

Stabilisation de l'état en LAA

- Fin de
prestation

- Simon Pagin
Octobre 2025
Medicol, Lausanne



introduction

- Mise en bouche juridique.
- Méli mélo casuistiques.
- Choix de réintégration
- Take home messages.





Stabilisation de l'état de santé en LAA

- Art 19 al 1 LAA:
 - Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les mesures de réadaptation de l'assurance invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

Stabilisation de l'état de santé en LAA

- 2016 -2019:
 - 3.226.016 cas ont été acceptés
 - 1.279.911 avec indemnités journalières.
 - Mais la majorité sont des cas bagatelles sans indemnités journalières, qui se règle sans autre.

- ATF 134 V 109 consid. 4,3 n'exige pas une évaluation basée exclusivement en fonction de la capacité de travail. Il y a lieu d'examiner si un traitement médical est indiqué et si l'on peut s'attendre à une amélioration sensible de l'état de santé .

Stabilisation de l'état de santé en LAA

- Sensible:
 - L'amélioration que doit amener la poursuite du traitement médical doit être significative.
 - Des améliorations mineures ne suffisent pas, pas plus que la simple possibilité d'une telle amélioration, ou qu'une amélioration sensible ne puisse être envisagée que dans un avenir incertain.

Stabilisation de l'état de santé en LAA

- De simples mesures d'évaluation et d'observation ne justifient pas de repousser la clôture du cas.
- Le seul fait que la personne assurée ressente encore des douleurs chroniques ne permet pas de conclure que son état de santé n'est pas stabilisé.
- Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire.





Stabilisation de l'état de santé en LAA

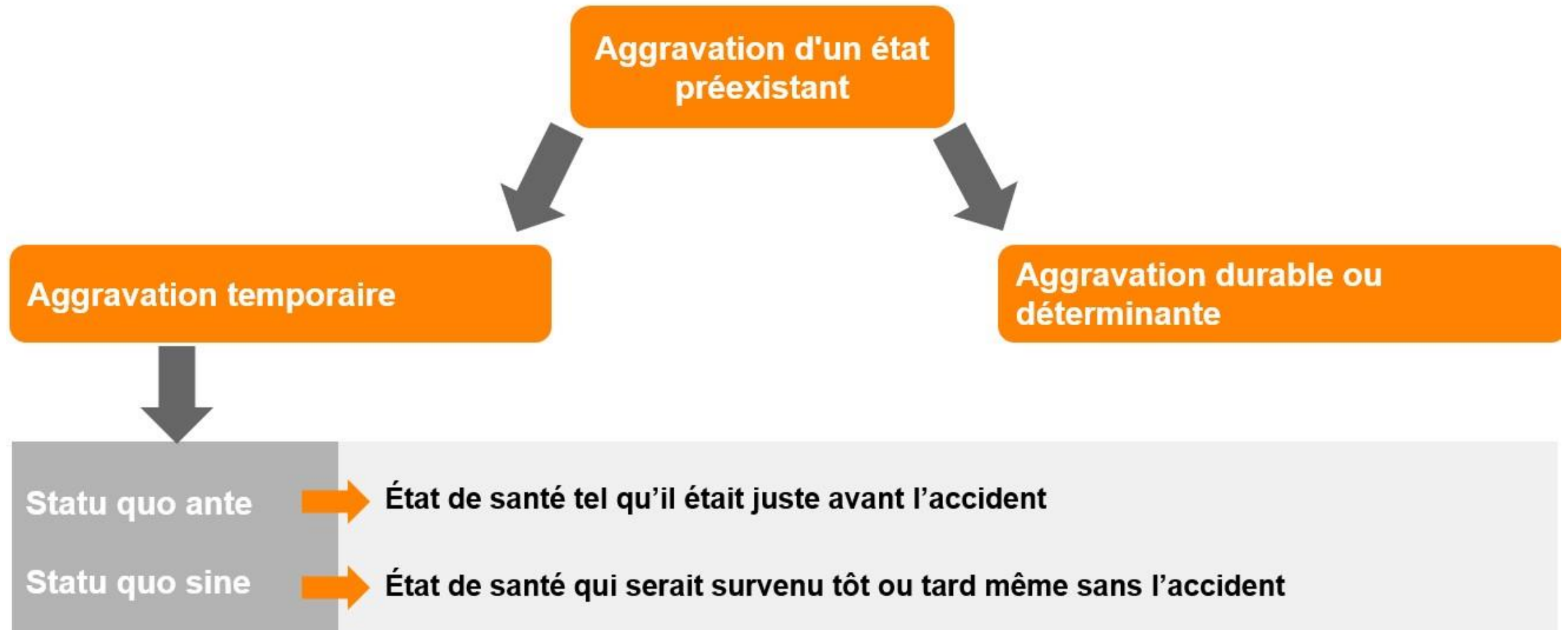
- Infiltration ne permettent pas de changer de façon substantielle le pronostic du patient.
- Un traitement d'acupuncture servant en premier lieu à stabiliser les acquis n'est pas suffisant pour ne pas admettre une stabilisation.
- Il ne suffit pas non plus qu'un traitement de physiothérapie puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée.

Stabilisation de l'état de santé en LAA

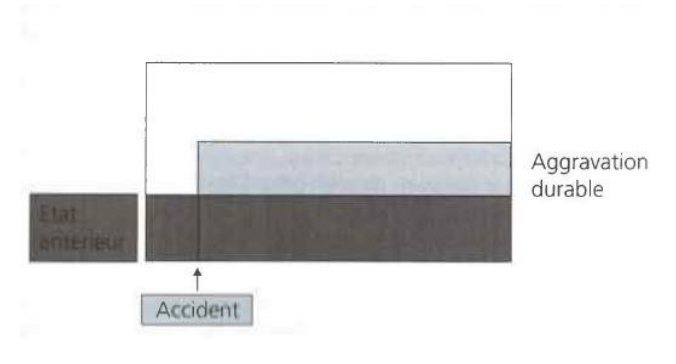
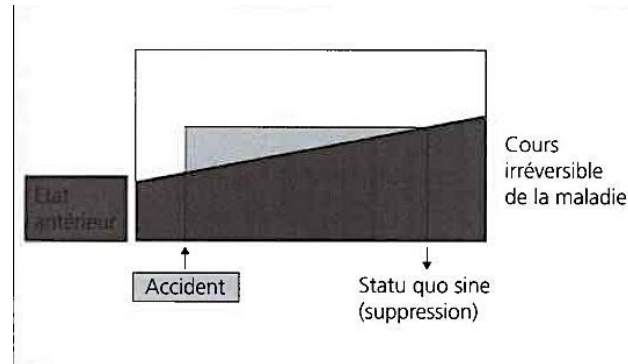
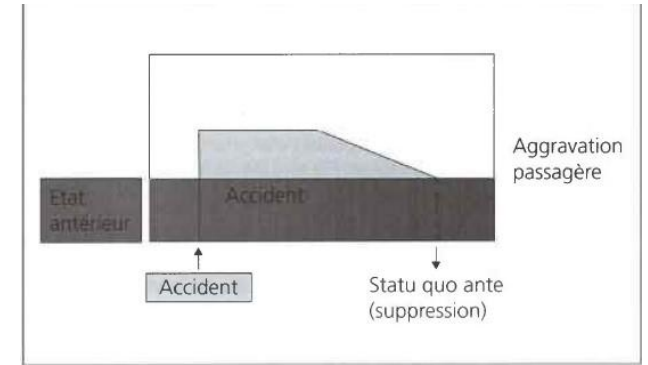
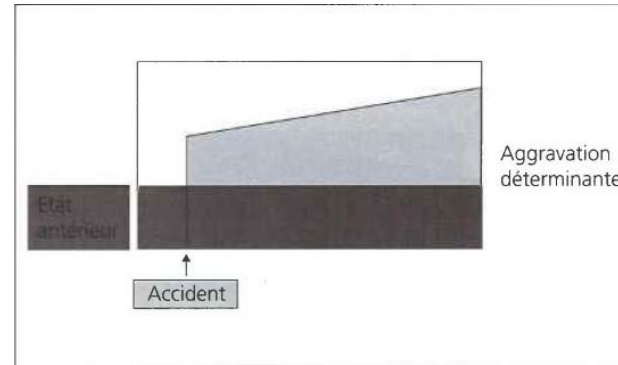
- Un entraînement dans un fitness ne constitue pas un traitement médical au sens de l'art 19 al.1 LAA, qui pourrait justifier un report de la clôture de cas.
- Notion:
 - Traitement: approprié, économique et scientifiquement reconnu



Aggravation d'un état préexistant

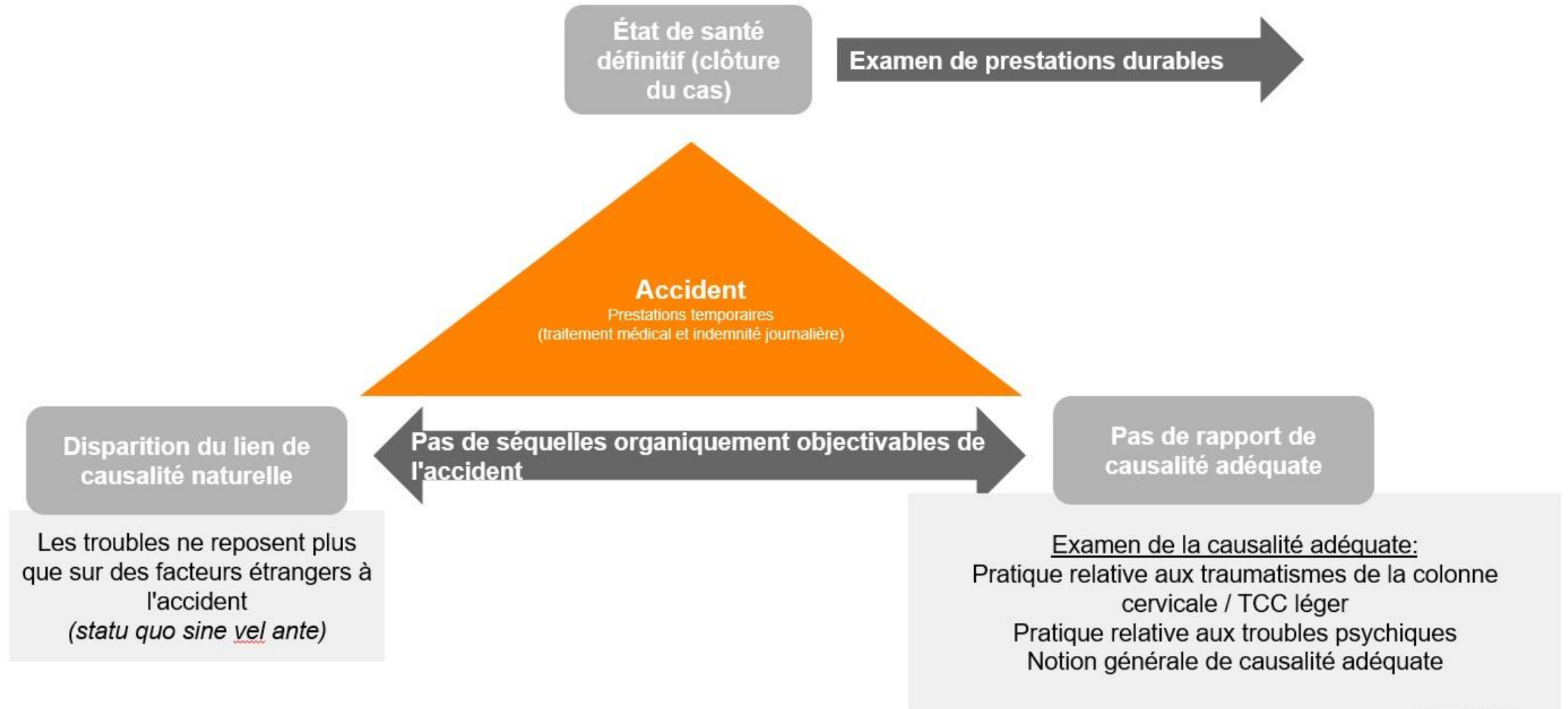


Causalité naturelle



- Vraisemblance prépondérante (>50%)

Cas de figure en matière de clôture

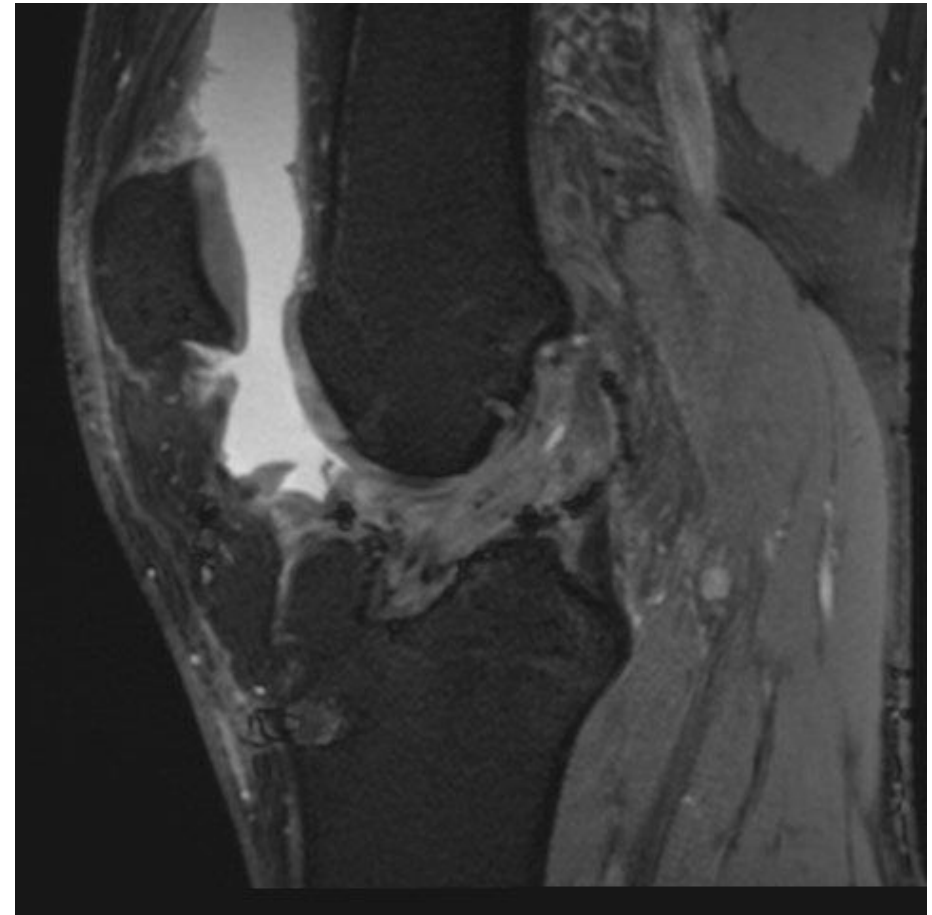
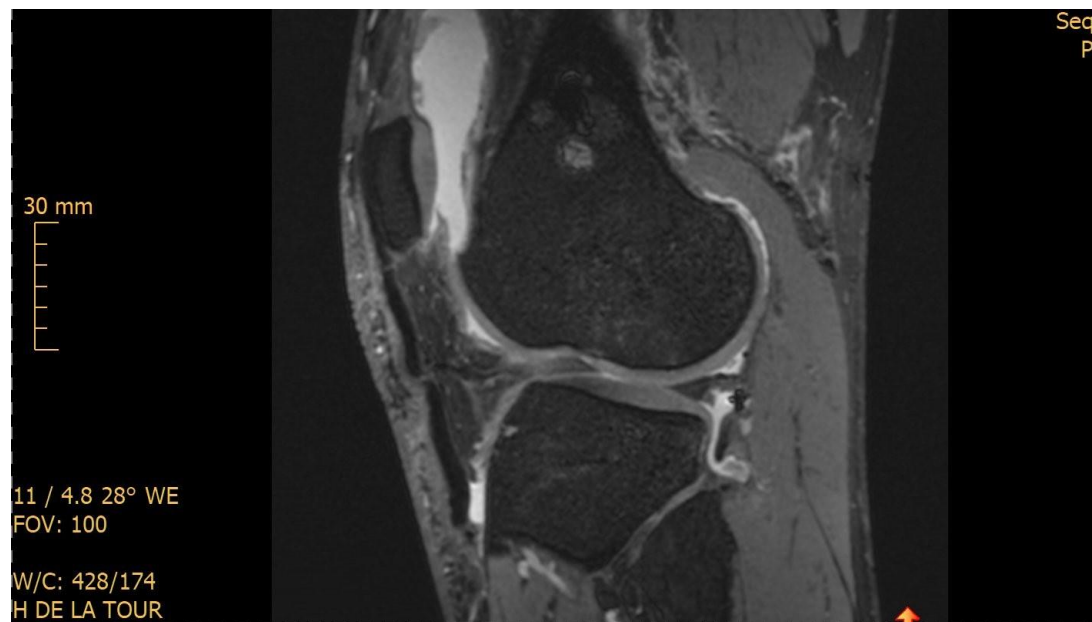


Cas 1

- 28 ans, électricien, pratique sport de combat et natation.
- 2019 reconstruction LCA en France.
- Evolution favorable a pu reprendre ses activités sportives.
- 16.05.2022, chute dans les escaliers

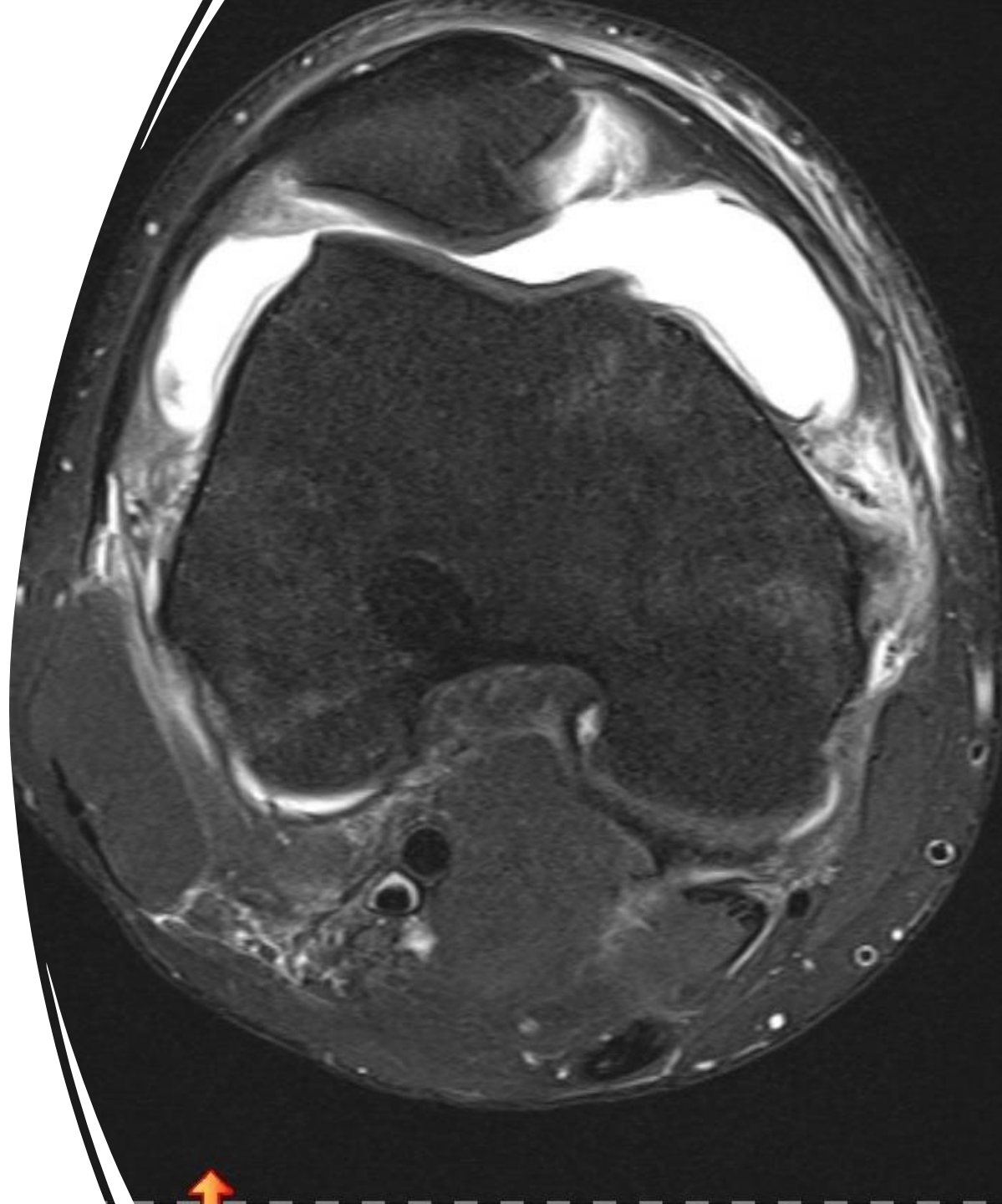


cas1



Cas 1

- Problème assécurologique:
- Le patient est assuré SUVA, antérieurement assurance française .
 - S'agit-il d'une rechute
 - S'agit-il d'un nouvel événement.
 - Jusqu'où va la prise en charge

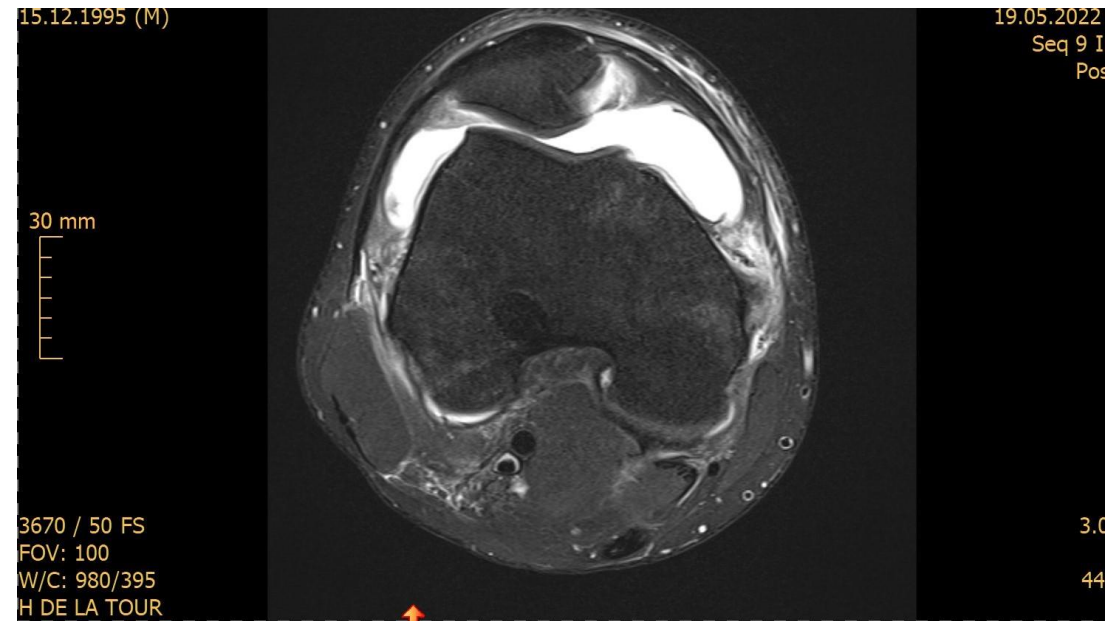


Cas 1

Reconstruction
LCA par tendon
quadricipital,
ténodèse selon
Lemaire, le
06.09.2022.

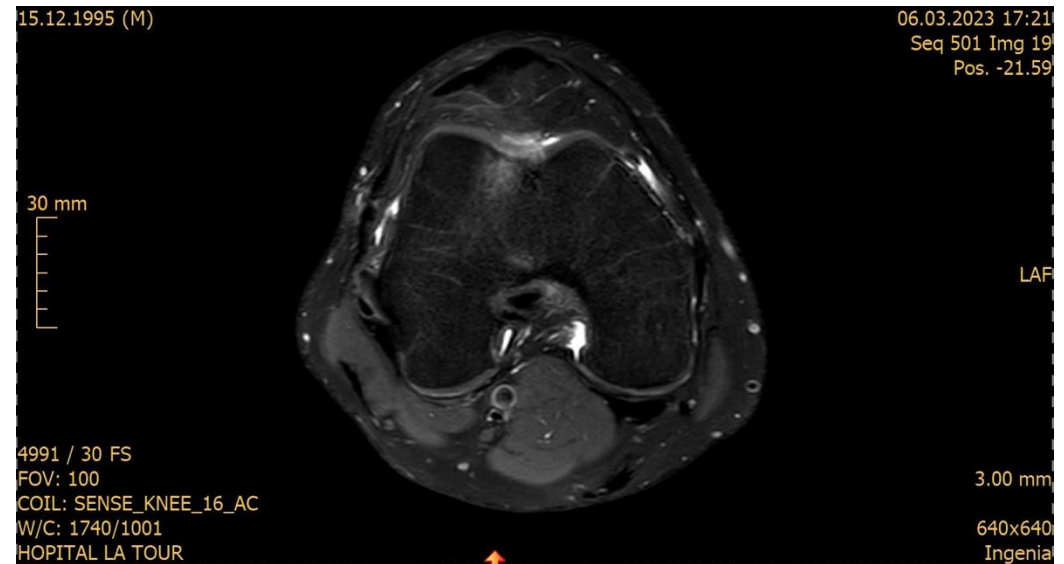


Evolution
relativement
simple, mais
douleurs fémoro
patellaire

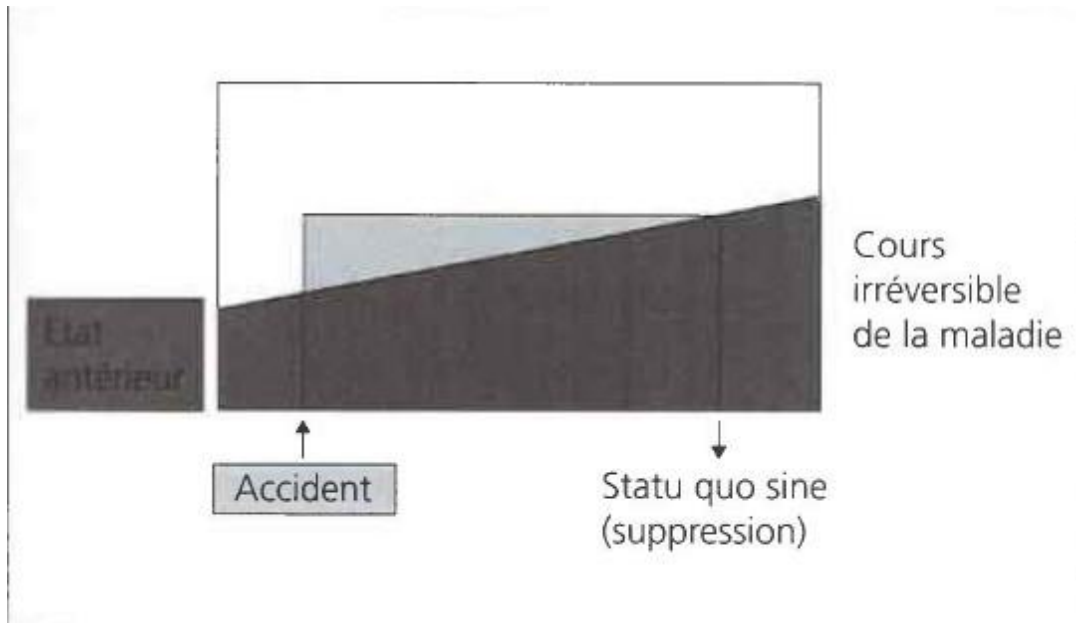


cas1

- Fin de prestation:
 - A 2 ans de la reconstruction ligamentaire, pas d'amélioration sensible à attendre.
 - Si poursuite du traitement, assurance maladie qui prend en charge, ici la sécurité sociale française.



Cas 1



- Statu quo sine:
 - Fin de la prise en charge
 - Pas d'atteinte à l'intégrité
 - Pas de rente
 - Suite par 1er assureur

Cas 2

- Juriste, 35 ans , au chômage.
- Chute à ski le 18.03.2022
- Entorse grave genou G, antécédants de lésion méniscale interne non opérée.



Cas 2

- 30.05.2022, reconstruction LCA et résection subtotale ménisque interne.
- Suites marquées par des douleurs du compartiment interne, consulte plusieurs orthopédistes pas de nouveau traitement préconisé.
- problème psychiatrique concomitant.



Cas 2

- Avril 2024:
- Toujours 2 séances de physiothérapie par semaine.
- Pas de changement au niveau des douleurs, prise d'AINS régulière.
- Douleurs, l'empêchant de reprendre le sport et donc le travail!
 - Clinique à part une amyotrophie de 1 cm, l'examen est normal.
- A plus de 2 ans du traumatisme l'état est stabilisé, l'exigibilité dans sa profession est donnée.



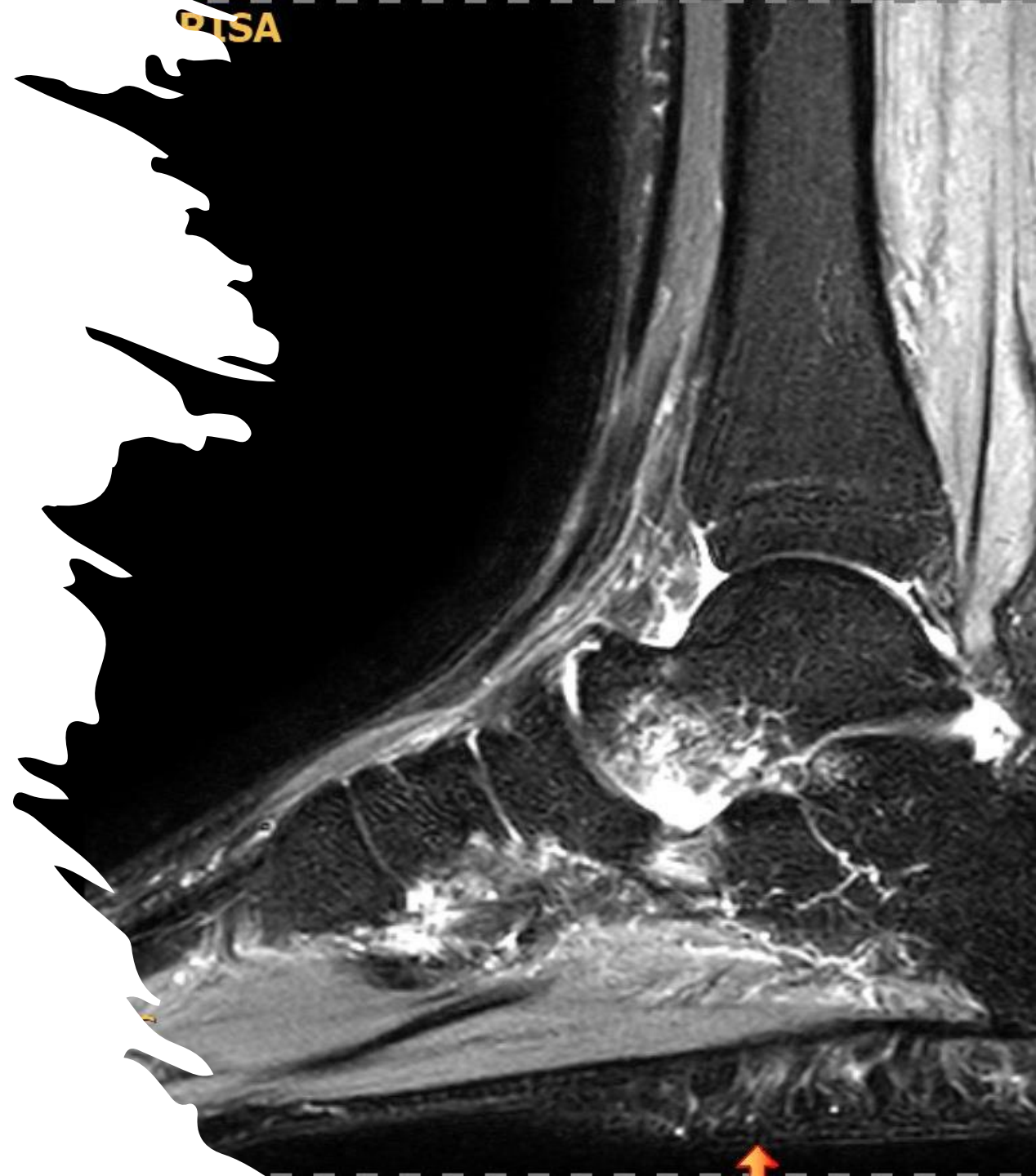
Cas 3

- 18.06.2023, déclare avoir loupé une marche du trottoir et s'est tordue le pied droit.
- Chauffeur de bus, 42 ans.
- Diagnostic en urgence entorse simple cheville droite.
 - Traitement par Aircast[®], douleurs persistantes



Cas 3

- IRM est réalisée à distance, mise en évidence d'une entorse du Chopart, multiple contusions au niveau du talus. Reprise de travail depuis le 22.04.2024.
- Persistance d'une raideur de l'arrière-pied , sinus du tarse sensible.
- Si reprise de travail à 100% dans 3 mois, on pourra considerer le cas comme stabilisé avec un droit à la rechute.
- Si pas de reprise du fait de douleurs, soit proposition thérapeutique après bilan clinique et d'imagerie, si absence de proposition thérapeutique, il s'agira de stabiliser l'état en l'état avec limitations fonctionnelles à définir.



Genou: permet la marche

- Limitations:
 - échelles et échafaudages,
 - position accroupie, ou à genoux
 - marche prolongée ou en terrain inégal
 - position assise nécessitant l'alternance des positions
 - port de charge

Cheville et pied: permet la marche

- Limitations:
 - échelles et échafaudages,
 - position accroupie, ou à genoux
 - marche prolongée ou en terrain inégal
 - port de charge

Limitations fonctionnelles



Poignet et de la main: mouvements de préhension

- Limitations:
 - prise grossière,
 - prise fine, en pince ou en crochet
 - port de charge

Epaule: positionnement de la main au-dessus du niveau du thorax, de l'épaule ou de la tête.

- Limitations:
 - échelles
 - échafaudages
 - levage et port de charges
 - traction ou répulsion avec le membre

Limitations fonctionnelles



Limitations fonctionnelles

Limitations fonctionnelles: pièges fréquents

- Limitations trop restrictives
- Limitations théoriques
- Limitations contradictoires

Cas 4



Date d'intervention : 24.03.2021
Bloc opératoire : DO - Bloc Opératoire des Urgences

Priorité médicale : urgence U6
Traitement hospitalier
Nature du cas : accident

Opérateur(s) :

DIAGNOSTIC

Cheville droite :

- Fracture ouverte du talus type Gustilo 2 avec arthrotomie de la cheville et de l'articulation sous-talienne.
- Arrachement du plan ligamentaire externe de la cheville.
- Arrachement du rétinaculum des extenseurs à 50% du côté latéral.
- Arrachement du rétinaculum des péroniers.

Genou droit :

- Luxation antérieure réduite aux urgences.
- Testing LLI, LCA et LCP, non compétents.

INTERVENTION CHIRURGICALE

Cheville droite :

- Révision de plaie.
- Lavage articulaire.
- Réinsertion du LLE par 1 ancre FASTak 2.8 Arthrex
- Réinsertion du rétinaculum des péroniers par 1 ancre FASTak 2.8 Arthrex.
- Fermeture du rétinaculum des extenseurs au Vicryl 1CT

ANAMNESE PRE-OPERATOIRE

Il s'agit d'un patient de 34 ans, en bonne santé habituelle, qui consulte les urgences dans un contexte de chute au travail, d'une échelle d'environ 2 m, entraînant un traumatisme de son membre inférieur droit.

Au status, déformation au niveau du genou faisant suspecter une luxation du genou droit ainsi qu'une plaie au niveau de la face latérale de la cheville droite, pas de trouble neurovasculaire.



EXAMEN RADIOLOGIQUE

Pas de déplacement secondaire, consolidation complète de l'articulation sous-talienne avec un alignement satisfaisant de l'arrière pied.

DISCUSSION ET PROPOSITION THERAPEUTIQUE

Le patient souhaite reprendre une activité professionnelle à 100 %. Au vu de son évolution, je ne vois pas de contre indication. Il est important de souligner que les articulations tibiotaliennes et talonaviculaires ont également souffert dans le traumatisme et présentent un risque non négligeable d'arthrose post-traumatique.

Cette situation pourrait expliquer une éventuelle limitation douloureuse à l'avenir et éventuellement compliquer la reprise du travail à 100 % dans son domaine.

Nous referons donc un point de la situation dans trois mois et je reste à disposition si celle-ci devait se modifier entre-temps.

Cas 4

Date d'engagement 26.03.2018		Profession exercée Installateur sanitaire CFC	
Fonction:	☐ Cadre supérieur ☐ Cadre moyen	☒ Employé/travailleur	☐ Apprenti ☐ Stagiaire
Relation:	☒ Contrat à durée indéterminée	☐ Contrat à durée déterminée	☐ Contrat de travail résilié
Horaire de travail du blessé: hr./sem. 40		Taux d'occupation contractuel: 100%	
Horaire de travail dans l'entreprise: hr./sem. 40		Occupation: régulière	

- 209 articles pour la cheville et 178 pour le pied.

Pub Med: reprise de travail après chirurgie de la cheville et du pied.

- 30848 pour trauma de la cheville et 30250 pour le trauma du pied.



Foot Ankle Clin N Am
7 (2002) 421–428

FOOT AND
ANKLE
CLINICS

Return to work after foot and ankle injury

Molly Kunkel, RN, Stuart D. Miller, MD*

*Department of Orthopaedic Surgery, The Union Memorial Hospital, 3333 N Calvert Street, Suite 400,
Baltimore, MD 21218, USA*

Table 1

Expected length of disability based on job classification for medial or lateral malleolus fracture.

Expected length of disability (days)

Job Classification	Minimum	Optimum	Maximum
Sedentary work	7	14	42
Light work	14	28	56
Medium work	28	56	84
Heavy work	42	84	112
Very heavy work	42	112	168

From Reed P. The medical disability advisor: workplace guidelines for disability duration. 3rd edition. Boulder, CO: Reed Group; 1997; with permission.

- Early intervention with diagnosis and active treatment plan
- Early discussion and plans for return to work
- Active rehabilitation in conjunction with modified duty

Key elements

1. Issues involving worker's compensation patients are important. These patients deserve the best medical care, including a correct diagnosis and treatment protocols.
2. The best result for the injured worker is a return to work as soon as can be managed.
3. The workers' compensation system uses a treatment team to facilitate and coordinate the medical care and to assist in bringing the patient back to work.
4. Nurse case manager
5. Physical and occupational therapy
6. Work-hardening and functional capacity evaluation
7. Modified duty status
8. Physicians who understand these issues can better serve their patients and can avoid the complications of litigation.

Functional Capacity Evaluation for Injuries to the Foot and Ankle

Foot & Ankle International
2019, Vol. 40(11) 1282–1287
© The Author(s) 2019
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/1071100719864694
journals.sagepub.com/home/fai

Alexander J. Idarraga, BA¹ , Adam Wright-Chisem, BA¹,
Daniel D. Bohl, MD, MPH¹ , Simon Lee, MD¹, Johnny Lin, MD¹,
George B. Holmes, MD¹, and Kamran S. Hamid, MD, MPH¹

Characteristic	Met Preinjury Requirement, % ^a	P Value	RTW, %	P Value
Age ≥40 y	75.6	.554	64.5	.592
Male sex	70.4	.076	61.4	.429
BMI ≥30	76.6	.202	66.6	.132
Preinjury job requirement		<.001		.034
Heavy/very heavy	63.9		54.2	
Medium	72.8		64.2	
Sedentary/light	100		80.0	
Mechanism of injury		.114		.255
Misstep/rotational	80.7		71.0	
Fall from height	61.9		52.3	
Crush	69.2		61.5	
Other	83.3		58.3	
Pathology		.525		.414
Ankle fracture	74.2		61.3	
Midfoot/forefoot fracture	52.6		47.4	
Ankle sprain	84.2		78.9	
Hindfoot fracture	75.0		62.5	
Osteochondral defect of talus	78.6		64.3	
Peroneal tendon pathology	75.0		58.3	
Chronic Achilles pathology	70.0		60.0	
Acute Achilles rupture	85.7		85.7	
Ankle arthritis	85.7		57.1	
Pain without organic cause	71.4		71.4	
Hindfoot arthritis	66.7		66.7	
Other categories too small for analysis	77.5		62.5	
Injury was a fracture	70.6	.430	60.3	.577
Underwent surgery	73.9	.864	63.0	1.000

Abbreviations: BMI, body mass index; FCE, functional capacity evaluation; RTW, return to work.

^aThe FCE-determined Office of Workers' Compensation Programs (OWCP) work ability met or exceeded the preinjury OWCP job requirement.

Ankle Arthrodesis vs TTC Arthrodesis: Patient Outcomes, Satisfaction, and Return to Activity

**Adam Ajis, BMedSc (Hons), MBChB, FRCS (Tr & Orth)¹,
Ken-Jin Tan, MBBS, FRCS², and Mark S. Myerson, MD³**

Foot & Ankle International
34(5) 657–665
© The Author(s) 2013
Reprints and permissions:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1071100713478929
fai.sagepub.com



Return to Activities Following Surgery Questionnaire

Name: _____ Date: _____

Please follow the instructions:

Visual Analog Scale for Pain

Please mark an "X" anywhere along the line to describe the amount of pain you experience on average during activities in the past week.

with 0 = no pain and 10 = the worst pain ever.



Satisfaction Questions (as related to your ankle):

- How satisfied are you with your functional outcome following your surgery?
☐ Very satisfied (1) ☐ Moderately Satisfied (2) ☐ Satisfied (3)
☐ Somewhat disappointed (4) ☐ Very disappointed (5)
- Would you have this kind of surgery again? ☐ Yes ☐ No
- Are you able to physically perform any activities you want to? ☐ Yes ☐ No
- Have you been able to return to work or your chosen activities? ☐ Yes ☐ No
- Compared to before your surgery, how would you rate your ability to participate in activities now?
☐ Much better (1) ☐ Somewhat better (2) ☐ About the same (3)
☐ Somewhat worse (4) ☐ Much worse (5)

Instructions for Activity Questions

- You will be moving from left to right in the boxes below.
- Check the answers only for activities you participate in. If you do not participate in an activity, leave it blank.
- Use the guide below to select your previous activity level.
- Check your ability to participate in the activity prior to surgery and now.
- Answer yes or no if you have met your desired level within that activity. due to your foot.

Activities Questionnaire – Page 3

Activity	Level	Prior to surgery	Now	Desired level met?
☐ gardening		☐ Unable to	☐ Unable to	☐ Yes
		☐ Extremely limited	☐ Extremely limited	☐ No
		☐ Moderately limited	☐ Moderately limited	If no, is it due to your foot?
		☐ Limited a little	☐ Limited a little	☐ Yes ☐ No
☐ golf		☐ Unable to	☐ Unable to	☐ Yes
		☐ Extremely limited	☐ Extremely limited	☐ No
		☐ Moderately limited	☐ Moderately limited	If no, is it due to your foot?
		☐ Limited a little	☐ Limited a little	☐ Yes ☐ No
☐ gymnastics		☐ Unable to	☐ Unable to	☐ Yes
		☐ Extremely limited	☐ Extremely limited	☐ No
		☐ Moderately limited	☐ Moderately limited	If no, is it due to your foot?
		☐ Limited a little	☐ Limited a little	☐ Yes ☐ No
☐ mountain hiking		☐ Unable to	☐ Unable to	☐ Yes
		☐ Extremely limited	☐ Extremely limited	☐ No
		☐ Moderately limited	☐ Moderately limited	If no, is it due to your foot?
		☐ Limited a little	☐ Limited a little	☐ Yes ☐ No
☐ mowing grass		☐ Unable to	☐ Unable to	☐ Yes
		☐ Extremely limited	☐ Extremely limited	☐ No
		☐ Moderately limited	☐ Moderately limited	If no, is it due to your foot?
		☐ Limited a little	☐ Limited a little	☐ Yes ☐ No
☐ running miles per week _____		☐ Unable to	☐ Unable to	☐ Yes
		☐ Extremely limited	☐ Extremely limited	☐ No
		☐ Moderately limited	☐ Moderately limited	If no, is it due to your foot?
		☐ Limited a little	☐ Limited a little	☐ Yes ☐ No
☐ shopping		☐ Unable to	☐ Unable to	☐ Yes
		☐ Extremely limited	☐ Extremely limited	☐ No
		☐ Moderately limited	☐ Moderately limited	If no, is it due to your foot?
		☐ Limited a little	☐ Limited a little	☐ Yes ☐ No
☐ skiing/ snowboarding		☐ Unable to	☐ Unable to	☐ Yes
		☐ Extremely limited	☐ Extremely limited	☐ No
		☐ Moderately limited	☐ Moderately limited	If no, is it due to your foot?
		☐ Limited a little	☐ Limited a little	☐ Yes ☐ No
☐ soccer		☐ Unable to	☐ Unable to	☐ Yes
		☐ Extremely limited	☐ Extremely limited	☐ No
		☐ Moderately limited	☐ Moderately limited	If no, is it due to your foot?
		☐ Limited a little	☐ Limited a little	☐ Yes ☐ No

Activities Questionnaire – Page 2

LEVELS OF ACTIVITY:

Level 1 = Currently professional or collegiate level sports

Level 2 = Competitive league or recreational team sports

Level 3 = Individual sports / exercise

Activity	Level	Prior to surgery	Now	Desired level met?
☐ aerobic classes or similar		☐ Unable to	☐ Unable to	☐ Yes
		☐ Extremely limited	☐ Extremely limited	☐ No
		☐ Moderately limited	☐ Moderately limited	If no, is it due to your foot?
		☐ Limited a little	☐ Limited a little	☐ Yes ☐ No
☐ baseball / softball		☐ Unable to	☐ Unable to	☐ Yes
		☐ Extremely limited	☐ Extremely limited	☐ No
		☐ Moderately limited	☐ Moderately limited	If no, is it due to your foot?
		☐ Limited a little	☐ Limited a little	☐ Yes ☐ No
☐ basketball		☐ Unable to	☐ Unable to	☐ Yes
		☐ Extremely limited	☐ Extremely limited	☐ No
		☐ Moderately limited	☐ Moderately limited	If no, is it due to your foot?
		☐ Limited a little	☐ Limited a little	☐ Yes ☐ No
☐ bicycling miles per week _____		☐ Unable to	☐ Unable to	☐ Yes
		☐ Extremely limited	☐ Extremely limited	☐ No
		☐ Moderately limited	☐ Moderately limited	If no, is it due to your foot?
		☐ Limited a little	☐ Limited a little	☐ Yes ☐ No
☐ bowling		☐ Unable to	☐ Unable to	☐ Yes
		☐ Extremely limited	☐ Extremely limited	☐ No
		☐ Moderately limited	☐ Moderately limited	If no, is it due to your foot?
		☐ Limited a little	☐ Limited a little	☐ Yes ☐ No
☐ dancing		☐ Unable to	☐ Unable to	☐ Yes
		☐ Extremely limited	☐ Extremely limited	☐ No
		☐ Moderately limited	☐ Moderately limited	If no, is it due to your foot?
		☐ Limited a little	☐ Limited a little	☐ Yes ☐ No
☐ driving		☐ Unable to	☐ Unable to	☐ Yes
		☐ Extremely limited	☐ Extremely limited	☐ No
		☐ Moderately limited	☐ Moderately limited	If no, is it due to your foot?
		☐ Limited a little	☐ Limited a little	☐ Yes ☐ No
☐ Not Applicable – Surgery was to left foot		☐ No limits	☐ No limits	☐ Yes ☐ No

Activities Questionnaire – Page 4

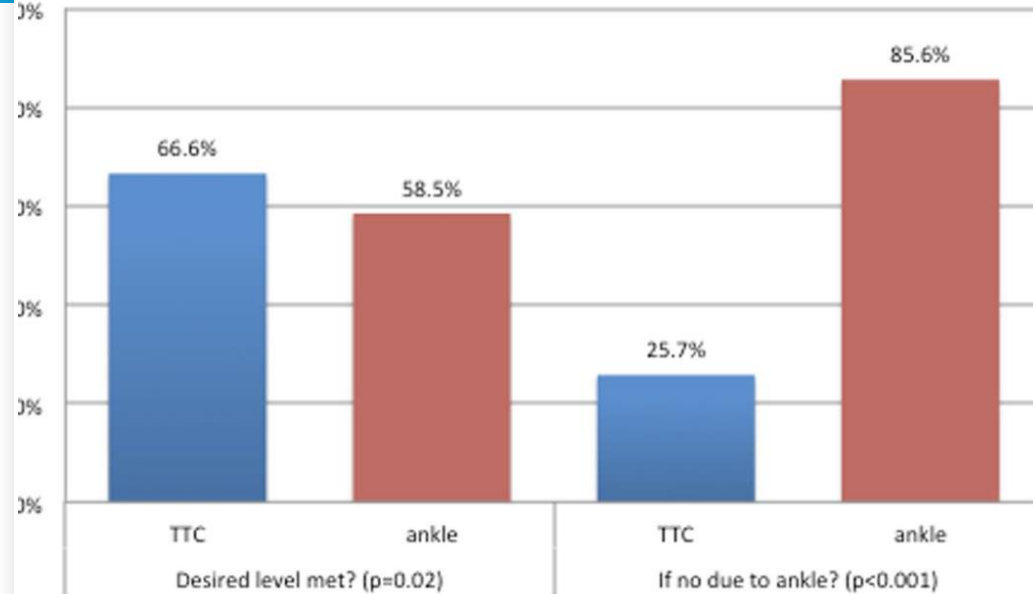
Activity	Level	Prior to surgery	Now	Desired level met?
☐ spinning days per week _____		☐ Unable to	☐ Unable to	☐ Yes
		☐ Extremely limited	☐ Extremely limited	☐ No
		☐ Moderately limited	☐ Moderately limited	If no, is it due to your foot?
		☐ Limited a little	☐ Limited a little	☐ Yes ☐ No
☐ squash/handball		☐ Unable to	☐ Unable to	☐ Yes
		☐ Extremely limited	☐ Extremely limited	☐ No
		☐ Moderately limited	☐ Moderately limited	If no, is it due to your foot?
		☐ Limited a little	☐ Limited a little	☐ Yes ☐ No
☐ swimming		☐ Unable to	☐ Unable to	☐ Yes
		☐ Extremely limited	☐ Extremely limited	☐ No
		☐ Moderately limited	☐ Moderately limited	If no, is it due to your foot?
		☐ Limited a little	☐ Limited a little	☐ Yes ☐ No
☐ tennis ☐ singles ☐ doubles		☐ Unable to	☐ Unable to	☐ Yes
		☐ Extremely limited	☐ Extremely limited	☐ No
		☐ Moderately limited	☐ Moderately limited	If no, is it due to your foot?
		☐ Limited a little	☐ Limited a little	☐ Yes ☐ No
☐ walking for exercise miles per week _____		☐ Unable to	☐ Unable to	☐ Yes
		☐ Extremely limited	☐ Extremely limited	☐ No
		☐ Moderately limited	☐ Moderately limited	If no, is it due to your foot?
		☐ Limited a little	☐ Limited a little	☐ Yes ☐ No
☐ weight-lifting/ fitness equipment		☐ Unable to	☐ Unable to	☐ Yes
		☐ Extremely limited	☐ Extremely limited	☐ No
		☐ Moderately limited	☐ Moderately limited	If no, is it due to your foot?
		☐ Limited a little	☐ Limited a little	☐ Yes ☐ No
☐ yoga		☐ Unable to	☐ Unable to	☐ Yes
		☐ Extremely limited	☐ Extremely limited	☐ No
		☐ Moderately limited	☐ Moderately limited	If no, is it due to your foot?
		☐ Limited a little	☐ Limited a little	☐ Yes ☐ No
☐ other _____		☐ Unable to	☐ Unable to	☐ Yes
		☐ Extremely limited	☐ Extremely limited	☐ No
		☐ Moderately limited	☐ Moderately limited	If no, is it due to your foot?
		☐ Limited a little	☐ Limited a little	☐ Yes ☐ No

Please return your completed survey to us in the stamped envelope. Thank you for your participation.

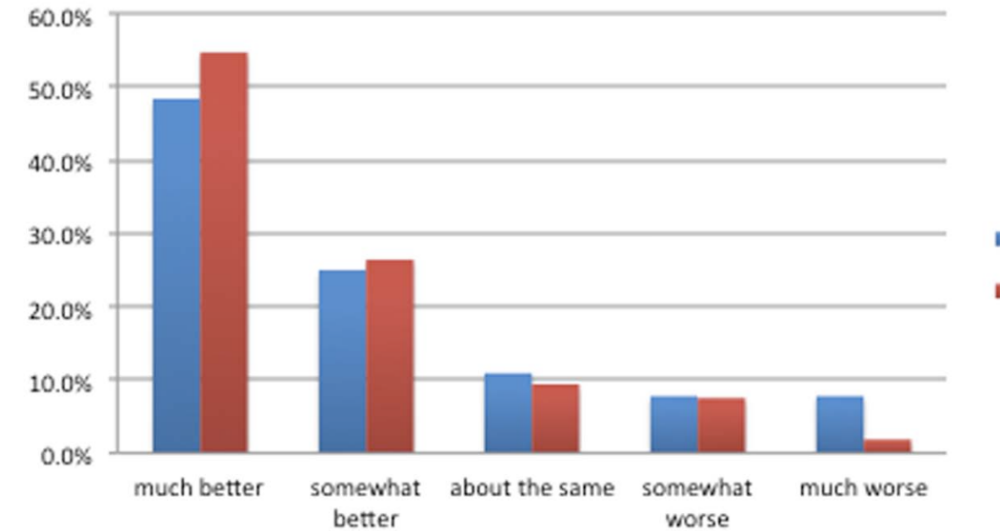
By completing the survey, I give my permission for this information and pertinent information from my medical record to be included in this study.

Signature _____ Date _____

Patient expectations



Ability to participate in activities compared to before surgery



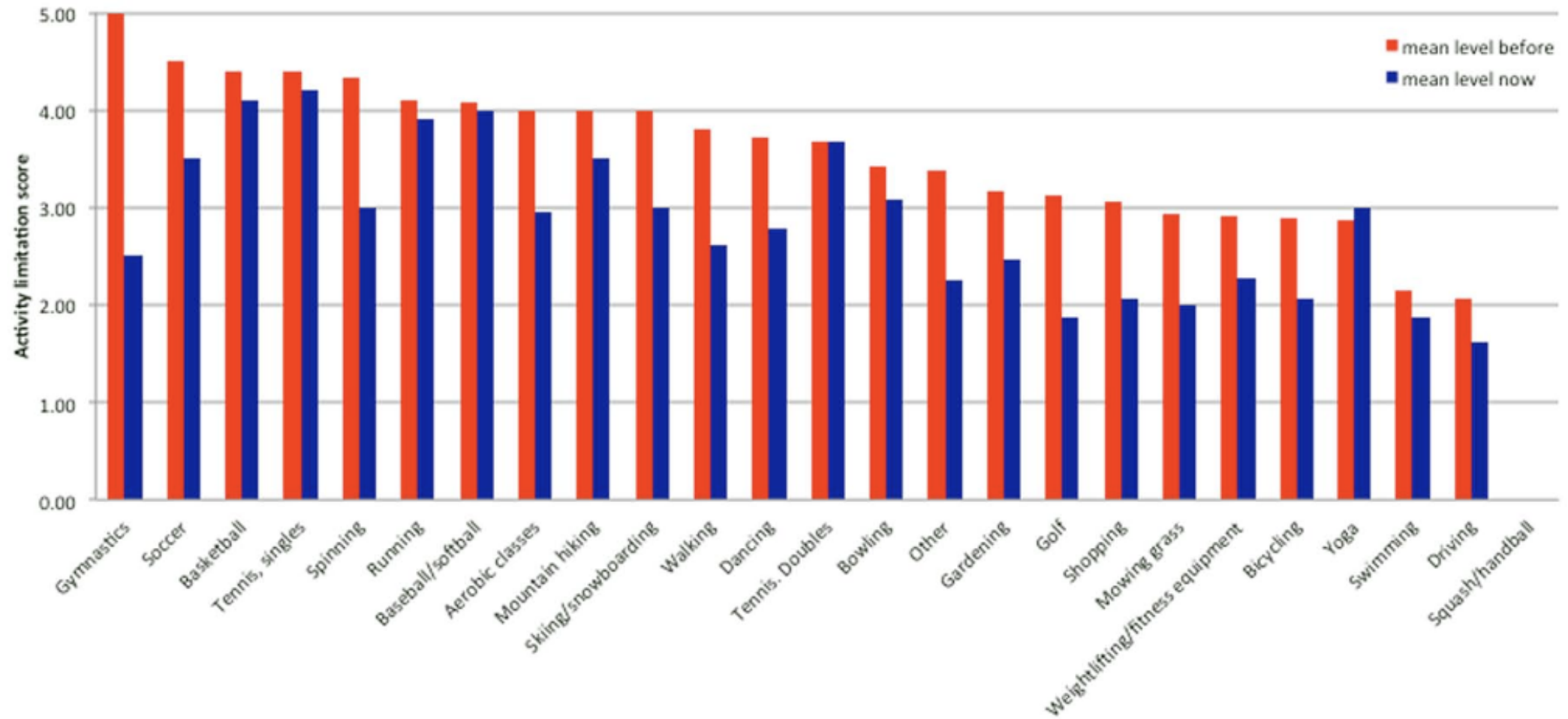
Ankle Arthrodesis vs TTC

Arthrodesis: Patient Outcomes, Satisfaction, and Return to Activity

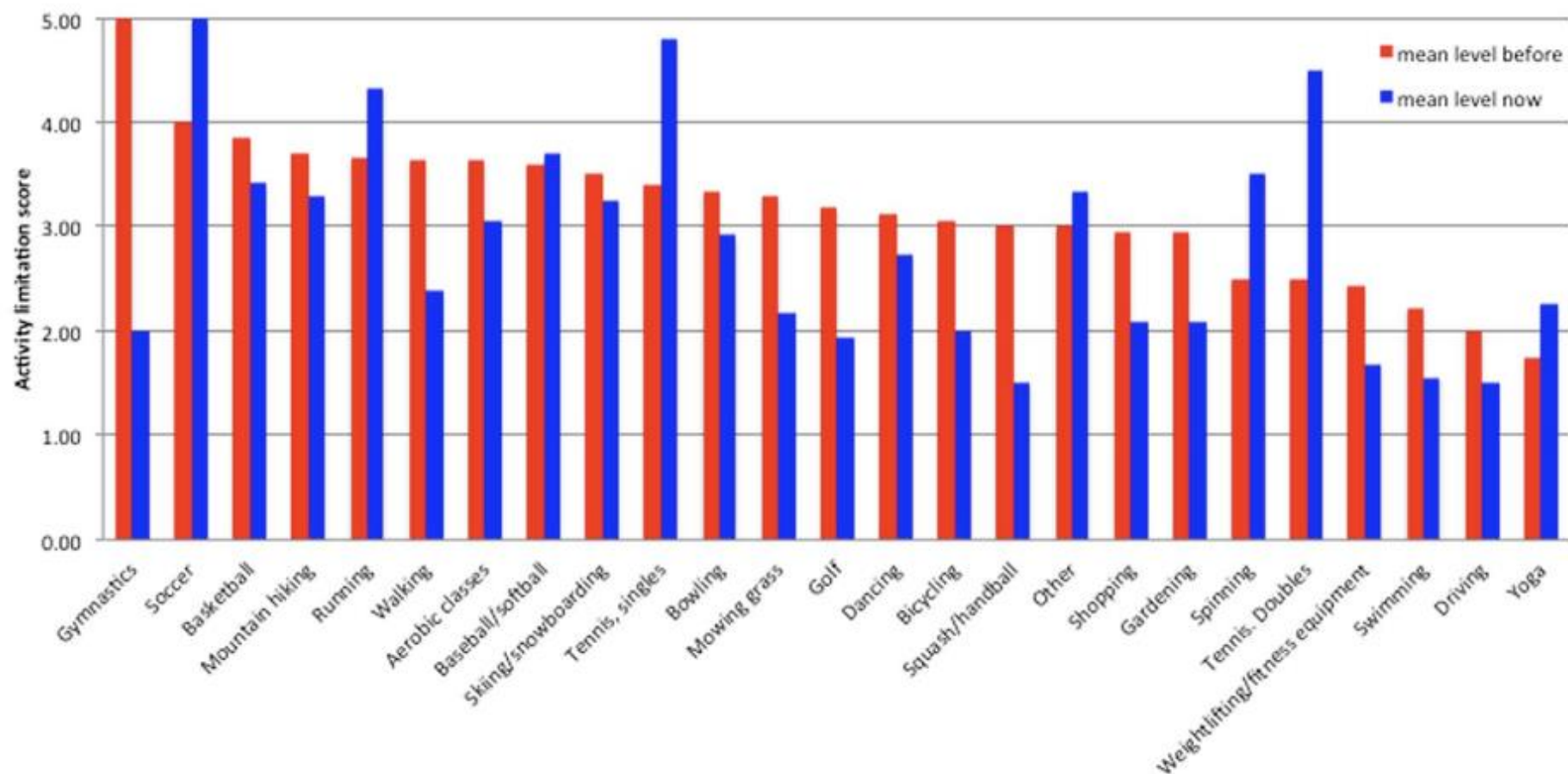
Adam Ajis, BMedSc (Hons), MBChB, FRCS (Tr & Orth)¹,
Ken-Jin Tan, MBBS, FRCS², and Mark S. Myerson, MD³

Foot & Ankle International
34(5) 657–665
© The Author(s) 2013
Reprints and permissions:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1071100713478929
fai.sagepub.com

Activity limitation before and after surgery (TTC)



Activity limitation before and after surgery (Ankle)



Review

> [JBJS Rev.](#) 2020 Dec 18;8(12):e20.00067. doi: 10.2106/JBJS.RVW.20.00067.

Optimizing Return to Play for Common and Controversial Foot and Ankle Sports Injuries

[Sachin Allahabadi](#)¹, [Annunziato Amendola](#)², [Brian C Lau](#)²

Affiliations + expand

PMID: 33405494 DOI: [10.2106/JBJS.RVW.20.00067](#)

Syndesmotic injury

American football: 14 à 31 jours

Soccer: reprise entraînement 72 jours,
reprise match 103 jours

Multisport : 14 -19 semaines si opération.

Rupture tendon d'Achilles:

Basketball: 11 mois, avec 75% reprise

American football: 12 mois, avec 65%
reprise

Soccer : 9 mois, avec 75%

Baseball: 100% reprise

Optimizing Return to Play for Common and Controversial Foot and Ankle Sports Injuries

Sachin Allahabadi ¹, Annunziato Amendola ², Brian C Lau ²

Affiliations + expand

PMID: 33405494 DOI: [10.2106/JBJS.RVW.20.00067](https://doi.org/10.2106/JBJS.RVW.20.00067)

Fracture proximale du 5^{ème} métatarsien:

Basketball: 10 sem., 85%

American football: 9 sem., 100%

Soccer: 11 sem.

Collegiates athletes: 4 sem., 100%

Lisfranc injuries

Basketball: 5 mois., 85%

American football: 10,5 mois, 86%

Soccer, rugby: 5mois reprise entraînement (arthrodèse et ostéosynthèse), reprise jeu 5,5 mois ostéosynthèse, 7 mois arthrodèse.



Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

Journal of ISAKOS

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jisakos



Original Research

Syndesmosis injuries in professional rugby players: associated injuries and complications can lead to an unpredictable time to return to play[☆]



Stefan Wever, MBChB(UCT), MMed(UCT)Orth, FCS(SA)Orth, Steffie Schellinkhout, MBBCh, Matthew Workman, MBChB(UCT), MMed(UCT)Orth, FCS(SA)Orth, Graham Anthony McCollum, MBChB(UCT), MMed(UCT)Orth, FCS(SA)Orth^{*}

Department of Orthopaedic Surgery, University of Cape Town, South Africa

What are the new findings?

- The leading mechanism of syndesmosis injuries was tackle.
- The majority of injuries sustained during rugby are unstable, requiring surgery.
- Time to return to play was unpredictable and often prolonged.
- No link was found between seven-a-side and 15-a-side players regarding injury mechanism and injury severity. There was no difference between the 2 groups regarding RTT and RTP.

Guide à la réintégration de l'ASA

(guide de la réintégration 2010
version 2010, ASA)

Quelques exemples tirés de ce guide qui fournit des indications sur temps d'incapacité de travail théorique mais :

Aide qui ni ne reflète toutefois pas exactement la réalité.

Nécessite une adaptation individuelle.

Ne peut être référer dans une expertise, ce n'est pas une bible loin s'en faut.

Cela ne remplace pas un bon examen clinique.

Lésions du rachis cervical

03. Lésions du rachis

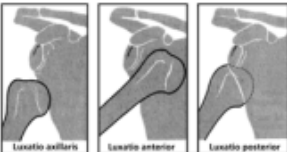
03A. Rachis cervical (RC) / Columna cervicale

b)	Où	Rachis cervical (RC) / colonne cervicale  blocage des vertèbres cervicales Trauma en flexion-hyperextension					
Quoi	Entorse - hyper-rotation - blocage des vertèbres cervicales, "coup du lapin" sans / avec subluxation du corps vertébral		03Ab-LMS	Durée maximale du traitement : 16 semaines			
				manuel		intellectuel	
		traitement		100%	50%	100%	50%
	léger : contracture musculaire, QTF de stade I	cons.	03Ab-L	1	0	1	0
	moyen : hyperextension, torticollis douloureux, pas de subluxation du corps vertébral, QTF de stade II, contusion osseuse	cons.	03Ab-M	2	0	1	0
⚠	sévère : subluxation du corps vertébral, symptômes neurologiques incomplets, dysphagie, lésion du disque intervertébral, QTF de stade III - IV	cons. / chir.	03Ab-S	10	4	8	2

Luxation gléno-humérale

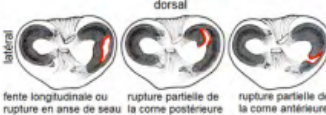
05. Lésions du membre supérieur (main exclue)

05A. Articulation de l'épaule (articulation scapulo-humérale)

c)	Où	Articulation de l'épaule (articulation scapulo-humérale), (tête de l'humérus et partie de l'omoplate)						
	Quoi	Luxation / disjonction (sans / avec lésion nerveuse ou vasculaire concomitante) - sans lésion osseuse concomitante		05Ac-LMS	Durée maximale du traitement : 12 semaines			
					manuel		intellectuel	
			traitement		100%	50%	100%	50%
		léger : fermée, primo-luxation, stable	cons.	05Ac-L	6	2	1	0
		moyen : blocage des mouvements, obstacle à la réduction, éventuellement ouverte, "luxation irréductible"	chir.	05Ac-M	10	2	4	2
		sévère : fermée, instable, luxation itérative, éventuellement ouverte, lésion nerveuse (du plexus), lésion vasculaire	chir.	05Ac-S	10	2	4	2
				conservateur : réduction et immobilisation (Gilchrist, Desault) chirurgical : réduction, suture capsulo-ligamentaire ou capsulorraphie / ligamentorraphie, le cas échéant, suture vasculaire et / ou nerveuse		Les jeunes patients avec une primo-luxation simple présentent un risque accru de luxation itérative, par conséquent, ces patients doivent être immobilisés plus longtemps, ce qui conduit à une prolongation de la durée d'incapacité de travail. Par ailleurs, ces patients risquent de se retrouver avec une épaule bloquée, en particulier après une opération. Une lésion nerveuse peut causer une prolongation considérable de la durée d'incapacité de travail. Dans un tel cas, l'incapacité de travail doit être déterminée individuellement.		

Lésions
ménisque

08B. Articulation du genou

d)	Où	Articulation du genou (structures intra-articulaires) - symptôme cardinal : MÉNISQUE médial / latéral isolé		 fente longitudinale ou rupture en anse de seau rupture partielle de la corne postérieure rupture partielle de la corne antérieure			
Quoi	Entorse (élongation, extension, hyper-rotation, fermée / ouverte)		08Bd-LMS	Durée maximale du traitement : 16 semaines			
				manuel		intellectuel	
		traitement		100%	50%	100%	50%
	léger : écrasement, petite fente, corne antérieure / postérieure, épanchement	cons.	08Bd-L	2	2	1	2
	moyen : rupture longitudinale sans / avec blocage méniscal, épanchement, "rupture en anse de seau"	chir.	08Bd-M	4	4	2	2
	sévère : arrachement total du ménisque au niveau de son site d'insertion, sans / avec dislocation, hémorragie	chir.	08Bd-S	6	4	2	4
	conservateur : immobilisation, orthèse, traitement fonctionnel précoce chirurgical : évacuation de l'hématome, le cas échéant, résection d'une partie du ménisque, éventuellement, suture méniscale		Un ménisque réséqué (supprimé partiellement) reste à jamais endommagé. Il n'existe pour l'heure aucun traitement alternatif prouvé et éprouvé pour la zone non irriguée (libre) du ménisque. Chez les jeunes patients (jusqu'à l'âge de 40 ans environ) sans altération arthrosique majeure, il est recommandé de soigner les ruptures situées au niveau du bord du ménisque par une suture méniscale. Celle-ci, en fonction de l'importance de la lésion, prolonge d'environ 4 à 8 semaines la durée d'incapacité de travail. Des séquelles à long terme n'apparaissent que rarement à la suite d'une suture méniscale réussie.				
Physio / atteinte légère	En fonction de la douleur, remise progressive en charge totale, jusqu'à 4 semaines de physiothérapie hebdomadaire.						
Physio / atteinte moyenne	En règle générale, résection endoscopique. Après l'intervention, en fonction de l'épanchement, une extension libre et un fléchissement progressif est permis. Remise progressive en charge totale. 3 séances de physiothérapie par semaine en fonction de l'atrophie musculaire pendant au maximum 8 semaines.						
Physio / atteinte sévère	En règle générale, fixation endoscopique, mais aussi fixation méniscale à foyer ouvert. Après fixation du ménisque, l'articulation du genou doit d'abord être déchargée. Mouvement limité avec une orthèse dynamique, 3 séances de physiothérapie par semaine. Au bout de la 4 ^e semaine, accroissement progressif de la mise en charge jusqu'à la 6 ^e - 8 ^e semaine. Ensuite remise en charge totale sans restriction de mouvement. Puis, physiothérapie, le cas échéant en tant que traitement complémentaire. Dans le cas d'une atrophie musculaire importante après 8 semaines, prolongation éventuelle de la physiothérapie ambulatoire pendant 2 à 4 semaines.						

Take home message

- Stabilisation de l'état signifie, étude du droit à la rente, de l'estimation de l'atteinte à l'intégrité, mais également fins de prestation.
- N'est pas possible si un traitement médical est encore indiqué pour autant que l'on puisse s'attendre à une amélioration significative de l'état de santé .



Take home message



- Importance du diagnostic précoce.
- Importance de parler rapidement des perspectives de reprise du travail et des activités sportives avec d'emblée une franche planification avec **connaissances précises quant à l'activité exercée**, adaptation possible en cours de traitement avec évaluation des capacités fonctionnelles si nécessaire.
- Rééducation ciblée et progressive avec objectifs clairs .
- Ne pas confondre reprise de travail et reprise sportive.

Merci de votre
attention

