

**NOTE DE
CADRAGE**

Entorses latérales de la cheville : Diagnostic, rééducation et retour à la pratique sportive

Validée par le Collège le 7 septembre 2023

Date de la saisine : 1er juillet 2022

Demandeur : Société Française de Physiothérapie

Service(s) : SBP

Personne(s) chargée(s) du projet : Michel Gedda / Pierre Gabach

1. Présentation et périmètre

1.1. Demande

Cette saisine de la Haute Autorité de Santé (HAS) fait suite à une demande de la Société française de physiothérapie (SFP) (juillet 2022).

1.2. Contexte

Jusqu'à 70 % de la population subit une entorse latérale de cheville dans sa vie, ce qui en fait la pathologie traumatique la plus fréquente (1). On dénombre, en France, près de 6 500 consultations par jour aux urgences qui concernent des entorses de cheville. Aux États-Unis, environ 2 millions d'entorses aiguës de la cheville sont recensées chaque année. Cependant, on estime que moins de la moitié des patients consultent après un traumatisme (2) et seuls 6,8 % à 11,0 % sont orientés vers un spécialiste de la réadaptation dans les 30 jours suivant la blessure (3). Enfin, les pathologies de la cheville et du pied présentent le taux le plus élevé d'erreurs diagnostiques dans les services d'urgences (4).

En 2010, les entorses de cheville ont entraîné plus de 1,1 milliard de dollars de soins dans les services d'urgences aux États-Unis. En France, les coûts de santé publique sont estimés à 1 000 € par entorse.

Ce coût important tient compte du recours à l'imagerie médicale (radiographique le plus souvent) qui est quasi-systématiquement réalisée afin d'exclure la présence d'une fracture (5), alors que l'incidence réelle des fractures est de moins de 15 % (6).

Par ailleurs, à la suite d'une première entorse, le risque de récurrence dans l'année est trois fois et demi plus important par rapport aux sujets sains ; ce qui suggère la possibilité d'améliorer le parcours du patient. Le taux de récurrence peut concerner 70 % des patients sportifs (1). Environ 40 % des patients présenteront une instabilité chronique, et parmi eux, 15 à 20 % développeront une arthrose précoce de la cheville (7). Au-delà de ces récurrences, les complications et les séquelles, notamment douloureuses, sont aussi à considérer.

Il existe plusieurs causes qui expliquent ce fort taux de récurrences. D'une part, la banalisation de cette pathologie par les patients et les professionnels de santé (2). D'autre part, la rééducation est souvent principalement focalisée sur la douleur et le délai, plutôt que sur les déficits spécifiques associés au traumatisme (8). La thérapeutique doit aussi prendre en charge les facteurs de risque. Enfin, une reprise trop précoce est un facteur de risque majeur de récurrences puisque 80 % des sportifs blessés reprennent leur pratique dans la semaine qui suit le traumatisme (9). Cette mauvaise gestion des délais de reprise peut s'expliquer par la banalisation de la pathologie, l'absence de consensus sur les critères objectifs de retour au sport et un manque de coordination entre professionnels de santé (10, 11).

L'évaluation de la gravité de la lésion, des déficits fonctionnels associés et l'identification des facteurs de risque sont nécessaires pour proposer un traitement adapté et réduire les récurrences, la survenue de séquelles et de complications. Les outils de prévention des blessures actuels permettent de diminuer l'incidence de cette pathologie d'environ 50 %, mais sont encore peu utilisés en France, notamment du fait d'une méconnaissance de la littérature scientifique des professionnels de santé (12, 13).

Récemment, une mise à jour du modèle de compréhension de l'instabilité chronique de cheville (14), ainsi que du bilan fonctionnel orientant la rééducation (7) et la gestion du retour à l'activité ont été précisés (10).

Les dernières recommandations françaises concernant la rééducation de l'entorse latérale de cheville non opérée furent publiées en 2000, avec une brève mise à jour en 2006 (15). Les données scientifiques récentes (3) justifient une révision de ces travaux, notamment en considérant les travaux provenant du Consortium international sur la cheville (IAC) (16, 17).

1.3. Enjeux

Les points d'amélioration des pratiques attendus en termes de qualité et de sécurité des soins sont :

- Améliorer l'orientation des patients après la blessure ;
- Réduire les coûts en santé (consommations de soins), en réduisant les hospitalisations aux services d'urgence et le recours à la chirurgie ;
- Réduire le taux de récurrences, les séquelles et les complications ;
- Définir les situations d'échec thérapeutique (critères, orientations) ;
- Améliorer les collaborations et coordinations interprofessionnelles (médecin généraliste, kinésithérapeute, chirurgien-orthopédique, etc.) en dissociant entorse bénigne / grave.

1.4. Cibles

1.4.1. Patients concernés par le thème

Les patients concernés par le thème sont les adultes et les enfants ayant subi une entorse latérale de cheville, qu'il s'agisse d'une primo lésion ou d'une récurrence.

1.4.2. Professionnels concernés par le thème

Ces recommandations seront destinées à tous les professionnels qui peuvent être associés à la décision et à la prise en charge des patients ayant une entorse de cheville.

Sont notamment concernés les :

- Masseurs-kinésithérapeutes
- Masseurs-kinésithérapeutes du sport
- Médecins de médecine physique et de réadaptation
- Médecins du sport
- Médecins généralistes
- Médecins en service de traumatologie
- Médecins rhumatologues
- Chirurgiens
- Médecins urgentistes
- Enseignants d'activité physique adaptée.

En plus des représentants des professionnels et sociétés savantes concernés, les représentants des patients seront associés.

1.5. Objectifs

L'objectif de ce travail est d'actualiser les recommandations de l'ANAES concernant la rééducation de l'entorse latérale de cheville non opérée (2000) et leur mise à jour (2006) au regard de l'évolution des connaissances et des travaux du Consortium international sur la cheville (IAC), notamment au sujet des diagnostics différentiels, des critères de réorientation et de la reprise d'activité, par exemple :

- Intégrer de nouveaux tests cliniques permettant d'améliorer les indications thérapeutiques et de préciser la nature et la gravité de l'entorse ;
- Optimiser la rééducation de la cheville et de l'ensemble des membres inférieurs, en particulier la fonction stabilisatrice de la hanche, en y associant des exercices de prévention des récurrences ;
- Déterminer des critères de reprise de l'activité quotidienne, professionnelle, physique et sportive.

Ce travail pourrait traiter quatre volets :

1. Diagnostic de l'entorse de cheville, repérage des drapeaux rouges et des critères de réorientation (critères cliniques, critères d'Ottawa-Bernese, diagnostics différentiels, triage).
2. Évaluation du patient dans sa globalité (force des membres inférieurs, proprioception, contrôle sensori-moteur, etc.), diagnostic et traitement en kinésithérapie.
3. Traitements en fonction de critères multifactoriels selon une démarche EBP qui intègre le projet du patient, le bilan fonctionnel (ROAST) (repos, rééducation, traitement médicamenteux, chirurgie), et les indications en cas d'échec thérapeutique.
4. Critères de retour à l'activité (activité physique et compétition) et de suivi.

L'objectif essentiel de ce projet est d'améliorer le parcours du patient en abordant les différentes options de traitement, leur efficacité, ainsi que les moyens permettant d'améliorer leur efficacité (limitation des consultations aux urgences, mise en place de parcours de soins coordonnés, développement des coopérations professionnels, critères communs de reprise d'activité).

1.6. Délimitation du thème / questions à traiter

Objectifs des recommandations

Ces recommandations concerneront :

- l'usage d'outils/tests validés pour améliorer les méthodes d'évaluation, le diagnostic et le suivi des patients ;
- l'orientation et le parcours des patients ;
- la rééducation adaptée au retour au travail et au sport ;
- la diminution de l'incidence, du risque de récurrence et de chronicisation de l'entorse, des séquelles et des complications ;
- la diminution du recours à la chirurgie ;
- l'amélioration des collaborations interprofessionnelles ;
- la diminution des coûts de santé publique (meilleure gestion des actions).

Questions retenues

1. Quels sont les critères diagnostiques de l'entorse de cheville et les méthodes d'évaluation d'un traumatisme en torsion de cheville ?
2. Quelles sont les situations pour lesquelles l'avis médical est requis (drapeaux rouges) ?
3. Quels sont les moyens d'évaluation du patient dans sa globalité (force des membres inférieurs, proprioception, contrôle sensori-moteur, etc.) ?
4. Quels sont les traitements recommandés en fonction du projet du patient, des répercussions fonctionnelles du traumatisme, de la gravité de l'entorse et les indications possibles en cas d'échec thérapeutique ?
5. Quels sont les critères de retour à l'activité (activité physique et compétition) et de suivi ?

2. Modalités de réalisation

- HAS
- Label
- Partenariat

2.1. Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet

La méthode proposée est la méthode de Recommandation pour la pratique clinique (RPC). Celle-ci permet de réunir un groupe de travail (GT) assez large, au sein duquel un consensus sera recherché :

- Analyse critique de la littérature.
- Recommandations rédigées par un groupe de travail pluridisciplinaire + groupe de lecture.
- 1 président
- 1 chargé de projet

Le déroulement du projet comprendra 2 réunions du GT pour produire la première version des recommandations, une relecture externe par le groupe de lecture (GL), et une 3^{ème} réunion du GT pour finalisation du document en tenant compte des commentaires issus du GL.

2.2. Composition qualitative des groupes

Groupe de travail

- 1 président ;
- 1 chef de projet HAS
- 1 chargé de projet MK ;
- 1 diététicien ;
- 1 enseignant d'activité physique adaptée avec une formation en réathlétisation ;
- 2 masseurs-kinésithérapeutes libéraux dont 1 en exercice musculo-squelettique ;
- 1 masseur-kinésithérapeute avec une expertise dans la rééducation de la cheville ;
- 1 masseur-kinésithérapeute exerçant en établissement de santé ;
- 1 médecin de médecine physique et de réadaptation ;
- 1 médecin rhumatologue ;
- 2 médecins spécialisés en médecine générale dont 1 ayant une formation complémentaire en traumatologie du sport ;
- 1 chirurgien orthopédique ;
- 1 médecin urgentiste ;
- 2 représentants de patients.

Le groupe de lecture reprendra la composition du groupe de travail avec un nombre plus élevé de représentants (environ 2 à 3 fois plus) par spécialité ou par profession en respectant une représentation de l'ensemble du territoire national.

Seront aussi associés des représentants de ces filières :

- Assistant de service social ;
- Chirurgien orthopédique pédiatrique ;
- Éducateur sportif ;
- Médecin pompier.

2.3. Productions prévues

Productions prévues

- Argumentaire scientifique.
- Recommandations.
- Synthèse des recommandations (2 pages).

Outils d'implémentation

- Un livret de fiches outils reprenant les tests et valeurs standards à destination des professionnels de santé.
- Une fiche reprenant les critères de reprise de l'activité (activité physique et compétition).
- Une fiche patient.
- Une fiche de liaison entre le médecin généraliste et le masseur-kinésithérapeute.

3. Calendrier prévisionnel des productions

- Date de passage en commission : 04/2024
- Date de validation du collège : 05/2024

Références bibliographiques

1. Herzog MM, Kerr ZY, Marshall SW, Wikstrom EA. Epidemiology of ankle sprains and chronic ankle instability. *J Athl Train* 2019;54(6):603-10.
<http://dx.doi.org/10.4085/1062-6050-447-17>
2. Hubbard-Turner T. Lack of medical treatment from a medical professional after an ankle sprain. *J Athl Train* 2019;54(6):671-5.
<http://dx.doi.org/10.4085/1062-6050-428-17>
3. Martin RL, Davenport TE, Fraser JJ, Sawdon-Bea J, Garcia CR, Carroll LA, *et al.* Ankle stability and movement coordination impairments: lateral ankle ligament sprains revision 2021. *J Orthop Sports Phys Ther* 2021;51(4):CPG1-CPG80.
<http://dx.doi.org/10.2519/jospt.2021.0302>
4. Moonen PJ, Mercelina L, Boer W, Fret T. Diagnostic error in the Emergency Department: follow up of patients with minor trauma in the outpatient clinic. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2017;25:13.
<http://dx.doi.org/10.1186/s13049-017-0361-5>
5. Beckenkamp PR, Lin CC, Macaskill P, Michaleff ZA, Maher CG, Moseley AM. Diagnostic accuracy of the Ottawa Ankle and Midfoot Rules: a systematic review with meta-analysis. *Br J Sports Med* 2017;51(6):504-10.
<http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2016-096858>
6. Barelids 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.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2017.04.035>
7. 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(20):1304-10.
<http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2017-098885>
8. Caffini G, Battista S, Raschi A, Testa M. Physiotherapists' knowledge of and adherence to evidence-based practice guidelines and recommendations for ankle sprains management: a cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Disord* 2022;23:975.
<http://dx.doi.org/10.1186/s12891-022-05914-5>
9. Roos KG, Kerr ZY, Mauntel TC, Djoko A, Dompier TP, Wikstrom EA. The epidemiology of lateral ligament complex ankle sprains in National Collegiate Athletic Association sports. *Am J Sports Med* 2017;45(1):201-9.
<http://dx.doi.org/10.1177/0363546516660980>
10. Smith MD, Vicenzino B, Bahr R, Bandholm T, Cooke R, Mendonça LM, *et al.* Return to sport decisions after an acute lateral ankle sprain injury: introducing the PAASS framework: an international multidisciplinary consensus. *Br J Sports Med* 2021;55(22):1270-6.
<http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2021-104087>
11. Tassignon B, Verschueren J, Delahunt E, Smith M, Vicenzino B, Verhagen E, *et al.* Criteria-based return to sport decision-making following lateral ankle sprain injury: a systematic review and narrative synthesis. *Sports Med* 2019;49(4):601-19.
<http://dx.doi.org/10.1007/s40279-019-01071-3>
12. Tourillon R, Delahunt E, Fourchet F, Picot B, M'Baye M. Sommes-nous prêts à l'accès direct sur l'entorse de cheville ? Un questionnaire international sur 426 physiothérapeutes francophones [abstract]. *Kinésithér Rev* 2023;23(255):28-9.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2022.12.050>
13. Picot B, Hardy A, Terrier R, Tassignon B, Lopes R, Fourchet F. Which functional tests and self-reported questionnaires can help clinicians make valid return to sport decisions in patients with chronic ankle instability? A narrative review and expert opinion. *Front Sports Act Living* 2022;4:902886.
<http://dx.doi.org/10.3389/fspor.2022.902886>
14. Hertel J, Corbett RO. An updated model of chronic ankle instability. *J Athl Train* 2019;54(6):572-88.
<http://dx.doi.org/10.4085/1062-6050-344-18>
15. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Rééducation de l'entorse externe de la cheville. Paris: ANAES; 2000.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_267061/fr/extorse-externe-cheville-rapport-complet-pdf
16. Gribble PA, Delahunt E, Bleakley C, Caulfield B, Docherty C, Fourchet F, *et al.* Selection criteria for patients with chronic ankle instability in controlled research: a position statement of the International Ankle Consortium. *Br J Sports Med* 2014;48(13):1014-8.
<http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2013-093175>
17. Gribble PA, Bleakley CM, Caulfield BM, Docherty CL, Fourchet F, Fong DT, *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* 2016;50(24):1496-505.
<http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2016-096189>