

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)





UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2021 N°3

Prise en charge des tendinopathies de la coiffe des rotateurs en médecine générale

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le Mardi 12 Janvier 2021
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Eric PONTUS
Né le 22 Octobre 1992
Bron (69)

Sous la direction du Docteur Robert FAUCHÉ, médecin généraliste.

Composition du jury :

Président du jury :

Monsieur le Professeur Yves Zerbib, Médecin Généraliste

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Gilles Rode, Médecin en Réadaptation Physique
Madame le Professeur Corinne Perdrix, Médecin Généraliste

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Robert Fauché, Médecin Généraliste

Membre du jury invité :

Madame le Docteur Sylvie Laplanche, Chirurgien Orthopédique

PONTUS Eric – Prise en charge des tendinopathies de la coiffe des rotateurs en médecine générale

RESUME

Introduction : Les tendinopathies de la coiffe des rotateurs sont une pathologie fréquemment rencontrée en médecine générale et un problème de santé publique. Il s'agit d'une inflammation tendineuse d'un ou de plusieurs muscles de l'épaule. Sa prise en charge a été définie par les recommandations de la HAS de 2005. Cette étude vise à mettre en évidence le mode de prise en charge de cette pathologie.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude quantitative évaluant le mode de prise en charge de la tendinopathie de la coiffe en médecine générale en Auvergne-Rhône-Alpes lors de la première consultation par l'intermédiaire d'un questionnaire ayant été diffusé à 489 Maîtres de Stage Universitaire. Le recueil de données s'est étendu sur la période du 7 mai 2020 au 2 Août 2020.

Résultats : 131 médecins ont répondu au questionnaire soit 26,8%. La majorité des médecins (95%) y est confrontée au moins mensuellement. La manœuvre de Yocum est la plus plébiscitée dans la recherche du conflit sous-acromial tandis que peu de médecins concèdent ne pas le rechercher. La plupart des médecins réalisent un testing musculaire à l'aide du test de Jobe (98%) et du Palm-up Test (78%) essentiellement. Concernant l'imagerie, la plupart réalisent au moins une échographie (72%) tandis que 18% décident de se passer d'une imagerie en première intention. Sur le plan thérapeutique, AINS, antalgiques et kinésithérapie font partie des traitements les plus prescrits. Nous ne retrouvons aucune différence significative par rapport au mode de prise en charge. Cependant, le niveau de satisfaction sur cette pathologie diffère entre les hommes et les femmes ($p=0,04$).

Conclusion : La tendinopathie de la coiffe des rotateurs est une pathologie fréquemment rencontrée en médecine générale. Dans la région Rhône-Alpes-Auvergne, il n'existe pas de différence significative de prise en charge lors de la première consultation. La majorité des médecins réalisent un testing musculaire et une imagerie avant de traiter par AINS, antalgiques et kinésithérapie. Il existe une différence de satisfaction de la prise en charge entre les hommes et les femmes.

MOTS CLES : épaule douloureuse, tendinopathie de la coiffe, rotator cuff disease, rotator cuff injury

JURY

Président : Monsieur le Professeur Yves ZERBIB.....
Membres : Monsieur le Professeur Gilles RODE.....
Madame le Professeur Corinne PERDRIX.....
Madame le Docteur Sylvie LAPLANCHE.....
Monsieur le Docteur Robert FAUCHÉ

DATE DE SOUTENANCE : Mardi 12 Janvier 2021

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR 34 rue
Garibaldi, 69006 Lyon

VOTRE EMAIL : erikk.pontus@gmail.com

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président	Pr Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pr Pierre COCHAT
Directeur Général des services	M. Damien VERHAEGHE

Secteur Santé :

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est	Pr Gilles RODE
Doyenne de l'UFR de Médecine Lyon-Sud Charles Mérieux	Pr Carole BURILLON
Doyenne de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques (ISPB)	Pr Christine VINCIGUERRA
Doyenne de l'UFR d'Odontologie	Pr Dominique SEUX
Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation (ISTR)	Dr Xavier PERROT
Directrice du département de Biologie Humaine	Pr Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie :

Administratrice Provisoire de l'UFR BioSciences	Pr Kathrin GIESELER
Administrateur Provisoire de l'UFR Faculté des Sciences Et Technologies	Pr Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	M. Yannick VANPOULLE
Directeur de Polytech	Pr Emmanuel PERRIN
Directeur de l'IUT	Pr Christophe VITON
Directeur de l'Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	M. Nicolas LEBOISNE
Directrice de l'Observatoire de Lyon	Pr Isabelle DANIEL
Administrateur Provisoire de l'Institut National Supérieur du Professorat et de l'Education (INSPé)	M. Pierre CHAREYRON
Directrice du Département Composante Génie Electrique et Procédés (GEP)	Pr Rosaria FERRIGNO
Directeur du Département Composante Informatique	Pr Behzad SHARIAT TORBAGHAN
Directeur du Département Composante Mécanique	Pr Marc BUFFAT



Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2020/2021

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

BLAY	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
BORSON-CHAZOT	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
CHASSARD	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CLARIS	Olivier	Pédiatrie
COCHAT	Pierre	Pédiatrie (<i>en retraite à compter du 01/03/2021</i>)
ETIENNE	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FINET	Gérard	Cardiologie
GUERIN	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
GUERIN	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
LACHAUX	Alain	Pédiatrie
MIOSSEC	Pierre	Rhumatologie
MORNEX	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
NEGRIER	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
NIGHOGHOSSIAN	Norbert	Neurologie
NINET	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire (<i>à la retraite au 01.04.2021</i>)
OBADIA	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE	Michel	Cardiologie (<i>en disponibilité jusqu'au 31.08.21</i>)
PONCHON	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
REVEL	Didier	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
VANDENESCH	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
ZOULIM	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

BERTRAND	Yves	Pédiatrie
BOILLOT	Olivier	Chirurgie viscérale et digestive
BRETON	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHEVALIER	Philippe	Cardiologie
COLIN	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DELAHAYE	François	Cardiologie
DENIS	Philippe	Ophtalmologie
DOUEK	Charles-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF	Christian	Chirurgie viscérale et digestive
DUMONTET	Charles	Hématologie ; transfusion
DURIEU	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie

EDERY	Charles Patrick	Génétique
GAUCHERAND	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GUEYFFIER	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
HONNORAT	Jérôme	Neurologie
LERMUSIAUX	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LINA	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MERTENS	Patrick	Neurochirurgie
MORELON	Emmanuel	Néphrologie
MOULIN	Philippe	Endocrinologie
NEGRIER	Claude	Hématologie ; transfusion
RODE	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
SCHOTT-PETHELAZ	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TRUY	Eric	Oto-rhino-laryngologie
TERRA	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
TURJMAN	Francis	Radiologie et imagerie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

ADER	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
ARGAUD	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
AUBRUN	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BADET	Lionel	Urologie
BERTHEZENE	Yves	Radiologie et imagerie médicale
BESSEREAU	Jean-Louis	Biologie cellulaire
BRAYE	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
BUZLUCA DARGAUD	Yesim	Hématologie ; transfusion
CALENDER	Alain	Génétique
CHAPURLAT	Roland	Rhumatologie
CHARBOTEL	Barbara	Médecine et santé au travail
COLOMBEL	Marc	Urologie
COTTIN	Vincent	Pneumologie ; addictologie
COTTON	François	Radiologie et imagerie médicale
DAVID	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DEVOUASSOUX	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
DI FILLIPO	Sylvie	Cardiologie
DUBERNARD		
DUBOURG	Laurence	Physiologie
	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DUMORTIER	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
FANTON	Laurent	Médecine légale
FAUVEL	Jean-Pierre	Thérapeutique
FELLAHI	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
FERRY	Tristan	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
FOURNERET	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
FROMENT (TILIKETE)	Caroline	Neurologie
GUENOT	Marc	Neurochirurgie
GUIBAUD	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
JACQUIN-COURTOIS	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
JAVOUHEY	Etienne	Pédiatrie
JUILLARD	Laurent	Néphrologie
JULLIEN	Denis	Dermato-vénéréologie
KODJIKIAN	Laurent	Ophtalmologie
KROLAK SALMON	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
LEJEUNE	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la

LESURTEL	Mickaël	reproduction ; gynécologie médicale
MABRUT	Jean-Yves	Chirurgie générale
MERLE	Philippe	Chirurgie générale
MICHEL	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MURE	Pierre-Yves	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
NICOLINO	Marc	Chirurgie infantile
PICOT	Stéphane	Pédiatrie
PONCET	Gilles	Parasitologie et mycologie
POULET	Emmanuel	Chirurgie viscérale et digestive
RAVEROT	Gérald	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
		Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
RAY-COQUARD	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
ROBERT	Maud	Chirurgie digestive
ROSSETTI	Yves	Médecine Physique de la Réadaptation
ROUVIERE	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
ROY	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	Mohamed	Psychiatrie d'adultes et addictologie
SCHAEFFER	Laurent	Biologie cellulaire
VANHEMS	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC	Sandra	Neurologie
WATTEL	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

BACCHETTA	Justine	Pédiatrie
BOUSSEL	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
CHENE	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	Cyrille	Rhumatologie
COUR	Martin	Médecine intensive de réanimation
CROUZET	Sébastien	Urologie
CUCHERAT	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DI ROCCO	Federico	Neurochirurgie
DUCLOS	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUCRAY	François	Neurologie
EKER	Omer	Radiologie ; imagerie médicale
GILLET	Yves	Pédiatrie
GLEIZAL	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	Fitsum	Néphrologie
HENAINE	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HOT	Arnaud	Médecine interne
HUISSOUD	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
JANIER	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
JARRAUD	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LESCA	Gaëtan	Génétique
LEVRERO	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LUKASZEWICZ	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUCORT BOULCH	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MEWTON	Nathan	Cardiologie
MEYRONET	David	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLON	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MOKHAM	Kayvan	Chirurgie viscérale et digestive

MONNEUSE	Olivier	Chirurgie générale
NATAF	Serge	Cytologie et histologie
PERETTI	Noël	Pédiatrie
PIOCHE	Mathieu	Gastroentérologie
RHEIMS	Sylvain	Neurologie
RICHARD	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
RIMMELE	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROMAN	Sabine	Gastroentérologie
SOUQUET	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
THAUNAT	Olivier	Néphrologie
THIBAUT	Hélène	Cardiologie
VENET	Fabienne	Immunologie

**Professeur des Universités
Classe exceptionnelle**

PERRU	Olivier	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
-------	---------	--

**Professeur des Universités - Médecine Générale
Première classe**

FLORI	Marie
LETRILLIART	Laurent

**Professeur des Universités - Médecine Générale
Deuxième classe**

ZERBIB	Yves
--------	------

Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE	Thierry
LAINÉ	Xavier

Professeurs associés autres disciplines

BERARD	Annick	Pharmacie fondamentale ; pharmacie clinique
CHVETZOFF	Gisèle	Médecine palliative
LAMBLIN	Géry	Gynécologie ; obstétrique

Professeurs émérites

BEZIAT	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHAYVIALLE	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CORDIER	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
DALIGAND	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DROZ	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
FLORET	Daniel	Pédiatrie
GHARIB	Claude	Physiologie
LEHOT	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUGUIERE	François	Neurologie
MELLIER	Georges	Gynécologie
MICHALLET	Mauricette	Hématologie ; transfusion
MOREAU	Alain	Médecine générale
NEIDHARDT	Jean-Pierre	Anatomie

PUGEAUT	Michel	Endocrinologie
RUDIGOZ	René-Charles	Gynécologie
SCHEIBER	Christian	Biophysique ; Médecine Nucléaire
SINDOU	Marc	Neurochirurgie
THIVOLET-BEJUI	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
TOURAINE	Jean-Louis	Néphrologie
TREPO	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TROUILLAS	Jacqueline	Cytologie et histologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

BENCHAIB	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
BRINGUIER	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
CHALABREYSSE	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
HERVIEU	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP-SARDA	Marie Nathalie	Immunologie
LE BARS	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
MENOTTI	Jean	Parasitologie et mycologie
PERSAT	Florence	Parasitologie et mycologie
PIATON	Eric	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
STREICHENBERGER	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

BONTEMPS	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
CASALEGNO	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARRIERE	Sybil	Endocrinologie
COZON	Grégoire	Immunologie
ESCURET	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PINA-JOMIR	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
PLOTTON	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SCHLUTH-BOLARD	Caroline	Génétique
TRISTAN	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VASILJEVIC	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK-GUILLEM	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

BOUCHIAT SARABI	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BUTIN	Marine	Pédiatrie
CORTET	Marion	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COUTANT	Frédéric	Immunologie
CURIE	Aurore	Pédiatrie

DURUISSEAUX	Michaël	Pneumologie
HAESEBAERT	Julie	Médecin de santé publique
HAESEBAERT	Frédéric	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
JACQUESSON	Timothée	Neurochirurgie
JOSSET	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LACQIN REYNAUD	Quitterie	Médecine interne ; gériatrie ; addictologie
LEMOINE	Sandrine	Néphrologie
NGUYEN CHU	Huu Kim An	Pédiatrie
ROUCHER BOULEZ	Florence	Biochimie et biologie moléculaire
SIMONET	Thomas	Biologie cellulaire

Maître de Conférences Classe normale

DALIBERT	Lucie	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
GOFFETTE	Jérôme	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
LASSERRE	Evelyne	Ethnologie préhistoire anthropologie
LECHOPIER	Nicolas	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
NAZARE	Julie-Anne	Physiologie
PANTHU	Baptiste	Biologie Cellulaire
VIALLO	Vivian	Mathématiques appliquées
VIGNERON	Arnaud	Biochimie, biologie
VINDRIEUX	David	Physiologie

Maître de Conférence de Médecine Générale

CHANELIERE	Marc
------------	------

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

DE FREMINVILLE	Humbert
PERROTIN	Sofia
PIGACHE	Christophe
ZORZI	Frédéric

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Remerciements

Au Président du jury :

- **Monsieur le Professeur Yves ZERBIB :**

C'est pour moi un grand honneur que de vous voir présider cette soutenance de thèse. Merci pour votre gentillesse et vos conseils.

Aux membres du jury :

- **Monsieur le Professeur Gilles RODE :**

Merci de votre enseignement précieux. Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Soyez assuré de mes respects les plus sincères.

- **Madame le Professeur Corinne PERDRIX :**

Je vous remercie de votre temps et votre disponibilité pour cette soutenance de thèse. Merci de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

- **Monsieur le Docteur Robert FAUCHÉ :**

Un grand merci pour avoir accepté de diriger ce travail de thèse et de m'avoir accompagné tout au long de mon internat. Je vous adresse mes salutations les plus respectueuses.

- **Madame le Docteur Sylvie LAPLANCHE :**

Je te remercie sincèrement Sylvie, pour tes enseignements et la bienveillance dont tu fais preuve. Travailler avec toi a été un grand plaisir et un immense honneur. Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.

A mes parents :

Je ne vous remercierai jamais assez pour le soutien sans limite que vous m'avez accordé à chaque instant de ma vie. Vous êtes les parents que chaque enfant rêverait d'avoir. Merci pour l'amour que vous me donnez tous les jours depuis ce 22 Octobre 1992. Je vous aime.

A mon frère :

Chaque moment partagé avec toi est un vrai plaisir. Ta gentillesse et ta générosité envers moi me toucheront toute ma vie. Nous avons encore plein de choses à partager. Ne change jamais. Tu es promis à de grandes choses. Je t'aime.

A ma famille :

Merci à chacun de vous pour votre bienveillance et votre bonne humeur quotidienne. Nous avons passé tellement de bons moments ensemble et j'espère que ce n'est que le début.

A Yorick :

Je ne sais que te dire mon ami. Merci d'avoir toujours été là. Dans les bons comme dans les mauvais moments. Surtout dans les mauvais. J'ai bien peur de ne jamais pouvoir te renvoyer l'ascenseur tant tu as été important pour moi tous les jours depuis notre rencontre au CLB.

A Sophie :

Tu m'as inspiré un peu plus chaque jour par ton ambition et ton professionnalisme. Merci pour tous tes conseils sans lesquels je n'en serai pas là aujourd'hui. Tu es une magnifique personne. Ne change jamais.

A Marine :

Je te remercie du fond du cœur pour ton amitié et ton soutien de tous les jours. C'est une immense chance pour moi que de t'avoir rencontrée et de pouvoir passer des moments en ta compagnie. Encore merci pour tous ces conseils avisés depuis tout ce temps. Merci.

A Raphaël :

Quel plaisir d'avoir pu passer toutes ces soirées avec toi. Le QG c'est fini mais j'espère bien remettre le feu à la scène du temps des copains avec toi très prochainement.

A Domitille :

Aussi adorable qu'inadaptée, tu es irremplaçable. Merci de ta gentillesse quotidienne et de ton amitié. Mais non laisse tomber tu n'organiseras plus jamais une soirée. Aucun des chaux ne permettra ça.

A Pierre-Henri :

Au départ, une rencontre atypique.

Puis un confrère de choc pour des nuits de guerre où la légende s'est écrite si inconcevable que seuls ceux présents dans les tranchées puissent vraiment y croire.

Puis un ami. Les nuits moscovites et les réunions « sous le ballon rouge » n'étaient que le début d'une histoire que je ne vois jamais finir.

A Pauline :

Parce que tu es une magnifique personne et que tu en doutes trop souvent selon moi. Parce que j'ai la chance de te compter à mes côtés depuis BJ. Merci pour ton soutien, pour tes rires et ta générosité. J'espère que le destin nous permettra de partager de nombreux autres moments ensemble à Tomorrowland ou ailleurs.

A Valentin :

La vie nous a séparés dernièrement mais je pense tous les jours à toi. Car notre amitié n'est pas de celles qui s'oublient. Merci pour tous ces moments heureux, ces serrages de coudes contre vents et marées. Pour ce Winter Spirit. Pour m'avoir tant appris dans la vie. Je ne te remercierai jamais assez. En attendant de pouvoir entrechoquer nos pintes au Johnny's, je te dis à très vite VR2091.

A Sarah :

Parce que ta rencontre n'a pas été marquante. Puis les retrouvailles incroyables. Parce que tu as été une évidence. Parce que Pim. Parce que toi et moi au Bec. Parce que Romans-sur-Isère. Parce que la petite aire. Parce que t'es de la bonne cam. Parce que toutes ces choses qu'on n'a pas pu finir. Parce qu'un dernier singe. Parce que j'avais promis.

A Jérémy :

Ton ouverture d'esprit me surprendra toujours. On partait de loin. Mais tu as toujours été partant pour me suivre même dans les plans les plus absurdes. Merci pour cet entrain quotidien qui m'a aidé plus d'une fois. Merci pour ton incroyable amitié que je n'échangerai pour rien au monde. Je suis tellement heureux de te savoir heureux. Les images troublantes du Kaiser au croisement de la 4th et de la 11th avenue me hantent encore.

A Benjamin :

Tant de choses à dire, parce que tant de choses en commun. Les moments festifs ensemble me manquent. Je veux te revoir à 30%. Ou remonter l'escalier interminable des Enfers. J'espère que nous reprendrons ensemble un peu de Baklava sur les toits stambouliotes même si je ne prétends pas être ton meilleur ami ! Ah oui au fait, ferme les yeux bro...

A Paola :

Je n'oublierai jamais ta rencontre. Pour ces nuits jazzy endiablées. Pour ces rhums flambés que tu tenais presque mieux que moi. Pour ton sourire incroyable. Ah oui et pour Monica aussi. Ti stuzzico.

A Viola :

Oh yes toi aussi tu me manques ma Violina. J'espère que nos chemins se croiseront de nouveau un jour. Sur la selle du Diable ou ailleurs. Merci pour tous les magnifiques moments passés ensemble. Su Gunne Mama rua bagassa. Ciao Bella.

A Marie-Liesse :

Une autre vie. Une part de ma vie où tu as été essentielle. Merci pour ta présence à mes côtés, merci pour tes rires et ta tendresse. Peut-être à un de ces jours.

A Paul :

Tu es une de mes plus belles rencontres. Il ne m'a pas fallu longtemps avant de comprendre les atomes crochus que j'avais avec toi. J'espère que nous partagerons beaucoup d'autres moments Lagavulin même si ce n'est plus au 2.11.

Merci pour les claques partagées sur Saturne. Merci d'être mon ami. Je te souhaite le meilleur.

A mes collocs :

Un grand honneur de partager ce morceau de vie avec vous. Pas sûr qu'une vie suffise pour qu'on arrive au bout du Designated mais on verra bien. Peu importe les chaises pourries, le canapé moche, l'étagère à l'envers, la douche qui couine, le lave-vaisselle qui lave pas... Avec le sapin de la pépinière et Schmidt, et vous deux bien sûr, on est parfait. J'vous y mets où vos Grands Suds ?

A mes collocs par alliance :

Rassurez-vous, vous n'êtes pas que des +1 à mes yeux ! Merci pour votre bonne humeur quotidienne, votre joie de vivre et votre présence à la CHALoc. Encore deux clanpins que j'ai le bonheur de compter parmi mes amis. Bon on y va à l'Auchan ?

A Thibault :

Merci pour ce demi-kilo pris, je te le dois. Probablement qu'au moment où tu liras ces lignes, je l'aurai déjà perdu mais bon. Un vrai plaisir de partager ces moments « work-out » comme tu les appelles avec nos autres compagnons de rue. Je suis reconnaissant d'avoir pu te rencontrer. C'est pour moi un privilège que de te compter dans mon cercle d'amis. Mais attention ici c'est pas Marseille, c'est Lyon bb. Donc prends tes affaires et rentre chez toi stp.

A Thomas et FX :

Merci aux boute-en-train de nos soirées que j'ai eu le plaisir de côtoyer quotidiennement dans le 74. Bah oui j'allais quand même pas vous séparer les amoureux. Vous êtes au top ! C'est pas vous les prochains thésards au fait ?

A Jeanne de Fond de Teint :

Merci pour tes masques pleins de peinture qui me permettait de ne jamais confondre. Pour ces nombreuses gardes sans fin mais quand même moins longues quand je pouvais t'emmerder. Seul regret, je crois qu'on ne pourra jamais aller voir Queen sur scène ensemble. Oui, désolé de doucher tes espoirs. Et merci pour ta tête de dépravée lors du Halloween. Au plaisir de participer à ta formation, #Pronation

Au CHAL :

Merci pour ces instants à jamais gravés dans ma mémoire. Une période radieuse dans une année compliquée. C'est la larme à l'œil que j'ai quitté notre chez nous auquel je repenserai toute ma vie.

Au Dr Kevin O'Flynn :

Pour sa bienveillance et son envie de transmettre.

Au Dr Michel Till :

Premier responsable de mon choix de médecin généraliste.

Au Pr Jérôme Etienne :

Qui a su croire en moi à un moment où je ne savais quelle direction prendre. Soyez assuré de mon profond respect.

SOMMAIRE

- A) Introduction p.21

- B) Recherches et littérature p.23
 - 1) Anatomie p.23
 - Les os p.23
 - Les articulations p.25
 - Les muscles p.26
 - 2) Physiopathologie p.30
 - 3) Épidémiologie p.31
 - 4) Interrogatoire et clinique p.33
 - L'interrogatoire p.33
 - Les manœuvres de conflit p.34
 - Le testing musculaire p.35
 - 5) Imagerie p.40
 - Radiographie p.40
 - Échographie p.42
 - IRM p.43
 - 6) Thérapeutique p.44

- C) L'étude p.45
 - 1) Question de recherche et critères de jugement p.45
 - 2) Méthodes p.46
 - 3) Matériels p.47
 - Population étudiée p.47
 - Questionnaire p.47
 - 4) Résultats p.53
 - Caractéristiques de la population p.53
 - Fréquence de rencontre de la pathologie p.54
 - Mode de prise en charge p.55
 - Analyses en sous-groupe p.62
 - 5) Discussion p.75
 - Caractéristiques de la population p.75
 - Mode de prise en charge de la tendinopathie de la coiffe lors de la première consultation p.75

- Biais et points négatifs p.78

D) Conclusion p.80

E) Bibliographie p.84

F) Annexes p.88

INTRODUCTION :

L'épaule est une articulation dont les multiples mouvements sont exploités au quotidien dans la vie de tous les jours. Elle est ainsi souvent à l'origine de nombreuses pathologies de causes diverses et variées : dégénératives, inflammatoires et traumatiques.

Les tendinopathies de la coiffe des rotateurs constituent une pathologie fréquemment rencontrée dans l'exercice de la médecine générale. Elles représentent la première cause de consultation pour épaule douloureuse.

Elles définissent une atteinte tendineuse d'un ou de plusieurs muscles de l'épaule.

De manière à différencier les éventuelles lésions d'une atteinte de la coiffe des rotateurs en médecine générale, il apparaît évident qu'un examen clinique précis et efficace est une condition sine qua non.

Il conditionne par la suite une prise en charge diagnostique complémentaire par imagerie si jugée nécessaire par le clinicien, puis thérapeutique adaptée à une récupération satisfaisante de la fonctionnalité de l'articulation.

L'examen de cette articulation et la prise en charge de sa pathologie ne semblent pas présenter de difficultés pour le médecin généraliste qui y est souvent confronté. Cependant, au cours de mes différentes expériences en médecine libérale, il m'est apparu certaines disparités dans les prises en charge en fonction du lieu d'exercice et de chaque praticien.

Cette observation m'a amené à me poser la question suivante : quelle est la prise en charge de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs en médecine générale sur la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Sur le plan bibliographique, pléthore d'études ont été réalisées sur l'attitude diagnostique à travers les différentes manœuvres du testing de l'épaule et la prise en charge diagnostique et thérapeutique qui en découle.

L'objectif de ce travail de thèse est de faire un état des lieux des différentes prises en charge des tendinopathies de la coiffe des rotateurs en médecine générale lors de la première consultation.

Nous ne traiterons que des tendinopathies non traumatiques.

Nous commencerons par une revue non exhaustive de la littérature identifiant la prise en charge proposée par les études et les recommandations, puis nous étudierons dans un second temps le mode

de prise en charge et le niveau de satisfaction des médecins généralistes en Rhône-Alpes-Auvergne à travers la diffusion d'un questionnaire anonyme.

A) RECHERCHES ET LITTÉRATURE

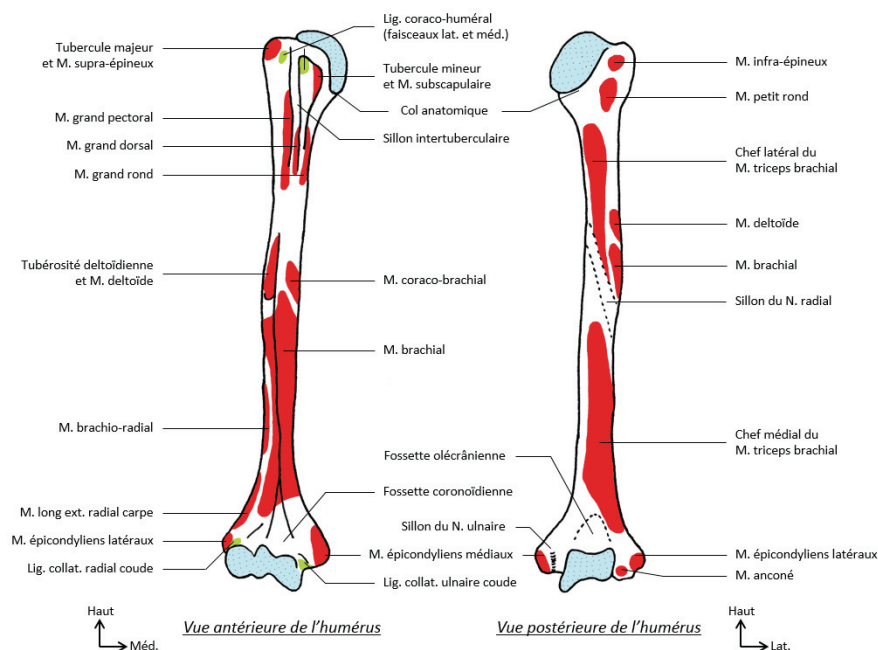
1) ANATOMIE :

L'épaule est l'articulation la plus mobile du corps humain. On peut la comparer à une balle de tennis dans une cuillère ou un bol permettant de mouvoir le membre supérieur dans les 3 plans de l'espace. Elle permet de réaliser principalement quatre mouvements appelés : élévation antérieure dans le plan sagittal, latérale ou abduction dans le plan frontal, rotation interne et rotation externe.

On peut la diviser en un complexe de trois articulations distinctes : glénohumérale, acromio-claviculaire et sternoclaviculaire ; ainsi que de deux espaces de glissement : l'espace sous-acromial et l'espace scapulo-thoracique.

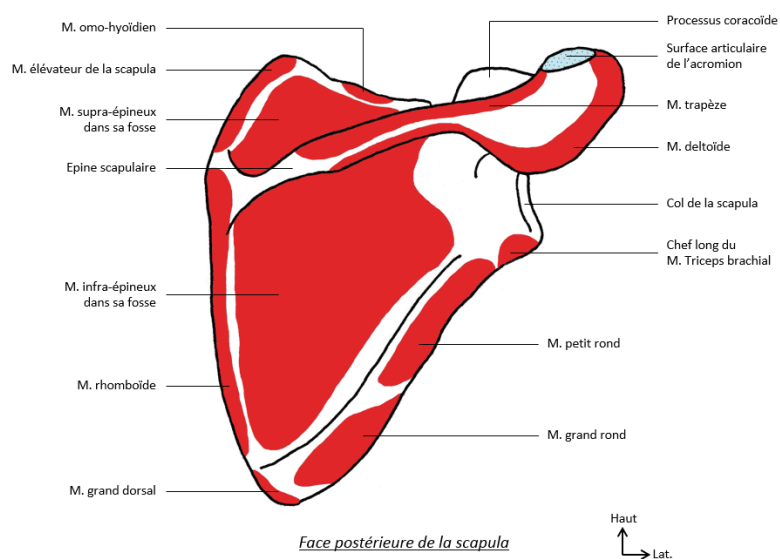
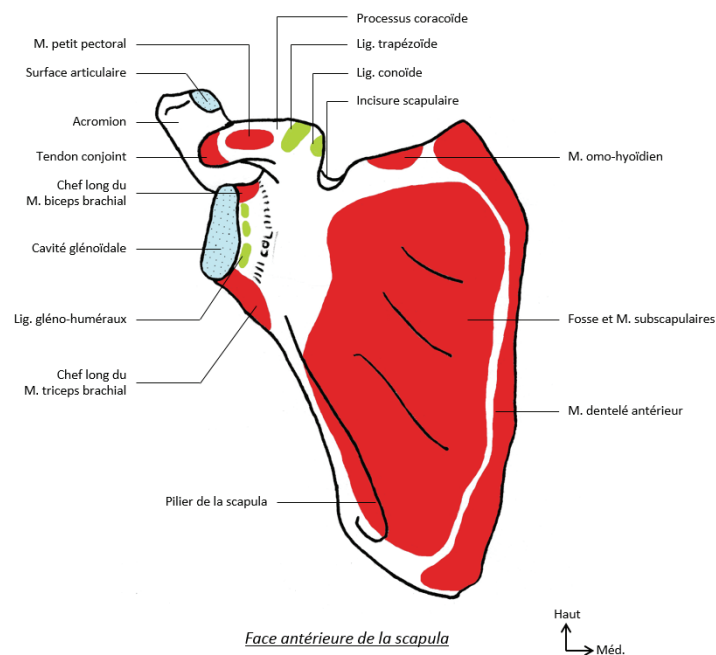
Les os de l'épaule :

L'humérus : Il s'agit d'un os long triangulaire à la coupe. Son extrémité supérieure ou proximale, surface convexe recouverte de cartilage et délimitée par le col anatomique comprend les tubercules majeur et mineur où s'insèrent les différents tendons de la coiffe des rotateurs. Entre ces deux tubercules se trouve la gouttière bicipitale qui permet le cheminement de la portion longue du biceps brachial.



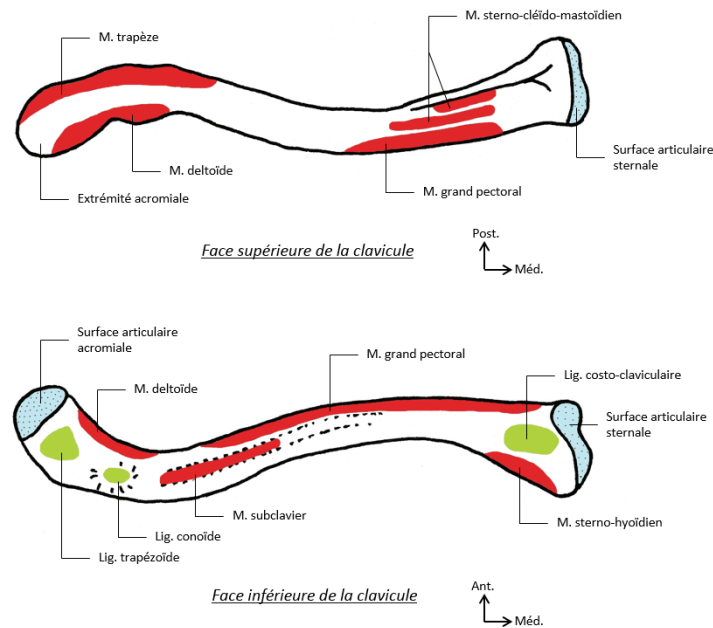
Source : Université Catholique de Lille

L'omoplate ou scapula : Il s'agit d'un os triangulaire et plat posé sur le grill costal postérieur entre les deuxième et septième côtes, sur lequel reposent les différents muscles de l'épaule. Son épine postérieure permet la délimitation de deux fosses supérieure et inférieure, lieux d'insertion des muscles supra et infra-épineux. Concernant ses surfaces articulaires, on retrouve la glène, surface concave située en regard de la tête humérale, l'acromion collé à l'extrémité latérale de la clavicule par sa surface antéro-médiale et enfin, l'apophyse coracoïde émergeant au-dessus de la glène. Ces deux derniers sont reliés entre elles par un ligament coraco-acromial formant un toit au-dessus de l'articulation glénohumérale.



Source : Université Catholique de Lille

La clavicle : Os en forme de S qui relie le membre supérieur au sternum. Elle est articulée avec l'acromion à son extrémité latérale et au sternum à son extrémité médiale. Elle forme avec la scapula la ceinture scapulaire. (1)



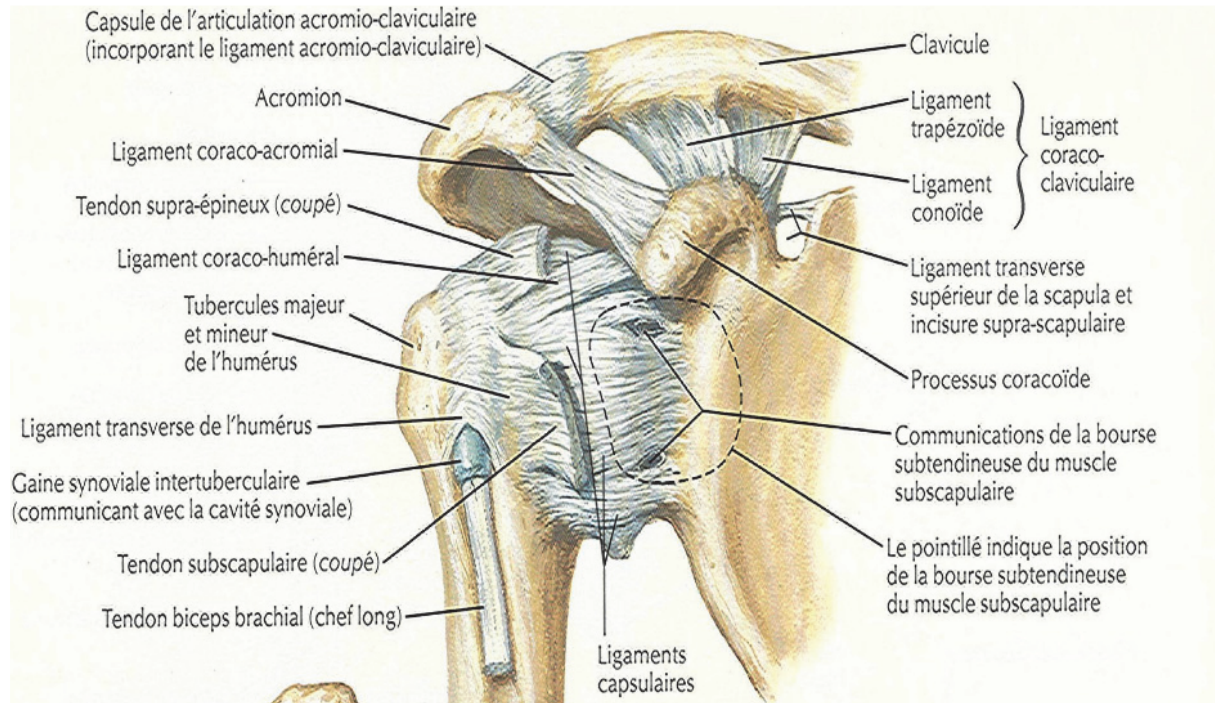
Source : Université Catholique de Lille

Les articulations de l'épaule :

L'articulation gléno-humérale : Il s'agit d'une énarthrose synoviale en forme de sphère qui rend possible des mouvements dans les trois plans de l'espace favorisant les luxations. Les mouvements réalisés sont la flexion/extension, l'adduction-abduction et la rotation médiale et latérale observées selon trois positions rotatoires appelées R1 (coude au corps), R2 (en antéflexion) et R3 (90° en abduction). La tête humérale vient s'insérer en haut en dedans et en arrière dans la glène de la scapula, cavité non congruente renforcée par le labrum glénoïdien, anneau de fibrocartilage qui permet une meilleure adaptation. Elle est stabilisée par les ligaments gléno-huméraux et coraco-huméral de manière passive et par les tendons des différents muscles de la coiffe des rotateurs de manière active. (2)

L'articulation acromio-claviculaire : Il s'agit d'une articulation plane avec une capsule articulaire contenant le liquide synovial. Son degré de mobilité est bien moindre. Sa stabilité est assurée par deux ligaments coraco-claviculaires : conoïde et trapézoïde. Elle permet des mouvements essentiellement antéropostérieurs et vertical. On retrouve au niveau de cette articulation un espace de glissement : l'espace sous-acromial ou sous-deltôïdien.

L'articulation sternoclaviculaire : Elle met en contact la clavicule et le sternum comportant un disque artriculaire de fibrocartilage et permet des mouvements antéropostérieurs. Sa mobilité est également réduite.



Articulation de l'épaule (glénohumérale) d'après Franck Netter

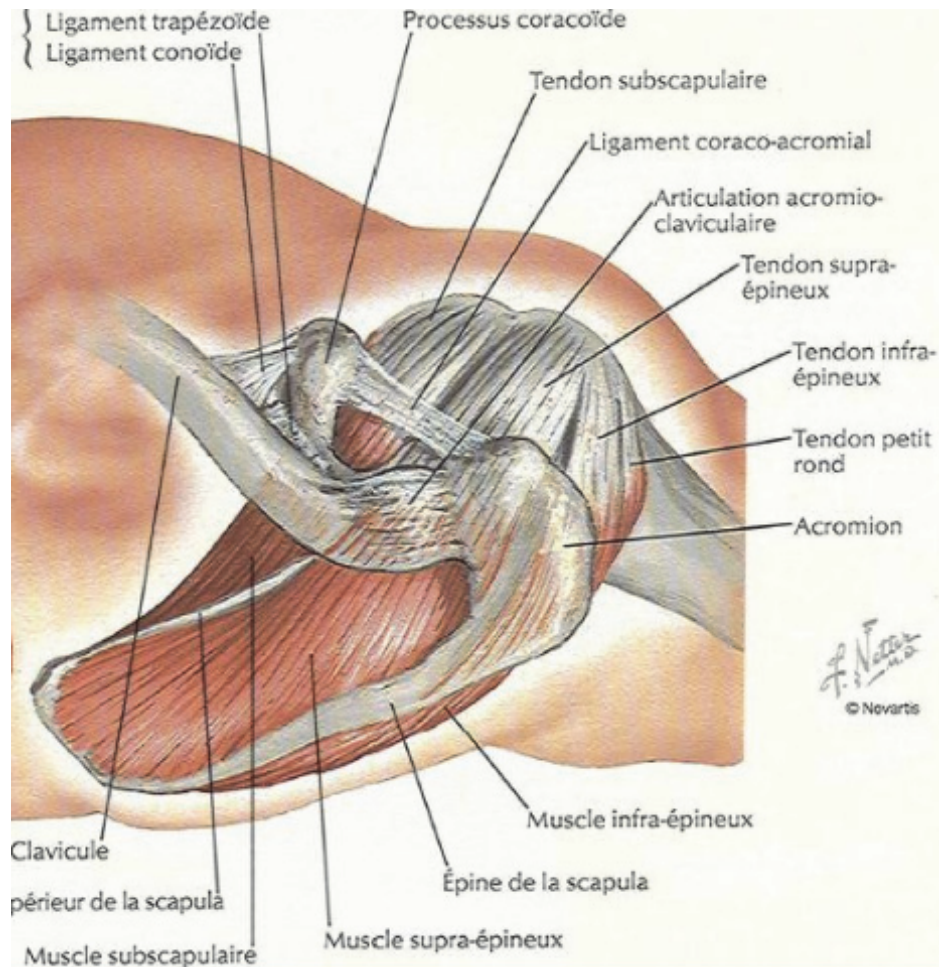
Les muscles de la coiffe : Ils sont au nombre de quatre et permettent un maintien en position centrée de la tête humérale. (3)

Le sus-épineux qui permet l'élévation antérieure et l'abduction s'insère dans sa fosse sus-épineuse et sur le tubercule majeur.

Le sous-épineux et le petit rond (ou Teres Minor) réalisent la rotation externe. Le premier se loge dans la fosse épineuse inférieure et sur le tubercule majeur. Le second prend origine sur le même tubercule ainsi que sur la scapula.

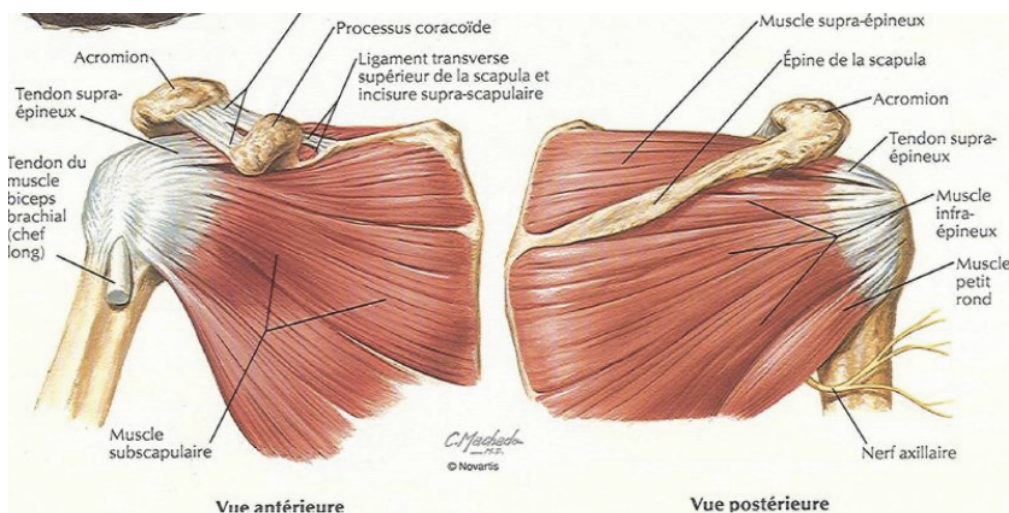
Le subscapulaire permet la rotation interne. Il s'insère à la face antérieure de la scapula et sur le tubercule mineur.

Ces quatre muscles constituent la coiffe des rotateurs à proprement parler et sont tous innervés par le nerf supra-scapulaire issu du plexus brachial à l'exception du Teres Minor innervé par le nerf axillaire.



Vue supérieure des muscles de la coiffe des rotateurs d'après Franck Netter

La portion longue du biceps est parfois comptabilisée dans la coiffe des rotateurs, elle est positionnée en avant de l'humérus dans sa gouttière. Son tendon passe dans la capsule articulaire de l'épaule et au-dessus de la tête de l'humérus limitant ainsi son ascension. Il est recouvert par le ligament huméral transverse qui relie les deux tubercules.



Vues antérieure et postérieure de la coiffe des rotateurs d'après Franck Netter

L'association des tendons de ces différents muscles et du manchon fibreux permet un maintien de l'articulation glénohumérale.

Le muscle deltoïde donne le galbe de l'épaule. Il s'insère à la fois sur la clavicule, l'épine scapulaire et la diaphyse humérale en donnant le V deltoïdien. Il permet des mouvements de flexion-extension dans le plan sagittal et d'adduction-abduction dans le plan frontal.

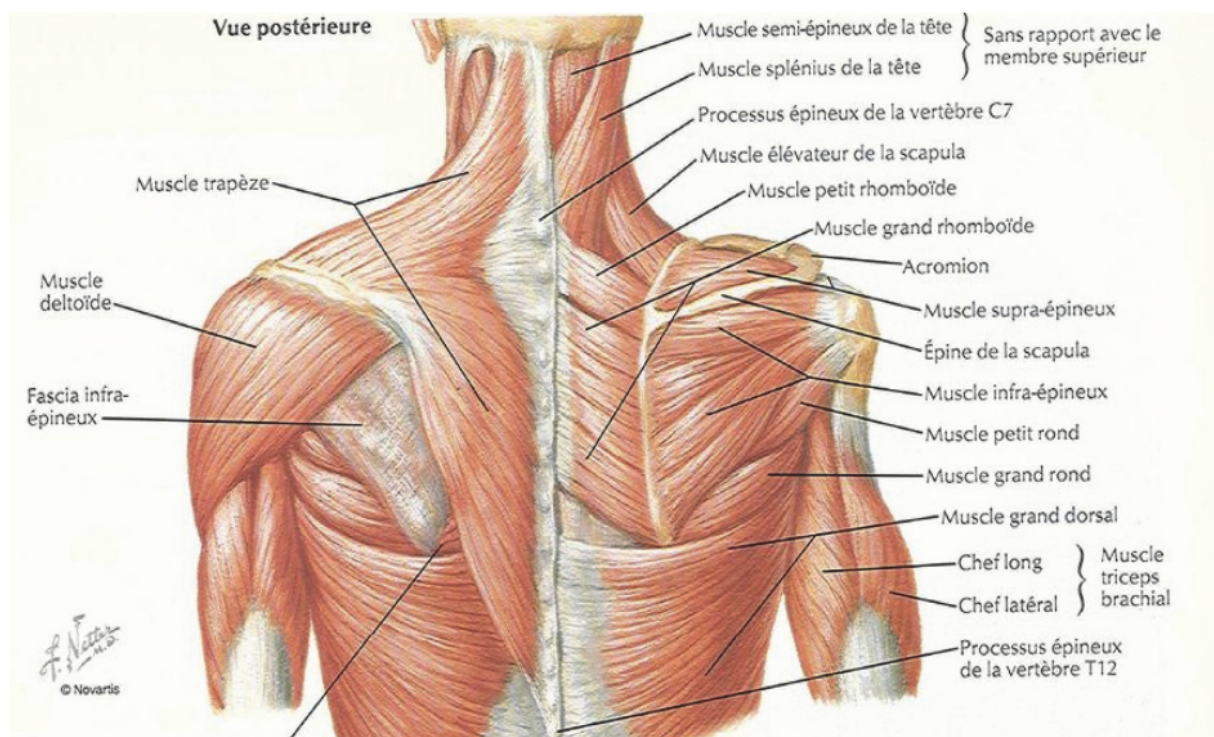
Le trapèze est un muscle pair triangulaire à base médiale formant un losange sur la partie supérieure du dos. On le divise en trois faisceaux distincts supérieur, moyen et inférieur.

Le premier permet le haussement des épaules, l'élévation de la scapula ainsi que les différents mouvements du rachis cervical comme la rotation contralatérale et l'inclinaison homolatérale. Il prend ses insertions sur le tiers distal de la clavicule et sur l'occiput et les épineuses vertébrales. Il est innervé par le nerf accessoire.

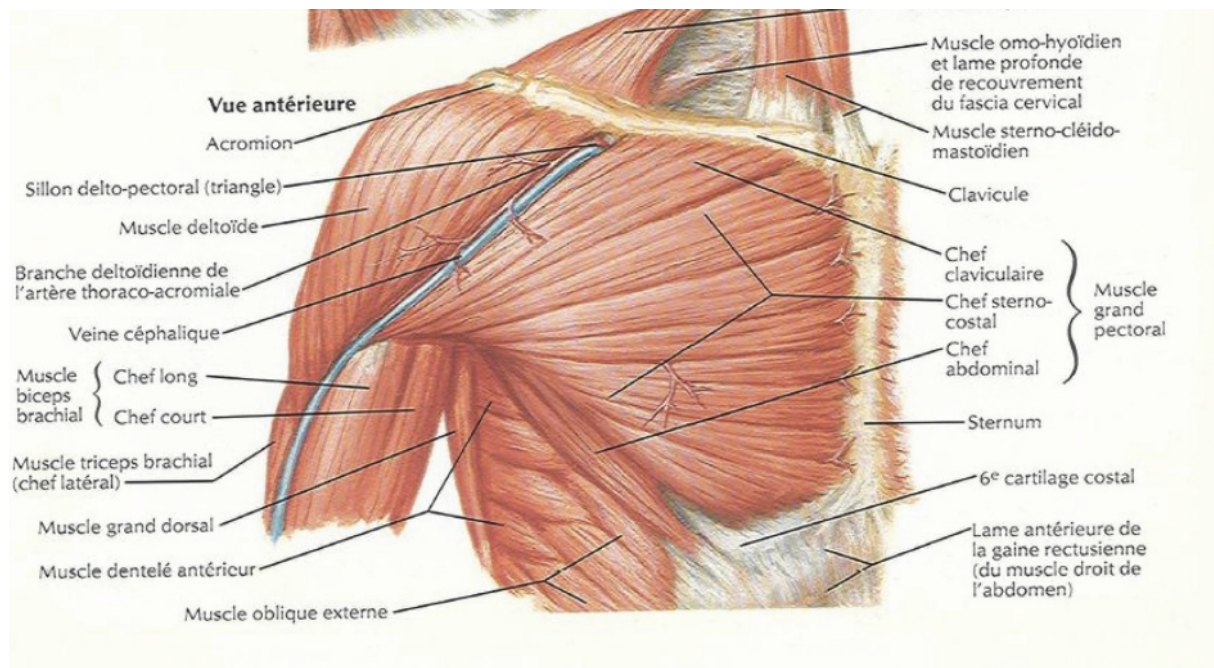
Le deuxième s'insère sur le bord médial de l'acromion et la face postérieure de l'épine scapulaire. Il permet de ramener l'épaule en arrière.

Le troisième s'insère sur le bord postérieur de la scapula et les processus épineux de T4 à T12. Il permet d'abaisser les épaules.

Ils sont tous les deux innervés par le nerf du trapèze. (4)



Vue postérieure des muscles de l'épaule d'après Franck Netter



Vue antérieure des muscles de l'épaule d'après Franck Netter

2) PHYSIOPATHOLOGIE :

Le tendon est principalement constitué d'eau (70%) et de fibres collagènes de différents types de concentration et de taille variable en fonction des charges « prévues » sur chaque zone tendineuse.

Le métabolisme du tendon est à majorité anaérobie afin d'éviter une nécrose rapide lors d'efforts intenses et répétés. (5)

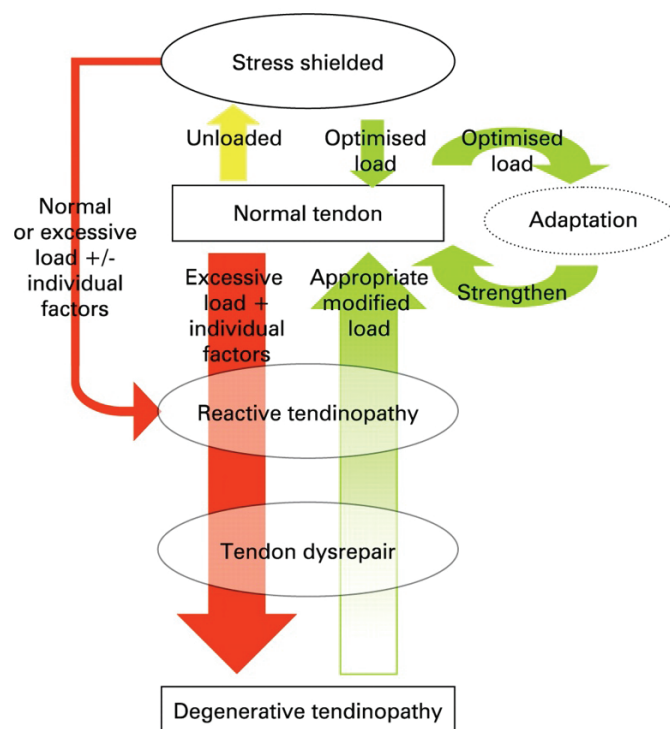
La Revue Médicale Suisse affirme que le tendon est extensible jusqu'à 4% avant d'observer une rupture partielle qui deviendra totale aux alentours de 8% tout en rappelant que de telles extensions nécessitent des charges rarement atteintes.

Dans le British Journal of Sports Medicine, Cook et Purdam évoquent le continuum des tendinopathies en les classant en trois stades distincts. (6)

Le premier stade correspond à la tendinopathie réactionnelle : elle représente une adaptation par épaissement rapide du tendon concerné en réponse à une augmentation de charge. C'est une étape non inflammatoire où la production de protéoglycanes est accélérée.

Le deuxième stade correspond à la « dysrepair tendinopathy » où il existe un accès inflammatoire avec production de cytokines, réorganisation de la structure matricielle et néovascularisation. Il est souvent atteint par une fréquence importante de charges trop lourdes portées.

Le troisième et dernier stade correspond à la tendinopathie dite « dégénérative » où on peut constater une apoptose cellulaire. (6)



Le Continuum des tendinopathies selon Cook et Purdam, Source : British Journal of Sports Medicine

3) EPIDEMIOLOGIE :

Les douleurs de l'épaule sont le troisième motif de consultation en médecine générale de type musculo-squelettique derrière les lombalgies et les cervicalgies. Les atteintes de la coiffe des rotateurs représentent la première cause « d'épaule douloureuse. ». (7)

L'épaule douloureuse chronique représente 4% des consultations de médecine générale. (8)

L'incidence des douleurs chroniques de l'épaule en consultation de médecine générale a été évaluée à 11.2 pour mille patients/année. Elle est plus fréquente chez la femme (11.1 pour mille patientes/année) que pour les hommes (8.4 pour mille patients année). La pathologie de la coiffe des rotateurs reste l'étiologie la plus fréquemment rencontrée avec 48% des épaules douloureuses chroniques. (9)

D'après les données de l'Observatoire de Médecine Générale recueillant des données épidémiologiques sur la prise en charge de ville, la prévalence de la ténosynovite de l'épaule augmente chaque année. Elle est ainsi passée de 1.5% en 1994 à 2.5% en 2009. En fonction de la tranche d'âge, on peut noter que jusqu'à 6.4% des 70-79 ans sont atteints. (10)

Le nombre de consultation a plus que triplé en 15 ans selon l'OMG pour la ténosynovite de l'épaule en passant de 1068 à 3866 en France. (10)

Une étude danoise portant sur l'incidence des tendinopathies de la coiffe des rotateurs a démontré une augmentation alarmante de la pathologie passant de 149/100000 personnes-année en 1996 à 715.3/100000 personnes-année en 2013. (11)

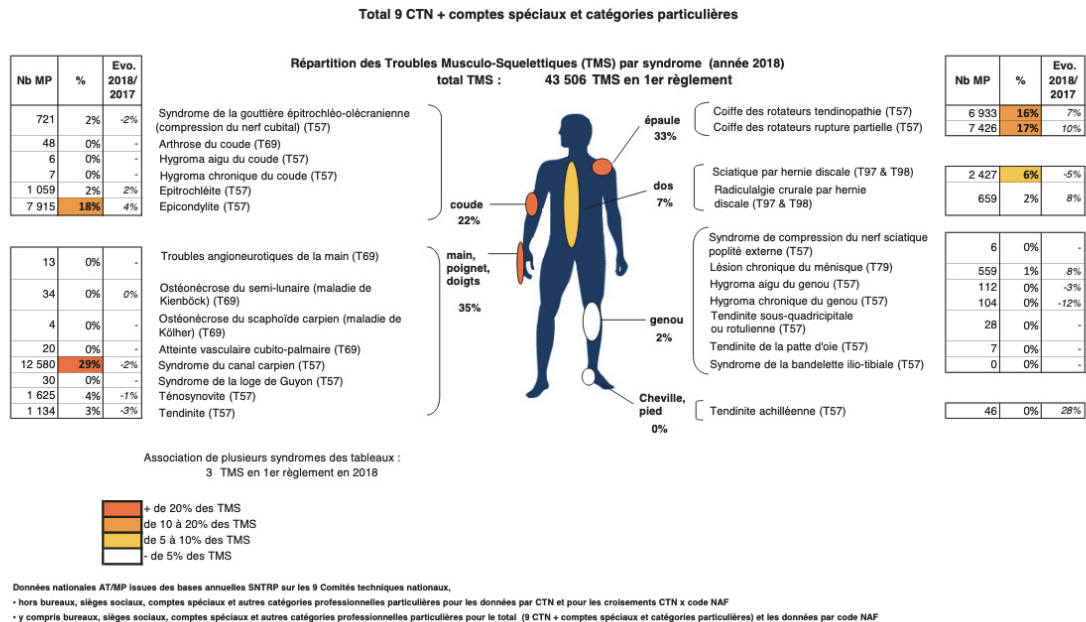
Le département de chirurgie orthopédique de la Gunma University à Maebashi a mis en évidence lors d'une étude réalisée sur un village de montagne que 20.7% de la population présentait une lésion transfixiante, symptomatologie ou non. Au contraire, seuls 34.7% des lésions étaient symptomatiques et ils ne retrouvaient aucune lésion avant 49 ans. (12)

Fehringer et al. ont retrouvé une prévalence de 22% de lésion transfixiante de la coiffe après évaluation par échographie dans une population de 65 ans et plus dans le Nebraska, symptomatiques ou non. (13)

Le tendon du muscle sus-épineux semble être le plus fréquemment touché en raison de sa localisation sous-acromiale. (14)(15)

Les tendinopathies de la coiffe sont reconnues en tant que maladies professionnelles aussi bien par le Régime Général depuis 1972 que par le Régime Agricole depuis 1976 selon les tableaux disponibles sur le site de l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS). Elles correspondent aux tableaux 57 et 39. (16)(17)

En 2018, l'épaule représente le deuxième syndrome douloureux le plus fréquemment en cause (33%) dans la déclaration en tant que maladie professionnelle au sein des troubles musculo-squelettiques derrière la main (35%) selon les données de sinistralité du Système National de Tarification des Risques Professionnels (SNTRP). (18)



Répartition des syndromes musculo-squelettiques sur l'année 2018

4) INTERROGATOIRE ET CLINIQUE

Ce travail de thèse ne traite que des tendinopathies non traumatiques.

Lors de l'interrogatoire, le patient rapporte la plupart du temps une douleur chronique de l'épaule à la mobilisation, parfois associée à une diminution des amplitudes. Il n'y a ni œdème, ni déformation de l'épaule.

Nous devons retrouver les facteurs ayant initialement déclenché la douleur et la déclenchant de nouveau, les traitements en cours (exemple : fluoroquinolones), les antécédents traumatiques et médicaux, le côté dominant, la date d'apparition des symptômes (une symptomatologie présente depuis longtemps entraînera une augmentation du risque de récupération fonctionnelle partielle).

Les principaux symptômes retrouvés sont la douleur de l'épaule, pouvant être irradiante jusqu'au coude, nocturne et insomniente d'autant plus si le patient dort sur le côté atteint, augmentée à la mobilisation et à l'effort, diminuée en position de repos.

Il peut également exister une diminution de la force musculaire. (19)

Il est important de laisser le patient se déshabiller de lui-même afin d'observer la limitation fonctionnelle du membre supérieur.

Lors de l'examen qui se réalise torse nu, l'inspection recherche essentiellement des signes d'amyotrophie des deux fosses signant l'ancienneté de la pathologie ou une éventuelle déformation du galbe de l'épaule possible témoin d'une atteinte ligamentaire.

Les mobilités sont ensuite explorées en deux temps.

Les mobilités passives sont recherchées de manière bilatérale par les différents mouvements de l'épaule : élévation antérieure, abduction, rotation interne et externe qui se réalise dans les positions R1 et R2. Une limitation lors de l'évaluation passive peut signer une capsulite rétractile.

Les mêmes mobilités sont recherchées dans un second temps de manière active. (19)

Les tests cliniques :

Le premier test de l'examen clinique d'une tendinopathie de la coiffe consiste à rechercher l'existence d'un conflit sous acromial. Il en existe principalement trois. (20)

Le conflit sous acromial correspond à des lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs, conséquence d'un conflit répété et chronique des différents tendons des muscles de l'épaule avec le bec antéro-inférieur de l'acromion et le ligament acromio-coracoïdien.

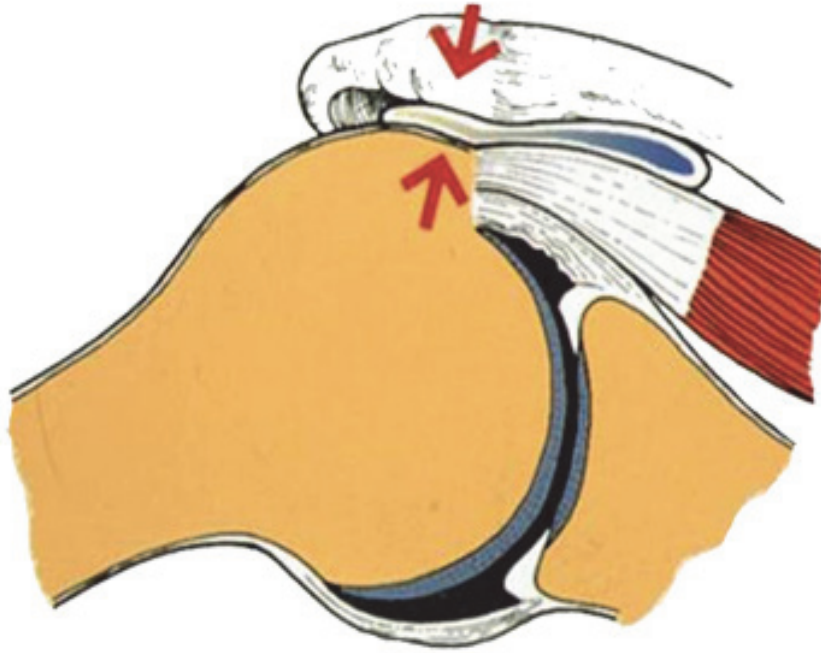
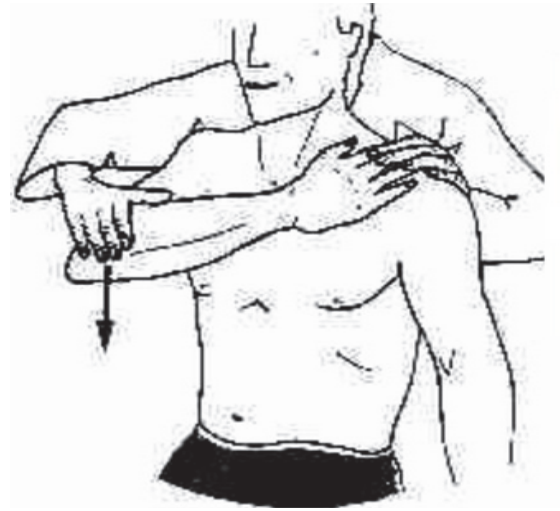


Schéma du conflit sous-acromial (Source : Le Site de l'épaule)

Le signe de Neer : Il s'agit d'une élévation antérieure et passive du membre supérieur en inhibant la rotation de l'omoplate. Une douleur apparaît entre 60 et 120° en pronation. Elle disparaît en supination. Sa sensibilité se situe entre 75 et 82% et sa spécificité entre 48 et 58%. (21)



Le signe de Yocum : Il consiste à une élévation contre résistance du membre supérieur concerné, main posée sur l'épaule controlatérale. La douleur signe la positivité.



Le signe de Hawkins : Membre supérieur à 90° d'élévation antérieure et coude fléchi, on imprime un mouvement de rotation interne. La douleur signe la positivité. Sa sensibilité est la même que pour le signe de Neer mais sa spécificité reste faible. (22)

Ces différentes manœuvres cherchent à reproduire la douleur ressentie par le patient lors de mouvements de la vie quotidienne par mise en tension des structures sous acromiales.



Neer

Yocum

Hawkins

Recherche d'un conflit sous-acromial selon G.Walch

Il existe pléthore de tests cliniques permettant d'explorer les différents muscles de la coiffe des rotateurs.

Ils ne présentent un réel intérêt que lorsque l'épaule est peu algique. En effet, dans le cas d'une douleur trop présente, tous les tests seront positifs et leur spécificité sera très faible.

La coiffe des rotateurs comprend donc quatre muscles : sus-épineux, sous-épineux, petit rond, subscapulaire si nous ne comptons pas la portion intra-articulaire du long biceps. Chacun d'entre eux

sera donc testé séparément par une ou plusieurs manœuvres bien spécifiques. Cependant, il faut bien garder en tête qu'aucun test ne peut tester un muscle de façon complètement isolée.

Le sus-épineux :

On le teste à travers le signe de Jobe. Il se recherche en position debout, les deux bras à 90° d'abduction, dans le plan de l'omoplate (30° vers l'avant) et pouces vers le bas. Le patient doit alors résister à une pression descendante de l'examineur. Une diminution de la force musculaire signe la positivité et une éventuelle rupture tendineuse. La douleur en revanche n'est pas retenue comme un critère du test. Selon une étude comparant l'efficacité des tests cliniques de l'épaule douloureuse contre une échographie, il est extrêmement sensible 100% mais peu spécifique 27%. (23)

Une rotation trop importante des pouces vers le bas signe la compensation du muscle infra-épineux lors du test.

Selon le travail de thèse du Dr CLEOPHAX, seuls 22% des médecins généralistes réaliseraient ce test en région parisienne. (24)

Le test de Jobe semble avoir une certaine pertinence clinique dans les ruptures complètes du sus-épineux. (21)



Manœuvre de Jobe dans le testing du sus-épineux



Manœuvre de Jobe dans le testing du sus-épineux (Vue supérieure)

Le sous-épineux :

Il est évalué par le test de Patte. Il se réalise en position debout. Le patient place son membre supérieur à 90° d'abduction, flexion du coude à 90° et doit réaliser un mouvement de rotation externe contre contrainte de l'examineur. Une diminution de la force musculaire signe la positivité et détecte une possible rupture de l'infra-épineux.

Sa sensibilité oscille entre 73 et 79%, sa spécificité entre 69 et 71%. (21)



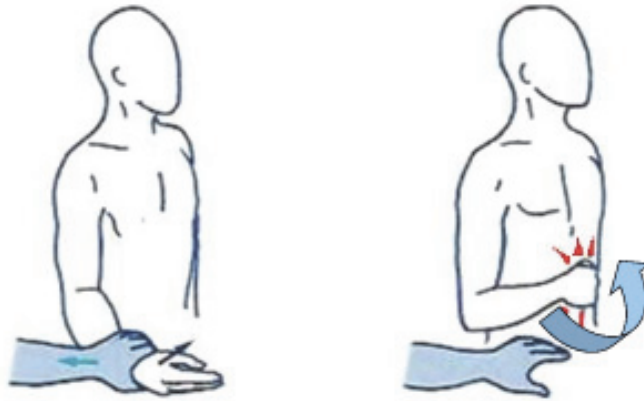
Manœuvre de Patte (Vue latérale)

Un deuxième test consiste en une rotation externe contrariée en position RE1.

Une faiblesse signe également une rupture de l'infra-épineux.

Sa sensibilité se mesure entre 68 et 75%, sa spécificité de 57 à 69%. (21)

Le test du rappel automatique en rotation interne consiste à emmener en rotation externe le bras du patient coude au corps fléchi à 90°. Lorsque l'examineur lâche le membre supérieur du patient, celui-ci ne peut le maintenir en position et il se rabat immédiatement sur l'abdomen signant une rupture du sous-épineux : c'est le signe du portillon.



Signe du portillon

Le sub-scapulaire :

Nous pouvons l'évaluer par le test de Gerber.

Par un mouvement de rotation interne, la main du patient se place dans son dos au niveau des épines vertébrales.

On peut alors soit demander au patient de pousser contre la main de l'examineur afin de décoller sa propre main de son dos ou bien tenir la main du patient à distance du dos avant de la lâcher en demandant au patient de maintenir cette position.

Dans le cas d'un déficit de ce muscle, le test est alors dit positif.

A l'inverse des autres tests, il est peu sensible mais très spécifique à hauteur de 85 à 100%. (21) et serait pratiqué par seulement 9% des médecins généralistes en région parisienne. (24)



Manœuvre de Gerber

Le lift-off test consiste en position main dans le dos à ce que la main du patient contre résistance de l'examineur reviendra systématiquement frapper contre le rachis en cas de déficit du subscapulaire.

Un autre test appelé Press-Belly Test ou Signe de Napoléon consiste à presser sur le coude du patient en position coude fléchi main sur l'abdomen. On cherche alors le décollement de la main qui signe la positivité et une éventuelle rupture du tendon du muscle subscapulaire.

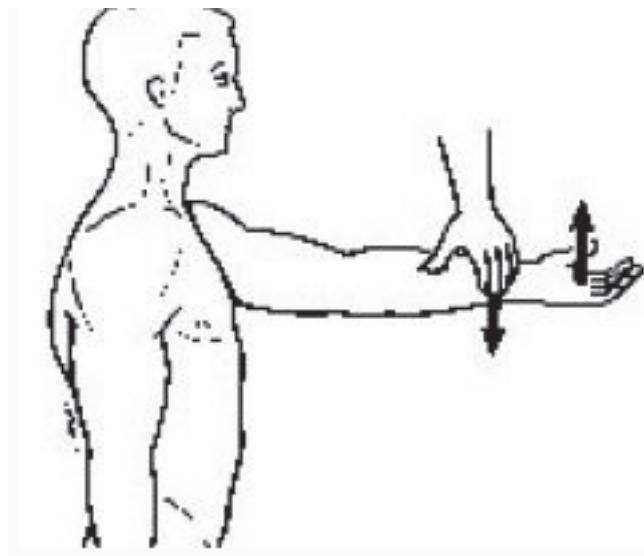
La sensibilité est faible à 45% et la spécificité élevée à 98%. (25)

Le long biceps brachial :

Il est évalué par le « Palm-up Test ». Il se réalise en position de bout, membres supérieurs en antéflexion à 90°, paumes vers le haut en supination. Le patient doit alors forcer contre la pression descendante exercée par l'examineur. Une perte de force musculaire signe la positivité. Le patient peut compenser lors du test en utilisant la flexion du coude.

En cas de rupture du tendon, lors de la flexion contrariée du coude, il est possible d'observer la rétraction du muscle sous forme « de boule ». La rupture de son tendon distal s'observe par le « signe de Popeye ».

Ce test à la fois peu sensible et peu spécifique serait utilisé par près de 18% des médecins généralistes. (24)



Palm-up test (Vue latérale)

5) IMAGERIE :

Si l'examen clinique est primordial et peut nous donner de nombreuses informations sur l'étiologie de la douleur, l'intensité de la perte de force musculaire et le muscle touché, il est de pratique courante de compléter le bilan initial par un examen d'imagerie.

Les dernières recommandations françaises de la HAS éditées en 2005 à la demande de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs salariés assure la place de l'imagerie en première intention dès la première consultation d'épaule douloureuse.

La radiographie standard permet en effet l'élimination des diagnostics différentiels avec en plus trois objectifs essentiels : la visualisation d'éventuelles calcifications, les signes indirects de rupture de la coiffe et la mesure de l'espace sous-acromial.

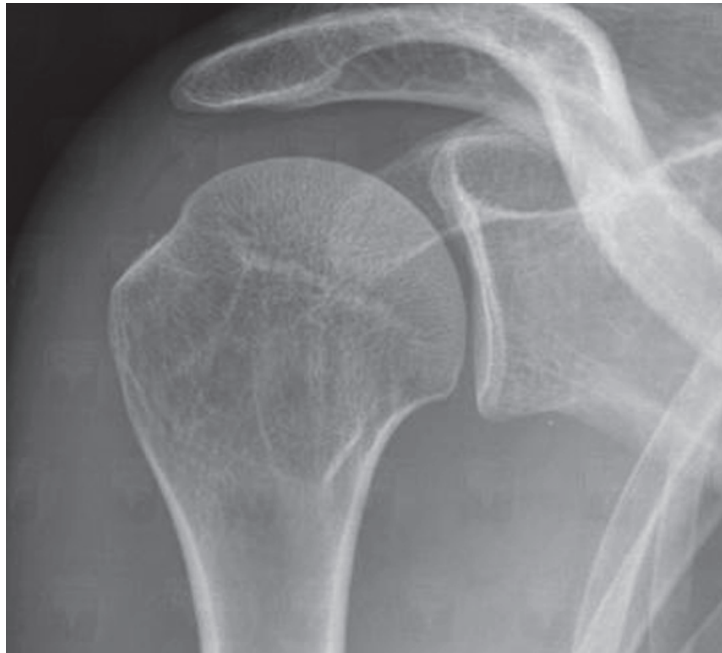
La HAS détaille les incidences utiles comme étant les incidences de face dans les 3 rotations et le profil de coiffe afin de pouvoir visualiser les différents sites d'insertion tendineuse. (26)

La réduction de l'espace sous-acromial à partir d'une valeur de 7mm peut être en faveur d'une rupture de la coiffe des rotateurs. Les valeurs physiologiques oscillent en général entre 7 et 15 mm, la moyenne étant de 10mm. (27)

Une étude réalisée au Royaume-Uni sur la prise en charge des tendinopathies de la coiffe rapportait que 42% des généralistes ne réalisaient aucune imagerie dans ce cas clinique (28). La radio reste l'examen le plus prescrit devant la biologie sanguine et le scanner.

La radiographie de l'épaule sur l'incidence de Railhac est évaluée pour une valeur seuil à 6mm et consiste à réaliser un cliché de face en décubitus. Selon l'étude parue dans le Journal de Radiologie, il s'agit d'un cliché de réalisation simple et fiable dans le diagnostic de rupture étendue de la coiffe des rotateurs. (29)

Si l'indication d'imagerie en première intention est reconnue par les recommandations françaises de la HAS, il semble que les médecins soient divisés sur ce point comme le montre cette étude australienne incluant généralistes et rhumatologues. 69% des généralistes et 50% des rhumatologues prescrivent une radio d'épaule en première intention. (30)



Radiographie de face avec espace sous-acromial libre, Source : Institut de l'épaule de Strasbourg



Radiographie de face avec réduction de l'espace sous-acromial, Source : Pr Dominique SARAGAGLIA



Exemple d'une calcification du muscle sus-épineux, Source : Ph GAUDIN, F. BRUN

Les remaniements de la face inférieure de l'acromion ou de la grande tubérosité sont également des signes indirects de souffrance de la coiffe pouvant être observés à la radiographie.

On peut observer en radiographie trois types d'acromion : le type 1 qui correspond à un acromion plat, le type 2 à un acromion courbe et le type 3 dit « en crochet » plus fréquemment associé que les deux précédents à la pathologie de la coiffe.

Sur l'incidence de Railhac, les bords inférieurs de la clavicule et de l'acromion doivent être en continuité. S'il existe un débord du bord inférieur de l'acromion, c'est le signe d'une réduction du défilé sous-acromial. (31)

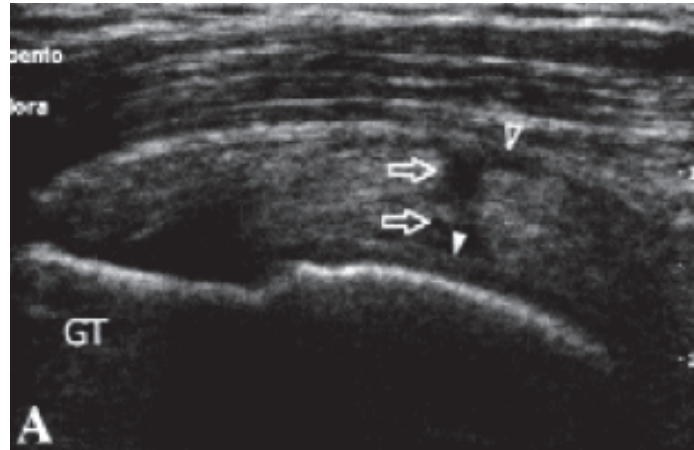
L'échographie peut être utilisée comme examen de première intention par un échographiste entraîné selon les dernières recommandations de la HAS de 2005. Elle ne remplace en aucun cas la radio mais peut être utile en cas de suspicion de rupture transfixiante et ainsi prescrite d'emblée dans le « couple radio/écho ». (32)

Le tendon va apparaître en échographie comme une structure fibrillaire homogène et hyperéchogène. L'activité doppler peut y être pathologique. (33)(34)

Sa sensibilité et sa spécificité semblent similaires pour diagnostiquer les ruptures partielles ou totales à celles de l'IRM selon les Guidelines publiées dans Acta Orthopaedica en Juin 2014. (35)

De plus, l'échographie apparaît comme un facteur lié à une amélioration significative de la douleur lorsqu'elle permet une infiltration radioguidée en comparaison à une infiltration dite « à l'aveugle » selon Edmund Soh. (36)

82% des généralistes et 56% des rhumatologues en Australie prescrivent cet examen en première intention. (30). Une seconde étude avec 1000 généralistes australiens démontre également une nette augmentation de la prescription d'échographie en première intention de 19.1 à 41.9% entre 2000 et 2016. (37)

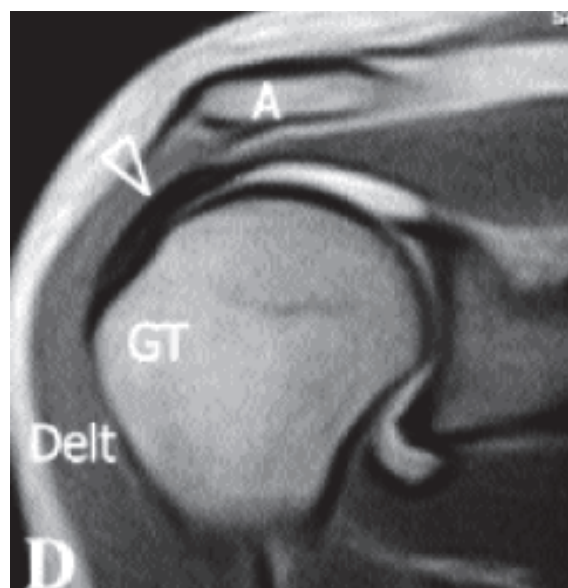


Échographie coronale d'une lésion transfixiante hypoéchogène du muscle sus-épineux, Source : RMS

L'imagerie de seconde intention (arthroscanner, IRM) se prescrit en cas de non-évolution ou mauvaise évolution sous traitement de première intention bien mené.

Dans certaines situations comme un âge supérieur à 50 ans ou une suspicion de lésion traumatique, elle peut bien évidemment être prescrite plus rapidement.

Les examens du bilan pré-chirurgical que sont l'arthroscanner, l'arthro-IRM et l'IRM (considérée comme le Gold Standard) s'appliquent à l'étude lésionnelle des différents tendons de la coiffe des rotateurs. Ils ne sont prescrits qu'en seconde intention et par le médecin qui va diriger la suite de la prise en charge (26).



Arthro-IRM du tendon sus-épineux

6) LA THERAPEUTIQUE :

Les traitements de première intention reposent sur les antalgiques de palier 1, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les infiltrations sous acromiales de corticoïdes. Les infiltrations guidées par l'intermédiaire d'une imagerie bénéficient d'une efficacité supérieure par rapport aux « aveugles » et ont démontré leur efficacité en termes d'antalgie. (26)(38)(39)

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens oraux ont démontré une antalgie à court terme sans amélioration de la récupération. (40)

La physiothérapie par ultrasons est également recommandée en cas de tendinopathie calcifiante. La kinésithérapie se base essentiellement sur l'entretien du capital musculaire et la récupération des amplitudes articulaires.

Dans le cas d'une tendinopathie de la coiffe avec rupture, le traitement médical peut être proposé en première intention.

En cas de non-évolution au bout de 6 mois, l'indication chirurgicale peut être discutée mais toutes les ruptures ne nécessitent pas de chirurgie. (26)

Cependant, il faut bien garder à l'esprit que le traitement chirurgical n'est pas forcément plus efficace dans toutes les situations comme le montre la méta-analyse de 7 essais randomisés comparant la diminution de la douleur entre geste chirurgical ou traitement conservateur de l'épaule en 2014 où il n'est pas retrouvé de différence significative. (41)(42)

Au Royaume-Uni, une étude réalisée auprès de 5000 médecins généralistes rapportait que le traitement le plus prescrit dans les tendinopathies de la coiffe des rotateurs étaient la kinésithérapie (77%) devant les anti-inflammatoires (58%) et les infiltrations sous acromiales de corticoïdes (48%). (28)

En Australie, au contraire, les infiltrations de corticoïdes sont le traitement de choix puisqu'il arrive en tête avec 19.5% de médecins généralistes le prescrivant contre 19.1% prescrivant des AINS loin devant les 7,5% traitant leurs patients au paracétamol (37).

L'ETUDE :

1) QUESTION DE RECHERCHE ET CRITERES DE JUGEMENT

La question de recherche de cette étude est : établir un état des lieux précis de la prise en charge des tendinopathies de la coiffe dites non traumatiques lors de la première consultation en Médecine Générale en Auvergne-Rhône-Alpes.

Les critères de jugement principaux sont les manœuvres réalisées concernant le testing de la coiffe et la prescription ou non d'une imagerie en première intention.

Les critères de jugement secondaires sont d'évaluer le détail du reste de la prise en charge de cette pathologie.

2) METHODES :

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive de type enquête de pratique.

Il a été choisi de réaliser une recherche quantitative afin de pouvoir extraire les données d'une population pour mettre en évidence une différence significative dans la prescription d'une imagerie ou non selon les sous-groupes définis.

Les logiciels utilisés sont Google Drive, Excel pour Mac version 16.43, Pages, Word pour Mac version 16.40 et R Studio.

Le questionnaire anonyme a été réalisé à l'aide de Google Drive, il comporte 23 questions sous forme de questions à choix multiples et une question à réponse ouverte.

Il était réalisable en 3 à 5 minutes. Nous espérions ainsi un taux de réponses acceptable.

Celui-ci a été envoyé à 489 médecins généralistes dont 20 médecins militaires exerçant dans l'ensemble de la Région Rhône-Alpes-Auvergne par l'intermédiaire du mailing liste donné par la Faculté de Médecine Lyon Est.

Nous n'avons malheureusement pas pu obtenir le mailing liste de l'URPS, nous obligeant à n'envoyer le questionnaire qu'à des Maîtres de Stage Universitaire.

Le questionnaire a été envoyé le 7 Mai 2020 pour une fin de recueil des données le 2 Août 2020 soit une période de presque 3 mois. Nous avons obtenu 131 réponses.

Les statistiques ont ensuite été réalisées par l'intermédiaire du Logiciel R Studio.

Ce projet de thèse a également été présenté à la Commission Recherche présidée par le Professeur Laurent Letrilliart le 23 Janvier 2020 à la Faculté de Médecine Lyon Est.

3) MATERIELS

a) Population de l'étude

Ce questionnaire et cette étude s'adressent aux médecins généralistes exerçant en libéral dans l'ensemble de la Région Auvergne-Rhône-Alpes inscrits sur la liste des Maîtres de Stage Universitaire de la Faculté de Médecine Claude Bernard Lyon Est lors de l'année universitaire 2019-2020.

Les critères d'inclusion étaient définis par :

- Une activité libérale en Médecine Générale
- Un exercice dans la Région concernée

Les critères d'exclusion correspondaient à :

- Aucun

Nous avons ainsi obtenu 131 réponses pour un total de 489 médecins généralistes sollicités.

b) Le questionnaire

1- A quelle fréquence rencontrez-vous des tendinopathies de la coiffe ?

- Moins d'une fois par mois
- Une à deux fois par mois
- Trois à quatre fois par mois
- Cinq à dix fois par mois
- Plus de dix fois par mois

2- Que recherchez-vous à l'interrogatoire ?

- Mécanisme Lésionnel
- Durée d'évolution des symptômes
- Douleur nocturne
- Antécédent de tendinopathie de la coiffe
- Profession
- Fièvre
- Perte de poids
- Autre

3- Que recherchez-vous à l'inspection ?

- Amyotrophie des fosses supra et infra-épineuses
- Inflammation de l'épaule

- Déformation des reliefs
- Amplitudes actives
- Autre

4- Que réalisez-vous à la palpation ?

- Recherche des points douloureux
- Palpation de l'articulation acromio-claviculaire
- Palpation de l'articulation sterno-claviculaire
- Palpation du rachis cervical
- Recherche des amplitudes passives
- Autre

5- Comment recherchez-vous un conflit sous acromial ?

- Je n'en recherche pas
- Manœuvre de Yocum
- Manœuvre de Neer
- Manœuvre de Hawkins
- Autre

6- Si vous ne le recherchez pas, expliquez pourquoi

- Car je le trouve inutile en première intention
- Car je manque de temps
- Car il n'impacte pas ma prise en charge
- Car le spécialiste le recherchera
- Car l'imagerie le recherchera
- Car je ne connais pas ces manœuvres
- Je recherche un conflit
- Autre

7- Quelles manœuvres réalisez-vous lors de l'examen clinique ?

- Test de Jobe
- Test de Patte
- test de Gerber
- Palm-Up test
- Test de rappel automatique interne
- Test de rappel automatique externe
- Belly Press test
- Autre

8- Si vous ne réalisez pas le testing musculaire, expliquez pourquoi.

- Car je manque de temps
- Car il n'impacte pas ma prise en charge
- Car le spécialiste le recherchera
- Car l'imagerie le recherchera
- Car je ne connais pas ces manœuvres
- Car je ne cherche pas à faire un diagnostic lésionnel précis
- Je réalise le testing

9- Quelle imagerie va orienter le plus souvent votre prise en charge lors de la première consultation ?

- Aucune
- Radio de l'épaule
- Échographie de l'épaule
- Arthroscanner de l'épaule
- IRM de l'épaule
- Autre

10- Vous avez choisi de réaliser une radiographie :

- Pour confirmer le diagnostic
- Pour éliminer les diagnostics différentiels
- Pour visualiser une évolution lors de la prise en charge
- Pour sa facilité d'accès
- Pour rassurer le patient
- Je n'ai pas choisi de réaliser une radiographie
- Autre

11- Vous avez choisi de réaliser une échographie

- Pour confirmer le diagnostic
- Pour éliminer les diagnostics différentiels
- Pour visualiser une évolution lors de la prise en charge
- Pour sa facilité d'accès
- Pour rassurer le patient
- Je n'ai pas choisi de réaliser une échographie
- Autre

12- Vous avez choisi de réaliser une autre imagerie

- Pour confirmer le diagnostic

- Pour éliminer les diagnostics différentiels
- Pour visualiser une évolution lors de la prise en charge
- Pour pouvoir adresser le patient au spécialiste
- Pour rassurer le patient
- Je n'ai pas choisi de réaliser un autre examen d'imagerie
- Autre

13- Vous avez choisi de ne pas réaliser d'imagerie

- Car le diagnostic est clinique
- Car elle ne change pas ma prise en charge
- Car elle est difficile d'accès
- Car c'est un coût pour la sécurité sociale
- J'ai choisi de réaliser une imagerie
- Autre

14- Quelle ordonnance réalisez-vous le plus souvent lors de la première consultation ?

- Conseils oraux
- Repos
- Paracétamol
- AINS PO
- AINS locaux
- Corticoïdes oraux
- Antalgiques de palier 2
- Kinésithérapie
- Infiltration de corticoïdes
- Avis spécialisé
- Médecine alternative
- Autre

15- Si vous ne proposez pas de kinésithérapie lors de la première consultation expliquez pourquoi

- Je ne trouve pas qu'elle change l'évolution de la pathologie
- Je préfère attendre l'imagerie pour la proposer ensuite
- Je préfère attendre l'évolution pour la proposer ensuite
- En raison de la mauvaise observance des patients
- Je propose la kinésithérapie lors de la première consultation
- Autre

16- Si vous proposez une infiltration lors de la première consultation

- Vous la réalisez vous-même
- Vous adressez le patient à un médecin du sport
- Vous adressez le patient à un rhumatologue
- Vous adressez le patient à un orthopédiste
- Je ne propose pas d'infiltration lors de la première consultation

17- Si vous ne proposez pas d'infiltration lors de la première consultation, expliquez pourquoi

- C'est un traitement de seconde intention
- L'infiltration a un intérêt thérapeutique limité
- Les effets secondaires de l'infiltration sont importants
- Je n'ai pas l'habitude de réaliser des infiltrations moi-même
- Pas d'infiltration sans imagerie
- Je propose une infiltration lors de la première consultation
- Autre

18- Quelle proportion de tendinopathie de la coiffe déclarez-vous en maladie professionnelle ?

- Moins de 25%
- Entre 25 et 50%
- Entre 50 et 75%
- Plus de 75%

19- Êtes-vous satisfait de votre prise en charge des tendinopathies de la coiffe ?

- Oui, complètement
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Pas du tout

20- Qu'est-ce qui vous dérange le plus dans la prise en charge des tendinopathies de la coiffe des rotateurs ? (Question ouverte)

21- Êtes-vous un homme ou une femme ?

- Un homme
- Une femme

22- Quel âge avez-vous ?

- Moins de 40 ans
- Entre 40 et 55 ans

- Plus de 55 ans

23- Dans quel milieu exercez-vous ?

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

24- Dans quelle structure exercez-vous ?

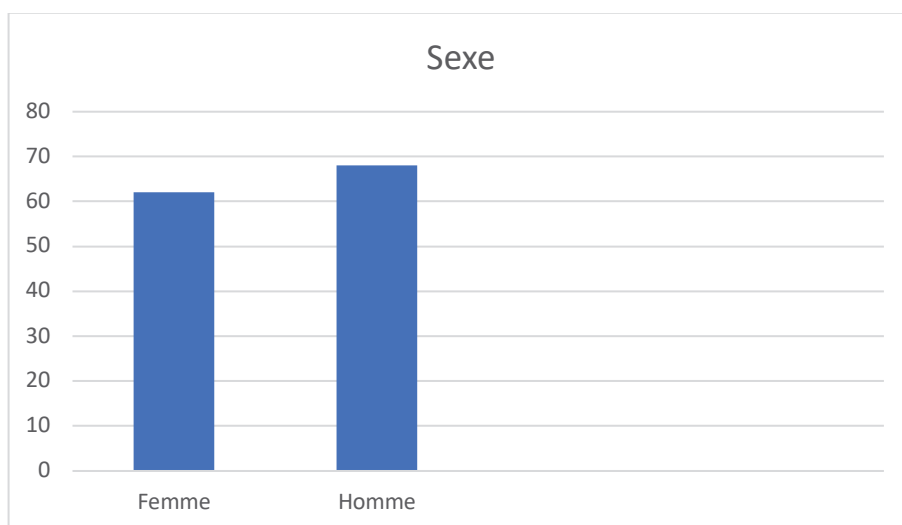
- Cabinet médical seul
- Cabinet médicale de groupe
- Maison de Santé pluridisciplinaire

4) RESULTATS

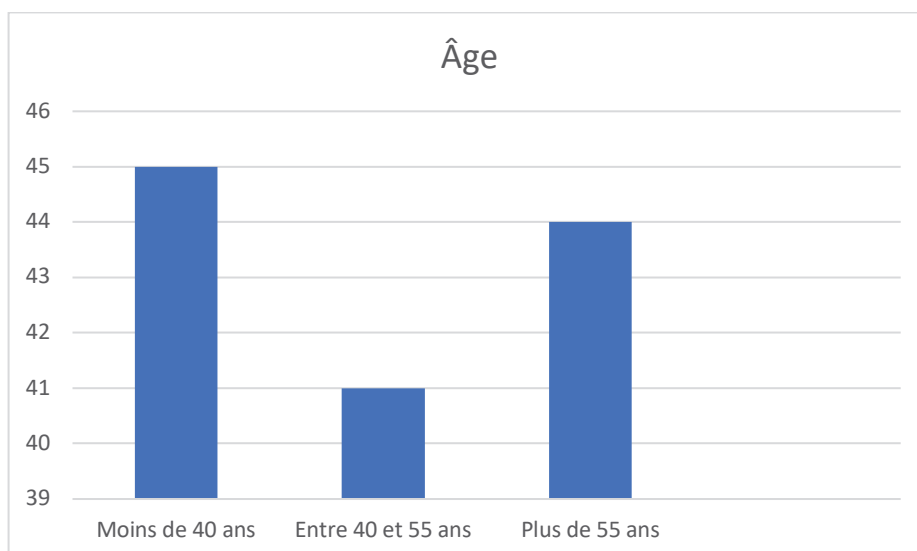
Le questionnaire a donc été envoyé à 489 médecins généralistes MSU dont 20 médecins militaires sur la Région Rhône-Alpes-Auvergne. La période de recueil des données s'est étendue du 7 Mai 2020 au 2 Août 2020.

Nous avons obtenu 131 réponses soit un pourcentage de 26,8% de répondants.

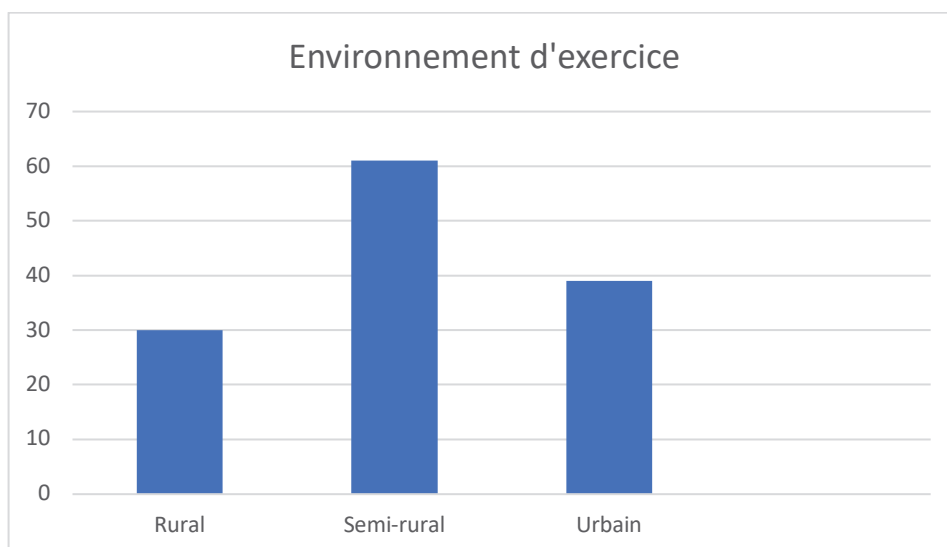
a) Caractéristiques de la population étudiée



Dans notre étude, nous comptons 68 hommes pour 62 femmes.

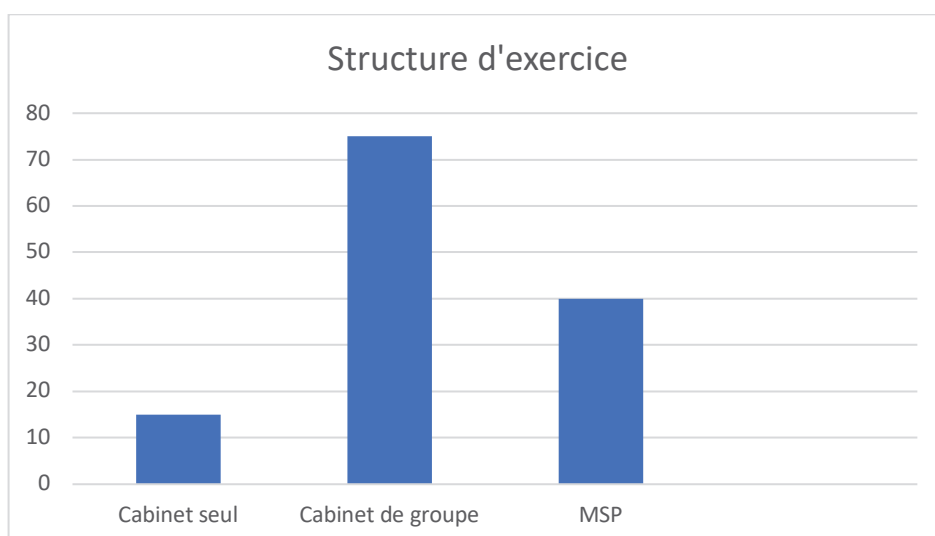


Parmi les médecins ayant répondu au questionnaire, 45 avaient moins de 40 ans, 41 avaient entre 40 et 55 ans et 44 avaient plus de 55 ans.



Parmi les médecins ayant répondu au questionnaire, 30 déclaraient exercer en milieu rural, 61 en milieu semi-rural, et 39 en milieu urbain.

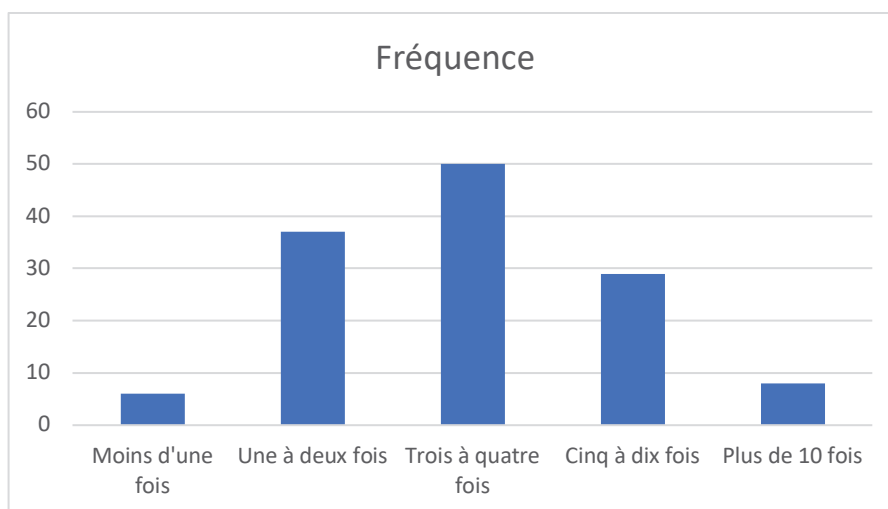
NB : le médecin généraliste ayant répondu « rural et semi-rural » a été classé dans « rural ».
(Choix arbitraire)



Parmi les médecins ayant répondu au questionnaire, 15 affirmaient travailler en cabinet médical seul, 75 en cabinet médical de groupe et 40 en Maison de Santé Pluridisciplinaire.

NB : le médecin généraliste ayant répondu « Cabinet seul et MSP » a été classé dans « Cabinet seul ». (Choix arbitraire)

b) Fréquence de rencontre des tendinopathies de la coiffe



La majorité des médecins (50) soit 39% rapportent rencontrer une tendinopathie de la coiffe 3 à 4 fois par mois, 22% (29) la rencontrent 5 à 10 fois par mois, 29% (37) la rencontrent une à deux fois par mois, 5% (6) déclarent la rencontrer moins d'une fois par mois et enfin 6% (8) estiment la voir plus de 10 fois par mois.

c) *Mode de prise en charge*

▪ *Données de l'interrogatoire*

A l'interrogatoire, les éléments les plus recherchés sont la durée d'évolution des symptômes (99%), la profession (99%), et le potentiel mécanisme lésionnel (97%). On retrouve ensuite les antécédents de tendinopathies de la coiffe des rotateurs (88%) et l'existence de douleurs nocturnes (85%).

En revanche, seuls 22 médecins généralistes recherchent l'apparition d'une fièvre (soit 17%) et 9 s'intéressent à une éventuelle perte de poids (soit 7%).

Mécanisme lésionnel	126 (97%)
Durée d'évolution	129 (99%)
Douleurs nocturnes	111 (85%)
Antécédent de tendinopathie de la coiffe	114 (88%)
Profession	128 (99%)
Fièvre	22 (17%)
Perte de poids	9 (7%)

- *Éléments recherchés à l'inspection*

A l'inspection, 95% des médecins interrogés recherchent une limitation des amplitudes actives, 69% une éventuelle amyotrophie des fosses supra et infra-épineuses, 62% une possible déformation des reliefs osseux et 50% une inflammation locale de l'épaule.

Concernant les réponses « autres », revenaient souvent les amplitudes passives que nous évoquions dans la question d'après et la posture générale du patient.

Amyotrophie des fosses supra et infra-épineuse	89 (69%)
Inflammation locale	64 (50%)
Déformation des reliefs osseux	80 (62%)
Étude des amplitudes actives	122 (95%)

- *Éléments recherchés à la palpation*

A la palpation, 95% des médecins généralistes recherchent les points douloureux, 92% palpent l'articulation acromio-claviculaire et vérifient les amplitudes passives, 80% s'intéressent à l'intégrité du rachis cervical et 51% seulement s'arrêtent sur l'articulation sternoclaviculaire.

Recherche des points douloureux	123 (95%)
Palpation de l'articulation acromio-claviculaire	118 (92%)
Palpation de l'articulation sternoclaviculaire	66 (51%)
Palpation du rachis cervical	103 (80%)
Étude des amplitudes passives	118 (92%)

- *Recherche du conflit sous-acromial*

Concernant le conflit sous acromial, 17% concèdent ne pas le rechercher.

Le test le plus sollicité reste le Yocum réalisé par 72% des médecins interrogés. Respectivement 41% et 32% réalisent les tests de Neer et de Hawkins.

Je n'en recherche pas	22 (17%)
Manœuvre de Yocum	93 (72%)
Manœuvre de Neer	53 (41%)
Manœuvre de Hawkins	41 (32%)

- *Justifications de l'absence de recherche d'un conflit sous-acromial*

Pour les raisons de l'absence de recherche du conflit sous-acromial, 24 médecins ont répondu à la question. 38% des généralistes ne le recherchant pas expliquent que l'existence d'un conflit sous-

acromial ne change en rien leur prise en charge, 33% répondent ne pas connaître ces manœuvres et 29% pensent qu'il ne faut pas rechercher de conflit en première intention. Enfin 25% des médecins estiment qu'il s'agit là du rôle de l'imagerie. Aucun médecin en revanche, n'a considéré qu'il s'agissait là d'une manœuvre à réaliser par un spécialiste ou que la raison de sa non-réalisation était le manque de temps dans la consultation.

Inutile en 1 ^{ère} intention	7 (29%)
Manque de temps	0 (0%)
Absence d'impact sur la prise en charge	9 (38%)
Recherché par le spécialiste	0 (0%)
Recherché par l'imagerie	6 (25%)
Je ne connais pas ces manœuvres	8 (33%)

- *Tests réalisés lors de l'examen clinique*

Durant le testing musculaire, le test de Jobe est le plus plébiscité (98%) devant le Palm-up test (78%), le Gerber (78%) et le Patte (61%).

Loin derrière le rappel automatique en rotation externe est réalisé par 44% des médecins généralistes avant celui en rotation interne (36%).

Le Belly Press Test est lui effectué par moins d'un médecin sur trois (29%).

Test de Jobe	126 (98%)
Test de Patte	78 (61%)
Test de Gerber	100 (78%)
Palm-Up test	101 (78%)
Test du rappel automatique en rotation interne	47 (36%)
Test du rappel automatique en rotation externe	57 (44%)
Press Belly Test	37 (29%)

- *Justifications de l'absence de testing musculaire*

10 médecins ont justifié de ne pas réaliser ces tests pour diverses raisons : 7 considèrent que la prise en charge est inchangée malgré leur réalisation, 4 ne connaissent pas les manœuvres ou ne cherchent pas à faire un diagnostic lésionnel précis et 3 incriminent le temps.

Manque de temps	3 (30%)
Absence d'impact sur la prise en charge	7 (70%)
Le spécialiste le fera	1 (10%)
L'imagerie le fera	2 (20%)
Je ne connais pas ces manœuvres	4 (40%)
Je ne cherche pas à faire un diagnostic précis	4 (40%)

- *Imageries prescrites lors de la première consultation*

Sur le plan de l'imagerie, ils sont 18% à ne pas en réaliser lors de la première consultation. A l'opposé, 72% vont prescrire une échographie de l'épaule contre 66% une radiographie. 3 médecins vont prescrire une IRM d'emblée et 1 seul un arthroscanner.

A noter que 73 d'entre (57%) des médecins interrogés choisissaient le couple « Radio/Écho ».

Aucune	23 (18%)
Radiographie de l'épaule	85 (66%)
Échographie de l'épaule	93 (72%)
Arthroscanner de l'épaule	1 (1%)
IRM de l'épaule	3 (2%)

- *Justifications d'une radiographie de l'épaule en première intention*

95 médecins ont justifié de la réalisation d'une radiographie de l'épaule lors de la première consultation.

Quand un médecin choisissait de réaliser une radiographie de l'épaule, le but est de confirmer le diagnostic pour 12 médecins soit 13%, d'éliminer les diagnostics différentiels pour 80 médecins soit 84%.

11 médecins (12%) la réalisent dans le but d'observer l'évolution de la pathologie au cours du temps, 20 (21%) expliquent qu'il s'agit tout simplement d'un examen facile d'accès et 3 seulement (3%) la font pour rassurer le patient.

Dans les réponses « autres » est revenu quasi systématiquement la recherche de calcifications et 2 médecins rapportaient que certains radiologues demandent systématiquement une radio avant l'échographie.

Confirmation du diagnostic	12 (13%)
Élimination des diagnostics différentiels	80 (84%)
Évolution lors de la prise en charge	11 (12%)
Facilité d'accès	20 (21%)
Pour rassurer le patient	3 (3%)

- *Justifications d'une échographie de l'épaule en première intention*

101 médecins ont justifié de la réalisation d'une échographie de l'épaule lors de la première consultation.

Quand un médecin choisissait de réaliser une échographie de l'épaule, 90% la réalisent pour confirmer le diagnostic, 33% pour éliminer les diagnostics différentiels, 22% pour visualiser une évolution par la suite et 4% afin de rassurer le patient.

Dans les réponses autres, nous retrouvions certains médecins trouvant l'imagerie bien plus fiable que la clinique ou la réalisation d'une échographie afin de pouvoir envoyer le patient chez le spécialiste si la prise en charge le nécessitait.

Confirmation du diagnostic	91 (90%)
Élimination des diagnostics différentiels	33 (33%)
Évolution lors de la prise en charge	22 (22%)
Facilité d'accès	33 (33%)
Pour rassurer le patient	4 (4%)

- *Justifications d'une autre imagerie de l'épaule en première intention*

21 médecins ont justifié de la réalisation d'une autre imagerie lors de la première consultation. Ils étaient 10 à vouloir confirmer le diagnostic, 4 à éliminer les diagnostics différentiels et visualiser une potentielle évolution, 13 pour pouvoir adresser le patient au spécialiste si nécessaire. Aucun ne réalise un examen d'imagerie autre que la radio ou l'échographie à des buts de réassurance.

Confirmation du diagnostic	10 (48%)
Élimination des diagnostics différentiels	4 (19%)
Évolution lors de la prise en charge	4 (19%)
Pour adresser le patient au spécialiste	13 (62%)
Pour rassurer le patient	0 (0%)

- *Justifications de l'absence d'imagerie en première intention*

35 médecins ont justifié de ne pas prescrire d'imagerie lors de la première consultation. Quand un médecin choisissait de ne pas réaliser d'imagerie, 74,3% des médecins justifiaient cela par le fait que le diagnostic est clinique et 60% trouvaient qu'elle n'impactait pas la prise en charge. Dans les réponses « autres », certains médecins expliquaient préférer attendre une mauvaise évolution avant la prescription d'une imagerie.

Diagnostic clinique	36 (74%)
Absence d'impact sur la prise en charge	21 (60%)
Difficile d'accès	3 (10%)
Coût pour la sécurité sociale	3 (10%)

- *Ordonnance lors de la première consultation*

Sur le plan thérapeutique, l'ordonnance lors de la première consultation reposait sur des conseils (65%), du repos (85%), du paracétamol (82%), des AINS PO (62%), et de la kinésithérapie (60%).

Loin derrière, des AINS locaux (24%), antalgiques de palier 2 (12%), des corticoïdes oraux (5%), une proposition de médecine alternative (3%), un avis spécialisé demandé dans 2% des cas et une infiltration de corticoïdes proposée d'emblée dans 2% des cas. Dans les réponses « autres » revenaient l'auto-rééducation, la glace, et les décontractants musculaires.

Conseils oraux	84 (65%)
Repos	110 (85%)
Paracétamol	107 (82%)
AINS PO	81 (62%)
AINS locaux	31 (24%)
Corticoïdes oraux	6 (5%)
Antalgiques de palier 2	16 (12%)
Kinésithérapie	78 (60%)
Infiltration de corticoïdes	2 (2%)
Avis spécialisé	3 (2%)
Médecine alternative	4 (3%)

- *Justifications de l'absence de prescription de kinésithérapie lors de la première consultation*

54 médecins ont justifié de ne pas prescrire de kinésithérapie lors de la première consultation : 38 préférèrent attendre l'évolution, 22 l'imagerie.

Dans les réponses « autres » revenaient souvent, le long délai avant d'obtenir un rendez-vous avec un kinésithérapeute.

Pas d'effet sur l'évolution	1 (2%)
Nécessité d'une imagerie avant	22 (40%)
Nécessité d'attendre l'évolution avant	38 (69%)
Mauvaise observance des patients	1 (2%)

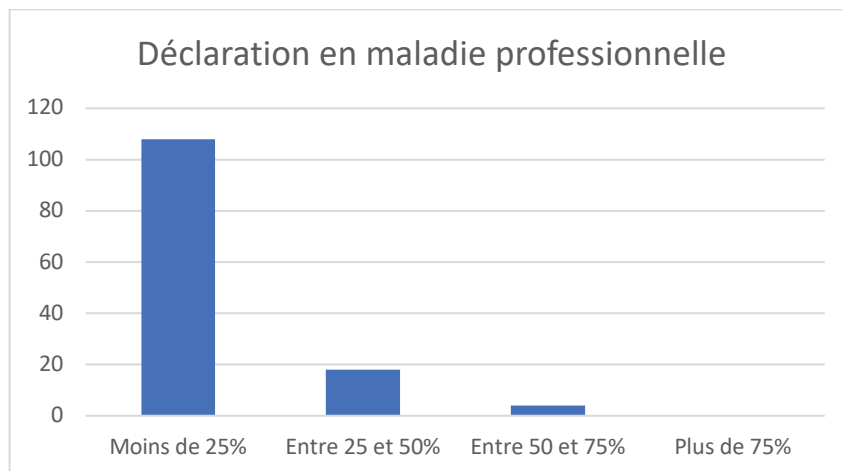
- *Justification de l'absence de proposition d'une infiltration lors de la première consultation*

84% des médecins estiment que l'infiltration n'est pas un traitement de première intention, 44% qu'il ne faut pas la réaliser sans imagerie, 23% que son intérêt thérapeutique est limité, 29% qu'ils n'ont pas l'habitude de les faire eux-mêmes.

Traitement de 2 nd e intention	103 (84%)
Intérêt thérapeutique limité	28 (23%)
Effets secondaires importants	19 (15%)
Pas l'habitude de réaliser des infiltrations	35 (28%)
Nécessité d'une imagerie avant infiltration	54 (44%)

- *Déclaration en maladie professionnelle*

La grande majorité des médecins interrogés (83%) ne déclarent que moins de 25% des tendinopathies de la coiffe en maladie professionnelle, 14% entre 25 et 50% et 3% plus de 50%.

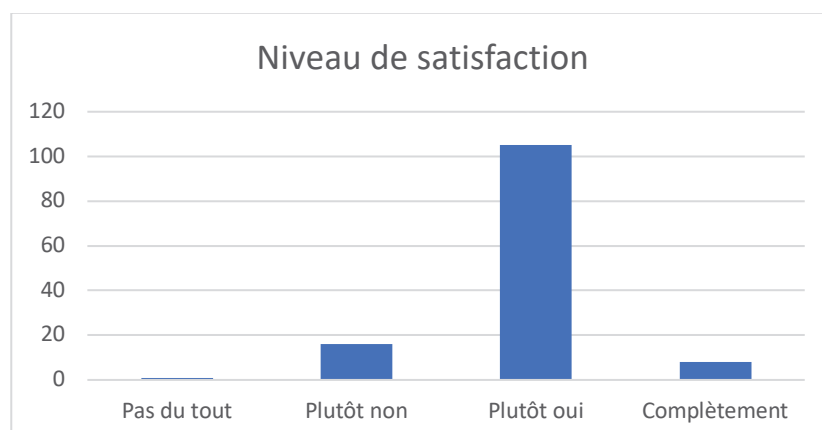


- *Niveau de satisfaction*

Concernant le niveau de satisfaction des médecins généralistes à propos de leur prise en charge de la pathologie, 6% le sont complètement, 81% sont « plutôt satisfaits », 12% « plutôt non » et 1% « pas du tout ».

Nous avons décidé de laisser une question ouverte sur le ressenti des médecins et plus précisément ce qui les gênait le plus dans cette prise en charge.

A cette question est revenu de manière importante la chronicité de la pathologie avec une évolution particulièrement lente et l'impact socioprofessionnel et psychologique lourd pour le patient.

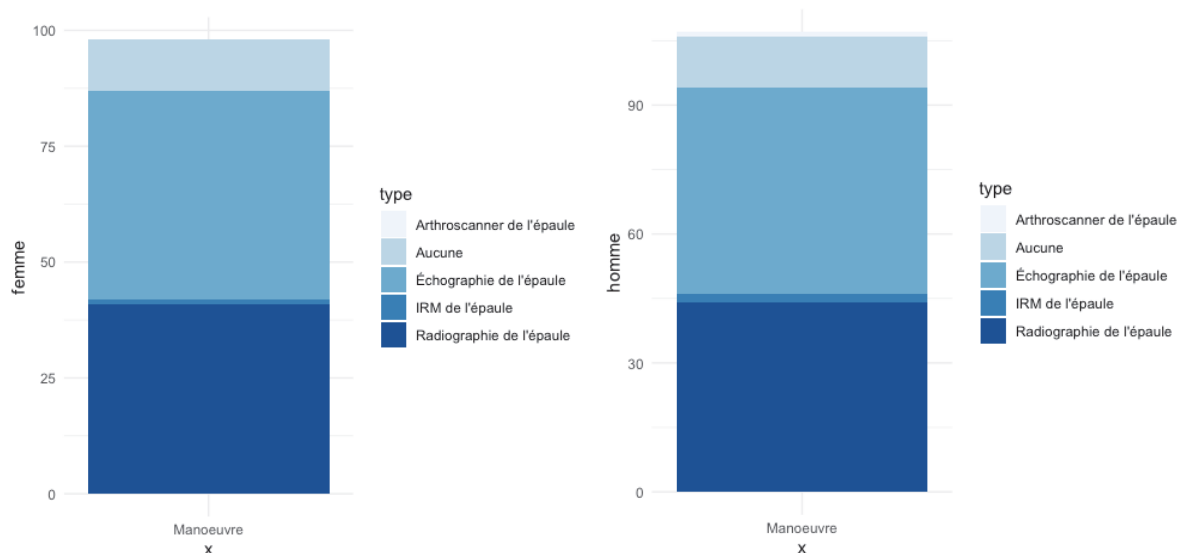


d) Analyses en sous-groupes

- ❖ L'un des deux critères de jugement principaux repose sur la prescription ou non d'une imagerie lors de la première consultation.

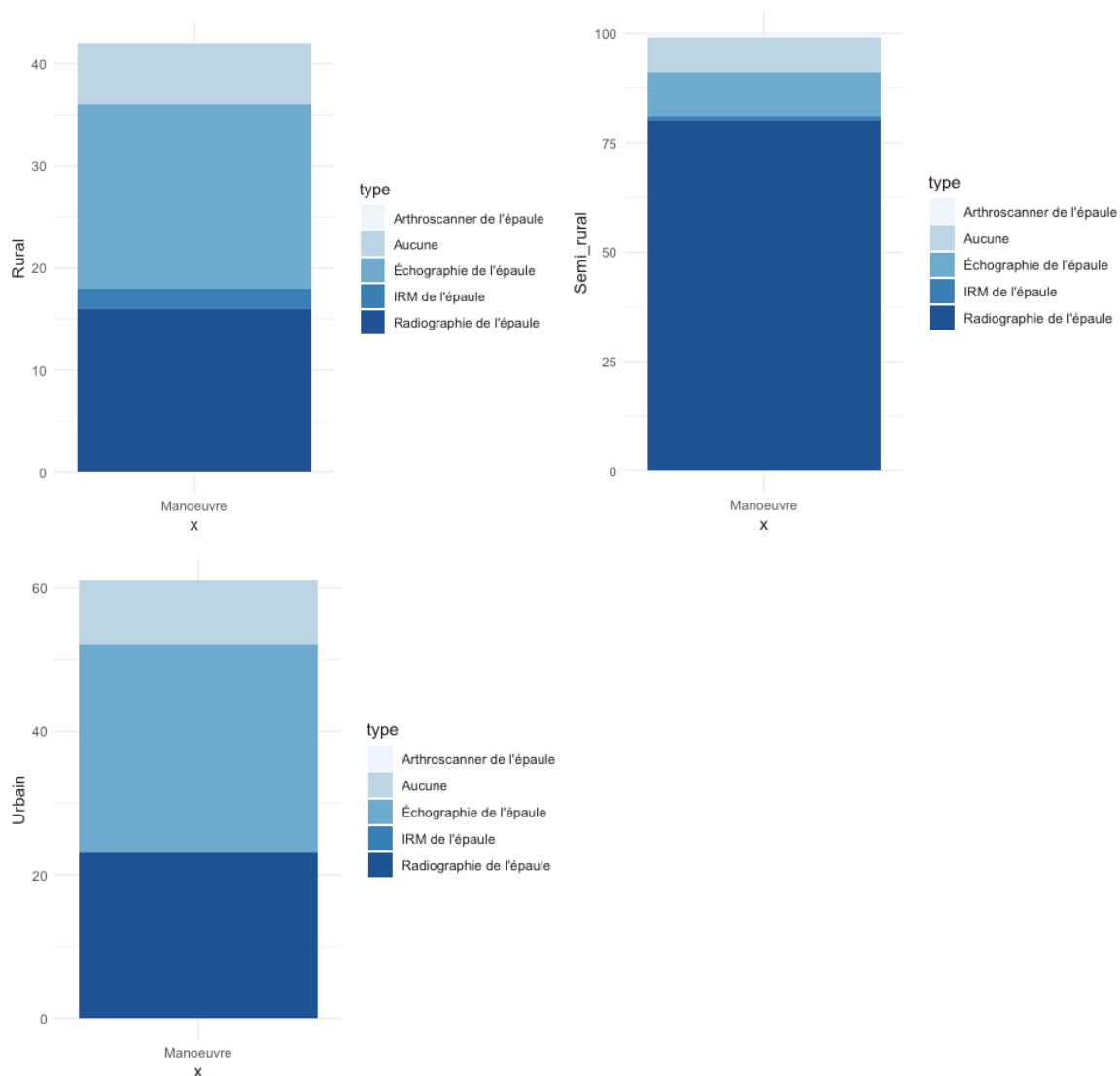
	Un homme		Une femme	
	Nb (68)	%	Nb (62)	%
Aucune	12	18	11	18
Radiographie de l'épaule	44	65	41	66
Échographie de l'épaule	48	71	45	73
Arthroscanner de l'épaule	1	1	0	0
IRM de l'épaule	2	3	1	2
Total occurrences	107	100	98	100

Nombre d'occurrences pour le sexe



	Urbain		Semi-rural		Rural	
	Nb (39)	%	Nb (61)	%	Nb (29)	%
Aucune	9	23	8	13	6	21
Radiographie de l'épaule	23	59	80	131	16	55
Échographie de l'épaule	29	74	10	16	18	62
Arthroscanner de l'épaule	0	0	1	2	0	0
IRM de l'épaule	0	0	1	2	2	7
Total occurrences	61	100	100	100	42	100

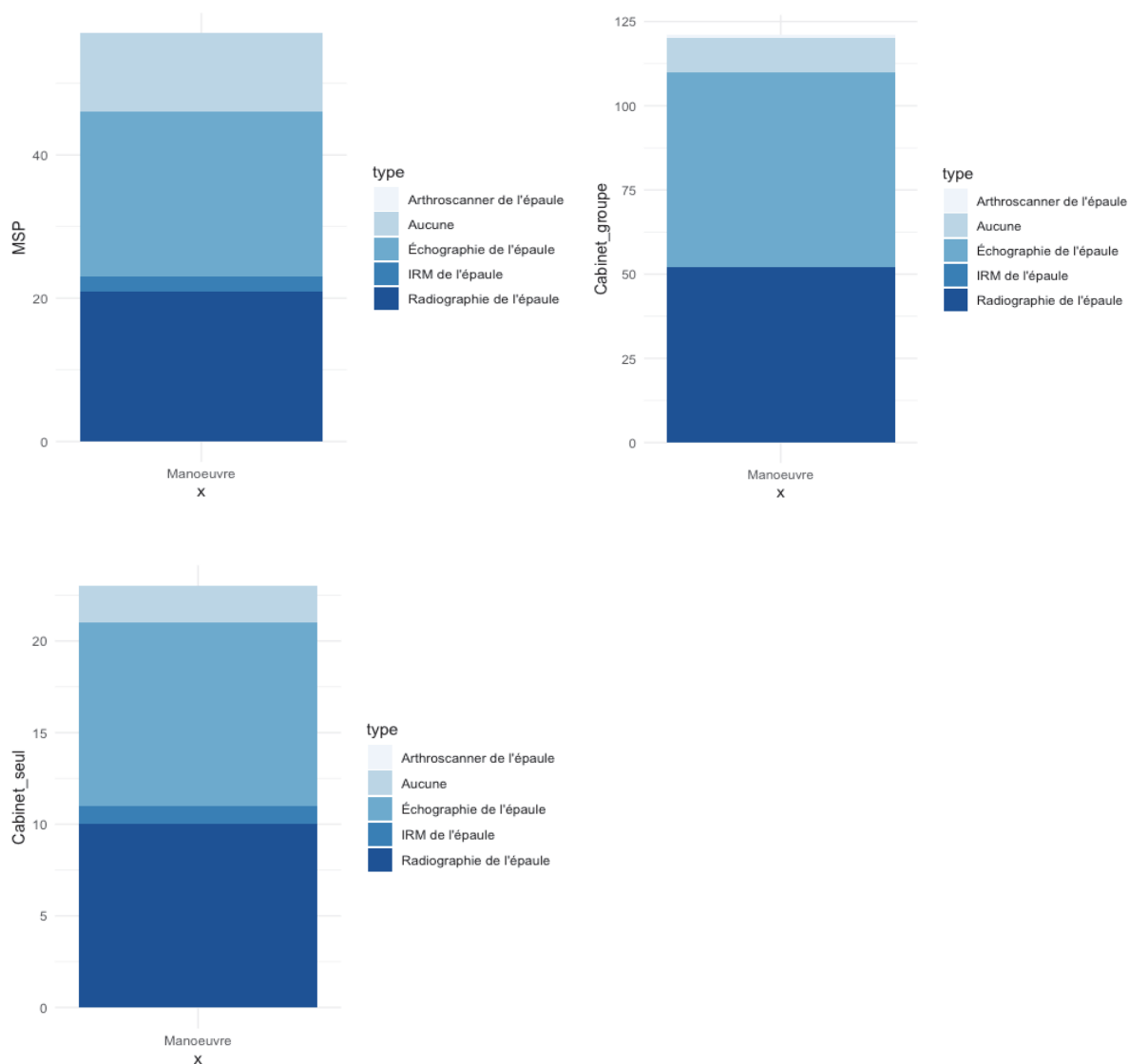
Nombre d'occurrences pour les environnements d'exercice



Graphique pour les environnements d'exercice

	Cabinet seul		Cabinet de groupe		MSP	
	Nb (14)	%	Nb (74)	%	Nb (40)	%
Aucune	2	14	10	14	11	28
Radiographie de l'épaule	10	71	52	70	21	53
Échographie de l'épaule	10	71	58	78	23	58
Arthroscanner de l'épaule	0	0	1	1	0	0
IRM de l'épaule	1	7	0	0	2	1
Total occurrences	23	100	121	100	57	100

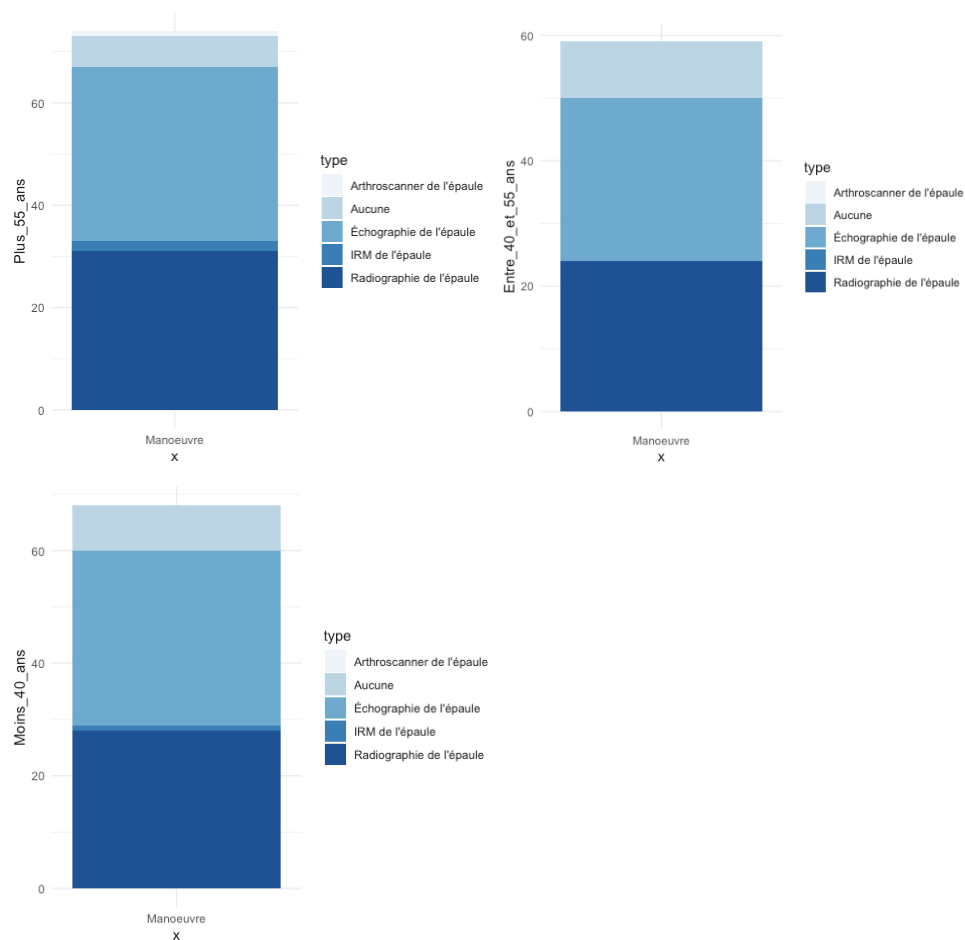
Nombre d'occurrences pour les structures d'exercice



Graphique pour les structures d'exercice

	Moins de 40 ans		Entre 40 et 55 ans		Plus de 55 ans	
	Nb (45)	%	Nb (40)	%	Nb (43)	%
Aucune	8	18	9	23	6	14
Radiographie de l'épaule	28	62	24	60	31	72
Échographie de l'épaule	31	69	26	65	34	79
Arthroscanner de l'épaule	0	0	0	0	1	2
IRM de l'épaule	1	2	0	0	2	5
Total occurrences	68	100	59	100	74	100

Nombre d'occurrences pour les tranches d'âge



Graphique pour les tranches d'âge

Nous avons décidé de créer deux catégories : la prescription d'une imagerie (n'importe laquelle) ou l'absence de prescription d'une imagerie.

Un test du Chi 2 a été réalisé pour ces analyses à l'exception des structures d'exercice où les conditions n'étaient pas réunies (effectif théorique < 5) et a été substitué par un test de Fisher non paramétrique.

		Aucune imagerie	Une imagerie ou plus	
Sexe	Femme	11 (18%)	51 (82%)	P value = 0,9
	Homme	12 (18%)	56 (82%)	
Âge	Moins de 40 ans	8 (18%)	37 (82%)	P value = 0,6
	Entre 40 et 55 ans	9 (22%)	31 (78%)	
	Plus de 55 ans	6 (14%)	37 (86%)	
Lieu d'exercice	Rural	6 (21%)	23 (79%)	P value = 0,4
	Semi-rural	8 (13%)	53 (87%)	
	Urbain	9 (23%)	30 (77%)	
Structure d'exercice	Cabinet seul	2 (14%)	12 (86%)	P value = 0,2
	Cabinet de groupe	10 (13%)	64 (87%)	
	MSP	11 (27%)	29 (73%)	

Réalisation d'une imagerie ou non lors de la première consultation en fonction des caractéristiques de la population

❖ Fréquence de rencontre de la pathologie

Pour analyser statistiquement la question de la fréquence de rencontre de la pathologie, nous décidons de la transformer en variable quantitative et de réaliser un test de Student. Afin de respecter les écarts nous prenons la valeur moyenne pour chaque variable.

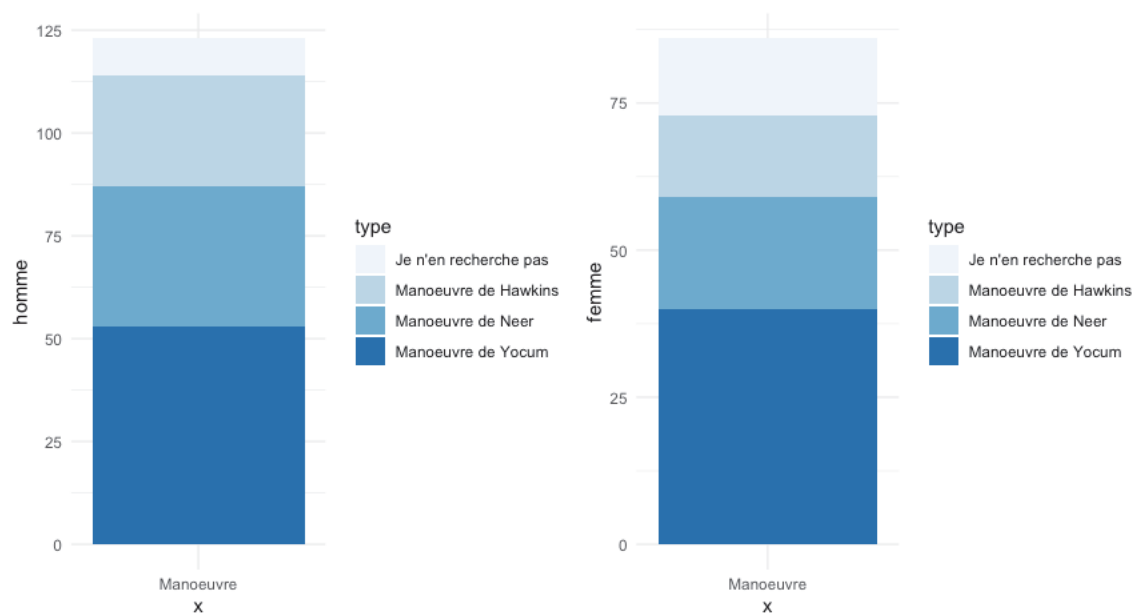
		Moins d'une fois par mois	Une à deux fois par mois	Trois à quatre fois par mois	Cinq à dix fois par mois	Plus de dix fois par mois	
Sexe	Femme	5	20	24	11	2	P value = 0,03
	Homme	1	17	26	18	6	
Âge	Moins de 40 ans	2	9	16	16	2	P value = 0,17
	Entre 40 et 55 ans	1	12	18	8	2	
	Plus de 55 ans	3	16	16	5	4	
Lieu d'exercice	Rural	0	9	11	8	2	P value = 0,75
	Semi-rural	2	18	24	14	3	
	Urbain	4	10	15	7	3	
Structure d'exercice	Cabinet seul	1	4	7	2	1	P value = 1,37
	Cabinet de groupe	5	22	30	13	5	
	MSP	0	11	13	14	2	

Fréquence de rencontre des tendinopathies de la coiffe en fonction des caractéristiques de la population

❖ Recherche d'un conflit sous-acromial

	Un homme		Une femme	
	Nb (68)	%	Nb (62)	%
Je n'en recherche pas	9	13	13	21
Manœuvre de Hawkins	27	40	14	23
Manœuvre de Neer	34	50	19	31
Manœuvre de Yocum	53	78	40	65
Total occurrences	123	100	86	100

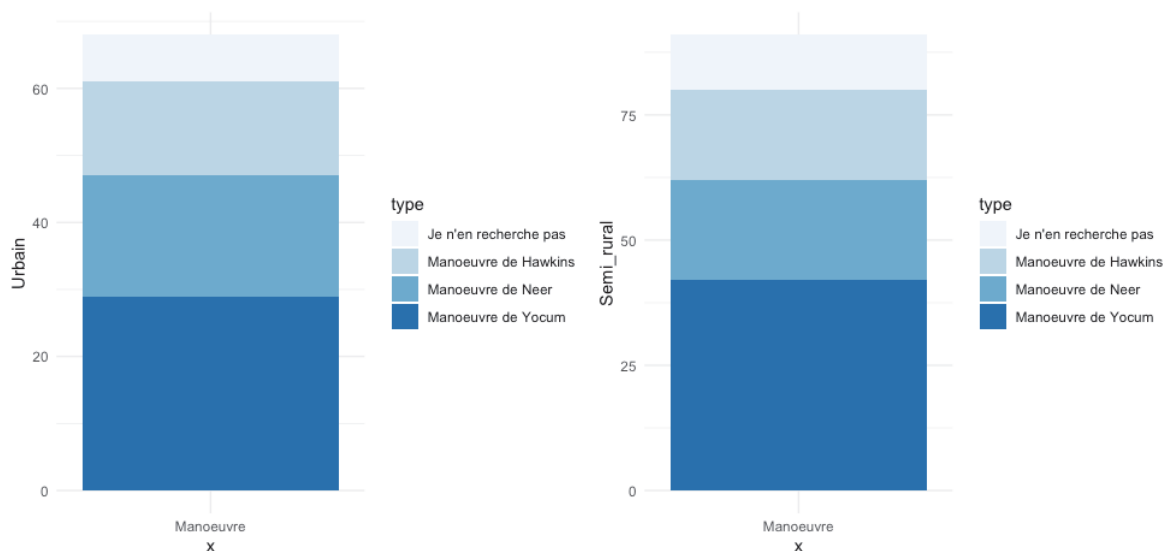
Nombre d'occurrences pour les hommes et les femmes

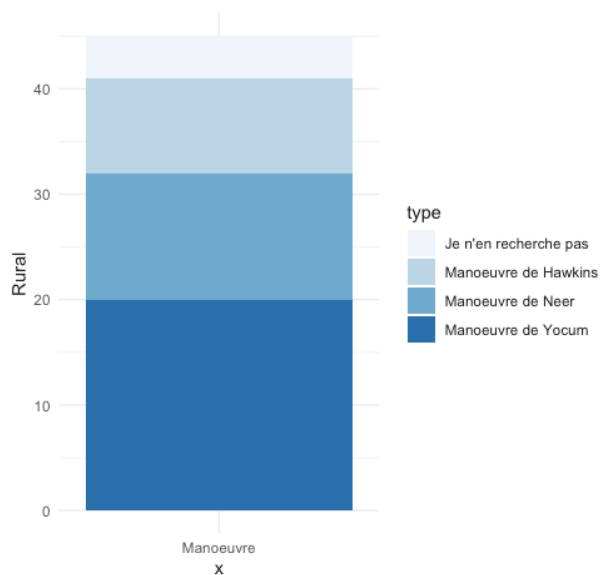


Graphique pour les hommes et les femmes

	Urbain		Semi-rural		Rural	
	Nb (39)	%	Nb (61)	%	Nb (29)	%
Je n'en recherche pas	7	18	11	18	4	14
Manœuvre de Hawkins	14	36	18	30	9	31
Manœuvre de Neer	18	46	20	33	12	41
Manœuvre de Yocum	29	74	42	69	20	69
Total occurrences	68	100	91	100	45	100

Nombre d'occurrences pour les environnements d'exercice

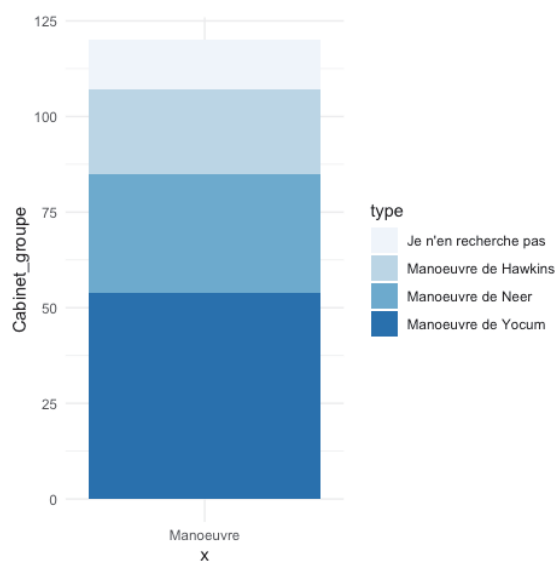
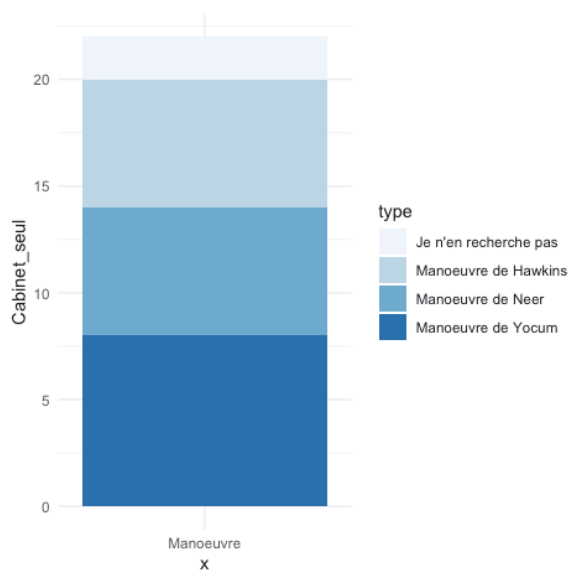


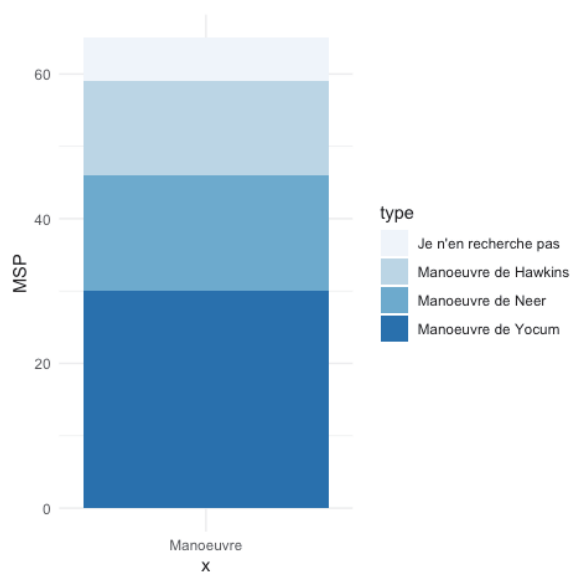


Graphique pour les environnements d'exercice

	Cabinet seul		Cabinet de groupe		MSP	
	Nb (14)	%	Nb (74)	%	Nb (40)	%
Je n'en recherche pas	2	14	13	18	6	15
Manoeuvre de Hawkins	6	43	22	30	13	33
Manoeuvre de Neer	6	43	31	42	16	40
Manoeuvre de Yocum	8	57	54	73	30	75
Total occurrences	22	100	70	100	65	100

Nombre d'occurrences pour les structures d'exercice

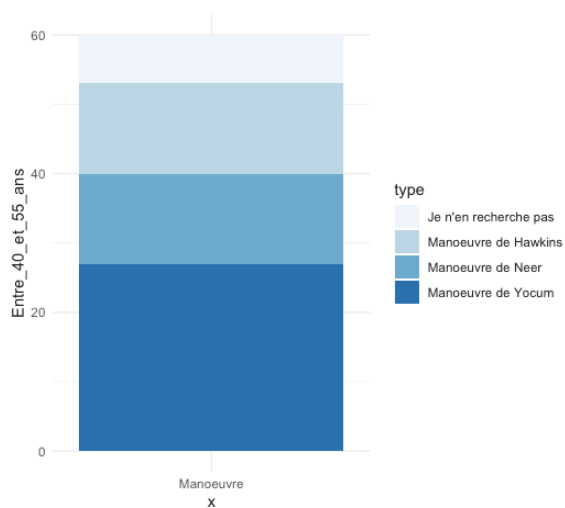
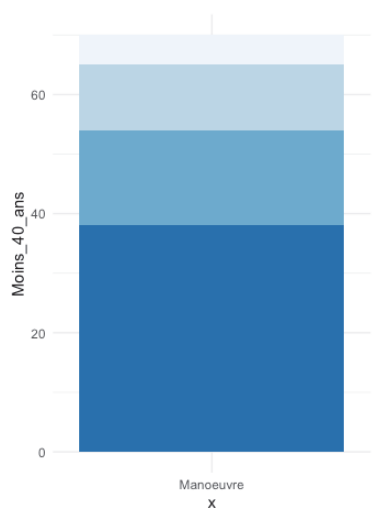


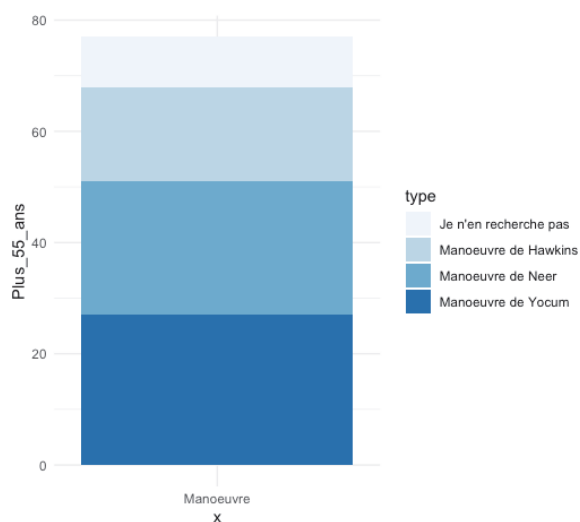


Graphique pour les structures d'exercice

	Moins de 40 ans		Entre 40 et 55 ans		Plus de 55 ans	
	Nb (45)	%	Nb (40)	%	Nb (43)	%
Je n'en recherche pas	5	11	7	18	9	21
Manœuvre de Hawkins	11	24	13	33	17	40
Manœuvre de Neer	16	36	13	33	24	56
Manœuvre de Yocum	38	84	27	68	27	63
Total occurrences	70	100	60	100	77	100

Nombre d'occurrences pour les tranches d'âge





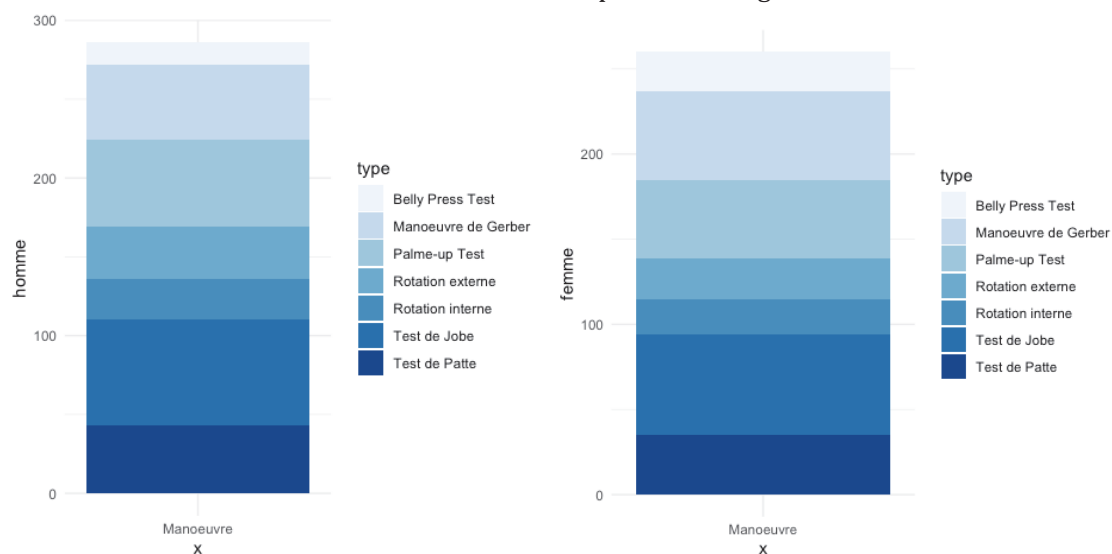
Graphique pour les tranches d'âge

❖ Testing musculaire

Les différentes manœuvres réalisées sont le deuxième critère de jugement principal.

	Un homme		Une femme	
	Nb (68)	%	Nb (62)	%
Test de Jobe	67	99	59	95
Test de Patte	43	63	35	57
Manœuvre de Gerber	48	71	52	84
Palm-up Test	55	81	46	74
Test de rappel automatique en rotation interne	26	38	21	34
Test de rappel automatique en rotation externe	33	49	24	39
Belly Press Test	14	21	23	37
Total occurrences	186	100	260	100

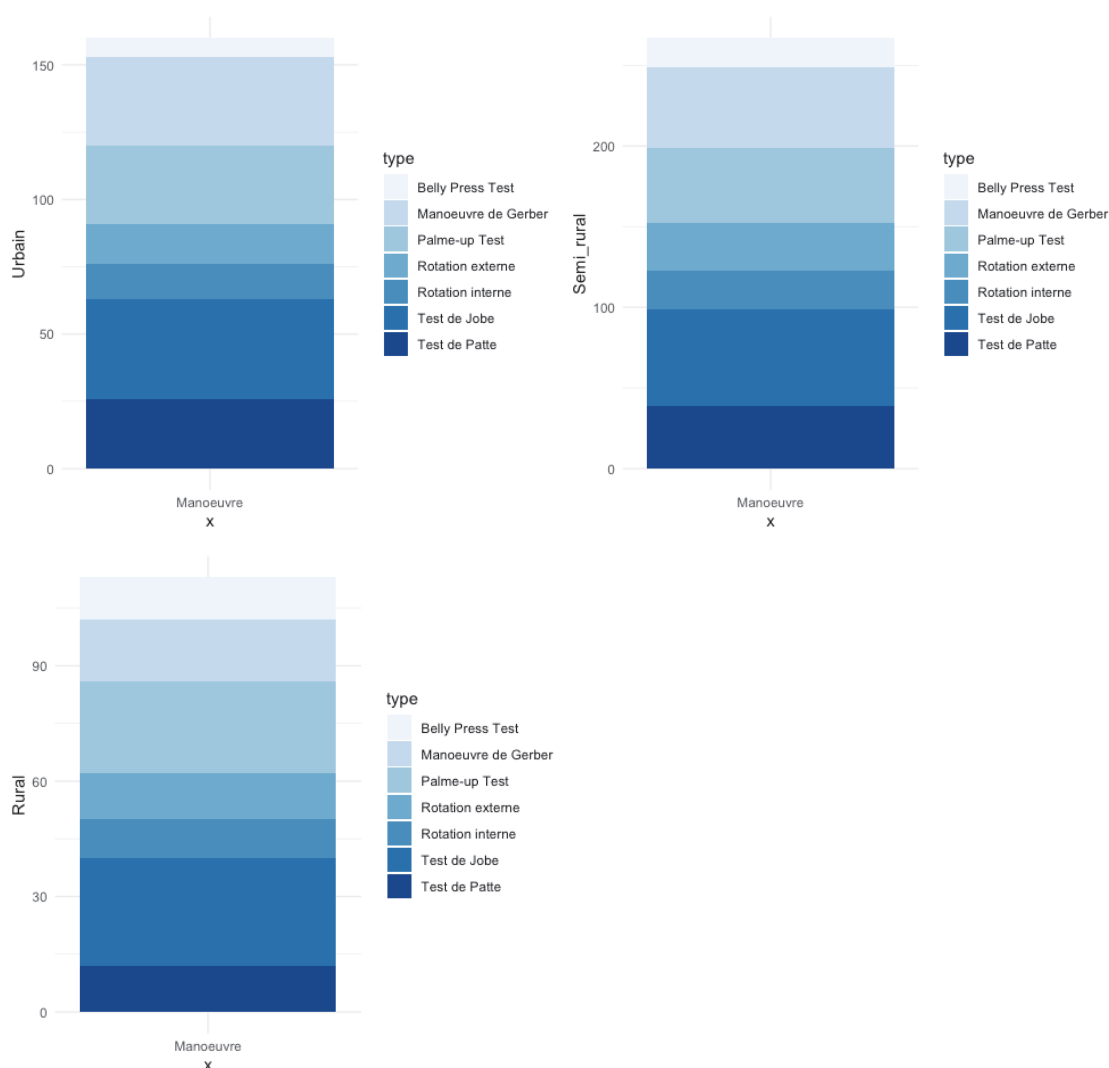
Nombres d'occurrences pour le testing musculaire



Graphique pour les hommes et les femmes

	Urbain		Semi-rural		Rural	
	Nb (39)	%	Nb (61)	%	Nb (29)	%
Test de Jobe	37	95	60	98	28	97
Test de Patte	26	67	39	64	12	41
Manœuvre de Gerber	33	85	50	82	16	55
Palm-up Test	29	74	47	77	24	83
Test de rappel automatique en rotation interne	13	33	24	39	10	35
Test de rappel automatique en rotation externe	15	39	29	48	12	41
Belly Press Test	7	18	18	30	11	38
Total occurrences	160	100	267	100	113	100

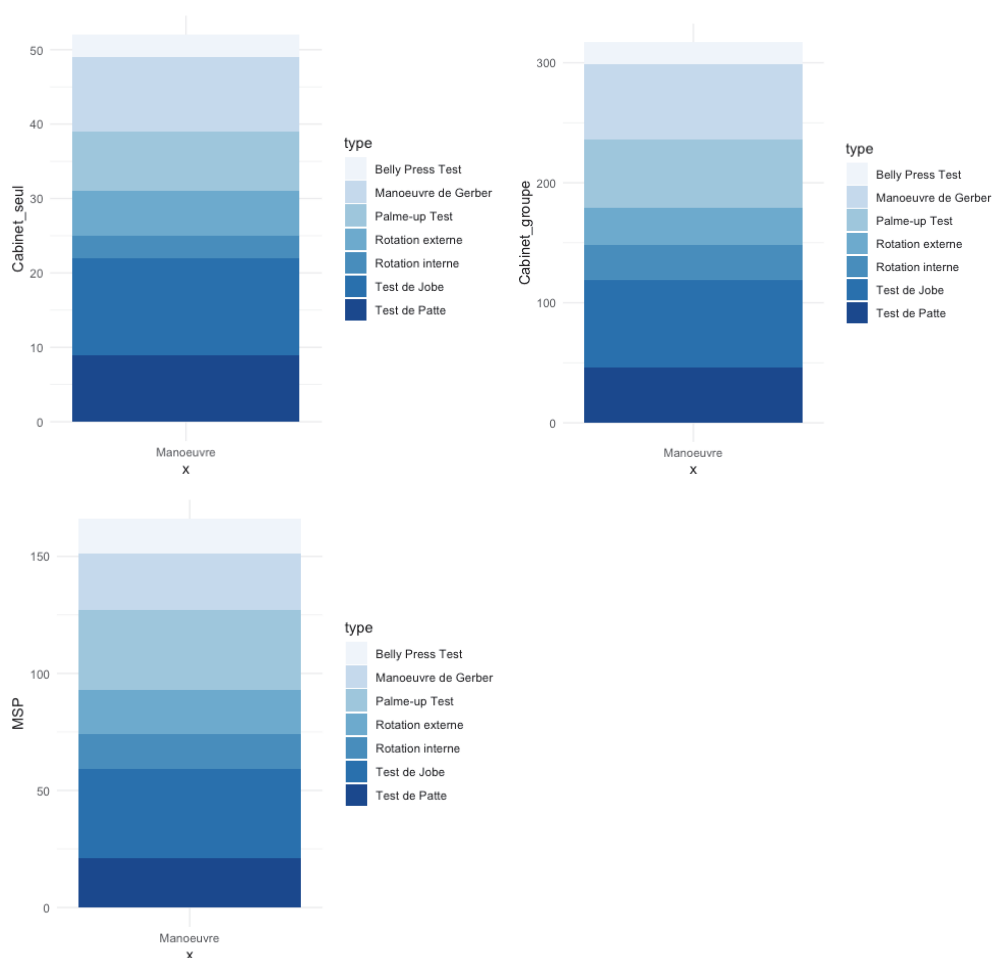
Nombre d'occurrences pour les environnements d'exercice



Graphique pour les environnements d'exercice

	Cabinet seul		Cabinet de groupe		MSP	
	Nb (14)	%	Nb (74)	%	Nb (40)	%
Test de Jobe	13	93	73	99	38	95
Test de Patte	9	64	46	62	21	53
Manœuvre de Gerber	10	71	63	85	24	60
Palm-up Test	8	57	57	77	34	85
Test de rappel automatique en rotation interne	3	21	29	39	15	38
Test de rappel automatique en rotation externe	6	43	31	42	19	48
Belly Press Test	3	21	18	24	15	38
Total occurrences	52	100	317	100	166	100

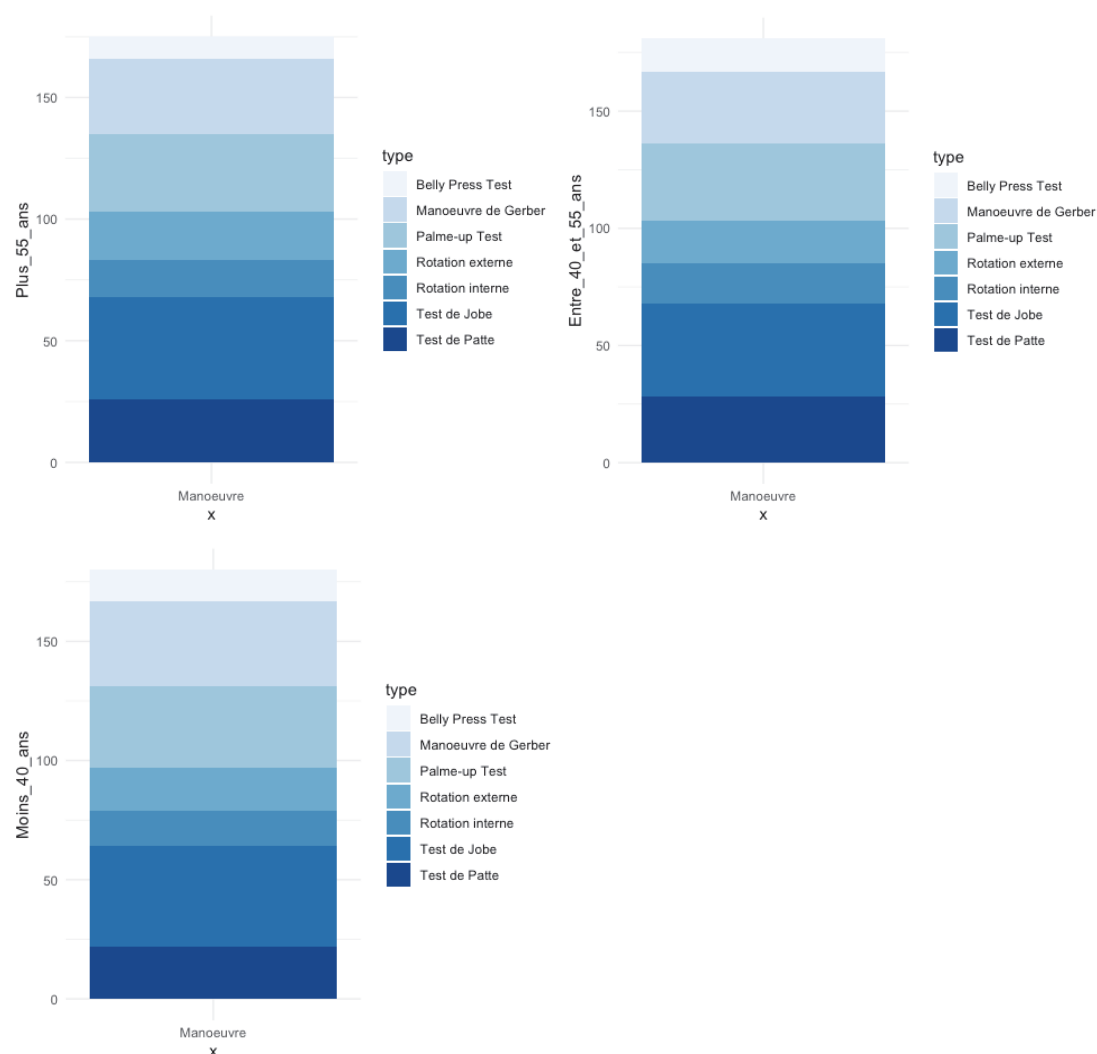
Nombre d'occurrences pour les structures d'exercice



Graphique pour les structures d'exercice

	Moins de 40 ans		Entre 40 et 55 ans		Plus de 55 ans	
	Nb (45)	%	Nb (40)	%	Nb (43)	%
Test de Jobe	42	93	40	100	42	98
Test de Patte	22	49	28	70	26	61
Manœuvre de Gerber	36	80	31	78	31	72
Palm-up Test	34	76	33	83	32	74
Test de rappel automatique en rotation interne	15	33	17	43	15	35
Test de rappel automatique en rotation externe	18	40	18	45	20	47
Belly Press Test	13	29	14	35	9	21
Total occurrences	180	100	181	100	175	100

Nombre d'occurrences pour les tranches d'âge



Graphique pour les tranches d'âge

❖ Thérapeutique

Nous avons décidé de grouper les données « AINS per os » et « AINS locaux » exclusifs versus la kinésithérapie exclusive dans la prise en charge.

		AINS	Kiné	
Sexe	Un homme	22 (32%)	9 (13%)	P value = 0,2
	Une femme	18 (29%)	6 (10%)	
Âge	Moins de 40 ans	18 (40%)	3 (7%)	P value = 0,6
	Entre 40 et 55 ans	10 (24%)	6 (15%)	
	Plus de 55 ans	12 (27%)	6 (14%)	
Environnements d'exercice	Rural	11 (37%)	5 (17%)	P value = 0,2
	Semi-rural	19 (31%)	3 (5%)	
	Urbain	10 (26%)	7 (18%)	
Structure d'exercice	Cabinet seul	6 (40%)	3 (20%)	P value = 0,9
	Cabinet de groupe	23 (31%)	5 (8%)	
	MSP	11 (28%)	7 (18%)	

Prescription d'AINS ou de kinésithérapie selon les catégories

❖ Niveau de satisfaction dans la prise en charge des tendinopathies de la coiffe

Pour la question de la satisfaction dans la prise en charge, nous décidons de grouper les réponses positives (« oui, complètement » et « plutôt oui ») et les réponses négatives (« pas du tout » et « plutôt non ») afin de pouvoir utiliser un test du chi² et augmenter la puissance du test (par le nombre de sujet nécessaire).

Lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5, un test de Fisher a été réalisé.

		Non	Oui	
Sexe	Un homme	5 (7%)	63 (93%)	P value = 0,04
	Une femme	12 (19%)	50 (81%)	
Âge	Moins de 40 ans	10 (22%)	35 (78%)	P value = 0,08
	Entre 40 et 55 ans	3 (7%)	38 (93%)	
	Plus de 55 ans	4 (9%)	40 (91%)	
Lieu d'exercice	Rural	4 (13%)	26 (87%)	P value = 1
	Semi-rural	8 (13%)	53 (87%)	
	Urbain	5 (13%)	34 (87%)	
Structure d'exercice	Cabinet seul	2 (13%)	13 (87%)	P value = 0,5
	Cabinet de groupe	8 (11%)	67 (89%)	
	MSP	7 (17%)	33 (83%)	

Niveau de satisfaction dans la prise en charge selon les catégories

5) DISCUSSION

a) Caractéristiques de la population étudiée

Parmi les 489 médecins généralistes ayant été sollicités pour notre étude, 131 ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponses à hauteur de 26,8%.

L'un d'entre eux a été exclu puisqu'il n'a répondu à aucune question.

Les proportions étaient équilibrées en termes de sexe : 68 hommes soit 52% de la population étudiée pour 62 femmes soit 48%.

On retrouvait ce même équilibre concernant les âges des répondants : 35% d'entre eux avaient moins de 40 ans, 31% entre 40 et 55 ans et 34% plus de 55 ans.

Pour les environnements d'exercice : la population la plus représentée était celle exerçant en semi-rural (48%), devant ceux déclarant travailler dans un milieu urbain (30%) et les ruraux (22%).

A noter qu'un des médecins a répondu à la fois « rural » et « semi-rural » ; afin de simplifier les calculs, nous l'avons classé arbitrairement en tant que « semi-rural ».

Niveau structure d'exercice, 58% des répondants déclarent travailler en cabinet médical de groupe, 31% en Maison de Santé Pluridisciplinaire et 11% en cabinet médical seul.

A noter qu'un des médecins a déclaré exercer à la fois dans un cabinet seul et une MSP ; afin de simplifier les calculs, nous l'avons classé arbitrairement en tant que « MSP ».

b) Prise en charge de la tendinopathie de la coiffe lors de la première consultation

Les tendinopathies de la coiffe des rotateurs sont une pathologie fréquemment rencontrée en médecine générale comme nous le rappellent les réponses données par les médecins généralistes sur la fréquence de consultation pour ce motif. En effet, plus d'un médecin sur trois (39%) y est confronté 3 à 4 fois par mois. Seul 5% des interrogés estiment qu'ils ne la rencontrent même pas une fois par mois. On en conclut donc que 95% des médecins ayant répondu ont au moins une consultation pour tendinopathie de la coiffe chaque mois.

A l'interrogatoire, sans surprise, les médecins généralistes recherchent les facteurs pouvant influencer la prise en charge et l'évolution future : antécédents de tendinopathie de la coiffe, durée d'évolution, mécanisme lésionnel, profession : tous ces items ont été recherchés à plus de 85%.

En revanche, on constate que les symptômes généraux pouvant faire penser à des diagnostics différentiels ne sont que très peu recherchés avec pour exemple la fièvre, élément de l'interrogatoire pour seulement 22% des répondants et la perte de poids recherchée par 7% d'entre eux. On peut alors penser que les médecins généralistes fonctionnent par argument de fréquence ou se reposent plus sur l'examen clinique devant une épaule douloureuse.

A l'inspection, les amplitudes actives sont bien sûr unanimement observées (95%) puisque partie intégrante de la consultation. A la palpation, les amplitudes passives sont testées à 92%.

La manœuvre de Yocum est de loin la plus plébiscitée dans la recherche du conflit sous acromial (72 %) devant la manœuvre de Neer (41%). La thèse réalisée par le Dr Mariasiewiez en Seine Maritime montrait la même hiérarchie concernant les manœuvres de conflit. (43) Parmi les 17% de questionnés ne le cherchant pas, 38% estiment qu'il ne change pas leur prise en charge et substituent cette partie de l'examen à une imagerie ou un traitement d'épreuve ; 33% concèdent ne pas connaître les manœuvres nécessaires.

A propos du testing musculaire, les tests les plus connus sont les plus réalisés (Jobe à 98% et Palm-Up Test à 78%). Nous retrouvons ici des pourcentages à l'opposé de ceux du travail de thèse du Dr Cléophax où seuls 22% des médecins généralistes réalisaient un testing du sus-épineux.

Il est assez intéressant de se questionner sur l'apport du test de Jobe certes très sensible et donc souvent douloureux mais peu spécifique (27%) (24) . Le Palm-Up test était aussi très peu réalisé lors de cette précédente étude à hauteur de 18% et décrit à la fois comme peu sensible et peu spécifique. Les tests de rappel automatique en rotation interne et externe sollicités par la revue Prescrire comme les plus sensibles et spécifiques ne sont que peu réalisés : 36 et 39% des répondants. (44) Seuls 10 médecins ont justifié de ne pas réaliser de testing musculaire, parmi eux, 4 expliquaient ne pas connaître ces tests.

Concernant l'imagerie, les médecins généralistes sont en accord avec les recommandations de la HAS. (26) Ils étaient 73 (57%) à prescrire le couple radiographie/échographie de l'épaule lors de la première consultation. On retrouve cette même association fréquente dans la pratique quotidienne des médecins généralistes niçois à travers le travail qualitatif du Dr Serfaty. (45) 66% prescrivaient au moins une radiographie et 72% au moins une échographie lors de la première consultation. Ceux ne prescrivant pas d'imagerie d'emblée ne représentaient qu'une minorité (18%). On constate donc un recours important à l'imagerie qui effectue un diagnostic lésionnel précis à l'échographie et élimine les diagnostics différentiels à la radiographie.

Il s'agissait ici du deuxième critère principal de notre étude dans le mode de prise en charge des tendinopathies de la coiffe lors de la première consultation en médecine générale. En raison des prises en charge observées en médecine générale par des médecins d'âges différents, dans des environnements et des structures d'exercice différents, nous pouvions nous attendre à retrouver des différences entre les différentes catégories de population.

Les différents tests réalisés ne nous ont pas permis de mettre en avant une quelconque corrélation entre les différentes catégories de médecins et la prescription ou non d'une imagerie lors de la première consultation.

Comme attendu, les médecins ne prescrivant pas d'imagerie considéraient à 74% que le diagnostic était clinique et à 60% qu'elle ne changeait pas la prise en charge.

Sans surprise, les ordonnances réalisées lors de la première consultation sont très majoritairement en accord avec les recommandations de 2005. Antalgiques de palier 1, AINS et kinésithérapie font partie

inhérente d'une prise en charge de première intention et notamment lors de la première consultation.
(Preuve de grade B) (26)

La kinésithérapie est donc particulièrement prescrite même lors de la première consultation (60%). Parmi ceux ne la prescrivant pas, ils sont 69% à dire qu'il faut attendre l'évolution et 40% l'imagerie. On peut donc penser qu'elle serait probablement prescrite lors des consultations suivantes. Seul 1 médecin trouve qu'elle n'impacte pas l'évolution de la pathologie.

Encore ici, nous nous attendions à retrouver des différences dans les prescriptions notamment par l'aspect multiprofessionnel des MSP.

Les tests réalisés n'ont démontré aucune différence significative entre les prescriptions d'AINS et de kinésithérapie en fonction des différentes catégories de population.

Selon notre étude, nous pouvons donc affirmer que les variables « sexe », « âge », « environnements » et « structures d'exercice » ne préjugent en rien d'une prescription d'AINS ou de kinésithérapie plutôt que l'autre.

Ici, l'appartenance à un sous-groupe ne change donc pas statistiquement la prescription de kinésithérapie ou d'AINS.

L'infiltration de corticoïdes est recommandée par la HAS mais elle paraît effectivement invasive pour une première consultation. En effet, 84% des médecins ne la proposant pas lors de la première consultation la considèrent une alternative de deuxième intention. De plus, 44% de ces médecins pensent que l'imagerie est indispensable avant un tel geste.

Enfin 29% ne s'estiment pas à l'aise pour la réaliser eux-mêmes.

La thérapeutique proposée par les médecins généralistes de notre population se distingue donc bien de ce que propose la population britannique ou australienne privilégiant respectivement la kinésithérapie et les infiltrations. (37)

Notre étude nous permet de conclure que la prise en charge des tendinopathies de la coiffe lors de la première consultation en médecine générale en Auvergne-Rhône-Alpes est homogène et que les différences entraperçues sur le terrain ne sont pas significatives, en lien avec une bonne connaissance des recommandations.

Il existe une satisfaction concernant la prise en charge de cette pathologie par les médecins de Rhône-Alpes Auvergne puisque en regroupant les catégories « oui et totalement » et « non et pas du tout », nous avons 87% de médecins satisfaits pour à peine 13% d'insatisfaits. Nous pensions retrouver un pourcentage plus important d'insatisfaction devant les raisons évoquées par les médecins eux-mêmes, à savoir une prise en charge longue, pas toujours concluante, avec un impact socioprofessionnel évident aboutissant sur des arrêts de travail prolongés et quelques fois une déclaration en maladie professionnelle.

Les résultats des tests statistiques montraient une significativité des différences observées entre les femmes et les hommes.

Nous pouvons relier ça au fait qu'il y a également une différence significative de fréquence de rencontre de la pathologie et que les médecins la rencontrant moins souvent sont par la suite moins satisfaits de leur prise en charge.

Cependant, il est intéressant de noter que nous venons de montrer l'absence de différence significative entre les modes de prises en charge des tendinopathies de la coiffe des rotateurs en médecine générale lors de la première consultation sur notre échantillon. Les manœuvres réalisées sont semble-t-il identiques, nous ne retrouvons aucune différence dans la prescription d'imagerie ou dans la thérapeutique proposée. Pourtant, il existe bel et bien une corrélation entre le niveau de satisfaction de la prise en charge et la variable « sexe ». Nous pouvons raisonnablement penser que ce sont les femmes qui sont moins satisfaites de leur prise en charge. En effet, une différence concernant l'évolution de la satisfaction au travail a été démontré avec la mise en évidence d'une satisfaction curvilinéaire pour les hommes et linéaire pour les femmes. (46)

Nous pouvons également citer le travail de thèse du Docteur Sophie Fournel traitant de la prise en charge de la pronation douloureuse où une différence significative est retrouvée à propos du sentiment d'aisance ressenti par les médecins généralistes selon la variable « sexe ». (47) On peut en toute logique se demander s'il n'existerait pas ici un « biais sociétal » créant une insatisfaction plutôt féminine dans ces études. Pour aller plus loin, il semble qu'une étude qualitative complémentaire sur le vécu des médecins généralistes femmes et hommes concernant la prise en charge des pathologies ostéoarticulaires pourrait s'avérer judicieuse.

c) Biais et points négatifs

Cette étude a pour avantage d'avoir eu un bon taux de répondants (131 répondants) nous accordant une certaine puissance. Nous avons cependant un biais de sélection concernant la population étudiée ; en effet nous nous sommes appuyés sur le mailing liste de la Faculté de Médecine Lyon Est pour la distribution de notre questionnaire anonyme. Ainsi, 100% de nos répondants étaient Maîtres de Stages Universitaires. Nous pouvons donc penser que les répondants ont plus tendance à se former au quotidien que le reste des médecins généralistes de la région de par leur activité pédagogique avec les internes, nécessitant forcément une mise à jour continue de leurs connaissances. De plus, il est possible que les médecins ayant bien voulu répondre à cette enquête soient en partie constituée de soignants intéressés par le sujet et donc ayant poussé leurs connaissances à ce propos à travers la littérature et la formation médicale continue.

Notre échantillon ne peut être entièrement représentatif de la population complète des médecins généralistes en Rhône-Alpes-Auvergne initialement visée et son effectif de 131 médecins ne bénéficie peut-être pas de la taille nécessaire pour identifier d'autres différences au cours de cette prise en charge.

Le questionnaire s'est trouvé finalement assez long en raison des questions de justification demandées par la Commission Recherche afin de comprendre ce qui poussait les médecins à choisir une prise en charge plutôt qu'une autre.

Nous retrouvons également un biais de précision sur certaines questions : les questions conditionnelles ont parfois été remplies par des médecins qui ne respectaient pas cette condition puisque cela n'avait pas été précisé dans la consigne. Concernant les questions « Imagerie » et

« Ordonnance », la question avait été posée au singulier forçant peut-être certains médecins à se restreindre sur les réponses.

Enfin, il n'était pas explicitement défini ce que « rural », « semi-rural » et « urbain » signifiait en termes de population.

CONCLUSIONS :

Les tendinopathies de la coiffe des rotateurs sont une pathologie fréquemment rencontrée en médecine générale et la première cause retrouvée d'épaule douloureuse.

Notre travail de thèse a permis de mettre en lumière sa grande incidence puisque 95% des médecins généralistes la rencontrent à minima mensuellement.

Notre étude n'a pas permis de mettre en évidence des différences statistiquement significatives quant aux tests réalisés, aux examens complémentaires et à la thérapeutique prescrite lors de la première consultation.

Malgré certains biais, ce travail nous montre que la prise en charge des tendinopathies de la coiffe lors de la première consultation en médecine générale en Auvergne-Rhône-Alpes reste homogène quel que soit le sexe, l'âge, l'environnement ou la structure d'exercice et en accord avec les recommandations en cours.

Cependant, il existe une différence significative lorsque l'on évoque le niveau de satisfaction des femmes et des hommes par rapport à la prise en charge de cette pathologie ($p=0,04$). Ces derniers rencontrent aussi plus souvent la pathologie ($p=0,03$).

Durant l'interrogatoire, l'histoire de la maladie occupe une place prépondérante dans les éléments recherchés : mécanisme lésionnel, durée des symptômes, douleurs nocturnes, antécédents de tendinopathie de la coiffe et profession sont unanimement recherchés au détriment de signes généraux comme la fièvre ou la perte de poids plutôt annonciateurs d'un diagnostic différentiel.

A l'inspection et la palpation, les amplitudes actives et passives sont recherchées avant une éventuelle amyotrophie des fosses supra et infra-épineuses.

Le conflit sous-acromial est essentiellement recherché par la manœuvre de Yocum alors que 17% des interrogés ne le recherchent pas et le justifient par son manque d'impact sur la prise en charge ou la mauvaise connaissance de ces tests.

Le test clinique le plus réalisé reste le Jobe (98%) devant le Gerber et le Palm-Up (78%) puis le Patte (61%). Nous notons tout de même que les deux tests définis comme les plus efficaces par la revue Prescrire, les rappels automatiques en rotation interne et externe, restent les moins connus et les moins pratiqués.

Sur le plan de la prise en charge, nous pouvons remarquer que les médecins généralistes de Rhône-Alpes-Auvergne sont plutôt en accord avec les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2005.

Ils sont une majorité à prescrire au moins une radiographie d'épaule dès la première consultation (66%) pour élimination du diagnostic différentiel (84%) ou une échographie (72%) pour confirmation du diagnostic (90%) et 57% choisissent le couple radiographie/échographie d'emblée.

Les thérapeutiques sont également en adéquation avec la prise en charge proposée par les consensus d'experts puisque les traitements les plus prescrits en première intention sont le repos, le paracétamol, les AINS per os et la kinésithérapie. Très peu de médecins ont recours immédiatement à la médecine alternative ou à un avis spécialisé.

Parmi les médecins ne prescrivant pas la kinésithérapie, ils sont une majorité à préférer attendre l'évolution de la pathologie dans un premier temps. En réponse ouverte, le long délai de rendez-vous avec un kinésithérapeute est revenu à de nombreuses reprises.

Concernant l'infiltration, ils sont 84% à penser qu'il s'agit d'un traitement de seconde intention et qu'elle n'a pas sa place lors d'une première consultation.



Nom, Prénom du candidat : Pontus Eric

CONCLUSIONS :

Les tendinopathies de la coiffe des rotateurs sont une pathologie fréquemment rencontrée en médecine générale et la première cause retrouvée d'épaule douloureuse.

Notre travail de thèse a permis de mettre en lumière sa grande incidence puisque 95% des médecins généralistes la rencontrent à minima mensuellement.

Notre étude n'a pas permis de mettre en évidence des différences statistiquement significatives quant aux tests réalisés, aux examens complémentaires et à la thérapeutique prescrite lors de la première consultation.

Malgré certains biais, ce travail nous montre que la prise en charge des tendinopathies de la coiffe lors de la première consultation en médecine générale en Auvergne-Rhône-Alpes reste homogène quel que soit le sexe, l'âge, l'environnement ou la structure d'exercice et en accord avec les recommandations en cours.

Cependant, il existe une différence significative lorsque l'on évoque le niveau de satisfaction des femmes et des hommes par rapport à la prise en charge de cette pathologie ($p=0,04$). Ces derniers rencontrent aussi plus souvent la pathologie ($p=0,03$).

Durant l'interrogatoire, l'histoire de la maladie occupe une place prépondérante dans les éléments recherchés : mécanisme lésionnel, durée des symptômes, douleurs nocturnes, antécédents de tendinopathie de la coiffe et profession sont unanimement recherchés au détriment de signes généraux comme la fièvre ou la perte de poids plutôt annonciateurs d'un diagnostic différentiel.

A l'inspection et la palpation, les amplitudes actives et passives sont recherchées avant une éventuelle amyotrophie des fosses supra et infra-épineuses.

Le conflit sous-acromial est essentiellement recherché par la manœuvre de Yocum alors que 17% des interrogés ne le recherchent pas et le justifient par son manque d'impact sur la prise en charge ou la mauvaise connaissance de ces tests.

Les tests cliniques les plus réalisés restent le Jobe (98%) devant le Gerber et le Palm-Up (78%) puis le Patte (61%). Nous notons tout de même que les deux tests définis comme les plus efficaces par la revue Prescrire, les rappels automatiques en rotation interne et externe, restent les moins connus et les moins pratiqués.

Sur le plan de la prise en charge, nous pouvons remarquer que les médecins généralistes de Rhône-Alpes-Auvergne sont plutôt en accord avec les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2005.

Faculté de Médecine Lyon Est

<http://lyon-est.univ-lyon1.fr/> • téléphone : 33 (0)4 78 77 70 00

ACCOMPAGNER
CRÉER
PARTAGER



Ils sont une majorité à prescrire au moins une radiographie d'épaule dès la première consultation (66%) pour élimination du diagnostic différentiel (84%) ou une échographie (72%) pour confirmation du diagnostic (90%) et 57% choisissent le couple radiographie/échographie d'emblée.

Les thérapeutiques sont également en adéquation avec la prise en charge proposée par les consensus d'experts puisque les traitements les plus prescrits en première intention sont le repos, le paracétamol, les AINS per os et la kinésithérapie. Très peu de médecins ont recours immédiatement à la médecine alternative ou à un avis spécialisé.

Parmi les médecins ne prescrivant pas la kinésithérapie, ils sont une majorité à préférer attendre l'évolution de la pathologie dans un premier temps. En réponse ouverte, le long délai de rendez-vous avec un kinésithérapeute est revenu à de nombreuses reprises.

Concernant l'infiltration, ils sont 84% à penser qu'il s'agit d'un traitement de seconde intention et qu'elle n'a pas sa place lors d'une première consultation.

Le Président de la thèse,
Pr Yves ZERBIB
Cachet et Signature

INSPU Bel-Air
Dr Yves ZERBIB
21 rue Bel-Air - 69600 SAINT PRIEST
69 1 098305

Vu :
Pour le Président de l'Université,
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est



Professeur Gilles RODE
Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 01/11/2017



BIBLIOGRAPHIE

1. Kamina P, Kamina P. Anatomie clinique. Paris: Maloine; 2009.
2. Édouard P. Adaptations de la force musculaire des muscles rotateurs médiaux et latéraux dans la stabilisation dynamique de l'articulation scapulo-humérale: applications à des situations pathologiques et sportives. :275.
3. Ohl X. Analyse morphologique et biomécanique des articulations scapulo-humérale et scapulo-thoracique. :95.
4. Paine R, Voight ML. The role of the scapula. Int J Sports Phys Ther. 2013;8:617-646.
5. Netgen. Tendinopathies : physiopathologie et options thérapeutiques conservatrices [Internet]. Revue Médicale Suisse. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-28/30576>
6. Cook JL, Purdam CR. Is tendon pathology a continuum? A pathology model to explain the clinical presentation of load-induced tendinopathy. Br J Sports Med. 2009;43:409-415.
7. Bartoszewski N, Parnes N. Rotator cuff injuries. J Am Acad PAs. 2018;31:49.
8. Abitteboul Y, Leroux G, Laterre D, Riviere D, Oustric S. Tests cliniques de l'épaule. :2.
9. van der Windt DA, Koes BW, de Jong BA, Bouter LM. Shoulder disorders in general practice: incidence, patient characteristics, and management. Ann Rheum Dis. 1995;54:959-1023.
10. OMG - Données [Internet]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>
11. Monrad N, Ganestam A, Kallemsen T, Barfod KW. Alarming increase in the registration of degenerative rotator cuff-related lesions a nationwide epidemiological study investigating 244,519 patients. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc Off J ESSKA. 2018;26:188-282.
12. Yamamoto A, Takagishi K, Osawa T, Yanagawa T, Nakajima D, Shitara H, et al. Prevalence and risk factors of a rotator cuff tear in the general population. J Shoulder Elbow Surg. 2010;19:116-136.
13. Fehring EV, Sun J, VanOeveren LS, Keller BK, Matsen FA. Full-thickness rotator cuff tear prevalence and correlation with function and co-morbidities in patients sixty-five years and older. J Shoulder Elbow Surg. 2008;17:881-886.
14. Camargo PR, Albuquerque-Sendín F, Salvini TF. Eccentric training as a new approach for rotator cuff tendinopathy: Review and perspectives. World J Orthop. 2014;5:634-678.
15. Littlewood C. Contractile dysfunction of the shoulder (rotator cuff tendinopathy): an overview. J Man Manip Ther. 2012;20:209-222.
16. Recherche des tableaux - Publications et outils - INRS [Internet]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/publications/bdd/mp/>
17. Liste des tableaux - Publications et outils - INRS [Internet]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/publications/bdd/mp/listeTableaux.html>

18. Statistiques de sinistralité 2018 tous CTN et par CTN : Accidents du travail, Accidents de trajet, Maladies professionnelles. 2018;62.
19. Saragaglia PD. Les ruptures de la coiffe des rotateurs. :7.
20. Pichon DH. Examen clinique de l'épaule douloureuse chronique (306b). :8.
21. Beaudreuil J, Nizard R, Thomas T, Peyre M, Liotard J-P, Boileau P, et al. Valeur diagnostique des tests cliniques au cours des tendinopathies dégénératives de la coiffe des rotateurs : une revue systématique. *Contrib Clin Tests Diagn Rotator Cuff Dis Syst Lit Rev*. 2009;76:16-37.
22. Schiefer M, Júnior YAC-S, Silva SM, Fontenelle C, Carvalho MGD, Faria FG de, et al. Diagnóstico clínico da ruptura do tendão subescapular com a manobra semiológica bear hug Clinical diagnosis of subscapularis tendon tear using the bear hug semiological maneuver. *Rev Bras Ortop*. 2012;47:588-680.
23. Akasbi N, El Aissaoui A, Yazghich I, El Fakir S, Harzy T. Intérêt de l'échographie dans la pathologie de la coiffe des rotateurs - Confrontation examen clinique et constatations échographiques. *Int J Med Surg*. 2018.
24. Cleophax C. L'épaule douloureuse non traumatique de l'adulte en médecine générale : enquête de pratique et élaboration d'un référentiel de prise en charge. :178.
25. Barth JRH, Burkhart SS, De Beer JF. The bear-hug test: a new and sensitive test for diagnosing a subscapularis tear. *Arthrosc J Arthrosc Relat Surg Off Publ Arthrosc Assoc N Am Int Arthrosc Assoc*. 2006;22:1076-1160.
26. Modalités de prise en charge d'une épaule douloureuse chronique non instable chez l'adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272463/fr/modalites-de-prise-en-charge-d-une-epaule-douloureuse-chronique-non-instable-chez-l-adulte
27. Goupille P, Anger C, Cotty P, Fouquet B, Soutif D, Valat J-P. Valeur des radiographes standards pour le diagnostic de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule. *Rev Rhum Mal Ostéo-Articul*. 1993;60:440-444.
28. Artus M, van der Windt DA, Afolabi EK, Buchbinder R, Chesterton LS, Hall A, et al. Management of shoulder pain by UK general practitioners (GPs): a national survey. *BMJ Open*. 2017;7:e015711.
29. Railhac JJ, Sans N, Rigal A, Chiavassa H, Galy-Fourcade D, Richardi G, et al. La radiographie de l'épaule de face stricte en décubitus dorsal: intérêt dans le bilan des ruptures de la coiffe des rotateurs. *J Radiol*. 2001;82(9 Pt 1):979-1064.
30. Buchbinder R, Staples MP, Shanahan EM, Roos JF. General practitioner management of shoulder pain in comparison with rheumatologist expectation of care and best evidence: an Australian national survey. *PloS One*. 2013;8:e61243.
31. Denis A, Vial J, Sans N, Loustau O, Chiavassa-Gandois H, Railhac J-J. Le point sur... - Radiographies de l'épaule : les incidences utiles en pratique courante. *Datarevues0221036300895-C2620* [Internet]. 2008; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/166465#bib6>

32. Netgen. Imagerie de la coiffe des rotateurs [Internet]. Revue Médicale Suisse. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2003/RMS-2444/23132>
33. Netgen. Apport de l'échographie dans les tendinopathies [Internet]. Revue Médicale Suisse. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-465/Apport-de-l-echographie-dans-les-tendinopathies>
34. Le Goff B, Berthelot J-M, Guillot P, Glémarec J, Maugars Y. Assessment of calcific tendonitis of rotator cuff by ultrasonography: comparison between symptomatic and asymptomatic shoulders. *Joint Bone Spine*. 2010;77:258-321.
35. Diercks R, Bron C, Dorrestijn O, Meskers C, Naber R, de Ruiter T, et al. Guideline for diagnosis and treatment of subacromial pain syndrome. *Acta Orthop*. 2014;85:314-336.
36. Soh E, Li W, Ong KO, Chen W, Bautista D. Image-guided versus blind corticosteroid injections in adults with shoulder pain: A systematic review. *BMC Musculoskelet Disord*. 2011;12:137.
37. Naunton J, Harrison C, Britt H, Haines T, Malliaras P. General practice management of rotator cuff related shoulder pain: A reliance on ultrasound and injection guided care. *PloS One*. 2020;15:e0227688.
38. Zufferey P, Revaz S, Degallier X, Balague F, So A. A controlled trial of the benefits of ultrasound-guided steroid injection for shoulder pain. *Joint Bone Spine*. 2012;79:166-175.
39. Sun Y, Zhang P, Liu S, Li H, Jiang J, Chen S, et al. Intra-articular Steroid Injection for Frozen Shoulder: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials With Trial Sequential Analysis. *Am J Sports Med*. 2017;45:2171-2180.
40. Boudreault J, Desmeules F, Roy J-S, Dionne C, Frémont P, Macdermid JC. The efficacy of oral non-steroidal anti-inflammatory drugs for rotator cuff tendinopathy: a systematic review and meta-analysis. *J Rehabil Med*. 2014;46:294-600.
41. Conservative treatment or surgery for shoulder impingement: systematic review and meta-analysis: Disability and Rehabilitation: Vol 37, No 1 [Internet]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638288.2014.907364>
42. Franco ESB, Puga ME dos S, Imoto AM, Almeida J de, Mata V da, Peccin S, et al. What do Cochrane Systematic Reviews say about conservative and surgical therapeutic interventions for treating rotator cuff disease? Synthesis of evidence. *Sao Paulo Med J*. 2019;137:543-552.
43. Mariasiewicz T. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des tendinopathies de la coiffe des rotateurs, en médecine générale, en Seine-Maritime. :187.
44. Hermans J, Luime JJ, Meuffels DE, Reijman M, Simel DL, Bierma-Zeinstra SMA. Does this patient with shoulder pain have rotator cuff disease?: The Rational Clinical Examination systematic review. *JAMA*. 2013;310:837-884.
45. Serfaty R. Épaule douloureuse chronique non traumatique en non instable: quelle prise en charge des médecins généralistes de Nice et sa région? :85.
46. La satisfaction au travail des femmes. *Psychol Fr*. 2005;50:181-275.
47. Fournel S. Prise en charge de la pronation douloureuse de l'enfant en médecine générale

[Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2019.

ANNEXES

Questionnaire

1- A quelle fréquence rencontrez-vous des tendinopathies de la coiffe ?

- Moins d'une fois par mois
- Une à deux fois par mois
- Trois à quatre fois par mois
- Cinq à dix fois par mois
- Plus de dix fois par mois

2- Que recherchez-vous à l'interrogatoire ?

- Mécanisme Lésionnel
- Durée d'évolution des symptômes
- Douleur nocturne
- Antécédent de tendinopathie de la coiffe
- Profession
- Fièvre
- Perte de poids
- Autre

3- Que recherchez-vous à l'inspection ?

- Amyotrophie des fosses supra et infra-épineuses
- Inflammation de l'épaule
- Déformation des reliefs
- Amplitudes actives
- Autre

4- Que réalisez-vous à la palpation ?

- Recherche des points douloureux
- Palpation de l'articulation acromio-claviculaire
- Palpation de l'articulation sterno-claviculaire
- Palpation du rachis cervical
- Recherche des amplitudes passives
- Autre

5- Comment recherchez-vous un conflit sous acromial ?

- Je n'en recherche pas

- Manœuvre de Yocum
- Manœuvre de Neer
- Manœuvre de Hawkins
- Autre

6- *Si vous ne le recherchez pas, expliquez pourquoi*

- Car je le trouve inutile en première intention
- Car je manque de temps
- Car il n'impacte pas ma prise en charge
- Car le spécialiste le recherchera
- Car l'imagerie le recherchera
- Car je ne connais pas ces manœuvres
- Je recherche un conflit
- Autre

7- *Quelles manœuvres réalisez-vous lors de l'examen clinique ?*

- Test de Jobe
- Test de Patte
- test de Gerber
- Palm-Up test
- Test de rappel automatique interne
- Test de rappel automatique externe
- Belly Press test
- Autre

8- *Si vous ne réalisez pas le testing musculaire, expliquez pourquoi.*

- Car je manque de temps
- Car il n'impacte pas ma prise en charge
- Car le spécialiste le recherchera
- Car l'imagerie le recherchera
- Car je ne connais pas ces manœuvres
- Car je ne cherche pas à faire un diagnostic lésionnel précis
- Je réalise le testing

9- *Quelle imagerie va orienter le plus souvent votre prise en charge lors de la première consultation ?*

- Aucune
- Radio de l'épaule
- Échographie de l'épaule

- Arthroscanner de l'épaule
- IRM de l'épaule
- Autre

10- Vous avez choisi de réaliser une radiographie :

- Pour confirmer le diagnostic
- Pour éliminer les diagnostics différentiels
- Pour visualiser une évolution lors de la prise en charge
- Pour sa facilité d'accès
- Pour rassurer le patient
- Je n'ai pas choisi de réaliser une radiographie
- Autre

11- Vous avez choisi de réaliser une échographie

- Pour confirmer le diagnostic
- Pour éliminer les diagnostics différentiels
- Pour visualiser une évolution lors de la prise en charge
- Pour sa facilité d'accès
- Pour rassurer le patient
- Je n'ai pas choisi de réaliser une échographie
- Autre

12- Vous avez choisi de réaliser une autre imagerie

- Pour confirmer le diagnostic
- Pour éliminer les diagnostics différentiels
- Pour visualiser une évolution lors de la prise en charge
- Pour pouvoir adresser le patient au spécialiste
- Pour rassurer le patient
- Je n'ai pas choisi de réaliser un autre examen d'imagerie
- Autre

13- Vous avez choisi de ne pas réaliser d'imagerie

- Car le diagnostic est clinique
- Car elle ne change pas ma prise en charge
- Car elle est difficile d'accès
- Car c'est un coût pour la sécurité sociale
- J'ai choisi de réaliser une imagerie
- Autre

14- Quelle ordonnance réalisez-vous le plus souvent lors de la première consultation ?

- Conseils oraux
- Repos
- Paracétamol
- AINS PO
- AINS locaux
- Corticoïdes oraux
- Antalgiques de palier 2
- Kinésithérapie
- Infiltration de corticoïdes
- Avis spécialisé
- Médecine alternative
- Autre

15- Si vous ne proposez pas de kinésithérapie lors de la première consultation expliquez pourquoi

- Je ne trouve pas qu'elle change l'évolution de la pathologie
- Je préfère attendre l'imagerie pour la proposer ensuite
- Je préfère attendre l'évolution pour la proposer ensuite
- En raison de la mauvaise observance des patients
- Je propose la kinésithérapie lors de la première consultation
- Autre

16- Si vous proposez une infiltration lors de la première consultation

- Vous la réalisez vous-même
- Vous adressez le patient à un médecin du sport
- Vous adressez le patient à un rhumatologue
- Vous adressez le patient à un orthopédiste
- Je ne propose pas d'infiltration lors de la première consultation

17- Si vous ne proposez pas d'infiltration lors de la première consultation, expliquez pourquoi

- C'est un traitement de seconde intention
- L'infiltration a un intérêt thérapeutique limité
- Les effets secondaires de l'infiltration sont importants
- Je n'ai pas l'habitude de réaliser des infiltrations moi-même
- Pas d'infiltration sans imagerie
- Je propose une infiltration lors de la première consultation
- Autre

18- Quelle proportion de tendinopathie de la coiffe déclarez-vous en maladie professionnelle ?

- Moins de 25%
- Entre 25 et 50%
- Entre 50 et 75%
- Plus de 75%

19- Êtes-vous satisfait de votre prise en charge des tendinopathies de la coiffe ?

- Oui, complètement
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Pas du tout

20- Qu'est-ce qui vous dérange le plus dans la prise en charge des tendinopathies de la coiffe des rotateurs ? (Question ouverte)

21- Êtes-vous un homme ou une femme ?

- Un homme
- Une femme

22- Quel âge avez-vous ?

- Moins de 40 ans
- Entre 40 et 55 ans
- Plus de 55 ans

23- Dans quel milieu exercez-vous ?

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

24- Dans quelle structure exercez-vous ?

- Cabinet médical seul
- Cabinet médicale de groupe
- Maison de Santé pluridisciplinaire

RESUME

Introduction : Les tendinopathies de la coiffe des rotateurs sont une pathologie fréquemment rencontrée en médecine générale et un problème de santé publique. Il s'agit d'une inflammation tendineuse d'un ou de plusieurs muscles de l'épaule. Sa prise en charge a été définie par les recommandations de la HAS de 2005. Cette étude vise à mettre en évidence le mode de prise en charge de cette pathologie.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude quantitative évaluant le mode de prise en charge de la tendinopathie de la coiffe en médecine générale en Auvergne-Rhône-Alpes lors de la première consultation par l'intermédiaire d'un questionnaire ayant été diffusé à 489 Maîtres de Stage Universitaire. Le recueil de données s'est étendu sur la période du 7 mai 2020 au 2 Août 2020.

Résultats : 131 médecins ont répondu au questionnaire soit 26,8%. La majorité des médecins (95%) y est confrontée au moins mensuellement. La manœuvre de Yocum est la plus plébiscitée dans la recherche du conflit sous-acromial tandis que peu de médecins concèdent ne pas le rechercher. La plupart des médecins réalisent un testing musculaire à l'aide du test de Jobe (98%) et du Palm-up Test (78%) essentiellement. Concernant l'imagerie, la plupart réalisent au moins une échographie (72%) tandis que 18% décident de se passer d'une imagerie en première intention. Sur le plan thérapeutique, AINS, antalgiques et kinésithérapie font partie des traitements les plus prescrits. Nous ne retrouvons aucune différence significative par rapport au mode de prise en charge. Cependant, le niveau de satisfaction sur cette pathologie diffère entre les hommes et les femmes ($p=0,04$).

Conclusion : La tendinopathie de la coiffe des rotateurs est une pathologie fréquemment rencontrée en médecine générale. Dans la région Rhône-Alpes-Auvergne, il n'existe pas de différence significative de prise en charge lors de la première consultation. La majorité des médecins réalisent un testing musculaire et une imagerie avant de traiter par AINS, antalgiques et kinésithérapie. Il existe une différence de satisfaction de la prise en charge entre les hommes et les femmes.

MOTS CLES : épaule douloureuse, tendinopathie de la coiffe, rotator cuff disease, rotator cuff injury

JURY

Président : Monsieur le Professeur Yves ZERBIB.....
Membres : Monsieur le Professeur Gilles RODE.....
Madame le Professeur Corinne PERDRIX.....
Madame le Docteur Sylvie LAPLANCHE.....
Monsieur le Docteur Robert FAUCHÉ

DATE DE SOUTENANCE : Mardi 12 Janvier 2021

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR 34 rue
Garibaldi, 69006 Lyon

VOTRE EMAIL : erikk.pontus@gmail.com