

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2011

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

SENECHAL GALA Emmanuelle
Née le 14 janvier 1981 à Boulogne sur mer (62)

Présentée et soutenue publiquement
le 06 octobre 2011

TITRE

**Epaule douloureuse chronique non instable et non traumatique :
Quelle prise en charge par les médecins généralistes du Morbihan
en 2010 ?**

Jury

Président de Jury : **Monsieur le Professeur Goupille Philippe, Rhumatologie.**
Membres du jury : **Monsieur le Professeur Fouquet Bernard, Médecin physique et de Réadaptation**
Madame le Professeur Lehr-Drylewicz, Médecine Générale
Monsieur le Docteur Limeul Jean-Yves, Médecine Générale

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESEURS

Professeur Christian ANDRES, Recherche
Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERAL

Monsieur Patrick HOARAU

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Jacques LANSAC
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - J. LAUGIER
G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN - J. MOLINE
Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD - Ch. ROSSAZZA -
Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE - J. THOUVENOT
B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	AUTRET Alain	Neurologie
Mme	AUTRET-LECA Elisabeth	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MM.	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mmes	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
	BARTHELEMY Catherine	Physiologie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BESNARD Jean-Claude	Biophysique et Médecine nucléaire
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	CHARBONNIER Bernard	Cardiologie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FETISSOF Franck	Anatomie et Cytologie pathologiques
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LANSON Yves	Urologie
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie

LECOMTE Pierre	Endocrinologie et Maladies métaboliques
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEMARIE Etienne	Pneumologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
LORETTE Gérard	Dermato-Vénérologie
MACHET Laurent	Dermato-Vénérologie
MAILLOT François	Médecine Interne
MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
NIVET Hubert	Néphrologie
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
RICHARD-LENOBLE Dominique	Parasitologie et Mycologie
ROBERT Michel	Chirurgie Infantile
ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-Vénérologie
VELUT Stéphane	Anatomie
WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEURS ASSOCIES

M.	HUAS Dominique	Médecine Générale
Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale
MM.	POTIER Alain	Médecine Générale
	TEIXEIRA Mauro	Immunologie

PROFESSEUR détaché auprès de l'Ambassade de France à Washington pour exercer les fonctions de Conseiller pour les affaires sociales

M.	DRUCKER Jacques	Epidémiologie-Economie de la Santé et Prévention
----	-----------------	--

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ARBEILLE Brigitte	Biologie cellulaire
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD-LAUMONIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
M	BOISSINOT Eric	Physiologie
Mmes	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
	BRECHOT Marie-Claude	Biochimie et Biologie moléculaire
MM.	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DUONG Thanh Hai	Parasitologie et Mycologie
Mmes	EDER Véronique	Biophysique et Médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M.	GIRAudeau Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction

	GYAN Emmanuel	Hématologie , transfusion
M.	HOARAU Cyrille	Immunologie
M.	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mme	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mmes	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mme	MICHEL-ADDE Christine	Pédiatrie
M.M	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
Mme	VALAT Chantal	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
Mme	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mlle	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

M.M.	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	ROBERT Jean	Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE

M	DIABANGOUAYA Célestin	Anglais
---	-----------------------	---------

CHERCHEURS C.N.R.S. - INSERM

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
M	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
M.	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
M.	MALLET Donatien	Praticien Hospitalier.

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Philippe Goupille,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être Président du jury et de votre disponibilité. Je vous remercie d'apporter votre expertise sur ma recherche.

Monsieur le Professeur Bernard Fouquet,

Vous avez eu la grande amabilité de bien vouloir juger mon travail. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

Madame le Professeur Anne-Marie Lehr-Drylewicz,

Vous me faites le plaisir de participer à mon jury. Je vous remercie de l'intérêt porté à mon travail. Veuillez trouver dans celui-ci le témoignage de ma sincère reconnaissance pour votre soutien au cours de mon internat.

Monsieur le Docteur Jean-Yves Limeul,

Vous avez permis la réalisation de cette thèse. Je vous remercie de votre accueil à Rennes. Je vous remercie de votre précieuse aide et de votre disponibilité.

François-Xavier, je te remercie avec tout mon amour d'épouse pour ton soutien, ta bienveillance et ta patience au cours de la réalisation de ce travail.

A mes puces, Faustine et Louise, votre maman vous aime.

A maman, en témoignage de ma reconnaissance pour ton amour et ta confiance depuis toutes ces années.

A papa, je sais que tu veilles sur moi.

A Cédric, Marc-Antoine et Laurie-Anne je vous remercie de votre aide, votre regard scientifique, votre aide informatique, votre amour.

A tous mes grands-parents, je vous remercie de votre soutien. Je suis fière d'entrer dans la lignée des médecins de la famille.

A toute ma famille, en particulier Laurence et Christophe pour votre présence et votre soutien depuis le début de mes études.

A ma belle famille, je vous remercie de votre soutien durant ce travail.

A l'ensemble des médecins qui se sont investis dans ma formation de médecin généraliste.

Table des matières

INTRODUCTION.....	10
PROBLEMATIQUE DE L'EPAULE: UN ENJEU DE PRISE EN CHARGE	12
1. Anatomie fonctionnelle de l'épaule.....	12
2. Particularités cliniques et pathologiques de l'épaule.....	14
3. Recommandations pour la pratique clinique.....	16
4. Enjeux socio-économiques de cette prise en charge.....	17
MATERIEL ET METHODES	19
1. Population ciblée.....	19
2. Mode de recueil des données.....	19
3. Méthode d'analyse des données.....	20
RESULTATS ET ANALYSES.....	21
1. Taux de réponse.....	21
2. Caractéristiques de l'échantillon des médecins généralistes.....	21
2.1 Caractéristiques sociales : sexe et âge.....	21
2.2 Caractéristiques de leur activité.....	22
2.2.1 Zone d'exercice.....	22
2.2.2 Mode d'exercice.....	23
2.2.3 Informatisation.....	24
3. Prescriptions d'examens complémentaires.....	25
3.1 Examens complémentaires lors de la 1 ^{ère} consultation.....	25
3.1.1 Répartition des médecins prescripteurs en fonction des zones géographiques.....	25
3.1.2 Type d'examen complémentaire prescrit.....	26
3.2 Examens complémentaires à partir de la 2 ^{ème} consultation.....	27
3.2.1 Répartition des médecins prescripteurs en fonction des zones géographiques.....	27
3.2.2 Type d'examen complémentaire prescrit.....	28
4. Prise en charge thérapeutique.....	29
4.1 Prescriptions médicamenteuses et de kinésithérapie.....	29
4.1.1 Médicaments.....	29
4.1.2 Infiltration cortisonique.....	30
4.1.3 Kinésithérapie.....	32
4.2 Prescription d'arrêt de travail et suivi du patient.....	35
4.2.1 Nombre d'arrêt de travail.....	35
4.2.2 Prescription d'arrêt de travail en fonction du sexe.....	35
4.2.3 Durée moyenne des arrêts de travail.....	36
4.2.4 Les médecins revoient leur patient.....	37

5. Recours à un spécialiste.....	38
5.1 Demande d'avis spécialisé selon la zone d'exercice.....	38
5.2 Spécialités consultées.....	39
5.3 Délai attendu avant la demande d'un avis spécialisé.....	39
5.4 Critères pour demander un avis spécialisé.....	40
6. Evaluation personnelle de prise en charge.....	41
6.1 Difficulté(s) rencontrée(s).....	41
6.1.1 La répartition des difficultés selon l'âge	41
6.1.2 La répartition des difficultés selon la zone d'exercice.....	42
6.1.3 Nature des difficultés rencontrées.....	42
6.2 Moyens choisis pour surmonter ces difficultés.....	44
6.2.1 Moyens de surmonter les difficultés en fonction du sexe des médecins.....	45
6.2.2 Moyens de surmonter les difficultés chez les médecins informatisés.....	45
6.3 Lecture de la recommandation de la HAS d'avril 2005 sur la prise en charge de l'épaule douloureuse de l'adulte.....	46
6.3.1 Lecture selon l'informatisation.....	46
6.3.2 Lecture selon le sexe des médecins.....	47
6.4 Outil pour améliorer la prise en charge de l'épaule douloureuse non traumatique de l'adulte.....	48
6.4.1 Intérêt d'un outil de prise en charge selon le sexe des médecins	48
6.4.2 Intérêt d'un outil de prise en charge selon l'âge des médecins	48
6.4.3 Intérêt d'un outil de prise en charge selon le type d'exercice.....	49
6.4.4 Type d'outil souhaité pour améliorer les pratiques.....	49
6.5 La formation médicale continue (FMC).....	50
6.5.1 Raisons de ne pas nécessiter d'outil de formation pour améliorer les pratiques.....	50
6.5.2 Raisons de ne pas nécessiter d'outil d'amélioration des pratiques selon l'âge et le sexe des médecins.....	51
DISCUSSION.....	52
1. Pertinence du sujet et critique de la méthode.....	52
1.1 Pertinence du sujet.....	52
1.2 Critique de la méthode.....	52
1.2.1 Biais de recrutement.....	52
1.2.2 Biais d'information.....	53
1.2.3 Biais de confusion.....	53
2. Discussion générale.....	54
2.1 Examens complémentaires.....	54
2.2 Traitements médicamenteux et kinésithérapie.....	55
2.2.1 Médicaments per os.....	55
2.2.2 Infiltration cortisonique.....	55

2.2.3	Kinésithérapie.....	56
2.3	Outil de formation pour l'amélioration des pratiques.....	57
2.3.1	Etat des lieux de la formation continue des médecins généralistes en France.....	57
2.3.2	Développement Professionnel Continu (DPC).....	58
2.3.3	Outil de formation souhaité par les médecins.....	58
CONCLUSION.....		60
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....		62
ANNEXE 1.....		67
ANNEXE 2.....		71

INTRODUCTION

L'épaule est un complexe articulaire unissant le membre supérieur au thorax. Constituée de 5 articulations, l'épaule est très souvent sollicitée dans tous les actes de la vie quotidienne, de la vie professionnelle ainsi que dans le sport. Elle peut donc être soumise à de nombreuses pathologies.

Depuis quelques années, la prise en charge des pathologies de l'épaule a suscité diverses initiatives :

- la création d'un groupe de travail, le GREP (*Groupe Rhumatologique Français de l'Epaule*), sous l'égide de la société française de rhumatologie.
- la réalisation de fiche pratique destinée au grand public par la Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique entre autres sujets sur « les problèmes d'épaule liés à l'âge ».
- la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en avril 2005 une recommandation de bonne pratique sur la prise en charge de l'épaule douloureuse chronique non instable de l'adulte.

Cela témoigne d'un intérêt soutenu pour la recherche clinique et thérapeutique autour de ce complexe articulaire.

L'assurance maladie, conjointement avec les services de médecine du travail, se penche sur ce qui apparaît comme un enjeu de santé publique.

Selon un rapport du Ministère de la Santé dans la population générale française **(1)**, les maladies ostéo-articulaires sont la 2^e cause de morbidité chez les 25-64 ans (35%). Dans la population des 65 ans et plus, ce même type de pathologie est au 3^e rang (derrière les maladies de l'œil et les maladies cardio-vasculaires).

Le premier témoin de l'ampleur des pathologies musculo-squelettiques de l'épaule est le médecin généraliste :

- En 2007, selon l'Observatoire de la Médecine Générale **(2)**, la ténosynovite de l'épaule est au 5^e rang des motifs de consultations de l'appareil locomoteur et représente 2,72% des consultations totales de médecine générale.
- Entre 1997 et 2007, le nombre de consultations pour la ténosynovite de l'épaule est passée de 1952 à 4256, soit 2,2 fois plus de consultations en 10 ans **(2)**.
- En 2010 elle nécessite 2,07 consultations en moyenne par patient **(2)** alors que la lombalgie ne nécessite que 1,7 consultations par patient. Ce qui met en exergue la difficulté de la prise en charge.

L'atteinte globale de l'épaule peut être à l'origine de graves retentissements sur la vie personnelle et professionnelle de nos patients

Au niveau professionnel ce type de pathologie non traumatique représente 21,7% des maladies professionnelles (tableau 57 regroupant « épaule enraidie » et « épaule douloureuse ») déclarées à la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) en 2007 (3) ; sans compter le nombre de ces pathologies non déclarées pour de multiples raisons.

Au niveau économique cela induit un retentissement pour le patient, pour l'entreprise et pour la société en matière d'arrêt de travail, de déclarations de maladies professionnelles, de coût de traitements, de gestion du personnel et de la production...

Selon le Ministère du Travail (4), le médecin du travail n'intervient auprès des salariés qu'en relais du médecin traitant dans un but de réorganisation et d'adaptation des conditions de travail. Le médecin généraliste reste bien le premier acteur de santé auprès du patient.

Dans ce travail, nous nous intéresserons aux pathologies de l'épaule chronique non instable et non traumatique de l'adulte :

- Une douleur chronique se définit par une évolution depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient (5).
- Le cadre nosologique d'une épaule non instable et non traumatique exclue toute épaule ayant des luxations récidivantes ou ayant subi un ou plusieurs traumatismes.

Dans **un premier temps** nous ferons :

- un rappel des *particularités anatomo-fonctionnelles* de l'épaule.
- de son *examen clinique*.
- des *enjeux socio-économiques* de la prise en charge de l'épaule de l'adulte.

Puis nous évaluerons **la pratique des médecins généralistes du Morbihan** face à la recommandation de la HAS d'avril 2005 sur la prise en charge de l'épaule douloureuse chronique non instable de l'adulte (6).

Enfin nous analyserons les **moyens potentiels d'améliorer la prise en charge** de cette épaule.

PROBLEMATIQUE DE L'ÉPAULE : UN ENJEU DE PRISE EN CHARGE

La prise en charge de l'épaule est un réel enjeu pour la société, de son examen clinique jusqu'à son retentissement économique pour l'Assurance Maladie. Ayant une mobilité en circumduction, l'anatomie fonctionnelle de l'épaule est complexe.

1. L'anatomie fonctionnelle de l'épaule :

L'épaule est constituée de 5 articulations (fig. 1) :

- L'articulation sterno-costo-claviculaire (1)
- L'articulation acromio-claviculaire (2)
- L'articulation scapulo-humérale (3)
- L'articulation sous-acromiale (4)
- L'articulation scapulo-thoracique (5)

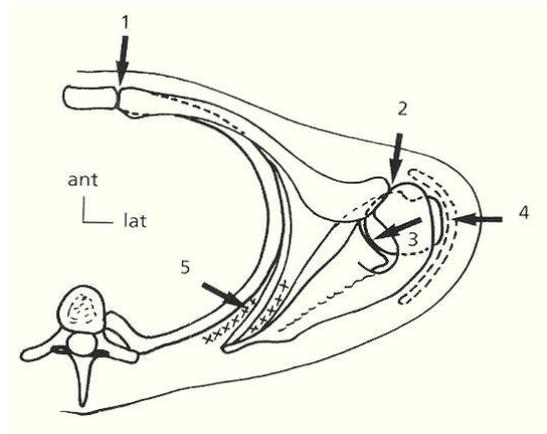


Figure 1. Les 5 articulations du complexe de l'épaule. D'après Dufour (7).

L'articulation scapulo-humérale (fig.2) est la plus importante. C'est l'articulation de la tête humérale avec la glène de l'omoplate (*scapula*).

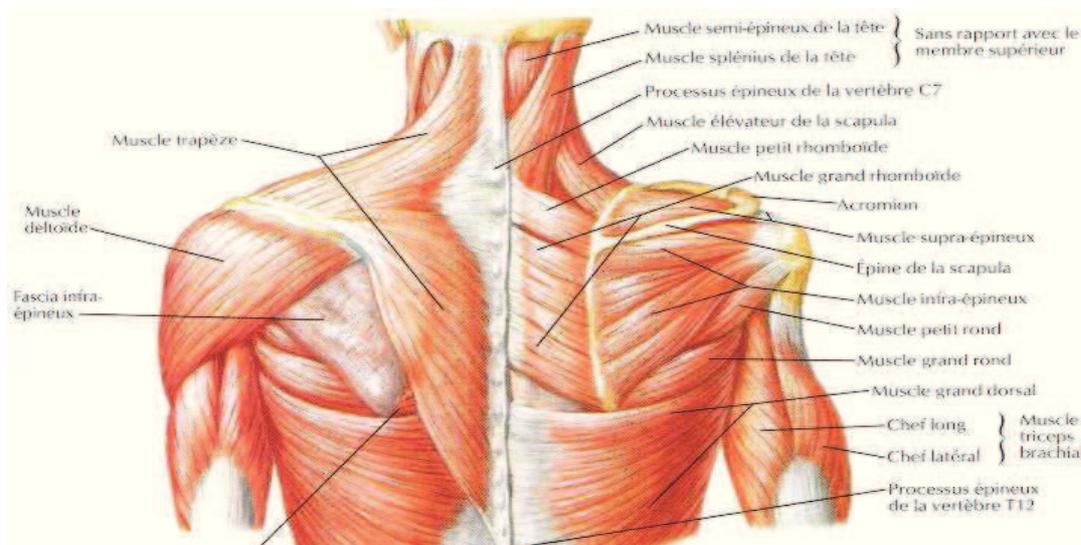


Figure 2. Vue postérieure des muscles superficiels (à gauche) et profond (à droite) de la ceinture scapulaire. D'après Netter (8)

Les mouvements du bras par rapport au tronc sont possibles dans les trois plans :

- ▶ **Antépulsion:** par les muscles deltoïde antérieur, grand pectoral et coraco-brachial.
- ▶ **Rétropulsion:** par les muscles deltoïde postérieur, grand dorsal et grand rond
- ▶ **Abduction:** par les muscles deltoïde et sus épineux.
- ▶ **Adduction:** doit être associée à une légère antépulsion ou rétropulsion : par les muscles grands dorsal, pectoral et rond.
- ▶ **Rotation externe:** par les muscles sous-épineux, petit rond et deltoïde postérieur.
- ▶ **Rotation interne:** par les muscles sous scapulaire, grand dorsal, grand pectoral et grand rond. (9)(10)

En grandes amplitudes, ces mouvements sont complétés par ceux de la ceinture scapulaire (et plus particulièrement de l'omoplate), puis entraînent, à leur maximum, les vertèbres (11).

La ceinture scapulaire (fig2), constituée de la clavicule et de l'omoplate, se situe à l'apex du thorax : clavicule en avant, omoplate en arrière.

Ses rapports articulaires avec le gril costal sont de deux sortes (9) :

- ▶ L'articulation sterno-costo-claviculaire se mobilisant dans les 3 plans de l'espace.
- ▶ Un plan de glissement de l'omoplate sur les côtes, par l'intermédiaire des plans musculaires situés entre eux (sous-scapulaire et grand dentelé)

L'articulation acromio-claviculaire est l'articulation entre l'acromion de la scapula et l'extrémité externe de la clavicule. Les mouvements de cette articulation amplifient ceux de l'articulation sterno-costo-claviculaire et s'effectuent dans les 3 plans de l'espace (10).

L'articulation sous-acromiale comprend une bourse séreuse qui facilite le glissement entre la coiffe des rotateurs et l'articulation scapulo-humérale lors de l'élévation du bras (10).

Cette articulation complexe est la seule du corps pouvant réaliser une circumduction dans les 3 plans de l'espace, ce qui la fragilise. La complexité anatomique et la diversité des mouvements de l'épaule entraînent des particularités cliniques et peuvent faire apparaître différentes pathologies.

2. Particularités cliniques et pathologiques de l'épaule

L'activité professionnelle, sportive et domestique renvoie à l'épidémiologie spécifique des lésions selon le geste réalisé, résultant d'un surmenage mécanique.

Au niveau professionnel, l'épaule est soumise à plusieurs facteurs biomécaniques: les gestes répétitifs, le travail en position maintenue, le travail en force, les postures articulaires extrêmes et l'utilisation d'outils vibrants **(12) (13)**.

Devant cette articulation, l'examen clinique peut sembler difficile.

Pour effectuer une synthèse de cet examen, j'ai eu deux entretiens avec un rhumatologue exerçant en ville et un chirurgien orthopédique spécialiste de l'épaule exerçant en clinique. Ils m'ont expliqué leur manière de prendre en charge une épaule douloureuse. Mes deux interlocuteurs m'ont précisé unanimement **la place prépondérante de l'interrogatoire**. L'inspection, la palpation et les manœuvres étaient identiques des deux points de vue, cherchant la pertinence et la précision diagnostique. Leur différence résidait dans leur prise en charge thérapeutique car le chirurgien orthopédique arrivait souvent après l'échec de tout traitement médicamenteux contrairement au rhumatologue.

- En premier lieu **l'interrogatoire** précise certains éléments nécessaires à l'orientation diagnostique :
 - ▶ L'âge détermine la part des facteurs micro traumatiques et dégénératifs.
 - ▶ Les antécédents traumatiques, généraux médicaux et les traitements sont des éléments supplémentaires dans la suspicion de mécanisme inflammatoire, métabolique et vasculaire, d'une capsulite rétractile ou d'une tendinopathie.
 - ▶ Enfin quelque soit l'activité exercée, le côté dominant doit être précisé **(14)**.
- Les **critères qualifiant l'épaule de pathologique** sont indispensables : douleur (à orientation inflammatoire ou mécanique), impotence fonctionnelle, raideur, déformation et perception d'un ressaut.
- **L'inspection, la palpation** (acromio-claviculaire et sterno-claviculaire).
- De manière non exhaustive il existe une trentaine de manœuvres différentes pour examiner l'épaule. Les **amplitudes passives et actives** sont essentielles et peuvent être complétées par des **manœuvres spécifiques**. Les nombreuses variantes peuvent rendre ce travail long, difficile et source d'erreur pour l'établissement d'un diagnostic.

En médecine générale il faut chercher à allier précision et efficacité de l'examen clinique dans une consultation face à la contrainte temporelle.

On va tout d'abord repérer si la douleur de l'épaule n'est pas une douleur projetée **(10) (11)** liée à :

- Une cervicalgie (flexion/extension, rotation gauche/droite, flexions latérales).
- Une neuropathie (syndrome du défilé des Scalènes, atteinte du nerf sus-scapulaire).
- Une pathologie vasculaire (recherche de poulx).

Devant une douleur vraie de l'épaule on distingue 3 entités différentes :

- Une atteinte de la coiffe des rotateurs: (schémas Annexe 1)
explorée par les mobilisations classiques actives et passives (anté/rétropulsion, rotations externe et interne, abd/adduction) et par des manœuvres spécifiques:
 - le muscle SUS-EPINEUX exploré par le test de Jobe
 - le muscle SOUS-EPINEUX testé par une rotation externe contrariée à 30° de rotation externe coude au corps.
 - le LONG TENDON DU BICEPS testé par le Palm-up test (douloureux ou non) et par la recherche de la rupture de sa longue portion, l'examineur faisant effectuer au patient une flexion contrariée de l'avant-bras sur le bras.
 - le muscle SOUS-SCAPULAIRE exploré par le Lift-off test et le Belly-press test
 - le muscle PETIT ROND testé le bras en abduction à 90° dans le plan de la scapula et avec réalisation d'une rotation externe contrariée.

Les grandes atteintes sont les lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs et les ruptures tendineuses (partielles ou transfixiantes), la tendinite calcifiante (chronologiquement : stade asymptotique, stade chronique et stade aigu) et la capsulite rétractile (phase de douleur importante et raideur progressive puis phase de raideur majeure et douleur moindre et enfin phase de récupération) **(12) (15)**.

- Arthropathies :
arthrite septique, arthrite microcristalline, rhumatisme inflammatoire chronique, arthrose, ostéonécrose idiopathique **(12) (10)**.
- Pathologie acromiale et claviculaire :
le conflit sous-acromial est exploré par le test de NEER, le test de HAWKINS et de YOCUM. L'articulation acromio-claviculaire est le siège d'arthrose repérable à la palpation **(9)**.

Les pathologies traumatiques ou instables de l'adulte ne seront pas abordées dans notre étude.

A propos des pathologies de l'épaule l'Agence Nationale d'Accréditation En Santé (ANAES) avait réalisé en 2001 une recommandation pour la pratique clinique sur les pathologies non opérées de la coiffe des rotateurs et la kinésithérapie.

En 2005 la Haute Autorité de Santé a réalisé une recommandation professionnelle sur les modalités de prise en charge d'une épaule douloureuse chronique non instable.

3. Recommandations pour la pratique clinique

Pour notre étude nous nous sommes basés sur **la recommandation de la HAS datant d'avril 2005 (6)**. Cette recommandation pour la pratique clinique a été initiée à la demande de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Elle est destinée à tout médecin amené à prendre en charge un adulte ayant une épaule douloureuse chronique non instable.

Le cadre nosologique de cette recommandation est l'ensemble des tendinopathies dégénératives (avec ou sans rupture, transfixiante ou non) et calcifiantes chroniques de la coiffe des rotateurs de l'épaule. Ces pathologies entrent dans le tableau 57A des maladies professionnelles reconnues par l'Assurance Maladie défini par « les affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures ».

Elle précise que l'examen clinique orientant le diagnostic lésionnel est la première étape de la prise en charge. Les 4 temps autour desquels il s'articule sont : l'interrogatoire, l'inspection/palpation, les amplitudes passives et actives et le testing de la coiffe. Les examens complémentaires de première intention sont essentiellement la radiographie standard avec des clichés dont les incidences sont de face, de profil debout et l'incidence positionnelle de Railhac comparative. Une échographie effectuée par un opérateur spécialisé peut en première intention rechercher une rupture tendineuse transfixiante. L'imagerie de seconde intention est demandée par le praticien qui oriente le projet thérapeutique. Elle peut être envisagée en cas d'échec du traitement de première intention ou dans certains cas relativement urgents. Enfin les traitements ne sont proposés qu'aux formes symptomatiques. Les traitements médicaux (antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens et infiltrations cortisoniques) et le recours à la kinésithérapie sont identiques quelque soit le type de tendinopathie. Le traitement chirurgical est variable pour chaque tendinopathie.

En avril 2001 une recommandation pour la pratique clinique sur les pathologies non opérées de la coiffe des rotateurs et la masso-kinésithérapie a été établie par l'ANAES (16).

Cette recommandation concerne les lésions de la coiffe des rotateurs dégénératives ou traumatiques. Elle met l'accent sur l'intérêt des bilans masso-kinésithérapiques initiaux, en cours et finaux. La rééducation est recommandée, en dehors des crises hyperalgiques sans préconiser l'immobilisation articulaire. Il est recommandé d'associer les différentes techniques de rééducation suivantes : antalgique, articulaire, musculaire et de reprogrammation neuro-musculaire. Cet outil thérapeutique a ses limites d'utilisation dans le temps et il convient d'en réévaluer la pertinence régulièrement.

4. Enjeux socio-économiques de cette prise en charge

Du point de vue professionnel, selon le rapport « statistiques technologiques des maladies professionnelles de l'année 2007 » de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés **(17)**, les pathologies de l'épaule (enraidie et douloureuse) représentent 21,7% des maladies professionnelles déclarées contre 18,4% en 2004.

Selon l'étude COSALI réalisée entre 2002 et 2007 en pays de la Loire **(18)**, auprès des travailleurs salariés souffrant de Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) de l'épaule, 50% des salariés toujours en activité en 2007 ont eu une douleur ou une gêne de l'épaule durant les 7 derniers jours précédant l'enquête. Entre 2002 et 2007, 70% des salariés souffrant de TMS de l'épaule ont gardé le même poste de travail, seulement 10% des salariés ont bénéficié d'un aménagement des conditions de travail. En 2007, lors du deuxième questionnaire, 11% ont eu au moins 1 arrêt de travail de plus de 34 jours au cours des 12 derniers mois.

Selon une étude, conjointe de l'Institut de Veille Sanitaire, de l'Inspection médicale du travail et de la Direction régionale du travail de la région Nantaise de 2007, publiée dans Le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire du 9 février 2010/n°5-6 **(19)** relate qu'en 2005, au niveau européen, 23% des travailleurs déclarent souffrir de douleurs musculaires cervicales, des épaules et des membres.

En France en 2007, les TMS de l'épaule sont plus fréquents pour les femmes travaillant en industries et pour les hommes travaillant en construction **(20)**.

Au niveau économique, en 2006 en France, les TMS (23,8%) sont un des deux problèmes de santé publique (l'autre est les maladies mentales : 28,1%) à l'origine des prestations d'invalidité.

Ces affections ostéo-articulaires sont la première cause de mise en invalidité de première catégorie et la deuxième cause pour la mise en invalidité de deuxième catégorie **(21)**.

En 2008 d'après l'Institut de Veille Sanitaire **(19)**, près de 40000 personnes souffrant de TMS ont été indemnisées par l'Assurance Maladie pour un coût estimé à près de 800 millions d'euros.

En particulier sur l'épaule, les rapports de la CNAMTS de 2006 **(17)** montrent que les pathologies non traumatiques de l'épaule, déclarées au tableau 57 des maladies professionnelles représentent :

- 35,5% du nombre de jours perdus par incapacité temporaire de travail (ITT).
- 25% du nombre de maladies professionnelles avec incapacité permanente.

Ces premiers résultats suggèrent déjà une importante répercussion des problèmes d'épaule dans la population générale mais surtout salariée et la nécessité de les prendre en compte dans la politique de prévention en entreprise.

A la suite de mes différents stages en médecine ambulatoire j'ai constaté que la prise en charge des patients était variable: sur la prescription médicamenteuse, le recours à l'infiltration ou à la kinésithérapie et la demande d'examens complémentaires. Son examen clinique, sa prise en charge diagnostique et thérapeutique sont autant de points importants mais difficiles rendant les pathologies de l'épaule encore plus complexes.

Au vu des chiffres de la CNAMTS et de l'Observatoire de la Médecine Générale et malgré la recommandation de la HAS d'avril 2005, l'épaule douloureuse non instable et non traumatique de l'adulte semble soignée de manière non référencée.

Malgré l'augmentation des pathologies non traumatiques de l'épaule, il n'y a pas d'autre référence sur leur prise en charge en médecine ambulatoire contrairement aux lombalgies.

Au total, ces données confirment la prévalence élevée des pathologies du complexe articulaire de l'épaule en consultation de médecine générale en France. Une étude basée sur ce cadre nosologique semble donc pertinente et à intégrer dans la pratique quotidienne en soins primaires. C'est sur ce constat que nous avons initié notre étude dans le département du Morbihan, pour décrire les pratiques de la prise en charge de l'épaule douloureuse non traumatique.

La question que l'on se pose est : comment en 2010 les médecins généralistes du Morbihan prennent-ils en charge au niveau des examens complémentaires et des thérapeutiques les patients adultes présentant une épaule douloureuse chronique non instable et non traumatique?

MATERIEL ET METHODE

Nous avons choisi d'utiliser une méthode quantitative. Cette méthode est adaptée au traitement du questionnaire par sa précision d'analyse et sa lisibilité. De plus elle permet d'obtenir un travail reflétant les pratiques professionnelles.

Une enquête par questionnaire auprès des médecins généralistes semble le plus adaptée pour le recueil de ces données rapportant leurs pratiques.

1. Population ciblée:

Cette étude a été effectuée auprès **de médecins généralistes libéraux installés dans le département du Morbihan.**

J'ai choisi ce secteur géographique pour des raisons de commodités personnelles lors de l'enquête. L'échelle du département est adaptée pour une enquête par questionnaire, permettant d'analyser à la fois les pratiques des médecins exerçant en zone rurale, semi-rurale et urbaine (selon les critères INSEE).

Le critère d'inclusion principal était **l'exercice exclusif de la médecine générale.**

L'échantillon de médecins généralistes a été obtenu de manière aléatoire par tirage au sort sur l'ensemble des médecins généralistes libéraux figurant dans l'annuaire 2009 des pages jaunes de France télécom du Morbihan, à la rubrique « médecine générale » (sans orientation).

Sur un total de 631 médecins généralistes du Morbihan, **le tirage au sort a sélectionné 200 médecins généralistes.** Ce tirage au sort a été manuel en attribuant à chaque médecin un numéro. En effet l'objectif était d'obtenir entre 75 et 100 réponses au questionnaire pour la validité des résultats; cela a nécessité le tirage au sort d'environ le double de médecins à qui a été envoyé le questionnaire.

2. Mode de recueil des données :

Le support de l'enquête a été un questionnaire basé en partie sur la recommandation de la HAS d'avril 2005 (« prise en charge de l'épaule douloureuse non traumatique de l'adulte »).

Un pré-questionnaire a été initialement évalué et testé par 5 médecins généralistes. Cette phase a permis de préciser certains intitulés de questions, mais également de développer certains items.

Ces 5 pré-questionnaires n'entrent pas en compte dans les résultats de l'enquête car les modifications apportées changent l'approche du questionnaire dans son ensemble.

Le questionnaire définitif a été envoyé accompagné d'une lettre explicative et d'une enveloppe timbrée de retour. Il a été transmis nominativement par courrier postal le 30 mars 2010 avec une réponse souhaitée avant le 24 avril 2010.

Ce questionnaire doit être rempli sur la base du dernier patient ayant consulté, le médecin interrogé, pour ce motif.

Le questionnaire comprend des questions fermées, précodées ou avec la possibilité de réponses rédactionnelles.

- La première partie identifie le praticien.
- Une question situe le stade de la prise en charge du patient par le médecin généraliste.
- Puis les questions portent sur la démarche thérapeutique (médicaments prescrits, réalisation d'une infiltration cortisonique, prescription de kinésithérapie) et les examens complémentaires prescrits selon le stade de la prise en charge (radiographie, échographie, arthroscanner, arthroIRM ou autres examens d'imagerie). Ensuite un item porte sur le recours à un spécialiste et les conditions de cet avis.
- Trois questions abordent les éventuelles difficultés rencontrées et solutions adoptées lors de cette prise en charge selon leurs moyens d'information et de formation. Une question se réfère à la recommandation de l'HAS d'avril 2005, enfin une question propose aux praticiens différentes possibilités en vue d'améliorer leur prise en charge.

Questionnaire en annexe 2.

3. Méthode d'analyse des données :

Le logiciel utilisé pour le traitement et l'analyse des questionnaires a été Sphinx Plus². Ce logiciel permet de traiter l'étude intégralement : l'élaboration du questionnaire, l'intégration des réponses, la production de tableaux, l'analyse de données multi-variées et des questions ouvertes sont les aptitudes du logiciel utilisées pour notre travail.

L'enquête va permettre de comparer les réponses des médecins généralistes obtenues par les questionnaires avec les recommandations de bonne pratique de la HAS d'avril 2005. L'objectif est la comparaison de données à un instant donné.

RESULTATS ET ANALYSES

1. Taux de réponse

Sur les 200 questionnaires envoyés à des médecins généralistes du département du Morbihan, 98 questionnaires m'ont été retournés soit un taux de réponse de 49%. Seulement 95 étaient exploitables, ce qui ramène le taux de réponse à 47,5%.

Parmi les 3 questionnaires inexploitables, 2 n'étaient pas complétés, 1 a été envoyé à un médecin récemment en retraite dont les coordonnées figuraient encore dans l'annuaire.

2. Caractéristiques de l'échantillon des médecins généralistes

2.1 Caractéristiques sociales: sexe, âge.

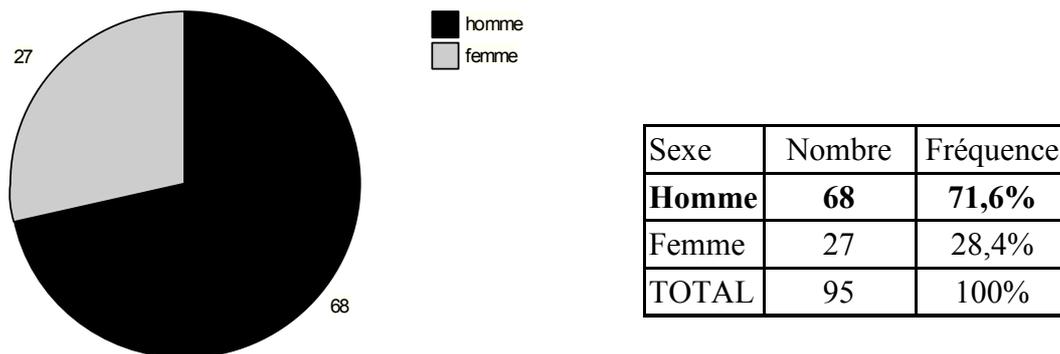


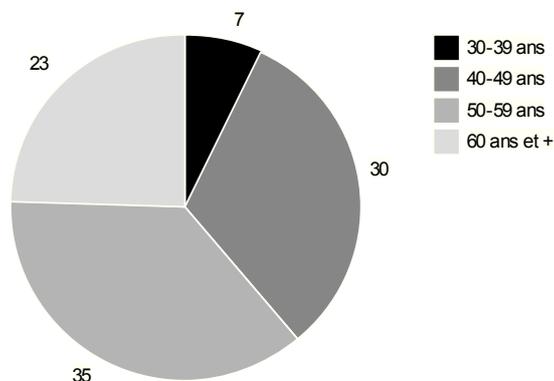
Figure 3 : Répartition des médecins selon leur sexe

La population de médecins ayant répondu est majoritairement masculine.

Sur les 178 médecins sollicités pour le questionnaire, il y avait 64,6% d'hommes (n=115) et 35,4% de femmes (n= 27). Plus d'hommes ont répondu au questionnaire (71,8% contre 28,4% de femmes répondantes).

Selon les chiffres nationaux et régionaux (Conseil National de l'ordre des médecins 2009) (22), les femmes représentent environ 30% des médecins généralistes. L'échantillon paraît donc représentatif de la population des médecins généralistes.

Il y a une prépondérance des médecins entre 50 et 59 ans, l'âge moyen est de 51,2 ans, ce qui correspond aux valeurs dans le Morbihan où l'âge moyen des médecins généralistes est de 51,3ans comme au plan national où l'âge moyen des médecins généralistes est de 52 ans (22).



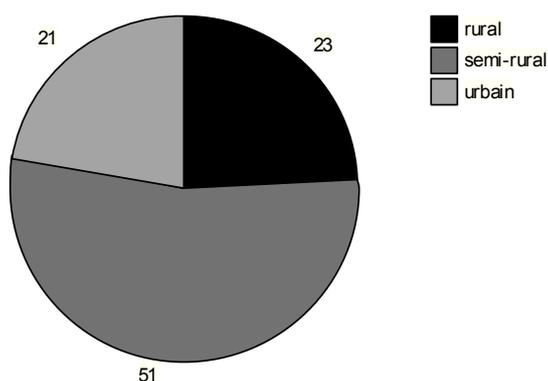
Age	Nombre	Fréquence
30-39 ans	7	7,4%
40-49 ans	30	31,6%
50-59 ans	35	36,8%
60 ans et +	23	24,2%
TOTAL	95	100%

Figure 4 : Répartition des médecins selon leur âge

2.2 Caractéristiques de leur activité :

2.2.1 Zone d'exercice :

Pour caractériser la zone d'exercice nous avons choisi les critères de l'INSEE définissant les secteurs d'activités suivants : rural (<2000 habitants), semi-rural (2000 à 10000 habitants) et urbain (>10000 habitants).

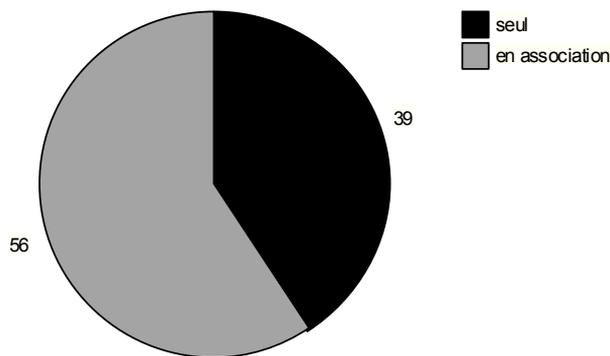


Type d'exercice	Nombre	Fréquence
Rural	23	24,2%
Semi-rural	51	53,7%
Urbain	21	22,1%
TOTAL	95	100%

Figure 5 : Répartition des médecins selon leur zone d'exercice

53,7% des médecins exerçaient en zone semi-rurale, l'autre moitié regroupait les médecins ruraux et urbains.

2.2.2 Mode d'exercice :



Lieu	Nombre	Fréquence
Seul	39	41,1%
En association	56	58,9%
TOTAL	95	100%

Figure 6 : Répartition des médecins selon leur mode d'exercice

58,9% des médecins exercent en association contre 41,1% qui exercent seul. Ceux-ci correspondent aux chiffres de la région Bretagne (23).

Selon une étude de l'IRDES de 2006 sur l'organisation des pratiques de groupe des médecins généralistes bretons, 60% des médecins généralistes sont en association avec un médecin et/ou un autre professionnel de santé (23).

Lieu	Hommes	Femmes
Seul	27 (39%)	12 (44%)
En association	41 (61%)	15 (56%)
TOTAL	68 (100%)	27 (100%)

Dans notre échantillon :

- ▶ Les hommes sont plus souvent en association.
- ▶ Les femmes sont autant en association que seules en cabinet.

Tableau 1 : Type d'exercice selon le sexe.

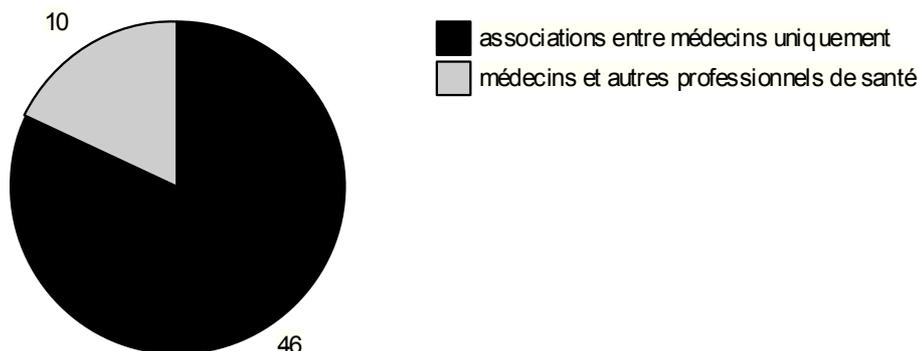


Figure 7 : Répartition des différents types d'associations

82,2% des médecins associés (soit 46 médecins) sont en association avec uniquement des médecins. Les 10 autres médecins associés le sont avec un ou plusieurs autres professionnels de santé. 3 médecins interrogés sont en association avec au moins 1 kinésithérapeute.

2.2.3 Informatisation :

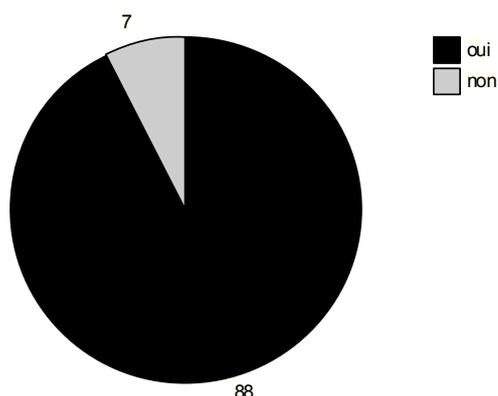


Figure 8 : Informatisation des médecins

88 médecins interrogés sont informatisés (92,5%) ce qui est en conformité avec le résultat de l'étude IPSOS Santé (24) qui précise qu'au niveau national 89 % des médecins généralistes sont informatisés. Dans cette étude la première utilité de l'ordinateur par le médecin généraliste est la gestion des dossiers des patients à 78%. 80% des médecins informatisés ont une connexion à internet. Dans le but de l'incitation à l'informatisation, des aides ont pu se voir attribuées entre 2000 et 2002 (projet Sésam-Vital de l'Assurance Maladie).

Informatisation	Femmes	Hommes	Total
Oui	25	63	88 (92,5%)
Non	2	5	7 (7,5%)
TOTAL	27	68	95 (100%)

Tableau 2: Informatisation des médecins selon le sexe.

25 femmes soit 92,5% sont informatisées et 63 hommes le sont soit également 92,6%. La proportion de médecins informatisés est identique dans les deux sexes.

3. Prescription d'examen(s) complémentaire(s)

3.1 Examens complémentaires lors de la 1^{ère} consultation :

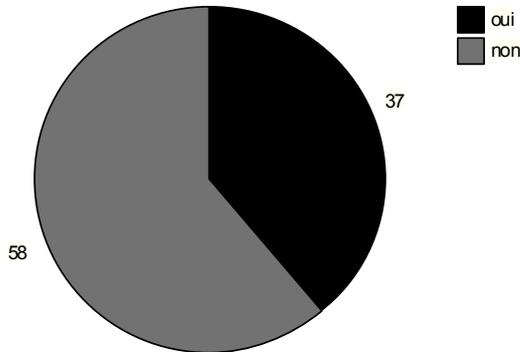


Figure 9 : Prescriptions d'examens complémentaires dès la 1^{ère} consultation.

Examen complémentaire	Oui	Non	TOTAL
Femmes	8 (30%)	19 (70%)	27
Hommes	29 (42%)	39 (58%)	68

Tableau 3 : Répartition des médecins selon le sexe.

Seulement 38,9% (N=37) des médecins prescrivent au moins un examen complémentaire dès la 1^{ère} consultation. Cette minorité juge nécessaire d'avoir une imagerie dans la prise en charge initiale de cette pathologie tant pour l'orientation diagnostique que thérapeutique.

Les médecins hommes sont proportionnellement plus nombreux (42%) à prescrire un examen complémentaire dès la première consultation que les médecins femmes (30%).

La recommandation de la HAS de 2005 (6) stipule que la radiographie standard est indispensable à la prise en charge d'une épaule douloureuse au titre du diagnostic initial et doit donc être réalisée au début de la prise en charge. A ce sujet la prise en charge des médecins hommes semble un peu plus en adéquation avec cette recommandation de bonne pratique.

3.1.1 Répartition des médecins prescripteurs selon la zone géographique d'exercice :

Examen complémentaire	oui	Non	TOTAL
Rural	6 (26%)	17 (74%)	23
semi-rural	22 (43%)	19 (57%)	51
Urbain	9 (42%)	12 (58%)	21

Tableau 4 : Répartition des prescripteurs d'examen complémentaire selon leur lieu d'exercice.

Les médecins prescrivant le plus d'examens complémentaires sont ceux exerçant en zone semi-rurale et urbaine à plus de 40% chacun. Cette habitude de pratique semble résulter de la démographie des professionnels de l'imagerie médicale. Cela s'expliquerait par le manque de médecins radiologues dans le département du Morbihan et leur situation géographique à proximité des grands bassins de population complique leur accessibilité pour les médecins et les patients ruraux.

Au 1^{er} janvier 2010, la densité **nationale** moyenne des radiologues (radiodiagnostic et imagerie médicale) était de **9,94** radiologues pour 100000 habitants **(25)**. Dans le **Morbihan**, la densité moyenne des radiologues est qualifiée de **faible** selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins **(25)**.

3.1.2 Type d'examen complémentaire prescrit :

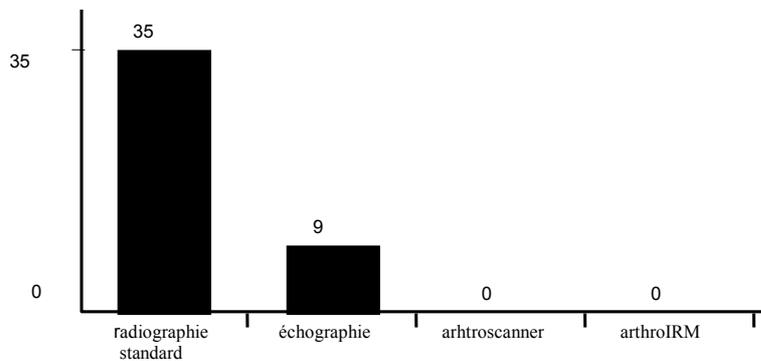


Figure 10 : Types d'examens prescrits dès la 1^{ère} consultation

A cette question les médecins pouvaient répondre 1 ou plusieurs examens car certains diagnostics initiaux nécessitent différents abords radiologiques.

L'examen majoritairement prescrit en 1^{ère} consultation est la radiographie standard, suivie par l'échographie. Aucun médecin ne prescrit d'arthroscanner ou d'arthroIRM en 1^{ère} intention. Ce résultat est concordant avec la recommandation de la HAS qui indique qu'en premier examen complémentaire il faut prescrire une radiographie standard **(6)**. Cet examen semble indispensable au titre du diagnostic initial. Les clichés utiles sont les incidences de face dans les 3 rotations et le profil de coiffe, auxquelles peuvent s'ajouter l'incidence positionnelle de Railhac comparative **(6)**.

L'échographie apparaît en second examen le plus prescrit, ce qui correspond aussi à la recommandation de l'HAS **(6)**. En effet l'échographie ne remplace pas la radiographie standard mais, réalisée par un échographiste expérimenté, elle peut compléter l'examen clinique en cas de doute sur une rupture tendineuse transfixiante.

3.2 Examens complémentaires à partir de la 2^{ème} consultation :

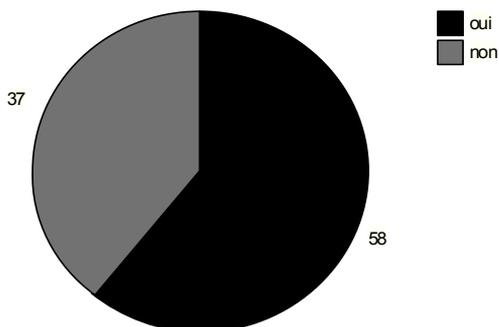


Figure 11 : Répartition des médecins prescrivant un examen complémentaire à partir de la 2^{ème} consultation.

Examen à la 2 ^{ème} consultation ou +	Oui	Non	Total
Femmes	17 (63%)	10 (37%)	27
Hommes	41 (60%)	27 (40%)	68

Tableau 5 : Répartition selon le sexe.

La majorité des médecins de notre étude (n= 58 soit 61,1%) prescrivent un examen complémentaire au moins à la 2^{ème} consultation, probablement après un premier essai thérapeutique.

A partir de la 2^{nde} consultation, 63% des médecins femmes prescrivent un examen complémentaire et 60% chez les hommes. Cette répartition est plus équilibrée que pour la prescription de 1^{ère} intention.

3.2.1 Répartition des médecins prescripteurs en fonction des zones géographiques:

examen lors de la 2 ^{ème} consultation ou +	Oui	Non	TOTAL
Rural	14 (60%)	9 (40%)	23
Semi-rural	34 (66%)	17 (34%)	51
Urbain	10 (47%)	11 (53%)	21

Tableau 6 : Répartition des prescripteurs d'examen complémentaire dès la 2^{ème} consultation ou plus selon le lieu d'exercice.

Les prescripteurs des examens d'imagerie à partir de la 2^{ème} consultation sont en majorité des médecins semi-ruraux (66%) et ruraux (60%).

Cette répartition semble démontrer que les médecins ruraux prescrivent peu d'examen en 1^{ère} intention. Ils attendent probablement le résultat d'un premier essai thérapeutique avant de demander un examen complémentaire.

Les médecins urbains semblent donc prescrire moins d'examen complémentaire en 2^{nde} intention que les autres.

3.2.2 Type d'examen complémentaire prescrit :

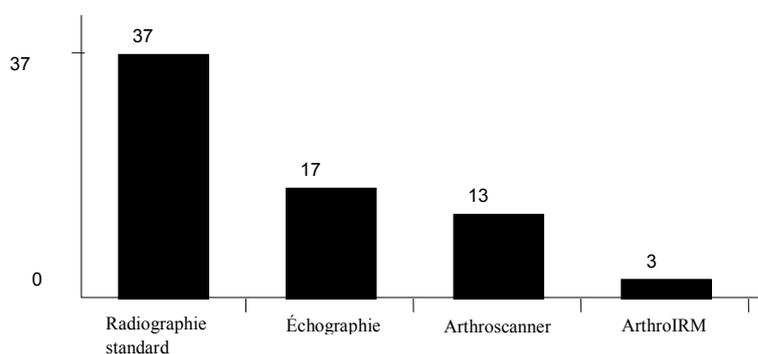


Figure 12 : Type d'examen prescrit à partir de la 2^{ème} consultation

L'examen le plus prescrit à la 2^{ème} consultation ou plus est la radiographie standard, comme lors de la 1^{ère} consultation, probablement entre autres par les médecins ruraux n'ayant rien prescrit initialement.

Selon la HAS la radiographie standard est recommandée afin d'établir un diagnostic initial. Ainsi 37 radiographies et 17 échographies sont prescrites. Cependant ces examens ne permettent pas l'évaluation de tous les facteurs pronostiques nécessaires à une décision nouvelle orientation thérapeutique dont l'orientation chirurgicale (6). A ce stade de la prise en charge les prescriptions d'arthroscanner et d'arthroIRM représentent 22,8% des prescriptions. Ces examens sont recommandés en seconde intention en vue d'optimiser la prise en charge des patients dont la guérison n'est pas obtenue par les traitements médicamenteux et de kinésithérapie voire de les orienter vers un traitement chirurgical.

Type d'examen/type d'exercice	Rural	Semi-rural	Urbain	TOTAL
Radiographie standard	9	20	8	37
Echographie	3	10	4	17
Arthroscanner	4	9	0	13
ArthroIRM	1	2	0	3
TOTAL	17	41	12	70

Tableau 7 : Type d'examen prescrit selon le type d'exercice.

Aucun médecin urbain ne prescrit d'arthroscanner ni d'arthroIRM. Il semblerait qu'à ce stade de la prise en charge, ces médecins urbains aient déjà organisé le relais avec un spécialiste. Les autres médecins approfondissent l'exploration par imagerie mais seulement 16 examens plus sophistiqués (scanner et IRM) sont prescrits.

4. Prise en charge thérapeutique

Une douleur chronique de l'épaule se définit par son évolution depuis trois à six mois et/ ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, avec ou sans traitement.

Nous avons interrogé les médecins sur l'avancée de leur prise en charge lors de l'enquête :

- près de 70% des médecins voyaient leur patient pour la 1^{ère} fois pour ce motif.
- 14% des médecins voyaient leur patient pour la 2^{nde} fois pour ce motif.
- 16% des médecins voyaient leur patient pour la 3^{ème} fois ou plus.

En moyenne, dans notre échantillon au moment de l'enquête, les patients avaient effectué 1,58 consultation pour ce motif.

4.1 Prescriptions médicamenteuses et de kinésithérapie :

Les différentes thérapeutiques proposées dans l'enquête sont des prescriptions médicamenteuses per os ou locales, les infiltrations cortisoniques mais également la kinésithérapie.

4.1.1 Médicaments :

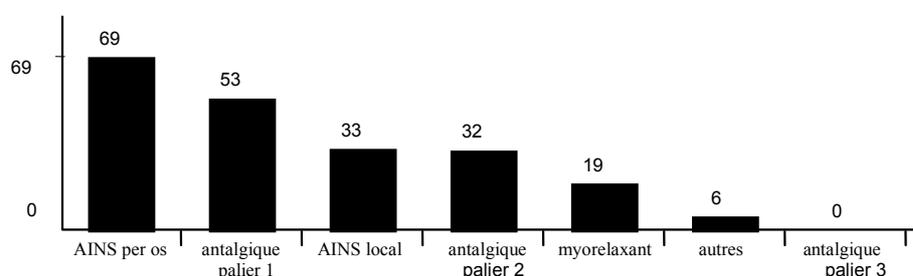


Figure 13 : Médicaments prescrits lors de cette consultation

Les médecins pouvaient prescrire un ou plusieurs médicaments.

69 médecins ont prescrit des AINS per os et 53 un antalgique de palier I.

L'association d'un antalgique de palier I et d'un anti-inflammatoire per os est la plus fréquente.

La mention « autres » regroupe différentes prescriptions : une prescription anxiolytique, deux d'un inhibiteur de la pompe à protons, une prescription de mésothérapie et aussi des prescriptions non médicamenteuses qui sont une d'ostéopathie et une prescription d'immobilisation de l'épaule de 7j.

Selon une étude française randomisée (26) en double aveugle (niveau de preuve 1), les AINS soulagent mieux que le placebo. Cependant leur efficacité n'est que d'environ 50% avec une

durée de traitement de 6j au minimum. Les topiques AINS en application locale n'ont pas d'intérêt compte tenu de la localisation profonde de l'ensemble des tendons de l'épaule (27).

4.1.2 Infiltration cortisonique :

On distingue deux techniques différentes d'infiltrations :

- **l'infiltration péri-articulaire**, sans guidage et pouvant être réalisée par le médecin généraliste.
- **l'infiltration radio ou écho guidée** nécessitant du matériel d'imagerie.

L'infiltration de dérivé cortisonique radio ou écho-guidée est indiquée dans le traitement de l'épaule douloureuse chronique non instable de l'adulte sans précision du rang de traitement (grade B) (6) car reconnue comme ayant une efficacité supérieure à celle sans guidage.

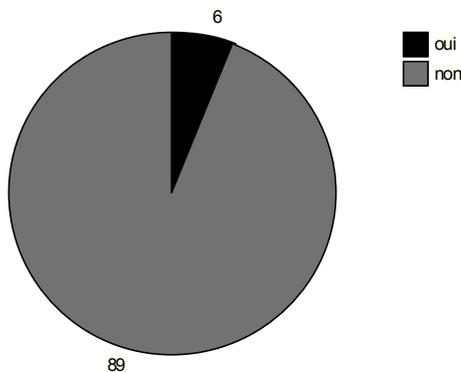


Figure 14 : Réalisation d'une infiltration par le médecin interrogé

Majoritairement à 93,7% (N=89) les médecins interrogés n'ont pas réalisé d'infiltrations (ni guidée, ni péri-articulaire) à leur patient pour ce type de pathologie.

Pourtant selon les spécialistes interrogés (rhumatologue, chirurgien orthopédique et médecin de médecine physique et de réadaptation) les médecins généralistes peuvent effectuer une infiltration péri-articulaire dans leur cabinet. Ce type d'infiltration est indiquée dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs ou d'une bursite inflammatoire ou microcristalline. Le médecin peut en réaliser une puis si cela s'avère inefficace, un médecin spécialiste des infiltrations radio ou écho-guidée peut prendre le relais.

Les raisons justifiant le fait de ne pas faire d'infiltration sont les suivantes :

	Nombre	Fréquence
Je pense que c'est un geste de spécialiste	50	52,6%
Je ne les fais pas	43	45,3%
Ce n'était pas utile pour ce patient	42	44,2%
Je sais les faire mais je manque de pratique	19	20,0%
Je sais les faire mais cela comporte trop de risques médico-légaux	13	13,7%
Je sais les faire mais manque de temps dans une consultation	12	12,6%
Non réponse	6	6,3%
Je sais les faire mais acte non rentable	0	0,0%

Tableau 8 : Raisons citées par les médecins pour ne pas faire d'infiltrations.

Les médecins pouvaient choisir une ou plusieurs réponses les amenant à ce choix car un faisceau d'arguments peut les orienter à faire ou non ce geste.

Les médecins de l'étude pensent majoritairement que l'infiltration n'est pas du ressort de leur pratique mais de celle de leurs confrères ayant le matériel nécessaire, les installations adéquates au cabinet ou ayant l'habitude du geste.

On remarque que 46,3% des médecins déclarent savoir les faire mais ne veulent pas les faire par manque de pratique, manque de temps et face aux risques médico-légaux du geste; ce chiffre correspond au résultat de l'item « je ne les fais pas » (45,3%). Aucun médecin n'évoque la raison du manque de rentabilité de l'acte mais 12 médecins n'ont pas le temps au cours d'une consultation.

Selon la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) de la sécurité sociale (**28**), l'infiltration dont le libellé est « Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage » codée MZLB001 est tarifée à 26,13 euros. Cela peut-il entrer dans la prise de décision des médecins de ne pas faire cet acte ?

Les deux premières raisons évoquées sous-entendent que l'infiltration ne serait pas du ressort du médecin généraliste. Paradoxalement des Formations Médicales Continues existent pour les médecins généralistes afin d'apprendre les techniques d'infiltrations. La HAS recommande que les infiltrations soient radio ou écho-guidées car elles présentent une meilleure efficacité **(6)** tout en restant opérateur-dépendant. Généralement les médecins généralistes ne disposent pas de matériel d'imagerie dans leur cabinet. Il y a donc une contradiction entre la recommandation de la HAS et les actes codés par la CCAM de l'Assurance Maladie donc autorisés. L'infiltration reste exceptionnellement réalisée en médecine générale.

4.1.3 Kinésithérapie :

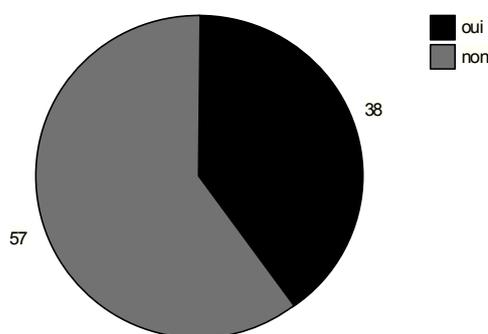


Figure 15 : Prescription de séances de kinésithérapie

Type d'exercice	Nombre	Fréquence
Rural	8	21%
Semi-rural	24	63,2%
Urbain	6	15,8%
TOTAL	38	100%

Tableau 9 : Répartition des prescripteurs de kinésithérapie selon le lieu d'exercice.

60% des médecins (soit 57 médecins) ne prescrivent pas de kinésithérapie. Ce chiffre élevé peut être le reflet d'un manque d'information des médecins sur les indications de la rééducation dans ce type de pathologie et sur les bénéfices attendus. Cependant la kinésithérapie est recommandée sur le plan fonctionnel et sur le maintien des bénéfices à moyen et long terme dans le cadre d'une épaule douloureuse (grade B) **(16)**.

Le kinésithérapeute a pour objectif d'amener le patient à un niveau fonctionnel en adéquation avec ses activités socio-professionnelles **(16)**. Dès que la crise hyperalgique nécessitant une immobilisation est passée, Il est recommandé d'associer en fonction du bilan des techniques **antalgiques, articulaires, musculaires et de reprogrammation neuromusculaire** au cours du traitement (accord professionnel). De plus pour les patients en arrêt de travail il est conseillé d'organiser avec le médecin du travail les modalités d'une reprise précoce des activités professionnelles **(16)**.

Il n'y a pas de différences de prescription des soins de kinésithérapie entre les médecins ruraux et urbains. La démographie des masseurs-kinésithérapeutes du Morbihan est en augmentation passant d'une densité pour 100000 habitants de 63 en 1997 à 84 en 2007 selon l'IRDES (chiffres du répertoire du Système Nationale Inter-Régimes) **(29)** alors que la densité nationale des kinés est seulement de 74. Le Morbihan semble mieux pourvu en kiné que la moyenne nationale. Cette donnée n'explique pas la sous-prescription de soins de kinésithérapie par les médecins généralistes par rapport à la recommandation de bonne pratique de la HAS.

Les techniques :

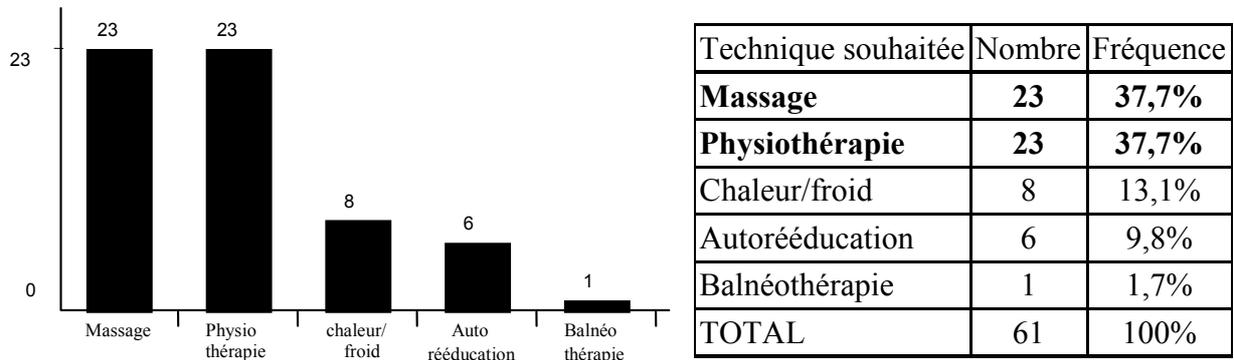


Figure 16 : techniques de kinésithérapie prescrites

Les 38 médecins prescrivant de la kinésithérapie ont tous précisé au moins une technique. Ils pouvaient s'ils le souhaitaient en prescrire plusieurs.

Les techniques les plus prescrites sont les massages et la physiothérapie.

Selon la recommandation de la HAS de 2005 (6), la physiothérapie par ultrasons à but antalgique est valide (grade B) ce qui est prescrit en majorité par les médecins de notre étude.

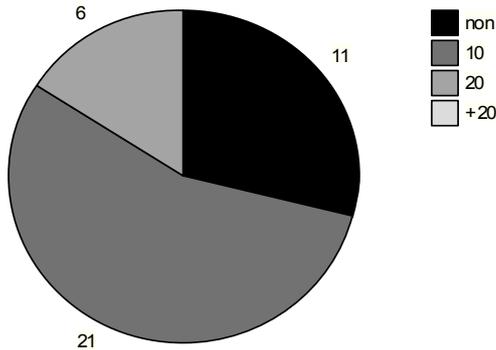
De plus la rééducation doit être axée sur la récupération et l'entretien des amplitudes articulaires ainsi que sur l'utilisation du capital musculaire (16). Ces buts peuvent être atteints par l'auto-rééducation (prescrite par 9,8% des médecins) et la balnéothérapie (prescrite par 1,7% des médecins). Dans ce cas notre étude montre que ces 2 techniques ne sont pas assez prescrites.

En revanche le massage et l'application chaud/froid ne sont pas recommandés (accord professionnel) (16) alors que le massage est en tête des prescriptions de notre étude.

Ces constatations mettent en évidence l'inadéquation entre les pratiques professionnelles et les recommandations officielles.

Depuis le décret de juin 2000 du Ministère de la santé, sur la prescription qualitative et quantitative des séances de kinésithérapie, le médecin peut s'il le souhaite indiquer la technique, le nombre et la fréquence souhaités sur l'ordonnance mais ce n'est plus requis (30). Le kinésithérapeute est apte à décider du protocole adapté à suivre pour chaque patient.

Le nombre de séances :



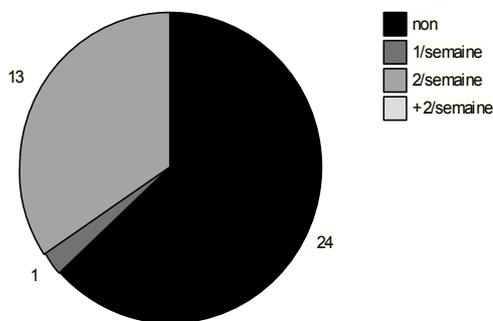
Nombre de séances prescrites	Nombre	Fréquence
Nombre non précisé	11	29%
10 séances	21	55,2%
20 séances	6	15,8%
+20 séances	0	0,0%
TOTAL	38	100%

Figure 17 : Nombre de séances de kinésithérapie prescrites

Sur les 38 médecins prescrivant la kinésithérapie, 11 ne précisent pas le nombre de séances souhaitées sur la prescription laissant cette décision au kinésithérapeute.

Sur les 27 médecins précisant le nombre de séances, 55,2% prescrivent 10 séances. La recommandation de bonne pratique de la HAS de 2001 explique qu'en l'absence d'amélioration significative au terme de 20 séances, il est recommandé de réévaluer l'indication thérapeutique de la kinésithérapie (16).

La fréquence des séances :



Fréquence des séances	Nombre	Fréquence
Fréquence non précisée	24	63,1%
2/semaine	13	34,2%
1/semaine	1	2,7%
+2/semaine	0	0,0%
TOTAL	38	100

Figure 18 : Prescription de la fréquence des séances de kinésithérapie

Sur les 38 médecins prescrivant la kinésithérapie, 63,1% (N=24) ne prescrivent pas la fréquence des séances souhaitée. Lorsque la fréquence est indiquée sur l'ordonnance, la majorité des médecins demandent 2 séances par semaine.

4.2 Prescription d'arrêt de travail et suivi du patient :

4.2.1 Nombre d'arrêt de travail :

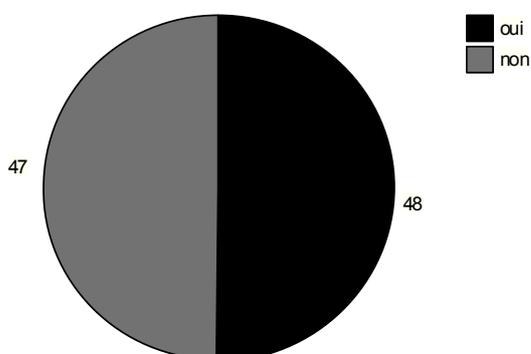


Figure 19 : Répartition de la prescription d'arrêt de travail

La moitié des médecins interrogés ont prescrit un arrêt de travail, dont 11 médecins dès la 1^{ère} consultation.

Aucune recommandation n'existe à propos de cette prescription qui dépend uniquement du médecin prescripteur et du patient. Cette prescription est le résultat d'une situation pathologique donnée pour un patient unique face à un médecin unique à un instant donné donc non reproductible.

La prescription d'arrêt de travail engage pleinement la responsabilité du prescripteur et doit être effectuée dans le respect des règles déontologiques (31). Les arrêts de travail doivent être réalisés dans l'intérêt du patient en proscrivant l'antidatation, le certificat de complaisance et l'état de faits matériellement inexacts pouvant entraîner des sanctions juridiques.

En 2006, de manière générale les troubles musculo-squelettiques sont le deuxième problème de santé publique à l'origine des prestations d'invalidité (32).

En 2006 également, un rapport de la CNAMTS montre que les pathologies de l'épaule du tableau 57 des Maladies Professionnelles (17) représentent 35,5% du total des jours perdus par Incapacité Temporaire de Travail.

4.2.2 Prescription d'arrêt de travail en fonction du sexe :

Prescription d'arrêt de travail	Femmes (fréquence)	Hommes (fréquence)
Oui	16 (59%)	32 (47%)
Non	11(41%)	36 (53%)
TOTAL	27	68

Tableau 10 : Prescription d'arrêt de travail en fonction du sexe.

Dans ce tableau nous observons qu'une majorité de médecins femmes 16 sur 27 femmes interrogées (59%) prescrivent un arrêt de travail tandis que la majorité de médecins hommes

36 sur 68 (53%) n'en prescrivent pas. Cette prescription étant en partie subjective, les médecins femmes semblent prescrire plus facilement un arrêt de travail mais notre échantillon n'est sur ce plan peut-être pas représentatif des pratiques sur le terrain.

4.2.3 Durée moyenne des arrêts de travail:

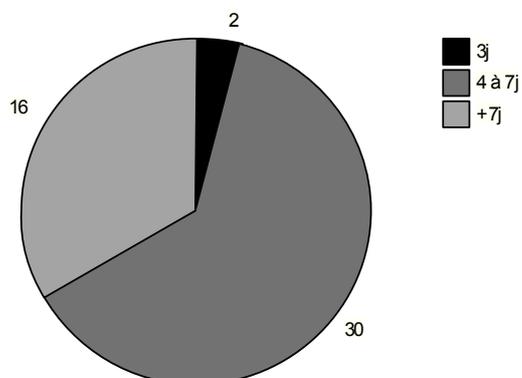


Figure 20 : Durée des arrêts de travail prescrits

Tous prescripteurs confondus, 62,5% des arrêts de travail sont de 4 à 7 j. Cet intervalle de temps est en adéquation avec la recommandation sur la durée minimale de traitement anti-inflammatoire qui est de 6 jours (26).

Durée des arrêts de travail	Femmes	Hommes
3j	0	2 (6,25%)
4 à 7j	10 (62,5%)	20 (62,5%)
+7j	6 (37,5%)	10 (31,25%)
TOTAL	16 (100%)	32 (100%)

Tableau 11: Durée des arrêts de travail selon le sexe du prescripteur

Les hommes et les femmes prescrivent de manière égale (62,5%) des arrêts de travail d'une durée de 4 à 7j. Puis la seconde durée la plus prescrite est + de 7j tant chez les hommes que chez les femmes. A ce jour aucune recommandation n'existe sur la durée lors de la prescription de l'arrêt de travail, cependant on remarque que cette durée se calque sur la durée du traitement médicamenteux (laquelle est recommandée par la HAS de 6j). Cette démarche adoptée quasiment à l'unanimité semble logique afin d'améliorer le passage de la phase hyperalgique de l'histoire de la maladie.

4.2.4 Les médecins revoient leur patient :

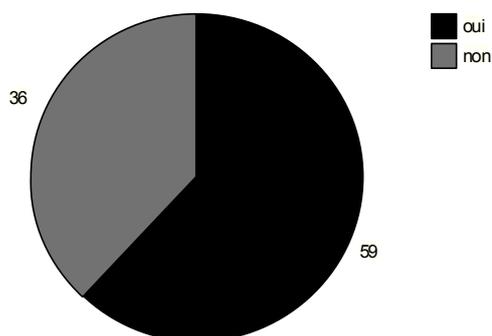


Figure 21 : Proportion de médecins revoisant leur patient

Revoir le patient	Femmes	Hommes	TOTAL
Oui	19(70,4%)	40(58,8%)	59
Non	8 (29,6%)	28(41,2%)	36
TOTAL	27	68	95

Tableau 12 : Répartition selon le sexe.

59 médecins (62,1%) revoient leur patient au moins une fois. Ce chiffre confirme celui de l'Observatoire de la Médecine Générale qui montre que les patients souffrant de ténosynovite de l'épaule nécessitent en moyenne 2,07 consultations par patient (3).

Les médecins femmes sont proportionnellement plus nombreux à revoir leur patient (70%) que les médecins hommes (58%).

N'ayant pas d'explication objective ni de recommandation de pratique, on ne peut émettre que des suppositions sur les consultations des médecins femmes: manque de confiance du médecin ou des patients dans la prise en charge, volonté du médecin de s'assurer de la bonne évolution de la pathologie, profil psychologique de la patientèle (angoisse, fragilité...), passage de relais plus tardif à un spécialiste... ?

Délais moyen	Nombre	Fréquence
5j	1	1,7%
7j	20	33,9%
10j	8	13,6%
15j	17	28,8%
21j	3	5,1%
1 mois	7	11,9%
+ de 45j	3	5,1%
TOTAL	59	100,0%

Tableau 13 : Délais moyen dans lequel les médecins revoient leur patient

Les 3/4 des médecins revoient leur patient entre 7j et 15j après cette consultation afin de suivre l'évolution de cette pathologie de l'épaule.

Certains médecins revoient leur patient dans des délais nettement plus long pouvant aller jusqu'à 6 mois. Cet écart de pratique entre les différents médecins peut dépendre des modalités de prise en charge initiale du patient, des thérapeutiques entreprises et du passage de relais organisé.

5. Recours à un spécialiste

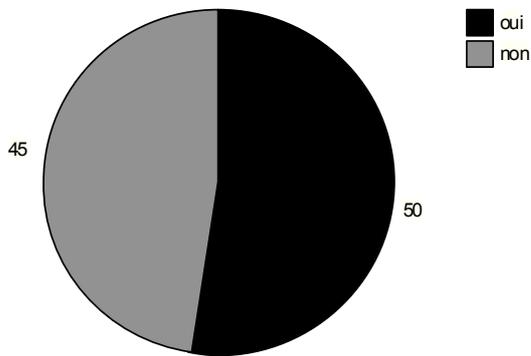


Figure 22 : Recours à un spécialiste

50 médecins soit 52,6% des répondants ont recours à l'avis d'un spécialiste au cours de leur prise en charge.

70% des médecins femmes demandent un avis spécialisé au cours de leur prise en charge contre 45% des médecins hommes. On constate une attitude variable selon le sexe du médecin.

Demande d'avis spécialisé	Oui	Non	TOTAL
Femmes	19 (70%)	8 (30%)	27
Hommes	31 (45%)	37 (55%)	68

Tableau 14 : Recours à un spécialiste selon le sexe du médecin.

5.1 Demande d'avis spécialisé selon la zone d'exercice:

Avis spécialisé	Oui	Non	TOTAL
Rural	12 (52%)	11 (48%)	23
semi-rural	25 (49%)	26 (51%)	51
Urbain	13 (61%)	8 (39%)	21

Tableau 15 : Répartition des demandes d'avis spécialisés selon la zone d'exercice

Les médecins urbains sont 61% à demander un avis spécialisé tandis qu'environ 50% des médecins semi-ruraux et ruraux en demandent un. Ces 10 points de différence peuvent être attribués à la démographie des médecins spécialistes.

Au 1^{er} janvier 2010, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (25) nous indique que le département du Morbihan a une faible densité de rhumatologues (entre 0,9 et 3,5 pour 100000 habitants pour une moyenne à 3,5), de radiologues (entre 3 et 9 pour 100000 habitants pour une moyenne à 9) et de chirurgiens orthopédiques (entre 0,9 et 3,8 pour 100000 habitants pour une moyenne à 3,8). Géographiquement proche des bassins de population, ces spécialistes semblent plus facilement sollicités par les médecins urbains que par les médecins ruraux et semi-ruraux.

5.2 Spécialités consultées :

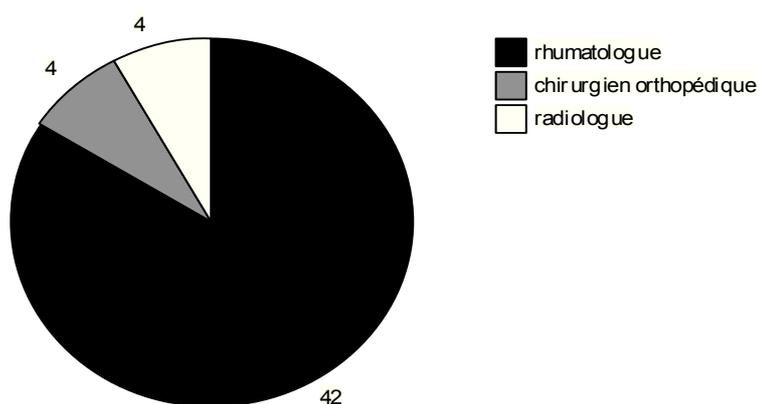


Figure 23 : Répartition des spécialistes consultés

Le spécialiste le plus consulté est le rhumatologue par 42 médecins (soit 84%); en effet l'épaule douloureuse est le 2^{ème} motif de consultation en rhumatologie (**33**), puis viennent le radiologue et le chirurgien orthopédique de manière égale.

Au 1^{er} janvier 2010 selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, la densité moyenne des rhumatologues en Bretagne est qualifiée de faible (Le CNOM ne fournit pas de chiffre précis) par rapport à la densité moyenne nationale qui est 3,5 rhumatologues pour 100000 habitants (**25**).

Ce constat nous montre que ces spécialistes (rhumatologue, chirurgien orthopédique et radiologue) se situent dans les importants bassins de vie. Cette répartition renforce la sollicitation des spécialistes par les médecins urbains car plus accessibles par les patients.

5.3 Délai attendu avant la demande d'un avis spécialisé :

Entre 0 et 30j de prise en charge	16	32,0%
2^e consultation, soit avec radiographie faite, soit pour distension	15	28,0%
3^e consultation	10	20,0%
2 mois	3	6,0%
si échec du traitement et/ou radiographie normale	3	6,0%
1mois1/2	2	4,0%
4 ^e consultation	1	2,0%
TOTAL	50	100,0%

Tableau 16 : Délais attendu pour adresser le patient à un spécialiste

Les réponses sont multiples et variées car la question était ouverte. Ainsi les délais les plus cités sont « entre 0 et 30 jours », « à la 2^e consultation » et « à la 3^e »

consultation ». Un médecin a précisé « 2^e consultation avec radiographie » et un médecin a précisé à la « 2^e consultation pour distension ».

Cependant le traitement de cette question dépend de l'avancée de la prise en charge (numéro de consultation au moment de l'enquête). De plus les différentes réponses ne sont pas interprétables car les notions de 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} consultations ne donnent pas de référence temporelle précise.

5.4 Critères pour demander un avis spécialisé :

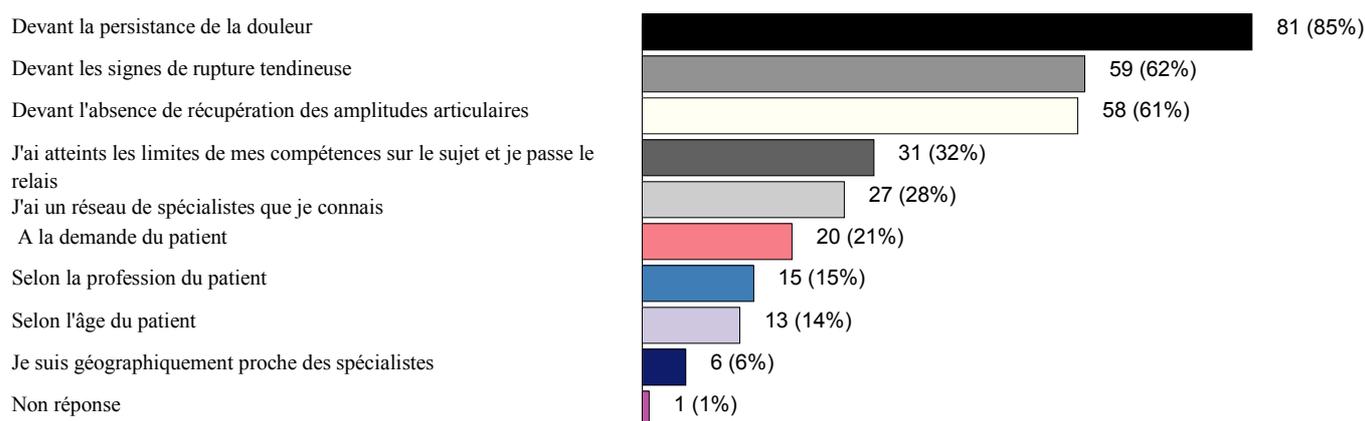


Figure 24 : Critères pour adresser le patient à un spécialiste

Pour cette question, les médecins pouvaient donner une ou plusieurs réponses. 1 médecin n'a pas répondu à cette question.

Les critères les plus cités sont cliniques et objectifs: la douleur persistante, les signes cliniques de rupture tendineuse, l'absence de récupération des amplitudes articulaires. Les critères suivants sont plus subjectifs et médecin-dépendant : limites des compétences du médecin, réseau et géographie des spécialistes.

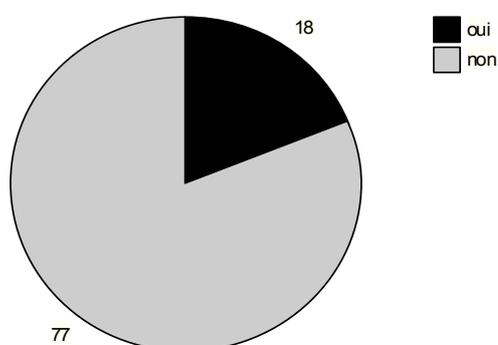
Des critères restent caractéristiques de chaque cas clinique en fonction du patient et non transposables d'un cas à un autre (âge, profession, vécu du patient).

La douleur et l'absence d'amélioration des amplitudes articulaires sont citées en tête ce qui est en accord avec la recommandation de la HAS de 2001 disant qu'au-delà de 20 séances de kinésithérapie il est recommandé de réévaluer la prise en charge thérapeutique (16). Les signes de rupture tendineuse doivent également être un critère de demande d'avis spécialisé. La recommandation de la HAS de 2005 (6) indique que le traitement médical d'une tendinopathie avec rupture peut être effectué (grade C) mais en l'absence d'amélioration à 6 mois l'indication chirurgicale doit être discutée.

Enfin on note que seuls 6 médecins citent le critère de proximité avec les spécialistes alors que précédemment il a été noté que les médecins demandant un avis spécialisé sont plus nombreux dans la catégorie des médecins urbains (géographiquement plus proches des spécialistes citées dans la question).

6. Evaluation personnelle de la prise en charge

6.1 Difficulté(s) rencontrée(s) :



77 médecins de l'enquête soit 81,1% n'ont pas ressenti de difficulté lors de la prise en charge de leur patient présentant une épaule douloureuse chronique non instable.

Figure 25 : Apparition d'une difficulté au cours de la prise en charge

Cette proportion de médecins de 81% (N=77) devrait refléter une formation optimale et actualisée des médecins sur les recommandations officielles. Cette question évoque le ressenti des médecins et n'engage qu'une réponse purement déclarative.

Cependant les médecins participant à notre étude ne semblent pas toujours se référer aux recommandations de pratiques professionnelles de la HAS.

Difficultés	Oui	Non	TOTAL
Femmes	4 (15%)	23 (85%)	27
Hommes	14 (20,5%)	54 (79,5%)	68

15% des femmes et 20,5% des hommes déclarent avoir rencontré une difficulté.

Tableau 17 : Répartition des médecins ayant rencontré une difficulté de prise en charge selon le sexe

6.1.1 La répartition des difficultés selon l'âge :

Age	Oui	Non	TOTAL
30-39 ans	2 (29%)	5 (31%)	7 (100%)
40-49 ans	5 (16%)	25 (84%)	30 (100%)
50-59 ans	6 (17%)	29 (83%)	35 (100%)
60 ans et +	5 (22%)	18 (78%)	23 (100%)

Tableau 18 : Répartition des médecins ayant eu 1 difficulté selon leur âge

Les médecins de 30-39 ans sont 29% à avoir rencontré une difficulté, devant la tranche des 60 ans et + à 22% mais l'échantillon est très petit et ne permet pas d'extrapolation.

Malgré la formation médicale initiale plus récente des jeunes médecins interrogés, leur démarche thérapeutique ne semble pas plus facile. Quant aux 60 ans et +, l'expérience ne semble pas effacer toute difficulté de la pratique quotidienne. C'est entre 40 et 59 ans que les médecins éprouvent le moins de difficulté.

6.1.2 La répartition des difficultés selon la zone d'exercice :

Difficultés	Oui	Non	TOTAL
Rural	3 (13%)	20 (87%)	23
Semi-rural	12 (23,5%)	39 (76,5%)	51
Urbain	3 (14%)	18 (86%)	21

Tableau 1: Répartition des médecins ayant rencontré une difficulté de prise en charge selon leur zone d'exercice

En valeur absolue et proportionnellement à leur répartition, les médecins semi-ruraux sont les plus nombreux à avoir rencontré une difficulté dans leur prise en charge (12 médecins soit 23,5% des médecins semi-ruraux).

6.1.3 Nature des difficultés rencontrées :

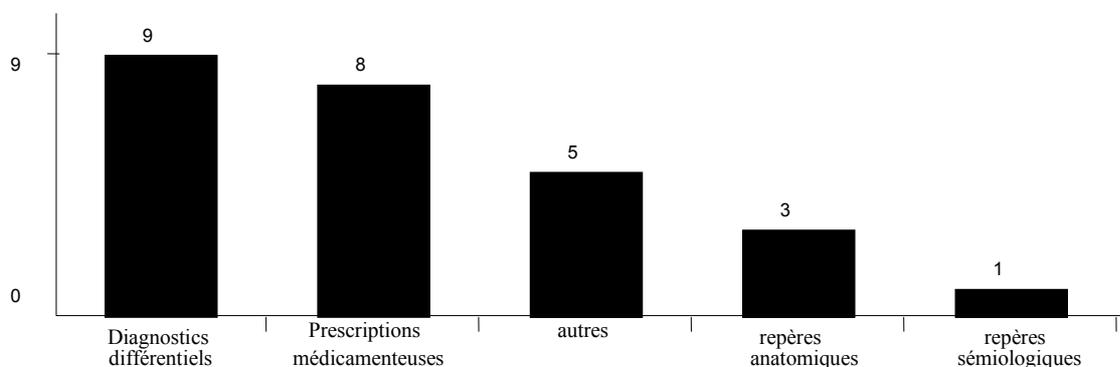


Figure 26 : nature des difficultés

Les médecins pouvaient citer 1 ou plusieurs difficultés rencontrées lors de leur prise en charge. Elles évoquent différents moments de la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

Les difficultés les plus rencontrées sont la réalisation de diagnostics différentiels et l'établissement des prescriptions médicamenteuses (per os ou locales).

Les « autres » difficultés rencontrées sont liées à la subjectivité du patient : problème médico-social, inquiétude du patient, poste de travail inadapté, personnalité du patient et ce motif n'est évoqué qu'en fin de consultation.

Dans la formation médicale initiale, le programme officiel de l'Examen National Classant (34) offre deux items que sont les lésions péri-articulaires et ligamentaires du genou, de la cheville et de l'épaule (question n° 257) et la douleur des membres et des extrémités (question n° 306) qui regroupent les pathologies non traumatiques de l'épaule. Ces items répondent aux difficultés sémiologiques, sur les diagnostics différentiels, sur les traitements.

De nombreux sites proposent des enseignements en ligne (par exemple: faculté de Grenoble www-sante.ujf-grenoble.fr, la Société Française de Rhumatologie www.rhumatologie.asso.fr). De plus la recommandation de l'HAS de 2005 (6) consacre un paragraphe sur l'examen clinique permettant d'orienter le diagnostic lésionnel dans le cadre d'une épaule douloureuse chronique non instable.

Pour palier les difficultés rencontrées lors des prescriptions médicamenteuses, la recommandation de l'HAS de 2005 (6) propose un schéma de traitement médicamenteux de première intention et pour les formes rebelles.

Ces éléments nous indiquent qu'il existe des outils pour surmonter ces difficultés mais qu'ils ne sont pas connus, pas adaptés ou pas facilement accessibles par les médecins généralistes.

Nature des difficultés rencontrées selon le sexe du prescripteur :

Nature des difficultés	Hommes	Femmes	TOTAL
Diagnostics différentiels	7	2	9
Prescriptions médicamenteuses	8	0	8
Autres	4	1	5
Repères anatomiques	2	1	3
Repères sémiologiques	0	1	1

Tableau 20 : Répartition des difficultés selon le sexe

Les difficultés rencontrées varient légèrement en fonction du sexe du médecin. La difficulté la plus citée par les médecins hommes est la prescription médicamenteuse tandis qu'aucune femme ne l'a citée. Pour les femmes les diagnostics différentiels posent le plus de problème. 1 médecin femme cite une difficulté de repères sémiologiques tandis qu'aucun homme ne l'a citée. Etant faibles ces résultats ne permettent pas une extrapolation à l'ensemble des médecins généralistes du Morbihan.

6.2 Moyens choisis pour surmonter ces difficultés :

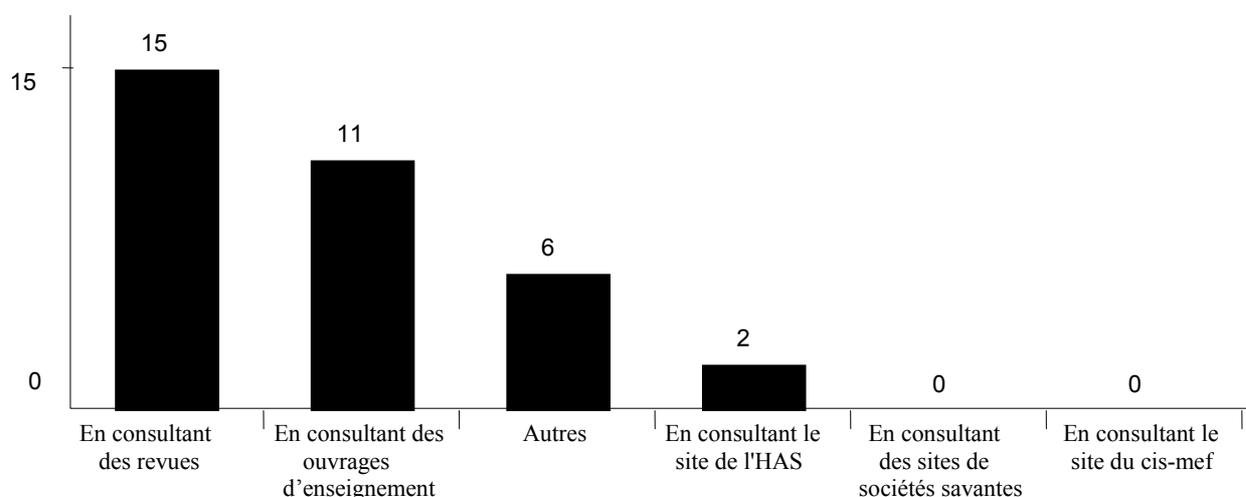


Figure 27 : Moyens de surmonter les difficultés de prise en charge

A cette question, les médecins pouvaient donner une ou plusieurs réponses. Les moyens les plus utilisés sont la consultation de revues médicales et la consultation d'ouvrages d'enseignement (uniquement des supports papier).

Aucun médecin n'a cité la consultation internet des sites de sociétés françaises de spécialités ni la consultation du site du Cis-mef, Les sites proposés font partie des références en matière de recherche en médecine. De manière générale internet a été peu utilisé mais l'intitulé de la question ne nous permet pas d'en connaître les raisons.

Ces chiffres nous montrent que le support papier reste un outil nécessaire et ancré dans les habitudes de formation et d'information des médecins généralistes.

Les « AUTRES » moyens de surmonter les difficultés sont les suivantes :

- 2 médecins demandent l'avis d'un médecin associé de leur cabinet.
- 2 médecins citent une Formation Médicale Continue (sans préciser la forme).
- 1 médecin fait revenir ce patient ultérieurement pour ce seul motif.
- 1 médecin explique précisément la prise en charge à la patiente en lui disant de revoir le rhumatologue si la kinésithérapie est inefficace; il surmonte sa difficulté en insistant sur la bonne compréhension de la patiente.

Dans l'article 11 du Code de Déontologie médicale et selon l'ordonnance du 24 avril 1996 portant sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée, tout médecin a obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances dans le but d'améliorer la qualité de soin au patient (35). Mais nous constatons que seuls 2 médecins ont cité les séances de FMC comme moyen de surmonter une difficulté rencontrée.

Les médecins n'ont-ils pas encore le réflexe de se former par le biais de ces séances FMC ou ces FMC sont-elles suffisamment variées et nombreuses pour permettre d'aborder régulièrement plusieurs thèmes de rhumatologie ?

Une étude publiée par les Cahiers de sociologie et de démographie médicale en 2008 (36) et disponible par la HAS (37) montre que les moyens de FMC les plus fréquents sont les

suyvants : la presse écrite médicale (citée par 84% des médecins), les congrès médicaux (73% des médecins), la lecture de manuels (72%), l'usage de l'internet (66%) et les séances de FMC organisées par les associations professionnelles (51%). Ces chiffres soulèvent un problème d'indépendance de la formation des médecins. En effet la presse écrite et les congrès médicaux sont souvent des supports publicitaires pour l'industrie pharmaceutique. Les séances de FMC, encore trop peu sollicitées par les médecins, tendent à devenir indépendantes.

6.2.1 Moyens de surmonter les difficultés en fonction du sexe des médecins:

Moyens de surmonter les difficultés	Hommes	Femmes
En consultant des revues	12	3
En consultant des ouvrages d'enseignement	9	2
En consultant le site de l'HAS	1	1
En consultant le site du cis-mef	0	0
En consultant des sites de sociétés françaises de spécialités	0	0
Autres	4	2
TOTAL	26	8

Tableau 21 : Répartition des moyens de surmonter les difficultés selon le sexe

Pour les 2 sexes les moyens les plus cités pour surmonter les difficultés sont les consultations des revues et des ouvrages d'enseignement. Le support papier est une valeur de référence dans la recherche immédiate d'information par les médecins généralistes de notre étude. Cependant les chiffres sont faibles ne permettant pas l'extrapolation de ces constatations à l'ensemble des médecins généralistes. Selon l'étude française citée précédemment des Cahiers de sociologie et de démographie médicale de 2008 (36), les femmes lisent en moyenne 2,7h alors que les hommes lisent 3,1h.

6.2.2 Moyens de surmonter les difficultés chez les médecins informatisés :

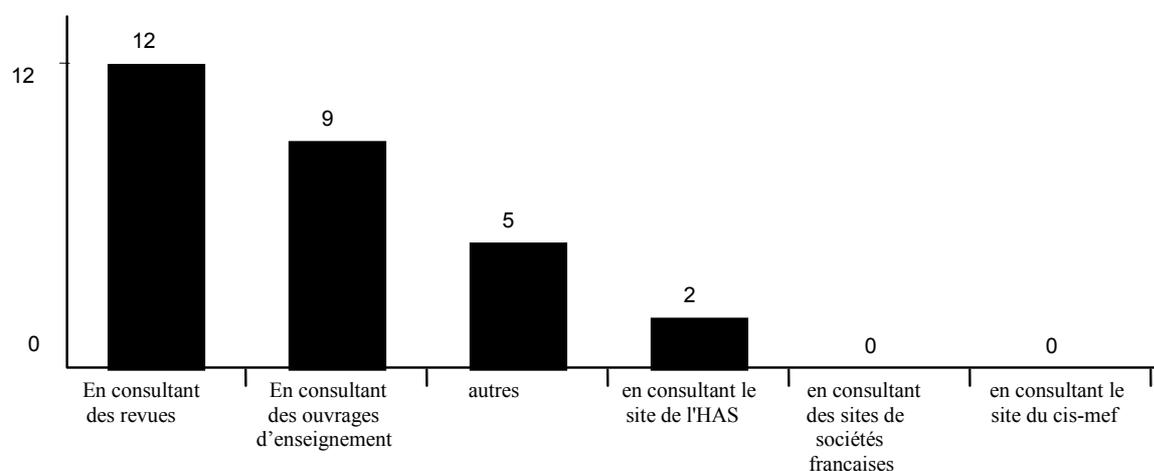


Figure 28 : Répartition des moyens de surmonter une difficulté de prise en charge en étant informatisé

Chez les médecins informatisés, la répartition des moyens de surmonter une difficulté de prise en charge est identique à celle du total des médecins interrogés. Selon l'étude IPSOS santé (24), 81% des médecins généralistes ont un accès à internet dans leur cabinet médical. Malgré cela les médecins généralistes continuent à utiliser d'autres moyens d'information qu'internet.

L'informatisation et l'accès à internet ne semblent pas encore avoir été intégrés comme des outils de formation par les médecins généralistes de notre étude; l'accessibilité, la lisibilité, l'habitude d'utilisation d'internet permettent une rapidité d'accès aux informations, mais l'étape importante préalable de la sélection des sources fiables de l'information nécessite sans doute une formation pour ces professionnels.

6.3 Lecture de la recommandation de la HAS d'avril 2005 sur la prise en charge de l'épaule douloureuse chez l'adulte.

La Haute Autorité de Santé a édité une recommandation de bonne pratique en avril 2005 sur les modalités de prise en charge d'une épaule douloureuse chronique non instable de l'adulte. Ce texte est disponible sur le site internet de la HAS www.has-sante.fr.

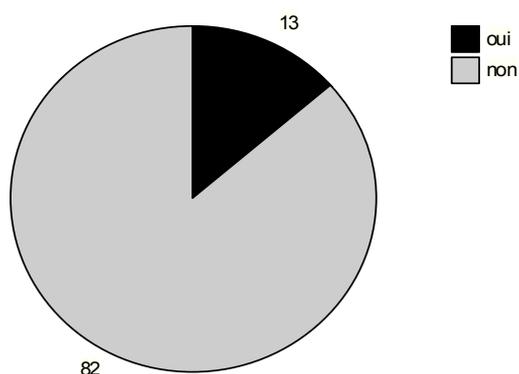


Figure 29 : Répartition des médecins selon la lecture de la recommandation de l'HAS 2005.

86,3% (nombre: 82) des médecins interrogés n'ont pas lu cette recommandation de bonne pratique. Malgré ce chiffre, une étude de la DREES de 2008 montre qu'en France 58% des médecins généralistes adhèrent fortement aux recommandations de bonne pratique (jusqu'à 60% pour la Bretagne) (38). La discordance entre la forte adhésion aux recommandations et l'absence de lecture de celles-ci semble s'expliquer par le fait que ces chiffres sont purement déclaratifs.

6.3.1 Lecture selon l'informatisation :

lecture de la recommandation	Informatisé	Non informatisés
Oui	12 (13%)	1 (14%)
Non	76 (87%)	6 (86%)
TOTAL	88	7

Tableau 22 : Lecture de la recommandation selon l'informatisation des médecins.

Les médecins informatisés lisent la recommandation à 13% ; les médecins non informatisés la

lisent à 14%. L'accès à internet ne semble pas avoir influencé la formation et l'information des médecins qui en bénéficient.

La HAS précise que les argumentaires et l'intégralité des textes de recommandations de bonne pratique sont disponibles par téléchargement sur le site www.has-sante.fr. Seules les versions synthétiques sont éditées et envoyées par courrier postal aux médecins (39).

6.3.2 Lecture selon le sexe des médecins:

	<u>Lecture de la recommandation</u>	
	Hommes	Femmes
Oui	7(10,3%)	6(22,2%)
Non	61(89,7%)	21(77,8%)
TOTAL	68	27

Tableau 23 : Lecture de la recommandation selon le sexe

Il y a proportionnellement 2 fois plus de femmes qui disent avoir lu cette recommandation alors que nous avons vu précédemment que les femmes lisent moins que leurs confrères masculins (38).

Nous notons que ni l'équipement informatique à disposition ni le sexe du médecin n'influent sur le comportement des médecins pour la lecture des recommandations de pratique professionnelle.

Cependant l'étude de 2008 de la DRESS sur les pratiques en médecine générale (dont la Bretagne) identifie un portrait type du médecin adhérent **fortement** aux recommandations de bonne pratique : un **HOMME JEUNE** travaillant en **ASSOCIATION** et cherchant ses informations dans les sociétés savantes, les colloques (38). Ce profil est probablement le reflet d'un effet de génération et d'une évolution de la formation médicale initiale.

La majorité de nos répondants ne correspondent pas exactement au profil des médecins adhérents fortement aux recommandations de bonne pratique à savoir que notre profil majoritaire est un médecin homme mais de 50 à 59 ans exerçant en association; ce qui est en accord avec le fait que seuls 13,6% des médecins de notre étude ont lu la recommandation de bonne pratique de la HAS de 2005.

6.4 Outil pour améliorer la prise en charge de l'épaule douloureuse non traumatique de l'adulte

6.4.1 Intérêt d'un outil d'amélioration de pratique selon le sexe des médecins :

Intérêt	Hommes	Femmes	TOTAL
Oui	49(72%)	21(75%)	70(73,7%)
Non	19(28%)	6(25%)	25(26,3%)
TOTAL	68	28	95

Tableau 24 : Intérêt d'un outil de formation

73,7% des médecins interrogés estiment qu'un outil serait intéressant pour améliorer leur pratique dans la prise en charge des patients présentant une épaule douloureuse. Ce chiffre semble contradictoire par rapport au 81,1% des médecins qui disent n'avoir pas rencontré de difficulté dans leur prise en charge. Les médecins estiment ne pas avoir de difficulté mais aimeraient avoir un outil pour améliorer leur prise en charge. Leur prise en charge ne leur semblerait pas satisfaisante.

Chez les hommes 72% déclarent utile un outil de formation à ce sujet et 75% chez les femmes. Cette équivalence de part et d'autre montre que le sexe ne conditionne pas le besoin d'améliorer la prise en charge des médecins.

6.4.2 Intérêt d'un outil de prise en charge selon l'âge des médecins:

Age et intérêt d'un outil	Oui	Non	Total
30-39 ans	6 (85,7%)	1 (14,3%)	7
40-49 ans	17 (56,6%)	13 (43,4%)	30
50-59 ans	28 (80%)	7 (20%)	35
60 ans et +	19 (82,6%)	4 (27,4%)	23

Tableau 25 : Intérêt d'un outil de formation selon l'âge

Les médecins ayant rencontré le plus de difficulté lors de la prise en charge sont les 30-39 ans et par conséquent ce sont eux les plus demandeurs d'outil pour améliorer leur prise en charge (85,7% des 30-39 ans sont demandeurs d'outil de formation). Les médecins les moins demandeurs sont ceux de la tranche d'âge des 40-49 ans à 56,6%. Chez les médecins les plus jeunes le manque d'expérience et le manque de confiance en soi peuvent être à l'origine de cette plus importante demande d'outil. De plus durant leur formation médicale initiale les jeunes médecins ont intégré cette nécessité de formation continue pour offrir une qualité de soins optimale et sont plus facilement demandeurs que certains médecins plus âgés.

6.4.3 Intérêt d'un outil de prise en charge selon le type d'exercice :

Type d'exercice et intérêt d'un outil	Oui	Non	Total
Rural	15 (65,2%)	8 (34,8%)	23
semi-rural	39 (76,4%)	12 (23,6%)	51
Urbain	16 (76,1%)	5 (23,9%)	21

Tableau 26 : Intérêt d'un outil de formation selon la zone géographique d'exercice

Les médecins exerçant en milieu urbain et semi-rural sont 76% à estimer intéressant d'avoir un outil pour ce type de prise en charge. Les médecins ruraux ne sont que 65%. Ce chiffre corrobore le résultat des médecins semi-ruraux qui ont le plus rencontré de difficulté dans leur prise en charge.

6.4.4 Type d'outil souhaité pour améliorer les pratiques :

si oui	TOTAL
une FMC théorique et/ou pratique avec apprentissage des techniques d'infiltrations	57 (81,4%)
un lien internet sur un site de médecine générale au choix, un site de spécialistes, le site de la HAS ou le site du cis-mef	33 (47,2%)
un courrier postal mensuel	9 (12,9%)

Tableau 27 : Type d'outil de formation

Pour cet item les médecins pouvaient donner une ou plusieurs réponses.

A la veille de la mise en place d'un nouvel outil de formation « **le DPC** » (**Développement Professionnel Continu**), le type d'outil le plus cité à **81,4%** est une **Formation Médicale Continue** regroupant les FMC théorique et technique. Ce type d'outil impose par la programmation un temps dédié uniquement à la formation du médecin. Les outils nécessitant au médecin d'instaurer lui-même un temps de formation personnel sont très peu plébiscités.

Le type d'information recherché peut faire varier le type d'outil utilisé. L'aspect convivial d'échange et de réflexion commune sur des sujets professionnels est certainement aussi un des éléments majeurs qui font que sont plébiscitées les journées de formation programmées dans le cadre conventionnel. Peut-être est-t-il demandé au site Internet un type de "renseignement" plus ponctuel, plus instantané, plus immédiat pour répondre au questionnement d'un patient ou pour une décision rapide et adaptée à la prise en charge du moment.

Précisément pour les recommandations de la HAS, le site n'est cité que 2 fois, un site spécialisé de médecine générale quel qu'il soit semble être le moyen informatique le plus utilisé. Le courrier postal (regroupant les supports d'information, de formation, de publication ou de débat) a encore une place dans l'information et la formation des médecins à 12,9%.

Depuis un quart de siècle l'évolution de la communication en médecine est en pleine expansion. Les deux faits les plus frappants de cette évolution sont :

- **l'explosion de l'usage d'internet** comme source d'information des professionnels. Cet outil est en croissance (34% au total, +6 points entre 2007 et 2009) **(36)**. La presse écrite est de plus en plus relayée et complétée par des sites internet.
- **l'attirance de plus en plus forte exercée par les congrès médicaux** qui n'occupaient qu'une place « moyenne » dans la panoplie de la FMC au début des années 80 **(36)**. L'instauration du DPC transformera une nouvelle fois la manière de percevoir ces journées de formation par les médecins.

6.5 La Formation Médicale Continue (FMC)

Selon une étude précédemment citée du Ministère de la Santé réalisée en 2008 sur les pratiques en médecine générale de cinq régions dont la Bretagne **(38)**, 80% des médecins généralistes déclarent avoir participé au moins à 1 FMC (84% pour la Bretagne). 9 médecins sur 10 en tirent un bénéfice dans leur pratique. En revanche seul un tiers des médecins interrogés sont engagés dans l'Evaluation des Pratiques Professionnelles.

Cette enquête est réalisée avant l'entrée en vigueur de la Loi Hôpital, patients, santé, territoire adoptée en juillet 2009. Cette loi vise à rendre plus cohérents les dispositifs de formation médicale pour améliorer leur lisibilité auprès des professionnels et pour mieux s'adapter aux besoins de santé publique par l'intermédiaire du développement Professionnel Continu (DPC).

6.5.1 Raisons de ne pas nécessiter d'outil d'amélioration des pratiques :

si non	Nombre	Fréquence
je cherche seule les réponses à mes questions	12	27,3%
les liens internet sont suffisamment lisibles et accessibles	9	20,5%
les FMC actuelles sont satisfaisantes	23	52,2%

Tableau 28 : Raisons des médecins ne trouvant aucun intérêt pour un outil de formation

La raison la plus citée est que les FMC actuelles sont satisfaisantes ; cette notion n'est pas définie dans le libellé de la réponse mais en la rapprochant des autres réponses proposées, cette « satisfaction » regrouperait l'accessibilité et le contenu des FMC, répondant aux attentes des médecins participants.

Ce résultat vient à l'encontre de la notion précédente où l'outil le plus souhaité pour palier les difficultés des médecins que sont précisément les FMC pratique et théorique. Il existe donc une grande disparité entre les pratiques des médecins.

Dans une étude de 2008 du Ministère de la Santé **(38)**, on note que 3 médecins sur 4 effectuent une partie de leurs formations seuls par des revues médicales, par des ouvrages d'enseignement, par support électronique dont les sites internet.

6.5.2 Raisons de ne pas juger nécessaire un outil d'amélioration des pratiques selon l'âge et le sexe des médecins :

OUTIL EN FONCTION DE L'AGE DU MEDECIN	je cherche seul les réponses à mes questions	les liens internet sont suffisamment lisibles et accessibles	les FMC actuelles sont satisfaisantes	TOTAL
30-39 ans	0	0	1 (100%)	1
40-49 ans	4 (19%)	5 (24%)	12 (57%)	21
50-59 ans	5 (36%)	3 (21%)	6 (43%)	14
60 ans et +	3 (37,5%)	1 (12,5%)	4 (50%)	8
OUTIL EN FONCTION DU SEXE DU MEDECIN				
Femmes	3(28%)	2(18%)	6 (54%)	11
Hommes	9(28%)	7(21%)	17(51%)	33

Tableau 29 : Raisons de ne pas nécessiter d'outil d'amélioration des pratiques selon l'âge et le sexe des médecins

Ni l'âge ni le sexe du médecin ne semblent influencer le fait que les médecins pensent que les FMC actuelles sont satisfaisantes. Le résultat de la tranche 30-39 ans est trop faible pour être exploitable mais les résultats des médecins de plus de 40 ans montrent que la majorité des médecins sont satisfaits et entretiennent leurs connaissances par les FMC actuelles.

Les FMC proposées aux médecins généralistes sur l'épaule douloureuse sont par exemple par l'UNAFORMEC (40) sous forme d'un séminaire sur « l'épaule douloureuse » proposé à 2 dates différentes ou par MG Form (41) sous forme d'un séminaire sur « Troubles musculo-squelettiques, entorses et tendinites » où le programme annonce la description de la prise en charge de l'épaule.

DISCUSSION

Dans l'immense majorité des cas de douleurs de l'épaule, il s'agit de douleurs d'origine péri-articulaire. L'examen clinique est le « maître » de la conduite diagnostique étiologique et topographique. Si la radiographie standard apparaît indispensable au diagnostic initial, voire l'échographie, les examens d'imagerie de seconde intention (IRM, arthro-scanner, arthro-IRM) s'inscrivent majoritairement dans le cadre d'une évaluation pré-chirurgicale. Les modalités de prise en charge des tendinopathies calcifiantes, des tendinopathies non rompues, des tendinopathies avec rupture ont été définies dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé d'avril 2005.

C'est pourquoi mettre les prescriptions des médecins face à la réalité des connaissances permet de rechercher des pistes pour améliorer les pratiques en vue d'une meilleure prise en charge de l'épaule.

1. Pertinence du sujet et critique de la méthode.

1.1 Pertinence du sujet :

Les données épidémiologiques soulignent la fréquence de ce motif de consultation en médecine générale comme nous l'avons vu initialement.

L'épaule est parmi les localisations articulaires les plus difficiles à examiner et à prendre en charge face à un patient ayant une plainte fonctionnelle chronique (14).

La difficulté de prise en charge de ces patients, l'intérêt au travers de cette difficulté de voir la pratique des médecins et leurs attentes justifient la réalisation de cette étude auprès des médecins généralistes directement concernés par ce thème.

1.2 Critique de la méthode :

Nous avons choisi d'évaluer les pratiques professionnelles des médecins généralistes du Morbihan à l'aide d'une enquête par questionnaire envoyé par courrier postal.

1.2.1 Biais de recrutement :

Nous avons sollicités 200 médecins généralistes du département du Morbihan, qui en compte 631, en leur envoyant le questionnaire. Le taux de réponse de 47,5% reflète une très bonne participation des médecins sollicités, pouvant s'expliquer par l'intérêt du sujet en médecine générale et leur sensibilité à aider les jeunes médecins en instance de thèse. Cependant malgré

l'anonymat, l'impression d'être jugé par une enquête peut expliquer la réticence de certains médecins à répondre.

La répartition selon le sexe, l'âge moyen et l'exercice en association sont des chiffres similaires à ceux du département du Morbihan. Il n'y a pas de chiffres précis sur la répartition selon la zone d'activité (uniquement une carte de répartition) ni selon l'informatisation (chiffres nationaux mais non départementaux) des médecins.

L'échantillon semble représentatif de la population départementale et nationale des médecins généralistes. En revanche il ne permet pas une extrapolation des résultats mais est un bon reflet de ce qui se passe sur le terrain. Cette représentativité est utile pour définir un outil ou des dispositions de nature à aider les médecins dans leur prise en charge.

1.2.2 Biais d'information :

Le biais d'information permet d'envisager les méprises qui ont pu être engendrées par la forme de certaines questions.

Dans le questionnaire, on peut regretter certains intitulés de questions manquant de précision. La question sur le numéro de consultation aurait pu préciser la durée de la douleur. A propos des examens complémentaires, l'intitulé « 1^{ère} » et « 2^{ème} ou plus consultation » aurait pu être « 1^{ère} INTENTION ». La recommandation de la HAS d'avril 2005, donnant la conduite à tenir pour les examens complémentaires, utilise le terme de 1^{ère} ou 2^{ème} INTENTION. Certains médecins ne prescrivent peut être pas d'examen complémentaire dès la 1^{ère} consultation et ont répondu « NON » alors qu'ils en prescrivent dès la 2^{ème} consultation. Cela engendre une confusion sur le moment de la prescription d'examen d'imagerie dans l'évolution temporelle de la pathologie.

Enfin le chapitre sur l'évaluation personnelle aurait pu développer davantage deux points :

- l'item sur la lecture de la recommandation de bonne pratique de la HAS.
- l'item sur les outils d'amélioration de la prise en charge de l'épaule douloureuse de l'adulte en mettant l'accent sur la place de la Formation Médicale Continue dans le quotidien des médecins interrogés.

1.2.3 Biais de confusion :

Le cadre nosologique a pu être un biais de confusion pour les médecins de l'étude.

En effet la recommandation professionnelle de la HAS qui est l'élément de comparaison des pratiques couvre uniquement les tendinopathies dégénératives et calcifiantes de la coiffe des rotateurs de l'épaule.

Par ailleurs l'intitulé du questionnaire « épaule douloureuse non traumatique et non instable de l'adulte » a pu sembler imprécis. De plus les résultats montrent que les difficultés rencontrées par les médecins relèvent de l'examen clinique, de repères anatomiques et sémiologiques. Ces difficultés ont pu être à l'origine de réponses biaisées.

Cependant 90% des pathologies de l'épaule sont des pathologies comprenant les tendinopathies et les ruptures tendineuses de la coiffe des rotateurs. Donc ce biais ne semblerait pas avoir affecté la validité de l'étude.

2. Discussion générale

2.1 Examens complémentaires :

Dans notre enquête de pratique, **38% des médecins** interrogés prescrivent un examen complémentaire **lors de la 1^{ère} consultation**. L'autre partie prescrit un examen complémentaire à partir de la 2nde consultation. Cette attitude peut s'expliquer par le fait que la majorité des médecins réalise ce type d'examen seulement en cas d'évolution défavorable de la situation après un essai thérapeutique.

		Examen de 2 ^{ème} intention ou +		TOTAL
		Oui	Non	
Examen de 1 ^{ère} intention	Oui	15	22	37
	Non	43	15	58
TOTAL		58	37	95

Tableau 30 : Répartition des prescripteurs d'examen d'imagerie en 1ère et/ou en 2è intention.

Nous constatons que 80 médecins soit 84% ont prescrit au moins 1 examen d'imagerie au cours de leur prise en charge conformément à la recommandation.

La nature de l'examen d'imagerie prescrit en première intention par la majorité des médecins prescripteurs est **une radiographie standard**. Ce chiffre est en accord avec la recommandation de la HAS. En effet selon cette recommandation de bonne pratique (6), la réalisation d'un examen d'imagerie et plus précisément d'une radiographie standard doit intervenir au titre de l'établissement du diagnostic initial. A ce titre il y a trop peu de radiographie et d'échographie prescrites en 1^{ère} intention.

Le second examen prescrit est l'échographie. La HAS recommande en première intention sa réalisation par un échographiste expérimenté en complément de l'examen clinique et de la radiographie standard en cas de doute sur une rupture tendineuse transfixiante.

L'arthroscanner et l'arthroIRM sont peu prescrits malgré leur recommandation (6) en 2è intention par les médecins semi-ruraux ou ruraux et par aucun médecin urbain.

De manière globale la faible prescription d'examen radiologique au début de la prise en charge peut s'expliquer par la faible densité des radiologues dans le Morbihan. Le manque d'accessibilité et de disponibilité de ces examens semble être un frein à leur prescription.

De plus il aurait été intéressant de savoir si les médecins connaissaient les incidences radiographiques à réaliser pour une épaule douloureuse non instable non traumatique. En effet les incidences radiographiques révèlent l'importance d'une connaissance minimale des bases anatomiques et biomécaniques, permettant de comprendre les lésions de l'épaule les plus fréquentes.

Selon la WONCA « World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians » (45), la particularité de la médecine générale est de travailler en réseau de soins : « elle utilise de façon efficiente les ressources du

« système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités ». Ainsi, dans ce réseau, les radiologues constituent souvent des interlocuteurs privilégiés pour conseiller ou guider la réalisation des examens complémentaires en fonction de l'indication clinique.

Le médecin généraliste doit connaître avec précision les indications et les détails des examens d'imagerie demandés, de façon à conserver un regard critique sur les résultats obtenus. En effet depuis 2005 la notion de « médecin traitant » a fait évoluer les responsabilités des différents acteurs de santé autour du patient. Le médecin traitant est co-responsable des choix de stratégies diagnostiques et thérapeutiques tout en s'entourant de l'avis du radiologue ou du rhumatologue. Avec ses connaissances et la perception du patient dans son environnement, le médecin traitant doit réaliser une synthèse et un suivi de prise en charge.

2.2 Traitements médicamenteux et kinésithérapie :

2.2.1 Médicaments per os :

La prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) est en tête des prescriptions, avec 69 médecins en prescrivant, soit 72,6% des médecins interrogés.

Aucune étude n'a clairement établi une efficacité supérieure des AINS par rapport aux antalgiques simples **(26) (42)**. La HAS recommande ces deux familles de médicaments en première intention sans ordre d'utilisation, en restant vigilant sur leurs effets secondaires. De plus selon la HAS, les AINS peuvent être prescrits seuls ou associés aux antalgiques selon la description de la douleur du patient **(6)**.

Les médecins de l'étude effectuent des prescriptions médicamenteuses per os en accord avec la littérature.

2.2.2 Infiltration cortisonique :

L'infiltration cortisonique sous-acromiale est au premier rang des traitements recommandés. Notre étude montre que 93,7% des médecins (N=89) interrogés n'ont pas réalisé d'infiltration cortisonique eux-mêmes pour leur patient. 52,6% pensent que c'est un geste de spécialiste.

Ces résultats confortent le contenu de la recommandation de bonne pratique **(6)** indiquant que les infiltrations radio ou écho-guidées ont une efficacité supérieure aux infiltrations non guidées (grade C). Ces deux techniques restent opérateurs-dépendants.

Même si le médecin généraliste ne dispose pas de matériel d'imagerie au sein de son cabinet, l'infiltration sans guidage reste une alternative thérapeutique.

De plus 46,3% des médecins interrogés déclarent savoir les faire mais pour de multiples raisons ne les font pas. La pratique d'infiltrations sans guidage par ces médecins généralistes permettrait d'optimiser le recours à cette thérapeutique sans avoir un long délai d'attente pour une consultation spécialisée mais cela améliorerait-il la prise en charge des patients à moyen et long terme ?

La raison du manque de temps est évoquée par 12,6% des médecins alors qu'aucun n'affirme un manque de rentabilité de l'acte. Cependant ces deux raisons se recoupent car si l'acte était mieux coté par la CCAM (actuellement 26,13 euros), les médecins aptes pourraient y consacrer plus de temps (concrètement le médecin bloquerait deux créneaux sur rendez-vous

pour un patient venant pour une infiltration). Mais ainsi les médecins seraient-ils plus encouragés à pratiquer ce geste?

A ce jour l'infiltration péri-articulaire sans guidage est sous utilisée, ses bénéfices ne sont pas optimisés. Paradoxalement il y a une forte attente de la part des médecins généralistes de notre étude car l'outil souhaité afin d'améliorer leur pratique est une FMC théorique et/ou pratique avec l'apprentissage des techniques d'infiltrations (81,4%). Il semblerait que les FMC sur les infiltrations proposées actuellement ne sont pas suffisamment nombreuses et répandues pour satisfaire la demande.

Cela pose également le problème de la place, dans la Formation Médicale Initiale, de l'enseignement des gestes techniques, des infiltrations en particulier. Cet apprentissage est rare et donc la pratique des infiltrations peut se révéler être un geste appris volontairement par certains médecins qui souhaitent compléter leur pratique.

Le manque de pratique de certains gestes amène rapidement à en déléguer la réalisation et à ne plus l'intégrer dans la pratique quotidienne.

2.2.3 La kinésithérapie :

La **kinésithérapie** par **physiothérapie à ultrasons** à but **antalgique** et la **rééducation** sont prescrites par les médecins de notre enquête comme recommandées par la HAS **(6) (16)**. Cependant seuls 38 médecins soit 40% des médecins de l'enquête prescrivent de la kinésithérapie ce qui ne semble pas optimal.

Selon l'IRDES la densité de kinésithérapeutes dans le Morbihan en 2007 est de 84 pour 100000 habitants, nettement supérieure à la densité moyenne nationale qui est de 74 pour 100000 habitants **(27)**. Même si les kinésithérapeutes sont localisés à proximité des villes, les médecins urbains ne sont pas les plus prescripteurs de kinésithérapie. La zone d'exercice et le département de l'enquête ne sont donc pas des critères de sous-prescriptions de séances de kinésithérapie. Mais les médecins non prescripteurs sont-ils suffisamment informés sur ces différentes techniques de kinésithérapie recommandées?

A propos des techniques, la physiothérapie est citée en tête dans notre étude. Mais la **rééducation** axée sur la récupération et l'entretien des amplitudes articulaires ainsi que sur la récupération du capital musculaire obtenus par l'**auto-rééducation** et la **balnéothérapie** ne sont **pas suffisamment prescrits**.

Les actes de masso-kinésithérapie relèvent d'une prescription médicale, au même titre que les traitements médicamenteux. Il est donc nécessaire que leurs indications, leurs contre-indications, et les modalités de leur réalisation soient connues du médecin prescripteur.

La prescription « *qualitative et quantitative* » des actes de masso-kinésithérapie n'est plus obligatoire dans la rédaction de l'ordonnance depuis la réforme des règles de prescription et de la nomenclature des actes de kinésithérapie en 2000 **(29)**.

Un bilan réalisé en 2001 par les trois caisses d'assurance maladie a mis en évidence des difficultés d'application de cette réforme, aussi bien de la part des médecins, dont les prescriptions continuaient à être majoritairement quantitatives (*pour 97% des praticiens*), que de la part des masso-kinésithérapeutes, dont la composition et la transmission des fiches synthétiques initiales, intermédiaires et finales au médecin traitant n'étaient pas satisfaisantes **(43) (44)**.

Dans notre étude il eut été intéressant de demander aux médecins s'ils avaient reçu ces fiches de synthèse pour suivre la prise en charge de leur patient afin d'évaluer le suivi pluridisciplinaire des patients avec les kinésithérapeutes.

Les dispositions légales actuelles ont pour but de favoriser la coordination entre les professionnels de santé et d'améliorer la qualité des soins.

Finalement dans notre étude les prescriptions de kinésithérapie pour traiter un patient souffrant d'une épaule ne suivent pas exactement les recommandations actuelles. En effet au même titre que les traitements médicamenteux, la connaissance des indications et des modalités du traitement de kinésithérapie semble indispensable au médecin prescripteur pour un recours efficace à cette thérapeutique.

Depuis la publication de la recommandation professionnelle de la HAS de 2001 sur les pathologies non opérées de la coiffe des rotateurs et la masso-kinésithérapie, aucun autre référentiel n'a modifié ces indications. La recommandation professionnelle de 2005 confirme l'indication de cet outil thérapeutique sans en développer le fond.

Au cours d'une FMC, par internet ou par un courrier postal ces informations devraient être diffusées plus largement auprès des médecins généralistes.

2.3 Outils de formation pour l'amélioration des pratiques

2.3.1 Etat des lieux de la formation continue des médecins généralistes en France.

Toutes les professions de santé sont soumises à l'obligation de formation continue et développent la mise en œuvre des recommandations professionnelles ; l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) a été instaurée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Elle est définie par le décret du 14 avril 2005 en ces termes **(46)** : « L'Evaluation des Pratiques Professionnelles a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé.

Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques. Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. »

Jusqu'à ce jour la formation continue des médecins généralistes existe sous différentes modalités **(47)** :

- Assister à des journées de formation: organisées par les différents organismes agréés OGC (Organisme Gestionnaire Conventionnel) sur 1 ou 2 journées.
- Les journées individuelles ou à distance (journée, demi-journée).
- Abonnement à des revues sélectionnées sur des critères de qualité définis par le CNFMC (Conseil National de Formation Médicale Continue).
- Situations professionnelles formatrices (formateurs des journées de FMC...).

- Evaluation des pratiques Professionnelles (EPP) : au moins une action ponctuelle (exemple audit) et une action continue (groupe de pratique, groupe de pairs, groupe de qualité).

A chacune de ces diverses possibilités de formation continue sont attribués des crédits. Chaque médecin doit obtenir 250 crédits sur 5 ans pour valider ce dispositif d’EPP.

2.3.2 Le Développement Professionnel Continu (DPC).

La loi HPST (Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) a prévu la substitution de la Formation Médicale Continue et de l’Evaluation des Pratiques Professionnelles par le Développement Professionnel Continu.

La loi HPST instaure l’obligation de développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé. Selon l’article 59 de cette loi, le DPC a pour objectifs « l’évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ».

Le DPC entrera en vigueur dès la parution des décrets d’application et l’installation des nouvelles structures, avec une période de transition entre les deux dispositifs. L’organisation concrète de ce DPC semble être encore à ses balbutiements.

2.3.3 Outils de formation souhaités par les médecins de l’étude.

Environ 74% des médecins de notre étude souhaiteraient un outil de formation alors qu’ils n’étaient que près de 19% à avoir ressenti une difficulté de prise en charge.

		Intérêt d’un outil de formation		TOTAL
		oui	non	
Difficultés	oui	14	4	18 (18,9%)
	non	56	21	77
	TOTAL	70 (73,7%)	25	95

Tableau 31 : Intérêt d'un outil de formation en fonction des difficultés rencontrées.

Nous constatons que 56 médecins souhaitent un outil mais n’ont ressenti aucune difficulté. Les médecins n’ayant pas de difficultés majeures lors de la prise en charge de leurs patients présentant une épaule douloureuse souhaitent s’informer des évolutions et des mises à jour nécessaires à leur pratique quotidienne. Cette constatation nous indique que les médecins ont pu précédemment avoir une difficulté de diagnostic précis des pathologies de l’épaule et ne sont pas à l’aise dans leur prise en charge.

Les 19% ayant rencontré une difficulté ont sollicité majoritairement des moyens de formation « papier » (revues et ouvrages d’enseignement). Les sites internet sont moins cités. La moitié des difficultés rencontrées portent sur les diagnostics différentiels, les repères anatomiques et

les repères sémiologiques. Les médecins semblent plus confrontés à des difficultés au niveau de l'examen clinique qu'au niveau de la prise en charge thérapeutique de l'épaule.

Les médecins souhaitant un outil d'amélioration des pratiques sont demandeurs en premier de FMC théorique ou pratique avec l'apprentissage de gestes techniques. L'apprentissage des gestes en médecine générale semble être un enjeu de formation dès la formation médicale initiale.

1 médecin sur 2 souhaiterait un outil par internet et 13% aimeraient une information sous forme papier. Le terme de FMC a été utilisé dans notre étude car, réalisée en 2010, le DPC n'était pas encore suffisamment défini.

Devant une difficulté dans la pratique quotidienne, il s'avère que les médecins vont spontanément vers un outil de formation donnant une réponse immédiate, traditionnellement connu et intégré dans la pratique (revue, ouvrage). Le support papier conserve une place importante dans l'univers de formation des médecins généralistes. Cependant ils semblent prêts à s'orienter vers de nouvelles formes de formation comme les FMC. Cette donnée est encourageante à l'aube de l'application du DPC. A ce jour aucune étude n'a démontré les résultats sur la pratique quotidienne de la participation des médecins aux FMC ; mais cet engouement pour les FMC traduit les bénéfices ressentis par les médecins suite à ces FMC. Cependant les organismes, agréés pour mettre en place le DPC, réussiront-ils à être à l'écoute des réalités des thématiques pratiques des médecins généralistes?

CONCLUSION

La prise en charge d'une épaule douloureuse chronique non instable et non traumatique est une problématique tout à fait intégrée dans l'exercice quotidien de la médecine générale. Des besoins de formation sur ce thème ont été exprimés ou identifiés par les médecins généralistes du Morbihan dans le cadre de notre étude.

Fréquemment rencontrée en médecine générale, l'épaule douloureuse justifie le recours à une stratégie diagnostique et thérapeutique standardisée. Les difficultés diagnostiques sont ici clairement citées. Même si notre étude ne les a pas approfondies, une aide à l'examen clinique de l'épaule intégrée au dossier informatisé, à remplir au cours de la consultation avec des schémas, semblerait faciliter la réalisation des manœuvres nécessaires au diagnostic.

L'objectif du traitement médicamenteux symptomatique à visée antalgique est de limiter le retentissement fonctionnel de la douleur. Les médecins de l'enquête ont une prise en charge médicamenteuse satisfaisante avec 73% (N=69) prescrivant un AINS per os et 56% (N=53) prescrivant un antalgique de palier I. Suivant la balance bénéfice-risque il semble que les antalgiques non AINS per os seraient à utiliser en première intention bien que la HAS ne les hiérarchise pas. 93,7% n'ont pas réalisé d'infiltration cortisonique à leur patient mais 52,6% pensant que c'est un geste de spécialiste doivent déléguer ce geste à un confrère. Il semble bénéfique et recommandé d'avoir davantage recours à cette thérapeutique.

La kinésithérapie a une place essentielle dans ce traitement étiopathogénique. Sa prescription doit suivre des règles définies par les recommandations et il faut favoriser les échanges entre le médecin et le kinésithérapeute. En cours et en fin de traitement le médecin traitant réévalue l'efficacité de la rééducation en concertation avec le kinésithérapeute. Dans notre enquête 60% (N=57) ne prescrivent pas de kinésithérapie. Cependant les 40% ayant recours à la kinésithérapie prescrivent les techniques recommandées (massage et physiothérapie).

La prescription d'examens complémentaires d'imagerie est importante lors de l'établissement du diagnostic initial mais est à adapter à la première consultation en fonction du contexte clinique et environnemental du patient. En 1^{ère} intention les médecins de l'enquête sont 38,9% (N=35) à réaliser un examen en majorité une radiographie standard. Lorsqu'elle est réalisée, la radiographie standard impose certaines incidences pouvant être complétée par une échographie de la coiffe des rotateurs. En 2^{nde} intention 61,1% (N=58) prescrivent un examen d'imagerie dont l'arthroscanner et l'arthroIRM. Les examens d'imagerie plus sophistiqués seront à demander en cas d'échec de la prise en charge initiale.

Seuls 19% des médecins (N=18) ont ressenti une difficulté (au niveau diagnostic différentiel et prescription médicamenteuse) lors de leur prise en charge. Ces difficultés ont été essentiellement surmontées par la consultation de support papier. La place de l'informatique est en cours d'évolution mais le support papier est encore important pour les médecins généralistes offrant une réponse rapide. **73,7% des médecins de l'enquête seraient intéressés par un outil d'amélioration des pratiques** (majoritairement des FMC théorique et pratiques). Toutes les informations de formation continue des médecins, dont font partie les recommandations de la HAS, doivent en majorité garder leur diffusion papier malgré les inconvénients engendrés (coût, impact écologique, délais...).

La demande massive d'outil d'amélioration des pratiques pour la prise en charge de l'épaule par les médecins du Morbihan traduirait un manque au niveau des thématiques de FMC, en démarches d'évaluations des pratiques professionnelles ou dans les futurs projets thématiques du DPC.

La formation médicale, tant au niveau départemental de notre étude que probablement au niveau national, est souhaitée de manière importante mais les thèmes ne semblent pas répondre aux attentes des médecins généralistes. En effet un certain nombre de ces attentes ne correspondent pas aux principales préoccupations des pouvoirs publics. Le Développement Professionnel Continu se veut être un élément personnalisé de formation et sera probablement plus en accord avec ces attentes pour cette prise en charge de l'épaule douloureuse (gestes techniques et compétences). Sera-t-il concrètement satisfaisant pour combler ce vaste champ que représentent la formation médicale et son évaluation?

Enfin dans le cadre du DPC une thématique sur la prise en charge de l'épaule douloureuse devra faire l'objet d'une évaluation afin de déterminer son impact sur les réponses aux attentes des médecins, les modifications des pratiques, sur le bénéfice du patient et sur l'économie de la santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. DANET S., HAURY B., BADEYAN G. *Problèmes de santé spécifiques et état de santé global de la population-Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010 [en ligne].* Ministère de la Santé, 2010, 12p. Disponible sur <http://www.sante-sports.gouv.fr> (consulté le 13 janvier 2011).
2. Observatoire de Médecine Générale. *Informations épidémiologiques sur les pathologies et leur prise en charge en ville. Données en consultations pour EPAULE(TENOSYNOVITE) 2007 [en ligne].* Disponible sur : <<http://omg.sfm.org> > (consulté en juin 2009).
3. Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés- Direction des risques professionnels - Mission statistique. *Dénombrements des maladies professionnelles déclarées et reconnues par le régime général entre 2004 et 2007.* Etude 2009-0051v1.Ed., 2009, 39p.
4. Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, Direction des relations du travail, Sous-direction des conditions de travail. *Circulaire DRT n° 2005-03 relative à la réforme de la médecine du travail. [en ligne].* Paris : Ministère de l'Emploi, du Travail et de la cohésion sociale, 2005. Disponible sur <<http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/publications/picts/bo/30052005/A0050009.htm>> (consulté le 3 juin 2009).
5. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique.* Paris: ANAES; 1999.
6. BEAUDREUIL J., GOUTALLIER D., MORVAN G., et al. *Modalités de prise en charge d'une épaule douloureuse chronique non instable chez l'adulte [en ligne].* Recommandations pour la pratique clinique-Service des recommandations professionnelles. Haute Autorité de Santé, 2005, 9p. Disponible sur : < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/epaule_douloureuse_recos.pdf > (consulté en mai 2009).
7. DUFOUR M., PILLU M. *Biomécanique fonctionnelle.* Paris : Elsevier Masson, 2006.
8. NETTER F.H. *Atlas d'anatomie humaine.* Paris : Maloine, 1999.
9. BLANCHET R.L. *L'épaule, évaluation de base, anamnèse ciblée, examen en moins de 2 minutes.* Le Médecin du Québec [en ligne]. 2003, vol. 38, n°3, 7p. Disponible sur <<http://www.fmoq.org/Lists/FMOQDocumentLibrary/fr/Le%20M%C3%A9decin%20du%20Qu%C3%A9bec/Archives/2000%20-%202009/035-042BLANCHET0303.pdf>> (consulté le 25 mai 2009).
10. VALAT JP. *L'épaule douloureuse.* Document pédagogique de la faculté de médecine de Tours [en ligne]. 1996. Disponible sur < <http://fmc.med.univ-tours.fr/Pages/disciplines/rhumato.html> > (consulté le 26 mai 2009).

11. PICHON H. *Examen clinique de l'épaule douloureuse chronique*. Site internet d'enseignement de la faculté de médecine de Grenoble **[en ligne]**. 2003, 8p. Disponible sur < <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/sante/corpus/disciplines/rhumato/autre/306a/leconimprim.pdf> > (consulté le 25 mai 2009).
12. CHANUSSOT J-C., DANOWSKI R-G. *Rééducation en traumatologie du sport*. Tome 1 : Membre supérieur, muscles et tendons. Paris : Masson, 2005.
13. KAPANDJI A.I. *Physiologie articulaire*. Tome 1: Epaule, coude, poignet, main. Paris : Maloine, 2005.
14. CLEOPHAX C. *Epaule douloureuse non traumatique en médecine générale : enquête de pratique et élaboration d'un référentiel de prise en charge* **[en ligne]**. Thèse de médecine. Paris : Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, 2009, 178p. Disponible sur < http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/cleophax_these_epaule.pdf> (consulté le 13.01.2011).
15. BOUTE P., KHORASSANI R., PUTZ P. *Les lésions de la coiffes des rotateurs de l'épaule*-Revue Médicale de Bruxelles. 2007, n° 28, 111-7.
16. COLNE P., GAGEY O., TRUDELLE P et al. *Pathologies non opérées de la coiffe des rotateurs et masso-kinésithérapie .Recommandations professionnelles* **[en ligne]**. Haute Autorité de Santé (précédemment nommée Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé).Paris : 2001. Disponible sur < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/coiffe_des_rotateurs_-_recommandations.pdf> (consulté en juin 2009).
17. Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés- Direction des risques professionnels-*Statistiques technologiques des maladies professionnelles en 2006*.Assurance Maladie, 2006, 114p.
18. CHIRON E., PLAINE J., SERAZIN C., et al. *Réseau de surveillance épidémiologique des troubles musculo-squelettique des Pays de la Loire. Résultats 2007 de la cohorte des salariés ligériens sur le devenir des salariés souffrant de TMS de l'épaule en 2002-2004*.Paris : Institut de Veille Sanitaire, 2009, 6p.
19. HA C., ROQUELAURE Y. *TMS d'origine professionnelle : une préoccupation majeure*. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire **[en ligne]**. 2010, n° 5-6, p35-36. Disponible sur http://www.invs.sante.fr/beh/2010/05_06/beh_05_06_2010.pdf > (consulté le 15 avril 2010).
20. ROQUELAURE Y., BODIN J. *Etude prospective des TMS : déterminants professionnels et facteurs pronostiques des TMS des membres supérieurs*. Angers : Agence Nationale de Recherche, 2009, 8p.
21. CALMETTES N., MEDINA P., FONTAINE D. *Etude qualitative sur les séjours chirurgicaux pour les pathologies de l'épaule et l'activité professionnelle en Savoie et Haute-Savoie* **[en ligne]**. Observatoire régional de santé Rhône-Alpes, 2009. Disponible sur < <http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/TMS.pdf> > (consulté le 6 octobre 2010).

22. LE BRETON-LEROUVILLOIS G., ROMESTAING P. *Atlas de la démographie médicale en région Bretagne ; situation au 1^{er} janvier 2009* [en ligne]. Conseil National de l'Ordre des Médecins.2009.Disponible sur < <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Bretagne.pdf> > (consulté en janvier 2011).
23. BEAUTE J., BOURGUEIL Y., MOUSQUES J. *Baromètre des pratiques en médecine libérale. Résultats de l'enquête 2006 "L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons"* [en ligne]. Paris : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. 2007. Disponible sur < <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT5BarometrePratiquesMedLib.pdf>> (consulté septembre 2009).
24. DES COURTIS F. *Dossier Médical Personnel(DMP) et les médecins* [en ligne]. IPSOS Santé. Disponible sur < <http://www.ipsos.fr/ipsos-marketing/actualites/dossier-medical-personnel-dmp-et-medecins>> (consulté septembre 2009).
25. LE BRETON-LEROUVILLOIS G. *Atlas de la démographie médicale en région Bretagne ; situation au 1^{er} janvier 2010* [en ligne].Conseil National de l'Ordre des Médecins.2009.Disponible sur < <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas%20National%20CNOM%202010.pdf>> (consulté en janvier 2011).
26. DOUGADOS M., LE HENANFF A., LOGEART J., RAVAUD P.L 'efficacité à court terme du rofécoxib et du diclofénac dans la douleur aigüe de l'épaule : un essai contrôlé randomisé contre placebo. *Clinical Trials Public Library of Sciences*. 2007; 2(5):e24.
27. BURBANK K., STEVENSON J., CZARNECKI G., et al. *Chronic shoulder pain: Part I, Evaluation and Diagnosis. Part II, Treatment*. *American Family Physician*. 2008; 77 (4): p453-460.
28. Sécurité Sociale Assurance Maladie. *Classification Commune des Actes Médicaux* [en ligne]. Disponible sur <<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante>> (consulté le 13 mars 2011).
29. Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. *Les bases Eco-santé en ligne*. Disponible sur <<http://www.ecosante.fr/>> (consulté en janvier 2011).
30. Ministère de l'emploi et de la solidarité et secrétariat d'Etat à la santé. *Code de Santé publique. Arrêté du 22 février 2000* [en ligne]. Paris. Disponible sur < <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-09/a0090640.htm>> (consulté le 15 mai 2009).
31. Conseil National de l'Ordre des Médecins. *Les arrêts de travail-février 2006* [en ligne]. Disponible sur < <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/les-arrets-de-travail-758> > (consulté le 12 janvier 2001).

32. CUERQ A., PAITA M., RICORDEAU P. *Les causes médicales de l'invalidité en 2006*. Points de repère de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés(CNAMTS). N° 16. Paris: CNAMTS, 2008, 8p.
33. NOEL E., NIZARD J. *L'épaule douloureuse non traumatique*. Paris : Masson, 2000.
34. La Haute Autorité de Santé (HAS). *Épreuves Classantes Nationales (ECN) - Mot du Président - Sommaire - Mode d'emploi*. [en ligne]. Disponible sur < http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_646948/epreuves-classantes-nationales-ecn-mot-du-president-sommaire-mode-d-emploi > (consulté le 2 mars 2011).
35. Conseil national de la Formation Médicale Continue des praticiens hospitaliers. *L'obligation de la FMC : Historique, état des lieux et perspectives* [en ligne]. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/diapos_fmeph.pdf> (consulté le 2 mars 2011).
36. ALLEMAND H., DANG HA DOAN B., LEVY D. et al. *Médecins et pratiques médicale en France 1967 - 1977 - 2007. Les lectures médicales et les moyens de formation permanente*. Cahiers de sociologie et de démographie médicales, 2008/10-12, volume 48, n° 4, pages 514-532.
37. BOISSIER C., NABARETTE H. *Critères de qualité des revues et journaux de la presse médicale française* [en ligne]. Haute Autorité de Santé, Saint Denis, 2010. Disponible sur < <http://www.has-sante.fr> > (consulté le 9 mars 2011).
38. GUERVILLE M-A., PARAPONARIS A., REGI J-C., et al. *Les pratiques en médecine générale dans cinq régions : formation médicale continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonnes pratiques*. [en ligne]. Etudes et résultats : Paris, 2009, n°708. Disponible sur <<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er708.pdf>> (consulté le 9 mars 2011).
39. Service documentation, pôle édition. *Information des Publics, Diffusion* [en ligne]. La Haute Autorité de Santé : Saint-Denis, 2001. Disponible sur <<http://www.has-sante.fr> > (consulté le 9 mars 2011).
40. UNIFORMEC. *FMC et DPC* [en ligne]. Disponible sur < <http://www.uniformec.org> > (consulté le 24 mars 2011).
41. MG FORM. *Formations* [en ligne]. Disponible sur < <http://www.mgform.org> > (consulté le 24 mars 2011).
42. BALLNER I., PEYRE M., GROU M., DUPRE JP., et al. *Rôle du traitement médicamenteux et des infiltrations dans la prise en charge médicale des lésions de la coiffe des rotateurs*. Journal de traumatologie du sport. 2007 ; 24 : p93-98.
43. MARIAGE A., CHATELLIER C. *Nouvelles pratiques de kinésithérapie : bilan six mois après la réforme* [en ligne]. Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés). CNAMTS. 2001. Disponible sur <<http://www.ameli.fr>>.

44. MARIAGE A., CHATELLIER C. *Nouvelles pratiques de kinésithérapie : analyse de la qualité des fiches synthétiques* [en ligne]. CNAMTS. 2001. Disponible sur < <http://www.ameli.fr> >.
45. WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians). La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille [en ligne]. 2002. Disponible sur < <http://www.woncaeurope.org> >. (Consulté le 12 mars 2011).
46. Ministère des solidarités, de la santé et de la famille. *Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles* [en ligne]. Journal officiel de la république française. Paris, 15 avril 2005. Num 88, p6730-6731. Disponible sur < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/decret_n_2005-346_du_14_avril_2005_relatif_a_lepp.pdf >. (consulté le 30 mars 2011).
47. Ministère de la santé et des solidarités. *Arrêté du 13 juillet 2006 portant homologation des règles de validation de la formation médicale continue* [en ligne]. Journal officiel de la république Française, Paris. 9 août 2006. Disponible sur < http://www.cnfmc.fr/docs/joe_20060809_0183_0012.pdf >. 2 pages. (consulté le 30 mars 2011).
48. WALCH G., BOILEAU P. *Prothèses d'épaule ; Etat actuel*. Paris : Elsevier Masson, 2008. 454p.
49. De LECLUSE J. *Test et examen clinique en pathologie sportive*. Paris : Masson, 1997.

Annexe 1 : Manœuvres d'exploration citées dans le texte.

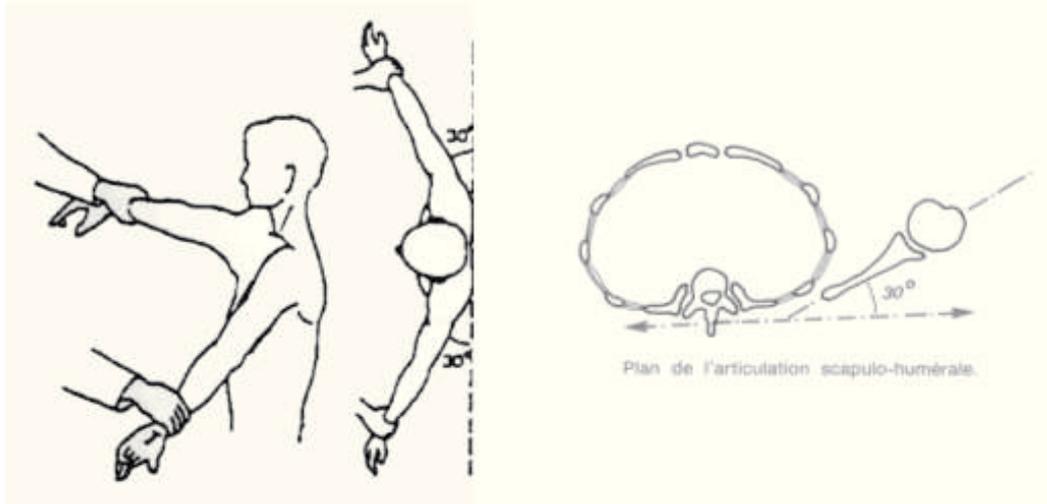


Figure 1: Manœuvre de JOBE testant le muscle sus-épineux (d'après G.Walch) (48).

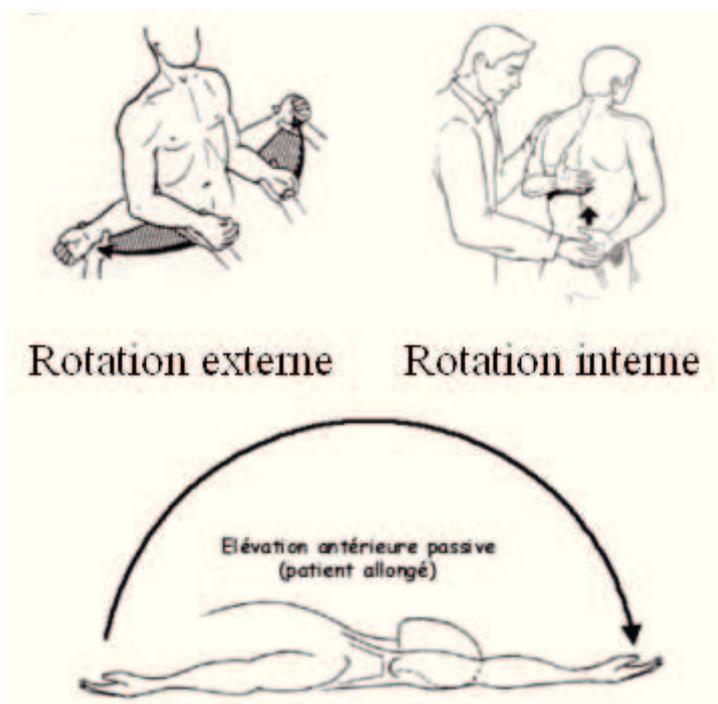


Figure 2: Mobilisations passives en élévation antérieure (EAP), en rotation externe (RE) et en rotation interne (RI). (d'après G.Walch) (48).



Figure 3: PALM UP TEST explorant la longue portion du biceps (d'après G.Walch) (48).

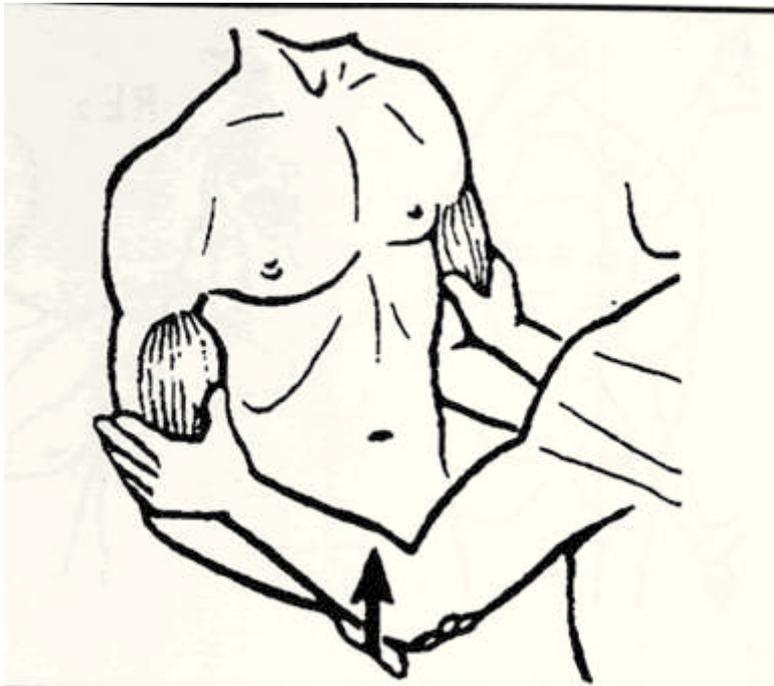


Figure 4: Recherche d'une rupture de la LONGUE PORTION DU BICEPS par la palpation d'une boule à la face antérieure du bras (d'après G.Walch) (48).

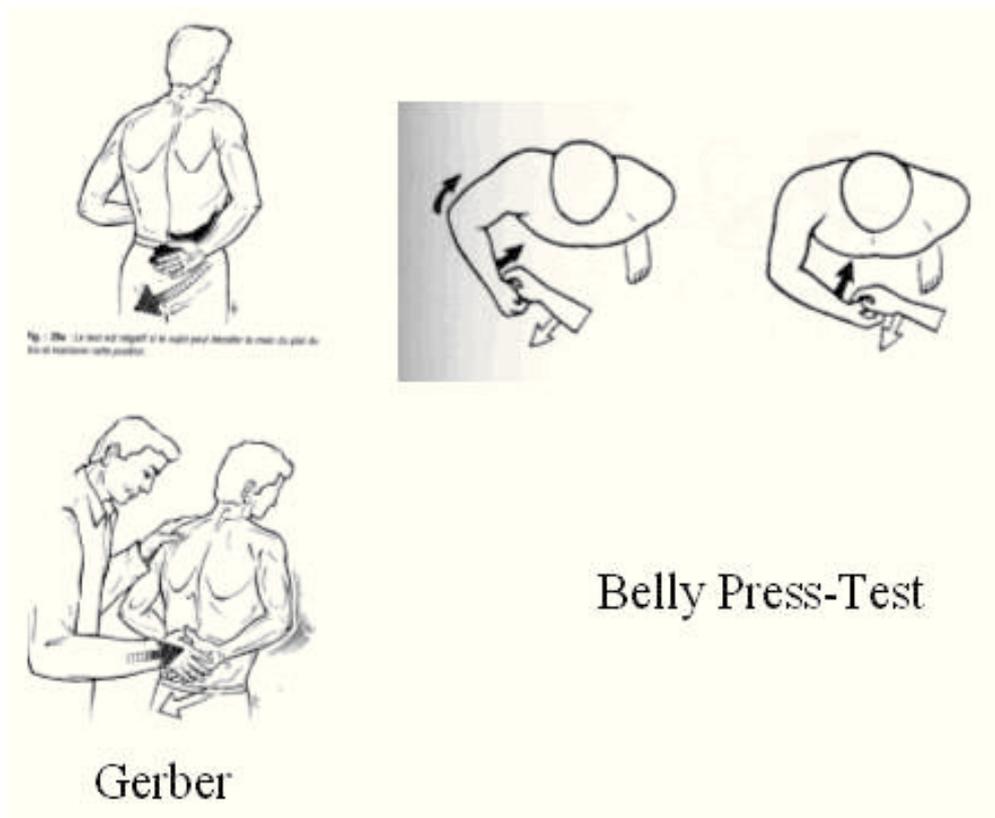


Figure 5: Le LIFT-OFF TEST DE GERBER et le BELLY PRESS-TEST explorent le muscle sous-scapulaire (d'après G.Walch) (48).

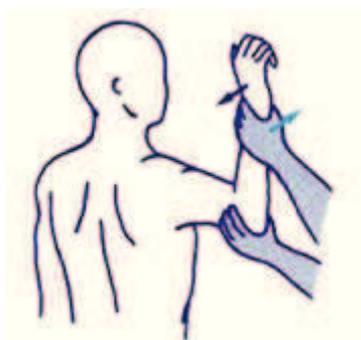


Figure 6: En abduction 90° dans la plan de la scapula, la rotation externe teste le muscle petit rond (d'après J.de Lecluse) (49).

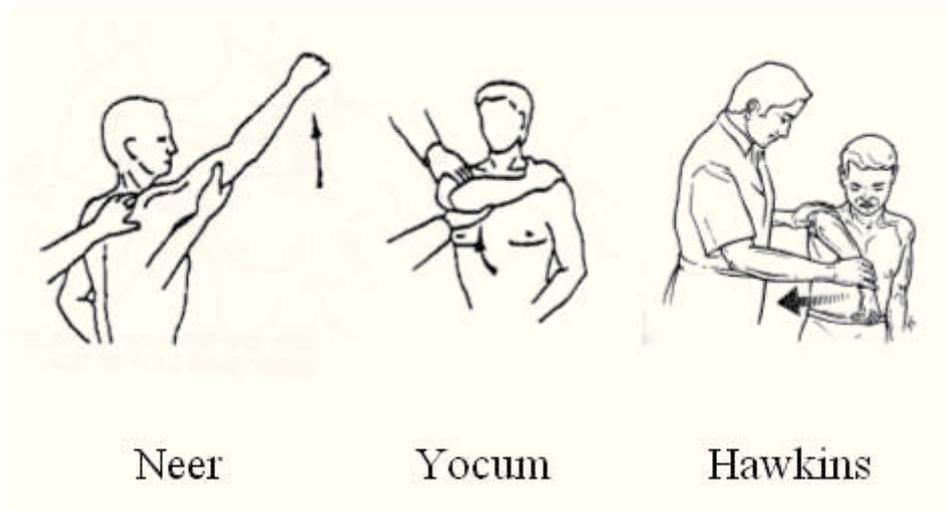


Figure 7: Les manœuvres de NEER, YOCUM et HAWKINS recherchent un conflit sous-acromial (d'après G.Walch) (48).

Annexe 2 : Questionnaire

Epaule douloureuse non traumatique de l'adulte Prise en charge thérapeutique initiale par les médecins généralistes du Morbihan en 2010 à partir du dernier cas clinique vécu (Entourez les réponses)

A - Identification des médecins généralistes interrogés :

- Homme - Femme
- Age : 30-39 ans ; 40-49 ans ; 50-59 ans ; + de 60 ans
- Type d'exercice : rural (<2000 hab.); semi-rural (2000 à 10000 hab.); urbain (>10000 hab.)
- Lieu d'exercice : - seul
-en association : uniquement des médecins / pluridisciplinaire:
lesquels :.....
- Informatisation : oui - non

B - Est-ce la 1^{ère} consultation pour ce motif ? - OUI - NON : 2^e ; 3^e ; 4^e ; 5^e ou plus

C - Traitement de 1^{ère} intention de l'épaule douloureuse non traumatique de l'adulte selon votre démarche suivie lors de votre dernier cas clinique vécu:

- **Quels médicaments avez-vous prescrit à ce patient?**
 - Antalgique : palier I ; palier II ; palier III
 - Anti-inflammatoire non stéroïdien : par voie locale ; par voie orale
 - Myorelaxant
 - Autres : lesquels :.....

- **Avez- vous prescrit de la kinésithérapie pour ce patient ?**
 - OUI -NON
 - Si oui, avez- vous précisé la technique souhaitée : *
massage :.....*
 - physiothérapie :.....*
 - balnéothérapie :.....
 - Si oui, avez-vous précisé le nombre de séances souhaitées : *OUI : 10 / 20 / + de 20
* NON
 - Si oui, avez-vous précisé la fréquence des séances :
*OUI : 1 par semaine / 2 par semaine / + de 2 par semaine
* NON

- **Avez-vous prescrit un autre type de traitement non médicamenteux ?**

-OUI : chaleur / auto rééducation / autre :
-NON

Avez-vous réalisez une infiltration cortisonique ?

- OUI

- NON : . Je ne sais pas les faire

. Je pense que c'est un geste de spécialiste

. Je sais les faire mais je manque de pratique

. Je sais les faire mais je manque de temps dans une consultation

. Je sais les faire mais l'acte n'est pas rentable

. Je sais les faire mais cela comporte trop de risques médico-légaux

. Ce n'était pas utile pour ce patient

.autres :

• **Avez-vous prescrit un arrêt de travail pour ce patient ?**

- Oui : 3j ; 4 à 7j ; + de 7 jours

-Non

• **Avez-vous revu le patient ?**

- Oui : dans quels délais ?..... , nombre de consultations pour ce motif :.....

- Non

C) Prescrivez-vous des examens complémentaires ?

Dès la 1^{ère} consultation :

-OUI - NON

Si oui, le(s)quel(s):

*Radiographie standard :.....

*Echographie:.....

*Arthroscanner :.....

*ArthroIRM :.....

*autres :.....

Lors de la 2^{ème} consultation ou plus :

-OUI: - NON

Si oui, le(s)quel(s) :

*Radiographie standard

*Echographie :.....

*Arthroscanner :.....

*AthroIRM :.....

*autres :.....

D) Adressez-vous le patient à un spécialiste ?

-OUI : *dans quel délais : dès la 1^{ère} consultation / plus tard, quand ? :.....

* Lequel ? Rhumatologue / Chirurgien orthopédique/Radiologue/Autres :.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition 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 donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Faculté de Médecine de TOURS

SENECHAL GALA Emmanuelle

Thèse n°

77 pages – 31 tableaux – 29 figures – 2 annexes

Résumé :

Entre 1997 et 2007 en médecine générale, les consultations pour une épaule douloureuse chronique non instable et non traumatique ont doublé. En 2005 la Haute Autorité de Santé (HAS) publiait une recommandation professionnelle indiquant la stratégie diagnostique et thérapeutique à suivre dans ces pathologies.

Face à cette recommandation, quelle est la pratique des médecins généralistes du Morbihan devant un patient souffrant d'une épaule douloureuse chronique non instable et non traumatique en 2010?

En avril 2010, nous avons réalisé une étude quantitative avec questionnaire auprès de 200 médecins généralistes du Morbihan tirés au sort. Le taux de réponse était de 47,5% (N=95).

Les AINS sont plus prescrits que les antalgiques (72,6% contre 57,6%). L'infiltration cortisonique n'est prescrite et réalisée que par 6% des médecins généralistes, 52,6% délèguent ce geste à un confrère. Seuls ou associés ces traitements sont recommandés par la HAS. La kinésithérapie prescrite par 40% des médecins ne semble pas optimisée. 84% des médecins prescrivent en 1^{ère} ou 2^{ème} intention une imagerie (majoritairement une radiographie standard). Seuls 19% des médecins ont ressenti une difficulté dans leur pratique (surmontée par l'utilisation d'information sur papier). Cependant 74% des médecins souhaitaient un outil pour se perfectionner, majoritairement par une formation médicale continue (FMC) sur les techniques d'infiltrations péri-articulaires. Face à la recommandation de la HAS de 2005 (diffusée sur papier et internet) très peu lue et devant l'essor des FMC, les recommandations professionnelles pourraient y être majoritairement diffusées.

Les prescriptions médicamenteuses et d'imagerie semblent satisfaisantes néanmoins le recours à l'infiltration cortisonique et à la kinésithérapie ne paraissent pas optimales. De plus les thèmes des FMC ne semblent pas en accord avec les attentes des médecins généralistes. Voulant être un élément personnalisé de formation, le Développement Professionnel Continu répondra-t-il plus à ces attentes dont l'apprentissage des techniques d'infiltration ?

Mots clés :

- épaule douloureuse chronique
- médecine générale
- recommandation professionnelle
- formation médicale continue

Jury :

- Président : Monsieur le Professeur Philippe Goupille, rhumatologie.
Membres : Monsieur le Professeur Bernard Fouquet, médecine physique et de réadaptation.
Madame le Professeur Anne-Marie Lehr-Drylewicz, médecine générale.
Monsieur le Docteur Jean-Yves Limeul, médecine générale.

Date de la soutenance : le 06 octobre 2011