce faible taux de réponse constitue la principale limite à notre étude et expose notamment à un biais de sélection. Les médecins ayant répondu au questionnaire pouvaient être davantage intéressés par la traumatologie et la médecine du sport que l'ensemble des médecins généralistes de la région. Toutefois, ce taux de participation apparaît tout à fait satisfaisant au regard du nombre de questionnaires adressés aux médecins généralistes et des taux de réponses habituellement observés dans ce type d'étude. Nous pouvons ainsi supposer que, bien que pouvant paraître commun au premier abord, le sujet abordé a suscité l'intérêt des médecins généralistes de Bourgogne.

Par conséquent, les résultats de notre étude doivent être interprétés avec prudence et ne peuvent pas être étendus à l'ensemble des médecins généralistes libéraux de Bourgogne. Malgré tout, ils permettent de dégager certaines tendances qui pourraient être confirmées par la réalisation d'études portant sur un effectif plus important ou bénéficiant d'un meilleur taux de participation.

Le recueil de données réalisé sous forme de questionnaire diffusé par voie électronique représente également une limite à notre travail, exposant notamment à un biais d'information. En effet, les participants pouvaient tout à fait consulter des recommandations ou d'autres ressources en remplissant le questionnaire, ce qui est susceptible d'avoir conduit à des réponses plus conformes aux recommandations qu'à leurs pratiques habituelles.

3- Perspectives

Les différents résultats de notre étude mettent en évidence plusieurs écarts entre les pratiques des médecins généralistes de la région Bourgogne et les recommandations actuelles concernant la prise en charge des entorses de cheville. Ces divergences concernent notamment les modalités de prise en charge initiale, les modalités et la durée d'immobilisation, la prescription de rééducation, la réévaluation clinique ainsi que la recherche d'une lésion de la syndesmose tibio-fibulaire distale.

L'évolution récente des recommandations concernant cette pathologie peuvent rendre difficile leur actualisation en pratique quotidienne. La mise à disposition d'un outil synthétique et facilement accessible en consultation pourrait ainsi constituer une piste permettant de faciliter l'appropriation de ces recommandations en soins primaires.

Dans cette perspective, un sondage réalisé à l'issue du questionnaire a permis d'évaluer l'intérêt des médecins interrogés pour la mise à disposition d'un protocole pratique de prise en charge des entorses de cheville. Une majorité des médecins (n=66) s'est déclaré intéressée par la réalisation d'un tel outil. Ainsi, nous avons élaboré à partir des recommandations actuelles et des données de la littérature une fiche pratique destinée à accompagner le médecin généraliste dans la prise en charge des entorses de cheville au cabinet. Celle-ci est présentée en Annexe 2.

La diffusion de cet outil à l'échelle régionale, notamment par l'intermédiaire des différentes instances sollicitées au cours de notre travail, pourrait permettre de faciliter l'accès des médecins généralistes à une synthèse actualisée des recommandations. De plus, une étude ultérieure pourrait être menée afin d'évaluer son impact sur les pratiques des médecins généralistes.

Par ailleurs, certains résultats de notre étude mériteraient d'être approfondis. L'association observée entre le lieu d'exercice et la prescription de rééducation pourrait notamment faire l'objet d'une étude visant à identifier les freins à l'accès et à la prescription de kinésithérapie dans les territoires ruraux et semi-ruraux.

Ce recours limité à la prescription de kinésithérapie pourrait d'ailleurs avoir contribué au développement de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes au cours des dernières années. L'entorse de cheville figurait, avec la lombalgie aigüe, parmi les premières indications concernées par cet accès, introduit en 2020. [42]

De même, une étude visant à identifier les raisons de l'absence de réévaluation clinique pourrait également être réalisée ultérieurement.

VI- CONCLUSION

L'entorse de cheville est un motif de consultation fréquent en médecine générale, dont la prise en charge a fait l'objet de recommandations récentes. Notre travail avait pour objectif de réaliser un état des lieux des pratiques des médecins généralistes bourguignons concernant cette pathologie en médecine de ville.

Un questionnaire diffusé par voie électronique auprès des médecins généralistes libéraux de la région a permis de recueillir 85 réponses. Les résultats montrent des pratiques globalement conformes aux recommandations concernant le recours à l'imagerie et l'utilisation des critères d'Ottawa, mais révèlent également des écarts importants avec les recommandations actuelles, notamment sur les modalités et la durée d'immobilisation, la prescription de rééducation, la réalisation d'une consultation de réévaluation, ainsi que sur le dépistage des lésions de la syndesmose tibio-fibulaire distale, encore insuffisamment recherchées et connues.

Ces résultats, bien qu'ils doivent être interprétés avec prudence compte tenu du faible taux de participation, mettent en évidence une actualisation incomplète des pratiques des médecins généralistes de la région face à l'évolution des recommandations.

Face à ces constats, une fiche pratique de prise en charge des entorses de cheville a été élaborée à partir des données actuelles de la littérature, avec l'objectif de faciliter l'appropriation des recommandations par les médecins généralistes en soins primaires. Sa diffusion à l'échelle régionale, ainsi que l'évaluation de son impact sur les pratiques, pourraient constituer une suite naturelle à ce travail.

THESE SOUTENUE PAR M. RENARD Thomas

CONCLUSIONS

L'entorse de cheville est un motif de consultation fréquent en médecine générale, dont la prise en charge a fait l'objet de recommandations récentes. Notre travail avait pour objectif de réaliser un état des lieux des pratiques des médecins généralistes bourguignons concernant cette pathologie en médecine de ville.

Un questionnaire diffusé par voie électronique auprès des médecins généralistes libéraux de la région a permis de recueillir 85 réponses. Les résultats montrent des pratiques globalement conformes aux recommandations concernant le recours à l'imagerie et l'utilisation des critères d'Ottawa, mais révèlent également des écarts importants avec les recommandations actuelles, notamment sur les modalités et la durée d'immobilisation, la prescription de rééducation, la réalisation d'une consultation de réévaluation, ainsi que sur le dépistage des lésions de la syndesmose tibio-fibulaire distale, encore insuffisamment recherchées et connues.

Ces résultats, bien qu'ils doivent être interprétés avec prudence compte tenu du faible taux de participation, mettent en évidence une actualisation incomplète des pratiques des médecins généralistes de la région face à l'évolution des recommandations.

Face à ces constats, une fiche pratique de prise en charge des entorses de cheville a été élaborée à partir des données actuelles de la littérature, avec l'objectif de faciliter l'appropriation des recommandations par les médecins généralistes en soins primaires. Sa diffusion à l'échelle régionale, ainsi que l'évaluation de son impact sur les pratiques, pourraient constituer une suite naturelle à ce travail.

Le Président du jury,

Pr C. LEPAGE

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 15 Octobre 2026
Le Doyen

Pr M. MAYNADIÉ

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Bacquaert P, Thiounn A. Entorse de cheville : conduite à tenir et prise en charge [Internet]. IRBMS ; 2025 [cited 2025 Jun 18]. Available from: https://www.irbms.com/entorse-de-cheville-conduite-a-tenir/

[2] 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 2018;52:1304–10. https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098885.

[3] Herzog MM, Kerr ZY, Marshall SW, Wikstrom EA. Epidemiology of ankle sprains and chronic ankle instability. J Athl Train. 2019;54(6):603-10. doi:10.4085/1062-6050-447-17.

[4] Haute Autorité de Santé. Entorses latérales de la cheville : diagnostic, rééducation et retour à la pratique sportive – note de cadrage [Internet]. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé; 2023 [cited 2026 Aug 24]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3460983/fr/entorses-laterales-de-la-cheville-diagnostic-reeducation-et-retour-a-la-pratique-sportive-note-de-cadrage

[5] Gribble PA, Bleakley CM, Caulfield BM, Docherty CL, Fourchet F, Fong DTP, et al. 2016 consensus statement of the International Ankle Consortium: prevalence, impact and long-term consequences of lateral ankle sprains. Br J Sports Med. 2016;50(24):1493-5. doi:10.1136/bjsports-2016-096188.

[6] Golanó P, Vega J, de Leeuw PAJ, Malagelada F, Manzanares MC, Götzens V, van Dijk CN. Anatomy of the ankle ligaments: a pictorial essay. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2010;18(5):557-69. doi:10.1007/s00167-010-1100-x.

[7] Bonnel F, Mabit C. Bases anatomiques de la stabilité de cheville. In: Tourné Y, Mabit C, editors. La cheville instable. 1st ed. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015. p. 1-44. doi:10.1016/B978-2-294-71456-6.00001-0.

[8] Maestro M, Ferré B. Biomécanique du pied et de la cheville. In: Besse JL, Devos Bevernage B, Leemrijse T, editors. Pathologie du pied et de la cheville. 2nd ed. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015. p. 33-51. doi:10.1016/B978-2-294-73893-7.00002-1.

[9] Lengelé B, Leemrijse T. Anatomie chirurgicale du pied et de la cheville. In: Besse JL, Devos Bevernage B, Leemrijse T, editors. Pathologie du pied et de la cheville. 2nd ed. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015. p. 2-32. doi:10.1016/B978-2-294-73893-7.00001-X.

[10] Netter FH. Atlas Netter d'anatomie humaine [Internet]. 8e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2023 [cited 2025 Sep 17]. Disponible sur: https://www.elsevier-masson.fr/atlas-netter-danatomie-humaine-9782294773693.html

[11] Drake RL, Vogl AW, Mitchell AWM, Duparc F, Duparc J. Gray's Anatomie : le manuel pour les étudiants [Internet]. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2025 [cited 2025 Sep 17]. Disponible sur: https://www.elsevier-masson.fr/grays-anatomie-le-manuel-pour-les-etudiants-9782294779251.html

[12] Bonnel F, Toullec E, Mabit C, Tourné Y. L'instabilité chronique de cheville : biomécanique et pathomécanique des lésions ligamentaires et associées. Rev Chir Orthop Traumatol. 2010;96(4):493-502. doi:10.1016/j.rcot.2010.04.007.

[13] Besse JL, Colin F, Hintermann B, Mabit C, Orsoni N, Toullec E, Tourné Y. Entorses récentes. In: Tourné Y, Mabit C, editors. La cheville instable. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015. p. 65-116. doi:10.1016/B978-2-294-71456-6.00004-6.

[14] Collège Français des Chirurgiens Orthopédistes et Traumatologues. Orthopédie, traumatologie : conforme à la réforme des EDN : nouveau programme R2C 2020. 3e éd. Paris: Ellipses; 2022.

[15] Leuret A, Sommereisen JP, Philippe JM, Le Gall C, Busseuil C, Carpentier F, et al. Actualisation 2004 de la conférence de consensus : l'entorse de cheville au service d'urgence [Internet]. Société Française de Médecine d'Urgence; 2004 [cited 2025 Sep 17]. Available from: https://www.sfmu.org/upload/consensus/actualisation_entorse.pdf

[16] Stiell IG, Greenberg GH, McKnight RD, Nair RC, McDowell I, Worthington JR. A study to develop clinical decision rules for the use of radiography in acute ankle injuries. Ann Emerg Med. 1992;21(4):384-90. doi:10.1016/S0196-0644(05)82656-3.

[17] 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 1995;311:594–7. https://doi.org/10.1136/bmj.311.7005.594.

[18] Bachmann LM, Kolb E, Koller MT, Steurer J, ter Riet G. Accuracy of Ottawa ankle rules to exclude fractures of the ankle and mid-foot: systematic review. BMJ. 2003;326(7386):417-9. doi:10.1136/bmj.326.7386.417.

[19] Anis AH, Stiell IG, Stewart DG, Laupacis A. Cost-effectiveness analysis of the Ottawa Ankle Rules. Ann Emerg Med. 1995;26(4):422-8. doi:10.1016/S0196-0644(95)70108-7.

[20] Haute Autorité de Santé. Entorse du ligament collatéral latéral (ligament latéral externe) de cheville : diagnostic, rééducation et reprise de l'activité physique et de la pratique sportive [Internet]. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé; 2025 Apr [cited 2025 Sep 17]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3460983/fr/entorse-du-ligament-collateral-lateral-ligament-lateral-externe-de-cheville-diagnostic-reeducation-et-reprise-de-l-activite-physique-et-de-la-pratique-sportive

[21] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La démographie des professionnels de santé depuis 2012 [Internet]. Paris: DREES; 2026 [cited 2026 Aug 3]. Available from: https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/la-demographie-des-professionnels-de-sante-depuis-2012/

[22] Wang X, Chang S-M, Yu G-R, Rao Z-T. Clinical value of the Ottawa ankle rules for diagnosis of fractures in acute ankle injuries. PLoS One. 2013;8(4). doi:10.1371/journal.pone.0063228.

[23] Barelds I, Krijnen WP, van de Leur JP, van der Schans CP, Goddard RJ. Diagnostic accuracy of clinical decision rules to exclude fractures in acute ankle injuries: systematic review and meta-analysis. J Emerg Med. 2017;53(3):353-68. doi:10.1016/j.jemermed.2017.04.035.

[24] Gomes YE, Chau M, Banwell HA, Causby RS. Diagnostic accuracy of the Ottawa ankle rule to exclude fractures in acute ankle injuries in adults: a

systematic review and meta-analysis. BMC Musculoskelet Disord. 2022;23(1):885. doi:10.1186/s12891-022-05831-7.

[25] Jonckheer P, Willems T, De Ridder R, Paulus D, Holdt Henningsen K, San Miguel L, et al. Evaluating fracture risk in acute ankle sprains: Any news since the Ottawa Ankle Rules? A systematic review. European Journal of General Practice 2016;22:31–41. https://doi.org/10.3109/13814788.2015.1102881.

[26] Sporer A. Prise en charge de l'entorse de cheville : état des lieux des pratiques chez les médecins généralistes de Loire-Atlantique et de Vendée [thèse d'exercice]. Nantes: Université de Nantes; 2023. Available from: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04472819

[27] Debes E. Prise en charge de l'entorse latérale de cheville : état des lieux des connaissances des recommandations et place de l'échographie dans la stratégie diagnostique des médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques [Thèse université Poitiers] [Internet]. Poitiers : Université de Poitiers ; 2018. Disponible sur : https://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/e3d8c4f6-4c2d-4d08-b334-c1cb26150958 n.d.

[28] Dowling S, Spooner CH, Liang Y, Dryden DM, Friesen C, Klassen TP, et al. Accuracy of Ottawa Ankle Rules to exclude fractures of the ankle and midfoot in children: a meta-analysis. Acad Emerg Med. 2009;16(4):277-87. doi:10.1111/j.1553-2712.2008.00333.x.

[29] 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 2018;52:956–956. https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098106.

[30] 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 2015;23:2390–9. https://doi.org/10.1007/s00167-014-2851-6.

[31] Struijs PAA, Kerkhoffs GMMJ. Ankle sprain: the effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs. BMJ Clin Evid. 2015;2015:1115.

[32] Dubois B, Esculier JF. Soft-tissue injuries simply need PEACE and LOVE. Br J Sports Med. 2020;54(2):72-3. doi:10.1136/bjsports-2019-101253.

[33] Bleakley CM, Glasgow P, MacAuley DC. PRICE needs updating, should we call the POLICE? Br J Sports Med. 2012;46(4):220-1. doi:10.1136/bjsports-2011-090297.

[34] Erdurmuş ÖY, Oğuz AB, Genç S, Koca A, Günalp Eneyli M, Polat O. Comparison of the effects PRICE and POLICE treatment protocols on ankle function in patients with ankle sprain. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2023;29(8):920-8. doi:10.14744/tjtes.2023.29797.

[35] Halder P, Hossain MZ, Akash MAA, Saha J, Kabir MF, Hossain KMA, et al. Optimizing soft tissue injury rehabilitation: PEACE & LOVE with vs without cryotherapy—protocol for a sham-controlled randomized trial in acute lateral ankle sprain. Trials. 2026;27(1):461. doi:10.1186/s13063-026-09755-8.

[36] Wagemans J, Bleakley C, Taeymans J, Schurz AP, Kuppens K, Baur H, et al. Exercise-based rehabilitation reduces reinjury following acute lateral ankle sprain: a systematic review update with meta-analysis. PLoS One. 2022;17(2). doi:10.1371/journal.pone.0262023.

[37] Bleakley CM, Taylor JB, Dischiavi SL, Doherty C, Delahunt E. Rehabilitation exercises reduce reinjury post ankle sprain, but the content and parameters of an optimal exercise program have yet to be established: a systematic review and meta-analysis. Arch Phys Med Rehabil. 2019;100(7):1367-75. doi:10.1016/j.apmr.2018.10.005.

[38] Calmels J. Prise en charge des entorses de cheville : état des lieux des connaissances des médecins généralistes et des médecins urgentistes aveyronnais [thèse d'exercice sur Internet]. Toulouse: Université Toulouse III – Paul Sabatier; 2014 [cited 2026 Aug 15]. Available from: https://utheme.utoulouse.fr/files/original/2b10077e936db13be320fd670c1c0bdd6b9af37a.pdf

[39] Phan CM, Attane G, Benoist N, Guetat P, Perronne L, Bousson V. Entorse de la syndesmose tibiofibulaire distale. J Imagerie Diagn Interv. 2022;5(6):312-7. doi:10.1016/j.jidi.2022.09.001.

[40] Tourné Y, Molinier F, Andrieu M, Porta J, Barbier G. Diagnosis and treatment of tibiofibular syndesmosis lesions. Orthop Traumatol Surg Res. 2019;105(8S). doi:10.1016/j.otsr.2019.09.014.

[41] Mohamad M, Dubois-Ferrière V. Lésions isolées de la syndesmose tibio-fibulaire distale. Rev Med Suisse. 2016;12(525):1288-93. doi:10.53738/REVMED.2016.12.525.1288.

[42] Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Avec les premiers protocoles de coopération, l'accès direct au kinésithérapeute bientôt possible [Internet]. 2020 Mar 12 [cited 2026 Aug 20]. Available from: https://www.ordremk.fr/actualites/kines/avec-les-premiers-protocoles-de-cooperation-lacces-direct-au-kinesitherapeute-bientot-possible/

ANNEXES

Annexe 1 – Questionnaire

Questionnaire de thèse : Évaluation des pratiques des médecins généralistes Bourguignons concernant la prise en charge de l'entorse de cheville en médecine ambulatoire

« Bonjour,

Je m'appelle RENARD Thomas, actuellement interne en 3ème année de DES de Médecine générale et je réalise ma thèse concernant la prise en charge de l'entorse de cheville en médecine de ville.

Je cherche à évaluer les pratiques des médecins généralistes au sein de la Bourgogne par le biais de ce questionnaire.

Il ne s'agit en aucun cas d'un jugement de votre pratique, c'est pour cela que le questionnaire est anonyme.

Il ne prend que quelques minutes à être complété (5 min maximum), et est destiné à tous les médecins généralistes exerçant en ambulatoire dans la région de Bourgogne, que vous soyez installé ou remplaçant.

Je vous remercie par avance pour votre participation et votre contribution à mon travail. »

Partie I : Données socio-démographiques

1) Sexe

- Masculin
- Féminin

2) Quel âge avez-vous ?

- < 30 ans
- Entre 31 et 40 ans
- Entre 41 et 50 ans
- Entre 51 et 60 ans
- > 60 ans

3) Quel est votre statut ?

- Médecin libéral installé
- Médecin libéral remplaçant

4) Possédez-vous une formation particulière en médecine du sport ? (DU, Capacité...)

- Oui
- Non

5) Quel est votre mode d'exercice ?

- Urbain
- Rural
- Semi-rural

6) Dans quel département exercez-vous ?

- Côte d'Or
- Saône et Loire
- Yonne
- Nièvre

7) A quelle fréquence voyez-vous des entorses de cheville dans votre pratique ?

- Plusieurs fois par mois
- Quelques fois par an
- Rarement
- Plusieurs fois par semaine

8) Dans quel contexte surviennent-elles le plus souvent ?

- Sport
- Accident domestique
- Accident du travail
- Autre :

Partie II : Cas clinique

Vous recevez en consultation Lucas, 22 ans, pour un traumatisme de cheville gauche en varus forcé lors de son entraînement de football du jour. Il présente un œdème de la cheville gauche ainsi qu'une difficulté à la marche. Il ne présente aucun antécédent particulier.

9) De manière générale, réalisez-vous de manière systématique un examen d'imagerie lors de la première consultation ?

- Oui
- Non

10) De manière générale, quels critères vous incite à prescrire une radiographie ?

- Douleur à la palpation de la base du 5ème métatarsien
- Douleur à la palpation de la malléole interne/externe sur les 6 derniers cm
- Demande du patient
- Craquement audible
- Impossibilité de réaliser 4 pas (appui complet)
- Douleur intense
- Douleur à la palpation de l'os naviculaire
- Plateau technique facilement accessible
- Hématome
- Age < 18 ans
- Autre :

Lucas ne présente pas de critères cliniques nécessitant de réaliser une radiographie.
Dans ce contexte, vous suspectez une entorse latérale de cheville bénigne.

11) Quel protocole mettez-vous en place immédiatement pour ce patient ?

- Protocole RICE (Repos, Glaçage, Contention, Élévation)
- Protocole POLICE (Protection, Charge Optimale, Glaçage, Compression, Élévation)
- Aucun protocole
- Autre :

12) Quels traitements médicamenteux prescrivez-vous dans ce contexte ?

- Paracétamol
- Antalgiques de palier 2
- Antalgiques de palier 3
- AINS locaux
- AINS per os
- Autre :

13) Mettez-vous en place une contention ou une immobilisation ?

- Attelle rigide (type Aircast)
- Attelle souple
- Aucune
- Cannes anglaises
- Attelle plâtrée postérieure
- Botte de marche
- Autre :

14) Si vous prescrivez une contention ou une immobilisation, quel est la durée de cette dernière ?

- Je n'en prescris pas
- 2 semaines
- Jusqu'à régression de la douleur
- 3 semaines
- < 10 jours
- Autre :

15) Prescrivez-vous systématiquement de la kinésithérapie ?

- Oui
- Non

16) Si vous prescrivez de la kinésithérapie, dans quel délai celle-ci doit être débutée ?

- Je n'en prescris pas
- Lors du retrait de l'immobilisation
- Dès que possible
- Dès disparition des signes locaux (douleur, œdème...)

17) Réalisez-vous une consultation de réévaluation de manière systématique ?

- Oui
- Non

18) Si oui, dans quel délai effectuez-vous cette consultation ?

- 48h-72h
- 5 à 7 jours
- Je n'effectue pas de consultation de réévaluation
- 2 semaines
- 10 jours

19) De manière générale, recherchez-vous une lésion de la syndesmose tibio-fibulaire de manière systématique lors d'un traumatisme de cheville ?

- Oui
- Non
- Je ne connais pas

20) Si oui, quels signes cliniques d'atteinte de la syndesmose recherchez-vous ?

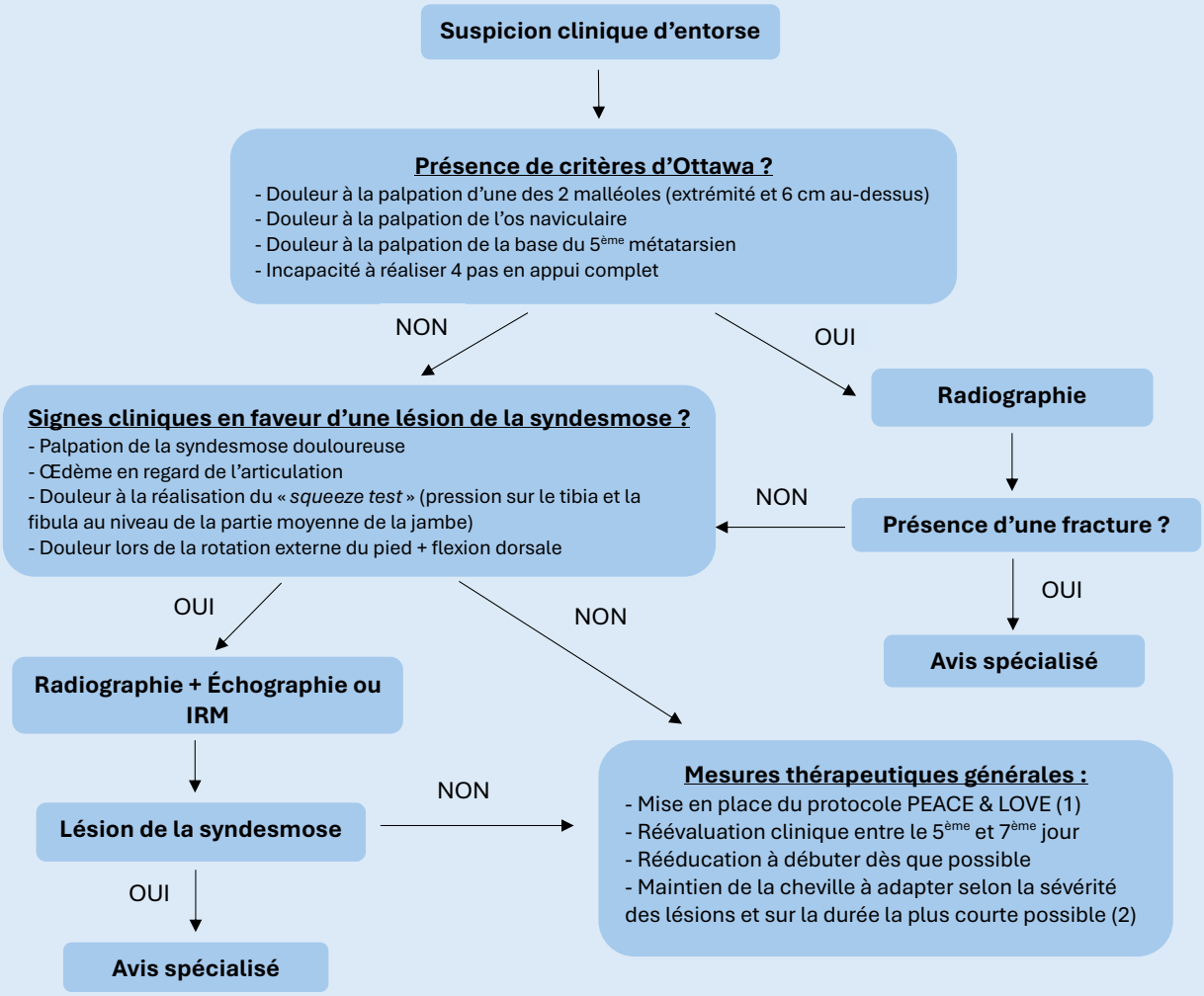
- Œdème en regard de l'articulation tibio-fibulaire inférieure
- Douleur provoquée lors de la rotation externe du pied
- Douleur provoquée lors de la réalisation du squeeze test
- Je ne recherche pas cette lésion
- Palpation de l'articulation tibio-fibulaire inférieure douloureuse
- Autre :

21) Seriez-vous intéressé par un protocole de prise en charge de l'entorse de cheville au cabinet ? Si oui, merci de renseigner votre adresse mail afin que je puisse vous le communiquer.

Annexe 2 – Fiche pratique

Prise en charge des entorses de cheville

Fiche pratique



(1) Protocole PEACE & LOVE

- **P**rotection : limiter les activités douloureuses les premiers jours
- **É**lévation : surélever le membre atteint le plus souvent possible
- **A**nti-inflammatoires à éviter
- **C**ompression : utilisation d'un dispositif de maintien
- **É**ducation : enseigner les bonnes pratiques
- **L**oad : mise en charge progressive, selon la douleur
- **O**ptimisme : être confiant et positif
- **V**ascularisation : pratiquer des activités cardiovasculaires
- **E**xercices : mobilité, force, proprioception

(2) Modalités de maintien

Entorse légère (Grade I)	Attelle souple ≤ 2 semaines
Entorse modérée (Grade II)	Attelle souple ou semi-rigide, 2-6 semaines
Entorse sévère (Grade III)	Attelle semi-rigide, 2-6 semaines ± immobilisation courte < 10 jours

Références :
- Haute Autorité de Santé. Entorse du ligament collatéral latéral de cheville : diagnostic, rééducation et reprise de l'activité physique et de la pratique sportive. 2025.
- Dubois B, Esculier JF. Soft-tissue injuries simply need PEACE and LOVE. Br J Sports Med. 2020.
- Phan CM, Attane G, Benoist N, et al. Entorse de la syndesmose tibiofibulaire distale. J Imagerie Diagn Interv. 2022;5(6):312-317.

Médecine
SCIENCES DE SANTÉ
UNIVERSITÉ
BOURGOGNE EUROPE

TITRE DE LA THESE : PRISE EN CHARGE DE L'ENTORSE DE CHEVILLE : ÉTAT DES LIEUX CONCERNANT LES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES DE LA REGION BOURGOGNE

AUTEUR : RENARD THOMAS

RESUME :

L'ENTORSE DE CHEVILLE EST UN MOTIF DE CONSULTATION FREQUENT EN MEDECINE GENERALE, DONT LA PRISE EN CHARGE A FAIT L'OBJET DE RECOMMANDATIONS RECENTES. NOTRE TRAVAIL AVAIT POUR OBJECTIF DE REALISER UN ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES BOURGUIGNONS CONCERNANT CETTE PATHOLOGIE EN MEDECINE DE VILLE.

UN QUESTIONNAIRE DIFFUSE PAR VOIE ELECTRONIQUE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX DE LA REGION A PERMIS DE RECUEILLIR 85 REPONSES. LES RESULTATS MONTRENT DES PRATIQUES GLOBALEMENT CONFORMES AUX RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE RECOURS A L'IMAGERIE ET L'UTILISATION DES CRITERES D'OTTAWA, MAIS REVELENT EGALEMENT DES ECARTS IMPORTANTS AVEC LES RECOMMANDATIONS ACTUELLES, NOTAMMENT SUR LES MODALITES ET LA DUREE D'IMMOBILISATION, LA PRESCRIPTION DE REEDUCATION, LA REALISATION D'UNE CONSULTATION DE REEVALUATION, AINSI QUE SUR LE DEPISTAGE DES LESIONS DE LA SYNDESMOSE TIBIO-FIBULAIRE DISTALE, ENCORE INSUFFISAMMENT RECHERCHEES ET CONNUES.

CES RESULTATS, BIEN QU'ILS DOIVENT ETRE INTERPRETES AVEC PRUDENCE COMPTE TENU DU FAIBLE TAUX DE PARTICIPATION, METTENT EN EVIDENCE UNE ACTUALISATION INCOMPLETE DES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES DE LA REGION FACE A L'EVOLUTION DES RECOMMANDATIONS.

FACE A CES CONSTATS, UNE FICHE PRATIQUE DE PRISE EN CHARGE DES ENTORSES DE CHEVILLE A ETE ELABOREE A PARTIR DES DONNEES ACTUELLES DE LA LITTERATURE, AVEC L'OBJECTIF DE FACILITER L'APPROPRIATION DES RECOMMANDATIONS PAR LES MEDECINS GENERALISTES EN SOINS PRIMAIRES. SA DIFFUSION A L'ECHELLE REGIONALE, AINSI QUE L'EVALUATION DE SON IMPACT SUR LES PRATIQUES, POURRAIENT CONSTITUER UNE SUITE NATURELLE A CE TRAVAIL.

MOTS-CLES : ENTORSE, CHEVILLE