Article original

Évaluation de l'existence d'une prise en charge différenciée selon le sexe en pathologie traumatique : l'entorse de cheville

M. GALEY[(1)], H. VANQUAETHEM[(2)]

(1) 6e Centre Médical des Armées, 63e Antenne Médicale, Auxonne
(2) Hôpital National d'Instruction des Armées Bégin, Médecine Interne, Saint-Mandé

Auteur correspondant : galmat13@gmail.com

Open access DOI
10.17184/eac.9267

Reçu
le 20/12/2024

Accepté
le 01/03/2025

Publié
le 5 mars 2025

Conflit d'intérêt
Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt.

Résumé :
Le sexe et le genre du patient sont deux déterminants de santé selon l'OMS, responsables d'inégalités de prise en charge en lien avec des différences anatomiques, physiologiques et environnementales. Il n'existe que peu d'études portant sur l'évaluation d'une prise en charge différentielle selon le sexe ou le genre dans la littérature relative aux soins primaires, notamment dans le domaine de la pathologie traumatique.
Nous avons mené une étude rétrospective dans une population de militaires portant sur la prise en charge de l'entorse de cheville selon le sexe des patients en soins primaires : l'objectif était d'évaluer l'existence de différences de prise en charge entre les hommes et les femmes et de les préciser.
L'étude a inclus 516 patients, 300 patients de sexe masculin et 216 patients de sexe féminin.
Nous avons retrouvé que les hommes bénéficiaient plus souvent de l'établissement d'un diagnostic de sévérité de l'entorse ($p = 0{,}0015$), faisaient plus souvent l'objet de prescription d'une échographie ($p = 0{,}02$), de cryothérapie ($p = 0{,}029$), d'AINS *per os* ($p = 0{,}00059$) et d'arrêts de travail ($p = 0{,}016$).
Les femmes étaient plus fréquemment orientées vers un service d'urgences ($p = 0{,}038$) et recevaient plus fréquemment des antalgiques de palier 2 ($p = 0{,}036$).
Notre étude a permis de mettre en évidence des différences significatives de prises en charge lors de la première consultation en médecine ambulatoire pour une entorse de cheville, dans la population que nous avons étudiée. Ces résultats sont à étayer par des études complémentaires prenant en compte le genre du patient et avec un ajustement des variables confondantes notamment le type d'emploi du patient et le genre du praticien.

Mots-clés : Cheville. Différence. Entorse. Sexe. Genre. Médecine d'armée.

Abstract:
RESUMING PHYSICAL ACTIVITY IN POSTPARTUM MILITARY WOMEN AND EVALUATING PROFESSIONAL PRACTICES OF MILITARY GENERAL PRACTITIONERS
According to the World Health Organization, sex and gender are two health determinant factors that can induce inequalities due to anatomical, physiological and environmental differences. There are few studies on primary care evaluation according to sex and gender in the medical literature focusing on traumatic injuries. This study was a retrospective study, conducted in a military population.
We evaluated primary care management of external lateral ankle sprains according to the gender of the patient. The aim was to assess existing differences between male and female patients in the management of this pathology. 516 participants were included in the study, 300 male patients and 216 female patients. Our study showed that ankle sprains in men were more often diagnosed as severe ($p = 0.0015$). Ultrasound ($p = 0.02$), cryotherapy ($p = 0.029$), oral NSAIDs ($p = 0.00059$) and sick leave ($p = 0.016$) were then more likely to be prescribed. Women were more frequently referred to an emergency department ($p = 0.038$), and more frequently prescribed level-2 analgesics ($p = 0.036$).
This study highlights significant differences in primary medical care for ankle sprains between male and female soldiers. Nevertheless, further studies are needed to confirm our results. In addition to the patient's gender, other factors considering the gender of the patient and made with an adjustment of the confounding variables, in particular the type of employment of the patient and the gender of the doctor.

Keywords: Ankle. Parity. Sprain. Sex characteristics. Gender role. Military medicine.

Introduction

En tant que soignants et soignantes, nous avons à prendre en charge des patients aux caractéristiques physiques, sexuelles et sociales différentes. Si le sexe (ou le genre) doivent être pris en compte pour une prise en charge la plus adaptée au patient, ces variables sont aussi susceptibles d'influencer, de manière inconsciente et pas forcément appropriée, notre pratique. Aussi, il est intéressant de se questionner sur la part de l'un et de l'autre dans notre pratique clinique et thérapeutique, et ce, en fonction des différentes affections.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit les termes de sexe et de genre de la manière suivante (1) :

- le sexe « se réfère aux caractéristiques biologiques et physiologiques qui différencient les hommes et les femmes, comme les organes reproducteurs, les chromosomes, les hormones, etc. ». On parle de sexe biologique.
- le genre « sert à évoquer les rôles qui sont déterminés socialement, les comportements, les activités et les attributs qu'une société considère comme appropriés pour les hommes et les femmes ». On parle de sexe culturel et social.

La Haute Autorité de santé met en avant dans son rapport d'analyses de 2020 « Sexe, genre et santé » l'influence que le sexe et le genre peuvent avoir en santé (2).
Les auteurs de ce travail retrouvent des différences en termes de morbi-mortalité et de comportements médicaux du fait de l'identité sexuelle des patients. Ces différences sont liées à des particularités biologiques ou comportementales et sont parfois induites par des stéréotypes de genre (c'est-à-dire les normes sociales définissant les comportements supposés caractéristiques d'un genre).

Nous avons voulu dans notre travail nous intéresser à ce sujet dans le champ d'exercice de la médecine générale.

1 État des lieux

1.1 Sexe, genre et médecine

Tota mulier in utero est un aphorisme traditionnellement attribué à Hippocrate.
L'intérêt médical ne s'est longtemps limité qu'aux spécificités de la fonction reproductrice des femmes, et les affections considérées comme « féminines », à l'image de l'hystérie, étaient réputées prendre leur origine dans des dysfonctionnements génitaux (3,4). Ainsi, l'intérêt médical ne s'est longtemps limité qu'aux spécificités de la fonction reproductrice des femmes.

Le « modèle des deux sexes » apparaît aux XVIII^{e} et XIX^{e} siècles, à la faveur des progrès effectués en médecine et en biologie : les différences anatomiques et physiologiques entre les hommes et les femmes sont alors mises en avant (3).
Dans les années 1970, le *Boston Women's Health Book Collective* publie l'ouvrage pédagogique *Our Bodies, Ourselves* qui s'intéresse à de nombreux aspects de la santé des femmes, et prône la considération d'une femme biologiquement distincte de l'homme (5). Les pratiques médicales commencent à être examinées sous le prisme d'une différence de présentation et d'évolution des affections pathologiques en fonction du sexe. Historiquement plus sensibilisées aux déterminants sociaux, les spécialités de médecine générale et de santé publique, s'intéressent à l'impact de la différence de sexe sur les pratiques médicales (6). En parallèle, le concept de genre se développe dans les sciences humaines (7).

La littérature comporte de plus en plus d'exemples d'études mettant en évidence des différences de prise en charge selon le genre ou le sexe du patient. La maladie coronarienne, longtemps considérée comme une affection cardiaque typiquement masculine, est un des exemples les plus parlants : deux études parues en 2014 et 2017 objectivent un surrisque pour les femmes de décéder d'un infarctus du myocarde (8,9).

La mauvaise connaissance des différences de présentation clinique liées au sexe sont à l'origine d'erreurs ou de retard diagnostique. Ces spécificités doivent faire l'objet de recherche et être mieux enseignées. Mais au-delà de la présentation clinique, en cas de maladie coronarienne, le sexe du patient a un impact sur son accès aux examens complémentaires, diagnostiques et thérapeutiques (10). En contexte de soins primaires, une étude espagnole a mis en évidence que, pour une même présentation clinique et une même plainte respiratoire, les femmes se voyaient prescrire moins d'examens complémentaires diagnostiques que les hommes (11), la plainte féminine est plus souvent catégorisée comme « diagnostic indéfini ». En traumatologie, on peut citer une étude d'Opel *et al.* en 2018 qui objective une fréquence de prise en charge chirurgicale moindre chez les femmes par rapport aux hommes en cas de fracture de la diaphyse humérale (12).

1.2 Pathologie traumatique et sexe (genre)

En cabinet médical ambulatoire, l'hypothèse d'une différence de prise en charge selon le sexe a été peu étudiée. Il ressort cependant qu'en consultation de médecine générale, les praticiens tendraient à considérer plus souvent les symptômes présentés par les femmes comme psychologiques, tandis que les symptômes des hommes seraient plus souvent interprétés comme organiques (13). Dans le domaine de la pathologie traumatique, à forte connotation masculine, l'influence du sexe et du genre a été encore moins étudiée.

Une étude de cohorte menée en 2002 sur la prévalence et le type des blessures musculosquelettiques en consultation aux urgences ou en cabinet de médecine générale montre une surreprésentation de l'atteinte d'un membre inférieur (14), tant chez les hommes (68 %) que chez les femmes (65 %). Parmi ces blessures, on retrouve notamment les entorses. En milieu militaire, l'entorse de cheville est une affection fréquemment rencontrée en antenne médicale, du fait d'une population particulièrement sportive et exposée lors de la pratique du sport réglementaire et des activités physiques inhérentes à certaines tâches militaires. Une étude portant sur l'analyse des blessures liées à l'entraînement physique militaire et sportif sur la période 2013-2016 a montré que l'entorse de cheville était le traumatisme le plus représenté (15).
Une étude de cohorte rétrospective menée chez des militaires américains retrouve que les variables « femme » et « militaire » sont des facteurs de risque de développer une entorse de cheville latérale (16). La majorité des études relatives à l'entorse de cheville s'intéressent aux différences anatomiques et physiologiques entre hommes et femmes (par exemple le rôle de l'hyperlaxité ligamentaire, ou encore celui du cycle menstruel) dans le surrisque de survenue d'un traumatisme (17–20) expliquant la plus forte prévalence des entorses chez les femmes. Néanmoins, la littérature ne considère que peu la variable « genre » dans la prise en charge de l'entorse de cheville, notamment en premier recours.

Nous avons donc choisi dans ce travail de déterminer s'il existait une différence de prise en charge de l'entorse de cheville selon le sexe (ou le genre).

2 Matériel et méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective observationnelle visant à comparer la prise en charge médicale initiale d'une entorse de cheville en antenne médicale des armées chez des patients hommes ou femmes. Cette prise en charge médicale s'entend au titre, des examens cliniques et paracliniques réalisés pour le diagnostic, du diagnostic de sévérité retenu, du traitement prescrit et du retentissement médico-militaire proposé par le praticien. L'objectif était d'identifier les éventuelles différences dans les modalités de prise en charge selon le genre du ou de la patiente.

Les critères d'inclusion de l'étude étaient :

- consultation auprès d'un médecin militaire pour un traumatisme de la cheville dans les trois jours suivant le traumatisme ;
- suspicion d'atteinte du ligament latéral externe de la cheville ;
- patient militaire (homme ou femme).

Les critères d'exclusion de l'étude étaient :

- consultation préalable d'un autre praticien ou dans un service d'urgences ;
- suspicion d'atteinte isolée ou associée du ligament latéral interne de la cheville ;
- suspicion d'un autre diagnostic ;
- patient mineur ;
- absence d'examen clinique dans le dossier de consultation.

Les données ont été collectées dans les antennes médicales des 2e et 3e CMA, qui comportent respectivement 15 et 12 antennes médicales. Ces antennes soutiennent des militaires issus d'unités ou d'états-majors de la Gendarmerie, de l'armée de Terre et de l'armée de l'Air exerçant des emplois sédentaires ou opérationnels. Chaque antenne peut être armée de plusieurs médecins changeant régulièrement, ce qui permet d'avoir des profils variés de praticiens et de pratiques médicales.

Le recueil a été réalisé à partir d'une liste de consultations issue du logiciel Axone, qui est le système numérique d'information médicale déployé dans les armées.
Nous avons recherché toutes les consultations enregistrées entre le 1er janvier 2018 et le 31 décembre 2021 répondant aux codages CIM10 suivants :

- « Entorse et foulure de la cheville » (S93.4,S934) ;
- « Contusion de la cheville » (S90.0, S900) ;
- « Lésion traumatique de la cheville et du pied, sans précision » (S99.9,S999) ;
- « Autres lésions traumatiques superficielles de la cheville et du pied sans précision » (S90.8, S908) ;
- « Autres déformations de la cheville et du pied » (M216) ;
- « Autres lésions traumatiques précisées de la cheville et du pied » (S99.8,S998) ;
- « Lésions traumatiques multiples de la cheville et du pied » (S997,S99.7) ;
- « Luxation de la cheville » (S93.0, S930,) ;
- « Rupture de ligaments au niveau de la cheville et du pied » (S93.2, S932).

Les patients ont été répartis dans deux groupes en fonction de leur sexe.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide des tests du Chi 2 et de Fischer pour les variables qualitatives et du test de Student pour les variables quantitatives.

Les analyses présentant une *p-value* $< 0{,}05$ étaient considérées comme significatives.

Le projet d'étude a été présenté et validé par la Direction de la formation, de la recherche et de l'innovation (DFRI) et par la Direction de médecine des Forces (DMF). L'étude est conforme à la méthodologie de référence MR-004 après instruction auprès du référent national militaire pour le Règlement général sur la protection des données (RGPD), identifiée sous l'acronyme « EPDSSECE » (Existence d'une prise en charge différentielle selon le sexe de l'entorse de cheville externe). Chaque consultation étudiée a été codée par un nombre afin de garantir l'anonymat des patients. Une information individuelle de ces derniers a été réalisée *via* une notice d'information affichée dans les antennes médicales concernées.

3 Résultats

Au total, 2 586 consultations correspondaient aux motifs de CIM 10 sur la période étudiée. Sur ces 2 586 consultations, nous avons identifié 216 dossiers de patientes correspondant aux critères d'inclusion. Parmi les 2 370 dossiers restants, nous avons étudié 1 317 consultations puis exclu 801 consultations qui présentaient des critères d'exclusions. Nous avons retenu 300 dossiers de patients de sexe masculin et choisi de nous limiter à ce nombre pour constituer des groupes de taille comparable.

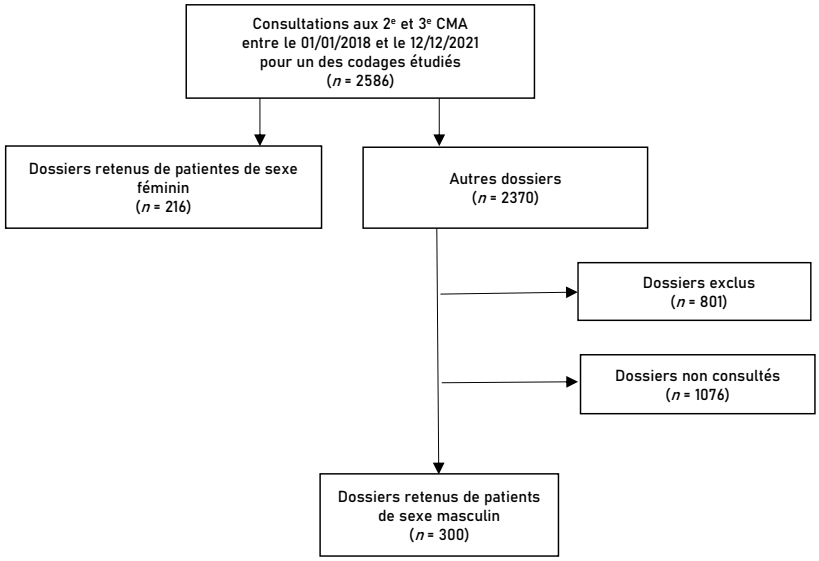


Fig. 1 : Diagramme de flux

3.1 Caractéristiques de la population

Les principales caractéristiques démographiques de notre population sont représentées dans les diagrammes circulaires ci-dessous :

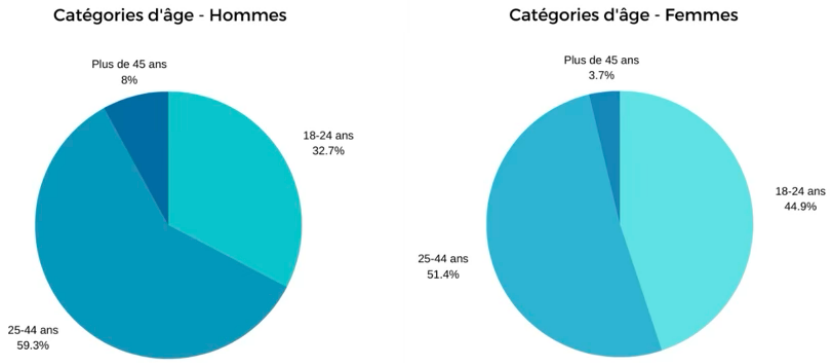


FIG. 2 : Répartition des catégories d'âge selon le sexe du patient

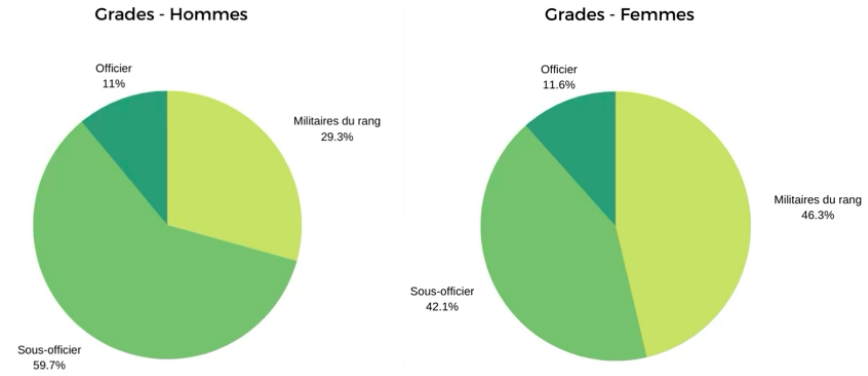


FIG. 3 : Répartition des grades selon le genre du patient

3.2 Données cliniques

La douleur était évaluée par une échelle numérique (EN) de manière similaire entre les 2 groupes, dans 14 consultations seulement. Le score moyen sur l'EN était de 4,86/10 chez les patients de sexe masculin, et de 6,29/10 chez les patientes ($p = 0{,}31$).

On retrouvait plus fréquemment un ou plusieurs antécédents d'entorse de la cheville externe chez les patientes (31.5 %) que chez les patients (20,7 %) avec $p = 0{,}005$.

Les caractéristiques de l'examen clinique des patients sont résumées dans le tableau 1.

Tab. 1 : Caractéristiques cliniques de la population étudiée

	Total	Hommes (*n*) (%)	Femmes (*n*) (%)	*p*-value
Craquement	101	62 (20,67)	39 (18,1)	0,46
Marche impossible	51	24 (8)	27 (12,5)	0,09
Œdème de la malléole externe	306	186 (62)	120 (55,6)	0,14
Douleur à la palpation de la malléole externe	124	70 (23,33)	54 (32,4)	0,66
Douleur à la palpation de la base du 5e métatarsien	36	20 (6,7)	16 (7,4)	0,74
Hématome	64	45 (15)	19 (8,8)	0,034

Un diagnostic de gravité de l'entorse n'était évalué et reporté dans le dossier médical que pour 155 consultations : 112 (37,3 %) chez les hommes et 43 (19,9 %) chez les femmes. Cette différence est statistiquement significative ($p = 0{,}0015$).

Néanmoins, lorsqu'après cette évaluation, le diagnostic de gravité était retenu, on ne retrouvait pas de différence significative entre les hommes et les femmes : entorse bénigne de la cheville dans 72,3 % des cas chez les hommes et 60,5 % des cas chez les femmes, entorse moyenne de la cheville dans 18,75 % des cas chez les hommes (21/112) et 20,9 % des cas chez les femmes et entorse grave de la cheville dans 8,9 % des cas chez les hommes et 18,6 % des cas chez les femmes.

3.3 Orientation vers un Service d'accueil des urgences (SAU)

Une orientation vers un service d'urgences pour la réalisation d'examens complémentaires était décidée dans 6,6 % des consultations (34/516), soit 4,7 % des consultations chez les hommes (14/300) et 9,3 % des consultations chez les femmes (20/216).
Cette différence est statistiquement significative ($p = 0{,}038$).

3.4 Examens complémentaires

Une prescription d'échographie articulaire était prescrite dans 6% des consultations (31/516), avec une différence significative ($p = 0{,}02$) entre les hommes (8% des consultations) et les femmes (3,2% des consultations). Il n'y avait pas de différence dans la fréquence de prescription de radiographie, et seuls un scanner et quatre IRM de cheville étaient prescrits.

3.5 Traitements prescrits

Parmi les traitements prescrits (figure 4), on notait une différence significative dans la prescription de cryothérapie, plus fréquemment prescrite chez les hommes (63,8%) que les femmes (58,3 %) ($p = 0{,}029$).
En revanche, on ne retrouvait pas de différence significative dans la prescription d'orthèse, qu'il s'agisse d'une attelle de cheville, d'une botte de marche ou d'une attelle plâtrée (75,7 % des consultations chez les hommes et 74,5 % des consultations chez les femmes).
Parmi les traitements médicamenteux, les anti-inflammatoire non stéroïdiens par voie

orale étaient significativement plus prescrits chez les hommes (33,7 %) que les femmes (19,9 %) ($p = 0{,}0006$). Les antalgiques de palier 1 et 3 étaient prescrits de manière équilibrée entre les deux groupes. En revanche, les antalgiques de palier 2 de type tramadol ou codéine étaient prescrits plus souvent chez les femmes (19,4 % des consultations) que chez les hommes (12,7 % des consultations) ($p = 0{,}036$).
Enfin, on ne notait pas de différence significative entre les hommes et les femmes dans la prescription de kinésithérapie (61 % et 56,9 % respectivement), dans la prescription de cannes anglaises (14,3 % des consultations chez les hommes et 12 % des consultations chez les femmes) ou d'une thromboprophylaxie (1,7 % et 2,3 % des consultations respectivement)

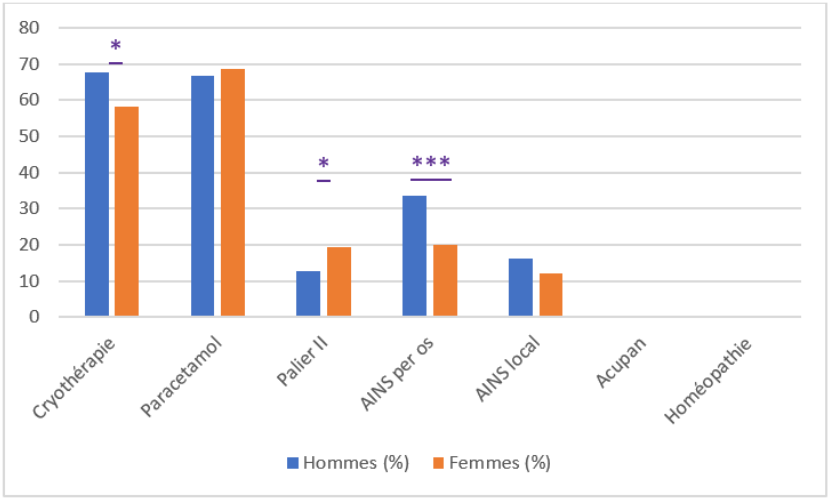


FIG. 4 : Prescriptions de traitements antalgiques selon le sexe $p < 0{,}05$; $^{**}p < 0{,}001$

3.6 Arrêt de travail, inaptitudes et réévaluation

Un arrêt de travail était prescrit dans 23,8 % des cas, plus fréquemment pour les hommes (28 % des consultations) que pour les femmes (18 % des consultations) ($p = 0,009$). Le nombre de jours d'arrêt de travail n'était pas significativement différent entre hommes et femmes.
De même, lorsqu'une restriction d'aptitude était prononcée (dans 55 % des consultations), elle ne l'était pas plus fréquemment chez les hommes ou les femmes, et la durée de la restriction d'aptitude n'était pas significativement différente (18 jours en moyenne).
Une consultation de réévaluation clinique était programmée dans 27,5 % des consultations, sans différence significative entre les groupes.

4 Discussion

Avec 516 patients inclus, notre travail de thèse propose un des plus gros échantillons retrouvés dans la littérature concernant des travaux évaluant les pratiques cliniques en ambulatoire dans le cadre d'une entorse de cheville (21–24).

Nous avons trouvé une prévalence d'antécédents unique ou multiple d'entorse de cheville plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Ce résultat est concordant avec la littérature qui objective une incidence plus élevée de l'entorse de cheville chez les femmes que chez les hommes (20), du fait de facteurs anatomiques et hormonaux (17–20).

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative dans les scores de douleur sur l'échelle numérique selon le sexe, ce qui est possiblement lié à l'insuffisance des données retranscrites (14 dossiers seulement).

Nous avons retrouvé qu'un diagnostic de sévérité de l'entorse n'était évalué, ou tout au moins retranscrit dans le dossier, que dans seulement 30 % des consultations et ce plus fréquemment chez les patients de sexe masculin que ceux de sexe féminin. Il n'y avait cependant pas de différence significative dans la fréquence de sévérité des cas selon le sexe. Et ce, pour les trois stades d'entorse étudiés. Ici également, cette absence de significativité peut être liée à un manque de puissance.

Nous notons une différence significative entre hommes et femmes concernant la prescription d'échographie articulaire (plus fréquemment demandée chez les hommes).
Si la prescription de radiographie dans le cadre de l'entorse de cheville fait l'objet de recommandations claires, ce n'est pas le cas de l'échographie articulaire (qui n'est pas un examen recommandé en première intention). Certains auteurs préconisent de l'effectuer en cas de suspicion d'entorse grave de la cheville ou pour des patients pour qui le retentissement fonctionnel du traumatisme aura des conséquences majeures, comme les sportifs de haut niveau (25, 26). Si l'on peut choisir d'inclure les militaires dans cette catégorie, nous n'avons pas retrouvé dans notre population (en prenant en compte les réserves précédemment émises) de différence significative concernant la sévérité des entorses de cheville. En revanche, la présence d'un hématome de la cheville était significativement plus fréquente chez les hommes, signe clinique qui est parfois considéré comme un signe de gravité de l'entorse, sans que cela ne repose pas sur des critères scientifiques validés (27). Nous pouvons éventuellement expliquer cette différence par la présence de ce critère clinique. Nous n'avons pas recueilli, dans notre étude, les modalités de réalisation de l'échographie (en urgence ou différée, en premier recours ou centre spécialisé, etc.) des éléments qui pourraient moduler nos conclusions.

Les AINS *per os* étaient significativement plus prescrits chez les hommes que chez les femmes. Nous n'avons retrouvé, dans la littérature, aucune étude comparant la prescription d'AINS selon le sexe en pathologie traumatique. Dans la thèse de Serre relative aux modalités de prescription des AINS chez les médecins généralistes et les médecins urgentistes dans des indications infectieuses d'origine ORL, 71 % des médecins déclaraient ne pas prescrire d'AINS par crainte des effets indésirables (28).
Ces effets indésirables sont bien connus : toxicité gastro-intestinale, rénale, risque hémorragique, etc., mais ne sont pas plus rapportés chez les femmes. Les AINS ont également un effet inhibiteur réversible de l'ovulation chez les femmes, susceptibles ainsi de diminuer la fertilité féminine, et leur utilisation est proscrite lors d'une majeure partie de la grossesse, éléments qui ont pu orienter la décision de ne pas prescrire un AINS. Un refus de prise d'AINS par les patientes n'est pas non plus écarté.

Nous avons également retrouvé des différences significatives entre nos deux groupes concernant la prescription d'antalgiques de palier 2, plus fréquente chez les femmes. Une étude américaine datant de 2021 (29) évaluant la prescription d'opioïdes dans un échantillon de 100 000 patients pour un panel d'affections (non spécifiquement traumatiques) objectivait que les femmes étaient significativement plus susceptibles de recevoir des prescriptions d'antalgiques à base d'opioïdes. Dans notre étude, on peut aussi supposer que la prescription d'antalgiques de palier 2 vient dans une certaine mesure compenser l'absence de celle d'AINS.

La prescription d'un arrêt de travail était plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, sans que la durée de cet arrêt diffère entre les deux groupes. Un travail de thèse (30) portant sur la prescription des arrêts de travail par les médecins généralistes retrouvait que 59,3 % des arrêts de travail étaient prescrits au profit des femmes, excepté dans le domaine ostéoarticulaire où les hommes obtenaient plus d'arrêts (19 %) que les femmes (17,1 %) et ce de manière statistiquement significative. Ces résultats sont à nuancer par l'absence dans notre recueil de données d'information sur l'emploi tenu par les militaires. Les contraintes opérationnelles et les profils d'emploi des unités soutenues par les 2e et 3e CMA ne sont cependant pas les plus à même justifier un traitement différent selon le sexe ou le genre (absence de contrainte « milieu » ou physique forte, comme on pourrait le voir dans des unités parachutistes ou des troupes de montagne). Par ailleurs, dans le cadre de l'exercice en antenne médicale, le médecin militaire a la possibilité de ne prescrire qu'une restriction d'aptitude (par exemple une inaptitude aux activités physiques impliquant les membres inférieurs en cas d'entorse de cheville) et une adaptation d'emploi pour un poste sédentaire temporaire (solution qui présente toujours un impact sur la capacité opérationnelle mais en limite l'importance).

Un facteur qui n'a pas été pris en compte dans notre étude et qui pourrait avoir une influence sur nos résultats est le genre du praticien, donnée que nous n'avons pas pu recueillir de manière systématique (la version du logiciel Axone utilisée sur la période d'étude ne le mentionnait pas systématiquement lorsque les prescriptions n'étaient pas réalisées *via* ce logiciel). Des études menées en Suède, aux Pays-Bas et en Suisse sur des étudiants et étudiantes en médecine retrouvaient des différences de prévalence de stéréotypes vis-à-vis des patients selon leur genre entre les praticiens hommes et femmes (31). Dans l'étude réalisée en Suisse, les praticiennes avaient ainsi significativement moins de stéréotypes liés au genre du patient que les praticiens (32). Il semble donc exister une relation entre le genre du médecin et ses représentations vis-à-vis du patient et de son genre, et donc une influence sur la prise en charge d'une affection, même traumatique, comme ici l'entorse de cheville.

Conclusion

Nous avons pu mettre en évidence des différences significatives entre les hommes et les femmes dans la prise en charge de l'entorse de cheville au sein des 2e et 3e CMA, dans une population de militaires. Ces différences se traduisent sur le plan diagnostique par une prévalence significativement plus élevée de la prescription d'échographie de la cheville chez les hommes que chez les femmes, ces dernières étant plus souvent réorientées vers un service d'urgences. Sur le plan thérapeutique, nous avons mis en

évidence que les médecins prescrivaient significativement plus souvent une cryothérapie et des AINS chez les hommes, tandis que les antalgiques de palier 2 étaient plus volontiers prescrits chez les patientes. Enfin, nous avons retrouvé une prévalence de prescription d'arrêts de travail significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Il s'agit à notre connaissance de la première étude sur le rôle du sexe (et/ou du genre) dans la prise en charge d'une affection « courante » comme l'entorse de cheville. Notre étude ne permet cependant pas de préjuger, parmi les différences mises en évidence, de ce qui relèverait du facteur sexe lié aux spécificités anatomo-physiologiques et/ou du stéréotype de genre.

Notre étude ouvre la voie à la réalisation de travaux complémentaires sur les différences de prise en charge liées au sexe et au genre dans le domaine de la pathologie traumatique, à la fois du point de vue du praticien et de ses représentations et du point de vue du patient et son ressenti. Intégrer ce facteur déterminant de santé dans notre réflexion sur nos prises en charge est un enjeu d'amélioration de nos pratiques cliniques.

Financements

Aucun

Contributions des auteurs

Idée originale, encadrement du travail et écriture de l'article MC VANQUAETHEM.

Recueil des données, rédaction du travail de thèse MED GALEY.

Approbation éthique et consentement à la participation

Le projet d'étude a été présenté et validé par la DFRI et par la DMF. L'étude est conforme à la méthodologie de référence MR-004 après instruction auprès du référent national militaire pour le Règlement général sur la protection des données (RGPD), identifiée sous l'acronyme « EPDSSECE » (Existence d'une prise en charge différentielle selon le sexe de l'entorse de cheville externe). Chaque consultation étudiée a été codée par un nombre afin de garantir l'anonymat des patients. Une information individuelle de ces derniers a été réalisée *via* une notice d'information affichée dans les antennes médicales concernées, à propos de leur droit de rétractation en cas de désaccord avec l'étude.

Remerciements au linguiste relecteur : Édouard Lizé.

Références bibliographiques

1. Organisation Mondiale de la Santé. Genre et santé. [cité le 26 mars 2025]. Dans : WHO.int [En ligne]. Genève (CH) : Organisation mondiale de la santé ; 2018. [environ 3 écrans]. Disponible : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gender
2. Haute Autorité de la Santé. Sexe, genre et santé – Rapport d'analyse prospective 2020. [cité le 26 mars 2025]. Dans : HAS-sante.fr [En ligne]. Saint-Denis (FR) : Haute Autorité de la Santé ; 2020. [environ 5 écrans]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223570/fr/sexe-genre-et-sante-rapport-d-analyse-prospective-2020
3. Laqueur T. Making sex : body and gender from the Greeks to Freud. Cambridge (MA) : Harvard University Press ; 2003.
4. Ehrenreich B, English D, Valera M, Rodriguez E. Fragiles ou contagieuses : le pouvoir médical et le corps des femmes. Paris (FR) : Cambourakis ; 2016.
5. Vons J. Introduction au portail Tota Mulier in utero : Portail de recherches international en partenariat avec la Bibliothèque interuniversitaire de santé, Direction des bibliothèques d'Université de Paris et le projet Perfecta (Université de Victoria, Canada) [En ligne]. Paris (FR) : HAL SHS ; 2021 [cité le 26 mars 2025]. environ 10 p. Disponible : https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-03370813/file/Introduction\%20au\%20projet\%20Tota\%20Mulier\%20in\%20Vtero.pdf
6. Boston Women's Health Book Collective. Our bodies, ourselves : a new edition for a new era. 35e éd. New York (NY) : Simon and Schuster ; 2005.
7. Lagro-Janssen T. Developments in the field of women's studies medicine. European Journal of Women's Studies. 1999 ;6(4) :487-500. doi : 10.1177/135050689900600409
8. Money J, Ehrhart A. Man and woman, boy and girl. Baltimore (MD) : The Johns Hopkins University Press ; 1972.
9. Pancholy SB, Shantha GPS, Patel T, Cheskin LJ. Sex Differences in Short-term and Long-term All-Cause Mortality Among Patients With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Treated by Primary Percutaneous Intervention : A Meta-analysis. JAMA Internal Medicine. 2014 ;174(11) :1822-30. doi : 10.1001/jamainternmed.2014.4762
10. Alabas OA, Gale CP, Hall M, Rutherford MJ, Szummer K, Lawesson SS, et al. Sex Differences in Treatments, Relative Survival, and Excess Mortality Following Acute Myocardial Infarction : National Cohort Study Using the SWEDEHEART Registry. Journal of the American Heart Association. 2017 ;6(12) :e007123. doi : 10.1161/JAHA.117.007123
11. Hemal K, Pagidipati NJ, Coles A, Dolor RJ, Mark DB, Pellikka PA. Sex Differences in Demographics, Risk Factors, Presentation, and Noninvasive Testing in Stable Outpatients With Suspected Coronary Artery Disease. JACC : Cardiovascular Imaging. 2016 ;9(4) :337-46. doi : 10.1016/j.jcmg.2016.02.001
12. Ruiz-Cantero MT, Ronda E, Alvarez-Dardet C. The importance of study design strategies in gender bias research : the case of respiratory disease management in primary care. Journal of Epidemiology & Community Health. 2007 ;61(S2) :ii11-ii16. doi : 10.1136/jech.2007.060301
13. Opel D, Rapone B, Krishnamoorthy B, Yoo J, Meeker J. Race and gender influence management of humerus shaft fractures. Journal of Orthopaedics. 2018 ;15(2) :540-4. doi : 10.1016/j.jor.2018.05.010
14. Hamberg K. Gender Bias in Medicine. Womens Health. 2008 ;4(3) :237-43. doi : 10.2217/17455057.4.3.237
15. Hootman JM, Macera CA, Ainsworth BE, Addy CL, Martin M, Blair SN. Epidemiology of musculoskeletal injuries among sedentary and physically active adults. Medicine & Science in Sports & Exercise. 2002 ;34(5) :838-44. doi : 10.1097/00005768-200205000-00017
16. Sanchez M, Mayet M, Bédubourg M, Berger M, Meynard M. Observatoire des blessures liées à l'entraînement physique militaire et sportif (EPMS). Marseille (FR) : Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées ; 2019.
17. Cameron KL, Owens BD, DeBerardino TM. Incidence of ankle sprains amongbactive-duty members of the United States Armed Services from 1998 through 2006. Journal of Athletic Training. 2010 ;45(1) :29-38. doi : 10.4085/1062-6050-45.1.29
18. Huston LJ, Wojtys EM. Neuromuscular performance characteristics in elite female athletes. American Journal of Sports Medicine. 1996 ;24(4) :427-36. doi : 10.1177/036354659602400405
19. Beck TJ, Ruff CB, Shaffer RA. Stress fracture in military recruits : gender differences in muscle and bone susceptibility factors. Bone. 2000 ;27(3) :437-44. doi : 10.1016/s8756-3282(00)00342-2
20. Park SK, Stefanyshyn DJ, Loitz-Ramage B, Hart DA, Ronsky JL. Changing hormone levels during the menstrual cycle affect knee laxity and stiffness in healthy female subjects. American Journal of Sports Medicine. 2009 ;37(3) :588-98. doi : 10.1177/0363546508326713
21. Doherty C, Delahunt E, Caulfield B, Hertel J, Ryan J, Bleakley C. The incidence and prevalence of ankle sprain injury : a systematic review and meta-analysis of prospective epidemiological studies. Sports Medicine. 2014 ;44(1) :123-40. doi : 10.1007/s40279-013-0102-5

22. Blanloeil A. Prise en charge de l'entorse de cheville par les médecins généralistes : évaluation à l'aveugle par les internes en stage de praticien niveau 1 en Aquitaine. 2018.

23. Pauline L. Entorse de cheville en médecine générale : place des examens complémentaires et stratégie de prise en charge. Angers (FR) : 2018.

24. Lajoix T. Prise en charge de l'entorse de cheville en médecine générale, connaissance et application des critères d'Ottawa : enquête auprès de 130 médecins généralistes de la Haute-Vienne. Limoges (FR). 2011.

25. Débès 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. Poitiers (FR) : Université de Poitiers ; 2019.

26. Guillodo Y. Place de l'échographie dans le diagnostic de gravité d'une entorse latérale de l'articulation talocrurale et ses complications chez le sportif. Journal de traumatologie du sport. 2009 ;26(2) :95-8. doi : 10.1016/j.jts.2009.03.003

27. Banse X, Barbier O, Cornu O, Docquier PL. Orthopédie pratique : le bon diagnostic pour le bon traitement.

28. Collado A. Évaluation de la gravité des entorses de la cheville : prise en charge [En ligne]. COPACAMU ; [cité le 26 mars 2025]. environ 15 p. Disponible : http://copacamu.com/files/11/COPACAMU_ENTORSE_CHEVILLE.pdf

29. Serre C. Quelles sont les modalités de prescription des AINS chez les médecins généralistes et les médecins urgentistes lors de la prise en charge initiale d'épisodes douloureux aigus non traumatologiques. 2019.

30. Agnoli A, Jerant A, Franks P. Prescription Opioids and Patient Sex : A National Cross-Sectional Study. Journal of Women's Health. 2021 ;30(1) :29-35. doi : 10.1089/jwh.2019.8234

31. Orvain C. La prescription d'arrêts de travail par les médecins généralistes : analyse des données de l'étude ECOGEN. Angers (FR) : 2019.

32. Andersson J, Verdonk P, Johansson EE, Lagro-Janssen T, Hamberg K. Comparing gender awareness in Dutch and Swedish first-year medical students – results from a questionaire. BMC Medical Education. 2012 ;12 :3. doi : 10.1186/1472-6920-12-3

33. Rrustemi I, Locatelli I, Schwarz J, Lagro-Janssen T, Fauvel A, Clair C. Gender awareness among medical students in a Swiss University. BMC Medical Education. 2020 ;20(1) :156. doi : 10.1186/s12909-020-02037-0