

Année 2018/2019

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État
par

Baptiste BALAND

Né le 26 octobre 1988 à Tours (37)

TITRE

**Quelles sont les difficultés que peuvent rencontrer les médecins généralistes
du Cher dans leur prise en charge des épaules douloureuses chroniques ?**

Présentée et soutenue publiquement le 13 juin 2019 devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Luc FAVARD, Chirurgie Orthopédique, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Bernard FOUQUET, Médecine Physique et de Réadaptation, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Jean ROBERT, Médecine Générale, Professeur Attaché, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Julien BERHOUET, Chirurgie Orthopédique, MCU-PH, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Julie AUBERT-PHOUPHETLINHONG, Médecin Généraliste, La
Chapelle Saint-Ursin

RÉSUMÉ

Quelles sont les difficultés que peuvent rencontrer les médecins généralistes du Cher dans leur prise en charge des épaules douloureuses chroniques ?

Introduction : Les épaules douloureuses chroniques sont un motif fréquent de consultation en médecine générale. L'objectif est d'identifier les difficultés auxquelles pourraient être confrontés les médecins généralistes (MG) du Cher dans la prise en charge des épaules douloureuses chroniques.

Matériel et méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée jusqu'à saturation théorique des données auprès de MG du Cher. Les thèmes abordés étaient la dernière consultation ayant pour motif une épaule douloureuse chronique, la prise en charge diagnostique et thérapeutique, le suivi et des suggestions d'aide à la prise en charge (PEC).

Résultats : Treize MG de profils différents ont été interrogés d'avril 2018 à janvier 2019. La PEC initiale soulevait des difficultés liées à l'examen clinique, aux nombreuses pathologies intriquées, à la gestion des examens complémentaires et à l'accès aux spécialistes. Le suivi était ressenti comme plus difficile, en raison des conséquences de la maladie et de son vécu par le patient. Il faisait appel à l'écoute, à l'empathie et à l'éducation. La composante professionnelle représentait une difficulté supplémentaire, du fait des arrêts de travail prolongés et du peu de moyens d'actions sur les troubles musculosquelettiques (TMS) liés aux conditions de travail.

Conclusion : Les difficultés étaient liées à l'aspect chronique de la pathologie et ce qu'il engendrait : le suivi au long cours et le ressenti du patient. Une approche centrée sur le patient et des supports d'accompagnement pourraient améliorer la PEC. Les arrêts de travail et les contraintes liées aux métiers pourvoyeurs de TMS représentaient une autre difficulté. L'évolution vers un travail pluridisciplinaire, intégrant la médecine du travail, permettrait d'améliorer la PEC biopsychosociale de ces troubles.

Mots clefs : « épaule douloureuse chronique », « médecins généralistes », « étude qualitative », « maladie chronique », « trouble musculo squelettique »

ABSTRACT

Titre

What are the difficulties that general practitioners (GP's) based in the Cher department encounter when dealing with chronic shoulder pain ?

Introduction : Chronic shoulder pain is a common reason for consulting the GP. The purpose of this study is to identify the difficulties which GP's in the Cher department can be confronted with when caring for patients with chronic shoulder pain.

Method : A qualitative study was carried out using semi-structured interviews, until saturation of information collected from the GP's in the Cher department was reached. The topics raised were the last consultation they had concerning a chronic shoulder pain, the diagnostic and therapeutic care, the patient's follow-up and the elements that could help with the management of the patient's care.

Results : Thirteen GP's with varying profiles were interviewed from April 2018 to January 2019. The initial medical care showcased the difficulties linked to the clinical examination, the multiple interconnected illnesses, the organization of further tests and the access to specialist doctors. The follow up was perceived as even more complex, due to the consequences of the illness and due to how the patients experienced it. Listening, empathy and education were needed. The professional aspect was an additional issue: having to deal with absences from work due to sickness; and having very few means of action available to deal with musculoskeletal disorders (MSD's) due to working conditions.

CONCLUSION : The issues due to the chronic aspect of the illness were what led to : long periods of medical care and follow up and the patient's experience. Care based on a patient-centred approach and different support measures could help. The sick-leaves and the strains due to MSD inducing work were also a complication. An evolution towards a pluridisciplinary work style including the provision of occupational medicine could lead to an improvement in the biopsychosocial care.

Key-words : « *chronic shoulder pain* », « *general practitioners* », « *qualitative study* », « *chronic disease* », « *musculoskeletal disorders* »

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*

Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr. Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr. André GOUAZE - 1972-1994

Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Daniel ALISON

Pr. Catherine BARTHELEMY

Pr. Philippe BOUGNOUX

Pr. Pierre COSNAY

Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN

Pr. Noël HUTEN

Pr. Olivier LE FLOCH

Pr. Yvon LEBRANCHU

Pr. Elisabeth LECA

Pr. Gérard LORETTE

Pr. Roland QUENTIN

Pr. Alain ROBIER

Pr. Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU –
C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI –
B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF –
J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE –
F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTE
– M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET
– L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A.
SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
ARBEILLE Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David Physiologie
BARBIER Louise Chirurgie digestive
BERHOUET Julien Chirurgie orthopédique et traumatologique

BERTRAND Philippe	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON Antoine	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
BOREL Stéphanie	Orthophonie
DIBAO-DINA Clarisse	Médecine Générale
LEMOINE Maël	Philosophie
MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS – INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle Praticien Hospitalier
MAJZOUN Samuel Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier

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.

Remerciements

A mon jury de thèse :

A Monsieur le *Professeur Luc FAVARD*, pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury et à l'intérêt que vous portez au travail que j'ai réalisé. Merci pour votre disponibilité et votre aide de dernière minute. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le *Professeur Bernard FOUQUET*, pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail et de siéger dans mon jury. Je vous remercie d'apporter votre expertise sur ma recherche. Soyez assuré de mon plus profond respect et veuillez recevoir mes remerciements les plus sincères.

A Monsieur le *Professeur Jean ROBERT*, pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail et de siéger dans mon jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde considération.

A Monsieur le *Docteur Julien BERHOUE*, pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail et de siéger dans mon jury. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

Merci au Docteur *Julie AUBERT-PHOUPHETLINHONG*, qui fut une directrice de thèse impliquée. Malgré un emploi du temps chargé, elle m'a accordé son aide lorsque je suis venu vers elle. Merci de m'avoir accompagné et conseillé tout au long de ce travail.

A celles et ceux qui ont permis la réalisation de ce travail

A *Daisy*, pour ton soutien, ta patience et ton humour pendant ces mois de travail. Et pour ton aide indispensable dans sa réalisation. Merci pour tous ces moments et pour ceux à venir.

A *mes parents*, pour leur aide au cours de ce travail et pour leurs avis qui m'ont permis d'avancer. Pour cette soirée de Pâques. Merci pour votre soutien et votre présence depuis 30 ans.

A *ma famille*, frères et grands-parents, pour tous ces moments partagés.

A *mes amis*, un grand merci pour tous ces moments et ces fous rires vécus ensemble, des bancs de la faculté jusqu'à ceux du jeudi soir. Des moments plus sympas que nos journées à la BU nous attendent désormais.

A *mes maîtres de stage et co-internes*, qui m'ont permis de devenir le médecin que je suis devenu.

Liste des abréviations

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMET : Consultation Multidisciplinaire Epaule et Travail

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DMP : Dossier Médical Partagé

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

ISOA 18 : Institut Ostéo Articulaires du Cher

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées du Cher

MG : Médecin Généraliste

MSA : Mutualité Sociale Agricole

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

NHS : National Health Service

PEC : Prise en Charge

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TMS : Troubles Musculo Squelettiques

Table des matières

I.	INTRODUCTION.....	1
II.	METHODE	3
A.	METHODE QUALITATIVE.....	3
B.	POPULATION ET MODE DE RECRUTEMENT DES MEDECINS GENERALISTES.....	3
1.	<i>Critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion</i>	<i>3</i>
2.	<i>Population étudiée</i>	<i>3</i>
3.	<i>Méthode de recrutement.....</i>	<i>4</i>
C.	ENTRETIEN.....	4
1.	<i>Trame d'entretien.....</i>	<i>4</i>
2.	<i>Réalisation de l'entretien.....</i>	<i>5</i>
D.	ANALYSE DES VERBATIM.....	5
E.	ACCORDS CNIL.....	5
III.	RESULTATS	6
A.	POPULATION	6
B.	ANALYSE THEMATIQUE TRANSVERSALE	9
1.	<i>Phase diagnostique</i>	<i>9</i>
2.	<i>Phase Thérapeutique.....</i>	<i>16</i>
3.	<i>Prise en charge d'une pathologie devenue chronique.....</i>	<i>33</i>
4.	<i>Prise en charge professionnelle</i>	<i>39</i>
5.	<i>Leviers et ressources.....</i>	<i>46</i>
IV.	DISCUSSION.....	53
A.	VALIDATION INTERNE	53
1.	<i>Limites de l'étude.....</i>	<i>53</i>
2.	<i>Points forts de l'étude.....</i>	<i>54</i>
B.	VALIDATION EXTERNE.....	56
1.	<i>Prise en charge biomédicale</i>	<i>56</i>
2.	<i>Prise en charge d'une pathologie devenue chronique.....</i>	<i>74</i>
3.	<i>Prise en charge professionnelle</i>	<i>83</i>
4.	<i>Leviers.....</i>	<i>89</i>
V.	PROPOSITION SUITE A L'ETUDE.....	96
VI.	CONCLUSION	97
VII.	BIBLIOGRAPHIE	99
VIII.	ANNEXES	104
A.	FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT	104

B.	TRAME D'ENTRETIEN.....	105
C.	ANNEXE 3 : DRAPEAUX JAUNES	106
D.	ANNEXE 4 : LIVRET DESTINE AUX PATIENTS	107
VU, LE DIRECTEUR DE THESE.....		111

I. INTRODUCTION

L'épaule est une articulation sollicitée dans tous les actes de la vie quotidienne, de l'activité professionnelle et dans la pratique sportive. Il s'agit d'une articulation complexe, mettant en jeu de nombreuses structures osseuses, musculaires et tendineuses.

L'épaule douloureuse chronique est un motif fréquent de consultation en médecine générale. Il s'agit du 3^e motif de plainte ostéoarticulaire en médecine générale, derrière le rachis lombaire et le genou (1,2). Les douleurs d'épaules peuvent être causées par différentes pathologies. Les plus fréquentes sont les tendinopathies, qui représentent 48% des épaules douloureuses chroniques, et les bursopathies 17% (2). Mais certaines douleurs peuvent être liées à des irradiations de pathologies situées en dehors de l'épaule, ainsi qu'à l'intrication de plusieurs pathologies.

Ces pathologies de l'épaule peuvent toucher les différents âges de la vie, avec un pic de prévalence autour de 65 ans (1).

Du fait de cet âge relativement jeune, les pathologies de l'épaule sont responsables d'importantes répercussions sur la qualité de vie des patients. Mais elles représentent également d'importantes dépenses publiques, que ce soit pour les soins ou sur le versant professionnel. L'atteinte de l'épaule représente 37% des cas de Troubles Musculosquelettiques, se situant derrière les atteintes du poignet ou syndrome du canal carpien (40%), et devant celles du coude ou épicondylite (21%) (3). Elle est responsable de nombreux arrêts de travail. Les pathologies de l'épaule représentent 21.7% des maladies professionnelles (4). La fréquence des pathologies de l'épaule semble augmenter sur ces 20 dernières années, passant d'une prévalence annuelle de 1.4% en 1994 à 2.6% en 2009 (1), majorant ainsi la fréquence de ces problématiques professionnelles.

La prise en charge se veut alors pluridisciplinaire : de nombreux intervenants sont sollicités que ce soit sur le versant médical tel que le kinésithérapeute, le radiologue, les rhumatologues, les orthopédistes, que sur le versant professionnel. Le médecin généraliste tient une place centrale de coordination de ces différents intervenants. Un chiffre illustre la répétition de consultations pour ce motif en médecine générale : la ténosynovite de l'épaule nécessite 2.13 consultations en moyenne par patient quand une lombalgie en nécessite 1.8 (1).

Afin d'avoir une base commune à la prise en charge, la Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré des recommandations pour la prise en charge des tendinopathies de la coiffe des rotateurs en avril 2005 (5).

Au cours de mes stages en médecine générale, j'ai pu constater des divergences entre mes différents maîtres de stage universitaires dans les prises en charge des épaules douloureuses chroniques. Ces divergences pouvaient être diagnostiques (variations des examens complémentaires prescrits) ou thérapeutiques (prescription ou non d'anti-inflammatoires, de kinésithérapie, d'infiltration, variation des différents interlocuteurs sollicités). Dès lors que je me suis retrouvé en autonomie, au cours de mon stage de niveau 2 puis lors de mes premiers remplacements, une difficulté a émergé : malgré un examen que je considérais plutôt correct et l'élaboration d'hypothèses diagnostiques, j'avais du mal à proposer des prises en charge adaptées à chacun de ces diagnostics. J'avais l'impression de proposer la même prise en charge à tous les patients, quel que soit le résultat de mon examen clinique. La relecture de mes cours de la faculté ou d'articles de revues médicales m'ont permis d'approfondir mon examen clinique, et d'évoquer un plus grand nombre de diagnostics. Mais les prises en charge spécifiques à chaque pathologie étaient rarement développées.

En réalisant des remplacements de façon prolongée, j'ai été amené à revoir certains patients. J'ai été confronté à de nouvelles problématiques comme le renouvellement d'arrêts de travail, l'impression que certains cas n'évoluaient pas, et des situations où une reprise de l'activité professionnelle semblait impossible. Toutes ces problématiques m'ont donc amené à me poser des questions. Les autres médecins généralistes ressentent-ils les mêmes difficultés que moi pour interpréter les résultats de leur examen clinique ? Sur quoi basent-ils leur démarche diagnostique et thérapeutique ? Sont-ils confrontés à d'autres problématiques dont je ne peux pas être conscient en tant que remplaçant ?

Une question centrale a donc émergé : **quelles sont les difficultés que peuvent rencontrer les médecins généralistes du Cher dans leur prise en charge de l'épaule douloureuse chronique ?** Je tenterai d'y répondre au travers d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés.

Les objectifs secondaires sont d'explorer les différents facteurs qui influencent cette prise en charge et d'identifier les leviers et ressources qui pourraient faciliter la prise en charge de ces pathologies. Pour finir, nous essaierons de proposer des outils d'aide à la prise en charge à destination des médecins généralistes.

II. METHODE

A. Méthode qualitative

La méthode choisie était celle d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés.

La méthode qualitative vise à explorer en profondeur des attitudes et des comportements, en recueillant des données verbales, permettant une démarche interprétative. Elle permet la compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux.

Les entretiens ont été réalisés de façon semi-dirigée. Plus qu'une production verbale, l'entretien provoque le discours dans un contexte défini. Ce dernier est aussi important pour l'interprétation que le discours lui-même. L'objectif ici était de découvrir les représentations et les facteurs entrant en jeu dans la prise en charge des épaules douloureuses chroniques. Ces entretiens permettent de comprendre les déterminants de la pensée du médecin généraliste et donc de son action.

B. Population et mode de recrutement des médecins généralistes

L'échantillonnage était théorique, intentionnel et raisonné. Il permettait de refléter la diversité de la population étudiée.

1. Critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion

Nous avons inclus les médecins généralistes installés ou remplaçants du Cher acceptant l'entretien. Nous n'avons pas inclus les médecins généralistes ayant refusé l'entretien.

2. Population étudiée

Les paramètres de l'échantillonnage théorique étaient : le genre, l'âge, la date de thèse, l'année d'installation, le lieu d'activité, le mode d'activité, les formations éventuelles (Formation Médicale Continue, Internet...), le fait d'être Maître de Stage Universitaire, et leur durée moyenne de consultation.

Le recrutement des enquêtés s'est fait parmi les médecins généralistes du Cher, connus ou non. Certains sont des Maîtres de Stages Universitaires de la faculté de médecine de Tours, d'autres des médecins remplacés. D'autres n'étaient pas connus et ont été choisis pour leur âge, leur lieu et leur mode d'activité, afin d'avoir un échantillon varié.

La taille de l'échantillon était déterminée par saturation théorique des données. Elle était atteinte lorsqu'aucune idée ne ressortait des entretiens pour justifier d'une augmentation du nombre de participants. Elle a été obtenue à partir du onzième entretien. Aucune nouvelle idée n'a été retrouvée pour les 2 entretiens suivants. Ils ont cependant été maintenus pour préserver la variété de l'échantillon sélectionné.

3. Méthode de recrutement

Les participants ont été contacté soit de vive voix, soit par mail, soit par téléphone. Le type d'étude était présenté, ainsi que la méthode utilisée. Ils étaient informés du caractère anonyme des entretiens et de la nécessité d'y consacrer au moins une demi-heure. Si les médecins généralistes acceptaient l'entretien, un rendez-vous dans un lieu de leur choix était convenu. Un formulaire d'information et de consentement était soumis avant l'entretien, résumant le contexte et l'objectif de l'étude, précisant que l'entretien était enregistré, mais que tout passage pouvait être supprimé sur demande (*Annexe 1*).

C. Entretien

1. Trame d'entretien

La trame d'entretien (*Annexe 2*) a été réalisée avec l'aide des ateliers thèses et les « Thèses Dating » du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Tours.

Les questions posées étaient ouvertes et abordaient des thèmes assez larges sur la prise en charge des épaules douloureuses chroniques pour ne pas biaiser les réponses des participants. Des relances étaient prévues pour chaque question.

La trame abordait les éléments suivants : le dernier patient venu consulter pour une épaule douloureuse chronique, l'entretien, l'examen physique, la prise en charge globale diagnostique et thérapeutique, le plus gros problème rencontré dans la prise en charge des épaules douloureuses chroniques, le ressenti face à ces épaules douloureuses chroniques, les supports ou ressources utilisés en consultation ou qui pourraient aider.

La trame a été corrigée après la réalisation de 3 entretiens avec l'aide du DUMG de Tours, lors d'un Thèse Dating. Il a été décidé d'ajouter la question brise-glace abordant le dernier patient venu consulter pour une épaule douloureuse chronique, et d'explorer de façon plus approfondie le ressenti des médecins généralistes face aux épaules.

2. *Réalisation de l'entretien*

Les entretiens ont été réalisés d'avril 2018 à janvier 2019.

Chaque entretien était enregistré avec deux dictaphones non dissimulés. Des notes étaient prises durant ces entretiens, afin d'organiser les questions de relance. L'entretien débutait après une présentation orale rapide de l'étude et de son objectif. A la fin de l'entretien, lorsque le médecin considérait avoir répondu à la dernière question, il lui était proposé de relire la trame d'entretien de façon à savoir s'il aurait aimé revenir sur un sujet particulier. L'entretien se terminait lorsque le médecin jugeait qu'il avait abordé tous les sujets.

D. Analyse des verbatim

Tous les enregistrements ont été retranscrits mot à mot en verbatim après chaque entretien. Les hésitations, silences, rires... ont généralement été précisés.

L'analyse du matériel était faite de manière manuelle, sans aide logicielle. Tous les entretiens étaient considérés dans leur intégralité. Une analyse de type thématique avait été choisie. Nous avons organisé les différents thèmes abordés au cours des entretiens. Un regroupement transversal a ensuite été réalisé. Les entrevues ont été comparées les unes aux autres et recoupées selon un même critère.

Pour chaque notion, les verbatim cités par les participants ayant abordé ce même thème ont été repris. Cette analyse servait à savoir ce qui avait été répondu par individu pour l'ensemble des thèmes donnés.

Afin d'évaluer la saturation des données, nous avons effectué une relecture globale au bout du septième et du onzième entretien.

Chaque entretien a été relu par une personne extérieure, et les différentes notions émergées étaient discutées avec elle.

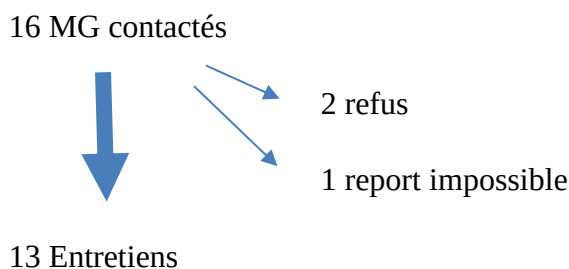
E. Accords CNIL

L'étude étant réalisée auprès de médecins généralistes, un accord auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) n'était pas nécessaire.

III. RESULTATS

A. Population

Seize médecins généralistes ont été initialement contactés. 2 d'entre eux ont refusé l'entretien, donnant pour principale raison que cela ne les intéressait pas. Un autre médecin avait accepté de répondre, mais son emploi du temps l'a obligé à reporter 2 fois l'entretien, amenant à des dates trop éloignées pour pouvoir effectuer cet entretien.



13 médecins généralistes du Cher ont donc été interrogés d'avril 2018 à janvier 2019.

Parmi ces médecins généralistes, 7 étaient des femmes et 6 des hommes. La moyenne d'âge était de 45.9 ans. A noter que la moitié était âgée entre 30 et 41 ans, et l'autre moitié entre 50 et 64 ans.

Concernant le lieu d'activité, 4 avaient une activité urbaine et travaillaient dans des villes de plus de 10 000 habitants (Bourges et Vierzon). 6 avaient une activité semi-rurale et travaillaient dans des villes de plus de 5 000 habitants ou à proximité de villes importantes (Aubigny-sur-Nère, Levet, Mehun-sur-Yèvre, Saint-Florent-sur-Cher, Sancerre, Sancoins). 3 avaient une activité rurale et travaillaient dans des villes de 1000 à 2000 habitants, à plus de 20 minutes des villes importantes (Menetou-Salon, Neuvy-sur-Barangeon, Saint-Martin-d'Auxigny).

Les médecins généralistes de notre étude étaient installés en cabinet de médecine générale à une exception, ce dernier remplaçait à Bourges et ses environs depuis 2 ans.

Aucun médecin ne travaillait tout à fait seul. L'un d'eux était le seul médecin de son cabinet, mais des infirmières partageaient les locaux avec lui. 5 médecins travaillaient dans des Maisons de Santé Pluridisciplinaire. 3 médecins travaillaient dans des structures où se trouvaient des kinésithérapeutes.

6 Médecins étaient maîtres de stage universitaires. 5 médecins avaient des Diplômes Inter Universitaire (DIU), dont certains en médecine du sport, un autre en Réparation juridique des

Dommages Corporels. 7 médecins participaient régulièrement à des FMC, dont 3 à des Groupes Qualité.

Trois entretiens ont eu lieu au domicile des participants, les autres ont eu lieu dans leur cabinet. Tous les médecins étaient seuls au moment de l'entretien. La durée des entretiens variait de 25 à 59 minutes, soit une moyenne pour les 13 entretiens de 39 minutes, pour une totalité de 8.5 heures (510 minutes).

Une fois les entretiens réalisés, 106 pages de verbatim ont été retranscrites (soit une moyenne de 8 pages par entretien).

<i>Entretien</i>	<i>Genre</i>	<i>Âge</i>	<i>Date de Thèse</i>	<i>Année installation</i>	<i>Lieu d'Activité</i>	<i>Mode d'activité</i>	<i>MSU</i>	<i>Formation, DIU</i>	<i>Durée moyenne</i>
1	F	54	1993	2015	Semi-rural	MSP, avec paramédicaux (sans kiné)	Oui	Tabacologie, Gynécologie, ETP, Groupe Qualité	15 min
2	F	51	1997	1997	Urbain	Groupe, 3 médecins	Non	FMC sur internet	20
3	M	31	2018	---	Urbain et semi-rural	Remplaçant	Non	DIU Médecine du Sport	15
4	F	37	2012	2017	Urbain	Groupe, 3 médecins	Non	Capacité Médecine du sport, Gynéco	15
5	F	33	2015	2016	Rural	Groupe, 2 médecins	Non	Non	20
6	F	40	2007	2007	Semi-rural	MSP, avec paramédicaux (dont kiné)	Oui	FMC, Maladie Infectieuse	15-20
7	F	56	1993	1993	Rural	Groupe, 2 médecins	Oui	Groupe Qualité	15
8	M	36	2017	2017	Semi-rural et rural	MSP avec paramédicaux (pas de kiné)	Non	Homéopathie, Réparation Juridique des Dommages Corporels	15
9	M	41	2007	2008	Semi-rural	Groupe, 3 médecins	Non	FMC	15
10	M	60	1988	1991	Rural	Seul	Oui	Groupe Qualité, FMC	15
11	M	64	1981	1984	Semi-rural	MSP avec paramédicaux (dont kiné)	Oui	FMC	20
12	M	60	1987	1991	Semi-rural	MSP avec paramédicaux (dont kiné)	Oui	Apnée du sommeil	15 min (30 pour enfants)
13	F	34	2014	2015	Urbain	Collaboratrice dans un cabinet	Non	DPC	20

B. Analyse thématique transversale

Il ressortait des entretiens plusieurs phases de la prise en charge : la phase diagnostique, la phase thérapeutique, mais également une phase sur la gestion de la chronicité de la pathologie, ainsi que ses conséquences sur le domaine professionnel. Une dernière partie évoquait les ressources actuelles des médecins généralistes, ainsi que celles qui pourraient les aider à l'avenir.

1. Phase diagnostique

a) Interrogatoire

La plupart des médecins commençaient leur entretien, en faisant préciser au patient les **caractéristiques de la douleur**, notamment son rythme et son intensité.

E1 : « Moi ce que je recherche toujours c'est ça. C'est la douleur, comment elle est présente, de quelle intensité elle est, si elle est en continue, si elle est par crise »

E7 : « Depuis combien de temps ils ont mal... Savoir si ça s'est un peu chronicisé »

Lors de l'entretien, tous les médecins recherchaient un **facteur déclenchant**.

E12 : « Bah après on va chercher les facteurs qui auraient pu déclencher la... Mais bon, on est sur une épaule chronique, généralement ils ne se souviennent pas du facteur déclenchant. »

Au-delà de la douleur, de nombreux médecins recherchaient les **conséquences sur les activités de la vie quotidienne**

E1 : « Moi ce que je recherche toujours c'est ça. C'est la douleur [...] si elle gêne la personne dans sa vie quotidienne, et puis les limitations que ça peut représenter »

Quelques médecins recherchaient des **signes associés** à la douleur d'épaule.

E8 : « S'il y a d'autres choses associées, de la fièvre, des paresthésies, des troubles de la motricité... »

Certains médecins soulignaient qu'ils ne demandaient pas leurs antécédents à leurs patients car ils les connaissaient depuis longtemps.

E12 : « Après il y a toutes les maladies, [...] Tous mes patients, je les connais donc ceux qui ont des polyarthrites rhumatoïdes, ceux qui ont des Sjögren, c'est moi qui leur ai diagnostiqué. J'ai pas besoin de leur demander. »

La **description de la douleur** était la principale difficulté rencontrée par les médecins généralistes.

E3 : « Mon problème, c'est surtout leur problème à eux de décrire correctement ce qu'il se passe. »

b) Examen clinique

Même s'ils ne citaient pas forcément le nom des différents tests, la majorité des médecins semblaient effectuer un testing de l'épaule.

E6 : « Après je fais mon sous-épineux, le testing, le Jobe, pour essayer d'orienter un peu, la notion du rappel automatique... »

De nombreux médecins expliquaient avoir des difficultés à réaliser leur examen de façon correcte en cas de **douleur importante**.

E6 : « Bah c'est souvent l'impotence liée à la douleur, c'est-à-dire qu'à l'examen si les gens ont mal, c'est difficile de les examiner. »

La réalisation du testing de l'épaule était généralement **ressentie comme difficile** par les médecins.

E7 : « Qu'est-ce que vous recherchez vraiment, en pratique au moment de l'examen clinique ? E7 : Euh c'est compliqué, je ne maîtrise pas »

De nombreux médecins s'interrogeaient sur l'intérêt que pourrait avoir **un examen de l'épaule plus poussé**.

E7 : « Mais toutes les manœuvres que décrivent les chirurgiens elles ne sont pas forcément bien faites ici. BB : Mais vous pensez que ça pourrait permettre de vous orienter un peu... ? E7 : Non... Non je ne suis pas sûre. »

Au-delà de la réalisation de l'examen clinique en lui-même, beaucoup de médecins faisaient part de leur **difficulté à interpréter les résultats**.

E10 : « Les examens cliniques. C'est pas toujours évident je trouve. Des fois, on n'en tire pas grand-chose. Enfin, soit c'est clair soit on ne sait pas trop quoi en tirer. »

L'intrication avec d'autres pathologies, comme une atteinte du rachis cervical, était mentionné par de nombreux médecins. Un certain nombre insistait sur l'examen du rachis cervical.

E1 : « Je vérifie toujours les cervicales en premier quand ils viennent pour l'épaule, [...] je vais quand même lui palper les vertèbres cervicales, [...] et puis je vois un peu la qualité du rachis derrière s'il n'y a pas de points douloureux. »

Un certain nombre de médecins relevaient le **manque de spécificité** des tests.

E3 : « Après c'est la spécificité des examens, la sensibilité de l'examen en lui-même, savoir si ça me dirige vraiment vers un tendon particulier ou un muscle en particulier. »

La plupart des médecins avaient donc l'habitude de réaliser un **examen systématisé** pour s'aider lors de la réalisation de leur examen clinique de l'épaule.

E1 : « Je fais toujours un examen un peu systématique »

E13 : « Ouais, il faut bien se caler une fois et puis après ce sont tous le même examen. »

Pour l'un des médecins, cet aspect très rigoureux de l'examen valait surtout pour les jeunes médecins, tandis que les médecins les plus expérimentés le réalisaient de façon moins organisée, tout en restant complet.

E12 : « C'est tellement habituel, l'examen on le fait de manière spontanée quoi. [...] Même s'il n'est pas fait dans l'ordre, à la fin il est complet. Alors que quand on est plus jeune, je pense qu'il faut le faire dans un certain ordre pour ne pas oublier les choses. »

c) Examens complémentaires

L'échographie de l'épaule était très régulièrement proposée par les médecins en première intention, **quasi-systématiquement** accompagné d'une radiographie de l'épaule.

E1 : « Moi je demande souvent échographie avec la radio pour le débrouillage »

E12 : « Je fais toujours une radio face profil Lamy échographie en systématique. Je fais toujours ça. Je vois que Mathieu [son associé], il fait pareil que moi, c'est un truc assez classique. »

Au-delà du diagnostic, un médecin insistait sur le fait que l'échographie permettait de **conforter leur idée diagnostique**.

E5 : « Et puis l'écho c'est justement pour savoir s'il y a une rupture associée. Et puis ça conforte. Mais si mon écho est normale, ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas d'inflammation, vu le tableau... Je me fie quand même au tableau clinique. [...] Ça conforte dans le diagnostic »

L'objectif pouvait être d'éliminer un **diagnostic différentiel**, afin de permettre un traitement, comme la kinésithérapie par exemple.

E4 : « A l'écho, savoir pareil : diagnostic différentiel, s'il y a des épanchements, des signes de bursites, des tendons, plus ou moins des fois on voit s'il y a des signes de capsulite »

E11 : « De toute façon l'échographie, je la fais faire quasiment systématiquement avant la kiné parce que si on a des ruptures tendineuses, vaut mieux ne pas faire une kinésithérapie active au début, peut-être pas de kiné du tout. »

Une **symptomatologie persistante** était un motif pour réaliser une **IRM** dans un second temps.

E9 : « On a tendance à prescrire l'IRM quand ça dure un peu »

Certains médecins expliquaient que les IRM étaient prescrites moins facilement car les **pathologies de l'épaule étaient fréquentes** et que l'accès à l'IRM était plus difficile que pour l'échographie.

E1 : « Car les délais d'IRM sont quand même longs »

E9 : « Mais on peut pas demander d'IRM d'emblée à tout le monde. Déjà pour prendre des RDV, c'est difficile... Il faut cibler les gens je pense, pour l'IRM. »

L'IRM pouvait également être prescrite **en vue d'un potentiel avis spécialisé**.

E10 : « Quand je demande des IRM en général c'est que je demande un avis à un spécialiste. Je le fais en même temps quoi. C'est plus à visée de chercher plus loin et d'avoir une prise en charge un peu plus... A un autre niveau quoi. »

Beaucoup de médecins ne prescrivaient pas d'arthroscanner.

E5 : « Mais moi je préfère faire mon écho radio gentiment avant, et pas lui faire un arthroscanner... »

E2 : « Je ne fais pas d'arthroscanner moi, je fais que des IRM. »

Beaucoup de médecins jugeaient l'arthroscanner comme un **examen invasif**.

E5 : « Et pas lui faire un arthroscanner... ce qui est quand même assez invasif, d'emblée »

E2 : « Et puis en plus ça fait mal [les arthroscanners] »

Pour la plupart des médecins, la prescription de l'arthroscanner revenait plutôt aux **spécialistes**.

E7 : « Sinon arthroscanner ou autre s'il y a une indication, c'est le radiologue qui le propose ou un spécialiste, moi je ne le prescris pas, un arthroscanner. »

Quelques médecins pouvaient être amenés à prescrire un bilan biologique face à des épaules douloureuses chroniques.

E6 : « J'ai oublié de dire aussi si j'ai un doute, je fais parfois une bio avec un syndrome inflammatoire et l'acide urique éventuellement, ça permet d'orienter selon la clinique, ça peut être le cas »

Un contexte très particulier était évoqué par l'un des médecins : les patients qui évoquaient une **maladie de Lyme** devant une douleur d'épaule chronique.

E11 : « Y'a beaucoup de gens qui viennent et qui disent « oh j'ai mal à l'épaule, ça doit être une maladie de Lyme » ... Bon on va rechercher Lyme (rires). J'en ai déjà eu pas mal : « avant je me suis refait piquer par une tique donc c'est forcément la maladie de Lyme ». »

d) Raisonnement diagnostic

De nombreux médecins avouaient trouver l'épaule difficile à comprendre, et certains étaient mal à l'aise face aux problématiques d'épaule.

E1 : « Les épaules, c'est vrai que c'est compliqué parce que ce sont des articulations euh... pas faciles. »

Cette difficulté de compréhension venait en partie de **l'anatomie de l'épaule** qui semblait compliquée.

E8 : « Je ne suis pas du tout à l'aise. Je ne sais rien faire, je connais très mal l'anatomie de l'épaule. En plus, il y a des ligaments qui se croisent dans tous les sens... »

Pour certains, il s'agissait de l'articulation **la plus compliquée du corps humain**.

E11 : « L'épaule est une articulation qui est quand même très compliquée. Je dirais que c'est même la plus compliquée de tout l'organisme. C'est la seule d'abord qui travaille en décharge et pas en charge donc c'est attaché avec des ficelles. »

E11 : « Et on peut très bien se planter si on n'est pas très rigoureux dans l'examen clinique et dans l'interprétation des résultats. Que ce soit avec les imageries, avec l'échographie, de façon générale quoi. Donc ça demande d'être peut-être encore plus rigoureux quand il s'agit de l'épaule. Car c'est plus facile d'examiner un genou ou une hanche... Une épaule, ce n'est quand même pas tout à fait la même chose. »

Les médecins expliquaient avoir des difficultés diagnostiques car il existe de nombreuses pathologies pouvant expliquer des douleurs d'épaule. Parmi ces diagnostics évoqués, on retrouvait principalement **les tendinopathies**, calcifiantes ou non, des **capsulites**, des **omarthroses**.

E9 : « L'IRM montrait bien par le radiologue une entésopathie calcifiante du supra épineux. »

E2 : « C'est vrai que j'ai parlé surtout des trucs tout ce qui est tendons, rupture et autre... mais il y a aussi le problème des capsulites après qui sont un petit peu plus compliqué. »

E2 : « Dans les douleurs chroniques, y a tout ce qui est arthrose. J'en ai mais pas des masses. »

D'autres diagnostics moins fréquents étaient également évoqués, comme les **atteintes acromio-claviculaires** ou les **épaules instables**.

E9 : « J'examine des fois, je me suis déjà fait avoir pour des douleurs d'épaule mais en fait c'est des douleurs de l'acromio-claviculaire. »

E4 : « Ou poser la question d'une instabilité de l'épaule »

De nombreux médecins soulignaient la fréquence des **douleurs cervicales**, et plus particulièrement des **névralgies cervico-brachiales** dans les épaules douloureuses chroniques.

E5 : « Ça rentre dans des contextes très particuliers, les névralgies cervico brachiales, les trucs un peu bizarroïdes. »

Les attitudes vicieuses et les contractures étaient mentionnées par plusieurs médecins.

E5 : « Euh si on se situe vraiment sur une douleur d'épaule, et pas de contractures ou des douleurs cervicales »

L'intrication de ces différentes étiologies provoquait une sensation de flou.

E10 : « Mais des fois les intrications de plusieurs choses, je trouve que des fois, c'est compliqué quand même. Là, je pense que y'a un peu tout qui se mêle pour embrouiller les pistes. »

Beaucoup de médecins faisaient part de leur crainte que la douleur d'épaule soit une manifestation d'une **pathologie viscérale, comme des tumeurs pulmonaires ou des embolies pulmonaires**.

E12 : « J'ai eu plusieurs douleurs d'épaules qui se sont révélées être des embolies pulmonaires. Mais ils avaient un examen d'épaule normal. J'en ai quand même eu 2 depuis 91. [...] Enfin y'a tous les diagnostics différentiels. On les fait systématiquement, les pneumothorax chez les longilignes. »

Une autre difficulté était la fréquence de la pathologie de l'épaule : il s'agissait d'un **motif fréquent de consultation** pour de nombreux médecins.

E9 : « Oulah... Moi j'en ai pleins pleins pleins, des problèmes d'épaule »

Une autre difficulté diagnostique résidait dans le fait que les atteintes de la coiffe semblaient **très fréquentes chez les patients âgés, après des années de contraintes**. Les médecins soulignaient qu'elles n'étaient pas forcément symptomatiques.

E1 : « Souvent quand on cherche des ruptures chez des gens très âgés, il y a souvent des ruptures. [...] Mais au moins on le sait. »

Beaucoup de médecins trouvaient qu'il existait régulièrement une différence entre les résultats de leur examen clinique et les résultats de leurs examens complémentaires.

E1 : « Et c'est vrai qu'il y a, à la fois ce que nous, on a perçu, et il y a ce que le patient a sur ces examens. »

2. Phase Thérapeutique

a) Elaboration d'un plan de soin

Certains médecins insistaient sur **l'importance d'avoir le bon diagnostic** pour la suite de la prise en charge.

E9 : « L'idéal c'est de faire LE diagnostic, le bon diagnostic, car sur l'épaule il peut y avoir plusieurs causes. »

Pour d'autres, la prise en charge **ne différait pas** vraiment selon les diagnostics.

E13 : « Ça [l'examen clinique] fait un diagnostic. Après effectivement, c'est le même traitement pour tout le monde »

Ainsi, la priorité pouvait être mise sur la **prise en charge de la douleur** par exemple.

E1 : « Ce qui compte après, c'est qu'ils n'aient pas de douleur »

E6 : « Je dirais en premier, soulager, c'est la priorité. »

Certains médecins évoquaient des arbres décisionnels basés sur le **diagnostic** et sur le **profil du patient** pour élaborer leur prise en charge.

E9 : « On a des schémas bien précis en fonction de l'âge, du type de traumatisme, quel type de douleur... [...] Tout dépend du profil du patient, de l'âge, du métier et de la situation clinique initiale. C'est à ce moment-là que je décide si je fais radio ou pas radio, examen ou pas examen, infiltration ou pas infiltration. »

Certains médecins avaient élaboré des schémas clairs, notamment grâce à des FMC, et leur prise en charge semblait **simplifiée**.

E9 : « On a des schémas bien précis [...] On sait à peu près comment s'orienter et quelles stratégies adopter, je ne vois pas ce qui pourrait m'aider de plus... »

Les **patients âgés** pouvaient avoir l'avantage de ne pas présenter de pression professionnelle, avec la possibilité de se raisonner sur l'activité de l'épaule ou d'accepter la douleur.

E7 : « Après pour les personnes plus âgées, ça se gère plus facilement quand même. Avec les infiltrations, ça va mieux. Ou ils l'acceptent et ils forcent moins »

Un médecin soulignait aussi le fait que, passé un certain âge et un certain nombre d'antécédents, les douleurs d'épaule pouvaient passer au **second plan**.

E10 : « Quand c'est des polyopathologies, c'est pas forcément l'épaule qui est au premier plan. A la limite ce sont des problèmes secondaires même s'ils sont très handicapés d'une épaule, ils ont parfois d'autres pathologies qui sont au premier plan. »

Le manque de recommandations était souligné par de nombreux médecins.

E6 : « Bah, ce n'est pas bien clair, on n'a pas d'arbres décisionnels, très précis. Je ne sais pas si c'est moi qui suis nul dans ces trucs là, mais je ne connais pas de recommandations de prise en charge bien codifiées. »

E8 : « Je ne connais même pas les indications de certains examens complémentaires... Donc non, c'est de la débrouille. »

b) Repos

Le premier traitement envisagé par la majorité des médecins, avant le traitement médicamenteux, est la mise au repos de l'épaule.

E5 : « Alors je vais lui dire déjà qu'il faut qu'elle mette son épaule au repos. »

Lorsque cela se révélait impossible, certains médecins insistaient sur l'importance de **se ménager**.

E5 : « ... Le plus dur, c'est de faire admettre qu'à un moment donné, il faut dire stop, que le corps, il n'en peut plus et il faut apprendre à s'écouter un peu quoi. Et ça ce n'est pas facile. »

E8 : « Et puis arrêt de travail refusé parce qu'artisan et donc pas de prise en charge avant un mois. Donc je lui ai demandé de modérer ses activités mais ça, je sais qu'il ne pourra pas le faire. »

Il pouvait arriver à deux médecins **d'immobiliser l'épaule**.

E6 : « Bah moi, si c'est une capsulite rétractile, moi c'est direct la radio et un séjour en orthopédie, enfin je l'immobilise d'abord, je le soulage et je l'adresse au spécialiste, ça permet de gagner du temps. »

c) Traitements médicamenteux

Les médecins prescrivaient pour la plupart des antalgiques et des anti-inflammatoires en première intention.

E7 : « Antalgiques et anti inflammatoires un peu costauds d'emblée »

Il arrivait que certains médecins proposent des antalgiques de **palier 2**.

E1 : « Moi j'essaie assez facilement l'antalgique de niveau 2 en premier, et puis l'anti-inflammatoire pendant quelques jours s'il y a besoin. »

Les antalgiques de palier 3 n'étaient utilisés que dans de rares occasions.

E6 : « Je dirais en premier, soulager, c'est la priorité. Donc antalgique 1, 2 voire 3 mais c'est plutôt rare. »

Plusieurs médecins prescrivaient parfois des **décontracturants musculaires**.

E8 : « Eh bien si c'est davantage musculaire que tendineux ou ligamentaire, je mettrais plus facilement un traitement de repos musculaire quoi, un décontracturant [...] »

Quelques médecins expliquaient prescrire des **corticoïdes** dans **les tableaux évocateurs de névralgies cervico-brachiales**, qui pouvaient parfois être responsables de douleur d'épaule.

E13 : « Dans les névralgies cervico brachiales mais je crois que c'est pas le sujet, je mets des corticoïdes... »

Un **terrain anxieux** pouvait motiver une prescription associée d'**anxiolytiques**.

E4 : « Sauf chez les gens très anxieux qui ne ferment pas l'œil de la nuit, je propose un peu de benzo type VERATRAN, surtout pour les capsulites. C'est rare. »

L'efficacité d'une automédication préalable pouvait permettre au médecin d'optimiser ce traitement médicamenteux.

E3 : « En fonction du traitement qu'ils avaient avant, j'intensifie le traitement. »

Tous les médecins adaptaient les traitements aux **antécédents** de leurs patients.

E6 : « Chez un jeune qui a des douleurs types inflammatoires, et qui n'a pas de contre-indications et autres antécédents qui n'a pas de diabète et d'hypertension décompensée, et pour le soulager un peu »

L'efficacité des différents traitements médicamenteux était **discutée** par la plupart des médecins.

E2 : « Les traitements, ça ne fait pas grand-chose. »

Ces différents ressentis sur les traitements possibles pouvaient provoquer une impression de **faible arsenal thérapeutique**.

E2 « Moi je trouve qu'on n'a pas énormément de chose à proposer pour soulager les patients. [...] Sinon c'est compliqué parce que y a pas énormément de choses. »

D'autres traitements étaient parfois proposés, mais relevaient de **prises en charge plus complètes**, avec plusieurs pathologies entremêlées.

E10 : « Elle a des douleurs... Si vous voulez, c'est plus du stress... [...] Et puis je l'ai mise sous DEROXAT, elle a du SERESTA [...] Et puis le DEROXAT pour la dépression. Vous voyez, il y a quand même une grosse composante psychologique hein ! Donc c'est vrai que c'est un peu des problèmes intriqués. »

d) Kinésithérapie

Un faible nombre de médecins précisait le type de kinésithérapie qu'ils souhaitaient. Il pouvait s'agir de **kinésithérapie douce**, mais aussi de soins plus spécifiques à certaines pathologies : les ondes de choc par exemple.

E1 : « Je mets kiné douce [...] Moi j'utilise beaucoup le kiné parce que les kinés, ils font ça en douceur. Ils sont assez raisonnables dans ce qu'ils font »

E12 : « Les ultrasons, ça m'arrive. Les machins, les trucs, les bidules, les ultrasons, les ondes radiales quelques fois, mais les ondes de chocs pas trop sur l'épaule, peut être sur la tendinite du long biceps, ou radiales éventuellement. »

Deux médecins avaient mentionné le fait **d'argumenter** leur prescription de kinésithérapie, avec un courrier par exemple.

E11 : « Enfin généralement, quand je fais une prescription de kiné, j'argumente ma prescription. Je donne un petit résumé au kiné. Je lui mets pas juste « séances de kinésithérapie de l'épaule ». Je lui mets pour tendinopathie calcifiante ou épaule gelée etc... »

Une grande partie des médecins se plaignaient cependant de ne **pas avoir d'échange avec** les kinésithérapeutes.

E13 : « Vous n'avez pas énormément d'interaction avec les kinés ? E13 : Non, là faut dire, aucune. Là vraiment... Probablement que ça pêche, mais c'est un défaut... Mais vraiment aucune. [...] C'est pas bien hein mais je ne les connais pas ! »

E5 : « Mais sinon, c'est vrai que les kinés, on a rarement de retour. On aimerait bien savoir comment ils travaillent, est-ce qu'ils sont à l'aise sur l'épaule... »

Les principales attentes des retours des kinésithérapeutes étaient d'avoir un **avis extérieur**, ainsi qu'un **avis sur l'évolution**.

E5 : « Je trouve que, eux aussi peuvent des fois nous orienter sur... Enfin voilà, qu'est-ce qu'ils pensent de cette épaule ? Est-ce qu'on est vraiment dans une vraie pathologie de la coiffe ou est-ce qu'il n'y a pas un peu de psy derrière, ou ce genre de chose, voilà ? »

E10 : « Mais les kinés les voient régulièrement, même plus souvent que nous. On peut voir comment ça se passe chez eux quoi. Je trouve qu'on les demande pas suffisamment, les avis des kinés. »

Le fait que les kinésithérapeutes soient présents dans la **même structure** pouvait parfois se révéler **facilitant** dans les échanges.

E13 : « On discutait quand même pas mal quand y'avait un kiné, qui est parti maintenant, à la maison médicale. On discutait quand même quand on se voyait, ils sont partis donc c'est fini. [...] Ils m'interpellaient parfois par rapport à des patients, mais depuis qu'ils sont partis, non. »

Une des difficultés qui revenait chez tous les médecins était les **difficultés d'accès** aux kinésithérapeutes, avec des délais relativement longs.

E1 : « La grosse difficulté qu'on a, c'est que nous à Mehun, on n'a pas beaucoup de kinés, et que les délais, à un moment donné ils étaient de 1 mois. »

E4 : « Et les délais des kinés, ça, à la rigueur c'est « the » problème. »

Un médecin déclarait ne **jamais** prescrire de kinésithérapie.

E8 : « Pour l'épaule jamais. Je ne suis pas très branché kiné, mais je pense que c'est parce que je manque de formation à ce niveau-là »

Ce médecin se plaignait du **manque d'information** sur ce que font les kinésithérapeutes, notamment lié à des **carences dans la formation initiale** des médecins.

E8 : « Dans nos études on ne nous en a pas trop parlé de la kiné et j'avoue que je ne sais pas trop comment la prescrire. Et dans quelles indications les prescrire ? »

Une grande partie des médecins trouvaient que la kinésithérapie était **efficace** sur les pathologies d'épaule.

E10 : « S'ils ont la kiné, on voit l'efficacité de la kiné. [...] En général, ça a quand même une meilleure récupération quand ils ont de la kiné, quand ils ont des problèmes chroniques. »

D'autres trouvaient la kinésithérapie **peu efficace** et la considéraient comme un traitement de **seconde intention**.

E12 : « Quand on a vraiment quelqu'un qui a vraiment une rupture de la coiffe des rotateurs avec une tête qui vient buter en haut de l'articulation et qui les oblige à lever l'épaule pour pouvoir faire ce qu'ils ont à faire. Les kinés, ça leur permet rarement de récupérer... »

Certains trouvaient même qu'il pouvait s'agir d'une **perte de temps**.

E1 : « la kiné, c'est là que ça prend parfois du temps. Et qu'on perd du temps »

De nombreux médecins faisaient part du fait que les patients ne considéraient pas forcément la kinésithérapie comme partie intégrante de la prise en charge.

E4 : « C'est surtout ça ouais, c'est surtout kiné. Ce n'est pas trop la réponse qu'ils attendent au départ, mais je les envoie tous chez le kiné d'abord avant de faire l'IRM. »

E1 : « Et puis j'explique aussi au patient euh... Il y a besoin d'un certain temps et qu'en fait, quand on fait de la kiné, on est aussi dans le soin. »

e) Infiltrations

L'infiltration pouvait être proposée lorsque la **douleur initiale était très importante**.

E10 : « Les infiltrations, quand c'est très douloureux au départ et que l'épaule ne bouge plus du tout. »

Les **tendinopathies calcifiées** semblaient être une bonne indication à une infiltration.

E2 : « S'il y a une calcification, on fait des infiltrations. Ça marche pas mal »

Les **capsulites rétractiles** semblaient une bonne indication également.

E10 : « Et puis ben une capsulite, c'est vrai qu'on peut envisager de faire une infiltration des fois. »

L'inefficacité d'un premier traitement était un élément récurrent pris en compte par les médecins, de la même façon que **l'absence de contre-indication** à cette infiltration.

E13 : « Eh bien devant l'échec thérapeutique et devant l'absence de fissuration ou de rupture des tendons. »

Les **rhumatologues** pouvaient réaliser ces infiltrations.

E1 : « Mais j'aime bien quand même passer pas le rhumato. Je ne passe pas trop par le radiologue, d'emblée. Ça m'est arrivé que quelques fois. Habituellement je passe plutôt par le rhumato »

Un médecin ne **proposait jamais** d'infiltration, il préférait avoir l'avis d'un spécialiste avant.

E8 : « Les infiltrations, je ne les envisage pas, je laisse faire les autres, les spécialistes. [...] Je laisse le spécialiste poser l'indication, je ne connais pas l'indication de l'infiltration, je ne voudrais pas faire de bêtises. »

Les difficultés **d'accessibilité aux rhumatologues** semblaient être un frein pour leur adresser des patients pour réaliser des infiltrations.

E9 : « Alors peut-être que les rhumato pourraient faire des choses, ou infiltrer... Ils infiltrer hein, mais le rhumato j'y pense même pas. Je tire une croix dessus quasiment. »

E12 : « Non les délais sont trop longs. »

Une grande partie des médecins adressaient aux **radiologues** pour les infiltrations.

E2 : « Mais sinon, je suis à peu près sûre avec le radiologue, y a pas de problème, y'a des rendez-vous rapidement quoi. »

E12 : « Ouais, moi je les fais faire à Raspail parce que on a un protocole très simple de travail avec eux... Et voilà, on envoie un courrier par fax ou par mail avec les coordonnées. Et les gens appellent 3 jours après. Systématiquement 3 jours après pour que le radiologue ait eu le temps de regarder de quoi il s'agissait. Et qu'il se libère le temps nécessaire en fonction de ce qu'il pense. »

Le **médecin du sport** semblait une ressource régulièrement sollicitée pour les infiltrations.

E2 : « Ben les chirurgiens, ils en font pas, donc quand quelquefois je suis coincée, je vois avec Mr Dessus, le médecin du sport. »

Quatre médecins pouvaient parfois **réaliser eux-mêmes** les infiltrations au cabinet.

E9 : « J'ai déjà infiltré, je fais des infiltrations de temps en temps. J'ai déjà infiltré un peu sur une idée, sur un sus épineux à la palpation qui est douloureux mais sans imagerie »

Les **freins** à la réalisation de ces infiltrations au cabinet médical étaient variés.

E13 : « Je ne fais pas les infiltrations de l'épaule, je ne m'en sens pas capable »

E12 : « Moi je les faisais les infiltrations avant. Mais je ne les fais plus, parce qu'ils les font mieux que nous hein, avec les échos »

E10 : « Bah j'avoue je le fais pas. En plus j'ai horreur de ça. J'ai une mauvaise expérience familiale. J'ai perdu un grand père sur une infection du genou suite à des infiltrations, donc j'arrive même pas à... J'ai failli en faire une, je l'ai raté, j'ai pas voulu la faire et je l'ai renvoyé chez le rhumato, j'ai des aprioris négatifs sur les infiltrations. Je ne suis pas très pour ce genre de choses. Donc c'est vrai que ça complique en plus la prise en charge. »

Les médecins relevaient la contrainte que pouvait être l'**asepsie** au cabinet.

E6 : « Non, mais les consignes d'asepsie au cabinet, c'est toujours un peu... Ça prend du temps, faut avoir le champ stérile et tout le bazar ça demande de l'organisation, quand t'es organisé ça va. »

Un frein auprès des médecins généralistes semblait être son **aspect invasif**.

E2 : « Parce que c'est pas banal ! »

E5 : « Alors quand l'infiltration ça marche c'est génial, mais quand c'est l'effet contraire, c'est encore pire. »

L'expérience ou les habitudes médicales du patient semblaient également jouer un rôle crucial dans le choix de réaliser une infiltration. Il pouvait s'agir de patients qui **avaient déjà été infiltrés** avec réussite.

E5 : « Exceptionnellement il y en a que j'envoie directement faire des infiltrations parce qu'ils ont déjà eu ce problème-là, et que l'infiltration les a tout de suite soulagés, et qu'ils sont demandeurs »

A l'inverse, certains **patients étaient très réticents** à l'idée de se faire infiltrer.

E4 : « Alors genre pour la ménagère de 50 ans façon de parler, qui a sa tendinite chronique et qui ohlala, si on lui parle d'infiltration elle te fait un malaise ou quoi »

f) Avis spécialisés

❖ Rhumatologues

Le **tableau clinique** pouvait permettre d'envoyer chez le rhumatologue. Par exemple en cas de **contexte inflammatoire ou rhumatismal**.

E3 : « Rhumato plutôt sur une douleur chronique inflammatoire, sans lésions tendineuses franches, sans trauma. »

Un **tableau atypique** pouvait également être un critère pour adresser au rhumatologue.

E12 : « Je peux envoyer au rhumato pour une épaule sur laquelle je n'ai strictement rien compris, rien trouvé, qui est toujours douloureuse. Et pour lequel je n'ai aucune idée. C'est très rare quand même ! »

L'orientation vers le rhumatologue pouvait également être posée lorsque les médecins jugeaient qu'il n'y avait **pas d'indication chirurgicale**.

E13 : « Donc je vais envoyer vers le rhumatologue. Plutôt des personnes âgées pour qui je pense selon la clinique y'a pas de nécessité d'un avis chirurgical. »

Les médecins attendaient du rhumatologue un avis spécialisé : il pouvait s'agir de **confirmer un diagnostic** déjà émis par le médecin.

E2 : « Pour être sûr que c'est une capsulite, je demande l'avis spécialisé pour ne pas passer à côté d'autre chose. »

Un **avis et une prise en charge globale** pouvaient notamment se justifier lorsqu'il existait des **problématiques professionnelles**.

E4 : « Mme De Sauverzac, je sais que quand c'est des maladies professionnelles, elle fait des comptes rendus assez détaillés avec une prise en charge plus globale aussi. »

La principale problématique soulevée par tous les médecins, était les **difficultés d'accessibilité** à un rhumatologue dans le Cher, notamment à ISOA 18, le rassemblement de rhumatologues.

E6 : « Si tu veux un rendez-vous chez le rhumato, t'es bien au courant que c'est quasi impossible... »

La majorité des médecins revenaient sur la **procédure** pour adresser leurs patients à ISOA18.

E1 : « Et je leur demande de déposer le dossier au secrétariat du... par exemple chez ISOA 18, je leur demande de déposer leur pochette avec la lettre et puis les radios. [...] On

leur envoi tous les éléments, et puis c'est eux qui vont décider de l'urgence et de la rapidité du RDV. »

E10 : « Ou bah rhumato, c'est vrai que je suis plutôt en échec, j'ai essayé pas mal de fois ISOA 18, mais ils ont un système maintenant avec une infirmière qui essaie un peu de trier les cas bah c'est vrai que pratiquement, ça fait longtemps que j'ai pas fait »

Un médecin expliquait même que les **pratiques avaient probablement évoluées** du fait des délais chez les rhumatologues.

E7 : « Au départ je demandais plutôt l'avis du rhumatologue, mais là ça devient impossible de trouver un rhumatologue. Donc soit on se débrouille tout seul, soit on finit par un avis orthopédiste. »

Les **habitudes médicales** des patients pouvaient également influencer le choix : si un patient est déjà suivi par un rhumatologue, il sera plus facilement adressé à ce dernier.

E10 : « Pas spécialement de l'épaule mais les personnes âgées quand y a des problèmes inflammatoires ou articulaires, ils ont souvent comme correspondant un rhumato donc naturellement on retombe sur le rhumato. Ça dépend un peu du circuit dans lesquels sont les malades. »

❖ **Orthopédistes**

La clinique jouait un rôle majeur quant à l'orientation vers le chirurgien. Des **signes de rupture** ou une **perte d'amplitude** pouvaient motiver à adresser chez l'orthopédiste.

E6 : « S'il y a des signes de rupture plutôt vers l'orthopédiste »

E13 : « C'est vrai que pour les épaules, j'envoie plus facilement vers les orthopédistes. Que les rhumato. Mais ça dépend de l'atteinte. Si vraiment y'a une perte d'amplitude ou pas. »

Le facteur déclenchant, comme un traumatisme, pouvait amener à consulter l'orthopédiste.

E3 : « S'il y a un trauma : plutôt chir s'il y a une rupture totale ou quelque chose comme ça qui relève de la chirurgie. »

Ces diagnostics pouvaient amener les médecins à **suspecter une indication chirurgicale**.

E1 : « Si je pense qu'il y a vraiment une indication chirurgicale, j'envoie plutôt chez le chirurgien »

L'omarthrose pouvait également amener à une consultation orthopédique.

E12 : « C'est une omarthrose, [...] Je lui ai fait un courrier pour aller voir le chirurgien, pour faire poser une prothèse inversée. »

Les patients pouvaient également être orientés vers l'orthopédiste en cas de **luxations**.

E6 : « Les fractures, luxations récidivantes sur des terrains... Les sportifs, y'a pas mal de rugbymen ici, ils ont pas mal les épaules abimées, souvent post traumatiques... »

Cet avis devait permettre d'avoir un **diagnostic précis**.

E5 : « Là, l'histoire de la jeune femme ça faisait 8 mois que ça trainait, [...] je me suis dit qu'il faut quand même que quelqu'un mette un mot clair et net sur sa pathologie. »

E8 : « Et puis qu'est-ce que j'en attends, qu'il me solutionne, le diagnostic précis et la prise en charge, les examens complémentaires adaptés. »

Cet avis spécialisé pouvait notamment permettre de **conforter l'avis** du médecin.

E12 : « Des fois c'est aussi pour dire à un patient de plus de 70 ans dont l'état de santé n'est pas satisfaisant qu'ils ne l'opéreront pas. Et qu'il confirme ce qu'on lui aura dit. Mais quelques fois ils ne se satisfont pas de notre propre réponse. [...] Donc voilà, c'est con d'engorger les services de consultations de chirurgie juste pour que le gars lui dise la même chose que ce qu'on lui a dit, mais voilà »

Un médecin insistait sur l'intérêt d'avoir un **avis extérieur**.

E10 : « C'est pour ça que j'aimerais bien avoir un avis indépendant du mien. On préfère sortir d'une problématique personnelle, que ce soit [un avis] un peu externe. »

Cela pouvait aussi passer par une **proposition d'alternative**.

E5 : « C'est lui qui va dire au patient s'il y a une chirurgie possible, euh quels sont les autres alternatives... »

De nombreux médecins soulignaient l'importance que le chirurgien propose une **prise en charge globale et un suivi**.

E7 : « Car le chirurgien, on sait qu'il va faire une prise en charge même si elle n'est pas chirurgicale. [...] Et qui justement met en place ce suivi-là, qui n'opère pas à chaque coup »

Un médecin ne voulait pas prendre de décision seul et préférait avoir l'avis du chirurgien. Il existait une crainte **d'erreur de prise en charge**.

E8 : « Oui, je laisse le spécialiste poser l'indication, [...] je ne voudrais pas faire de bêtises, c'est une perte de chance »

Le principal interlocuteur en matière de chirurgien orthopédiste de l'épaule sur le secteur de Bourges était le **Dr Balestro**, récemment arrivé à la clinique de Saint Doulchard.

E7 : « Moi je travaille beaucoup avec St Doulchard. »

Des chirurgiens orthopédiques étaient également présents à **Vierzon**, mais ne semblaient être sollicités que par les médecins des environs.

E13 : « Mais j'envoie aussi à l'hôpital de Vierzon, enfin voilà je fais bosser l'hôpital de Vierzon beaucoup. »

La **facilité d'accès** aux orthopédistes était soulignée par de nombreux médecins, ce qui ne semblait pas influencer sur le choix de l'orthopédiste.

E6 : « Avec les orthopédistes, le point positif, c'est la facilité de rendez-vous, j'en ai plein pour le coup. Y'a Nevers, y'a Saint-Amand, y'a Bourges... L'équipe de Guillaume de Varye, qui sont aussi très bien. Et l'hôpital de Bourges, ça m'arrive aussi de temps en temps. Une grande disponibilité du coup. »

Un médecin s'interrogeait sur un **changement de pratique** lié à l'arrivée du chirurgien spécialisé dans les épaules.

E5 : « Déjà le fait que Mr Balestro ne fasse que de l'épaule, ça change. Alors peut être que du coup on l'envoie peut-être plus facilement que s'il n'y avait personne pour l'épaule. Mais je me dis qu'autrefois, avant qu'il n'arrive, ils devaient se débrouiller tout seuls, et on attendait vraiment le dernier moment pour envoyer vers un chir. Ou alors il doit y avoir d'autres centres plus loin. Mais du coup ça freine les patients alors que là, il est sur Bourges, donc peut-être qu'on envoie plus facilement quoi. Ça simplifie le circuit ! »

Concernant le ressenti des médecins généralistes, ils semblaient dans l'ensemble plutôt **favorables** à une prise en charge chirurgicale, car ils la trouvaient **efficace, voire parfois l'unique solution**.

E2 : « Si on peut opérer, s'il y a une indication opératoire, ça marche très bien. »

*E12 : « Directement vous lui avez proposé le courrier pour aller voir le chirurgien ?
E12 : Sur une omarthrose, je ne sais pas faire autre chose. J'ai peut-être donné un peu d'antidouleurs mais ça ne règle pas le problème. »*

La situation pouvait être vécue comme un **échec** si le chirurgien ne posait **pas l'indication opératoire**.

E12 : « Alors ils opèrent les prothèses inversées à des âges avancés. Ce qu'ils ne font pas c'est les chirurgies réparatrices des ligaments sur des gens à plus de 70 ans. Ils essaient de les faire tenir le plus longtemps possible, pour arriver à la prothèse inversée. Parce que probablement les résultats chirurgicaux ne sont pas à la hauteur des espérances. »

E12 : « On leur avait pourri 20 ans de leur vie sous prétexte qu'on ne pouvait pas mettre une prothèse avant. Bah là, c'est un peu pareil, on finit par leur dire « bah gardez votre douleur d'épaule. Et quand vous serez plus vieux, on vous mettra une prothèse d'épaule ». Mais les gens, ils disent « bah oui, mais ma vie elle a changé. Mais ça fait 10 ans que je rame ». Ça c'est un vrai problème. »

❖ **Médecin du sport**

Les médecins attendaient pour la plupart du Dr Dessus qu'il réalise une **infiltration**.

E9 : « Alors j'envoie de temps en temps à Mr Dessus en médecine du sport, pour des problèmes plus de tendinopathie, pour faire des infiltrations. Parce que je sais qu'ils sont plus spécialisés pour faire des infiltrations. Donc j'envoie de temps en temps chez lui. »

Les **délais courts** pour avoir des rendez-vous semblaient motiver plusieurs médecins à les adresser chez le Dr Dessus.

E4 : « Non, j'avoue il les prend facilement »

Face à des **patients sportifs**, les médecins adressaient plus facilement vers le médecin du sport.

E7 : « Non... Il y a le médecin du sport, effectivement il rentre dans les spécialistes, mais c'est vrai que j'envoie rarement à part les sportifs... »

Sa proximité avec les chirurgiens orthopédiques présents dans les mêmes locaux était également soulignée.

E4 : « Ce qui est bien, c'est que s'il a besoin d'un avis chir, il va toquer à la porte d'à côté. »

Plusieurs médecins **n'adressaient jamais** au médecin du sport.

E12 : « Je n'envoie jamais au médecin du sport [...] Probablement déjà d'emblée parce que je n'y pense pas. Deuxièmement parce que, au fond, on s'est habitué à se passer d'eux et que on fait différemment. Et qu'entre le rhumato et le chirurgien, sur l'épaule en tout cas, on n'en a pas souvent besoin. »

❖ Centre de rééducation

Les principaux centres de rééducations sollicités étaient ceux de la clinique de Saint Doulchard (proximité de Bourges) et celui de Cosne-sur-Loire. Quelques médecins ont également évoqué le CHU de Tours et le SSR d'Issoudun.

E13 : « Elle fait de la rééducation, à Guillaume de Varye, y'a un pôle exprès. [...] Dr Balestro, il est chirurgien orthopédique de l'épaule, Dr Dessus est médecin du sport, il fait surtout les infiltrations là-bas et Dr Beaudoin, il fait tout ce qui est rééducation. [...] Ils traitent vraiment l'épaule. Ils ont les spécialistes, l'infiltration, la kinésithérapie adaptée, tout est au même endroit. C'est vrai que c'est bien. »

E11 : « Les gens de Cosne, qui ont plutôt des formations de rééducation fonctionnelle... [...] C'est l'école du dos généralement, mais ils le font sur d'autres pathologies également »

E5 : « Et puis Issoudun, je n'ai pas assez d'informations sur qu'est-ce qu'ils prennent. Mais les centres de rééducation, c'est le top du top quoi. »

E5 : « Il propose d'aller à Tours chez Mr Fouquet, en rééducation fonctionnelle. »

Au niveau du profil du patient, l'âge était un facteur pour adresser en rééducation : les médecins destinaient la médecine fonctionnelle surtout aux **patients jeunes**.

E11 : « Ce n'est pas la grand-mère de 70 ans qui va prendre une place en hôpital de jour. Les places sont trop chères. Enfin trop difficiles à avoir »

Le contexte professionnel jouait aussi un rôle majeur : certains médecins pouvaient adresser en médecine fonctionnelle pour **une récupération et une reprise du travail plus rapides**.

E11 : « Il y a des gens qui passent en priorité, soit pour des raisons d'algie importante, soit pour des raisons professionnelles. On ne peut pas rester indéfiniment en arrêt de travail. »

Quelques médecins évoquaient également des situations où ce sont les **patients qui étaient à l'origine de la démarche**.

E5 : « Elle a réussi à avoir une place en hôpital de jour au Blandy en rééducation intensive, chose que je ne connaissais pas. Donc c'est elle qui m'a fait découvrir ça aussi, qui était nouveau. »

E13 : « Donc là j'ai envoyé là-bas [Rééducation à Guillaume de Varye] parce que c'était le choix de la patiente. Je propose... Souvent ils ont leurs idées avant que l'on propose d'ailleurs. »

Le fait que les centres de rééducation soient **assez éloignés** semblait être un frein à ce type de prise en charge.

E13 : « Par exemple, une dame qui avait commencé à être prise en charge à Guillaume de Varye, qui devait aller faire la balnéothérapie régulièrement là-bas, les aller-retours, ça lui faisait... La balnéothérapie, c'est forcément loin, y'en a pas à Vierzon. C'était compliqué pour elle financièrement. »

Le principal objectif de la médecine fonctionnelle pour les médecins était la **prise en charge globale et prise de relai**.

E7 : « A De Varye, ils font une prise en charge de balnéothérapie et kiné et psychologue aussi peut être ergothérapeute. Donc ils font quand même un truc un peu complet en hôpital de jour, et bon ça permet... ça nous décharge un peu, ça permet aux gens de se sentir pris en charge, d'adhérer au truc et du coup de passer quelques mois. Parce qu'on sait que la capsulite ça va mettre un an environ pour rentrer dans l'ordre. Donc en fait, c'est un relai et ça soulage un peu. Sinon on va le voir et tous les 15 jours lui dire « ben oui, faut attendre encore un peu ça va aller » »

❖ Centre anti-douleur

Le centre anti-douleur semblait être une ressource relativement peu sollicitée. Elle était réservée aux **situations complexes**, comme les douleurs d'épaules faisant parties de tableaux de **fibromyalgies**.

E8 : « Après y'a les douleurs chroniques, les médecins de la douleur. Pas que pour l'épaule, c'est plus des douleurs globales. Souvent y'a pas qu'une épaule. Syndrome polyalgique »

❖ Médecines alternatives et complémentaires

L'ostéopathie a été évoquée par une minorité de médecins. Seul un médecin pouvait adresser ses douleurs d'épaule à un ostéopathe. Les autres étaient plutôt réticents.

E7 : « Oui. Je les envoie chez l'ostéo des fois. BB : C'est assez efficace ? E7 : Oui, oui certaines fois »

E10 : « Euh ostéo non. S'ils veulent y aller, c'est eux qui me le proposent. Moi je ne les envoie pas chez l'ostéopathe de moi-même. [...] S'ils me disent « qu'est-ce que vous en pensez ? Est-ce que je peux aller voir un ostéopathe ? » je ne les dissuade pas, même si je pense que ça ne sert pas à grand-chose. »

L'un des médecins, qui pratiquait l'**homéopathie** régulièrement, confiait que son efficacité était très limitée dans les douleurs d'épaule chronique, dont l'intensité restait importante.

E8 : « Après l'homéopathie là-dedans, ça n'a pas beaucoup d'intérêt. [...] Pas pour de l'aigu, mais ça peut coller pour ton truc, en douleur chronique. On peut mettre Rhus Tox, pour les atteintes ligamentaires. L'aigu, on peut mettre de l'ARNICA pour les douleurs. Mais on m'en demande assez peu, les douleurs sont généralement assez vives pour mettre des antidouleurs directement »

❖ Echanges avec les spécialistes

La majorité des échanges entre le médecin généraliste et les spécialistes semblait se réaliser par des courriers.

E1 : « Euh sur ma lettre, je marque ce que j'ai déjà fait. Les radios, elles sont là pour accompagner. »

E5 : « Et puis après le spécialiste, le chir, il m'envoie un courrier. »

Le téléphone semblait être utilisé par la majorité des médecins, surtout en cas de **situations compliquées**.

E1 : « Alors moi je prends assez facilement le téléphone ou je demande assez facilement à la secrétaire de téléphoner quand vraiment les gens sont très douloureux »

E11 : « Moi j'ai le téléphone facile. Et j'ai des correspondants... Comme je leur envoie beaucoup de malades, c'est souvent qu'ils me répondent au téléphone. »

Un médecin trouvait néanmoins que ces appels pouvaient se révéler **chronophages** et **énergivores**.

E12 : « S'il faut prendre son téléphone pour appeler et attendre des plombes pour avoir un type au téléphone, on n'a plus le temps de faire ça. Moi mercredi après-midi, j'ai annoncé

à un patient qu'il ne serait pas greffé cardiaque, j'ai annoncé à un patient qu'il avait un cancer des poumons, j'ai fait un troisième truc un peu pas terrible. Voilà ça prend beaucoup beaucoup de temps. Qu'on ne passe pas encore après des heures au téléphone à négocier. En fait c'est le côté quémandage qui est compliqué. Alors bon, on comprend, il y a plein de demandes, il n'y a pas beaucoup de place, c'est compliqué, faut le temps nécessaire pour faire les actes. Mais nous, on ne peut pas se permettre de prendre 3 plombs. »

Certains médecins utilisaient le système de fax.

E5 : « Et je pense que dans ces cas-là, j'envoie un fax [au Dr Balestro] et puis il le prend quoi. Pour rupture d'une coiffe chez un jeune homme, je pense que je faxe un courrier dans ces cas-là. »

Les mails ne semblaient pas être un outil utilisé par les médecins pour échanger avec les spécialistes.

E1 : « C'est vrai que je n'utilise pas encore beaucoup les mails »

Contrairement aux e-mails, de nombreux médecins admettaient interagir avec les spécialistes, notamment le Dr Balestro, via des **messages textes (textos)**.

E9 : « J'ai déjà eu des orthos, j'ai déjà demandé même par messagerie, par textos. Euh j'ai déjà eu des imageries, des comptes rendus que j'envoie à Jean Christian Balestro. Des fois je lui demande par téléphone et il me dit ce qu'il faut faire, ce qu'il préconise avant de l'envoyer directement en consultation. »

Plusieurs médecins évoquaient les situations où les patients effectuaient le retour de ce que le spécialiste avait dit.

E5 : « Et puis le radiologue, c'est les patients qui me rapportent ce qui a été dit à l'oral. [...] C'est bien beau le petit compte rendu, ils ont juste une conclusion, avec un descriptif des faits mais ils ont aussi leur avis qui sont assez pertinents euh. Très pertinent des fois, et c'est dit à l'oral. On a la chance quand même d'avoir des radiologues qui parlent, et qui s'adressent aux patients, pas tout le temps mais souvent. »

g) Suivi médical

La prise en charge des épaules douloureuses chroniques passait par une réévaluation du patient. Plusieurs **facteurs** pouvaient motiver cette réévaluation :

- **La persistance des symptômes**

E7 : « Oui, de toute façon en général on les revoit. Quand ça va mieux, on ne les revoit pas. Mais généralement, c'est un truc un peu rebelle, donc en fait on les revoit. »

- **La prolongation d'un arrêt de travail**

E13 : « C'est souvent au rythme des arrêts de travail. Pas trop longs au début et puis après en fonction de l'évolution. »

La réévaluation pouvait également permettre de **réexaminer afin d'ajuster le diagnostic**.

E10 : « Alors c'est pour ça que, effectivement, en répétant les examens [cliniques], des fois on redécouvre une situation qu'on n'avait pas. On pensait la situation cadrée, et en fin de compte elle ne l'est pas. [...] Des fois on remet en cause ses diagnostics. »

Le fait d'affiner le diagnostic pouvait également permettre de **discuter de la prise en charge diagnostique** (examens complémentaires) ou **thérapeutique** à entreprendre par la suite.

E9 : « Si c'est un truc d'emblée qui est très important et là je peux demander une radio tout de suite, soit des fois je tempère un peu avec prescription de repos et d'anti douleur anti-inflammatoire. Et je réévalue au bout de 10-15 jours-3 semaines ça dépend »

E5 : « Et puis après, nous on en discute avec le patient sur les propositions qui ont été faites par le chirurgien »

3. Prise en charge d'une pathologie devenue chronique

De nombreux médecins insistaient sur ce suivi : les épaules douloureuses chroniques étaient source de **consultations à répétition**.

E9 : « Et que c'est souvent source de multiples consultations quoi, pour une épaule chronique je peux voir une personne 4-5 fois dans l'année quoi. »

Ces consultations à répétition étaient souvent **jugées comme longues et compliquées**.

E5 : « C'est des consultations à chaque fois qui prennent beaucoup de temps. [...] Donc en soi la première consultation de débrouillage elle est assez simple : ça va être dans la suite de la prise en charge, quand ça persévère que ça va être compliqué. »

E12 : « Et en fait, c'est les situations bloquées qui posent un problème. Ce n'est pas l'épaule chronique. Tant qu'on peut proposer quelque chose, réparer, soulager, améliorer le

confort de vie ce n'est pas un réel problème. Mais y'a des moments, on arrive sur des situations qui sont totalement impossibles à améliorer. Et qui ne peut pas s'améliorer et qui n'aura pas de solution dans l'immédiat. Ça, c'est un problème »

a) Evolution chronique de la pathologie

L'aspect aléatoire de l'évolution semblait être un élément qui mettait en difficulté les médecins.

E10 : « Là pour l'instant je suis dans le doute, mais est-ce que ça va continuer, j'en sais rien. [...] Mais ça c'est un problème qu'on rencontre fréquemment, on pense qu'on va dans le bon sens... Les faits, c'est pas comme on voudrait que ça se passe. »

b) Vécu d'une maladie chronique par les patients

La **tolérance et l'acceptation** de la douleur ou des limitations pouvaient varier d'un patient à l'autre.

E11 : « Quel élément vous pose le plus problème ? E11 : Le vécu du malade. Y'a des gens qui vivent moins bien la douleur. »

E5 : « Les conséquences que cela va avoir. On ne sait jamais comment ça va évoluer, le patient il arrive et puis, comment il va accepter sa douleur, c'est ça aussi. »

E5 : « Souvent c'est le patient qui s'est fait une raison, moi j'ai fait ce que je pouvais, je leur ai proposé toutes les solutions, voilà. Après c'est eux qui finissent par ne plus m'en parler et vivre avec. Voilà. Soit ils se sont fait opérer, soit ils ont décidé que ça continuera à leur faire un peu mal. »

Certains patients pouvaient parfois **se fixer sur leur douleur** et la situation pouvait s'enkyster.

E5 : « Et bon il y en a, ils ne vont jamais nous en parler et finalement c'est passé. Et y'en a d'autres, ils vont se fixer dessus et puis ça va durer des mois, ils vont avoir du mal à reprendre le travail »

Des **problématiques professionnelles** et **personnelles** pouvaient exister chez de nombreux patients où la pathologie se prolongeait. Cela semblait modifier le vécu de cette pathologie.

E10 : « C'est parce qu'elle est dépressive et le stress d'origine professionnelle... Avec des problèmes de maison aussi. [...] Je suis obligé de traiter car c'est un contexte de séparation, de divorce, une dame un peu isolée. Et tout ça, ça rentre en ligne de compte. Je pense que dans les capsulites, on est souvent dans des configurations comme ça. »

E7 : « Et puis bon en tout cas, il y a une majoration avec un certain contexte, d'anxiété par rapport au travail et puis tout ça hein, on sait que ça joue. BB : Contexte professionnel et même personnel ça joue... E7 : Oh oui, bien sûr, comme dans tout. »

E4 : « Il dit qu'« ils abusent de moi [au travail] ». Il y a tout un contexte particulier... »

Les **expériences médicales passées** semblaient jouer elles aussi un rôle.

E11 : « Les expériences passées éventuellement. Une personne qui est à son 4^e gros problème articulaire, qui a fait une sciatique qui a mis du temps à se guérir, il a fait une algie qui n'a pas été traitée du tout par la chirurgie tout de suite... Et puis là il fait une périarthrite, c'est dramatique pour... Des mois, des années... « j'en ai marre ». »

Une grande partie des médecins étaient d'accords pour dire que le **caractère et la personnalité** du patient influaient sur ce vécu.

E11 : « Le vécu du malade... Vous pensez que c'est imputable à quoi ? à sa personnalité ? Le... E11 : Beaucoup lié à la personnalité »

E5 : « Mais ça a duré 8 mois cette affaire, elle était sous anti dépresseurs, et on se sent vraiment démunis et heureusement qu'elle a repris du poil de la bête et qu'elle voulait s'en sortir »

E7 : « Après c'est une dame un peu particulière, de caractère »

L'importance du caractère des patients se retrouvait notamment chez les patients qui avaient **continué de travailler** malgré leur douleur d'épaule.

E10 : « Elle avait toujours travaillé jusqu'à présent. Mais elle se donnait à fond. Elle était très investie dans son boulot. [...] Mais donc on a en fait des douleurs qui sont venues progressivement, elle a forcé forcé jusqu'à ne plus tenir. Et puis quand elle est venue... »

E9 : « J'ai des gens qui arrivent avec des épaules, c'est souvent des gars un peu des « warriors », « j'ai peur de rien, je m'arrête jamais, je re-rentre dans le tas, je bosse comme un malade » et arrive un moment... »

Un médecin soulignait l'importance de la **représentation de la rééducation et de la chirurgie** pour les patients.

E12 : « Et donc c'est obligé qu'il faut qu'on prévienne les patients qu'ils ne seront peut-être pas opérés et qu'ils vont peut-être terminer avec une rééducation. Qui n'est pas forcément quelque chose qui va les satisfaire complètement. Car pour eux, dans la tête d'un malade, la

chirurgie c'est une réparation. C'est voilà, ils réintègrent une épaule complètement normale et après il est totalement guéri. C'est quand même l'idée générale que les gens se font de la chirurgie »

Plusieurs médecins évoquaient les situations où la **douleur et les conséquences** de la pathologie **chronique** étaient responsables de symptomatologies anxiodépressives.

E5 : « Et du coup déprimée car ça faisait 6 mois qu'elle ne pouvait plus travailler, qu'elle ne pouvait plus rien faire. [...] Et puis bah une patiente complètement désespérée »

E7 : « Bah oui parce qu'on sait que ça va tout le temps être long de toute façon. Donc y a un côté psychologique. Voilà, ça va poser pleins de problèmes au quotidien »

Un médecin insistait même sur les possibles **conduites addictives** que pouvaient amener une pathologie chronique invalidante.

E11 : « Ça a des répercussions sur le moral, sur leur couple, ça peut conduire à des conduites addictives... C'est ça qui peut poser le plus de problèmes... »

E11 : « Enfin bon bref, t'es content quand tu as essayé d'encourager quelqu'un à reprendre : « Vous allez voir ça va finir par guérir ». Il s'est emmerdé, il a déprimé, il s'est mis à picoler chez lui, et « allez hop, on y va maintenant... ». C'est catastrophique ! »

c) Prise en charge d'une maladie chronique

❖ Consultations de suivi à répétition

Du sentiment de difficulté lié à l'évolution longue pouvait naître **l'impression d'impuissance et d'impasse** des médecins face à ces douleurs.

E9 : « Tu tentes un truc, ça va pas, ils reviennent « j'ai toujours mal », je fais un autre truc « ça va pas, j'ai toujours mal, j'ai un peu moins mal », mais c'est ça. Les consultations répétées, prise en charge longue et guérison longue. C'est un peu ça ma difficulté. T'as l'impression de ramer un peu des fois. C'est mon ressenti dans l'épaule chronique »

E6 : « Et puis on a parfois l'impression de ne pas être très efficaces, par rapport au fait que ça traîne. [...] On se sent toujours quand même un peu impuissants. Ou d'insatisfaction professionnelle. »

Ces consultations étaient ressenties comme **fatigantes** par plusieurs médecins.

E5 : « Et c'est difficile de voir les patients 3 fois de suite et que ça n'a pas évolué. »

E9 : « Et oui mon pauvre, c'est la pathologie chronique pour les patients, mais c'est chronique pour nous aussi ! C'est un peu épuisant, on se sent un peu démunis quoi. »

❖ Relation médecin patient

Le suivi passe par l'**écoute**, un **rôle éducatif**, ainsi qu'un rôle de **prévention**.

E5 : « C'est dans le suivi de longue durée que c'est difficile, de réussir à faire comprendre au patient que ce n'est pas grave, ça va passer, c'est juste très long. »

E5 : « Notre métier c'est aussi de leur faire comprendre que bah voilà y a un âge où on ne peut plus. [...] C'est un peu notre rôle de le dire. Dans la prévention, prendre soin de nous aussi et de ne pas attendre que ça casse. »

E5 : « Et euh j'ai essayé aussi d'être beaucoup empathique avec elle »

La prise en charge pouvait également passer par le fait de **motiver le patient**.

E11 : « Enfin bon bref, t'es content quand tu as essayé d'encourager quelqu'un à reprendre : « Vous allez voir ça va finir par guérir » »

Mais cela pouvait également passer par de la **réassurance**.

E5 : « Et en fait je lui ai dit qu'il y a forcément une solution, vous allez forcément vous en remettre, etc... Et elle a repris du poil de la bête, et elle s'est super bien débrouillée. »

Un médecin insistait sur **l'importance d'inspirer confiance** aux patients dans les situations compliquées.

E11 : « Faut être patient, prendre le temps d'expliquer. Les consultations sont plus longues, un examen minutieux, même si on sait très bien ce qu'on va trouver. Mais faut bien qu'ils aient l'impression qu'on l'ait bien examiné comme un pro. Essayer d'inspirer suffisamment confiance aux gens pour qu'ils vous écoutent et qu'ils acceptent qu'on ne va pas pouvoir guérir totalement le problème. Et qu'on aura tout fait en tout cas pour lui laisser les meilleures des chances »

❖ Education du patient

De nombreux médecins essayaient **d'expliquer les mécanismes de l'épaule** aux patients, à l'aide de dessins ou de schémas.

E5 : « Souvent je fais un peu d'éducation, j'explique un peu le phénomène qui fait mal... [...] Tout bêtement que voilà, à force de faire un geste répété, ben à un moment donné,

il y a une inflammation qui s'installe, et que l'inflammation, elle ne s'en va pas d'un seul coup et qu'il va falloir du repos. Pour que tout ça se remette à être fonctionnel sans douleur. »

La prise en charge passait ainsi par **l'explication des principes de la prise en charge** et les différentes étapes envisagées. Beaucoup de médecins insistaient sur l'importance de **faire comprendre au patient la nécessité du repos**.

E5 : « Euh je leur explique que du coup ça prend du temps. Leur dire ça déjà, ça m'aide à faire comprendre que voilà déjà l'arrêt d'une semaine ne va pas suffire, et qu'il faut qu'ils se projettent sur quelque chose qui va durer. Alors je n'explique pas que ça peut durer des mois parce que c'est variable, je leur dis que ça prend du temps »

E5 : « ... Et puis toujours je leur dis : « anticipez, prenez un rendez-vous tout de suite ». Je leur parle déjà de la suite, peut-être qu'il y aura besoin d'un avis spécialisé si ça dure trop longtemps, s'il y a une rupture »

Un certain nombre de médecins insistaient sur l'importance d'interroger les patients pour **savoir jusqu'où ils étaient prêts à aller** dans la prise en charge.

E4 : « Ce vers quoi ils sont prêts à aller en fait, si y'avait besoin »

Plusieurs médecins expliquaient quelles **attitudes** pouvaient être adoptées pour **économiser l'épaule** voire même des exercices à réaliser au domicile.

E2 : « Je me sers de mon expérience personnelle pour donner des positions pour dormir la nuit. »

E7 : « Dans tous les gestes du quotidien, on leur dit de se déplacer par rapport à l'ordinateur. De pas lever de ce côté-là. »

E7 : « Je leur dis de dormir sur le dos. Ceux qui dorment sur ce côté là, sur le ventre en général c'est pas terrible. »

E5 : « Et leur donner des conseils, sur des exercices à la maison, mais euh je me rappelle de quelques petits conseils que mon vieux maître de stage qui était au taquet donnait des exercices avec une balle, faire des cercles etc. [...] Mais le problème c'est que je ne me sentais pas assez compétente pour donner ces conseils-là. Et du coup je ne leur donne pas, je me dis qu'ils verront ça avec le kiné. »

Un autre élément pouvant jouer sur le vécu, moins évident, était la **difficulté de compréhension** de la pathologie de l'épaule **par les patients**. Ils n'étaient généralement pas demandeurs d'explications.

E10 : « C'est une articulation qui est cachée, qui est assez complexe et j'ai pas trop de demandes sur des explications précises. Ils ne sont pas trop demandeurs. En général ils essaient d'avoir des explications sur pourquoi ils ont mal, mais voilà, qu'est-ce qui fait mal exactement euh... [...] Ils ressentent la douleur mais après pourquoi ils ont mal, il faut que ce soit soulagé et que ça marche correctement. C'est leurs attentes. »

❖ **Annonce d'un mauvais pronostic**

Une étape importante de la prise en charge globale pour certains médecins pouvait être **l'annonce du pronostic** au patient. L'orthopédiste pouvait permettre de faire **cette annonce pronostique** dans de meilleures conditions.

E11 : « Je pense que c'est un diagnostic qui a des répercussions sur l'avenir, sur l'emploi, sur ce genre de chose, c'est honnête de demander à un spécialiste pour être certain qu'on ne se plante pas. Ça ne me gêne pas du tout. En tout cas, ça ne blesse pas mon ego comme on dit (rires). »

E12 : « On commence à lui en parler un peu avant. Mais on ne peut pas dire à un type qu'on voit pour une pathologie de l'épaule la première fois « de toute façon vous ne retournerez pas à votre boulot ». Ça nécessite un peu de finesse quand même. Ça c'est différent, ça on peut le reprendre pour n'importe quelle pathologie »

4. Prise en charge professionnelle

Pour certains médecins, le volet professionnel est complètement **séparé de la prise en charge médicale**.

E12 : « Alors ça, c'est complètement différent, ce n'est pas une prise en charge médicale. C'est que ça commence à devenir compliqué, parce que le type ne peut plus faire son travail.

Mais c'est un autre volet ça, c'est-à-dire que là on était sur un volet qui était diagnostic et thérapeutique. Après y'a le volet préventif. »

a) Troubles musculosquelettiques

Parmi les professions à fortes contraintes, un certain nombre était considéré comme pourvoyeur de **Troubles Musculosquelettiques, les TMS**.

E8 : « Et puis souvent des petits soucis avant, de souffrances, troubles musculo squelettiques liés à leur métier. Enfin celui-là il en avait. Un maçon quoi »

E9 : « Alors tu sais ici y'a pleins d'usines style MECACHROME, WILO, les Relais de Blancafort, et on a beaucoup de troubles, de TMS, les fameux troubles musculo-squelettiques. »

E10 : « C'est une travailleuse, une auxiliaire de vie. On a beaucoup d'auxiliaires de vie qui ont ces problèmes-là »

E7 : « Quand ils sont aides à la personne, ou ces choses-là, on ne peut pas faire grand-chose quoi. On dit dans l'aide à la personne d'être à deux, mais en pratique au domicile, elles ne le sont pas. »

Certains mouvements à risques étaient cités par les médecins.

E9 : « Il m'a répété qu'il soulevait des charges lourdes à bout de bras de plus de 20 kilos. »

E9 : « Donc voilà c'est un cas typique de gens qu'on voit régulièrement, des impotences douloureuses de l'épaule suite à des mouvements répétitifs avec des ports de charges notamment dans le milieu professionnel »

Certains médecins identifiaient bien des facteurs autres que anatomiques qui pouvaient jouer un rôle dans l'évolution de ces pathologies. Le plus fréquemment cité était **les conflits avec la hiérarchie**.

E12 : « Pour simplement un gars qui ne peut pas retourner au boulot car il ne s'entend pas avec son employeur. Et il ne veut pas y aller, il est en dépression, et l'employeur ne veut pas lui donner un autre poste. »

E10 : « Elle est plus ou moins en conflit avec sa hiérarchie parce qu'il y a des gros problèmes d'organisation. Elles ont été plusieurs à s'arrêter en même temps, et il y a un climat qui est un peu délétère dans un sens, où ils sont tous un peu braqués contre leur hiérarchie. J'en ai plusieurs qui sont arrêtées en même temps donc c'est un contexte psychologique qui

n'est pas facile. [...] Donc je pense que ça influe aussi sur la mauvaise évolution de sa pathologie. »

Un médecin s'interrogeait sur les **étiologies des arrêts longues durées** de ses patients, et pensait que dans la majorité des cas, la cause était un **conflit au travail**, avec l'employeur ou la hiérarchie.

E12 : « Je pense qu'actuellement 80 à 85% de nos arrêts de travail sont dus à des problèmes de relationnel au travail et ne sont pas des problèmes médicaux. »

Dans le cas de TMS, les médecins avaient parfois l'impression d'être **impuissants**.

E5 : « J'ai pas trop de solution miracle pour ces gens qui ont des pathologies liées à leur travail. »

E9 : « Alors j'ai le sentiment que tant que les gens feront le boulot qu'ils font, un boulot à la chaîne, t'as beau essayer de le soigner, de le guérir, tant qu'ils feront ce boulot, ça guérira pas, ça reviendra »

Selon le contexte de survenue de la pathologie de l'épaule, une prise en charge à travers une **maladie professionnelle** pouvait avoir lieu.

E9 : « Et donc je fais des déclarations de maladies professionnelles, de plus en plus. Accident de travail et maladie professionnelle, et ça les maladies professionnelles, on en a beaucoup. »

E13 : « Faut penser à la déclaration de maladie professionnelle, c'est pour ça que je parlais du travail. »

Beaucoup de médecins soulignaient la **lenteur et la lourdeur administrative** engendrée par cette prise en charge professionnelle.

E10 : « Des reconnaissances en maladie professionnelle, on a du mal des fois, c'est pas toujours évident à faire accepter. »

E13 : « Oui, l'administratif surtout, supplémentaire dont on se passerait bien mais on fait chacun de notre mieux. »

E5 : « Donc ce que j'ai fait même si la démarche pour faire une demande de maladie professionnelle c'est très compliqué. On ne sait pas vraiment comment s'y prendre. »

b) Arrêts de travail

La prise en charge du facteur professionnel passait dans un premier temps par un **arrêt de travail**. Sa durée semblait être une difficulté rencontrée par les médecins.

E4 : « C'est plus comme l'arrêt maladie : est-ce qu'on les arrête ou pas !? Si ça va durer 6 mois ou pas. C'est un peu le problème : des fois quand on commence à les arrêter, on ne sait jamais quand est-ce qu'ils vont reprendre ou s'ils vont reprendre »

E5 : « Et puis de réussir à trouver le bon compromis entre reprendre le boulot pas trop tôt, pas trop tard. »

Dans les pathologies de l'épaule, ces arrêts étaient parfois **prolongés de façon répétée**.

E5 : « Ou alors elle vivra avec son mal et puis avec des petits arrêts de temps en temps quand c'est trop douloureux et puis voilà... »

Les contraintes professionnelles, liées aux arrêts de travail notamment, pouvaient provoquer un **sentiment d'urgence** chez une partie des médecins.

E9 : « Alors des fois on décroche le téléphone, on appelle le kiné, « est-ce que tu peux le prendre plus rapidement, c'est important, il est en arrêt de travail ». »

Cette **reprise du travail** était jugée comme compliquée dans de nombreuses situations.

E7 : « Tout ce qui est absentéisme au travail. Remettre les gens au boulot, c'est d'abord le soulagement mais y'a tellement une chronicisation qui se fait que voilà, le problème c'est quand même de retourner au travail. »

Un médecin expliquait **évoquer les médecins du travail** et une visite de pré-reprise pour aborder une reprise de l'activité professionnelle avec ses patients arrêtés.

E7 : « Et alors le problème c'est que je trouve c'est très long pour les médecins du travail. Moi je demande des visites de pré-reprise quand même. A un moment donné, je dis qu'il va falloir commencer à voir les choses. »

L'objectif de cette visite du médecin du travail pouvait être d'évoquer un aménagement de poste.

E8 : « Alors médecin du travail, on peut orienter. Souvent on dit aux gens quand ils travaillent pour voir ce qu'il faut faire, quand y'a un aménagement de poste. Effectivement, je n'en ai pas parlé, mais quand c'est lié au boulot avec une mauvaise position, j'essaie de leur inciter à y aller. Car je ne peux pas le leur imposer. »

Pour de nombreux médecins, cet **aménagement de poste** paraissait compliqué à réaliser.

E13 : « Le problème c'est toujours l'activité, les personnes qui vont être arrêtées très longtemps. Du coup soit ils trouvent un poste plus adapté au sein de l'entreprise, soit c'est compliqué. »

E9 : « Ça arrive mais c'est très difficile. Parce que les médecins du travail n'y arrivent pas. Il y a tellement de demandes. Tu peux voir un cas ou deux où ils peuvent adapter un poste, mais ils n'arrivent pas à répondre à toutes les demandes. »

E9 : « Et adaptation de poste dans cette entreprise, c'est impossible, y a rien. »

Un médecin dévoilait que l'avis de l'orthopédiste et une prise en charge globale pouvaient être **imposés par la sécurité sociale**, en cas **d'arrêt de travail longue durée**.

E13 : « En fait à partir du moment où il y a un long arrêt, voilà la sécurité sociale convoque les patients. Et si y'a pas de consultation du spécialiste, eh bien déjà ça les froisse un peu quoi. Donc du coup, ils vont lever les indemnités journalières et arrêter l'arrêt de travail par eux-mêmes. Donc faut vraiment qu'il y ait une prise en charge globale et rapide pour les jeunes qui ont une limitation qui travaillent. »

Le **médecin conseil** était surtout perçu dans son rôle de **contrôle**.

E12 : « On a le médecin de la sécu qui dit « stop l'arrêt de travail ». »

E13 : « Parce que du coup leur arrêt prolongé... Ils sont tous convoqués à la sécurité sociale, à juste titre. »

c) Licenciement, reconversion ou invalidité

Dans certaines situations, une **reprise** de l'activité professionnelle au même poste pouvait sembler **impossible**.

E7 : « Il y a impossibilité de la remettre au boulot parce qu'elle a très mal, elle ne bouge plus. »

En cas d'impossibilité de reprise du poste, les patients pouvaient être mis en **inaptitude au poste** puis **licenciés**.

E7 : « Et donc là, eh bien enfin, le médecin de travail a décidé inaptitude au poste, et elle a été licenciée et elle cherche dans autre chose. »

Parfois une **reconversion** était possible

E5 : « Elle attend sa lettre de licenciement pour pouvoir trouver une nouvelle formation »

Evoquer le **devenir professionnel** semblait être facilité lorsque c'était l'orthopédiste qui l'abordait.

E11 : « Y'a aussi le problème de la reprise du travail par exemple, quand ça vient du spécialiste, c'est plus facile d'évoquer une reprise ou une reconversion professionnelle. De faire accepter ça par le patient après avoir vu le spécialiste, le grand marabout ! »

Certains médecins évoquaient des situations où les médecins étaient mis en **invalidité**.

E9 : « Alors du coup des fois ça abouti à des arrêts de travail de longue durée, des fois ça fini même des fois limite en invalidité hein. Y a des gens qui ne peuvent plus travailler, des gens qui sont complètement usés. Ils ont les épaules en vrac. »

E9 : « Le gars, il a 56 ans, c'est fini, il ne peut plus bosser quoi. Donc là je fais de arrêts de travail jusqu'à ce que la sécu le mette en invalidité. [...] Et qu'est-ce tu veux que je fasse avec ce gars-là ? »

Un médecin dressait un **tableau synthétique**, mais réel et vécu, de la situation où les patients étaient mis en **invalidité**.

E12 : « Alors là, on tombe dans le truc habituel, on connaît bien ! On a la médecine du travail, l'entreprise et le médecin de la sécu. On a le médecin de la sécu qui dit « stop l'arrêt de travail ». On a le médecin du travail qui dit qu'il n'est pas question qu'il reprenne son travail. Et on a l'employeur qui dit que « moi je ne peux rien lui proposer, entre guillemets il est trop con je lui proposerais pas autre chose que de porter des charges. En plus j'ai bien envie de m'en débarrasser parce que ça fait... » bon là c'est en live... « mais faut dire que ça fait 8 mois qu'il m'emmerde avec ses arrêts de travail ». Et donc soit il fait un consentement mutuel et ça se passe très bien et assez vite, et y'aura un chômage derrière. Soit ils mettent une pression absolument phénoménale pour que le gars craque et démissionne, ce qu'on essaie d'éviter. Soit on se retrouve avec des situations qui sont complètement bloquées. Et quelques fois il commence à y avoir une discussion tripartite. Voilà... Et puis après on tombe dans le licenciement pour inaptitude. Quelques fois ça peut se passer autrement. »

Les échanges avec la médecine du travail semblaient compliqués.

E10 : « Plus par courrier. En général, je fais un courrier. Et surtout des fois, on les a au téléphone. Mais bon, en fonction des entreprises, souvent les salariés ne savent pas... Nous donnons difficilement les coordonnées du médecin... Après un premier contact avec une lettre, on arrive à les contacter quand ça se prolonge. »

E5 : « La médecine du travail ne voulait pas la recevoir sur sa demande. »

E7 : « Ils sont longs à déclarer inaptitude au poste quoi. Alors c'est vrai que des fois, y'a pas trop d'autres solutions »

Quelques médecins expliquaient que les médecins du travail motivaient leurs **refus de communiquer** sur les dossiers du fait du **secret médical**.

E11 : « Et y'a pas moyen. On a essayé de faire venir la médecine du travail de la MSA pour justement créer un lien comme ça et regarder les dossiers de façon pluridisciplinaire. Ils se réfugient derrière le secret médical. Ils sont butés de chez butés. »

Un médecin insistait sur les difficultés engendrées par ce manque de communication, exprimant des **points de vue divergents** entre le sien et celui du médecin du travail.

E11 : « Il est arrêté plus de 3 mois. Il ne peut pas reprendre le boulot, et il voit la médecine du travail. [...] Alors qu'on avait réussi à le convaincre qu'il fallait qu'il reprenne le travail, organiser un mi-temps... Et quand il voit le médecin du travail, on leur dit « eh bien monsieur vous ne pouvez plus faire ce boulot-là, il faut envisager une reconversion, faire un dossier MDPH... ». [...] C'est catastrophique. »

d) Conséquences sociales

Il pouvait exister une **perte de revenu** liée à la mise en arrêt de travail.

E13 : « Alors si c'est une maladie professionnelle, je ne crois pas qu'on perde en salaire mais sinon y'a possibilité qu'au bout de 6 mois ils perdent en salaire, les patients, il me semble... Enfin c'est compliqué socialement »

C'était le cas également des **professions indépendantes**, provoquant des refus d'arrêt de travail.

E8 : « Et puis arrêt de travail refusé parce qu'artisan et donc pas de prise en charge avant un mois. [...] Les arrêts de travail, ils ne peuvent pas les artisans, enfin ils ne peuvent pas... Ils peuvent mais ils perdent un mois de revenu, quand ils ont une bonne complémentaire. »

E4 : « Parce que souvent les artisans les gens à leur compte qui se rompent un tendon, ils ne s'en rendent pas compte, ça fait déjà 4 ans qu'ils ont mal mais qu'ils ne sont jamais venus. [...] Parce que de toute façon, il faut qu'ils bossent et que s'ils s'arrêtent... »

E5 : « Surtout que c'est souvent des agriculteurs et donc il faut tout de suite qu'ils puissent reprendre le travail parce qu'ils ne peuvent pas s'arrêter. »

Les **licenciements** provoquaient également des difficultés financières.

E13 : « Ils ne lui trouvaient pas de poste adapté à sa pathologie, et du coup elle a été licenciée. [...] C'est difficile. »

E5 : « Surtout qu'elle devient très précaire [depuis son licenciement]. »

Une ressource, qui n'a été évoquée que de façon indirecte, pouvait être **l'assistante sociale**.

E13 : « Je sais que mon collègue des fois, ça lui est arrivé dans les arrêts de travail comme ça, d'envoyer vers une assistante sociale »

5. Leviers et ressources

a) Ressources

(1) Connaissances

Parmi les ressources mises en jeu par les médecins lors de l'élaboration de leur schéma de prise en charge, plusieurs médecins évoquaient leur **formation médicale initiale**.

E10 : « Examen physique, on essaye d'appliquer ce qu'on nous apprend à faire hein. C'est toujours pareil »

Plusieurs médecins mentionnaient les **cours théoriques** sur l'anatomie et les pathologies de l'épaule.

E3 : « Mon livre de traumato, et euh les cours d'internat. »

E5 : « Beh y a de très bon cours sur l'épaule douloureuse qu'il faudrait que je relise tranquillement à tête reposée »

Mais la majorité des médecins évoquaient plutôt leurs **Formations Médicales Continues**, qui semblaient plus adaptées à la pratique.

E10 : « On a des FMC sur les examens de l'épaule, les réunions de MG Form, des trucs comme ça en fait. [...] Les journées de septembre, on a des interventions du Professeur Fouquet de temps en temps, où il fait des ateliers pratiques sur des articulations. [...] On essaie effectivement de revoir notre formation médicale. »

Pour certains, les schémas décisionnels étaient régis par la **logique médicale**.

E12 : « C'est de la médecine hein ! Donc une fois qu'on a intégré le raisonnement... »

Quelques médecins ont relevé que les **recommandations** concernant la prise en charge des pathologies de l'épaule chronique n'étaient **pas claires**.

E5 : « Alors là-dessus, je n'ai absolument pas relu les recommandations. C'est vrai que j'ai l'impression de faire ma petite cuisine clairement »

E6 : « Bah, ce n'est pas bien clair, on n'a pas d'arbres décisionnels très précis. »

Plusieurs médecins expliquaient baser leur **raisonnement** en partie sur leur expérience professionnelle.

E5 : « Moi ce qui m'aide beaucoup, c'est d'avoir vu des patients déjà... des cas où on a réussi à trouver une issue »

E5 : « Mais c'est vrai que l'anatomie se perd, on situe de moins en moins un repère anatomique, qui sont de plus en plus vague on va dire. Et je suis plutôt plus sur du pratico-pratique. »

Un médecin évoquait sa propre expérience de pathologie de l'épaule comme ressource.

E2 : « Je me sers de mon expérience personnelle pour donner des positions pour dormir la nuit. [...] J'ai été opérée en 2010. »

Plusieurs médecins admettaient avoir modifié leur prise en charge du fait des pratiques des médecins avec lesquels ils avaient des interactions. Il s'agissait de 3 types de médecins :

- **Les spécialistes**

E2 : « Parce que les médecins, les chir avec lesquels j'ai travaillé, ils n'étaient pas arthroscanners, donc je suis restée sur l'IRM systématiquement »

- **Les remplaçants**

E2 : « Quand je regarde une consultation [d'un remplaçant] pour un motif, je me dis : « Ah oui, tiens, ça je n'y pense pas ! ». Et donc ça [les remplaçants] permet d'avoir un œil nouveau. »

- **Les maîtres de stage universitaires**

E5 : « Moi ce que j'avais retenu, c'était mon maitre de stage qui m'avait dit ça. [...] Je retiens beaucoup mieux sur de la pratique »

(2) Supports explicatifs

Les médecins utilisaient parfois des supports lors de leurs consultations, principalement pour **expliquer à leurs patients**, plus rarement pour s'aider dans leur démarche diagnostique ou thérapeutique.

Majoritairement, les supports explicatifs étaient plutôt des schémas d'anatomie, **affichés au mur** ou dans un **livre d'anatomie**.

E2 : « J'ai mes plaquettes qui sont sur mon mur pour expliquer aux gens exactement où se situent les tendons et ce qui se passe dans leur épaule. »

Certains médecins réalisaient eux-mêmes les schémas d'anatomie à l'aide de **dessins**.

E11 : « Moi j'ai pas des petites maquettes, je dessine pas trop mal et je fais des dessins »

Certains médecins possédaient des maquettes de l'épaule pour expliquer à leurs patients, même si ils ne l'utilisaient que rarement. Un médecin avouait que cela pourrait l'aider.

E13 : « On a l'épaule là, [montre une maquette] ça m'est arrivé du coup d'expliquer un petit peu. »

Un médecin expliquait s'aider des images des **radiographies** d'épaule et parfois de **l'échographie** pour expliquer les pathologies à leurs patients.

E1 : « J'explique plus au patient quand j'ai la radio. [...] Je leur montre les calcifications, ou je leur montre les petites choses qui peuvent être pincées. »

Un des jeunes médecins expliquait utiliser un support informatique pour ses explications.

E3 : « Google image, en vérifiant que les sources sont sûres. »

Un médecin reprochait au support informatique son **aspect éphémère**, tout en admettant ne **pas être forcément à l'aise** avec ce type de ressource.

E1 : « L'ordinateur c'est vrai que la personne après [avoir vu l'image informatique], elle pensera : ah bah oui, tient, j'aurai pu noter ça... et elle ne l'a pas fait. »

E1 : « Alors moi je ne suis pas toujours à l'aise avec les trucs informatiques »

(3) Autres ressources

De nombreux médecins insistaient sur l'importance de leur **réseau professionnel**, qui pouvait permettre une meilleure prise en charge de leurs patients.

E4 : « Là j'envoie plus facilement à Mr Balestro, c'est parce que je le connais en fait, ce n'est pas que je ne veux pas envoyer à l'hôpital, c'est que je ne les connais pas. »

Plusieurs médecins exprimaient l'aspect facilitant d'être dans **certaines structures médicales**, notamment lorsque les kinésithérapeutes se trouvaient sur place.

E6 : « Après nous, le kiné est là [dans la MSP] donc c'est assez pratique, on se connaît donc on en parle sur place, il est vachement bien... Interaction facilitante »

b) Propositions d'aides

Certains médecins expliquaient qu'un **schéma ou arbre décisionnel** clair permettrait de préciser les indications des examens complémentaires, ou des situations où recourir aux spécialistes.

E6 : « Un bon arbre décisionnel bien précis, ça serait vachement bien. Avec le petit logo HONcode là, ça serait top. Quelque chose de validé. »

E6 : « Mais on pourrait le faire pour gagner du temps, l'objectif serait de savoir s'il faut l'envoyer chez un ortho ou un rhumato, ou savoir s'ils souhaitent qu'on fasse des examens avant le rendez-vous, prévoir l'imagerie complémentaire. »

Un médecin évoquait un schéma décisionnel **adapté à l'échelle locale**.

E4 : « Je ne sais pas, un petit protocole qu'on ferait entre médecins généralistes et par exemple Orthocentre pour savoir dans telle situation plutôt envoyer chez Mr Dessus, ou telle situation chez Mr Balestro... »

Dans le même ordre d'idée que ce schéma adapté à l'échelle locale, de nombreux médecins insistaient sur l'importance **d'améliorer l'accessibilité** avec les spécialistes locaux.

E9 : « Après moi ce qui pourrait m'aider, ce serait un intervenant plus rapide quand j'ai besoin. Par exemple avoir un accès plus facilement aux infiltrations, avoir un accès plus facile et plus rapide. Et puis d'avoir un avis spécialisé plus rapide aussi. »

L'une des solutions pour améliorer l'accessibilité, évoquée mais peu réalisable concrètement dans l'immédiat, était **l'arrivée de spécialistes supplémentaires**.

E2 : « Plus de spécialistes (rires)... »

Un **annuaire téléphonique** existait déjà pour certains spécialistes, le compléter avec les autres praticiens améliorerait les échanges.

E8 : « Ils avaient un système de répondeur vocal, c'était impossible. Déjà ça, d'avoir un annuaire, ça facilite d'avoir tous les numéros de la clinique sur un annuaire, ça nous facilite la vie. »

Un autre élément auquel faisait référence un médecin était la présence de spécialistes sur des **plateformes de prise de rendez-vous en ligne**, avec des créneaux dédiés aux médecins généralistes : un accès direct et simplifié.

E8 : « Ce qui serait bien, c'est Doctolib. C'est-à-dire qu'ils se mettent à Doctolib et qu'on puisse orienter, nous, les patients par Doctolib avec des plages réservées, sur ce que nous on estime être des urgences. »

D'autres idées étaient proposées comme une **fiche standardisée**, avec les critères demandés par les spécialistes.

E1 : « Une fiche pour donner un peu les infos sur un certains nombres d'items... Ouais, ça pourrait être intéressant. [...] Avec les examens qu'on a déjà faits, la kiné, tous les critères de ce que l'on a déjà fait pour que tout soit sur une seule fiche. [...] Ce qui est important, c'est peut-être de savoir ce qui va être intéressant pour les différents spécialistes »

Au travers de ces critères importants demandés par ces derniers, émergeait l'idée d'un **protocole avec les spécialistes**.

E4 : « Une espèce de convention comme ils font à la maison de santé et les urgences de Vierzon. [...] Telle pathologie plutôt envoyer à Mr Dessus et gagner du temps ou envoyer plutôt à Mr Balestro et perdez pas de temps. »

E1 : « Et puis le fait que ce soit un peu validé par tout le monde, ça veut dire qu'on se met d'accord sur euh... Après une orientation qui serait centralisée à un endroit où on dirait : ça c'est plus le rhumato, ça c'est... Peut-être effectivement : une plaque tournante. »

Les médecins évoquaient la nécessité de **simplicité** et **rapidité** de ce protocole, tout en insistant sur l'intérêt de **l'expliquer au préalable**.

E12 : « Tout ce qui est simple ! Moi je fais de l'apnée du sommeil. Je suis très spécialisé dans l'apnée du sommeil. En fait, tout est très cadré. C'est à dire que quand je mets un patient sous CPAP, je lui remplis sa demande d'entente préalable, je lui explique le protocole, je vais sur le site du prestataire, je remplis toutes ses données, j'appuie sur le bouton, c'est fini et je reçois un mail qui me dit que la demande est prise en charge et qu'elle va être traitée dans les 48 heures. C'est fini. Le malade est sorti, il sait par qui il va être appelé, il va être rappelé, il va être pris en charge, il sait comment il va être pris en charge. Je connais les prestataires avec lesquels je travaille, je sais comment ça se passe, c'est fini c'est terminé »

E12 : « Même pour trouver un moment c'est compliqué. [...] Donc on veut de la simplicité. »

E1 : « Et puis faudrait nous l'expliquer pour qu'on puisse utiliser cet outil en fait. »

Cette idée de protocole et d'échange avec les spécialistes semblait en cours de réalisation dans le cabinet d'un des médecins, **qui développait la télé médecine**.

E12 : « On est en train de mettre en place la plateforme COVOTEM. C'est une des messageries sécurisées qui permet d'échanger sur des informations, sur des cas, des dossiers qu'on peut transmettre assez facilement. On peut transmettre des radios, des examens. »

E12 : « Même si on est en train de mettre au point un système de télé-expertise, un système de santé avec quelques rhumato où l'on dit « voilà j'ai tel malade avec tel examen clinique tel âge, tel traitement qu'on a déjà essayé, peux-tu lui donner un rdv et veux tu que je prescrive des examens avant ? ». [...] Il me dit « bon bah écoutes, tu me fais passer l'arthroscan et je la vois avec son arthroscan, sa biologie récente, à laquelle tu peux ajouter tel ou tel constante » »

E12 : « Ça marche bien. Et ça économise du temps pour le patient, au lieu d'aller 2 ou 3 fois chez le rhumato, il ne va y aller qu'une fois. Ça économise du temps au rhumato, il est moins débordé... »

Un médecin soulignait la problématique des échanges avec la médecine du travail, précisant que cela pouvait être un des **axes sur lesquels travailler**.

E13 : « Y'a quelque chose qu'on peut développer, c'est les interactions un peu plus systématiques avec la médecine du travail. »

E13 : « C'est vrai que la législation actuelle fait qu'ils n'ont pas à interagir avec les médecins traitants, mais on pourrait expérimenter quelque chose... Montrer que c'est plus efficace pour le malade et pour la société en général d'avoir une véritable pluridisciplinarité entre les médecins du travail et les médecins traitants. »

La possibilité de réaliser des réunions pluridisciplinaires dématérialisées était proposée.

E13 : « Quitte à faire des téléréunions, sur un cas particulier avec le rhumato, le chirurgien, le médecin traitant et le médecin du travail. Y'a pas besoin de faire une réunion physique, on a le matériel ici avec une salle de téléconférence... On peut faire des téléréunions, des visioconférences. Ça pourrait se faire mais y'a un frein »

IV. DISCUSSION

A. Validation interne

1. *Limites de l'étude*

a) *La population*

L'échantillon comprenait des médecins d'âges variés, mais une grande partie était féminine (53.8 % de femmes) et jeune (âge moyen : 46 ans), quand la population des médecins généralistes du Cher était plutôt masculine (61.8%) (6) et âgée (en 2015, la moyenne d'âge était de 54 ans pour les médecins généralistes, 30% d'entre eux avaient plus de 60 ans) (7,8). A noter néanmoins que la majorité des inscriptions au Conseil de l'Ordre des Médecins dans la région concerne des femmes entre 28 et 35 ans (7).

Seuls 4 médecins (30%) avaient une activité en milieu urbain, quand 42% des médecins généralistes du Cher étaient installés à Bourges, Saint-Doulchard, Vierzon ou Saint-Amand-Montrond. La présence de médecins exerçant en milieu rural et semi-rural permettait de mettre en évidence les réalités liées à l'exercice de la médecine générale éloignée des plateformes médicales (imagerie, chirurgiens). Les démographies en médecins et en kinésithérapeutes étaient différentes du milieu urbain.

La présence de 6 maîtres de stage universitaires (46%) n'était pas non plus représentative de l'ensemble des médecins généralistes. Ces derniers ne représentaient que 14.5 % des médecins généralistes du Cher.

Concernant les formations, les médecins possédant des DIU de médecine du sport, d'éducation thérapeutique ou de Réparation Juridique des Dommages Corporels ont permis d'avoir des points de vue différents des autres médecins, même s'ils ne représentaient pas la pratique habituelle des médecins généralistes du Cher.

Les résultats ne sont pas extrapolables à l'ensemble des médecins généralistes du Cher. Mais il s'agissait d'une étude qualitative où l'objectif était d'explorer les différentes pratiques. Le faible nombre de participants et l'absence d'extrapolation possible étaient attendus.

b) *Les biais*

Le fait d'avoir présenté le sujet de la thèse avant la réalisation des entretiens avait créé deux biais. Le **premier biais** était un biais de sélection : les médecins qui acceptaient de réaliser l'entretien pouvaient être ceux les plus intéressés par le sujet. Il n'y a eu que deux refus, et de

nombreux médecins acceptaient l'entretien tout en précisant qu'ils ne se sentaient pas à l'aise avec la prise en charge des épaules douloureuses. Le **second biais** était sur le contenu des entretiens : certains médecins avaient probablement déjà réfléchi à ce qu'ils voudraient aborder au cours de l'entretien.

Concernant la **trame d'entretien**, les questions posées aux médecins se voulaient uniquement ouvertes, mais elles pouvaient par moment orienter les réponses. Il n'était pas précisé qu'une douleur d'épaule chronique durait au moins 3 mois dans la trame d'entretien afin de ne pas restreindre la discussion à des patients précis. L'objectif était plutôt de garder à l'esprit un maximum de situations qui avaient posé problème. Les différentes étiologies n'ont jamais été demandées clairement, ce qui était intentionnel, afin d'explorer si ces diagnostics avaient une réelle importance pour la suite de la prise en charge.

Ma faible expérience dans le domaine de la recherche qualitative, tant au niveau de l'entretien, de la retranscription des verbatim, que dans l'analyse des données, constituait un biais de subjectivité, bien que le codage ait été relu par une personne extérieure. Ainsi les premiers entretiens ont probablement été moins contributifs que les derniers du fait de ma progression dans ma façon de mener les entretiens et de relancer les participants.

2. Points forts de l'étude

a) Le choix de la méthode qualitative

La méthode qualitative semblait la plus adaptée à mon étude car l'objectif était d'explorer les facteurs entrant en jeu dans la prise en charge des épaules douloureuses chroniques et d'en faire émerger les possibles difficultés. Il s'agissait notamment de faire émerger le ressenti face aux problématiques d'épaule. Il s'agissait de la méthode qui laissait la plus grande liberté d'expression, afin d'explorer les représentations, comportements et expériences des médecins interrogés. Cela pouvait permettre une approche plus centrée sur le médecin dans sa globalité, qu'une étude quantitative avec des questions fermées. L'aspect humain des médecins pouvait émerger plus facilement.

Mon étude n'est pas la première à s'intéresser à la prise en charge des épaules douloureuses chroniques à l'aide d'une étude qualitative. Mais l'étude déjà réalisée s'était focalisée sur le contenu de cette prise en charge plus que sur les facteurs influençant les choix, et les difficultés. Les freins et leviers n'y étaient que sommairement évoqués.

Les entretiens semi-dirigés ont été préférés aux « focus group ». Cette méthode limite la dynamique de groupe qui peut être bénéfique dans la qualité des entretiens, cependant elle

permet aux médecins de s'exprimer le plus facilement possible, sans retenue ni crainte du jugement des autres, et d'éviter l'effet « leader d'opinion ».

Les entretiens étaient réalisés en face à face. Cet aspect aurait pu être un frein à la réalisation des entretiens. Mais il n'y a eu que deux refus, motivés par le manque d'intérêt du sujet et le manque de temps. Contrairement à un entretien téléphonique, l'entretien direct permettait aux médecins de se livrer plus facilement. Il pouvait également permettre le recueil de données non verbales, même si l'accent n'a pas été fait sur cette donnée.

b) La population

La saturation théorique des données a été obtenue au 11^e entretien, ces derniers ayant été poursuivis jusqu'au 13^e. Ainsi l'effectif de notre échantillon de médecins généralistes était correct pour une étude qualitative. Notre échantillon comprenait des médecins exerçant à la fois en milieux urbain, semi-rural et rural. De la même façon, il comprenait des médecins exerçant dans différentes organisations (seul, en groupe, en MSP avec des kinésithérapeutes). Les âges et donc les expériences et les habitudes étaient très divers. Le panel de médecins était donc très varié. Les médecins venaient des différents secteurs du Cher, permettant d'illustrer les différentes ressources (spécialistes, cabinets de radiologie, centre de rééducation) présentes dans ce département et ses environs.

B. Validation externe

Le premier point à souligner à la lecture des différents entretiens est l'étendue des données que les médecins ont évoquées. Ces derniers avaient tous une opinion argumentée sur la prise en charge des épaules douloureuses chroniques, comme le démontre la durée moyenne des entretiens de 40 minutes.

D'une façon générale, la prise en charge faisait émerger trois aspects : le versant biomédical, l'aspect chronique de la pathologie et la composante professionnelle. Ces 3 éléments pouvaient avoir des importances différentes dans la prise en charge selon les patients et selon les médecins.

1. *Prise en charge biomédicale*

a) *Démarche diagnostique*

(1) Interrogatoire

L'interrogatoire n'était pas vécu comme une difficulté par les médecins. Les données recherchées étaient superposables avec ce qu'avait retrouvé R. Serfaty dans sa thèse qualitative sur la prise en charge des épaules douloureuses chroniques dans la région de Nice (9).

Les médecins installés depuis longtemps avaient souligné qu'ils ne s'attardaient pas sur l'interrogatoire : ils suivaient leurs patients depuis plusieurs dizaines d'années et connaissaient généralement leur histoire médicale, leur vie personnelle et professionnelle. Ils recherchaient surtout les facteurs déclenchants de la pathologie de l'épaule et les critères d'urgence, appelés « Red Flags » par les anglophones (10,11).

La seule difficulté évoquée par certains médecins était celle de **faire décrire correctement leur douleur** par les patients. Aucun n'a évoqué des scores comme l'Echelle Visuelle Analogique ou l'Echelle Numérique utilisés régulièrement dans le domaine de la douleur (12).

(2) Examen clinique

La plupart des médecins évoquait le **testing habituel de l'épaule**, citant des tests comme la manœuvre de Jobe et le Palm-up test. Ces éléments étaient en accord avec les résultats de la thèse quantitative de T. Mariasiewicz (13) et la thèse qualitative de R. Serfaty (9), qui exploraient tous deux la prise en charge des épaules douloureuses chroniques en médecine générale, respectivement en Seine-Maritime et dans la région de Nice.

L'un des freins à la réalisation de l'examen était **l'intensité de la douleur**. Cet élément était décrit par certains médecins de l'étude de R. Serfaty. Dans sa revue de la littérature et les arbres décisionnels qu'il proposait aux chirurgiens, L. Favard prenait en compte la possibilité qu'une douleur intense puisse perturber l'examen. Il proposait de réaliser une infiltration sous acromiale de Xylocaïne avant de recommencer le testing (14).

Comme dans la thèse de R. Serfaty, certains médecins de notre étude étaient plus à l'aise que d'autres lors de leur examen clinique de l'épaule. Beaucoup de médecins disaient culpabiliser de ne pas réaliser un examen clinique aussi complet que les spécialistes. Ils regrettaient de ne pas toujours réaliser le testing de l'épaule qui leur avait été appris lors de leur formation initiale ou de leur formation médicale continue. Ceux qui avaient le moins confiance en leur examen expliquaient éprouver des **difficultés à retenir** tous les tests, que l'examen de l'épaule pouvait **demandeur beaucoup de temps** au cours de la consultation et que **l'intrication avec d'autres pathologies**, comme les atteintes cervicales, rendait **l'interprétation difficile**. Ces points apparaissaient déjà de la thèse de Q. Gauthey, réalisée auprès d'internes de médecine générale sur leur réalisation de l'examen clinique de l'épaule. Malgré des examens d'épaule satisfaisants, les internes expliquaient avoir des difficultés à en tirer des informations pertinentes pour l'élaboration de leur prise en charge. Une explication donnée dans ce travail est que la formation initiale de l'examen clinique de l'épaule est prodiguée par des chirurgiens orthopédiques, tôt au cours des études. L'examen clinique est alors abordé, et des cours pratiques sont parfois proposés, mais sans formation sur la démarche thérapeutique à adopter en fonction des résultats de cet examen (15).

Les médecins de notre étude adoptaient des **techniques de réassurance** : ils essayaient d'être très rigoureux et d'effectuer un examen standardisé afin de se souvenir au mieux des différents tests à réaliser. Les plus expérimentés expliquaient ne plus procéder ainsi.

Pour les médecins les plus à l'aise avec leur examen, les difficultés étaient de deux natures : le **manque de spécificité des tests** et les **épaules dégénératives**. Le manque de spécificité est un élément connu qui ressort de nombreux travaux réalisés par des orthopédistes, mais également des revues plus généralistes comme Prescrire (14,16,17). L. Favard et J. Beaudreuil proposaient des associations de tests pour en augmenter la spécificité. La revue Prescrire proposait de se contenter de 3 manœuvres pour tester l'épaule : l'arc douloureux, le test du rappel automatique en rotation externe, et le test du rappel automatique en rotation interne. Quant aux épaules dégénératives, elles posaient le problème de présenter des anomalies à l'examen sans savoir si elles étaient responsables de la symptomatologie actuelle.

Un grand nombre de médecins admettaient que leur examen clinique leur servait plus à **éliminer des diagnostics différentiels** qu'à élaborer un diagnostic précis. Ils déclaraient avoir la même prise en charge ensuite : la prescription de médicaments et d'examens complémentaires semblait systématique quels que soit les résultats de l'examen clinique. T. Mariasiewicz retrouvait dans son étude que 30% des médecins généralistes ne cherchaient pas à faire un diagnostic lésionnel précis via leur examen clinique de l'épaule (13).

(3) Examens complémentaires

La plupart des médecins généralistes prescrivaient systématiquement des **radiographies et une échographie** de l'épaule à leurs patients, d'autant plus s'il y avait un contexte de traumatisme. Dans son étude, T. Mariasiewicz retrouvait que 71% des médecins généralistes réalisaient des examens complémentaires en première intention (13). Dans notre étude, les médecins généralistes réalisaient ces examens complémentaires pour différentes raisons : manque de confiance en leur examen clinique et nécessité de poser un diagnostic sur cette douleur d'épaule.

Au-delà du diagnostic, certains médecins généralistes cherchaient également à **éliminer un diagnostic différentiel** pour permettre la réalisation de la kinésithérapie ou d'une infiltration. R. Serfaty avait également retrouvé ce raisonnement (9). Une rupture de coiffe importante pouvait être une contre-indication à la kinésithérapie ou une infiltration. Une calcification pouvait contre-indiquer la réalisation d'une infiltration au cabinet médical quand les médecins les réalisaient eux même, ou au contraire motiver une ponction-lavage-aspiration par un spécialiste. Il existait une peur de réaliser une **erreur médicale** en proposant un traitement sans avoir effectué d'imagerie auparavant.

Les **recommandations** de la HAS de 2005 conseillent de réaliser en priorité des radiographies de l'épaule, et de réaliser l'échographie en cas de suspicion de rupture transfixiante ou en cas de doute (5). Les recommandations étrangères conseillent d'attendre 2 à 6 semaines de traitement efficace avant de réaliser ces examens complémentaires (11). Une étude récente explorait l'intérêt de l'échographie en comparant deux groupes de patients ayant des symptômes en faveur d'une pathologie de la coiffe et suivant un programme de rééducation, l'un des groupes ayant réalisé une échographie auparavant et l'autre non. Les résultats montraient une absence de différence de l'évolution à 6 mois entre les 2 groupes, mais une moins bonne évolution à 6 semaines pour le groupe ayant eu une échographie. Il fallait prendre des précautions sur ce dernier résultat, car le groupe ayant réalisé l'échographie pouvait l'avoir réalisée devant des signes cliniques plus importants (18).

Quelques médecins de notre étude expliquaient prescrire des **IRM d'épaule** en première intention auparavant, mais en raison **de difficulté d'accessibilité à l'IRM**, ils avaient modifié leur pratique. En effet, les délais d'IRM dans le Cher sont importants : 4 à 6 semaines. Cet examen n'est pas proposé en première intention dans les recommandations françaises (5). Elle est surtout conseillée dans des situations de douleurs persistantes ou atypiques, ou en vue d'un geste chirurgical. Les recommandations australiennes conseillent de réaliser une IRM en première intention dans les atteintes de la coiffe chez les **patients actifs**. Ils ne proposent l'échographie d'épaule qu'en cas de contre-indication à l'IRM ou d'impossibilité de la réaliser rapidement (11).

Plusieurs médecins expliquaient ne jamais prescrire d'**arthroscanner**, certains n'en prescrivaient que sur les conseils d'un spécialiste. L'un des freins à sa réalisation était l'aspect invasif de l'examen, ce que de nombreux médecins soulignaient. D'autres admettaient ne pas en connaître l'indication ou ne pas connaître la différence avec les IRM de l'épaule. Concernant ce point, les études qui comparaient les 2 examens d'imageries avaient essentiellement été réalisées afin d'évaluer l'importance d'une rupture de coiffe. Ces études étaient réalisées par des chirurgiens orthopédiques afin de discuter d'une indication chirurgicale (19). L'IRM semblait indiquée afin d'évaluer une rupture partielle superficielle quand l'arthroscanner avait un intérêt dans les ruptures partielles profondes, et dans l'exploration des atteintes labrales, sur des terrains d'épaules instables.

Ainsi l'arthroscanner ne semble pas indiqué dans une prise en charge de premier recours par les médecins généralistes mais à réserver aux chirurgiens, en cas de discussion d'un geste chirurgical. C'était ce qu'une partie des médecins de notre étude faisaient : ils laissaient le soin au spécialiste de prescrire une IRM ou un arthroscanner. Il arrivait en cas de sentiment d'urgence, que certains médecins appellent les spécialistes pour leur demander l'examen qu'ils désiraient.

(4) Raisonement diagnostic

❖ Compréhension de l'épaule

Un frein à la prise en charge diagnostique des épaules douloureuses était la **compréhension de l'épaule**. L'épaule était jugée comme l'articulation la plus compliquée à comprendre et à examiner du corps humain. R. Serfaty avait évoqué cette complexité de l'épaule comme un vecteur d'incertitude (9). Ce constat avait également été fait par C. Cleopax dans sa thèse sur l'élaboration d'un référentiel de prise en charge de l'épaule douloureuse chronique. Les médecins généralistes plaçaient l'épaule devant le genou et le rachis dans la

difficulté à examiner et à prendre en charge de façon chronique (20). M. Gedda soulignait l'aspect complexe de l'épaule dans son article dans « Kinésithérapie, la Revue », illustrant ainsi que la difficulté de compréhension n'est pas propre aux médecins généralistes mais à toutes les professions médicales et paramédicales (21).

Certains déclaraient avoir des soucis pour se rappeler leur anatomie, d'autres qu'elle ne leur servait pas beaucoup car ils avaient désormais une prise en charge pragmatique. Cela pouvait expliquer que l'approche centrée patient prenait le pas sur l'approche biomédicale chez de nombreux médecins interrogés. L'absence de recommandations claires semblait un autre facteur favorisant.

❖ Diversités étiologiques des douleurs d'épaule chroniques

La difficulté de compréhension des médecins se voyait majorée par le nombre et la **diversité des pathologies responsables de douleurs d'épaule**. Les nombreuses pathologies de l'épaule en elle-même, qui parfois s'intriquaient, rendaient le diagnostic compliqué. Les médecins décrivaient les habituelles tendinopathies de la coiffe, calcifiée ou non, rompue ou non. Mais ils évoquaient également les capsulites, les tendinites du long biceps, les omarthroses, les arthropathies acromio-claviculaires, ainsi que des diagnostics plus rares comme les épaules instables et atteintes labrales. Nombreux étaient ceux qui retrouvaient plusieurs étiologies intriquées, que ce soit à l'examen clinique ou aux examens complémentaires. Cette variété de lésions de l'épaule était mentionnée par M. Gedda dans son article (21).

Les **pathologies du rachis cervical** pouvaient également être responsables de douleurs de l'épaule, et parfois être associées à une pathologie de l'épaule. Les médecins retrouvaient fréquemment des contractures des trapèzes qui perturbaient les examens cliniques. Cette intrication avec ces problématiques est connue. Elle a été récemment décrite par G. Huchin dans sa thèse sur l'intérêt de la médecine manuelle ostéopathique dans l'examen clinique de l'épaule douloureuse chronique. Il retrouvait une forte prévalence de cervicalgies et d'atteintes des trapèzes dans son échantillon de patients présentant des épaules douloureuses chroniques (22).

Aux pathologies de l'épaule et du rachis cervical s'ajoutaient les **pathologies viscérales** responsables de douleur d'épaule, comme les cancers, les embolies pulmonaires, les pneumothorax. Même si elles étaient rares, certains médecins de l'étude en avaient déjà rencontrées et les gardaient à l'esprit.

La **fréquence de la pathologie d'épaule** semblait compliquer la prise en charge. T. Mariasiewicz retrouvait que 90% des médecins généralistes de son étude avaient plus de 5 consultations par mois pour une douleur d'épaule. 24% avaient même plus de 10 consultations par mois pour ce motif (13). Comme le soulignaient certains médecins de notre étude, cela dépend de la patientèle des médecins généralistes. Les médecins ayant une patientèle active sur un bassin industriel voyaient plus souvent des épaules douloureuses qu'un médecin ayant une patientèle pédiatrique ou gynécologique.

Comme évoqué plus haut, le contexte des **épaules dégénératives** posait également des problèmes aux médecins. Beaucoup d'entre eux déclaraient retrouver fréquemment des ruptures de la coiffe des rotateurs chez les patients âgés, généralement anciennes et asymptomatiques jusqu'alors. Ils avaient l'impression que les symptômes actuels n'étaient pas forcément en rapport avec cette rupture. Cet aspect asymptomatique des ruptures de coiffe a pu être décrit par T. Neel et T. Thomas dans leur article sur l'évolution naturelle des ruptures de coiffe (23).

Les médecins interrogés exprimaient une difficulté supplémentaire : de nombreux patients présentaient une **dissociation radio-clinique**.

Parfois **aucun diagnostic** clair n'était retrouvé. Les médecins s'attachaient alors plus aux conséquences de la pathologie sur la qualité de vie et sur les contraintes professionnelles pour proposer une prise en charge.

b) Prise en charge thérapeutique

(1) Elaboration du plan de soin

La prise en charge thérapeutique initiale reposait sur plusieurs éléments : le repos, un traitement médicamenteux et de la kinésithérapie. Seuls quelques médecins soulignaient **l'importance d'avoir un diagnostic** pour organiser la prise en charge initiale. Ils différenciaient par exemple la prise en charge d'une tendinopathie de la coiffe d'une capsulite ou d'une arthropathie acromio-claviculaire. Pour les autres, ils admettaient que les prises en charge restaient de leur point de vue les mêmes.

Un certain nombre de médecins avait leur propre **arbre décisionnel** pour décider de leur prise en charge. Les médecins expliquaient l'avoir développé grâce à leur expérience et à des Formations Médicales Continues. Cet arbre décisionnel était généralement basé sur le diagnostic retrouvé et le profil du patient. Les **diagnostics** qui pouvaient modifier la prise en charge étaient : tendinopathie rompue, tendinopathie calcifiée, capsulite, tendinopathie du long biceps. Le **profil** faisait référence à l'âge, l'activité professionnelle et aux antécédents. Ces

caractéristiques étaient répertoriées dans les tableaux de la Guidelines for Rotator Cuff Syndrome (11).

De nombreux médecins soulignaient le **manque de recommandations** et d'indications claires concernant les thérapeutiques à proposer dans les épaules douloureuses chroniques. Les recommandations de l'HAS datent de 2005, et restent peu précises quant aux indications des différentes thérapeutiques. Le traitement conseillé en première intention, que ce soit pour une tendinopathie non rompue, calcifiante ou avec rupture est le même : le traitement médical. Ce traitement consiste en des antalgiques, des anti-inflammatoires et des infiltrations cortisoniques sous acromiales. La kinésithérapie n'est évoquée dans ces recommandations qu'en une phrase : « La kinésithérapie est axée sur la récupération et l'entretien des amplitudes articulaires ainsi que sur l'utilisation du capital musculaire ». Un avis chirurgical ne doit être proposé qu'en seconde intention après l'échec d'un traitement médical. Aucune différence n'est faite entre une rupture partielle et une rupture complète. Aucun arbre décisionnel n'est proposé. Le repos, l'importance de la prise en charge pluridisciplinaire, le rôle des rhumatologues et de la médecine du travail ne sont pas évoqués (5). Des travaux comme ceux de P. Goupille et al. ont pourtant proposé des stratégies adaptées à des pathologies particulières comme la rupture partielle de la coiffe des rotateurs (24). E. Noël a quant à lui proposé une prise en charge des tendinopathies calcifiantes de l'épaule (25).

(2) Repos

Même si tous les médecins ne l'ont pas évoqué, le repos semblait l'un des principaux traitements des épaules douloureuses chroniques. Pour certains, cela passait par un arrêt de travail. Cela pouvait aussi consister au fait de se ménager : de nombreux médecins soulignaient leur difficulté à faire comprendre ce point au patient. Le repos était le seul élément où les médecins évoquaient **des problèmes d'observance**.

En matière de repos, quelques médecins proposaient une **immobilisation de l'épaule**. Cette pratique avait également été retrouvée dans la thèse de E Senechal Gala, chez un faible nombre de médecins (26).

Dans leurs recommandations pour les lésions de la coiffe des rotateurs, Gallner et al. ne conseillaient pas l'immobilisation. Ils insistaient sur l'importance **d'interrompre le mouvement nocif** pour la coiffe, et d'essayer de le corriger ou de l'adapter (27). Cette correction des mouvements en cause, ainsi que l'explication des mouvements à éviter avaient été évoquées par plusieurs médecins de notre étude.

C. Mitchell insiste dans sa prise en charge de l'épaule douloureuse sur l'intérêt de **reprendre rapidement les activités domestiques** dans les limites de la douleur. Leur poursuite permettrait une récupération plus rapide et un retour au travail plus précoce (28).

(3) Traitements médicamenteux

❖ Prescription Initiale

La prescription initiale ne posait pas de problème particulier aux médecins.

La plupart des médecins proposaient des antalgiques associés à des anti-inflammatoires en première intention. Ces prescriptions pouvaient être adaptées aux **antécédents et expériences du patient**, mais rarement à la pathologie de l'épaule en elle-même.

La majorité des médecins prescrivaient de façon quasi-**systématique** les **anti-inflammatoires**. Certains médecins pouvaient parfois les prescrire sur des tableaux spécifiques, comme des bursites importantes ou une douleur aiguë. A l'inverse, certains médecins ne prescrivaient pas d'anti-inflammatoire sur des douleurs d'arthrose.

Les **antalgiques de palier 2** voire de palier 3 étaient surtout proposés par les médecins qui exploraient le plus les conséquences de la douleur sur la qualité de vie lors de l'interrogatoire.

Les **recommandations de l'HAS** restent peu précises concernant les traitements médicamenteux : les antalgiques et les anti-inflammatoires peuvent être proposés en première intention (5). Dans leur recommandation de prise en charge médicamenteuse des lésions de la coiffe des rotateurs, Ballner et al. conseillent les anti-inflammatoires sur des durées courtes. Leur prescription se justifierait par son effet antalgique plus que par son effet anti-inflammatoire. Il était rappelé que l'objectif de l'antalgie est également de permettre au patient d'accéder à la rééducation fonctionnelle, et ainsi traiter la cause (27).

Les **myorelaxants** avaient été évoqués par quelques médecins. Ils pourraient être utiles en cas de contracture musculaire associée, susceptible d'accentuer les phénomènes douloureux et de ralentir le travail de rééducation (27).

Certains médecins prescrivaient parfois des **benzodiazépines**, sur des terrains anxieux ou des douleurs insomniantes. Aucune étude n'a exploré leur efficacité dans les pathologies de l'épaule, mais leur prescription dans les contextes spécifiques évoqués précédemment semblerait logique.

Les **corticoïdes** ont pu être évoqués par certains médecins de notre étude. Ces derniers précisait qu'ils les réservaient surtout aux tableaux évocateurs de névralgies cervico-brachiales. Selon les recommandations, la corticothérapie à fortes doses pendant 2 à 3 semaines sont le traitement de seconde intention dans les névralgies cervico-brachiales (29). Dans les tendinopathies de l'épaule, la corticothérapie est déconseillée sauf cas exceptionnel, tel qu'un accès hyperalgique d'ordre microcristallin ou certains terrains allergiques (27).

❖ Adaptation du traitement

Les traitements médicamenteux pouvaient être adaptés lors de consultations de suivi, en fonction de l'efficacité des premiers traitements, rarement en fonction de la pathologie en elle-même.

Même si la gestion de la douleur semblait la priorité pour de nombreux médecins, certains admettaient ne pas prolonger les traitements antalgiques sur le long court. Ils avaient l'impression que ces traitements **n'étaient pas efficaces**, que ce soit sur la douleur ou sur la récupération. Aucun médecin n'expliquait les arrêter par peur d'une accoutumance. Aucun médecin n'a évoqué de problématique d'observance. La problématique de l'efficacité des traitements dans les douleurs d'épaule avait été mentionnée par les médecins de l'étude de R. Serfaty (9).

Quelques médecins proposaient de la **mésothérapie** à leurs patients. Ils en proposaient sur des tableaux très inflammatoires et très douloureux. Certains la réalisaient eux-mêmes. D'autres adressaient à un rhumatologue qui avait des délais courts. La mésothérapie pouvait être proposée dans des situations de refus d'infiltration ou de chirurgie par les patients, la mésothérapie semblant moins invasive.

Il arrivait que des traitements **anti-dépresseurs** soient proposés dans un second temps. Il n'avait pas pour objectif le traitement de la pathologie de l'épaule mais une de ses conséquences : des syndromes anxiodépressifs pouvaient survenir dans le cadre d'une pathologie qui se poursuivait. Ces conséquences psychologiques seront évoquées plus loin.

(4) Kinésithérapie

Les médecins prescrivaient très facilement de la kinésithérapie, sans avoir forcément de diagnostic ou le résultat des examens complémentaires. Ils prenaient en compte le **profil** des patients qu'ils allaient adresser au kinésithérapeute : certains jugeaient que la rééducation pouvait être très douloureuse et aggraver certaines situations, chez les personnes âgées par

exemple. Un seul médecin ne prescrivait jamais de kinésithérapie par manque de connaissance sur leur domaine d'action.

Certains réalisaient un courrier ou une ordonnance avec l'histoire de la maladie et le diagnostic suspecté. Mais peu de médecins précisait le **type de kinésithérapie** qu'ils attendaient. Un seul médecin expliquait adapter sa prescription de kinésithérapie aux pathologies retrouvées à l'examen clinique et aux examens complémentaires. Cet aspect de la prescription de kinésithérapie ne semble pas spécifique à l'épaule, comme l'illustre un état des lieux de la prescription de la masso-kinésithérapie par les médecins généralistes. Cet état des lieux a été réalisé par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Quelle que soit la pathologie, les médecins généralistes de cette étude reconnaissaient une grande **variation dans leur prescription** de kinésithérapie. Le diagnostic précis n'était pas toujours cité sur l'ordonnance, le profil du patient était parfois évoqué. Certains médecins précisait le type de kinésithérapie désirée, comme un faible nombre de médecins de notre étude (30).

Les médecins généralistes faisaient confiance aux kinésithérapeutes. Même si un grand nombre trouvait que la prise en charge **prenait du temps**, ils appréciaient le fait que le kinésithérapeute réalise un **suivi régulier**, passant plus de temps avec le patient et son épaule qu'eux.

Ainsi de nombreux médecins regrettaient de ne **pas avoir de retour** sur ce que les kinésithérapeutes pensaient de la pathologie de l'épaule, de l'évolution et de la part psychologique de cette douleur. Un décret du 27 juin 2000 a pourtant eu pour objet l'obligation pour le kinésithérapeute d'adresser son bilan initial au prescripteur (30). E. Delauney a réalisé une étude qualitative auprès de kinésithérapeutes de la région de Nantes, afin d'explorer leurs échanges avec les médecins généralistes. La plupart des kinésithérapeutes de l'étude avaient connaissance du décret et réalisaient le bilan initial, mais ne l'adressaient pas aux médecins : « ressenti d'un manque d'intérêt des médecins », « impression de faire perdre du temps au médecin » (31).

Certains médecins aimeraient également savoir si le kinésithérapeute est à l'aise avec les pathologies de l'épaule ou savoir ce qu'ils font, soulignant ainsi le manque d'informations données lors de la formation initiale des jeunes médecins sur les principes de la kinésithérapie. L'état des lieux de la prescription de masso-kinésithérapie cité plus haut évoquait cette **méconnaissance de la rééducation** par les médecins généralistes. Elle l'expliquait par l'**ignorance théorique** liée à l'absence de formation initiale en la matière. Mais elle décrivait

également une **ignorance pratique** liée à l'éloignement d'un champ de pratique qui est étranger aux médecins généralistes (30).

E. Delauney retrouvait dans son travail cette idée d'une meilleure formation des médecins sur la kinésithérapie. Les kinésithérapeutes interrogés proposaient des formations communes, notamment afin d'avoir des prises en charge communes pour les pathologies les plus fréquentes. Plusieurs kinésithérapeutes soulignaient qu'une amélioration de l'image de la kinésithérapie semblait nécessaire pour une amélioration des échanges. La dernière idée proposée par les kinésithérapeutes était un regroupement des médecins avec les kinésithérapeutes pour partager un projet de soins commun centré sur le patient (31).

Cette idée de regroupement était retrouvée chez les médecins qui travaillaient dans la même structure que les kinésithérapeutes ou sur un même secteur. Ils soulignaient **l'importance de ces retours**, qu'ils avaient soit de vive voix, soit par l'échange de messages textes (textos). F. Abramovici et al. soulignaient ce point dans leur article sur l'émergence des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP). Ces dernières permettent une meilleure coopération entre professionnels, une prise en charge des patients globale, ainsi que la possibilité de mettre en place des protocoles communs (32).

Pour ces médecins, la principale difficulté était finalement les **délais des kinésithérapeutes**. Cette problématique de délais prenait une importance cruciale lorsqu'il existait un arrêt de travail : certains médecins étaient amenés à appeler les kinésithérapeutes qu'ils connaissaient pour accélérer la prise en charge.

La plupart des médecins trouvaient la kinésithérapie **efficace**. Certains exprimaient des doutes quant à l'efficacité de la rééducation dans certaines situations, comme l'arthrose, et ne la considéraient que comme un traitement de seconde intention. D'autres avaient l'impression qu'il pouvait s'agir d'une perte de temps.

De nombreux médecins ont insisté sur les **représentations des patients** concernant la rééducation : pour certains patients, la rééducation n'était pas la réponse qu'ils attendaient à leur douleur, car ils souhaitaient un traitement plus rapide et efficace. Certains patients ne considéraient pas forcément la kinésithérapie comme partie intégrante de la prise en charge.

(5) Infiltration

Les médecins ne proposaient jamais d'infiltration en première intention. Il leur arrivait de proposer une infiltration dans un second temps lorsqu'une douleur persistait. L'objectif était de soulager les patients, mais également de permettre la kinésithérapie. L'infiltration pouvait

parfois être proposée dans des indications précises comme une **calcification**. Un seul médecin a évoqué la possibilité de réaliser une infiltration dans une **capsulite**.

La principale crainte rencontrée par les médecins de l'étude était la **présence de contre-indication**. Elles pouvaient être propres à la pathologie de l'épaule, comme un aspect inflammatoire ou une rupture tendineuse importante, ou bien propre au patient, comme un risque de décompensation d'un diabète ou une hypertension artérielle. Cette appréhension de faire une erreur médicale semblait importante pour certains médecins.

Les infiltrations pouvaient être réalisées par les rhumatologues, les radiologues, le médecin du sport ou par le médecin généraliste lui-même. Dans l'étude de T. Mariasewez, les médecins généralistes qui voulaient réaliser une infiltration adressaient pour 56% aux rhumatologues, 39% les réalisaient eux-mêmes, le reste adressait aux radiologues (13).

Le **rhumatologue** pouvait être sollicité par les médecins généralistes qui doutaient de leur diagnostic ou de l'indication de l'infiltration. Mais cette procédure posait un **problème d'accessibilité** : les délais chez les rhumatologues étaient très importants (entre 3 et 6 mois), et le tri effectué par une infirmière d'accueil ne semblait pas convenir à tous les médecins.

Les médecins généralistes se tournaient donc vers le **médecin du sport et les radiologues** pour effectuer leurs infiltrations. Cela avait pour avantage une rapidité et une simplicité de réalisation. Certains médecins déclaraient avoir des protocoles avec des cabinets de radiologie pour simplifier le parcours du patient. Les radiologues pouvaient réaliser les infiltrations sous scopie ou sous échographie, ce que les médecins généralistes semblaient valoriser.

Pour les mêmes raisons d'accessibilité et de simplicité, certains médecins réalisaient des **infiltrations eux-mêmes, au cabinet médical**. A. Benoit retrouvait dans sa thèse explorant la pratique des infiltrations en médecine générale que l'épaule était l'articulation la plus infiltrée. Elle devançait le poignet, le genou et le coude (33). Leur principale difficulté semblait être les conditions d'asepsie, qui paraissaient surmontées par une organisation stricte. Dans la thèse quantitative de E. Sénéchal Gala explorant la prise en charge des épaules douloureuses chroniques par les médecins généralistes du Morbihan, seuls 6.3% de médecins généralistes du Morbihan réalisaient des infiltrations au cabinet médical (26), bien loin des 39% de T. Mariasewez en Seine et Marne, étude réalisée auprès de maîtres de stage universitaires (13). Même si notre échantillon n'est pas représentatif de tous les médecins généralistes du Cher, on peut imaginer que la proportion dans le Cher doit se situer entre ces 2 études.

De nombreux médecins rapportaient des situations où les **patients refusaient les infiltrations**, l'expliquant par la peur de la douleur ou des piqûres. J. Petit explorait dans son étude de 2015 les croyances et connaissances de patients de médecine générale avant et après avoir réalisé une infiltration. Les connaissances des patients concernant l'infiltration en elle-même semblaient faibles, mais ils n'exprimaient pas de besoin en ce sens : ils n'étaient pas demandeurs de plus d'explications et faisaient globalement confiance à leur médecin généraliste. Leur principale préoccupation était la douleur lors du geste (34).

Plusieurs médecins soulignaient l'aspect invasif et non anodin, démontrant l'importance des représentations des médecins eux-mêmes dans leur choix.

(6) Recours aux spécialistes

❖ Rhumatologues

Les rhumatologues pouvaient être sollicités dans différentes situations : tableau atypique et persistant sans indication chirurgicale, tableau évocateur d'une maladie inflammatoire, réalisation d'une infiltration ou d'une ponction-lavage de calcification. Un médecin expliquait adresser au rhumatologue en cas de dossier de maladie professionnelle, afin d'avoir un courrier détaillé pour documenter le dossier.

Les principales attentes des médecins généralistes vis-à-vis des rhumatologues étaient de confirmer le diagnostic émis, et de proposer une prise en charge plus globale ou une alternative.

E. Senechal Gala retrouvait que le rhumatologue était le premier spécialiste consulté en cas de douleur d'épaule douloureuse chronique dans le Morbihan (26).

La principale difficulté sur le **secteur de Bourges** était les délais de rendez-vous. Ces délais pouvaient être de 6 mois et modifiaient les habitudes des médecins généralistes. En comparant les données du Conseil de l'Ordre des Médecins entre 2008 et 2018, on voit que le nombre de rhumatologues est passé de 7 à 5 (35,36).

Plusieurs médecins évoquaient également la procédure de tri mise en place par ISOA 18 : pour certains médecins, cela pouvait être un frein pour leur adresser des patients. Un élément favorisant était la présence d'un interne de rhumatologie, qui pouvait voir les patients beaucoup plus rapidement.

Sur le **secteur de Vierzon**, cette problématique de délai semblait moins ressentie, les rhumatologues étant encore assez nombreux sur le secteur.

Aucun médecin n'avait sollicité les rhumatologues de l'hôpital de Bourges.

Quelques médecins trouvaient que la prise en charge des rhumatologues restait proche de la leur.

Ce ressenti associé aux problèmes d'accessibilité a amené la plupart des médecins à **changer leurs habitudes**, et adresser moins souvent au rhumatologue. C'était le cas notamment des médecins installés depuis le plus longtemps, qui admettaient moins adresser au rhumatologue qu'avant.

Un facteur pouvait amener à consulter plus facilement les rhumatologues : les **habitudes médicales des patients**. Si ces derniers étaient déjà suivis par un rhumatologue, son médecin généraliste pouvait être amené à l'y adresser plus facilement.

❖ Orthopédistes

Les orthopédistes pouvaient être sollicités lorsque les médecins suspectaient une indication chirurgicale. Ce pouvait être le cas d'une rupture de la coiffe des rotateurs, constatée à l'échographie. Mais ils pouvaient également être sollicités en cas de traumatisme, de contexte d'instabilité ou d'omarthrose. En dehors des indications chirurgicales, certains médecins adressaient devant des capsulites mais également des tableaux complexes. Les **attentes** étaient nombreuses : avoir un diagnostic précis, conforter l'avis du médecin, poser ou non l'indication chirurgicale, ou encore proposer une prise en charge globale et un suivi. Il pouvait aussi s'agir de rassurer le patient. Ces différents critères amenant à demander un avis chirurgical sont en accord avec ceux retrouvés par E. Senechal Gala. Un élément de son travail n'a pas été retrouvé dans notre étude : le fait que les médecins qui exerçaient en secteur urbain faisaient plus facilement appel aux spécialistes (26).

Certains médecins, notamment ceux qui travaillaient seuls, soulignaient l'importance d'avoir un **avis extérieur** sur la prise en charge qu'ils proposaient. Cela pouvait permettre de conforter le médecin dans sa prise en charge, ou proposer une alternative à laquelle le médecin généraliste n'aurait pas pensé. Un médecin insistait sur l'intérêt de mettre à distance les problématiques personnelles et professionnelles qui modifiaient son point de vue. L'avis du chirurgien pouvait permettre de se focaliser sur l'épaule uniquement.

Le principal interlocuteur dans le Cher était le Dr Balestro, qui était spécialisé dans les pathologies de l'épaule. Certains médecins pratiquant sur des secteurs plus éloignés de Bourges pouvaient adresser à d'autres chirurgiens, à Vierzon par exemple, mais aussi en dehors du département, comme à Tours, Orléans ou Nevers. Cela pouvait être lié au réseau professionnel des médecins.

L'accessibilité était plutôt bonne : les délais de rendez-vous chez le Dr Balestro par exemple étaient courts. Plusieurs médecins expliquaient que la distance n'était pas un frein pour un rendez-vous chez un spécialiste : un patient préférerait faire 1 heure de voiture plutôt que d'attendre 6 mois pour avoir un rendez-vous.

Ainsi l'arrivée du Dr Balestro il y a quelques années, sa disponibilité, le nombre d'orthopédistes disponibles aux alentours et les délais importants chez les rhumatologues avaient amené les médecins généralistes à changer leurs habitudes. Alors qu'ils adressaient préférentiellement au rhumatologue avant l'arrivée du Dr Balestro, leur parcours de soin semble désormais préférer les orthopédistes.

Adresser un patient n'était donc pas une difficulté pour les médecins de notre étude. Il existait deux difficultés peu contraignantes. La première était l'interrogation entourant les ruptures de coiffe : **doit-on adresser d'office au chirurgien une rupture de coiffe transfixiante ?** Les recommandations de la HAS conseillent un traitement médical pendant 6 mois, et d'adresser ensuite au chirurgien orthopédiste pour discuter de l'indication chirurgicale (5). L'interrogation sur l'intérêt d'adresser rapidement au chirurgien amenait à la seconde difficulté : la **peur d'adresser le patient trop tard** et qu'un geste chirurgical ne soit plus envisageable. Ce qui impliquerait une **perte de chance**. En effet, une coiffe des rotateurs rompue pouvait évoluer vers une infiltration graisseuse et l'atrophie musculaire, contre indiquant un geste chirurgical (23).

Ce questionnement ne semble pas propre aux médecins généralistes. Les chirurgiens orthopédistes semblent également s'interroger sur le fait de réparer les ruptures de coiffe des rotateurs, comme l'illustre la thèse de C. Dezaly. Il s'interroge sur l'intérêt de réparer les ruptures de la coiffe des rotateurs en comparant un groupe opéré d'une acromioplastie à un second groupe opéré d'une acromioplastie et d'une réparation de la coiffe (37).

La chirurgie semblait perçue comme très efficace par les médecins interrogés. Elle semblait dans certains cas la meilleure, parfois même l'unique solution. Plusieurs médecins révélaient qu'ils trouvaient les situations plus simples lorsque les patients étaient opérés. Lorsqu'ils ne l'étaient pas, les médecins pouvaient avoir l'impression que les situations s'éternisaient.

Ce ressenti d'**impuissance** s'illustre aussi lorsque les **patients étaient récusés de la chirurgie**, soit du fait de leurs antécédents contre-indiquant la chirurgie ou l'anesthésie, soit parce que la pathologie de l'épaule ne relevait pas d'une chirurgie. C'était le cas de ruptures tendineuses anciennes, avec rétraction musculaire qui ne pouvaient pas être réparées et pour

lesquelles une prothèse paraissait trop précoce. Dans ces situations, les médecins généralistes avaient l'impression d'être en échec. Certains ne comprenaient pas pourquoi il était décidé de « laisser un patient souffrir pendant des années pour finalement l'opérer des années plus tard d'une prothèse », « l'ayant ainsi handicapé plusieurs années de sa vie ».

Pourtant plusieurs travaux ont été réalisés chez des patients non opérés de la coiffe, et ont montré de bons résultats. Ghroubi et al. ont évalué le devenir fonctionnel et la qualité de vie des ruptures de la coiffe non opérées. Les patients étaient réévalués plusieurs années après le début de la rééducation (quatre à douze ans). Les EVA douleur moyenne au repos et à l'effort avaient diminué. Les scores explorant la qualité de vie et les capacités fonctionnelles s'étaient améliorés. Il faut tout de même souligner que ces résultats n'ont pas été comparés à ceux de patients opérés, les auteurs le justifiant par les profils de leur échantillon difficilement comparable (38). Collin et al. ont évalué en 2014 l'efficacité d'un programme de rééducation spécifique dans le cas de rupture de coiffe massive. Ils s'attachaient notamment à explorer quelles atteintes musculaires récupéreraient le mieux avec une rééducation. La conclusion était que les ruptures situées en postérieur et concernant moins de 3 tendons avaient de grandes chances de récupération (39).

Ces données étaient plutôt encourageantes pour une récupération des capacités fonctionnelles et de la diminution de la douleur pour les ruptures massives grâce à une rééducation intensive. Le sentiment d'impuissance des médecins était donc probablement lié au manque de connaissance concernant la kinésithérapie, évoqué plus haut.

❖ Médecin du Sport

Le médecin du sport était généralement sollicité pour la réalisation **d'infiltrations**. Les médecins généralistes pouvaient lui adresser des patients sportifs, mais plus souvent pour des problèmes de genoux que d'épaule. Sa proximité avec les chirurgiens orthopédiques était soulignée par certains médecins généralistes, qui profitaient de ce lien pour demander des avis.

Certains médecins admettaient ne **jamais le solliciter**, expliquant avoir comme principaux interlocuteurs les chirurgiens orthopédistes, voire les cabinets de radiologie pour la réalisation d'infiltrations.

❖ Médecine fonctionnelle

Certains médecins ont évoqué les **centres de rééducation** parmi les spécialistes intervenant dans les pathologies de l'épaule.

Il existait un centre de rééducation près de Bourges qui réalisait de la rééducation d'épaule, dans la clinique dans laquelle exerçait le chirurgien Dr Balestro. D'autres centres de rééducation étaient mentionnés, comme le centre d'Issoudun dans l'Indre, ou celui de Cosne sur Loire, dans la Nièvre. Certains ont évoqué le service de Médecine Fonctionnelle du Pr Fouquet au CHU de Tours.

Cette démarche concernait surtout les **patients jeunes**, notamment lorsqu'une récupération rapide était souhaitée, en raison d'arrêts de travail par exemple. Elle pouvait être proposée par les spécialistes, parfois même spontanément par les patients, rarement par les médecins généralistes eux-mêmes.

Les objectifs étaient d'avoir une **prise en charge globale** et intensive du patient. La possibilité d'une prise en charge pluridisciplinaire avec des ergothérapeutes, des psychologues et des médecins rééducateurs était soulignée. Les patients pouvaient avoir l'impression d'être mieux pris en charge. Cela pouvait aussi permettre un relai lorsque la situation devenait compliquée à gérer par le médecin généraliste.

L'aspect **pluridisciplinaire** était constaté dans le travail de B. Fouquet, qui associe dans des situations de capsulites une rééducation intensive à des gestes de rhumatologie comme des arthrodistensions et des infiltrations (40).

Une revue de la littérature réalisée par la revue Cochrane concluait sur un faible niveau de preuve quant à l'efficacité d'une **réadaptation biopsychosociale**, réalisée chez l'adulte en âge de travailler souffrant de l'épaule (41).

Les **freins** à cette prise en charge étaient le **nombre de places restreints** à ces programmes de rééducation, et l'**investissement financier** que le transport pouvait représenter pour les patients. Le faible nombre de centres de rééducation amenait à des trajets importants. La distance n'était pas un frein pour une consultation ponctuelle comme chez le spécialiste. Mais lorsque les trajets étaient quotidiens comme pour l'hôpital de jour, cela pouvait représenter des **dépenses conséquentes**. Elles l'étaient d'autant plus dans un contexte de perte de revenus liée à l'arrêt de l'activité professionnelle. Les situations d'accident de travail ou de maladie professionnelle ne présentaient pas ces difficultés.

❖ Centre anti-douleur

Même si la douleur chronique semblait au cœur de la prise en charge, le centre anti-douleur n'était sollicité que dans des situations spécifiques, comme des douleurs d'épaule s'intégrant dans des tableaux de fibromyalgie.

❖ Médecines alternatives et complémentaires

L'**ostéopathie** n'était pas proposée spontanément par les médecins. Seul un médecin pouvait proposer de consulter l'ostéopathe. La plupart des médecins se plaignaient du manque de connaissance de leur champ de compétence. Vincent et al. considèrent que l'ostéopathie peut être intéressante dans le traitement de la cervicalgie commune (42). Cette dernière étant régulièrement intriquée avec les douleurs d'épaule chronique, cela pourrait être un axe à explorer.

Un médecin pratiquait l'**homéopathie**, mais il expliquait que cette dernière n'avait pas vraiment sa place dans la pathologie de l'épaule.

Aucun médecin n'a évoqué l'**acupuncture**. Certaines revues étrangères comme la revue Cochrane évoquent la possibilité que son utilisation en complément de la prise en charge médicale habituelle puisse améliorer la douleur à court terme (43). Les Guidelines australiennes la proposent également associée à la kinésithérapie en première intention (11).

❖ Echanges avec les spécialistes

La plupart des échanges entre les médecins généralistes et les spécialistes se réalisait au travers de **courriers**.

Les médecins ayant un réseau professionnel assez important pouvaient **appeler** facilement leurs interlocuteurs habituels, pour avoir un avis dans des situations complexes, demander quel examen complémentaire ils désiraient ou essayer d'avoir des rendez-vous plus rapidement.

Les médecins les plus jeunes pouvaient échanger par **messages textes** (textos) avec les spécialistes qu'ils connaissaient. En effet, plusieurs médecins trouvaient les appels chronophages et énergivores.

Le fax et les mails semblaient peu utilisés. Certains médecins évoquaient aussi le fait que les patients eux-mêmes pouvaient effectuer ces retours. Ce que le spécialiste expliquait au patient était parfois plus intéressant que ce qui était inscrit dans le courrier. C'était le cas pour les radiologues notamment.

(7) Suivi médical

Les médecins étaient amenés à revoir régulièrement les patients. Il pouvait s'agir de renouveler ou adapter un traitement médicamenteux en fonction de son efficacité et de sa tolérance.

Les médecins les moins à l'aise avec leur examen clinique aimaient bien **réexaminer les patients** afin d'ajuster leur diagnostic en fonction de l'évolution.

Il pouvait aussi s'agir d'un moment pour refaire la **synthèse des différents éléments** de la prise en charge : résultats des examens complémentaires, efficacité de la kinésithérapie.

Cette étape de la prise en charge était rarement évoquée dans les études sur la prise en charge des épaules douloureuses chroniques en médecine générale. Les travaux de E. Senechal Gala, de C. Cleophax, de T. Mariasiewicz et R. Serfaty semblaient s'être focalisés sur les prises en charge diagnostiques et thérapeutiques initiales. Le suivi n'était pas abordé à proprement parler. Seuls les examens complémentaires ou avis spécialisés en deuxième intention avaient été cités (9,13,20,26).

2. *Prise en charge d'une pathologie devenue chronique*

Les médecins dans leur ensemble éprouvaient plus de **difficulté dans la prise en charge au long cours** que dans leur prise en charge initiale. Les douleurs d'épaule qui répondaient rapidement au traitement n'étaient pas ressenties comme difficiles. E. Senechal Gala dans son étude quantitative auprès de médecins généralistes ne retrouvait que 18.9% de réponses « oui » à la question « Rencontrez-vous des difficultés lors de la prise en charge d'un patient présentant une épaule douloureuse chronique ? » (26). Cela illustre probablement que même si elle n'est pas optimale, la prise en charge biomédicale n'est pas la partie la plus difficile à gérer pour le médecin.

Les différents entretiens de mon étude faisaient émerger les problématiques que l'on retrouve généralement dans les **maladies chroniques** : suivi au long cours, conséquences psycho-sociales, conséquences professionnelles.

Dans son plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, le ministère de la santé définissait les maladies chroniques comme « une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves » (44). Même si le pronostic vital n'était pas mis en jeu, et que les patients récupéraient la plupart du temps, les médecins rappelaient que les **conséquences** d'une épaule douloureuse chronique pouvaient être **importantes et invalidantes**.

Alors que la prise en charge biomédicale faisait surtout appel à la fonction technique et scientifique du médecin, cette prise en charge au long cours fait plutôt appel à la **fonction d'accompagnement**. Cette fonction d'accompagnement est jugée comme étant la « part d'humanité » du médecin par I. Molley-Massol (45).

a) *Evolution chronique de la pathologie*

De nombreux médecins s'interrogeaient sur l'**aspect aléatoire de l'évolution** d'une pathologie de l'épaule. Ils ressentaient des difficultés à identifier quels patients évolueraient vers une pathologie chronique.

Certains médecins soulignaient que cette évolution n'était pas forcément fonction du type de lésion dont le patient souffrait, et que d'autres facteurs intervenaient. En première ligne, on retrouvait le vécu de la pathologie chronique par le patient.

b) *Vécu d'une maladie chronique*

(1) *Vécu de la douleur chronique*

La douleur présente une dimension sensorielle liée à la lésion, mais également une dimension émotionnelle (46). Une douleur chronique est ainsi teintée par l'ensemble des vécus qui entourent cette douleur. C'est ce que les médecins décrivaient pour la plupart. Certains patients pouvaient se fixer sur leur douleur quand d'autres pouvaient l'accepter.

Le vécu des douleurs d'épaule chronique pouvait être comparé au vécu des lombalgies chroniques, décrit dans l'article de V. Foltz, F. Laroche et A. Dupeyron. La douleur initiale entraîne des **modifications de comportement**, des « **représentations catastrophiques** » et des **conduites d'évitement**. Les médecins interrogés mentionnaient certains comportements retrouvés dans les lombalgies chroniques, communs aux douleurs chroniques (*Tableau 1*) (47).

Tableau 1

Exemples de cognitions dites « dysfonctionnelles » que l'on peut détecter lors des entretiens avec les patients lombalgiques chroniques.

Catastrophisme ou dramatisation	« Je ne m'en sortirai jamais »
Surgénéralisation	« Depuis que j'ai mal, ma vie est fichue »
Abstraction sélective	« Le chirurgien m'a dit beaucoup de choses, mais ce que j'ai retenu, c'est que ma situation est préoccupante, et je ne me souviens même plus du reste de la consultation »
Personnalisation	« C'est de ma faute si j'ai mal au dos »
Raisonnement dichotomique	« Aucun traitement n'est efficace »
Minimalisation du positif/maximalisation du négatif	« D'accord, je marche mieux ; mais avant je courais »
Inférence arbitraire ou conclusion sans preuve	« Je n'arrive plus à fermer l'œil la nuit »
Filtrage du négatif	« C'est à cause de mon lit trop mou que j'ai abîmé mon dos »
« Shouldisme » : on doit, il faut	« Je n'ai que des effets secondaires avec les médicaments »
Projets possibles uniquement si la douleur diminue	« Tout le monde devrait me comprendre »
	« Je ne pourrai retourner au travail que lorsque je n'aurai plus mal »

(2) Représentations de la maladie par les patients

Certains médecins de l'étude ont évoqué la perception par les patients de leur pathologie de l'épaule. Pour une grande partie des patients, ces douleurs **paraissaient initialement bénignes**, et un certain nombre tardait à consulter. Ce retard diagnostique avait été souligné par R. Serfaty (9).

La **représentation des patients** en terme de thérapeutique jouait également un rôle dans le vécu de la pathologie. La plupart des patients souhaiterait un traitement rapide, efficace et sans effet secondaire. Pour beaucoup, la **chirurgie était donc le meilleur traitement**, rapide et efficace. La chirurgie permettrait selon eux de retrouver une épaule identique à celle qu'ils avaient avant leur pathologie. Le traitement des épaules douloureuses chroniques était généralement non chirurgical, long et ressenti comme peu efficace : il existait donc une dissociation entre leurs attentes et leur vécu.

Pour les patients opérés, il pouvait parfois exister une récupération post-chirurgicale longue, bien que le chirurgien trouvait que l'évolution radiologique était bonne. Cette situation était un autre motif d'incompréhension.

L'importance de considérer les attentes des patients dans la gestion de la douleur chronique a été décrite par S. Cormier (46).

(3) Autres facteurs

D'autres facteurs influençant le vécu de la pathologie étaient cités par les médecins : le **caractère et la personnalité** des patients. Certains pouvaient continuer de travailler malgré une douleur importante. Selon Katz, chacun fait l'expérience de la douleur et réagit à la douleur différemment selon son propre caractère, son seuil de douleur, ses attentes et ses besoins (48).

Le **contexte personnel et professionnel** pouvait jouer un rôle dans le ressenti : si le patient avait d'autres problématiques associées, la perception de la douleur de l'épaule pouvait être modifiée. Certains médecins interrogés décrivaient également des cas de patients dont **l'anxiété** aggravait le tableau douloureux.

Un dernier point évoqué par les médecins interrogés, et pouvant jouer sur le vécu était les **antécédents d'arrêts de travail et de pathologies ostéoarticulaires**.

(4) Drapeaux Jaunes

Ces **facteurs de risque de chronicisation** ont été identifiés par de nombreuses études et ont été surnommés Drapeaux Jaunes (« Yellow Flags » dans la littérature britannique (11)). V. Foltz et al. les ont répertoriés dans leur article (*Tableau 2*) (47).

Tableau 2
Drapeaux jaunes ou facteurs de risque de chronicisation de la douleur.

Problèmes émotionnels	Dépression, anxiété, stress, conscience augmentée des sensations corporelles, tendance à une humeur dépressive, retrait des activités sociales. . .
Attitudes et représentations inappropriées	Idée que la douleur est dangereuse ou risque d'entraîner un handicap (catastrophisme), attente de solutions placées dans des traitements passifs. . .
Comportements douloureux inappropriés	Évitement et réduction d'activité liés à la peur
Problèmes liés au travail	Insatisfaction professionnelle, environnement de travail hostile, attente de réparation. . .
Environnement familial défavorable	Surprotection ou manque de soutien

(5) Conséquences de la pathologie chronique

Plusieurs médecins décrivaient des situations de patients qui présentaient des **syndromes anxiodépressifs** suite à leur douleur chronique. Cet élément est bien décrit par J. Berrewaerts et al. dans leur prise en charge psycho-socio-éducative des patients souffrant de douleur chronique. La douleur chronique peut provoquer de l'anxiété, de la peur, de la colère ou de la dépression. (48).

Quelques médecins constataient également des **conduites addictives** chez certains patients, majorées par la sédentarité et l'isolement social provoqués par les arrêts de travail.

Les conséquences des douleurs chroniques sont regroupées dans ce que V. Foltz et al. appellent « **le cercle vicieux de la douleur chronique** », schématisé par Vlaeten et Linton (*Schéma 1*). La présence de crainte de la douleur ou non était un facteur majeur dans sa chronicisation cette crainte est liée à la présence de facteurs cognitifs ou anxio-dépressifs (47).

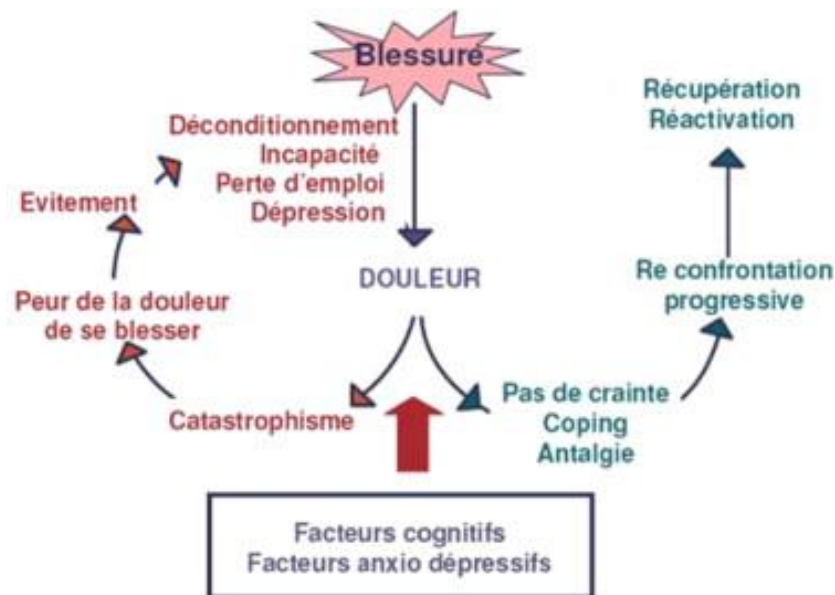


Schéma 1 : Cercle vicieux de la douleur chronique (Vlaeyen et Linton)

c) *Prise en charge d'une maladie chronique*

Comme M. El Kholy le décrivait dans son article *Concept de la maladie chronique*, les maladies chroniques pouvaient présenter plusieurs difficultés pour les soignants. Il décrit des éléments retrouvés dans le discours des médecins interrogés dans notre étude : importance de l'investissement, de la coordination et de la négociation, que ce soit avec le patient ou avec les autres intervenants de la prise en charge (49).

(1) Consultations de suivi à répétition

La chronicité de la pathologie amenait à des **consultations de réévaluation et de suivi**, rythmées par les arrêts de travail et les renouvellements d'ordonnances.

La nécessité d'écoute et d'éducation rendait les consultations de suivi longues et compliquées, d'autant plus que les ressources semblaient peu nombreuses. Les médecins avaient souvent l'impression de **se répéter**, et cela pouvait faire que les consultations étaient ressenties comme fatigantes par les médecins.

(2) Ecoute et empathie

L'écoute est un moyen de comprendre les représentations et les attentes du patient. Cela permet de répondre le mieux possible aux demandes des patients.

L'empathie est définie par I. Molley-Massol par l'aptitude à reconnaître la souffrance du malade et à le lui signifier. Elle est différente de la compassion, définie comme une souffrance partagée (45).

Certains médecins interrogés expliquaient également **encourager et motiver** le patient.

Un médecin évoquait aussi l'importance d'inspirer **confiance** au patient, notamment en l'examinant de façon minutieuse. Cela permettait aux patients d'accepter plus facilement que le médecin leur dise qu'il fallait encore du temps pour récupérer.

Tous ces éléments font référence à la **relation médecin-patient**, qui semble primordiale pour le suivi de maladies chroniques, comme l'évoque P. Ginies dans son article *La relation médecin-patient dans les maladies chroniques* (45,50).

On retrouve plusieurs éléments évoqués précédemment dans le schéma sur l'efficacité de la gestion de la douleur chronique de S. Cormier (Schéma 2) : modalité de traitement, relation thérapeutique et caractéristiques du patient.

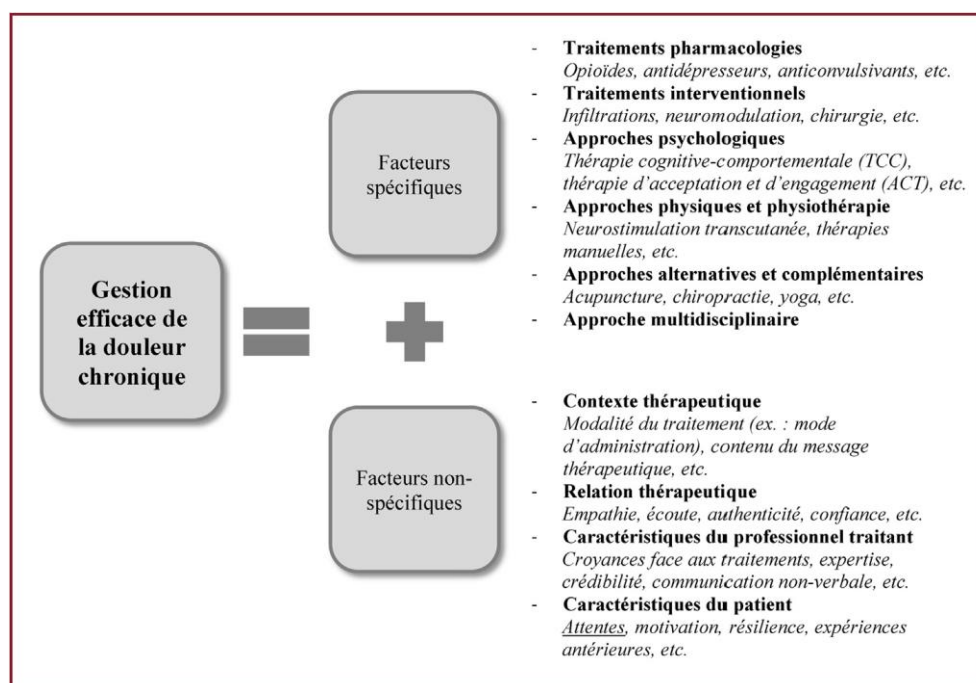


Schéma 2 : Efficacité de la gestion de la douleur chronique (S. Cormier (46))

(3) Education des patients

L'objectif de l'éducation était **d'améliorer l'adhésion à la prise en charge**. C'est ce que I. Moley-Massol décrit : l'éducation des patients atteints de maladies chroniques a pour but de favoriser leur adhésion et leur autonomisation (45). L'objectif est de donner au patient un **rôle actif** dans sa prise en charge.

Plusieurs médecins soulignaient le rôle important du médecin généraliste dans cet aspect éducatif.

❖ Explications de la pathologie

De nombreux médecins passaient du temps à expliquer à leurs patients leur pathologie : les **mécanismes de l'épaule** et les principes des pathologies.

❖ Explications de la prise en charge

Les médecins pouvaient également passer du temps à expliquer les modalités de la prise en charge. Cela passait par faire comprendre que la prise en charge pouvait être longue, et faire comprendre la nécessité de certains traitements, comme le repos.

❖ Anticiper et partage de décision avec le patient

Il s'agissait aussi d'évoquer le pronostic de récupération et l'avenir professionnel. Un autre objectif pouvait être d'anticiper les étapes de la prise en charge et responsabiliser les patients face à leur pathologie. Cela permet de l'impliquer et de s'adapter à sa réalité propre, comme le disait P. Trudelle dans son article sur les maladies chroniques (51).

Evoquer le devenir pouvait être un bon moyen pour savoir jusqu'où les patients étaient prêts à aller dans la prise en charge : certains pouvaient refuser la chirurgie ou les infiltrations.

❖ Adaptation comportementale

Certains médecins interrogés évoquaient avec leurs patients les attitudes à adopter pour éviter les douleurs d'épaule : changement de bras pour porter des charges lourdes, changement de côté pour dormir.

Un médecin a mentionné la possibilité d'expliquer des exercices d'auto-rééducation à réaliser par le patient seul au domicile.

❖ Freins à l'éducation

L'un des freins à cet aspect éducatif était la **difficulté à comprendre l'épaule** et ses pathologies. Cette difficulté de compréhension étant retrouvée chez les médecins, elle se retrouvait également chez les patients, qui avaient parfois du mal à imaginer ce qui leur faisait mal.

Certains médecins interrogés soulignaient que les patients n'étaient **pas forcément demandeurs d'explications**.

❖ Comparaison avec l'éducation des lombalgies chroniques

Il semble intéressant de comparer l'éducation évoquée par les médecins interrogés avec l'éducation thérapeutique (ETP) des patients présentant des lombalgies chroniques, évoquée par V. Foltz et al. dans leur article. Les lombalgies chroniques présentent de nombreux points communs avec les douleurs d'épaule chroniques, comme nous l'avons vu plus haut. Mais la différence principale est que l'ETP se caractérise son organisation. Elle se caractérise en effet par un programme éducatif, un bilan éducatif initial, la détermination d'objectifs pédagogiques et l'acquisition de compétences d'auto soins et d'adaptation (47).

Mais on peut néanmoins retrouver de nombreux éléments communs dans la démarche des médecins de notre étude, comme la meilleure compréhension de sa pathologie, la modification des habitudes de vie, la gestion du traitement antalgique, et l'implication du patient dans sa prise en charge.

Compétences d'auto soins	Compétences d'adaptation
• Soulager les symptômes • Prendre en compte les résultats d'une auto surveillance, d'une auto mesure • Adapter les doses de médicaments, initier un auto traitement • Réaliser des gestes techniques et des soins • Mettre en œuvre des modifications à son mode de vie (équilibre diététique, activité physique, ...) • Prévenir des complications évitables • Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie • Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent	• Se connaître soi-même, avoir confiance en soi • Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress • Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique • Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles • Prendre des décisions et résoudre un problème • Se fixer des buts à atteindre et faire des choix • S'observer, s'évaluer et se renforcer

Tableau 3 : Compétences d'auto soins et d'adaptation de l'éducation thérapeutique

(4) Prise en charge pluridisciplinaire

Pour prendre en charge les facteurs psychosociaux qui peuvent jouer dans le vécu de la pathologie, une prise en charge pluridisciplinaire semblait nécessaire.

D'après une revue de la littérature Cochrane, une approche biopsychosociale des maladies chroniques au travers d'une prise en charge pluridisciplinaire a montré son efficacité dans les lombalgies chroniques. Elle permettait une meilleure diminution des douleurs et de l'invalidité que des soins habituels ou un traitement physique (52). Dans les douleurs d'épaules, les

différentes études considérées par cette même revue Cochrane ne possédaient pas un niveau de preuve suffisant pour en démontrer l'efficacité (41).

(5) Annonce d'un mauvais pronostic

Les conséquences des pathologies de l'épaule pouvaient être majeures, comme un handicap mais surtout la nécessité d'une réorientation professionnelle voire un licenciement, comme nous l'évoquerons plus bas. Plusieurs médecins expliquaient donc qu'il fallait du temps pour annoncer ce pronostic. Ce temps était lié à la démarche diagnostique qui permettait de cheminer vers ce pronostic. Mais cela pouvait également être lié au temps nécessaire au patient pour accepter cette réalité.

Cela pouvait être comparé à l'annonce d'une maladie grave. Comme l'évoque Dr Moley-Massol dans son livre, l'annonce d'une mauvaise nouvelle doit se préparer et doit être réalisée par le médecin référent ou le spécialiste de la pathologie. Elle doit explorer ce que sait déjà le patient de sa pathologie, pour pouvoir donner une information progressive, adaptée à chaque patient (45). L'absence de mise en jeu du pronostic vital dans les pathologies de l'épaule amène probablement à les considérer comme bénignes, du point de vue des patients notamment. Mais les médecins semblaient conscients des conséquences sur le devenir professionnel et le prenaient en compte.

3. *Prise en charge professionnelle*

a) *Troubles Musculo Squelettiques*

(1) *Dimension professionnelle*

Les douleurs d'épaule chronique pouvaient survenir dans le cadre de Troubles Musculo Squelettiques (TMS). Ces situations avaient la particularité de présenter une dimension supplémentaire dans la prise en charge : la dimension professionnelle. Celle-ci s'ajoute à la dimension lésionnelle et la dimension de gestion de la douleur évoqués dans les deux chapitres précédents. Celle-ci associait des **facteurs biomécaniques** et des **facteurs psychologiques** (53). L'interrogatoire des médecins généralistes de notre étude retrouvait les mêmes types de **contraintes physiques à risques** que A. Descatha et J. Ameille dans leur article *Epaule douloureuse et travail* : position inconfortable, charges spécifiques du membre supérieur et mouvements répétitifs. Les **métiers à risques** identifiés dans notre étude correspondaient aux métiers du bâtiment, les ouvriers à la chaîne et les aides à la personne. Il s'agissait des mêmes secteurs décrits par A. Descatha et J. Ameille (54).

De nombreux articles insistaient sur l'importance des **facteurs psychosociaux** liés à l'emploi dans leur prise en charge. L'article de B. Fouquet décrivait par exemple le lien entre la satisfaction au travail et la peur et l'évitement de la douleur au travail. Ces facteurs jouent un rôle dans le maintien du processus douloureux chronique (55). Sans que cela soit identifié comme tel par les médecins, la majorité les évoquaient comme éléments perturbant la récupération. Les problématiques personnelles comme des difficultés familiales ou financières ont pu être évoquées par les médecins.

Ces facteurs biomécaniques et psychosociaux liés au travail ont été décrits par Feuerstein dans son *workstyle modele* (Figure 1), traduit par B. Fouquet (53).

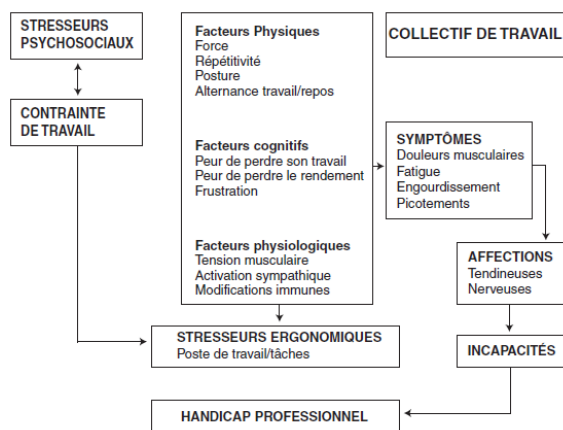


FIG. 1. — Le *workstyle modèle* de Feuerstein.

(2) Approche multidisciplinaire

Beaucoup de médecins soulevaient le fait que les TMS mettaient en jeu des éléments sur lesquels ils n'avaient **pas de moyen d'action** : il s'agit bien de ces facteurs physiques liés au travail et des facteurs psychosociaux. Pour agir dessus, la littérature propose une approche multidisciplinaire selon un modèle biopsychosocial (53,56).

Pour les facteurs physiques, les médecins généralistes conseillaient aux patients de **rencontrer le médecin du travail**. Concernant les facteurs psychosociaux, les moyens semblaient plus restreints. Certains pouvaient avoir recours aux **centres de rééducation**, où la prise en charge pluridisciplinaire pouvait être pertinente. Le recours à une assistante sociale ou un psychologue n'a pas été mentionné par les médecins.

En Australie, ce versant semble être une préoccupation majeure, avec une interaction importante entre le médecin généraliste, la médecine du travail et l'employeur. Cela est probablement lié à leur système de santé. C'est le médecin du travail qui prescrit l'arrêt de travail et qui organise la prise en charge globale du patient. Ses moyens d'actions auprès des employeurs ne sont donc pas les mêmes qu'en France. Ces recommandations australiennes sur la prise en charge des douleurs d'épaule dans le cadre du travail mettent en avant l'aspect collaboratif avec la notion de *Management Plan*, qui associe le patient et l'employeur à la prise en charge (11).

(3) Maladies professionnelles

La déclaration et le suivi des **maladies professionnelles et des accidents de travail** ne semblaient pas poser trop de difficultés aux médecins.

La **lourdeur administrative** était soulignée, et certains médecins mentionnaient le manque d'information, voire de formation initiale dans ce domaine.

Les médecins avaient tout de même l'impression de pouvoir agir au travers des **certificats médicaux**, des examens complémentaires et des avis spécialisés demandés dans cet objectif. Et même s'il était difficile à joindre, les échanges avec le médecin conseil étaient possibles pour les situations les plus compliquées.

La revue Prescrire insistait sur l'enjeu de la rédaction du certificat initial. Les Syndromes de la Coiffe des Rotateurs font en effet partie du **tableau 57A des maladies professionnelles**. La revue Prescrire conseille d'analyser et préciser les gestes de travail, et d'utiliser les termes qui correspondent au tableau. Ce tableau 57A précise la nature de la lésion (rompue ou non) et les travaux responsables (*Tableau 4*). La tendinopathie doit être documentée d'une IRM. Ce

tableau a été mis à jour en 2011 et est devenu plus strict sur les pathologies et les travaux concernés. La revue soulignait que les médecins devaient inciter les travailleurs à engager les démarches nécessaires (57,58).

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
Tendinopathie aiguë non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs.	30 jours	Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction (**) avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins 3 h 30 par jour en cumulé.
Tendinopathie chronique non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM (*).	6 mois (sous réserve d'une durée d'exposition de 6 mois)	Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction (**): ■ avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins deux heures par jour en cumulé ou ■ avec un angle supérieur ou égal à 90° pendant au moins une heure par jour en cumulé.
Rupture partielle ou transfixiante de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM (*).	1 an (sous réserve d'une durée d'exposition d'un an)	Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction (**): ■ avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins deux heures par jour en cumulé ou ■ avec un angle supérieur ou égal à 90° pendant au moins une heure par jour en cumulé.

(*) Ou un arthroscanner en cas de contre-indication à l'IRM.

(**) Les mouvements en abduction correspondent aux mouvements entraînant un décollement des bras par rapport au corps.

Tableau 4 : Tableau 57A des maladies professionnelles

b) Arrêts de travail

Même si le métier n'était pas responsable de la douleur d'épaule, un arrêt de travail était généralement nécessaire chez les **patients actifs** atteints d'épaule douloureuse chronique. Cet arrêt de travail semblait être une contrainte majeure pour les médecins.

(1) Durée des arrêts de travail

Les médecins interrogés avaient tendance à **modifier leur prise en charge** lorsqu'un arrêt de travail était en jeu : leur interrogatoire, leur examen clinique et leurs prescriptions d'examens complémentaires pouvaient rechercher des éléments différents des autres patients.

La durée de l'arrêt de travail était une **préoccupation importante**.

- S'il était trop court, ils avaient peur que la reprise soit difficile du fait de la douleur, voire aggrave la pathologie.
- S'il était trop long, ils avaient peur d'avoir des difficultés à ce que les gens reprennent leur activité professionnelle.

Dans ce sens, l'assurance maladie a publié en décembre 2012, d'après les recommandations de la HAS de 2005, une grille avec les durées de référence pour les arrêts de travail selon le type d'emploi (Tableau 5). Quatre paliers de charge de travail étaient identifiés en fonction du poids des charges et la répétition ou non du port de ces charges. La durée devait

être adaptée à l'âge du patient, l'intensité de la douleur, la durée d'évolution, le type de traitement (médical ou chirurgical), le côté atteint, et la nécessité d'un travail au-dessus du plan des épaules. (59).

Type d'emploi		Durée de référence*	
		Traitement fonctionnel	Traitement chirurgical (acromioplastie)
Travail sédentaire		5 jours	28 jours
Travail physique léger	Charge ponctuelle < 10 kg ou Charge répétée < 5 kg	8 jours	35 jours
Travail physique modéré	Charge ponctuelle < 25 kg ou Charge répétée < 10 kg	15 jours	60 jours
Travail physique lourd	Charge > 25 kg	21 jours	90 jours

* Durée à l'issue de laquelle la majorité des patients est capable de reprendre un travail.
Cette durée est modulable en fonction des complications ou comorbidités du patient.

Tableau 5 : Tableau de durée des arrêts de travail selon le type d'emploi (59)

(2) Retour au travail

Au-delà de la durée de l'arrêt évoquée par les médecins, c'était surtout le **retour au travail** qui semblait être compliqué dans de nombreuses situations.

B. Fouquet expliquait que le retour au travail dépend moins de variables médicales que de **variables non liées à la douleur (facteurs psychosociaux par exemple)**. Il s'agissait généralement des mêmes facteurs de risque que ceux retrouvés dans les TMS. Les éléments qui influençaient le plus le retour au travail étaient l'âge, le niveau socio-économique, le statut professionnel, les facteurs ergonomiques et les conditions de travail. D'autres jouaient également un rôle : la charge de travail, les relations au travail, le soutien social par le « collectif travail » (entourage professionnel) et par l'encadrement (53).

C. Burrier dans son étude sur les facteurs prédictifs à la reprise du travail après une consultation multidisciplinaire, mettait l'accent sur le risque de faire reprendre un patient ayant présenté une maladie professionnelle sur **le même poste qu'avant son arrêt** (60).

Bien que ces facteurs ne soient pas clairement identifiés, ils avaient été mentionnés par de nombreux médecins interrogés. Plusieurs cas de patients décrits par les médecins illustraient bien les problématiques relationnelles au travail, notamment les conflits avec les employeurs. Ces conflits amenaient généralement à des arrêts de travail prolongés.

Un dépistage des situations à risque entraînant des difficultés de retour au travail était proposé par les recommandations australiennes (11). Comme évoqué plus haut, ils avaient surnommé ces facteurs de risque « **Yellow Flags** », à mettre en parallèle avec les « *Red Flags* » recherchés lors de l'interrogatoire (fièvre, traumatisme, déformation).

Une étude réalisée au centre de rééducation de Château-Renault en 2006 par B. Fouquet et J.C. Métivier explorait l'importance de l'âge dans les troubles musculosquelettiques. D'autres facteurs influençant la reprise d'activité professionnelle à la suite d'un séjour en rééducation pour des syndromes douloureux du membre supérieur étaient explorés (53). Les 3 facteurs identifiés dans l'étude étaient : l'intensité de la douleur, la satisfaction au travail et l'âge moyen. L'étude insistait sur l'importance des **interventions médico-sociales et sociales** dans le retour au travail.

(3) Stratégies pour la reprise de travail

Les objectifs des **traitements médicaux** en cas d'arrêt de travail étaient l'antalgie, la récupération des déficits, mais surtout de permettre la reprise de l'activité professionnelle.

Lorsque les médecins jugeaient qu'une reprise était possible mais que le patient ne se sentait pas prêt, certains essayaient de « passer » par le spécialiste ou le médecin du travail pour aborder la reprise. Ceux qui conseillaient de faire le point avec le médecin du travail le faisaient généralement afin d'évoquer une **adaptation ou un changement de poste**. Un temps partiel thérapeutique était parfois évoqué.

Les **échanges** directs avec les **médecins du travail** semblaient rares. Seuls quelques médecins déclaraient avoir été contactés par ces derniers.

L'intervention d'un **ergothérapeute** n'était mentionnée qu'une fois par les médecins : elle avait eu lieu lors d'une prise en charge en centre de rééducation, mais pas au travers de la médecine du travail. Une revue de la littérature sur l'intérêt d'une prise en charge ergonomique a été réalisée par la revue Cochrane. Des preuves de faible qualité montraient une diminution de la douleur à long terme mais pas à court terme (61).

c) *Licenciement, reconversion ou retraite*

Lorsqu'un retour au poste semblait impossible, il arrivait qu'une mise en **inaptitude au poste** et qu'un **licenciement** aient lieu.

Certains médecins regrettaient parfois le **manque d'échange avec le médecin du travail** : plusieurs situations illustraient les divergences d'avis entre les 2 parties. Certains

médecins considéraient parfois qu'une reprise était possible, tandis que le médecin du travail considérait que ce n'était pas le cas, ou inversement. Une incompréhension pouvait apparaître. Certains médecins expliquaient le refus des médecins du travail à échanger du fait du secret médical.

Les possibilités suite au licenciement pouvaient être une **reconversion ou une retraite**. Certains médecins interrogés pouvaient laisser le soin au spécialiste d'évoquer cet avenir professionnel.

d) Conséquences sociales lourdes

M. El Kholy soulignait dans son article sur les maladies chroniques que la mise en invalidité peut être responsable d'un **sentiment d'exclusion** pour le patient (49).

Au-delà de ce sentiment, les conséquences des pathologies de l'épaule sur l'activité professionnelle pouvaient être **financières**.

Dans un premier temps, il pouvait exister une **perte de revenu** lié à l'arrêt de travail ou lié à l'arrêt de l'activité d'une profession indépendante.

La plupart des médecins interrogés ont insisté sur la problématique des **travailleurs indépendants**. Ces derniers refusaient généralement de s'arrêter pour des raisons financières. Les médecins pouvaient alors les revoir tardivement avec des pathologies d'épaule très évoluées.

Dans un second temps, une impossibilité de poursuivre une activité professionnelle pouvait amener à un **licenciement** et les conséquences financières que cela peut représenter, notamment en cas de difficulté à retrouver un emploi.

4. *Leviers*

a) *Ressources*

(1) *Connaissances*

Les démarches diagnostiques et thérapeutiques des différents médecins étaient basées sur de nombreuses **ressources**.

Il pouvait s'agir de leur formation initiale, de cours théoriques ou de FMC, même si un certain nombre d'entre eux soulignait la complexité et la difficulté à retenir l'examen de l'épaule.

De plus, certains semblaient ne pas connaître les indications pour les infiltrations ou la kinésithérapie. Les recommandations semblaient peu utilisées par les médecins. Les arbres décisionnels élaborés par certains semblaient le fruit de FMC et de leur expérience professionnelle. Seuls quelques médecins admettaient utiliser leur expérience personnelle.

Un médecin soulignait le manque d'information donné au cours de la formation initiale sur les principes de la kinésithérapie.

La disponibilité et les pratiques des spécialistes avec lesquels interagissaient les médecins généralistes semblaient également un élément majeur pour leur prise en charge. Certains médecins évoquaient également s'inspirer des pratiques de leurs confrères, de leurs anciens maîtres de stage universitaire ou de leurs remplaçants pour se tenir à jour.

La plupart des médecins semblait expliquer à leurs patients leur pathologie. Les explications se faisaient généralement à l'oral. Certains pouvaient également utiliser des supports visuels comme des schémas dans un livre d'anatomie, sur des affiches au mur, sur une maquette d'épaule, mais également à l'aide de dessins réalisés à la main. Certains pouvaient utiliser les images des examens complémentaires pour s'aider. Seuls les médecins les plus jeunes utilisaient le support informatique, comme Google Image. L'autre objectif des schémas d'anatomie pouvait être de se remémorer les différents muscles et tendons entrant en jeu dans l'épaule.

R. Serfaty rassemblait dans sa thèse la formation continue, l'expérience acquise et l'utilisation d'outils dans les **compétences de savoir-faire** des médecins généralistes (9).

(2) Réseau professionnel et structure

Le réseau que les médecins s'étaient créé semblait jouer un rôle important dans leurs choix. Cela déterminait l'orientation de leurs patients, que ce soit en matière d'infiltration, de kinésithérapie, ou de recours au spécialiste.

De la même façon, le fait de travailler dans une structure où se trouvaient des kinésithérapeutes pouvait être un élément favorisant la prise en charge, notamment au travers des échanges interprofessionnels.

R. Serfaty rassemblait la décision partagée et le soutien du réseau dans les **compétences de savoir-être** des médecins généralistes.

b) Propositions d'aides

Plusieurs éléments pouvant aider la pratique des médecins généralistes ont été évoqués par ces derniers.

(1) Fiche d'aide à l'examen clinique

Des outils d'aide à l'examen clinique ont été proposés par plusieurs thèses de médecine générale sur la prise en charge des épaules douloureuses chroniques (9,15,20).

Aucun médecin de notre étude n'a pourtant évoqué ce genre d'aide. Cela peut sembler étonnant compte tenu des difficultés exprimées pour l'examen de l'épaule et son interprétation. Mais cela reflète leur réalité : le suivi au long cours avec des consultations à répétition et les contraintes liées aux arrêts de travail semblaient prendre le pas sur les difficultés diagnostiques de la prise en charge.

La réalisation de ces fiches d'aide pour examiner les épaules lors de thèses récentes exprime peut-être la difficulté qu'ont les jeunes médecins qui sortent de leur internat à interpréter un examen clinique ressenti comme compliqué. C'était l'une des conclusions de la thèse de T. Gauthey (15). En début d'activité, la prise en charge des jeunes médecins s'axe principalement sur des données biomédicales. Les médecins installés depuis plus longtemps ont une patientèle ancienne et connue : leur approche est alors principalement d'ordre psychosocial.

(2) Travail pluridisciplinaire

❖ Amélioration des échanges avec les spécialistes

Un problème d'accessibilité aux spécialistes, notamment rhumatologues, était évoqué par de nombreux médecins. L'idée d'augmenter le nombre de spécialistes semble peu envisageable

en pratique immédiate. L'amélioration de l'accessibilité passerait par une amélioration des échanges. Dans cet objectif, plusieurs idées avaient été émises.

La première est la plus simple : il s'agissait de la réalisation d'un **annuaire** des différents intervenants dans la pathologie de l'épaule. Il semblerait qu'il y en ait déjà un de réalisé sur la clinique Guillaume de Varye à Saint Doulchard, qui regroupe les chirurgiens orthopédiques, le centre de rééducation et les médecins du sport. Il serait possible de réaliser un annuaire dédié à l'épaule en ajoutant les rhumatologues et les kinésithérapeutes les plus à l'aise avec la kinésithérapie de l'épaule à ces intervenants.

Les médecins les plus jeunes, qui n'avaient pas forcément de réseau, proposaient que les spécialistes adhèrent à une **plateforme de prise de rendez-vous en ligne**, avec des rendez-vous qui seraient dédiés aux médecins généralistes. Cette prise de rendez-vous réservée aux médecins généralistes se ferait alors sur des critères précisés sur le site internet. Une revue de la littérature a été effectuée par la Collaboration Cochrane sur l'amélioration des temps d'attente pour les procédures non urgentes. La principale intervention efficace retrouvée était la priorisation des patients selon des critères spécifiques à chaque pathologie. Certaines études de cette revue de la littérature montraient une bonne efficacité de ces mesures, mais une partie ne démontrait aucune modification de délais (62).

❖ **Arbre décisionnel**

Une idée était la réalisation d'un **arbre décisionnel clair** adapté à l'offre de soin locale. L'objectif était de préciser les **indications** des différents éléments de la prise en charge : kinésithérapie, infiltration, examens complémentaires, situations où il faut adresser au chirurgien ou au rhumatologue. Les recommandations britanniques et australiennes proposent des arbres décisionnels (11,63). D'autres arbres décisionnels avaient été proposés, accompagnés d'ordonnances type de kinésithérapie dans une thèse de 2009 qui explorait la prise en charge des épaules douloureuses chroniques des médecins du Val de Marne (20). Aucun travail n'a exploré la mise en application de ces derniers.

❖ **Protocole avec les spécialistes**

Au-delà de l'arbre décisionnel évoqué plus haut, certains médecins proposaient également la réalisation d'un **protocole avec les spécialistes**, en identifiant clairement les éléments de l'interrogatoire, de l'examen clinique et des examens complémentaires qui devraient orienter plutôt vers le rhumatologue ou le chirurgien.

❖ Télémédecine

Un médecin expliquait que l'amélioration des interactions avec les spécialistes était en projet dans sa Maison de Santé Pluridisciplinaire au travers de la **télémédecine**. En effet, un nouveau logiciel de télémédecine venait d'être installé et il commençait à y avoir des échanges avec les rhumatologues, avec la possibilité d'envoyer des images d'examens complémentaires par ce biais-là. Il insistait sur la possibilité d'économiser du temps aux spécialistes en prescrivant la prise en charge ou les examens complémentaires les plus indiqués, évitant ainsi que les spécialistes ne voient plusieurs fois les patients. Un article récent évoquait l'intérêt de la télémédecine dans les zones où l'accessibilité aux médecins était difficile, aussi appelés déserts médicaux (64). Les échanges avec les spécialistes à travers la télémédecine correspondent en fait à ce qu'on appelle la **téléexpertise**. L'objectif est de centraliser les demandes de médecins traitants sur une plateforme territoriale ou régionale, afin d'avoir un avis spécialisé mais surtout d'améliorer la prise en charge des patients. L'article insistait sur le possible transfert de connaissances et des bonnes pratiques que pourrait créer cet échange. Les principaux freins sont le financement, le temps requis par ces procédures quand les médecins généralistes et les spécialistes en manquent déjà, et la nécessité de formation à un outil informatique.

Certains médecins proposaient que les pathologies d'épaules adressées par ce protocole aux spécialistes soient centralisées et triées **au même endroit**, lors d'une réunion pluridisciplinaire dédiée à l'épaule par exemple.

❖ Echanges avec les kinésithérapeutes

Aucun outil pour favoriser l'interaction avec les **kinésithérapeutes** n'a été évoqué par les médecins interrogés. Les médecins qui travaillaient dans des structures avec des kinésithérapeutes soulignaient l'intérêt de leur avis, échangé de vive voix ou par messages textes (textos). La plupart des médecins qui n'avaient pas d'échanges avec eux le regrettaient. Le Dossier Médical Partagé (DMP) pourrait peut-être améliorer les échanges lorsque les intervenants ne font pas partie de la même structure. En effet, le DMP a pour objectif de faciliter le suivi, en plus de permettre un accès aux informations médicales par les professionnels de santé et d'éviter la redondance d'examens ou traitements (65).

La mise en place du DMP a été explorée dans une étude dans la région d'Amboise. Les conditions nécessaires à sa mise en place étaient une bonne intégration à la pratique courante, la formation des spécialistes de santé à la structuration des dossiers, la valorisation du temps passé et l'ergonomie des logiciels médicaux (66).

❖ Formation Médicale Continue (FMC) dédiée à l'épaule

L'idée qui revenait le plus fréquemment était la réalisation d'une **FMC sur l'épaule**. Plusieurs FMC avaient déjà été réalisées sur cette thématique, et les médecins qui y avaient assisté et possédaient leur support de consultation délivré à ce moment-là, semblaient plus à l'aise dans leur prise en charge. Ils expliquaient que cela les avait aidés à réaliser un arbre décisionnel. C'était la principale attente des médecins : avoir un schéma plus clair sur la prise en charge à proposer. La demande était également de pratiquer l'examen clinique avec un spécialiste pour savoir ce qui était le plus pertinent à réaliser en pratique. Le dernier objectif était de pouvoir rencontrer les différents intervenants dans les pathologies de l'épaule, connaître leur point de vue et leur domaine de compétence. Il s'agissait des rhumatologues, des chirurgiens orthopédiques et des kinésithérapeutes.

(3) Fiche explicative pour le patient et éducation

Une autre idée était une **fiche explicative** pour aider les médecins dans leur rôle éducatif. Elle pourrait comporter l'anatomie de l'épaule, les principales pathologies rencontrées, les causes et l'évolution attendue. Certains insistaient sur l'importance de faire comprendre que la pathologie n'allait pas être réglée en quelques jours. Une autre idée émise était de pouvoir inscrire la localisation de la douleur et son intensité sur la fiche, que le patient pourrait garder. L'intérêt serait de pouvoir réévaluer lors des consultations suivantes l'efficacité des traitements et l'évolution de la pathologie. Le support papier semblait ainsi privilégié au support informatique, ce dernier étant jugé comme éphémère. Les médecins insistaient sur la nécessité de simplicité de cette fiche, afin de ne pas prendre trop de temps. D'autres médecins déclaraient avoir du mal à comprendre l'épaule et que, malgré un schéma, ils auraient du mal à expliquer la pathologie à leurs patients.

L'idée d'une aide à l'explication semble une idée très intéressante et on retrouve la composante éducative évoquée plus haut : cela permettrait de mettre le patient au centre de sa prise en charge. En lui expliquant sa pathologie et en l'impliquant, cela améliorerait l'adhésion aux différents traitements mis en place.

L'intérêt d'un support dédié aux patients avait été évoqué dans la thèse explorant la prise en charge des épaules douloureuses chroniques dans la région de Nice (9), mais aucun support n'avait été proposé.

Le site Ameli.fr possède plusieurs pages dédiées aux épaules douloureuses chroniques, à destination des patients. On y trouve 5 volets : Définitions et causes, Diagnostic, Quel traitement, Vivre avec une épaule douloureuse et Prévenir les douleurs d'épaule. Les trois

premiers volets donnent des informations générales sur la pathologie de l'épaule, le quatrième donne des conseils pour économiser l'épaule dans les activités quotidiennes ainsi que dans l'activité professionnelle. Le dernier volet évoquait la prévention dans le milieu professionnel : les principales informations données étaient la possibilité de recourir au médecin du travail et de la possibilité d'envisager un aménagement de poste (67).

Le NHS (National Health Service), le système de santé du Royaume-Uni, a réalisé plusieurs documents dédiés aux patients (68,69). Il s'agissait de **livrets** de plusieurs pages qui abordaient des **généralités** sur les pathologies de l'épaule et les principes du traitement médical et chirurgical. Le point intéressant dans ce document était l'existence de **conseils** concrets avec des schémas sur les attitudes à prendre pour économiser l'épaule dans les activités domestiques et professionnelles, ainsi que des attitudes pour rompre le cycle de la douleur. Il était également proposé des exercices de rééducation à réaliser soi-même au domicile. D'autres fiches dédiées uniquement à l'auto-rééducation avaient été réalisées par des antennes locales de la NHS (70).

(4) Décision pluridisciplinaire pour l'avenir professionnel

La dernière idée, qui ressortait surtout chez les médecins qui étaient confrontés aux problématiques professionnelles, était une **meilleure interaction avec les médecins du travail**. Un médecin expliquait avoir déjà essayé d'organiser des réunions avec les médecins du travail autour de dossiers compliqués, mais cela n'avait jamais pu avoir lieu. Il proposait de réaliser des réunions pluridisciplinaires dématérialisées, avec les différents intervenants du dossier, comme les spécialistes, afin que chacun puisse émettre son point de vue.

Une **Consultation Multidisciplinaire Epaule et Travail** (CMET) a été développée dans l'Institut Régional de médecine physique et de Réadaptation de Nancy. Cette consultation multidisciplinaire comprenait un chirurgien orthopédique spécialiste de l'épaule, un médecin rééducateur, un interne en médecine du travail et une assistante sociale. Ces consultations ont lieu sur une matinée, une fois par mois. Les patients sont reçus par chaque praticien successivement durant cette matinée. En fin de matinée a lieu une réunion où chaque praticien donne son avis sur la situation. C. Burrier a réalisé une étude pour étudier les facteurs prédictifs du retour à l'emploi des patients étant passés par la CMET pendant 4 ans. Il soulignait l'intérêt du **point de vue de l'interne en médecine du travail** lors de cette consultation. La possibilité d'interagir de façon plus précoce avec le médecin du travail en charge du patient permettait d'agir plus efficacement sur un maintien dans l'emploi. Lorsque ce n'était pas possible, des ressources pouvaient être proposées par l'interne en médecine du travail, comme l'orientation vers un service de formation professionnelle ou une démarche de validation des acquis de

l'expérience. Cette étude illustre bien l'importance de l'approche multidisciplinaire dans les solutions à proposer au patient (60).

Dans sa stratégie nationale de santé 2018-2022, le Ministère des Solidarités et de la Santé insiste sur la prévention de la désinsertion professionnelle et sociale des blessés par accident du travail. Elle veut promouvoir l'intégration du soin dans une démarche globale de réhabilitation sociale et professionnelle de la personne malade. Plusieurs objectifs sont évoqués, comme favoriser la **prise en compte précoce du contexte professionnel** par le milieu soignant, davantage structurer le réseau des services de santé au travail, en relation avec les caisses d'assurance maladie pour permettre un maintien dans l'emploi. Il est également proposé de favoriser les dispositifs de formation et reconversion, par le biais de compte professionnel de prévention ou d'un compte personnel de formation (71).

V. PROPOSITION SUITE A L'ETUDE

Suite à ce travail, plusieurs constats sont réalisés.

Le premier est l'importance du vécu de la pathologie de l'épaule par le patient dans son évolution. **Impliquer le patient** dans sa prise en charge paraît un moyen d'améliorer ce vécu. Créer un outil éducatif permettant de mettre le patient au centre de sa prise en charge peut être un point à développer. La possibilité que cet outil soit utilisé lors de **consultations de suivi** paraît également intéressante.

Le second constat est la difficulté d'accessibilité aux kinésithérapeutes et à certains spécialistes. Ces délais sont parfois considérés comme une perte de temps par certains médecins. Ce temps pourrait être optimisé en réalisant des **exercices d'auto-rééducation** simples, lorsque la douleur n'est pas trop importante.

Le manque de **communication avec les kinésithérapeutes** a été souligné également : un support papier permettant la transmission d'informations entre les praticiens pourrait être un moyen simple d'améliorer cette communication. Un outil informatique pourrait se révéler compliqué à mettre en place.

Ainsi, sur le modèle d'outils existant à l'étranger et d'outils proposés par la CPAM ou la société française de rééducation, il a été décidé d'élaborer un **livret patient**, regroupant :

- des explications sur l'épaule et les pathologies responsables de douleur,
- les attitudes pour économiser l'épaule dans les activités quotidiennes et professionnelles,
- des exercices d'auto rééducation simples à mettre en place au domicile,
- une partie dédiée au suivi, permettant d'inscrire lors des consultations : la zone douloureuse, le niveau de douleur à l'aide d'une Echelle Numérique, et des observations.

Cette dernière partie « Suivi » serait dédiée aux médecins généralistes, spécialistes et aux kinésithérapeutes pour une amélioration des échanges. Elle pourrait également être l'occasion d'effectuer une réévaluation de la douleur avec les patients.

Un temps, non négligeable, dédié à la délivrance et l'explication de ce livret sera nécessaire au cours de la consultation. Il serait donc possible de ne le proposer qu'aux patients identifiés à risque de chronicisation.

Cette identification pourrait avoir lieu au cours de l'interrogatoire au travers des « Yellow Flags » (Annexe 3).

VI. CONCLUSION

Ce travail a mis en évidence 3 composantes de la prise en charge globale des épaules douloureuses chroniques : l'aspect biomédical, l'aspect chronique de la pathologie, et l'aspect professionnel. Chacun de ces aspects possédait ses propres difficultés.

Les médecins généralistes ont chacun développé une stratégie pour surmonter les principales difficultés rencontrées dans la **prise en charge biomédicale** : les difficultés diagnostiques étaient surmontées par une prescription systématique d'examens complémentaires. Les difficultés thérapeutiques étaient surmontées par le recours aux spécialistes, facilité par les réseaux professionnels et l'arrivée récente d'un chirurgien de l'épaule.

L'amélioration des échanges et ainsi le travail pluridisciplinaire était tout de même proposé par les médecins. Une meilleure connaissance de la kinésithérapie semblerait bénéfique. Pour les médecins les plus éloignés, la **téléexpertise** semblait un élément à développer. Elle aurait également comme avantage de diminuer le nombre de consultations par patient et ainsi permettre aux spécialistes d'en voir un nombre plus important.

Les principales difficultés rencontrées n'étaient finalement pas celles attendues : il s'agissait du **suivi au long cours et de la prise en charge professionnelle**.

Les consultations à répétitions et le sentiment d'impuissance semblaient représenter un poids majeur pour les médecins généralistes.

En effet, au-delà des éléments cliniques et paracliniques identifiés par les médecins, le **vécu d'une pathologie chronique** paraissait le principal élément qui influençait l'évolution de la pathologie. La prise en charge des facteurs psychosociaux semblait être un enjeu majeur, bien que les médecins n'aient pas de moyen d'action évident.

Une prise en charge globale s'avère donc nécessaire : les différents éléments de la **relation médecin-patient** sont sollicités pour ce suivi chronique. La compréhension des représentations et des attentes du patient, son ressenti et les conséquences psychologiques de la pathologie semblent des points importants à identifier.

Donner un **rôle actif au patient** à travers l'éducation à sa pathologie pourrait être un levier à développer. Il s'agit généralement de démarches utilisées dans les maladies chroniques. L'outil élaboré à l'issue de ce travail va dans ce sens.

Chez les patients en activité, **la composante professionnelle** semblait une autre difficulté pour les médecins généralistes. Là encore, on rencontre des facteurs sur lesquels ils n'avaient pas de moyen d'action direct : on parle de facteurs **biopsychosociaux**. Une prise en charge pluridisciplinaire pourrait associer :

- Une amélioration des échanges avec la médecine du travail, qui pourrait être un bon moyen d'agir sur les **facteurs physiques** de l'activité professionnelle.
- Un recours au **psychologue**, qui semble difficile à envisager s'il n'est pas intégré dans une démarche globale.
- Le recours à une **assistante sociale**, qui pourrait être effectué de façon plus fréquente.

Cette approche pourrait se réaliser au cours de consultations ou réunions de concertation pluridisciplinaire.

Après avoir exploré le ressenti des médecins généralistes, une autre étude pourrait s'intéresser aux deux autres acteurs **confrontés à l'aspect chronique** de la pathologie : **les kinésithérapeutes et les patients**.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Société Française de Médecine Générale. OMG - Observatoire de la médecine générale. Données en consultation : Epaule (Ténosynovite). Disponible sur: <http://omg.sfmng.org/content/donnees/donnees.php>
2. van der Windt D, Koes B, de Jong B, Bouter L. Shoulder disorders in general practice: incidence, patient characteristics, and management. *Ann Rheum Dis.* déc 1995;54(12):959-64.
3. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Ameli.fr. Prévenir les douleurs de l'épaule. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/epaule-douloureuse/prevention>
4. Valenty M. Surveillance des maladies à caractère professionnel en France. Résultats 2008. :28.
5. Haute Autorité de Santé (HAS). Modalités de prise en charge d'une épaule douloureuse chronique non instable chez l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique. Paris, 2005. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr>
6. Conseil National de l'Ordre des Médecins - Atlas de la démographie médicale en France- Situation au 1er janvier 2018. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf
7. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en région Centre en 2015. :69.
8. Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire. Démographie des professionnels de santé en mars 2019. Disponible sur: <http://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/index.php/demographie-des-professionnels-de-sante-2>
9. Serfaty R. Epaule douloureuse chronique non traumatique et non instable : quelle prise en charge des médecins généralistes de Nice et sa région ? Thèse de Médecine. 2016.
10. Surgical Speciality Associations and Royal College of Surgeons. Commissioning guide : Subacromial Shoulder Pain. 2014 p. 20.
11. The University of New South Wales. Clinical Practice Guidelines for the Management of Rotator Cuff Syndrome in the Workplace. 2013.
12. Bailly F, Fautrel B, Gossec L. Évaluer la douleur en rhumatologie – comment faire mieux ? *Revue de la littérature. Rev Rhum.* mars 2016;83(2):105-9.
13. Mariasiewicz T. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des tendinopathies de la coiffe des rotateurs, en médecine générale, en Seine-Maritime : Analyse et évaluation des pratiques. Thèse de Médecine. 2015.
14. Favard L. Examen clinique de l'épaule douloureuse chronique. *Rev Chir Orthopédique Réparatrice Appar Mot.* nov 2007;93(7):23.

15. Gauthey Q. Evaluation du niveau des internes et de l'enseignement concernant l'examen d'une épaule douloureuse chronique. Thèse de Médecine. 2016.
16. Beaudreuil J, Nizard R, Thomas T, Peyre M, Liotard J-P, Boileau P, et al. Valeur diagnostique des tests cliniques au cours des tendinopathies dégénératives de la coiffe des rotateurs : une revue systématique& Contribution of clinical tests to the diagnosis of rotator cuff disease: A systematic literature review. Rev Rhum. 2009;6.
17. Prescrire Rédaction. Signes de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule. Rev Prescrire. juin 2018;38(416):438-41.
18. Karel YHJM, Miranda A, Thoomes-de Graaf M, Scholten-Peeters GGM, Ottenheijm RPG, Koes BW, et al. Does the outcome of diagnostic ultrasound influence the treatment modalities and recovery in patients with shoulder pain in physiotherapy practice? Results from a prospective cohort study. Musculoskelet Sci Pract. 1 juin 2019;41:28-35.
19. Carrillon Y. Évaluation radiologique en scanner ou en IRM de l'opérabilité d'une coiffe rompue. Rev Rhum Monogr. juin 2010;77(3):219-21.
20. Cleophas C. L'épaule douloureuse non traumatique de l'adulte en médecine générale : enquête de pratique et élaboration d'un référentiel de prise en charge. Thèse de Médecine :178.
21. Gedda M. L'épaule : une articulation complexe et un diagnostic kiné parfois difficile à écrire.... Kinésithérapie Rev. mars 2016;16(171):21-3.
22. Huchin G. Epaule douloureuse chronique non traumatique : Intérêt de la médecine manuelle ostéopathique. Thèse de Médecine :133.
23. Neel T, Thomas T. Évolution naturelle des ruptures de coiffe. Rev Rhum Monogr. avr 2018;85(2):84-7.
24. Goupille P, Griffoul I, Mammou S, Mulleman D. Les ruptures partielles de la coiffe des rotateurs. Signification pathogénique et stratégie médico-chirurgicale actuelle. Rev Rhum Monogr. juin 2010;77(3):209-12.
25. Noël É. Le traitement des tendinopathies calcifiantes de l'épaule. Rev Rhum. févr 2007;74(2):199-203.
26. Senechal Gala E. Epaule douloureuse chronique non instable et non traumatique : Quelle prise en charge par les médecins généralistes du Morbihan en 2010 ? Thèse de Médecine. 2011.
27. Ballner I, Peyre M, Groc M, Dupre J-P, Besch S, Azria A. Place du traitement médicamenteux et des infiltrations dans la prise en charge médicale des lésions de la coiffe des rotateurs. J Traumatol Sport. juill 2007;24(2):93-8.
28. Mitchell C, Adebajo A, Hay E, Carr A. Shoulder pain: diagnosis and management in primary care. BMJ. 10 nov 2005;331(7525):1124-8.
29. Collège Français des Enseignants en Rhumatologie (COFER). Item 279 : Radiculalgie et syndrome canalaire. :17.

30. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative – DREES : MA0800578; 2009 déc.
31. Delauney É. Kinés et médecins généralistes : peut mieux faire ? Une enquête qualitative en Pays-de-la-Loire. *Médecine*. 1 juin 2010;6(6):277-81.
32. Abramovici F, Berkai R. Les maisons de santé pluri-professionnelles sont-elles « la » pratique des soins primaires de demain ? *Médecine*.
33. Benoit A. Les infiltrations en médecine générale : état des pratiques et des formations des maîtres de stage de la région Nord-Pas de Calais. Thèse de médecine générale. 2012.
34. Petit J, Prati C, Wendling D, Guillot X. Infiltrations cortisoniques en pratique de médecine générale : le point de vue des patients. *Rev Rhum*. nov 2016;83:A173-4.
35. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2018.
36. Conseil National de l'Ordre des Médecins - Atlas de la démographie médicale en France- Situation au 1er janvier 2018. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf
37. Dezaly C. Faut-il réparer les ruptures de la coiffe des rotateurs des sujets de plus de 60 ans?: Etude prospective randomisée de 127 cas avec contrôle clinique et iconographique à 1 an. 2009;102.
38. Ghroubi S, Chaari M, Elleuch H, Guermazi M, Baklouti S, Elleuch MH. Le devenir fonctionnel et la qualité de vie des ruptures de la coiffe des rotateurs non opérées. *Ann Réadapt Médecine Phys*. déc 2008;51(9):714-21.
39. Collin P, Gain S, Huu FN, Lädermann A. La rééducation est-elle efficace dans les ruptures massives de la coiffe des rotateurs ? *Rev Chir Orthopédique Traumatol*. juin 2015;101(4):S16-8.
40. Fouquet B, Griffoul I, Borie MJ, Roger R, Bonnin B, Metivier JC, et al. Capsulite de l'épaule : évaluation d'une prise en charge combinée par arthrodistension et rééducation intensive (à propos d'une série de 39 épaules). *Ann Réadapt Médecine Phys*. mars 2006;49(2):68-74.
41. Karjalainen KA, Malmivaara A, van Tulder MW. La réadaptation biopsychosociale multidisciplinaire pour la douleur au cou et aux épaules chez l'adulte en âge de travailler. Cochrane Library. Mars 2010. Disponible sur <https://www.cochrane.org>
42. Vincent K, Maigne J-Y, Fischhoff C, Lanlo O, Dagenais S. Analyse systématique de l'efficacité des thérapeutiques manuelles dans la cervicalgie commune. *Rev Rhum*. 1 oct 2013;80(5):503-11.
43. Green S, Buchbinder R, Hetrick SE. Acupuncture pour les douleurs d'épaule. Cochrane Library. Octobre 2008. Disponible sur <https://www.cochrane.org>
44. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative. Plan 2007-2011 pour amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf

45. Moley-Massol I. Relation médecin-malade: enjeux, pièges et opportunités : situations pratiques. Courbevoie, France: Éd. DaTeBe; 2007. 131 p.
46. Cormier S. L'apport des attentes du patient à la gestion de la douleur chronique. Douleurs Éval - Diagn - Trait. déc 2017;18(6):274-81.
47. Foltz V, Laroche F, Dupeyron A. Éducation thérapeutique et lombalgie chronique. Rev Rhum Monogr. 1 juin 2013;80(3):174-8.
48. Berrewaerts J, Doumont D, Deccache A, Reso U. UCL – RESO Dossier technique 03-23. :38.
49. El Kholy M. Concept de la maladie chronique. Rev Mal Respir Actual. juill 2014;6(3):281-3.
50. Ginies P. La relation médecin-malade dans les maladies chroniques. J Fr Ophtalmol. juill 2008;31(6):2S34-8.
51. Trudelle P. Chroniques sur les maladies chroniques. Kinésithérapie Rev. sept 2011;11(117):1.
52. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ. Le traitement multidisciplinaire des lombalgies. Cochrane Library. Septembre 2004. Disponible sur <https://www.cochrane.org>
53. Fouquet B, Métivier JC. Réadaptation des troubles musculosquelettiques du membre supérieur influence de l'âge. J Réadapt Médicale Prat Form En Médecine Phys Réadapt. juin 2006;26(1-2):5-10.
54. Descatha A, Ameille J. Epaule douloureuse et travail. Revue du Praticien (La), J B Bailliere et Fils, 2006, pp.1528.
55. Badaoui S, Fouquet B, Metivier JC. Satisfaction au travail et croyances : analyse à partir du MSQ .pdf. Rev Rhum. 2007;74:986.
56. Shanahan EM, Sladek R. Shoulder pain at the workplace. Best Pract Res Clin Rheumatol. févr 2011;25(1):59-68.
57. Prescrire Rédaction. Affections périarticulaires de l'épaule : reconnaissance plus difficile. Rev Prescrire. juin 2013;33(356):466-7.
58. Institut de veille sanitaire. Des indicateurs en santé au travail : les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur en France. 54.
59. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Arrêt de travail dans les tendinopathies de la coiffe des rotateurs. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4954/document/arret-travail-tendinopathie-rotateurs_assurance-maladie.pdf
60. Burrier CS. Facteurs prédictifs du retour à l'emploi de salariés atteints d'une pathologie de l'épaule à plus de 4 ans d'une première consultation multidisciplinaire `` Epaule et Travail ' '. :65.
61. Verhagen AP, Bierma-Zeinstra SMA, Burdorf A. Une thérapie physique, des exercices et de l'ergonomie pour les plaintes relatives à des douleurs d'origine professionnelle au

- niveau du bras, du cou ou de l'épaule. Cochrane Library. Décembre 2013. Disponible sur <https://www.cochrane.org>
62. Ballini L, Negro A, Maltoni S. Effets des interventions visant à réduire les temps d'attente pour les procédures médicales non urgents. Cochrane Library. Février 2015. Disponible sur <https://www.cochrane.org>
 63. Kulkarni R, Gibson J, Brownson P, Thomas M, Rangan A, Carr AJ, et al. Subacromial shoulder pain. *Shoulder Elb.* avr 2015;7(2):135-43.
 64. Moulin T, Salles N. Stratégie nationale de santé, désert médicaux et accès aux soins : une réponse opérationnelle La Télémédecine. *Eur Res Telemed Rech Eur En Télémédecine.* nov 2017;6(3-4):103-6.
 65. Laforge P. Le dossier médical partagé. *Actual Pharm.* mars 2019;58(584):29-30.
 66. Capape C. Et si l'on partageait un volet de synthèse médicale structuré sur le DMP ? Etude d'une expérimentation sur le bassin de santé d'Amboise de juin 2012 à juin 2013. Thèse de Médecine. 2014.
 67. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Douleurs chroniques de l'épaule : définition et causes. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/epaule-douloureuse/definition-causes-facteurs-favorisants>
 68. Croydon Health Services - NHS Trust. Rotator Cuff Tendinopathy - PATIENT INFORMATION GUIDE. 67.
 69. Oxford Shoulder & Elbow Clinic. Information for you : Shoulder Impingement [Internet]. 2004. Disponible sur: www.oxfordshoulderandelbowclinic.org.uk
 70. Bernstein I. GP Generic Shoulder Rotator Cuff Care Exercises. London North West University Healthcare - NHS Trust; 2013.
 71. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022 Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf

VIII. ANNEXES

A. Formulaire d'information et de consentement

Titre de la Thèse :

« Difficultés de prise en charge de l'épaule douloureuse chronique non traumatique et non instable rencontrées par les médecins généralistes du Cher. »

Contexte et but de la Thèse :

L'épaule douloureuse chronique regroupe un ensemble de pathologies représentant environ 4% des motifs de consultation en médecine générale de ville. Il s'agit de la 3ème pathologie musculosquelettique en termes de fréquence, et la 2ème cause de maladie professionnelle indemnisée.

Malgré la forte prévalence de cette pathologie, il existe une divergence des pratiques quant à la prise en charge diagnostique et thérapeutique des épaules douloureuses chroniques.

Je réalise une étude qualitative dont l'objectif est de décrire ces pratiques et d'essayer de faire émerger les difficultés rencontrées par les médecins généralistes du Cher aux différents niveaux de la prise en charge.

Participation à l'étude :

La participation à cette étude demande de votre temps, mais elle vous permet d'exprimer librement votre point de vue. L'étude consiste à participer à une entrevue d'une durée approximative de 20 min à une heure.

Avec votre accord, l'entrevue sera enregistrée sous forme audio et numérique. Les entrevues seront retranscrites. *Les enregistrements seront détruits dans l'année qui suivra l'entrevue.*

Vous êtes entièrement libre de participer à cette entrevue et vous pourrez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à fournir de raison ni à subir d'inconvénient ou de préjudice quelconque.

Nous tenons à vous assurer de la plus stricte confidentialité des renseignements qui nous seront fournis.

L'anonymat et la confidentialité seront assurés par les mesures suivantes :

- les noms des participants (es) ne paraîtront sur aucun résultat, rapport ou note;
- seul un numéro d'identification sera utilisé sur les divers documents de la recherche;

Si vous désirez obtenir des informations complémentaires, vous pouvez contacter le responsable de cette étude à l'adresse et au numéro de téléphone indiqués ci-dessous.

Je déclare avoir pris connaissance de ce formulaire de consentement et j'accepte de participer à cette étude.

Participant

Nom et prénom

Signature et Date

B. Trame d'entretien

Je réalise une étude qualitative sur les difficultés que peuvent rencontrer les médecins généralistes du Cher face aux épaules douloureuses chroniques. L'objectif de mon travail n'est pas d'effectuer un jugement de votre pratique mais plutôt d'essayer de comprendre les facteurs influençant votre pratique dans cette pathologie, et surtout d'essayer de faire ressortir les possibles difficultés rencontrées. N'hésitez donc pas à me dire tout ce qui vous vient à l'esprit au cours de l'entretien.

Question Brise-Glace :

Parlez-moi de votre **dernier patient** venu vous consulter pour une douleur d'épaule chronique.

1. Que recherchez-vous principalement lors de votre **entretien** avec votre patient ?
*En quoi ces éléments peuvent-ils **modifier votre prise en charge** ?*
*Quels **problèmes** vous arrive-t-il de rencontrer ?*
2. Parlez-moi de votre **examen physique** d'une épaule douloureuse ? *Que recherchez-vous principalement ?*
En quoi cela peut-il modifier votre prise en charge ? Et quelles sont les principales difficultés qu'il vous arrive de rencontrer ?
3. Quelle **prise en charge globale, diagnostique ou thérapeutique** proposez-vous à vos patients souffrant de douleurs d'épaule chronique ?

Questions de relance :

- Dans quels cas prescrivez-vous des **examens complémentaires** ?
Qu'en attendez-vous ?
En quoi changeront-ils votre prise en charge ?
 - Que proposez-vous pour prendre en charge la douleur ? *(Traitement médicamenteux, autres...)*
 - Dans quelles situations **proposerez-vous** de la **kinésithérapie** ?
*Combien de temps vous laissez pour **réévaluer** l'efficacité ?*
 - Dans quel contexte vous arrive-t-il d'envisager une **infiltration** ?
Comment organisez-vous cette infiltration ?
Quelle difficulté vous arrive-t-il alors de rencontrer ?
 - A quels **spécialistes** adressez-vous vos patients ayant des douleurs d'épaule ?
Dans quel cas ?
Qu'en attendez-vous ?
*Quelles **difficultés** vous arrive-t-il de rencontrer quand vous adressez vos patients aux spécialistes ?*
*Quel type d'outils pourrait **favoriser** vos échanges ?*
4. Parmi toutes les difficultés qu'il vous arrive de rencontrer lors de la prise en charge d'épaules douloureuses chroniques, quel élément vous **pose le plus problème** ?
 5. **Que pensez-vous** finalement de la prise en charge des épaules douloureuses chroniques ?
Comment vous sentez vous face à ces épaules douloureuses chroniques ?
 6. Quel **Support** ou **Ressource** vous arrive-t-il d'utiliser lors de vos consultations de douleur d'épaule chronique ?
*Qu'est-ce qui pourrait vous **aider** ?*
 7. Avez-vous **quelque chose à ajouter** qui vous paraît important et qui n'aurait été abordé lors de l'entretien ?

C. Annexe 3 : Drapeaux Jaunes

Yellow flags : Dépistage des situations à risque de chronicisation de la douleur d'épaule :

- Âge > 50 ans
- Douleur décrite comme intense
- Durée des symptômes importante
- Antécédent de blessure ou d'arrêt de travail prolongé dans les 3 dernières années
- Chômage
- Nombreuses comorbidités, antécédent de douleur d'épaule, état de santé général médiocre
- Faible satisfaction au travail
- IMC élevé
- Environnement familial défavorable (manque de soutien)

D. Annexe 4 : Livret destiné aux patients

LIVRET PATIENT

De M.....

EPAULE DOULOUREUSE



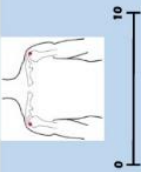
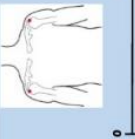
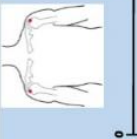
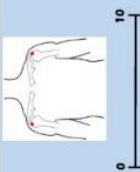
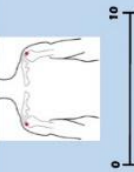
Intervenants :

Dr

Kiné.....

Autre (spécialiste) :

1

Date	Praticien	Description de la douleur	Observations
			
			
			
			
			
			

8

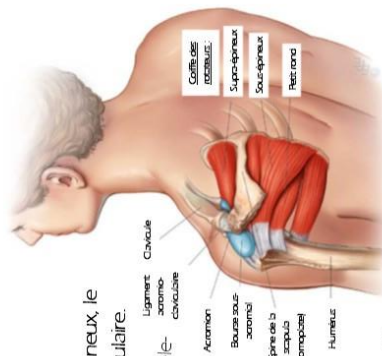
Anatomie de l'épaule

L'épaule est une articulation compliquée, qui met en jeu de nombreux muscles et tendons. Les muscles qui permettent de bouger le bras se regroupent autour d'un os, appelé **humérus**.

Ce groupe de muscles est surnommé la **coiffe des rotateurs**.

Quatre muscles la composent : le **sus épineux**, le **sous épineux**, le **petit rond** et le **sous scapulaire**.

Leur rôle est de permettre au bras de s'élever et de tourner. Mais ces muscles permettent surtout de maintenir la tête de l'humérus face à l'omoplate (scapula).

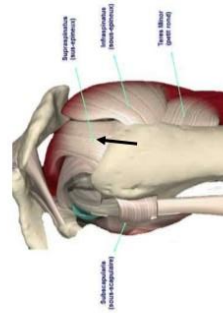


Conflit sous acromial

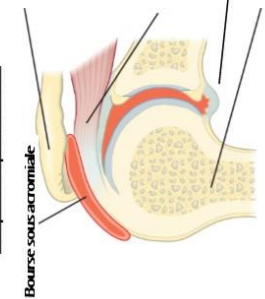
Suite à des mouvements répétitifs ou au port de charges lourdes par exemple, l'équilibre entre les différents muscles peut être perturbé. La tête de l'humérus va avoir tendance à remonter. On parle **décentrage** de la tête humérale.

Lorsque l'humérus remonte trop, les tendons et la bourse situés entre l'humérus et l'acromion vont se retrouver pincés. La répétition de ce pincement va provoquer une inflammation.

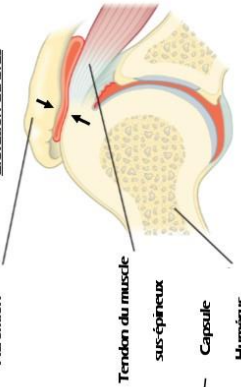
Vue de l'épaule de profil



Coupe de l'épaule de face



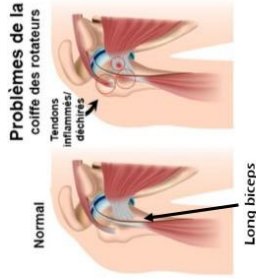
Élévation du bras



Les causes de douleur

Tendinite

Lorsqu'il existe une inflammation d'un tendon, cela produit une tendinite. Les plus fréquentes sont celles du sus épineux, qui est le premier pincé sous l'acromion. Lorsqu'une tendinite évolue depuis longtemps, des calcifications peuvent apparaître. Une tendinite peut également apparaître au niveau du tendon du long biceps.



Déchirure tendineuse

Après des années d'inflammation ou suite à un traumatisme, une déchirure peut apparaître au niveau du tendon du sus épineux. Cette déchirure peut ensuite s'étendre aux tendons situés à côté : sous épineux ou sous scapulaire.

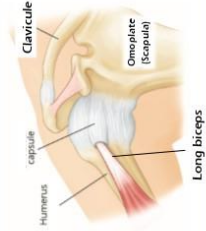


Bursite

Il existe une poche remplie de liquide, appelée bourse, et située entre l'acromion et les tendons de la coiffe des rotateurs. Elle permet aux tendons de glisser le long de cet os sans s'abîmer. Une inflammation de cette bourse peut apparaître lorsqu'elle est comprimée de façon trop répétée.

Capsulite

La capsule est une membrane entourant l'articulation de l'épaule. Suite à des douleurs de tendinite, à un traumatisme, et parfois de façon inexpliquée, cette capsule peut parfois devenir inflammatoire puis s'enraidir. L'évolution peut alors être longue (plusieurs mois).



● Les principes du traitement

● Economiser son épaule

Traitement médical

Dans la plupart des cas, le traitement d'une tendinite de l'épaule n'est pas chirurgical.

Repos

Mettre l'épaule au repos est la première chose à faire. Il est important de se ménager et d'essayer d'adopter des attitudes qui ne déclenchent pas la douleur. Le début d'une tendinite est souvent ancien : sa récupération va donc nécessiter du temps.

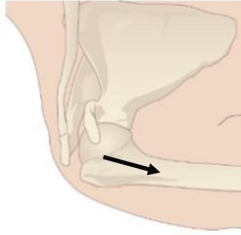
Traitements médicamenteux

Des médicaments peuvent être prescrits dans les douleurs d'épaule. Leur objectif est de **diminuer la douleur**, et ainsi empêcher que les muscles de l'épaule ne se contractent. Il peut s'agir d'anti-douleurs (paracétamol, tramadol, codéine, lamaline...) et d'anti-inflammatoires.

Rééducation - Kinésithérapie

La rééducation est le traitement de la cause de la douleur.

L'objectif va être de corriger le fonctionnement de l'épaule en recentrant la tête de l'humérus face à l'omoplate. Cela va permettre de diminuer le conflit sous acromial, et ainsi diminuer l'inflammation.



Infiltrations

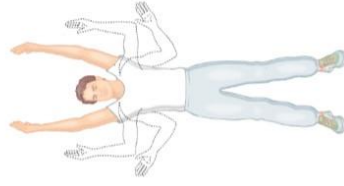
Lorsque la douleur reste trop importante malgré les traitements précédents, il est possible de réaliser une infiltration dans la zone en cause. Cela pourra permettre de réaliser une rééducation efficace.

Traitement chirurgical

Le traitement médical est parfois insuffisant pour récupérer toutes ses capacités, et l'avis du chirurgien peut être nécessaire après un certain temps. Plusieurs gestes existent et ce sera au chirurgien de décider si l'un d'entre eux peut améliorer votre situation.

Afin de permettre la meilleure récupération possible, il serait intéressant d'adopter plusieurs attitudes.

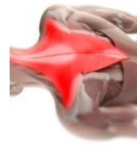
- Si possible, **arrêtez les mouvements responsables de la douleur**. Si cela est impossible, essayez d'adapter vos mouvements de façon à solliciter le moins possible votre épaule douloureuse.
- Evitez de porter des charges lourdes (sac de courses...) avec ce bras.
- Lorsque vous devez soulever quelque chose, essayez de garder les coudes vers l'intérieur, à la façon d'un serveur portant un plateau avec ses 2 mains face à lui.
- Essayez d'adopter la meilleure posture possible, en essayant de redresser votre buste, avec les omoplates tirées vers l'arrière.
- Lorsque vous êtes assis, essayez de trouver un support pour votre bras (accoudoir par exemple), afin de maintenir l'épaule surélevée.
- Evitez de dormir sur l'épaule douloureuse ou sur le ventre.



Application de chaud et de froid

Vous pouvez appliquer du froid dans les premiers jours suivant l'apparition de la douleur. Dans un second temps, privilégier plutôt l'application de chaud. Appliquez durant 15 minutes environ, 2 à 3 fois par jour.

Si votre cou est également douloureux ou contracté, n'hésitez pas à y appliquer également du chaud.



Muscles deltoïdes

Réalisation d'une auto-rééducation

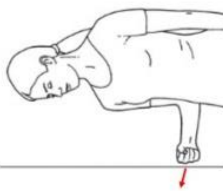
Lorsque la douleur sera supportable, vous pourrez débuter des exercices à réaliser à la maison. Ils permettront d'anticiper le travail du kinésithérapeute.

Des exercices à réaliser soi-même

Exercice 1

- Tenez vous debout, relâchez vos bras,
- Serrez vos omoplates en bas et en arrière
- Puis revenez à une position de repos

Tenir 5 secondes, 10 Répétitions



Exercice 2

- Tenez vous debout, avec un angle de 45° par rapport à un mur, le coude fléchit à 90°
 - Forcez avec le dos de la main sur le mur.
- En cas de douleur ou de lancement dans le bras, cesser l'exercice.

Tenir 5 secondes, 10 répétitions

Exercice 3

- Mettre le coude à hauteur de l'épaule, soutenu par l'autre main
- Rapprochez le coude de l'épaule opposée à la douleur.

Tenir 5 secondes, 10 répétitions



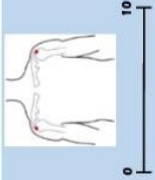
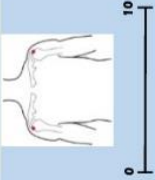
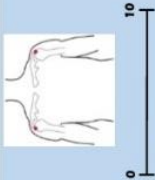
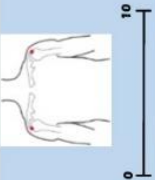
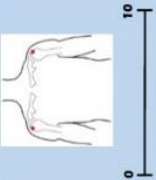
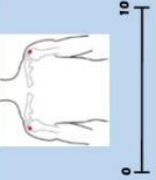
Exercice 4



- Tenez-vous penché en avant, à 45° environ
- Vous pouvez vous appuyer avec l'autre bras sur une table.
- Effectuez des petits ronds dans un sens puis dans un autre.

Réaliser ce mouvement pendant 10 secondes dans chaque sens, 10 répétitions.

Votre suivi

Date	Praticien	Description de la douleur	Observations
			
			
			
			
			
			

VU, LE DIRECTEUR DE THESE

**Vu, le Doyen
De la Faculté de médecine de TOURS**

BALAND Baptiste

126 pages, 6 tableaux, 4 figures

RÉSUMÉ

Introduction : Les épaules douloureuses chroniques sont un motif fréquent de consultation en médecine générale. L'objectif est d'identifier les difficultés auxquelles pourraient être confrontés les médecins généralistes (MG) du Cher dans la prise en charge des épaules douloureuses chroniques.

Matériel et méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée jusqu'à saturation théorique des données auprès de MG du Cher. Les thèmes abordés étaient la dernière consultation ayant pour motif une épaule douloureuse chronique, la prise en charge diagnostique et thérapeutique, le suivi, et des suggestions d'aide à la prise en charge (PEC).

Résultats : Treize MG de profils différents ont été interrogés d'avril 2018 à janvier 2019. La PEC initiale soulevait des difficultés liées à l'examen clinique, aux nombreuses pathologies intriquées, à la gestion des examens complémentaires et à l'accès aux spécialistes. Le suivi était ressenti comme plus difficile, en raison des conséquences de la maladie et de son vécu par le patient. Il faisait appel à l'écoute, à l'empathie et à l'éducation. La composante professionnelle représentait une difficulté supplémentaire, du fait des arrêts de travail prolongés et du peu de moyens d'actions sur les troubles musculosquelettiques (TMS) liés aux conditions de travail.

Conclusion : Les difficultés étaient liées à l'aspect chronique de la pathologie et ce qu'il engendrait : le suivi au long cours et le ressenti du patient. Une approche centrée sur le patient et des supports d'accompagnement pourraient améliorer la PEC. Les arrêts de travail et les contraintes liées aux métiers pourvoyeurs de TMS représentaient une autre difficulté. L'évolution vers un travail pluridisciplinaire, intégrant la médecine du travail, permettrait d'améliorer la PEC biopsychosociale de ces troubles.

Mots clefs : « épaule douloureuse chronique », « médecins généralistes », « étude qualitative », « maladie chronique », « trouble musculo squelettique »

Jury :

Président du Jury : Professeur Luc FAVARD

Directeur de thèse : Docteur Julie AUBERT-PHOUPHETLINTHONG

Membre du Jury : Professeur Bernard FOUQUET

Professeur Jean ROBERT

Docteur Julien BERHOUE

Date de soutenance : 13 juin 2019