

Ligne directrice sur l'admissibilité

Lésions intra-articulaires du genou

Date de révision : 22 janvier 2025

Date de création : février 2005

Code [CIM-11](#) : FA33

Codes médicaux d'ACC :

01341	affection intra-articulaire du genou, ménisque déchiré, rupture de cartilage dans le genou, ménissectomie (latérale ou médiale)
84400	entorse des ligaments collatéraux fibulaire et tibial

Définition

Aux fins de la présente ligne directrice sur l'admissibilité (LDA), l'expression « **lésions intra-articulaires du genou** » comprend les affections qui résultent d'une blessure aux structures clés suivantes :

- ligament croisé antérieur (LCA)
- ligament croisé postérieur (LCP)
- ménisque interne
- ménisque latéral
- ligament collatéral médial (LCM)
- ligament collatéral latéral (LCL).

Une blessure est un trouble chronique du genou qui entraîne :

- une déchirure, rupture ou autrement détérioration du ménisque – le cartilage qui protège l'espace entre les os de l'articulation du genou
- une déchirure partielle (entorse/foulure) ou déchirure totale des ligaments du genou – structures clés du genou qui contribuent à la stabilité de l'articulation.

Ces affections peuvent être présentes avec ou sans dommages associés à la capsule articulaire du genou. Les personnes touchées peuvent présenter des symptômes persistants ou intermittents, comme de la douleur, de l'instabilité ou un dérobement, ou un mouvement inhabituel du genou.

Norme diagnostique

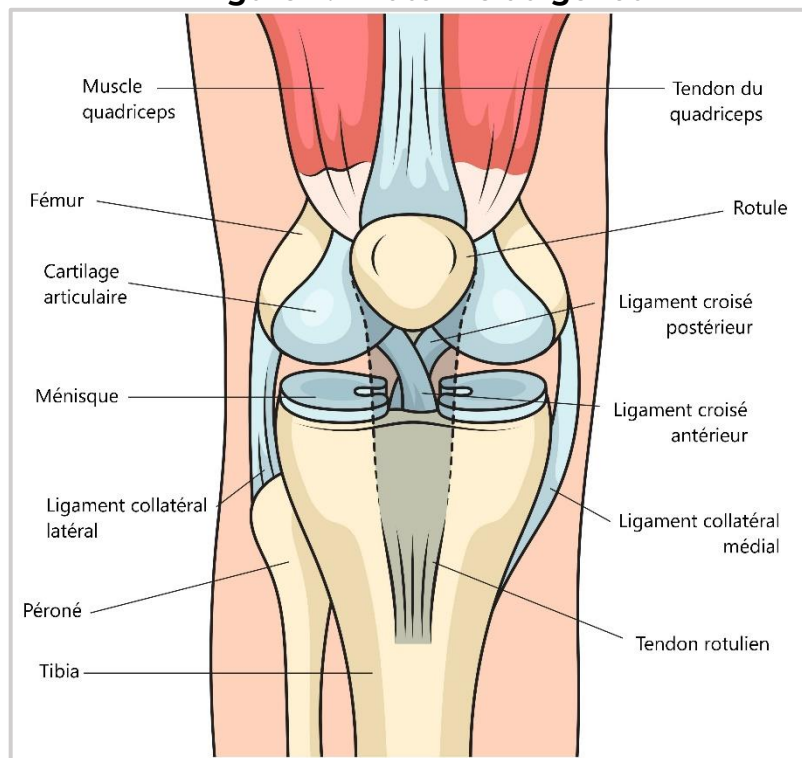
Un diagnostic doit être posé par un médecin qualifié (chirurgien orthopédique, médecin de famille), une infirmière praticienne ou un adjoint au médecin (dans le cadre de son champ d'exercice).

Les examens pertinents qui confirment le diagnostic de lésions intra-articulaires du genou comprennent l'examen arthroscopique, la tomodensitométrie (TDM) ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM).

Anatomie et physiologie

Les lésions intra-articulaires du genou désignent les blessures complexes du genou qui ont une incidence sur les mécanismes responsables de sa stabilité et de son mouvement. Ces affections peuvent entraîner une perturbation du ménisque, du cartilage articulaire, du LCA, du LCP, du LCM ou du LCL ([Figure 1 : Anatomie du genou](#)).

Figure 1 : Anatomie du genou



Une vue rapprochée du genou humain met en évidence les principales structures internes qui assurent le mouvement et la stabilité. Il s'agit notamment des ménisques (cartilage en forme de C), des os (fémur, rotule, tibia et péroné), du cartilage articulaire, des ligaments (croisé postérieur, croisé antérieur, collatéral médial et latéral), des tendons (quadriceps, rotulien) et des muscles (quadriceps). Source : Anciens Combattants Canada (2023)

Les ménisques du genou sont composés de deux morceaux de cartilage robuste et caoutchouteux en forme de C qui se trouvent entre le fémur et le tibia du genou. Les ménisques agissent comme des amortisseurs; ils réduisent l'impact sur l'articulation du genou et aident à répartir le poids de façon uniforme pour assurer un mouvement fluide.

Un ménisque du genou peut se déchirer pendant les activités qui exercent une pression sur l'articulation du genou ou la font pivoter (p. ex. s'accroupir, soulever des objets lourds ou pratiquer des sports qui comportent des virages et des arrêts rapides). Une déchirure du ménisque peut perturber le mouvement régulier normal du genou, ce qui entraîne de la douleur, de l'enflure et de la raideur. La partie déchirée du ménisque peut également faire en sorte que le genou se bloque ou se dérobe pendant le mouvement, ce qui limite la capacité d'une personne de marcher ou de courir efficacement.

Le genou contient deux ligaments croisés, le ligament croisé antérieur (LCA) et le ligament croisé postérieur (LCP), qui se croisent au centre de l'articulation du genou. Le LCA passe en diagonale au milieu du genou, il procure une stabilité en empêchant le tibia de glisser devant le fémur. Le LCP, situé derrière le LCA, empêche le tibia de glisser vers l'arrière. Les ligaments croisés antérieurs et postérieurs sont essentiels à la stabilité du genou, en particulier le LCA.

Lorsque le LCA est endommagé, l'intégrité structurale du genou peut grandement être affaiblie. Cette instabilité est souvent aggravée par la pratique de sports à impact élevé ou par le manque de force musculaire pour soutenir le genou, ce qui accélère la dégénérescence de l'articulation. Le niveau d'activité physique pratiqué par la personne peut accélérer la progression de ces blessures vers des affections dégénératives. Les personnes dont le niveau d'activité est plus élevé peuvent être confrontées à une apparition plus rapide de l'arthrose en raison d'un stress accru exercé sur les structures vulnérables du genou.

L'instabilité des articulations peut également évoluer en affection telle que l'ostéochondrite disséquante. Cette affection survient lorsqu'un petit morceau d'os commence à se séparer de la région environnante en raison d'une perte d'approvisionnement en sang. Cela peut causer de la douleur, de l'enflure et de la difficulté à bouger le genou, car le fragment détaché peut nuire au mouvement normal du genou. L'ostéochondrite disséquante du condyle fémoral est l'une des affections les plus courantes qui génèrent des fragments ostéocartilagineux radio-opaques.

Caractéristiques cliniques

La présentation clinique des lésions intra-articulaires du genou, en particulier lorsque le LCA ou le LCP sont en cause, est souvent caractérisée par des symptômes d'instabilité, d'inconfort et d'amplitude de mouvement limitée. Les personnes qui en

souffrent peuvent signaler une sensation de « dérobement » ou de blocage du genou lors d'activités, en particulier lorsqu'elles doivent faire des mouvements de rotation ou des déplacements latéraux, comme dans les sports. L'apparition de la douleur peut être soudaine, en raison d'une blessure ou s'aggraver avec le temps, en raison d'un effort physique continu.

La recherche montre que les personnes de sexe masculin et les personnes de sexe féminin subissent des types semblables de blessures aux articulations et aux tissus du genou. Toutefois, les personnes de sexe féminin sont de trois à six fois plus susceptibles de subir des blessures soudaines au LCA que les personnes de sexe masculin, et elles ont tendance à subir des blessures au LCP à un âge plus avancé que les personnes de sexe masculin.

Considérations liées à l'admissibilité

Section A : Causes et/ou aggravation

Aux fins de l'admissibilité à Anciens Combattants Canada (ACC), on considère que les [facteurs](#) suivants causent ou aggravent les conditions énumérées dans la [section des définitions](#) de la présente LDA, et peuvent être pris en considération avec les éléments de preuve pour aider à établir un lien avec le service. Les facteurs énumérés dans la section A ont été déterminés sur la base d'une analyse de la littérature scientifique et médicale actualisée, ainsi que des meilleures pratiques médicales fondées sur des données probantes. Des facteurs autres que ceux énumérés à la section A peuvent être pris en considération, mais il est recommandé de consulter un consultant en prestations d'invalidité ou un conseiller médical.

Les conditions énoncées ci-dessous sont fournies à titre indicatif. Dans chaque cas, la décision doit être prise en fonction du bien-fondé de la demande et des éléments de preuve fournis.

Facteurs

1. **Traumatisme spécifique au genou** avant l'apparition clinique ou l'aggravation de la lésion intra-articulaire du genou.

Un traumatisme spécifique signifie :

- Une **blessure physique directe**, comme un coup, un choc ou une blessure par pénétration d'un projectile, comme une balle ou un éclat d'obus, ou
- Une **blessure par torsion ou déchirure** qui consiste en une élongation ou une foulure de la capsule ou des ligaments dans l'articulation du genou, une mobilité anormale ou une instabilité de l'articulation (qui se met alors à se dérober ou à bloquer de façon intermittente). Les blessures par torsion du genou surviennent le plus souvent pendant les activités sportives.

Remarque : Les symptômes (y compris la douleur, l'enflure ou les problèmes de mobilité) devraient apparaître dans les 24 heures suivant la blessure.

2. Incapacité d'obtenir un **traitement médical approprié** de la lésion intra-articulaire du genou.

Section B : Affections dont il faut tenir compte dans la détermination de l'admissibilité/l'évaluation

La section B fournit une liste des affections diagnostiquées qu'ACC prend en considération dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation des lésions intra-articulaires du genou.

- [Arthrose du genou](#)
- Chondromalacie patellaire
- Syndrome fémoro-patellaire
- Arthrose fémoro-patellaire
- Kyste de Baker
- [Syndrome chronique des plicae](#)
- Dislocation latérale récurrente de la rotule
- Ostéochondrite disséquante du genou
- Bursite prépatellaire chronique
- Bursite suprapatellaire chronique

Section C : Affections courantes pouvant découler, en totalité ou en partie, de lésions intra-articulaires du genou et/ou de leur traitement

Aucune affection médicale consécutive n'a été relevée au moment de la publication de la présente LDA. Si le bien-fondé du cas et les preuves médicales indiquent qu'il peut exister une relation corrélative possible, il est recommandé de consulter un consultant en prestations d'invalidité ou au conseiller médical.

Liens

Directives et politiques connexes d'ACC :

- [Arthrose – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Syndrome chronique des plicae – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Indemnité pour douleur et souffrance - Politiques](#)

- [Demandes de pension d'invalidité de la Gendarmerie royale canadienne - Politiques](#)
- [Admissibilité double – Prestations d'invalidité - Politiques](#)
- [Détermination d'une invalidité - Politiques](#)
- [Prestations d'invalidité versées à l'égard du service en temps de paix – Principe d'indemnisation - Politiques](#)
- [Prestations d'invalidité versées à l'égard du service en temps de guerre et du service spécial – Principe d'assurance - Politiques](#)
- [Invalidité consécutive à une blessure ou maladie non liée au service - Politiques](#)
- [Invalidité consécutive - Politiques](#)
- [Bénéfice du doute - Politiques](#)

Références compter à 22 janvier 2025

Disponible en anglais seulement

Adams, B. G., Houston, M. N., & Cameron, K. L. (2021). The Epidemiology of Meniscus Injury. *Sports Medicine and Arthroscopy Review*, 29(3), e24–e33.

<https://doi.org/10.1097/JSA.0000000000000329>

Aguero, A. D., Irrgang, J. J., MacGregor, A. J., Rothenberger, S. D., Hart, J. M., & Fraser, J. J. (2023). Sex, military occupation and rank are associated with risk of anterior cruciate ligament injury in tactical-athletes. *BMJ Military Health*, 169(6), 535–541. <https://doi.org/10.1136/bmjilitary-2021-002059>

Australian Government, Repatriation Medical Authority. (1997). *Statement of principles concerning internal derangement of the knee (reasonable hypothesis) (No 59 of 1997)*. [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Australian Government, Repatriation Medical Authority (1997). *Statement of principles concerning internal derangement of the knee (balance of probabilities) (no. 60 of 1997)*. [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Australian Government, Repatriation Medical Authority. (2019). *Statement of principles concerning internal derangement of the knee (reasonable hypothesis) (No 7 of 2019)*. [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Australian Government, Repatriation Medical Authority (2019). *Statement of principles concerning internal derangement of the knee (balance of probabilities) (no. 8 of 2019)*. [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Barbeau, P., Michaud, A., Hamel, C., Rice, D., Skidmore, B., Hutton, B., Garritty, C., da Silva, D. F., Semeniuk, K., & Adamo, K. B. (2021). Musculoskeletal Injuries Among Females in the Military: A Scoping Review. *Military Medicine*, 186(9–10), e903–e931. <https://doi.org/10.1093/milmed/usaa555>

Briggs, A. M., Cross, M. J., Hoy, D. G., Sánchez-Riera, L., Blyth, F. M., Woolf, A. D., & March, L. (2016). Musculoskeletal health conditions represent a global threat to healthy aging: A report for the 2015 World Health Organization World Report on Ageing and Health. *The Gerontologist*, 56(Suppl 2), S243–S255. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw002>

Canale, S. T., & Campbell, W. C. (Eds.). (1998). *Campbell's operative orthopaedics* (9th ed). Mosby.

Cardone, D. A., Jacobs, B. C., Fields, K. B. (Section Editor), & Grayzel, J. (Deputy Editor). (2023). *Meniscal injury of the knee*. UpToDate.

Dee, R. (Ed.). (1997). *Principles of orthopaedic practice* (2. ed). McGraw-Hill, Health Professions Division.

Dijksma, C. I., Bekkers, M., Spek, B., Lucas, C., & Stuiver, M. (2020). Epidemiology and Financial Burden of Musculoskeletal Injuries as the Leading Health Problem in

the Military. *Military Medicine*, 185(3–4), e480–e486.

<https://doi.org/10.1093/milmed/usz328>

dos Santos Bunn, P., de Oliveira Meireles, F., de Souza Sodré, R., Rodrigues, A. I., & da Silva, E. B. (2021). Risk factors for musculoskeletal injuries in military personnel: A systematic review with meta-analysis. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 94(6), 1173–1189.

<https://doi.org/10.1007/s00420-021-01700-3>

Friedberg, R. P., d'Hemecourt, P. A., Fields, K. B. (Section Editor), & Grayzel, J. (Deputy Editor). (2024). *Anterior cruciate ligament injury*. UpToDate.

Colightly, Y. M., Shiue, K. Y., Nocera, M., Guermazi, A., Cantrell, J., Renner, J. B., Padua, D. A., Cameron, K. L., Svoboda, S. J., Jordan, J. M., Loeser, R. F., Kraus, V. B., Lohmander, L. S., Beutler, A. I., & Marshall, S. W. (2023). Association of Traumatic Knee Injury With Radiographic Evidence of Knee Osteoarthritis in Military Officers. *Arthritis Care & Research*, 75(8), 1744–1751.

<https://doi.org/10.1002/acr.25072>

Lovalekar, M., Hauret, K., Roy, T., Taylor, K., Blacker, S. D., Newman, P., Yanovich, R., Fleischmann, C., Nindl, B. C., Jones, B., & Canham-Chervak, M. (2021). Musculoskeletal injuries in military personnel—Descriptive epidemiology, risk factor identification, and prevention. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 24(10), 963–969. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2021.03.016>

MacDonald, J., Rodenberg, R., O'Connor, F. G. (Section Editor), & Grayzel, J. (Deputy Editor). (2023). *Posterior cruciate ligament injury*. UpToDate.

McMahon, P. J., & Skinner, H. B. (Eds.). (2021). *Current diagnosis & treatment in orthopedics* (Sixth edition). McGraw Hill.

- Miller, M. D., Hart, J. A., & MacKnight, J. M. (Eds.). (2020). *Essential orthopaedics* (Second edition). Elsevier.
- O'Leary, T. J., Young, C. D., Wardle, S. L., & Greeves, J. P. (2023). Gender data gap in military research: A review of the participation of men and women in military musculoskeletal injury studies. *BMJ Military Health*, 169(1), 84–88.
<https://doi.org/10.1136/bmjmilitary-2021-002015>
- Rhon, D. I. I., Molloy, J. M., Monnier, A., Hando, B. R., & Newman, P. M. (2022). Much work remains to reach consensus on musculoskeletal injury risk in military service members: A systematic review with meta-analysis. *European Journal of Sport Science*, 22(1), 16–34. <https://doi.org/10.1080/17461391.2021.1931464>
- Rudzki, W., Delaney, T., & Macri, E. (2017). Military Personnel. In *Bruckner & Khan's Clinical Sports Medicine: Injuries* (5e ed., Vol. 1–1, pp. 991–1001). McGraw Hill.
<https://csm.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1970§ionid=168697060>
- Sammito, S., Hadzic, V., Karakolis, T., Kelly, K. R., Proctor, S. P., Stepens, A., White, G., & Zimmermann, W. O. (2021). Risk factors for musculoskeletal injuries in the military: A qualitative systematic review of the literature from the past two decades and a new prioritizing injury model. *Military Medical Research*, 8(1), 66. <https://doi.org/10.1186/s40779-021-00357-w>
- Smith, M. P., Klott, J., Hunter, P., & Klitzman, R. G. (2022). Multiligamentous Knee Injuries: Acute Management, Associated Injuries, and Anticipated Return to Activity. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 30(23), 1108–1115. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-21-00830>

- Stannard, J., & Fortington, L. (2021). Musculoskeletal injury in military Special Operations Forces: A systematic review. *BMJ Military Health*, 167(4), 255–265.
<https://doi.org/10.1136/bmjilitary-2020-001692>
- Tropf, J. G., Colantonio, D. F., Tucker, C. J., & Rhon, D. I. (2022). Epidemiology of Meniscus Injuries in the Military Health System and Predictive Factors for Arthroscopic Surgery. *The Journal of Knee Surgery*, 35(10), 1048–1055.
<https://doi.org/10.1055/s-0042-1744189>
- Veterans Affairs Canada (2023). *Knee Anatomy*. License for use purchased from https://www.123rf.com/photo_210711660_anatomy-of-the-human-knee-joint-structure-diagram-schematic-vector-illustration-medical-science.html
- Wijnhoven, H. A. H., De Vet, H. C. W., & Picavet, H. S. J. (2006). Prevalence of musculoskeletal disorders is systematically higher in women than in men. *The Clinical Journal of Pain*, 22(8), 717–724.
<https://doi.org/10.1097/01.ajp.0000210912.95664.53>
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th Revision). <https://icd.who.int/>