



**HAL**  
open science

# Épaule douloureuse chronique non traumatique en non instable : quelle prise en charge des médecins généralistes de Nice et sa région ?

Rachel Serfaty

## ► To cite this version:

Rachel Serfaty. Épaule douloureuse chronique non traumatique en non instable: quelle prise en charge des médecins généralistes de Nice et sa région?. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01408711

**HAL Id: dumas-01408711**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01408711>**

Submitted on 5 Dec 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

Épaule douloureuse chronique non traumatique et non instable : quelle prise en charge des médecins généralistes de Nice et sa région ?

**THÈSE**

Pour l'obtention du  
Diplôme d'État de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue le 7 juillet 2016

Par

**Rachel SERFATY**

Née le 29 Mai 1988 à Nice

**MEMBRES DU JURY**

Président :

Monsieur le Professeur Pascal BOILEAU

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Pierre GÉRARD

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Milou-Daniel DRICI

Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Madame le Docteur Elise GILBERT

Madame le Docteur Sarah-Line LANCREROT



UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS  
**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Liste des professeurs au **1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

<b>Doyen</b>	M. BAQUÉ Patrick
<b>Vice-Doyen</b>	M. BOILEAU Pascal
<b>Assesseurs</b>	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
<b>Conservateur de la bibliothèque</b>	Mme DE LEMOS Annelise
<b>Directrice administrative des services</b>	Mme CALLEA Isabelle
<b>Doyens Honoraires</b>	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

**Professeurs Honoraires**

M. BALAS Daniel M. BATT Michel M. BLAIVE Bruno M. BOQUET Patrice M. BOURGEON André M. BOUTTÉ Patrick M. BRUNETON Jean-Noël Mme BUSSIERE Françoise M. CAMOUS Jean-Pierre M. CHATEL Marcel M. COUSSEMENT Alain M. DAR COURT Guy M. DELLAMONICA Pierre M. DELMONT Jean M. DEMARD François M. DOLISI Claude M. FRANCO Alain M. FREYCHET Pierre M. GÉRARD Jean-Pierre M. GILLET Jean-Yves M. GRELLIER Patrick M. HARTER Michel M. INGLES AKIS Jean-André	M. LALANNE Claude-Michel M. LAMBERT Jean-Claude M. LAZDUNSKI Michel M. LEFEBVRE Jean-Claude M. LE BAS Pierre M. LE FICHOUX Yves Mme LEBRETON Elisabeth M. LOUBIERE Robert M. MARIANI Roger M. MASSEYEFF René M. MATTEI Mathieu M. MOUIEL Jean Mme MYQUEL Martine M. OLLIER Amédée M. ORTONNE Jean-Paul M. SAUTRON Jean Baptiste M. SCHNEIDER Maurice M. SERRES Jean-Jacques M. TOUBOL Jacques M. TRAN Dinh Khiem M. VAN OBBERGHEN Emmanuel M. ZIEGLER Gérard
---	---

**M.C.A. Honoraire**

Mlle ALLINE Madeleine

**M.C.U. Honoraires**

M. ARNOLD Jacques  
 M. BASTERIS Bernard  
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie  
 Mme DONZEAU Michèle  
 M. EMILIOZZI Roméo  
 M. FRANKEN Philippe  
 M. GASTAUD Marcel  
 M. GIRARD-PIPAU Fernand  
 M. GIUDICELLI Jean  
 M. MAGNÉ Jacques  
 Mme MEMRAN Nadine  
 M. MENGUAL Raymond  
 M. POIRÉE Jean-Claude  
 Mme ROURE Marie-Claire

**PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE**

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)hf
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSONÉric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

**PROFESSEURS PREMIERE CLASSE**

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie -Chirurgie Générale (42.01)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.F	ERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (5b1.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

**PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE**

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie –Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

**PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE (suite)**

M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

**PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS**

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----	-------------------	-------------------

**PROFESSEURS AGRÉGÉS**

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE Patricia	Anglais

**MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS -PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

**PROFESSEURS ASSOCIÉS**

M.	COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

**MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

M.	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M.	DARMON David	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

**PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ**

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

## REMERCIEMENTS

### Membres du Jury

A Monsieur le Professeur BOILEAU,

Vous me faites un très grand honneur en acceptant de présider cette thèse. J'ai eu la chance de vous côtoyer durant mon externat, au cours duquel vous m'avez transmis avec passion votre discipline. Vous m'avez appris qu'il était important de rester curieuse, de remettre en question mes certitudes pour progresser. Je vous prie de trouver ici le témoignage de ma reconnaissance, de mon admiration et de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur GÉRARD,

Je suis extrêmement honorée que vous ayez accepté de prendre la direction de ce travail. Merci de m'avoir accompagnée dans ce long périple, de m'avoir guidée pas à pas dans ce travail qui m'a grandement enrichie. Merci pour vos précieux conseils et votre grande disponibilité. Vous avez été présent tout au long de mon parcours et l'êtes encore aujourd'hui. Recevez, par ce travail, le témoignage de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur GARDON,

Je suis sincèrement touchée de l'honneur que vous me faites de participer à ce jury. Je vous remercie sincèrement pour le dévouement et l'enseignement rigoureux que vous montrez auprès des internes de médecine générale et je suis heureuse de participer à votre groupe de formation continue aujourd'hui. Puisse ce travail être le reflet de ma sincère gratitude et de mon respect profond.

A Monsieur le Professeur DRICI,

Votre présence dans mon jury est pour moi un grand honneur. Je vous remercie d'avoir aimablement accepté de juger ce travail et j'espère qu'il saura vous intéresser. Votre enseignement et votre savoir reconnus de tous suscitent mon respect et mon admiration. Soyez assuré de mes sincères remerciements et de ma plus grande considération.

A Madame le Docteur GILBERT,

J'ai eu la chance de vous rencontrer durant mon internat. J'ai ainsi eu l'occasion d'apprendre énormément à la fois sur le plan théorique et clinique. J'ai beaucoup apprécié votre bonne humeur et les rapports amicaux que nous avons pu développer par la suite. Veuillez trouver ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

A Madame le Docteur LANCREROT,

J'ai eu la chance de vous rencontrer à la fin de mon internat. Apprendre à vos côtés fut pour moi un très grand plaisir. Pour votre aide en toutes occasions et circonstances, je vous suis très reconnaissante. Je souhaite que ce travail soit l'occasion de vous témoigner toute mon estime.



## Famille

À mes parents, Nadine et Philippe, merci d'avoir accepté que je suive la voie de la médecine avec ses multiples détours. J'ai pu compter sur votre soutien sans faille pendant toutes ces années. Merci d'avoir toujours été présents pour moi et de l'être encore aujourd'hui. Sans votre aide, je ne serai pas devant vous à présenter ce travail.

À Jean-Guy, merci d'avoir rejoint ma route au début de ces études. Tu as toujours été là pour moi dans les moments de joie comme dans les moments difficiles. Tu as su être patient et m'apporter de précieux conseils tout au long de ce travail. Nous avons encore tant de choses à partager ensemble ! Merci d'être là tout simplement.

A ma sœur Léa, te retrouver régulièrement m'a donné du courage pendant cette année et malgré la distance, tu es toujours auprès de moi !

A mes grands-parents France, Nino, Danielle et Charly, merci pour votre bienveillance permanente et votre soutien depuis le début de mes études.

A mes oncles et tantes Éric, Laurent, Sylvie, Richard, Judith et Annie, merci pour votre soutien, vos encouragements et votre présence en ce jour si important pour moi.

A ma belle-famille, Nicole, Xavier et Auxence, merci de m'avoir accueillie au sein de votre famille. Je suis très heureuse que vous soyez présents. J'ai également une pensée émue pour Pierre.

A la famille Harroch : mon futur beau-frère Nathan, Danièle et Daniel, Danièle et Jérémy, merci d'être présents aujourd'hui !

## Amis

A mes amis de promotion et futurs confrères :

Chris, mon ami toujours présent depuis la P1, mazel tov !

Mes super demoiselles d'honneur Marion et Claudia. Jérémy, Seb et Thomas : merci pour toutes ces années passées avec vous et pour tous les bons souvenirs.

A mon amie et super maman Elsa, maintenant 10 ans que nous nous connaissons, et comme si la P1 était hier... Tu as toujours été là pour les moments importants comme celui-là!

A mon amie et tout autant super maman Nassima, en espérant passer encore de bon moments à tes côtés !

A mes amies d'enfance Alex et Camille, que de chemins parcourus depuis Stan !

A Ines, FX, Charlotte, Sonia, Carol-Anne, Sam, Julie, Julien, Steven, Coralie, Elodie, Caro, Chris, Anna, Xavier, Séverine, Benoit, Sylvia, Jenny, et pardon à tous ceux que j'oublie ...

## Services

A Odile et Cyril, c'est grâce à vous que j'ai pu découvrir mon métier. Apprendre et passer du temps à vos côtés a été un immense plaisir.

Aux services de pédiatrie, de gynécologie et des urgences de Draguignan, un an de mon internat et des rencontres inoubliables : Katy, Pauline, Seb, Germain, Cécile, Florence, Ariel, Michel, Étienne, Simon, Géraldine, Fred, Jeannot, Azzedine, Nabil, M. Minguet...

A l'équipe du service de cardiologie de Grasse, Christine, Yamina, Claudia, James, Laetitia, Myriam, Inge, Angélique...

À toute l'équipe du DISSPO du CAL : Christelle, Catherine, Anne, mon ancienne co-interne Laure, Sophie et Sophie, Stéphanie, Angélique, Benoit, Dorothee, Isabelle, Christine... Merci pour votre soutien en toutes circonstances et pour votre disponibilité.

Et enfin merci au CRPV de Nice : Anne, Fanny, Bernadette, Guillaume, Marion... À Christiane pour tes bons conseils, à ma voisine préférée Jennifer et à Caroline : merci pour ton aide précieuse pour la mise en forme de ce travail et ton grand soutien !

*"On devient soignant parce qu'on a un patient symbolique à soigner.  
Qui est le tien?"*

Martin Winckler

## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>12</b>
<b>MATÉRIELS ET MÉTHODES</b> .....	<b>14</b>
<b>I. La recherche documentaire</b> .....	<b>14</b>
<b>II. La méthode qualitative et le type d'enquête</b> .....	<b>15</b>
<b>III. Population et mode de recrutement des médecins généralistes</b> .....	<b>15</b>
A. Critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion .....	15
B. Population étudiée .....	15
C. Méthode de recrutement.....	16
<b>IV. Le guide d'entretien</b> .....	<b>17</b>
<b>V. Analyse des Verbatim</b> .....	<b>17</b>
A. Analyse verticale.....	17
B. Analyse transversale .....	18
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>19</b>
<b>I. Population</b> .....	<b>19</b>
<b>II. Analyse thématique transversale</b> .....	<b>22</b>
A. Les différentes pratiques.....	22
B. Le médecin généraliste au centre de la prise en charge .....	34
C. Les ressources des médecins généralistes.....	40
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>46</b>
<b>I. Synthèse</b> .....	<b>46</b>
A. Prise en charge diagnostique .....	46
B. Prise en charge thérapeutique.....	49
C. Suivi .....	52
<b>II. La validation interne</b> .....	<b>53</b>
A. Les limites de l'étude .....	53
B. Les points forts de l'étude.....	55
<b>III. La validation externe</b> .....	<b>56</b>
A. La prise en charge globale .....	56
B. Pour aller plus loin.....	66
<b>IV. Propositions</b> .....	<b>72</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>73</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>76</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>79</b>
<b>I. Formulaire d'information et de consentement</b> .....	<b>79</b>
<b>II. Guide d'entretien</b> .....	<b>80</b>
<b>III. Equivalences des nomenclatures anatomiques</b> .....	<b>81</b>
<b>IV. Outil pratique</b> .....	<b>82</b>
<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>83</b>

## LEXIQUE

AAOS : American Academy of Orthopedic Surgeons  
AINS : Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens  
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé  
BSDQ : British Shoulder Disability Questionnaire  
CDR : Coiffe Des Rotateurs  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
DIU : Diplôme Inter Universitaire  
DU : Diplôme Universitaire  
E : Entretien  
ECN : Examen Classant National  
FMC : Formation Médicale Continue  
HAS : Haute Autorité de la Santé  
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique  
MG : Médecin Généraliste  
MSU : Maître de Stage Universitaire  
PACA : Provence Alpes Côte d'Azur  
PEC : Prise En Charge  
RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit  
TMS : Troubles Musculo Squelettiques

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Schéma des différentes analyses en méthode qualitative.

Figure 2 : Diagramme de flux.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés.

## INTRODUCTION

Chaque année, environ la moitié de la population générale présente une douleur de l'épaule<sup>1</sup>. Elle est un motif fréquent de consultation en médecine générale et représente la troisième cause des troubles musculo squelettiques<sup>2</sup> (TMS). Parmi les étiologies de ces douleurs, les tendinopathies de la coiffe des rotateurs sont les plus fréquentes<sup>3</sup>.

En soins primaires, 4,2% des consultations de médecine générale concernent l'épaule<sup>4</sup>, et 1% correspondent à des douleurs inaugurales<sup>5</sup>. Ces valeurs diffèrent selon les études, probablement du fait que l'origine de ces douleurs concerne non seulement l'épaule elle-même mais également un ensemble de pathologies intriquées et de douleurs projetées. Le diagnostic étant plus difficile, il nécessite un examen rigoureux et systématique de la part du clinicien.

A tout âge, les patients peuvent être confrontés à des douleurs concernant l'épaule. En effet, nous assistons d'une part au vieillissement de la population qui s'expose aux dégénérescences de coiffe, à l'arthrose... mais aussi à des pathologies touchant les jeunes sportifs.

Différents acteurs médicaux, chirurgicaux et paramédicaux sont impliqués dans la prise en charge des pathologies de l'épaule, représentant un réseau de professionnels autour du patient.

De nombreuses études concernent les patients pris en charge à l'hôpital<sup>3</sup> ... mais qu'en est-il en médecine de ville ?

Les médecins généralistes (MG) sont en premier lieu concernés par ce motif de consultation, à partir duquel ils doivent poser un diagnostic précis, proposer un traitement adapté puis

assurer le suivi. Les formations initiales communes à tous et les formations continues [diplômes universitaires (DU), diplômes inter universitaires (DIU), formation médicale continue (FMC)] conditionnent les prises en charge, donnant lieu à des pratiques différentes d'un médecin généraliste à l'autre.

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit l'épaule douloureuse chronique comme l'ensemble des tendinopathies dégénératives et calcifiantes chroniques de la coiffe des rotateurs de l'épaule<sup>6</sup>. Outre les instabilités, son approche directe sous-entend l'exclusion des affections extra-régionales, neurogènes locales et acromio-claviculaires, ainsi que des arthropathies gléno-humérales mécaniques, inflammatoires et infectieuses. Ces recommandations pour la pratique clinique concernent la prise en charge en soin primaire et secondaire. Elles ne permettent cependant pas d'identifier et de définir clairement le rôle du médecin généraliste.

Toutes ces problématiques nous ont donc amenés à nous poser la question de travail suivante : quelles sont les pratiques observées en médecine générale concernant le diagnostic, le traitement et le suivi de l'épaule douloureuse chronique non traumatique et non instable ?

Nous tenterons d'y répondre au travers d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés dont l'objectif principal est de décrire un panel des pratiques des médecins généralistes de Nice et sa région.

Les objectifs secondaires sont de décrire et analyser les obstacles à une prise en charge de qualité. Pour finir, nous proposerons un outil pratique clinique destiné aux médecins généralistes pour aider à la prise en charge de l'épaule douloureuse chronique.

## MATÉRIELS ET MÉTHODES

### I. Recherche documentaire

Une recherche documentaire a été réalisée grâce à PubMed, le principal moteur de recherche de données bibliographiques de l'ensemble des domaines de spécialisation de la médecine scientifique donnant accès à la base de données bibliographique Medline, rassemblant des citations et des résumés d'articles de recherche. Les moteurs de recherche Google Scholar et Doc'CISMeF ont également été explorés.

Par souci d'exhaustivité, les recherches ont été étendues à la littérature publiée sur les réseaux spécialisés : congrès, supports de cours de DIU, ainsi qu'aux sources de références médicales telles que Prescrire, Univadis et Em-consult.

Après avoir exploré toutes ces bases de données, les références citées dans les articles considérés comme pertinents ont été étudiées. Cette stratégie de recherche manuelle a permis de recueillir encore un certain nombre d'articles intéressants pour le sujet étudié.

Les mots clés recherchés étaient les suivants : « coiffe des rotateurs », « médecine générale », « épaule douloureuse chronique », « traitement », « arthrose », « tendinopathies », « capsulite », « recommandations » , « orientation » et en anglais : « rotator cuff », « primary care », « painful », « pain », « shoulder », « treatment », « chronic », « arthritis », « tendinopathy », « capsulitis », « referral » , « secondary care », « impingement syndrom ».

## II. La méthode qualitative et le type d'enquête

La méthode choisie était celle de l'étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Ce type d'étude permet une interaction verbale animée avec la personne interrogée, partageant de ce fait son savoir<sup>7</sup>.

Elle vise la compréhension et le sens, et permet d'étudier et de comprendre les usages afin de recueillir des données telles que le vécu. Ces études sont appropriées pour explorer les opinions, les pratiques et les comportements des individus.

## III. Population et mode de recrutement des médecins généralistes

L'échantillonnage était théorique<sup>8</sup>, intentionnel<sup>9</sup> et raisonné<sup>10</sup>. Il permettait de refléter la diversité de la population étudiée.

### A. Critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion

Nous avons inclus les médecins généralistes installés ou remplaçants de la région de Nice acceptant l'entretien. Nous n'avons pas inclus les médecins généralistes ayant accepté l'entretien mais n'ayant pas apporté de réponse positive suite à nos relances. Nous avons exclus les médecins généralistes refusant l'entretien.

### B. Population étudiée

Les paramètres de l'échantillonnage théorique étaient le sexe, l'âge, le lieu d'activité, les formations complémentaires, le secteur conventionnel d'activité, l'exercice ou non en cabinet de groupe, l'année d'installation et la durée moyenne d'une consultation.

Le choix de la population s'est porté sur les médecins généralistes exerçant en cabinet de



médecine générale de Nice et sa région, correspondant aux départements des Alpes-Maritimes et du Var.

Le recrutement des enquêté(e)s s'est fait parmi notre réseau de connaissances de médecins généralistes : maitres de stages universitaires (MSU) de la faculté de médecine de Nice, médecins remplacés, et par la méthode « boule de neige » : le premier enquêté indiquant d'autres contacts possibles.

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

### C. Méthode de recrutement

Tous les participants ont été contactés 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. Il leur était précisé que les entretiens étaient enregistrés mais détruits une fois la retranscription faite. Si les médecins généralistes acceptaient l'entretien, un rendez-vous dans un lieu de leur choix était convenu. Les médecins ayant accepté initialement l'entrevue mais n'ayant pas donné suite ont été relancés par téléphone à trois reprises maximum.

Avant de commencer l'entretien, un formulaire d'information et de consentement (Annexe 1) à signer leur a été soumis, résumant le contexte, l'objectif de l'étude ainsi que les conditions de participation.

## IV. Le guide d'entretien

Suite à la validation du sujet par la cellule thèse de médecine générale, puis après avoir bénéficié des conseils méthodologiques de la cellule qualitative, un guide d'entretien<sup>11, 12</sup> initial a été élaboré (Annexe 2).

Les questions posées étaient ouvertes et avaient abordé des thèmes suffisamment larges pour ne pas biaiser les réponses des participants. Le guide prévoyait des relances-types<sup>13</sup> pour approfondir certaines questions durant l'entretien.

Il abordait les éléments suivants : les étiologies d'une épaule douloureuse chronique, le diagnostic, le traitement, l'orientation chez un confrère, le suivi et les retours. La dernière question portait sur l'expérience des médecins généralistes concernant le dernier patient présentant une épaule douloureuse chronique vu en consultation.

A partir du cinquième entretien, un médecin responsable des études qualitatives du pôle de Santé Publique au CHU de Nice a effectué une relecture suivie de corrections, permettant ainsi l'optimisation du guide d'entretien. Les questions 1 et 6 ont été reformulées afin d'insister sur les pratiques et les expériences des médecins.

## V. Analyse des Verbatim

Tous les verbatim ont été retranscrits mot à mot après chaque entretien<sup>14</sup>.

### A. Analyse verticale

L'analyse du matériel était faite de manière manuelle, sans aide logicielle. Tous les entretiens étaient considérés dans leur intégralité. Nous avons répertorié les différents thèmes abordés entretien par entretien. Cette analyse avait pour but de comprendre les réponses de chaque individu pour un thème donné.

## B. Analyse transversale

Un regroupement transversal a ensuite été réalisé. Les entretiens ont été comparés les uns aux autres et recoupés selon un même critère. Pour chaque thème, les verbatim cités par les répondants 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<sup>15, 16, 17</sup>.

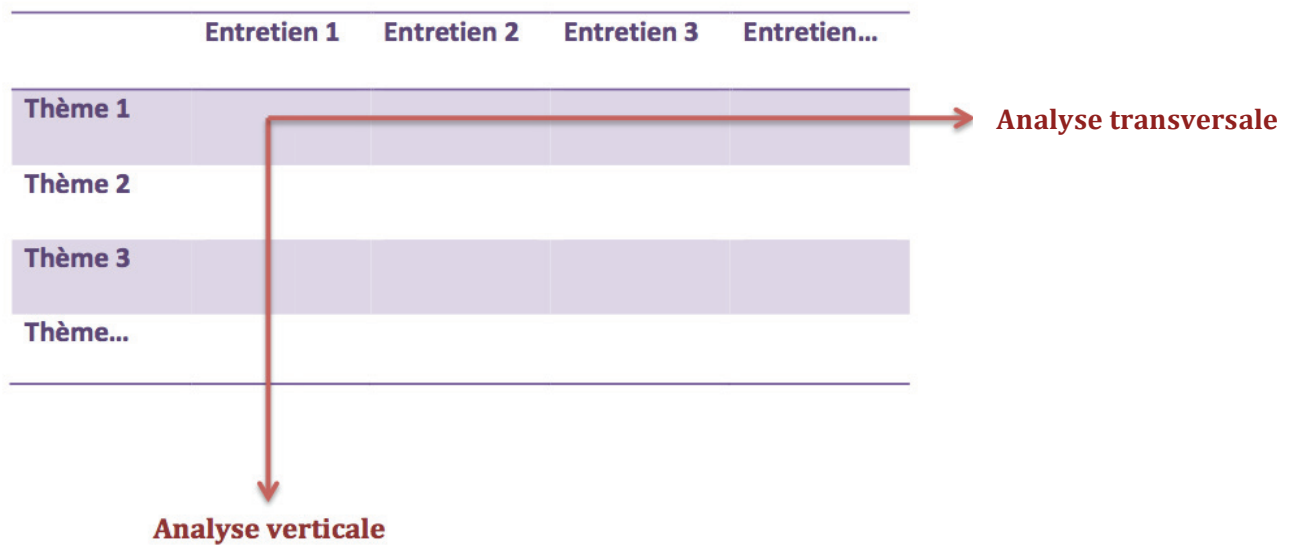


Figure 1 : Schéma des différentes analyses en méthode qualitative.

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

Chaque entretien a été relu par une personne extérieure, et les différents thèmes abordés ont été discutés avec elle.

## RÉSULTATS

### I. Population

Vingt-huit médecins généralistes ont été initialement contactés. Quatre avaient refusé l'entretien, donnant pour principale raison pour trois d'entre eux le manque de disponibilité et de temps à consacrer. Un médecin avait déjà répondu à plusieurs questionnaires sans retour de la part des étudiants, ne souhaitant plus renouveler l'expérience. Au total, 10 entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation théorique des données.

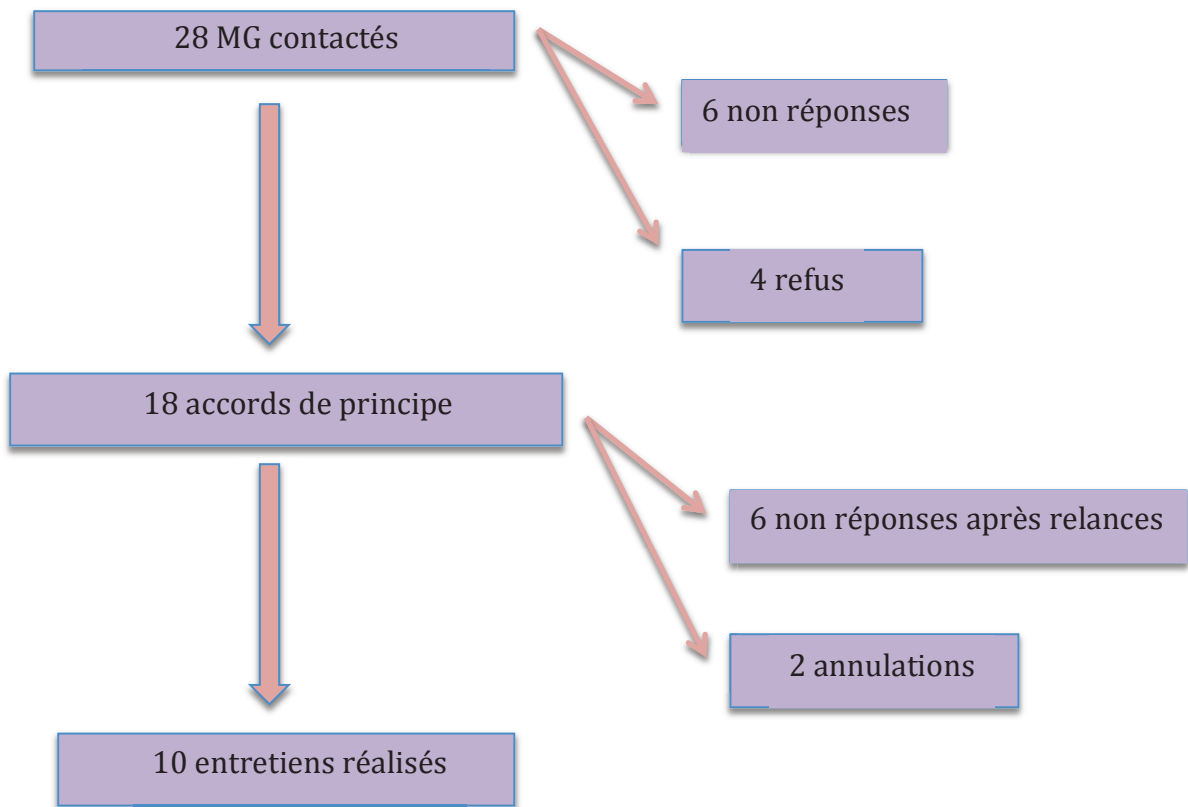


Figure 2 : Diagramme de flux.

Nous avons donc interrogé 10 médecins généralistes de Nice et sa région pendant la période d'Octobre 2015 à Février 2016.

Entretien	Sexe	Age	Lieu	DU, DIU, capacités, formations	Groupe ou seul	Année installation	Secteur	Durée des consultations
1	F	63	Urbain	DU dommage corporel, FMC	Seule	1980	1	15 à 20 min
2	H	60	Semi-Rural	Enseignement de la médecine générale et MSU, FMC	Groupe : 3	1984	2	Au moins 20 min
3	F	40	Urbain	DU gynéco pédiatrie, douleur, micro nutrition, médecine urgence, FMC	Groupe : 6	2014	1	15 à 20 min
4	F	55	Urbain	DU biologie et médecine du sport, médecine de la plongée et des sports aquatiques, FMC	Seule	1989	1	20 à 30 min
5	H	58	Urbain	Aucun	Groupe : 2	1986	1	Environ 15 min
6	H	53	Semi-Rural	Capacité de médecine aérospatiale, urgence, médecin pompier, médecin correspondant SAMU, MSU, FMC	Groupe : 3	1992	1	5 à 45 min
7	F	54	Semi-Rural	Capacité de médecine du sport, MSU, FMC	Groupe : 4	1995	1	5 à 45 min
8	F	33	Urbain	FMC	Seule	2015	1	30 min
9	F	30	Semi-rural	Aucun	Groupe	Remplaçante	1	15 à 20 min
10	H	56	Urbain	FMC	Seul	1993	1	15 à 20 min

**Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés.**  
**F = Femme ; H = Homme.**

Parmi ces médecins généralistes, 6 étaient des femmes et 4 des hommes, dont l'âge moyen était de 50,2 ans.

Concernant leur lieu d'activité, 7 médecins exerçaient dans les Alpes-Maritimes et 3 dans le Var. Tous les médecins varois avaient une activité semi-rurale. Pour les médecins des Alpes-Maritimes, 6 avaient une activité urbaine et 1 semi-rurale. Les villes dans lesquelles les médecins exerçaient étaient Nice (06), Antibes Juan-les-Pins (06), Callian (83) et Fayence (83).

Les médecins de notre étude étaient tous installés en cabinet de médecine générale sauf un, qui effectuait des remplacements réguliers depuis deux ans. Ils exerçaient pour 6 d'entre eux au sein d'un cabinet de groupe, et 4 médecins étaient seuls. Quatre médecins s'étaient installés entre 1980 et 1989, 3 médecins entre 1990 et 1999, un médecin en 2014 et un en 2015.

Le temps dédié lors d'une consultation était variable, et durait de 5 à 45 minutes selon les patients.

Tous les entretiens se sont déroulés aux cabinets des médecins, sauf l'entretien 9, qui a été réalisé en visio-conférence, car il concernait un médecin remplaçant qui répondait à notre entretien de son domicile. Pendant les entretiens, tous les médecins étaient seuls sauf un (E6), qui répondait en présence de son interne. La durée des entretiens semi-dirigés variait de 18 à 45 minutes, soit une moyenne pour les 10 entretiens de 35,5 minutes, pour une totalité de 5,9 heures.

Une fois les entretiens réalisés, 38 pages de verbatim ont été retranscrites.

## II. Analyse thématique transversale

Nous avons relevé et classé les pratiques des médecins généralistes lors de la prise en charge d'une épaule douloureuse chronique non instable et non traumatique. Nous avons abordé dans un premier temps les différentes pratiques pour cette pathologie, puis évoqué le rôle du médecin généraliste au centre de cette prise en charge. Enfin, nous avons exposé les ressources des médecins généralistes.

### A. Les différentes pratiques

#### 1) Le premier contact : les étiologies évoquées

Lorsque nous décrivions le cas d'un patient qui se présentait au cabinet de médecine générale avec un problème d'épaule douloureuse chronique, tous les médecins envisageaient dans un premier temps les tendinopathies de la coiffe des rotateurs.

Il s'agissait pour la majorité d'entre eux de la cause la plus fréquemment retrouvée en pratique.

**E1** : « *Ce qu'on voit souvent c'est surtout, surtout, les problèmes de tendinite et de coiffe.* »

Au sein même de cette étiologie, certains médecins avaient précisé leurs caractéristiques et mécanismes, ainsi que le siège de l'atteinte. Quelques-uns avaient évoqué les calcifications ainsi que les lésions dégénératives liées à l'âge et à un éventuel conflit sous-acromial, pouvant mener dans certains cas à des ruptures partielles ou complètes.

**E6** : « *Il y a aussi les calcifications [...]* »

**E7** : « *Les problèmes de coiffe, liées à la dégénérescence liée à l'âge.* »

**E5 :** « *Les tendinopathies, avec ou sans conflit sous-acromial, on peut avoir quand même des ruptures partielles des tendons. »*

Un médecin retrouvait que les lésions du sus-épineux étaient les plus fréquentes.

L'arthrose était évoquée dans un deuxième temps par la grande majorité de médecins.

**E5 :** « *L'arthrose de l'épaule évidemment. »*

Quelques médecins avaient ensuite abordé d'autres étiologies, considérées comme moins fréquentes, telles que les bursites, les capsulites rétractiles et les névralgies cervico-brachiales.

Très peu de médecins avaient parlé de l'arthrite, des pathologies musculaires, des douleurs projetées, des arthropathies microcristallines et des douleurs liées au syndrome du canal carpien.

Aucun médecin n'avait mentionné les douleurs liées à l'algodystrophie de l'épaule.

## 2) Le temps du diagnostic

### a. L'interrogatoire

Tous les médecins commençaient leur consultation par un interrogatoire du patient.

**E1 :** « *Classique : interrogatoire. »*

Beaucoup le considérait comme très informatif pour orienter leur diagnostic. Il permettait de préciser le caractère chronique du syndrome, d'évaluer la douleur, le milieu professionnel dans lequel évoluait le patient, et sa gêne dans la vie quotidienne.

**E3 :** « *Il faut voir dans quel contexte, mais sinon il y a beaucoup de gens qui sont des travailleurs manuels. »*



**E6** : « *On essaye déjà de voir si c'est une récurrence, la durée des symptômes, l'installation du syndrome.* »

b. L'examen clinique

Tous les médecins réalisaient différentes étapes d'un examen clinique classique de l'appareil locomoteur : inspection, palpation, réalisation des manœuvres actives et passives, et recherche des amplitudes de l'épaule atteinte.

**E1** : « *Puis l'examen avec l'inspection [...] la palpation [...] puis ensuite les mobilités.* »

**E6** : « *Abduction, adduction, rotation etc. ... Amplitudes passives, actives [...]* »

Tous les médecins avaient également évoqué les testings spécifiques de la coiffe des rotateurs, avec plus ou moins d'intérêt pour leur pratique à chaque consultation.

La moitié des médecins les réalisaient de manière systématique.

**E4** : « *Je fais toutes les manœuvres, le Jobe, le Patte et autres acronymes.* »

Quelques médecins les appliquaient de manière non systématique : ils évoquaient le problème du temps et les utilisaient uniquement au cas par cas.

**E1** : « *Les tests de coiffe quand on peut les faire [...]* »

Plusieurs médecins ne les réalisaient jamais, en justifiant d'un manque de connaissance pour la plupart.

**E9** : « *Après je sais qu'il y a un plein de tests avec des noms super savants qu'on doit faire à l'examen clinique mais sincèrement j'y connais rien.* »

La moitié des médecins considérait de ce fait que le diagnostic est déjà posé lors de l'examen clinique, en particulier grâce à ces testings très spécifiques.

**E5 :** « *Théoriquement, on devrait pouvoir faire un diagnostic assez précis sur une épaule en examinant comme il faut. »*

Deux médecins avaient insisté sur l'importance d'un examen clinique rigoureux et systématique.

**E7 :** « *Il faut essayer de faire la part des choses entre les douleurs projetées et les douleurs d'épaule à proprement parler [...] »*

Aucun médecin n'utilisait de scores fonctionnels, spécifiques ou non, de l'épaule au cours de leur prise en charge.

#### c. Les examens paracliniques

Un bilan d'imagerie par radiographie de l'épaule et échographie de la coiffe des rotateurs était réalisé par la grande majorité des médecins. Ces deux examens étaient prescrits pour la plupart d'entre eux dans le même temps.

**E1 :** « *Radio et en général associée à une écho de l'épaule, d'emblée. »*

Les raisons de ces prescriptions étaient pour la majorité d'entre eux un moyen de confirmer le diagnostic avant de revoir le patient.

**E6 :** « *Ici le débrouillage classique c'est radio écho. »*

Certains médecins détaillaient le but de ces examens, en expliquant l'orientation de leur prescription en fonction des données obtenues à l'examen clinique.

**E3 :** « *Je prescris des radios et échographie le plus souvent, la plupart du temps d'emblée. Si je suspecte plus une tendinite, ça sera l'échographie. Et si c'est vraiment névralgie, on s'oriente vers la radio. »*

Quelques médecins utilisaient les données de ce bilan d'imagerie comme référence avant de proposer un traitement spécifique.

**E5 :** « *Je fais des échographies dans un premier lieu [...] pour ne pas avoir de contre-indication à l'infiltration.* »

Un seul médecin ne prescrivait d'emblée qu'une radiographie à la recherche de calcifications.

**E4 :** « *Radio [...] pas vraiment pour confirmer mais pour informer s'il y a une calcification ou pas.* »

Tous les médecins avaient également abordé la prescription d'examens d'imagerie plus poussés tels que l'arthro scanner et IRM. La grande majorité des médecins les prescrivaient dans le but d'affiner le diagnostic.

**E5 :** « *Ca m'arrive d'en prescrire, et même régulièrement, en fonction de l'évolution.* »

Quelques médecins avaient évoqué l'aspect invasif de ces examens, amenant l'un d'entre eux à trancher en faveur de l'IRM.

**E7 :** « *On se dirige vers l'IRM de l'épaule parce que c'est beaucoup moins traumatique et beaucoup plus fin.* »

Très peu de médecins ne prescrivaient jamais d'IRM ou d'arthro scanner. Ils considéraient que les spécialistes étaient plus à même de les demander.

**E1 :** « *Je ne prescris pas d'autres examens parce que j'estime que l'arthroscan etc. c'est quand même du ressort du spécialiste [...]* »

### 3) La prise en charge thérapeutique

#### a. Les médicaments utilisés en pratique courante

Chez un patient présentant une épaule douloureuse chronique, la grande majorité des médecins prescrivait des antalgiques de palier 1.

**E7** : « *Les antalgiques simples.* »

Plus de la moitié des médecins y associaient systématiquement des anti-inflammatoires, alors que certains les utilisaient uniquement dans certaines indications particulières, en fonction du type d'atteinte.

**E1** : « *Et anti inflammatoires.* »

**E5** : « *Dans la tendinopathie du sus épineux : plus ou moins anti inflammatoires.* »

Plus de la moitié des médecins avaient évoqué l'utilisation des paliers 2 dans leur pratique quotidienne, et cela de manière courante pour la majorité.

**E8** : « *Antidouleurs de niveau 2 souvent.* »

Seulement quelques médecins avaient parlé de l'utilisation, très rare, des paliers 3 dans leur expérience.

**E6** : « *Ca m'est peut-être arrivé d'aller quelquefois jusqu'à la morphine, mais c'est vraiment très très anecdotique.* »

Quelques médecins s'accordaient à dire que les traitements per os avaient une efficacité limitée, d'où une tendance à proposer rapidement dans leur arsenal thérapeutique une infiltration.

**E5** : « *Le Doliprane® [...] à mon avis ça ne marche pas [...] la cortisone en infiltration [...] ça sera beaucoup plus efficace.* »

En parallèle de ces traitements, quelques médecins avaient avoué prescrire des cures de corticoïdes per os, dans certaines indications. Ils les trouvaient plus efficaces qu'un simple anti-inflammatoire.

**E10** : « *La cortisone ça marche bien per os [...] pour les calcifications scapulo humérales.* »

Un seul médecin estimait qu'elles ne paraissaient pas adaptées pour ce type de prise en charge.

**E5** : « *Sur une tendinopathie de l'épaule, une corticothérapie ne me paraît pas adaptée [...]* »

Lors de la prescription de ces traitements antalgiques, tous les médecins réalisaient des cures courtes, en particulier pour les anti-inflammatoires. Les durées totales de traitements étaient variables selon les prescripteurs et n'excédaient pas les 3 semaines pour certains d'entre eux.

**E7** : « *Je me donne 15 jours trois semaines pour voir si ça s'améliore [...]* »

#### b. Les infiltrations

Devant l'échec d'un traitement médical per os, la grande majorité des médecins proposait la réalisation d'infiltrations. Certains médecins orientaient le patient chez un confrère pour la réalisation de ce geste, et quelques-uns les réalisent encore rarement au cabinet.

**E7** : « *Les infiltrations... j'en fais de moins en moins.* »

Plusieurs médecins avaient l'habitude de pratiquer des infiltrations, mais avaient décidé de ne plus les faire.

**E5** : « *J'en faisais avant, systématiquement après l'échographie.* »

### c. Les autres traitements

Concernant les autres alternatives thérapeutiques, un seul médecin avait expliqué réaliser des techniques de mésothérapie dans un but antalgique.

**E1 :** « *De temps en temps je leur fais un peu de méso quand c'est algique quand ils sont pressés, mais toujours après les examens complémentaires [...] »*

Quelques médecins avaient connaissance d'autres traitements, médicamenteux ou non, et avaient cité à titre d'exemple les blocs, les arthro dilatations, les ondes de chocs, et les ponctions lavages aspirations.

### d. La pharmacovigilance

Plus de la moitié des médecins avaient des notions de pharmacovigilance. En effet, certains prescrivaient en veillant aux contre-indications éventuelles des médicaments et d'autres aux effets indésirables.

**E2 :** « *On essaye d'être le moins iatrogène possible [...] »*

### e. L'observance

Peu de médecins avaient insisté sur le fait que leurs patients suivaient correctement leur traitement. Un médecin pensait que cela était dû au fait qu'ils n'avaient pas d'autre choix face à la douleur, et un autre considérait que le climat de confiance instauré au préalable permettait cela.

**E1 :** « *En général ils suivent parce qu'ils ont mal. »*

**E3 :** « *Et ils sont observants. Ils ont confiance. »*

## f. Les traitements non médicamenteux

Devant un patient présentant des douleurs chroniques d'épaule, tous les médecins préconisaient des séances de kinésithérapie. Un seul médecin précisait ne pas en prescrire dans l'arthrose.

**E4 :** « *Bon après pour l'arthrose il n'y a pas de kiné [...]* »

Plusieurs médecins détaillaient leur prescription, en précisant pour certains d'entre eux le diagnostic.

**E8 :** « *Je mets mon diagnostic sur l'ordonnance. Je ne mets pas kiné de l'épaule comme ça.* »

Pour d'autres, il était important de notifier les exercices à faire pratiquer par le kinésithérapeute.

**E4 :** « *Je suis très [insiste] explicite sur la kiné, je leur montre [insiste] ce qu'on va leur faire faire : c'est interdit de faire du travail avec les haltères.* »

Une minorité de médecins avouait ne pas détailler leur ordonnance, comme le nombre de séances ou les mouvements à effectuer. L'un d'entre eux pensait qu'il appartenait au kinésithérapeute de décider de sa propre prise en charge.

**E5 :** « *Je ne décris pas précisément ce qu'il faut faire [...] j'estime qu'il faut laisser un peu de liberté au kiné.* »

**E9 :** « *Je marque séances de rééducation, je ne marque pas le nombre.* »

Peu de médecins parlaient de l'efficacité de la kinésithérapie. Lorsqu'ils l'évoquaient, les avis divergeaient. Un médecin considérait que pour une prise en charge efficace, la kinésithérapie devait être active, et un autre médecin pensait le contraire.

**E5 :** « *La kiné, il faut la faire de façon active pour qu'il y ait un peu d'efficacité.* »

**E7 :** « *Une kiné un peu trop drastique a plutôt tendance à aggraver les choses.* »

Pour un médecin, les résultats de cette prise en charge, en terme d'efficacité, étaient très variables en fonction des patients.

**E1 :** « *Il y en a chez qui on a une amélioration au bout de quelques mois, ils arrivent à récupérer une activité, et arrêter les antalgiques, le kiné a été efficace, mais j'en vois aussi pas mal où ça n'évolue pas [...]* »

Quelques médecins donnaient des conseils de lutte contre la douleur, tels que l'application locale de glace. Certains informaient également des précautions à suivre de non-utilisation de l'épaule atteinte.

**E6 :** « *L'immobilisation [...] la glace, pour la composante inflammatoire, toujours.* »

#### 4) L'orientation du patient

##### a. Chez le kinésithérapeute

Les délais avant d'orienter le patient chez le kinésithérapeute étaient variables selon les médecins. Certains les adressaient de manière précoce, voire avant les examens complémentaires pour un médecin.

**E3 :** « *Je les adresse au kiné dès le début, à partir du 5<sup>ème</sup> jour.* »

**E5 :** « *Je prescris la kiné d'emblée, avant les examens complémentaires.* »

Plusieurs médecins attendaient au moins une semaine pour avoir un retour des examens complémentaires prescrits. Pour la plupart d'entre eux, cela semblait indispensable afin d'être sûrs de ne pas avoir de contre-indication à la kinésithérapie telle qu'une calcification ou des métastases.



**E4 :** « *Après avoir eu les résultats d'imagerie, parce que si on a un doute sur une calcification, je ne fais pas de kiné [...] car je serais plus délétère qu'autre chose.* »

**E7 :** « *Au bout de 15 jours/3 semaines [...] où il s'est plaint de sa pathologie de l'épaule, et qu'on a eu les examens complémentaires. Jamais avant de toute façon, parce que tu peux tomber sur des métastases ou je sais pas quoi.* »

#### b. Chez les spécialistes

La majorité des médecins orientaient les patients chez le rhumatologue pour différentes raisons. Plusieurs considéraient qu'ils avaient un rôle dans la prise en charge thérapeutique, en réalisant des infiltrations non faites en pratique en cabinet de médecine générale.

**E4 :** « *Moi je ne fais pas d'infiltration, donc j'oriente assez rapidement [...]* »

Certains médecins adressaient les patients dans un but diagnostic.

**E6 :** « *[...] ou si le diagnostic n'est pas établi.* »

Quelques-uns les orientaient chez le rhumatologue pour un avis supplémentaire dans la prise en charge globale.

**E3 :** « *Quand je n'arrive pas à gérer au bout d'un mois j'envoie chez le rhumato [rires].* »

Quelques médecins n'avaient pas pour habitude de proposer une prise en charge par le rhumatologue, donnant pour principale raison qu'elle n'était pas si différente de la leur.

**E5 :** « *Je ne sais pas ce que le rhumato pourra faire beaucoup plus que moi.* »

La grande majorité des médecins orientait les patients chez le chirurgien orthopédiste selon certaines pathologies. Beaucoup proposaient un avis chirurgical aux patients présentant des ruptures tendineuses, des tendinopathies chez les plus jeunes, une arthrose évoluée, ou encore dans les cas de bursite.

**E7 :** « *Au chirurgien si effectivement il y a une rupture avérée avec une récupération qui ne se fait pas. »*

**E10 :** « *Chirurgie je réserve à des gens plus jeunes, handicapés par le problème, qui peuvent avoir une récupération. »*

**E3 :** « *Et le chirurgien s'il y a une prothèse à mettre dans une articulation [...] »*

**E8 :** « *S'il y a une bursite [...] je leur dis d'aller voir un orthopédiste. »*

Peu de médecins orientaient le patient chez un radiologue afin de réaliser des infiltrations radioguidées.

**E3 :** « *Infiltrations en radiologie sous contrôle. »*

#### 5) Le suivi

La moitié des médecins organisaient un suivi avec leur patient, et cela de différentes façons.

La plupart demandaient de revenir en consultation, pour réévaluer la douleur, le traitement, ou encore la clinique.

**E10 :** « *Je les fais revenir au bout d'une semaine, puis après je les revois après la kinési. »*

Quelques médecins assuraient un suivi par téléphone, donnant pour raison principale le manque de disponibilité en consultation.

**E5 :** « *Malheureusement j'ai énormément de travail, donc le suivi c'est toujours un peu compliqué [...] on fait souvent par téléphone. »*

L'autre moitié des médecins ne proposaient pas de suivi programmé. Beaucoup d'entre eux considéraient avoir assez d'informations par les kinésithérapeutes et les spécialistes.

**E1** : « *Souvent je ne les revois pas après, j'ai de leurs nouvelles parce que, ou ils ont été opérés, ou ils ont été infiltrés. »*

Quelques médecins laissaient la liberté au patient de revenir les voir quand ils en ressentaient le besoin.

**E9** : « *Ils reviennent tout seuls [rires]. »*

## B. Le médecin généraliste au centre de la prise en charge

### 1) La relation médecin-patient

#### a. La liberté du patient

Pour la majorité des médecins, la prise en charge globale de la pathologie passait par l'écoute du patient.

**E1** : « *C'est vraiment individu dépendant [...] »*

Lorsque le sujet était abordé plus précisément, la moitié des médecins laissaient leur patient prendre des décisions à différents niveaux de la prise en charge, et cela après les avoir informés de ce qu'il leur semblait être le mieux pour eux.

**E2** : « *Les patients vont aussi où ils veulent aller [...] je propose, après les patients font ce qu'ils veulent. »*

#### b. Le vécu des patients

Selon beaucoup de médecins, et d'après leurs patients, les résultats obtenus étaient très aléatoires.

**E2** : « *Ils te disent que le traitement a bien marché [...] ça ne m'a rien fait, ou ça n'a apporté qu'une amélioration passagère... »*

Au vu de ces retours, certains médecins étaient satisfaits de la prise en charge globale, et d'autres l'étaient beaucoup moins.

**E8** : « *Les patients sont assez contents après quand ils sont pris en charge par la kiné [...]* »

**E9** : « *Ils ne sont pas soulagés sur les douleurs, ils sont quand même handicapés au quotidien, moi je ne suis pas satisfaite de la prise en charge.* »

Un médecin accordait beaucoup d'importance au retour de ses patients lors de la prise en charge par le kinésithérapeute, au travers des exercices réalisés.

**E4** : « *Je leur dis : si c'est pas ça qu'on vous fait faire, je veux que vous reveniez me voir pour me le dire.* »

Un médecin avouait avoir très peu de retour de ses patients.

**E3** : « *Le retour c'est difficile.* »

### c. Information et éducation du patient

La grande majorité des médecins utilisaient leurs connaissances pour expliquer les étapes de la prise en charge à leur patient.

Certains médecins utilisaient des outils visuels afin d'aider à la compréhension du diagnostic.

**E4** : « *J'explique au patient par la mécanique de l'épaule, en montrant et si besoin en schéma. Ils sont plus réceptifs.* »

Concernant la prise en charge thérapeutique et le suivi, la plupart des médecins utilisaient un vocabulaire adapté pendant la consultation.

**E3** : « *J'essaye d'expliquer avec des mots simples.* »

Quelques médecins avaient souligné l'importance de remettre en question certaines demandes. Celles-ci émanaient souvent de patients friands d'examen complémentaires, parfois orientés par le radiologue pour un des médecins.

**E2 :** *« C'est un peu embêtant même pour nous vis-à-vis du patient qui a eu le radiologue qui dit : il faudrait faire une IRM. Il va falloir plus l'éduquer en disant il n'y a pas le feu et on va voir, il faudra peut-être le faire mais en tout cas pas maintenant. »*

**E9 :** *« Ils sont toujours plutôt partants pour faire les examens. C'est plutôt argumenter pour parfois dire on va temporiser, on va pas se lancer tout de suite dans les examens. »*

Pour quelques médecins, ce travail d'éducation aurait pour but une meilleure adhésion à la prise en charge.

**E8 :** *« Une fois qu'ils savent ce qu'ils ont, ils sont assez responsabilisés. »*

## 2) Les limites du médecin généraliste

### a. Aux différents stades de la prise en charge

Concernant la prescription d'examen complémentaires tels que l'arthro scanner et l'IRM de l'épaule, plusieurs médecins s'interrogeaient sur la nécessité de pousser plus loin les investigations. Sur ce point, deux médecins étaient indécis et un contre ces prescriptions. Ce dernier donnait comme raison principale l'aspect invasif, comparé au bénéfice escompté.

**E2 :** *« La douloureuse question c'est : est-ce qu'on doit aller plus loin ? [...] Après l'échographie tu as souvent : « un complément par IRM serait souhaitable » [rires]. »*

**E7 :** *« Je vois pas l'intérêt [...] parce que systématiquement, quand tu as une lésion suspectée au niveau de la coiffe, le radiologue dans la foulée propose l'arthro scanner qui est franchement invasif, franchement douloureux et pas toujours utile. »*

Quelques médecins avaient l'habitude de pratiquer des infiltrations de l'épaule au cabinet, mais avaient pris la décision d'en faire de moins en moins voire de ne plus les réaliser. Deux médecins estimaient que les infiltrations radioguidées étaient plus performantes, et un médecin évoquait un problème de responsabilité.

**E5** : « *C'est pas la peine de pénaliser les patients en faisant des gestes qui peuvent être faits de façon plus adéquate.* »

**E6** : « *J'ai plus peur maintenant, peut être j'étais plus inconscient quand j'étais plus jeune.* »

Quelques médecins se sentaient limités lors de la rédaction des ordonnances de kinésithérapie, qu'ils expliquaient par un manque de connaissances.

**E3** : « *« Tension manuelle, contraction isométrique » ... moi je mettrai jamais, je ne sais pas ce qu'il faut faire exactement.* »

Enfin, lorsqu'il s'agissait d'adresser le patient chez un confrère, quelques médecins expliquaient l'orienter pour des raisons de confort.

**E7** : « *Si le patient est très demandeur et qu'il est obnubilé par son épaule et qui vient te voir tous les 15 jours au bout d'un moment j'en ai marre [rires] je l'envoie chez le spécialiste tout ça pour avoir la paix et pour conforter le discours que je lui tiens, voilà.* »

#### b. Une pathologie chronique

La moitié des médecins avaient évoqué l'aspect chronique de la maladie, causant selon eux un frein à une prise en charge de qualité. La majorité d'entre eux s'accordaient à dire que des lésions initialement non traitées, associées à des douleurs considérées comme supportables par les patients, constituaient un retard diagnostique et thérapeutique.

**E6 :** « *Beaucoup de patients négligent les lésions de départ qui pourraient être rattrapées et qui finissent avec des rétractions, et qui échappent à une intervention curative totale.* »

c. Le coût des examens

Quelques médecins étaient sensibles aux problèmes liés aux coûts de la santé.

**E1 :** « *En général les radiologues sont tous conventionnés.* »

Parmi eux, la grande majorité avouait être influencée en fonction des moyens du patient et de la prise en charge ou non par les mutuelles.

**E8 :** « *Là où on est un peu embêté c'est quand les gens ont pas de mutuelle, je fais plus clinique ... le but étant de soulager le patient, l'étiologie on va dire que je passe un peu...* »

d. L'accessibilité

Deux médecins avaient rapporté le manque d'accessibilité à certaines structures pour les patients. Les distances à réaliser les influençaient sur l'importance accordée à la clinique pour l'un et le choix du kiné pour l'autre.

**E6 :** « *Pour nous le débrouillage est important. Dès qu'on va passer au scanner il va falloir prendre un rendez-vous [...] à au moins 30 km donc ça va déjà poser un problème de délai et de distance.* »

**E7 :** « *Mais le problème c'est qu'il habite dans l'arrière-pays il peut pas conduire [pour aller chez le kinésithérapeute] parce que même pour passer les vitesses il est obligé de prendre l'autre bras.* »

#### e. La consultation dédiée

La grande majorité des médecins avaient évoqué le problème du temps dédié lors d'une consultation de médecine générale. Tous s'accordaient à dire que le nombre de sujets traités était multiple, la prise en charge de l'épaule en faisant partie.

**E7 :** « *En médecine générale, on traite environ 2.7 problèmes par patient, c'est toujours noyé au milieu du renouvellement d'ordonnance, de la rhino qu'ils ont attrapée ...* »

Quelques médecins estimaient que leurs patients ne prenaient rendez-vous que pour cette pathologie.

**E9 :** « *La plupart du temps ils ne viennent que pour ça.* »

Plusieurs médecins avaient reconnu que la prise en charge de l'épaule douloureuse chronique méritait une consultation dédiée.

**E10 :** « *Souvent quand j'ai des poly pathologies ils viennent pour plein d'autres choses et ils vont me dire « ah j'ai mal à l'épaule ... », ça mériterait plus de temps. Il faudrait à la limite [...] faire revenir en consultation.* »

Parmi eux, un médecin avait particulièrement insisté sur les conséquences de cette consultation dédiée, évoquant le temps accordé par patient et la rémunération fixe des médecins généralistes.

**E1 :** « *Un examen de l'épaule ça prend du temps [...] Quand ils [des confrères] ont leur cabinet bourré [...] ils se débarrassent, alors anti-inflammatoires, antalgiques, ça leur a pris grand maximum 10 minutes [...] Pour 23 euros, on peut pas en faire plus [...] Tout dépend quelle genre de médecine tu veux faire.* »



Un seul médecin accordait une consultation entière à ce motif. Si le patient voulait exposer d'autres demandes, elle lui demandait de revenir ultérieurement.

**E4** : « *Je fais une consultation dédiée à l'épaule et ça prend du temps, c'est pour ça que je ne fais rien d'autre.* »

## C. Les ressources des médecins généralistes

### 1) Internes

#### a. Les sources de leur prise en charge

Quelques médecins avaient commenté la formation initiale qu'ils avaient reçue pour ce type de pathologie. Tous étaient d'accord sur le fait que l'enseignement suivi à la faculté n'était pas assez complet pour prendre en charge leurs patients aujourd'hui.

**E9** : « *J'ai l'impression, sortie de fac depuis 6 mois, de ne pas avoir été du tout formée à examiner une épaule correctement franchement...il y a la théorie qu'on a dû apprendre rapidement pour l'ECN qu'on a oublié [...] et le reste [rires].* »

Parmi eux, deux médecins considéraient manquer de compétence pour une prise en charge adéquate.

**E3** : « *Franchement je ne suis pas forte.* »

Certains médecins s'appuyaient sur leur formation continue orientée en médecine du sport ou non, afin d'optimiser leur prise en charge.

**E1** : « *Je m'en sers beaucoup dans les expertises tu sais.* »

**E4** : « *De par la formation de médecine du sport [...] j'ai suivi des formations courtes : c'est une pathologie que je connais un petit peu mieux* »

Deux médecins s'appuyaient sur leurs expériences dans ce domaine pour proposer une meilleure prise en charge.

**E2** : « *C'est l'expérience et la répétition qui font qu'on est plus à l'aise dans un examen.* »

Deux médecins considéraient qu'il était important de bien connaître cette pathologie courante, considérée comme méconnue pour l'un d'entre eux.

**E7** : « *Les douleurs chroniques et invalidantes de l'épaule, qui sont mal connues à mon avis.* »

Deux médecins avaient éprouvé le besoin de mieux se former aux pathologies de l'épaule, en pratique clinique et thérapeutique.

**E9** : « *Ca serait bien une vraie formation clinique de l'épaule, qu'on me montre exactement quelque chose de plus déterminant sur mon examen clinique, même en thérapeutique s'il y a d'autres choses à faire j'aimerais bien le savoir aussi...* »

#### b. Les outils disponibles

La moitié des médecins avaient recours à des outils pratiques sur l'épaule qu'ils consultaient régulièrement pour aider à la prise en charge.

Parmi eux, un médecin possédait un outil papier sur la prise en charge des pathologies de l'épaule.

**E1** : « *J'ai ce dépliant sur mon bureau qu'une représentante m'a donné [...] J'aime bien le consulter.* »

Deux médecins avaient à disposition des explications sous format électronique sur les manœuvres de diagnostic clinique de l'épaule douloureuse.

**E7** : « *Pour le diagnostic : site Univadis® très bien fait [rires] avec différentes manœuvres [...]* »

Deux médecins avaient, grâce à leur logiciel informatique, des ordonnances pré-faites ou personnalisées de kinésithérapie de l'épaule.

**E3** : « *On a des ordonnances dans le logiciel de prescription pré faites pour les kinés... ça je leur donne à chaque fois pour une épaule. »*

**E4** : « *C'est une ordonnance modèle que je me suis faite parce que c'est toujours à peu près la même chose. »*

## 2) Externes

### a. La notion de réseau

La majorité des médecins faisaient appel aux correspondants de leur propre réseau. Ils avaient tous insisté sur cette notion, considérée comme indispensable pour une prise en charge pluridisciplinaire.

**E6** : « *Maintenant j'ai quand même un agenda de confrères qui est assez étoffé [...] »*

**E8** : « *Sans réseau on ne fait rien ... »*

### b. Le choix du radiologue

Pour les pathologies d'épaule, beaucoup de médecins travaillaient en collaboration avec un radiologue en particulier. Ils considéraient tous que certains radiologues étaient plus spécialisés dans ce domaine que d'autres.

**E2** : « *L'échographie étant très dépendante de celui qui la fait, il faut être sûr où on envoie le patient, chez un médecin radiologue dont on connaît la fiabilité. »*

c. Le « bon » kinésithérapeute

Le choix du kinésithérapeute était essentiel pour la majorité des médecins.

**E2 :** « *Là aussi c'est de tomber dans de bonnes mains de bon kiné. »*

Plusieurs médecins avaient relaté leurs mauvaises expériences lors de la prise en charge des tendinopathies de la coiffe des rotateurs.

**E2 :** « *Si tu dois être sous une lampe pendant dix minutes ça mènera à rien. »*

Quelques médecins trouvaient des raisons à ces difficultés de prise en charge. Un médecin considérait que les indications sur l'ordonnance n'étaient pas suivies par les kinésithérapeutes.

**E3 :** « *Le kiné ne tient pas compte de l'ordonnance, je suis sûre. »*

Un autre médecin tenait pour responsable le manque de rémunération pour la charge de travail demandée.

**E7 :** « *Trouver des bons kinés c'est difficile. Après c'est peut-être une question de rémunération j'en sais rien. Vraiment passer le temps nécessaire à faire toutes les manipulations etc. ... Ils ne sont pas assez payés et du coup...ce n'est pas facile. »*

Enfin, un médecin considérait que ces difficultés de prise en charge étaient dues au manque d'information dans les prescriptions des médecins généralistes, mais aussi à la qualité des exercices de kinésithérapie proposés.

**E4 :** « *La kiné ça sert à rien quand c'est mal prescrit et mal fait. Et souvent les deux associés. »*

Certains médecins avaient exprimé leur satisfaction concernant leur prise en charge, au vu des résultats obtenus sur les patients.

**E8** : « *Je trouve que quand même ils prennent très bien en charge les épaules [...]* »

d. Les retours des professionnels de santé

Sur le plan professionnel

Tous les médecins avaient reconnu avoir rarement des retours des kinésithérapeutes, que ce soit par courrier ou par téléphone.

**E4** : « *Si tu vois un kiné qui t'écrit, tu viens me chercher [rires].* »

Deux médecins donnaient pour raison à cela le manque de temps pour les faire.

**E5** : « *Ils seraient censés faire des protocoles, ils n'ont pas le temps ils ont autre chose à faire [...]* »

Plusieurs médecins considéraient ces retours comme inutiles.

**E1** : « *[Il] faut dire que leur bilan, on n'en a pas besoin.* »

Un médecin considérait ce manque de retour comme un frein pour la suite de sa prise en charge.

**E3** : « *J'ai pas de retour du kiné, c'est un peu mon problème [...] la plupart du temps je ne sais même pas ce qu'ils font.* »

Concernant les spécialistes rhumatologues, chirurgiens ou radiologues, tous les médecins recevaient un retour de leurs consultations ou interventions, que ce soit par courrier ou par téléphone.

**E6** : « *En retour, il y a un courrier du spécialiste.* »

### Sur le plan personnel

Plusieurs médecins se demandaient également comment ils étaient perçus par leur réseau de correspondants lors de la prise en charge de cette pathologie spécifique. Certains pensaient que les spécialistes étaient satisfaits de leur prise en charge initiale.

**E2** : « *J'ai jamais eu de réflexion de confrère, en tous les cas désagréable [rires].* »

Quelques médecins émettaient des doutes sur l'opinion des kinésithérapeutes devant les ordonnances prescrites.

**E3** : « *Je ne sais pas s'ils se disent : elle est à côté de la plaque celle-là je peux rien faire, ou s'ils se disent oui je suis efficace.* »

#### e. Les délais

Plusieurs médecins avaient des facilités concernant les rendez-vous avec les spécialistes, grâce à leur propre réseau.

**E6** : « *Il m'est arrivé d'appeler directement le spécialiste de l'épaule pour avoir un rendez-vous dans la semaine.* »

Un médecin avouait rencontrer des problèmes de délais pour obtenir une consultation spécialisée de l'épaule.

**E7** : « *Après il faut s'attendre à avoir 6 mois de délai quand même [...]* »

## DISCUSSION

### I. Synthèse

#### A. Prise en charge diagnostique

##### 1) Clinique

En pratique courante, les tendinopathies de la coiffe des rotateurs étaient les pathologies les plus fréquemment rencontrées en cabinet de médecine générale, dans le champ des douleurs chroniques de l'épaule. Les mécanismes d'atteintes étaient multiples et bien connus des médecins généralistes. L'omarthrose était également une étiologie importante à prendre en compte dans leur pratique, mais venait au deuxième plan des motifs de consultation, probablement du fait que son diagnostic reposait en grande partie sur la radiographie.

Un panel d'étiologies, plus rarement retrouvées, a été évoqué principalement par les MSU et les jeunes médecins. Nous supposons que leurs connaissances, partagées avec leurs internes pour les uns et intégrées récemment pour les autres, ont influencé ces réponses.

Les douleurs chroniques d'épaule sont vicieuses et peuvent se confondre avec des cervicalgies. Pour les médecins de campagne, déterminer leur siège exact semblait primordial afin d'orienter plus vite et plus justement les patients isolés.

Après un interrogatoire détaillé et un examen clinique classique de l'appareil locomoteur comprenant l'inspection, la palpation et l'étude des amplitudes articulaires dans les mobilités actives et passives, la question de réaliser des tests spécifiques à la coiffe des rotateurs se posait. Les avis sur ces pratiques se sont révélés divergents. Ceux qui ne les

pratiquaient pas régulièrement étaient les médecins ayant le plus d'expérience qui justifiaient cela par un manque de temps. Ceux qui ne les utilisaient jamais, mettant en avant le manque de formation, étaient les médecins les plus jeunes. Les médecins qui réalisaient ces tests systématiquement étaient ceux qui insistaient le plus sur l'importance de la clinique pour poser un diagnostic et préciser le siège lésionnel.

Afin de conforter ou d'établir un diagnostic plus précis, des médecins adressaient leurs patients aux spécialistes de leur réseau, en particulier au rhumatologue. Il s'agissait la plupart du temps de jeunes médecins dont l'expérience était plus limitée.

Des outils visuels se sont avérés utiles aussi bien pour les patients que pour les médecins. Pour la bonne compréhension du diagnostic, en vue d'une meilleure adhésion à la prise en charge, des femmes du panel utilisaient des supports tels que des schémas afin d'expliquer la pathologie au patient. Parmi les médecins réalisant régulièrement les test de l'épaule, il était fréquent qu'ils aient recours à des outils papiers ou informatiques, afin d'aider à l'examen clinique de l'épaule et donc au diagnostic clinique.

## 2) Paraclinique

Bien que tous les médecins généralistes prescrivaient une radiographie et/ou une échographie de l'épaule dès la première consultation, ils ne le faisaient pas pour les mêmes raisons. La principale était d'avancer dans le diagnostic, mais les médecins ayant une capacité du sport et qui réalisaient des infiltrations y recherchaient des éléments plus précis (calcification, contre-indication au geste). Tous s'accordaient à dire que l'orientation vers un radiologue familier des pathologies d'épaule était importante, même si parmi eux les généralistes de campagne n'avaient pas le choix du spécialiste.



De même, la question de la prescription d'examens d'imagerie plus poussés avait suscité des divergences d'avis. Même si beaucoup les proposaient, les médecins du sport émettaient une réserve devant l'aspect invasif de ces examens.

La prise en charge diagnostique pouvait se compliquer lorsque les patients étaient demandeurs d'examens complémentaires particuliers, plus poussés, pensant qu'ils seraient plus performants que les examens de première intention. Cela mettait les médecins en difficulté, devant renforcer le travail d'éducation. Cette attitude concernait aussi bien les patients venant de la ville que de la campagne.

### 3) En pratique

Réaliser une consultation dédiée à l'épaule douloureuse semblait délicat et représentait une difficulté supplémentaire pour les médecins généralistes. Pour une grande majorité d'entre eux, cette pathologie était noyée avec d'autres motifs de consultation. La question du temps a donc longuement été abordée, et a permis d'identifier deux catégories de praticiens : ceux qui traitaient toutes les demandes des patients au cours de la même consultation, et ceux qui la consacraient spécifiquement à l'épaule.

Dans le premier cas, certains médecins réalisaient ou non les tests de l'épaule, selon leurs connaissances. D'autres médecins avaient laissé entendre qu'ils traitaient le sujet en réalisant un examen clinique incomplet pour un problème de temps, ou de rémunération à l'acte, nécessitant alors une nouvelle consultation. Dans le deuxième cas, les médecins étaient soit remplaçants ou récemment installés, soit ayant une capacité du sport. Nous pouvons supposer que leur nouvelle activité ou leur orientation très spécifique influençaient le patient (et le médecin) à évoquer uniquement ce motif de consultation.

L'aspect chronique des pathologies de l'épaule pouvait également constituer un frein pour les médecins généralistes. Une douleur traînante associée à des lésions peu prises en compte par les patients pouvait représenter un retard diagnostique.

Les médecins adaptant leur pratique diagnostique en fonction du coût des examens complémentaires et des ressources des patients étaient ceux qui avaient l'habitude d'appliquer le tiers payant sur la part obligatoire voire complémentaire.

Les médecins les plus concernés par le manque d'accessibilité aux structures, tels que les cabinets de radiologie, étaient ceux qui exerçaient en semi-rural. Cet écueil renforçait d'autant plus leur rigueur diagnostique.

Lorsque nous nous intéressions aux sources des prises en charge des médecins généralistes, il semblerait que la formation initiale n'ait pas été suffisante. L'expérience et les formations continues permettraient une prise en charge plus complète de cette pathologie fréquente.

## B. Prise en charge thérapeutique

### 1) Médicamenteuse

Les antalgiques de paliers 1 étaient les plus couramment prescrits. S'ils étaient insuffisants, les médecins n'hésitaient pas à monter dans les paliers antidouleur. Le seul médecin qui avait déjà utilisé des paliers 3 réalisait des gardes chez les pompiers en semi-rural.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) y étaient associés fréquemment, sauf pour les médecins ayant le plus d'expérience, qui les réservaient uniquement à certaines indications. Ce sont d'ailleurs eux qui insistaient sur le risque iatrogène de certaines molécules. Les durées des traitements étaient toujours réfléchies et adaptées à la pathologie douloureuse.

Hormis les traitements classiques, les médecins devaient envisager des solutions adaptées s'ils étaient confrontés à un échec thérapeutique. En effet, selon leurs patients, l'efficacité de ces traitements était aléatoire. Les corticoïdes per os, en cure courte ou en infiltration, étaient l'alternative thérapeutique proposée systématiquement en seconde intention.

Le médecin qui pratiquait régulièrement de la mésothérapie exprimait un besoin de proposer une solution alternative.

Les médicaments étaient souvent associés à des conseils de non-utilisation de l'épaule atteinte. Tout en utilisant un vocabulaire adapté, la relation médecin/patient semblait importante pour instaurer un climat de confiance, afin de favoriser l'adhésion au traitement et son observance.

La question de la réalisation des infiltrations au cabinet de médecine générale ou par les spécialistes concernait toute la population interrogée. Aucun jeune médecin ne les réalisait. Les médecins plus âgés s'y étaient intéressés et les faisaient régulièrement, jusqu'à ce que se pose un problème de responsabilité et de technique, face aux infiltrations radioguidées. Les seuls qui les réalisent encore rarement sont les médecins de campagne, probablement devant une demande importante et des difficultés d'accès aux structures de soins et spécialistes. Les médecins qui ne réalisaient pas d'infiltrations adressaient leurs patients chez le rhumatologue ou le radiologue.

## 2) Kinésithérapie

La kinésithérapie faisait systématiquement partie de la prise en charge thérapeutique des tendinopathies de la coiffe des rotateurs. Son efficacité semblait cependant aléatoire en fonction des patients et de la pathologie traitée. Les délais avant d'orienter chez le

kinésithérapeute étaient variables selon les médecins. Cela était expliqué par les différences de temps pour obtenir les résultats des examens complémentaires.

En pratique, les ordonnances étaient explicites lorsqu'elles étaient rédigées par les médecins les plus expérimentés. Pour les médecins les plus souvent confrontés aux pathologies de l'épaule, une aide à la rédaction d'ordonnances personnalisées avait été créée.

La notion de réseau de correspondants prenait tout son sens lorsqu'il s'agissait d'adresser un patient atteint d'une épaule douloureuse chronique chez le kinésithérapeute. Même si les médecins semblaient satisfaits de leurs résultats, des difficultés de communications entre ces deux professions ont été mises en évidence. Même si les médecins généralistes reconnaissaient manquer de précision dans leurs prescriptions, ils reprochaient aux kinésithérapeutes de ne pas les prendre en compte. Selon eux, les seuls retours obtenus concernaient les séances à renouveler et non pas un compte-rendu de l'évolution du patient comme espéré. Le vécu du patient lors des exercices de kinésithérapie semblait donc important pour réorienter la prise en charge.

### 3) Chirurgicale

L'orientation chez le chirurgien pouvait se faire de manière précoce ou tardive. Même si cela dépendait essentiellement de la pathologie, les jeunes médecins adressaient leurs patients rapidement au début de la prise en charge. Pour les médecins les plus expérimentés, confier leurs patients au chirurgien semblait plus réfléchi et dépendait de la récupération attendue.

### C. Le suivi

Le suivi du patient s'organisait de trois façons différentes.

Pour se tenir régulièrement informée de l'évolution de leurs patients, une partie des médecins faisait confiance à leur réseau de spécialistes et de kinésithérapeutes. Ces médecins étaient ceux qui avaient un nombre important de correspondants, considérés comme fiables, et avec qui la communication était bonne.

Une autre catégorie de médecins responsabilisait les patients en leur demandant de rappeler régulièrement au cabinet, et de prendre les rendez-vous de suivi eux-mêmes, juges de leur propre évolution. Cela pourrait être expliqué par le manque de temps, lié au nombre important de consultations quotidiennes.

Un suivi rigoureux avec une réévaluation clinique aux différentes étapes de la prise en charge était effectué par le seul médecin de ville ayant une capacité du sport.

Les médecins récemment installés se sont questionnés à plusieurs reprises sur ce que pensait leur réseau de correspondants de leur prise en charge de l'épaule douloureuse chronique, reflétant probablement un manque de confiance lié à leur activité débutante.

Concernant la relation médecin/malade et tout au long de la prise en charge, les généralistes interrogés utilisaient plusieurs éléments de la relation paternaliste et informative. Ils exposaient leur savoir aux patients, expliquant ce qu'ils pensaient être la prise en charge la plus adaptée pour eux, puis les laissaient décider à différents niveaux, tout en les conseillant.

## II. La validation interne

### A. Les limites de l'étude

#### 1) La population

Malgré l'obtention de la saturation théorique des données à partir du 7<sup>ème</sup> entretien, poursuivi jusqu' au 10<sup>ème</sup>, l'effectif de notre échantillon de médecins généralistes était faible.

L'échantillon ne comprenait aucun médecin exerçant en rural. Nous aurions voulu enrichir le panel par cette catégorie mais pour des raisons de faisabilité, nous n'avons pas pu l'obtenir.

Nous nous sommes limités aux départements des Alpes-Maritimes et du Var. Nous considérons qu'inclure des médecins d'autres départements ne ferait probablement pas ressortir d'éléments nouveaux.

Les praticiens de notre étude ne représentaient pas la population de médecins généralistes libéraux de la région Niçoise. En effet, nous avons inclus plus de femmes que d'hommes, pour un âge moyen de 50,2 ans. En comparaison avec les derniers chiffres de démographie médicale régionale au 1<sup>er</sup> Janvier 2015<sup>18</sup>, les médecins généralistes étaient âgés en moyenne de 54 ans, et les hommes représentaient 65% des généralistes libéraux de la région. Le plus grand nombre de femmes médecins de cette étude était justifié par leur âge : parmi les jeunes générations de moins de 40 ans de la région, les femmes étaient plus représentées que les hommes en 2015.

Les résultats ne sont pas extrapolables à l'ensemble des médecins généralistes de Nice et sa région. Cependant, cette étude s'inscrivant dans une démarche exploratoire, le faible nombre de participants et l'absence d'extrapolation possible étaient attendus.

## 2) Les biais

Les médecins généralistes contactés avaient demandé des précisions sur le sujet de la thèse avant d'accepter l'entretien, constituant un biais de sélection. Même si nous leur demandions de ne pas réviser le sujet avant notre rencontre, le thème de la thèse était déjà exposé par téléphone. Ce biais pouvait également expliquer le nombre de non-répondants malgré l'accord de principe donné, qui ne se sentaient peut être pas assez prêts ou informés sur le sujet.

Au travers du guide d'entretien, les questions posées aux médecins généralistes pouvaient par moment orienter certaines réponses, même si elles se voulaient uniquement ouvertes. Les médecins s'étaient probablement eux-mêmes limités aux étiologies les plus fréquentes de l'épaule douloureuse chronique. De même, vouloir répondre aux questions conformément aux bonnes pratiques, après avoir révisé le sujet et dans le but de projeter une image positive, avait pu constituer un biais de désirabilité sociale.

Notre faible expérience dans le domaine du qualitatif, tant au niveau de l'entretien, 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.

Nous aurions pu améliorer la validité interne de notre étude en utilisant la triangulation des données. Celle-ci consiste à comparer les résultats obtenus à partir de deux autres techniques de recueil de données ou deux sources de données. Malheureusement, nous n'avons pas pu recourir à ce type de triangulation pour des difficultés d'organisation.

## B. Les points forts de l'étude

### 1) Le choix de la méthode qualitative

L'utilisation de la méthode qualitative permettait de mieux comprendre les comportements des médecins face à une situation particulière. Elle n'apportait pas de preuve en matière de cause, d'effet ou de résultat. Ce type d'étude semblait donc être le plus adapté au sujet étudié, comparé à d'autres formes de recherches, telles que les études quantitatives, qui mesuraient des données chiffrées<sup>19,20</sup>.

L'objet de notre étude était une question à laquelle la recherche qualitative pouvait répondre. Nous essayions de décrire les différentes prises en charge des médecins généralistes, de comprendre d'où venaient leurs pratiques, quels pouvaient être les obstacles rencontrés, pourquoi ils prenaient certaines décisions et sur quelles habitudes ou croyances elles reposaient.

### 2) La population

L'échantillon de médecins généralistes était varié. Il comprenait 3 maîtres de stages universitaires, permettant d'obtenir des données originales. Parmi eux, un laissait régulièrement la parole à son interne, et interagissait en même temps avec lui.

Quelques médecins étaient récemment installés, et un médecin remplaçant régulier. Leurs expériences ont permis de mettre en évidence des obstacles et besoins bien spécifiques à leur nouvelle pratique.

Nous nous sommes efforcés de choisir des praticiens qui rencontraient ces pathologies régulièrement. C'est pourquoi nous avons inclus des médecins ayant des capacités de médecine du sport, des DU ou DIU autres, suivant des FMC pour la plupart, pratiquant des infiltrations, ou récemment installés.



Les données recueillies provenaient de deux départements (Alpes-Maritimes et Var) et de médecins ayant des lieux d'activité (semi-rural et urbain) et secteurs (1 et 2) différents.

### 3) Le mode de recrutement

Le recrutement des médecins s'étant fait au travers de notre réseau de connaissances et par la méthode « boule de neige », nous avons l'assurance que les entretiens se dérouleraient dans des conditions favorables au partage d'expérience.

### 4) La relecture des Verbatim

Avant et après le codage des données, nous avons soumis à une personne extérieure la relecture des Verbatim puis le classement par thèmes, afin de diminuer la subjectivité des données.

## III. La validation externe

### A. La prise en charge globale

#### 1) Le diagnostic

##### a. Etiologique

Les étiologies principalement évoquées, parmi les syndromes douloureux chroniques de l'épaule, étaient concordantes avec les données de la littérature. Publiée en 2005, une étude prospective sur 17 000 patients a été menée par A.J.K Östör en Angleterre<sup>3</sup>. Elle montrait que l'incidence des tendinopathies de la coiffe des rotateurs était évaluée à 85% avec ou sans signes de conflits, chez les patients consultant leur médecin généraliste pour une douleur d'épaule, et en représentait la première cause. Les auteurs, comme les médecins généralistes de notre étude, considéraient que leur prise en charge devait être la plus précoce possible.

## b. Clinique

D.A. Van der Windt a mis en évidence, au travers d'une étude observationnelle<sup>21</sup> publiée en 1995, les caractères déterminants de l'épaule douloureuse chronique. Onze cabinets de médecine générale ont été sélectionnés et 35 150 patients étaient suivis pendant 1 an, d'Avril 1993 à Avril 1994. Les caractères déterminants correspondaient à l'âge, à la durée des symptômes, au facteur déclenchant et à la limitation des amplitudes articulaires. A noter que les praticiens participant à cette étude avaient suivi une formation sur l'examen de l'épaule et du rachis cervical, ce qui n'était pas le cas des médecins de notre panel. Ces derniers avaient cependant bien mentionné ces déterminants au travers de leurs interrogatoires et examens cliniques.

Les différences de pratiques des médecins généralistes de notre étude posaient la question de l'utilité des tests spécifiques de la coiffe des rotateurs en routine. Une revue de la littérature<sup>22</sup> réalisée par J. Beaudreuil et publiée en 2009, avait considéré neuf études. L'objectif était d'évaluer la performance diagnostique de ces tests. Certains tests de conflit sous-acromial (Neer, Hawkins) avaient une bonne sensibilité mais une mauvaise spécificité. Pour le diagnostic d'une rupture du sus et du sous-épineux, les tests de Jobe et Patte avaient montré des performances similaires. Les tests du tendon du sous-épineux et le lift-off test (ou Gerber) du sous-scapulaire étaient spécifiques mais peu sensibles. La limitation en rotation interne était sensible et spécifique du tendon du sous-scapulaire<sup>23</sup>. Les résultats du palm-up test étaient médiocres pour le diagnostic d'une atteinte du long chef du biceps.

La pratique de ces tests restait malgré tout et sans conteste une aide précieuse au diagnostic clinique, confiée à la compétence du spécialiste lorsque le médecin généraliste se sentait insuffisamment formé. Une étude quantitative<sup>24</sup>, réalisée en 2015 par T. Mariasiewicz,

auprès de 140 médecins généralistes en Seine-Maritime, confortait cette idée. L'objectif était de réaliser une observation des pratiques des médecins généralistes concernant la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la coiffe des rotateurs. A travers un questionnaire, les résultats montraient que 94% des médecins testaient la coiffe des rotateurs grâce aux manœuvres de Jobe (98%), du Palm-up test (82%), et du Lift-off test (Gerber) (82%). Les médecins qui ne recherchaient pas de diagnostic lésionnel précis (30%) ne se sentaient pas compétents pour prendre en charge une tendinopathie de la coiffe des rotateurs ( $p < 0,01$ ).

### c. Paraclinique

Les recommandations de la HAS<sup>6</sup> de 2005 sur la prise en charge d'une épaule douloureuse chronique non instable chez l'adulte orientaient sur la place de l'imagerie dans cette pathologie. La radiographie (pour la visualisation des calcifications et de l'espace sous-acromial) voire l'échographie (si doute sur une rupture transfixiante) étaient préconisées. L'imagerie de seconde intention (IRM, arthro scanner, arthro IRM) était demandée par le praticien qui orientait le projet thérapeutique, et pouvait être envisagée en cas d'un échec du traitement de première intention ou chez les patients de moins de 50 ans dans un contexte de lésions post-traumatiques, conditionnant alors la prise en charge ultérieure. Il était décrit que l'échographie ne permettait pas l'évaluation de tous les facteurs pronostiques nécessaires pour la décision chirurgicale. Il en était de même pour l'arthrographie seule et le scanner sans contraste. L'IRM avait son intérêt pour le bilan pré-chirurgical, de même que l'arthro scanner et l'arthro IRM pour son étude de la trophicité musculaire.

Il semblait important de préciser que ces recommandations couvraient uniquement le champ des tendinopathies de la coiffe des rotateurs. Concernant la prescription de radiographie, les médecins généralistes de notre étude suivaient ces recommandations. Il semblerait cependant que la prescription d'échographies y soit très souvent associée. Cela pourrait être dû au fait que cet examen rassure, en plus de la radiographie, le praticien et le patient.

Les médecins généralistes avaient des raisons de s'interroger sur leurs prescriptions d'exams de seconde intention. En effet, ces recommandations concernaient les praticiens de soins primaires et secondaires, et le rôle propre du généraliste n'y était pas clairement établi.

L. O'Doherty a réalisé une étude prospective observationnelle australienne<sup>25</sup>, publiée en 2007. L'objectif était de collecter des données, entre Août 2004 et Mars 2005, sur l'évolution des douleurs de l'épaule de moins de 12 semaines auprès de 100 patients. Les auteurs avaient observé une amélioration significative de la douleur et du handicap. Les résultats montraient également un grand nombre d'exams d'imagerie prescrits (plus de 40%). Cette demande importante d'imagerie ne semblait pas améliorer les résultats, ce qui posait la question de l'utilité routinière de l'échographie et la radiographie. Cependant, ces données concernaient les douleurs aiguës d'épaule de moins de 3 mois, ce qui n'était pas le cas dans notre étude.

En comparaison, D.A. Van der Windt<sup>21</sup> avait montré que très peu de radiographies étaient demandées. Cela était probablement dû au fait que les patients inclus avaient des douleurs d'épaule uniquement (patients présentant d'autres plaintes exclus) et que les praticiens

avaient bénéficié d'une formation préalable, les rendant plus performants à poser un diagnostic purement clinique.

## 2) La thérapeutique

L'arsenal thérapeutique classique des médecins généralistes de notre étude comportait des antalgiques de palier 1, associés ou non à des AINS, eux-mêmes parfois prescrits seuls en fonction des indications. En cas d'échec, les médecins augmentaient les niveaux des paliers, et des corticoïdes per os et/ou injectables étaient proposés. A noter que les résumés des caractéristiques des produits<sup>26</sup> (RCP) des corticostéroïdes per os [ex : prednisolone (Solupred®)] mettaient en garde les praticiens contre le risque de tendinopathies voire de ruptures tendineuses (exceptionnelles). Ces effets indésirables connus, mentionnés dans les précautions d'emploi, pouvaient survenir quelque soit le terrain du patient. Les corticostéroïdes oraux, non mentionnés dans les recommandations de la HAS, n'auraient donc en principe pas d'indication dans les tendinites<sup>27</sup>.

Les recommandations<sup>6</sup> actuelles, dans le cas particulier des tendinopathies dégénératives et calcifiantes chroniques de la coiffe des rotateurs, proposaient également, sans chronologie particulière, l'utilisation d'antalgiques, d'AINS per os et d'infiltrations sous-acromiales au premier rang des traitements. Même si les corticoïdes per os n'y étaient pas évoqués, nous pouvons supposer que les quelques médecins généralistes les utilisant s'étaient basés sur des expériences positives pour les proposer, devant la déception de l'efficacité de certains traitements.

Comme beaucoup de médecins généralistes le pensaient, les infiltrations radio ou échoguidées avaient une efficacité supérieure aux infiltrations non guidées. Ceci pourrait expliquer le changement de comportement de certains praticiens qui avaient l'habitude de

pratiquer les infiltrations directement dans leur cabinet, et des jeunes médecins qui n'en réalisaient pas.

Concernant les tendinopathies calcifiantes<sup>6</sup>, des traitements plus spécifiques tels que la physiothérapie par ultrason et la ponction-lavage-aspiration dans les formes rebelles étaient proposées. La lithotritie (d'efficacité limitée) et l'arthroscopie pouvaient être évoquées en dernière intention<sup>5</sup>. Toutes ces techniques semblaient très spécifiques, nous supposons que c'est pour cela qu'elles n'ont été évoquées que par les médecins les plus expérimentés de notre étude.

Pour les tendinopathies non rompues<sup>6</sup>, en plus du traitement médical habituel, la kinésithérapie axée sur la récupération et l'entretien des amplitudes articulaires était recommandée, comme préconisée par les généralistes de notre panel.

Pour les tendinopathies rompues, la chirurgie avait également été évoquée conformément aux recommandations<sup>6</sup>. Si le patient ne présentait pas d'amélioration après 6 mois de traitement, l'indication chirurgicale devait être discutée, toutes les ruptures ne nécessitant pas de réparation. Aucun médecin n'avait mentionné ce délai, mais nous avons constaté qu'il était impossible de donner une durée précise devant la variabilité propre aux prises en charges.

Pour les tendinopathies non rompues, les médecins généralistes parlaient d'un traitement chirurgical si le patient, d'âge mûr, ne présentait pas d'amélioration clinique après un traitement médicamenteux et kinésithérapique bien conduit, ou chez un patient jeune. Or, les recommandations<sup>6</sup> n'indiquaient pas ce type de traitement chez le patient jeune. Cette confusion pourrait s'expliquer par le fait que certains généralistes espéraient donner toutes leurs chances aux patients les plus jeunes, d'où cette orientation chez le chirurgien.

Les recommandations françaises éditées en 2001 par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) intitulées « Pathologies non opérées de la coiffe des rotateurs et masso-kinésithérapie<sup>28</sup> » proposaient un bilan masso-kinésithérapique, apportant des informations liées à l'examen de début et de fin de traitement, ainsi qu'au cours des séances de kinésithérapie. Ce bilan devait être adressé au prescripteur en début et en fin de traitement sous forme de fiche de transmission, obligatoire par décret, synthétisant les résultats thérapeutiques. Les bilans comportaient l'appréciation de l'activité des muscles de la coiffe des rotateurs grâce aux différentes manœuvres, des tests de douleur et le score fonctionnel de Constant. Il était également recommandé d'y associer des techniques antalgiques, articulaires, musculaires et de reprogrammation neuro-musculaire au cours du traitement. Dans le cadre de la rupture de la coiffe des rotateurs, l'utilisation de techniques de renforcement des muscles rotateurs était recommandée. En cas de stagnation des résultats ou d'aggravation des symptômes, il convenait également d'informer le prescripteur.

Dans notre étude, les retours des kinésithérapeutes étaient rares. Lorsqu'ils étaient réalisés, certains médecins généralistes semblaient peu les prendre en compte, le manque de temps étant malheureusement partagé par les acteurs de la santé. Nous pouvons supposer que des bilans kinésithérapiques systématiques, considérés attentivement par les prescripteurs, pourraient améliorer la prise en charge des patients.

K. Johansson a mené une étude<sup>29</sup>, publiée en 1999, portant sur la prise en charge des pathologies de coiffe des rotateurs chez 71 kinésithérapeutes et 188 médecins généralistes. Nous nous sommes intéressés à la partie concernant ces derniers. A travers un cas clinique proposé en Septembre 1996, un questionnaire sur plusieurs diagnostics et thérapeutiques

était fourni, à noter de 1 à 5, du moins au plus probable. Leur prise en charge médicamenteuse comportait dans l'ordre : des AINS, une infiltration de la bourse sous acromiale, des antalgiques, puis des infiltrations « loco dolenti ». Même si les thérapeutiques étaient les mêmes, les différences avec les médecins de notre étude pourraient s'expliquer par le fait qu'ils n'ont pas été interrogés au travers d'un questionnaire qui pouvaient orienter les réponses, mais par des questions ouvertes. Un ordre strict des traitements n'était donc pas attendu. De même, la prescription d'un arrêt de travail, pour une durée inférieure à 2 semaines, a été choisie par 68% des généralistes. Nous supposons que les praticiens interrogés de notre étude avaient privilégié des conseils de non utilisation de l'épaule atteinte, plutôt que des arrêts de travail dans cette pathologie chronique. Encore une fois, les formulations du questionnaire de cette étude pouvaient orienter les choix des médecins généralistes. Les auteurs, comme dans notre étude, avaient également noté que les traitements décidés par les praticiens provenaient de leur propre expérience professionnelle. Ils avaient également souligné qu'il existait une incertitude concernant l'efficacité des traitements conservateurs proposés, probablement due au manque d'études sur ce sujet.

Vingt-deux pourcent des participants de l'étude observationnelle de D.A. Van der Windt<sup>21</sup> avaient reçu lors de la première consultation une infiltration (majorité de bursite). Ce traitement proposé si rapidement, comparé aux médecins de notre étude qui le réalisaient encore, était probablement dû à la formation sur ce geste dont avaient bénéficié les médecins avant de débiter l'étude.

Dans son étude observationnelle<sup>25</sup>, L. O'Doherty retrouvait une bonne observance pour tous les traitements proposés (antalgiques, infiltrations, physiothérapie, massages). Nous



pouvions supposer qu'elle était liée au caractère aigu (inférieur à 12 semaines) et douloureux des pathologies de cette étude (notamment de la coiffe et de l'articulation gléno-humérale). Les médecins de notre étude étaient également satisfaits de l'observance des patients. Cette donnée est cependant difficilement comparable avec celle d'une prise en charge aiguë, même si nous n'avions pas précisé en durée le terme « chronique ».

A côté d'une liste de traitements bien connus, des thérapeutiques parallèles étaient de plus en plus utilisées. C'est le cas d'un médecin de notre étude qui avait évoqué l'utilisation de la mésothérapie dans le traitement de la douleur. Une étude publiée en 2009 par A. Cacchio, évaluait l'efficacité de la mésothérapie sur les tendinopathies calcifiantes<sup>30, 31</sup>. Quarante-deux patients présentant une tendinopathie calcifiée de l'épaule évoluant depuis au moins 6 mois, symptomatique en dépit d'un traitement médical, étaient randomisés en deux groupes. Le premier groupe recevait une thérapeutique à base d'EDTA di sodique (acide aminé synthétique) par mésothérapie pendant 3 semaines (1mL de disodium EDTA + 1mL de procaine 1% + 3mL eau injectable) associée à 15 minutes de phonophorèse (ultrasons en mode pulsé). Le rationnel de l'utilisation de disodium EDTA, dans le traitement des tendinites calcifiées, s'appuyait sur ses propriétés de chélation. Le deuxième groupe recevait un placebo avec les mêmes modalités d'administration pour garantir l'insu. Avant le traitement, le score de Constant était de 47 points et l'EVA de 6,8 en moyenne. Le groupe traité par mésothérapie et phonophorèse avait montré une amélioration statistiquement significative des scores de Constant et d'EVA, aussi bien une semaine après traitement qu'à la fin de l'année de suivi ( $p < 0,01$ ). Aucune différence significative n'a été observée dans le groupe contrôle. Les calcifications radiologiques avaient complètement disparu chez 25 patients du groupe traité (62,5%) et chez aucun des patients du groupe contrôle.

### 3) La continuité et le suivi

#### a. Chez le rhumatologue

De Septembre 2003 à Aout 2004, X. Surís a mis en place un programme de rencontres entre des rhumatologues hospitaliers et des médecins généralistes en Catalogne<sup>32</sup>. L'objectif de cette étude, publiée 2007, était d'analyser l'influence d'un tel programme sur le nombre de demandes de consultations en rhumatologie, les délais d'obtention des rendez-vous, et les degrés de satisfaction des médecins généralistes. Pendant un an, ce programme d'échange entre 4 rhumatologues hospitaliers et 117 praticiens généralistes a été organisé. Des entretiens entre ces deux professions ont donc eu lieu autour d'analyses de cas de TMS, afin de décider de la prise en charge (en fonction des recommandations) et de savoir si un avis spécialisé était requis. Au terme de l'étude, il était constaté une diminution des demandes de consultations en rhumatologie et des délais d'attente, et la satisfaction des médecins généralistes avait augmenté. Nous avons constaté que les motivations principales d'orientation des médecins généralistes chez les rhumatologues étaient d'établir ou conforter un diagnostic, et/ou de réaliser des infiltrations. Un tel programme semblerait réellement bénéfique pour améliorer l'orientation des patients.

#### b. Chez le chirurgien

Une étude menée M.I. Loebenberg<sup>33, 34</sup>, et publiée en 2006 par avait pour objectif d'évaluer, grâce à un questionnaire interactif, auprès de 706 médecins généralistes, combien traitaient leurs patients se plaignant de leur épaule selon les algorithmes établis par AAOS (American Academy of Orthopedic Surgeons). L'étude avait souligné le fait que les médecins généralistes de longue expérience n'adressaient pas assez tôt leurs patients et prescrivaient des examens d'imagerie. Au contraire, les médecins généralistes ayant peu d'expérience adressaient prématurément à l'orthopédiste. Ces résultats concordaient avec ceux de notre

étude, où les jeunes médecins adressaient leurs patients rapidement au début de la prise en charge, alors que les médecins les plus expérimentés les orientaient plus tardivement, en fonction de la récupération fonctionnelle.

## B. Pour aller plus loin

### 1) L'approche centrée patient

Aborder une consultation de médecine générale était propre à chaque médecin, l'interaction avec le patient pouvant se faire de façons différentes. Plusieurs modes de communications ont vu le jour. Dans le modèle paternaliste<sup>35</sup>, le médecin détenait le savoir face à un patient considéré comme très fragile, qui ne se voyait fournir que très peu d'informations. Le médecin était la personne la plus qualifiée pour décider de la prise en charge de son patient. Dans le modèle informatif<sup>36</sup>, le médecin fournissait au patient les informations appropriées pour l'aider à choisir le traitement. Le rôle du médecin était ici limité à fournir au patient les moyens d'exercer sa pleine autonomie.

Lors des entretiens réalisés, la notion de « patient expert »<sup>37</sup> s'était fait ressentir : devant l'évolution des technologies d'information et de communication, le patient était devenu détenteur de savoir. Les médecins de notre étude avaient tendance à utiliser les meilleurs éléments de ces différents modèles, afin d'avoir leur propre attitude décisionnelle, tout en laissant sa liberté au patient. Ils prenaient en compte le point de vue de la personne malade, éclairé par leur propre expérience<sup>38</sup> (décision partagée).

N. Krucien a réalisé une étude qualitative<sup>39</sup>, publiée en 2011, auprès de 80 patients, dont l'objectif était d'étudier les transformations actuelles de l'offre de soin en médecine générale, en identifiant leurs préoccupations majeures. Ces dernières concernaient les

échanges d'informations dans la relation médecin/patient, l'importance accordée à la qualité clinique ainsi que la coordination des soins.

Les médecins généralistes de notre échantillon avaient mis en évidence une attente bien particulière de leurs patients : traiter plusieurs motifs au cours de la même consultation. Cette notion était d'autant plus importante dans notre étude que l'examen d'une épaule douloureuse chronique prenait du temps. Une hiérarchisation des informations présentées en consultation semblerait donc indispensable afin d'établir un diagnostic lésionnel et proposer le traitement le plus adéquat. Bien que les médecins généralistes proposaient des solutions différentes, les données de la littérature confirmaient cette tendance. Une étude<sup>40</sup> transversale nationale multicentrique menée par L. Letrilliart et publiée en 2014, a été réalisée en patientèle de médecine générale de décembre 2011 à avril 2012, auprès de 54 internes supervisés par 128 MSU. Elle a montré que sur 20 613 consultations, chacune comportait en moyenne 2,6 motifs, 2,2 résultats, et 4,7 procédures de soins.

## 2) Les incertitudes

R.P Ottenheim a réalisé une étude qualitative<sup>41</sup>, publiée en 2014, qui avait pour but d'explorer le travail de démarche diagnostique chez 18 médecins généralistes allemands, auprès de patients présentant des douleurs d'épaule. Trois catégories de praticiens étaient ressorties de cette étude : ceux posant des diagnostics variés (mais non spécifiques), ceux passant par des stratégies (grâce à des outils) afin d'élaborer un diagnostic plus ciblé, et ceux évoquant des diagnostics incertains, aidés par la suite par une imagerie ou l'orientation chez le spécialiste. Les généralistes, tout comme ceux de notre étude, semblaient avoir besoin d'un diagnostic précis.

Ces données pouvaient être complétées par une étude réalisée au Royaume-Uni<sup>42</sup> par L. Linsell et publiée en 2006. Les objectifs étaient d'évaluer la prévalence et incidence des consultations pour des douleurs d'épaule, les diagnostics posés, les traitements, le nombre de consultations et le nombre d'orientation vers les spécialistes d'une cohorte de nouveaux cas (9215) pendant 3 ans. Elle tendait à montrer que les généralistes ne posaient pas de diagnostic précis dans les problèmes de l'épaule, et qu'ils avaient plutôt tendance à décrire les symptômes en des termes génériques. Devant la complexité des structures de articulation de l'épaule, et l'absence de consensus clairs diagnostiques sur lesquels s'appuyer, ces informations ne semblaient pas surprenantes.

P. Johol a réalisé une revue de cas<sup>43</sup>, publiée en 2008, qui avait pour objectif d'examiner la prise en charge en soin primaire auprès de 112 patients atteints d'épaule douloureuse. Il a été montré que pour 66% d'entre eux, les courriers aux spécialistes ne contenaient pas le diagnostic précis mais des termes comme « syndrome douloureux de l'épaule ». Dans 34% des cas, le diagnostic de pathologie sub-acromiale était posé. Les patients attendaient du médecin généraliste un diagnostic précis. L'hypothèse des auteurs était que cela pourrait pousser le généraliste à demander des imageries trop précocement ou orienter trop rapidement le patient vers un spécialiste sans avoir un diagnostic posé. Les auteurs concluaient que les généralistes demandaient trop d'échographies, constituant des dépenses inutiles. Leur diagnostic en dépendant souvent et trop précocement pour la prise en charge des douleurs d'épaule, ils pensaient qu'un entraînement leur serait profitable et qu'une amélioration de la compétence d'évaluation des problèmes d'épaule pourrait engendrer un regain d'assurance. En posant un diagnostic plus clair et en l'expliquant à leur patient, les médecins généralistes pourraient demander moins d'exams d'imagerie coûteux.

La difficulté à proposer un diagnostic précis a également été évoquée par les médecins de notre étude, ayant des conséquences aussi bien pour eux que pour le patient. Devant cet écueil, ils insistaient donc sur l'importance de leur examen et de diagnostic clinique, puis s'appuyaient toujours sur des examens d'imagerie, afin de proposer une prise en charge immédiate. Une consultation chez les médecins spécialistes, afin de confirmer ou poser le diagnostic, pouvait être proposée dans certains cas.

### 3) Les ressources internes

La remise en question permanente des connaissances sur l'épaule et le besoin de formation continue faisaient partie des caractéristiques des médecins généralistes participant à notre étude. Bien que la formation initiale, commune à tous, n'avait pas semblé être suffisante, les différentes expériences (personnelles, formations) permettaient une prise en charge plus adaptée de ces pathologies.

En 2003, K. Åkesson<sup>44</sup> abordait la formation des médecins sur les TMS. Elle proposait, au travers d'une formation spécifique en faculté de médecine, une meilleure gestion de ces pathologies fréquentes. Le grand nombre de consultations pour des TMS (1 consultation sur 4, et deuxième motif le plus fréquent en Europe) contrastait avec le manque de formation en soins primaires dans les écoles de médecine, pouvant affecter leur prise en charge. Des experts sensibles aux problèmes d'enseignement avaient préconisé un programme d'études dans les facultés de médecine pour améliorer la formation des futurs médecins aux affections ostéo-articulaires. L'objectif était l'amélioration, par la formation, des compétences en matière de prise en charge des problèmes ostéo-articulaires dans les services de soins primaires. Il était important de noter que des améliorations étaient nécessaires pour tous les professionnels et à tous les niveaux du système de soins de santé.

La question de la réalisation ou non des infiltrations par les médecins généralistes de notre étude avait suscité de vives remises en questions.

Une étude<sup>45</sup> publiée en 2006 et réalisée par J. Watson de Février 2005 à Juillet 2006 avait pour objectif de déterminer si les médecins généralistes devraient bénéficier d'un entraînement pratique pour la prise en charge des problèmes de l'épaule. Quarante-et-un cabinets ont été randomisés en 2 groupes de praticiens. Un groupe recevait une formation complémentaire pour le diagnostic et la prise en charge des pathologies de coiffe des rotateurs, dont les infiltrations. Un deuxième groupe n'avait pas suivi de formation complémentaire. Deux cent patients qui avaient consulté leur généraliste pour une tendinite de la coiffe des rotateurs avaient bénéficié d'une infiltration. Il existait une légère différence du score British Shoulder Disability Questionnaire (BDSQ), non significative ( $p = 0,36$ ), en faveur du groupe entraîné.

Les médecins de notre étude avaient insisté sur l'importance de la répétition pour ce type de geste, d'où le probable détachement des jeunes médecins : ils ne les réalisaient pas car pas n'avaient pas d'expérience dans ce domaine. La tendance actuelle, face aux infiltrations radioguidées plus performantes, faisait que des médecins expérimentés avaient abandonné progressivement ces pratiques, montrant une bonne connaissance de leurs limites.

#### 4) La communication avec le réseau

Au cours de nos entretiens, des difficultés de communication entre médecins généralistes et kinésithérapeutes avaient clairement été mises en évidence, pouvant interférer avec la prise en charge (manque d'indications dans les prescriptions et de retour).

Publiée en 2003, M.L Clemence a réalisé une étude qualitative<sup>46</sup> par 22 entretiens semi-dirigés, ayant pour objectif de comprendre les expériences et les points de vue de patients,

médecins et kinésithérapeutes concernant les TMS. Elle avait montré que la communication était essentielle pour l'orientation correcte des patients, mais que sa qualité était variable, de par l'influence des expériences vécues par des généralistes avec les kinésithérapeutes.

Les participants à notre étude étant conscient de ces difficultés, l'amélioration de ces relations serait donc souhaitable pour le patient. Cela pourrait passer par une meilleure connaissance des principes de la kinésithérapie, et des contacts plus directs avec le kinésithérapeute, véritable partenaire de la prise en charge des patients atteints d'une épaule douloureuse chronique.

Les médecins récemment installés s'étaient interrogés à plusieurs reprises sur ce que pensait leur réseau de leur prise en charge. Un élément de réponse avait pu être apporté par R. Buchbinder, réalisant une étude australienne<sup>47</sup> publiée en 2013, dont le but était de déterminer si les prises en charge des pathologies d'épaule par les médecins généralistes étaient conformes aux attentes des rhumatologues. A travers différents cas cliniques, proposés en Juin 2009, 3500 médecins généralistes contactés devaient proposer leur prise en charge et 270 rhumatologues exposaient ce qu'ils considéraient comme la meilleure prise en charge en soins primaires, le tout comparé aux bonnes pratiques. Il existait un décalage entre les prises en charges des généralistes, les attentes des rhumatologues et les éléments de preuves disponibles dans la littérature.

Ces différences ne semblaient pas surprenantes, les rhumatologues étant confrontés plus fréquemment que les médecins généralistes à la gestion de ce type de pathologies.



#### **IV. Propositions**

Nous avons remarqué, au cours de nos entretiens, que des outils pratiques, aussi bien utiles pour les praticiens que pour les patients, faisaient partie intégrante d'une consultation de médecine générale. Certains médecins les avaient déjà évoqués pour la prise en charge particulière de l'épaule douloureuse chronique.

Pour tenter de répondre à leurs besoins, nous avons développé un outil pratique à l'usage des médecins généralistes, sous forme de poster A3, afin de leur fournir une ressource simple d'utilisation en consultation pour les aider dans leur pratique quotidienne.

Nous y avons inséré l'anatomie simple de l'épaule, quelques items de signes fonctionnels et physiques importants, ainsi que des propositions d'examen complémentaires. Afin d'aider au diagnostic étiologique, nous avons repris les grands syndromes de l'épaule douloureuse chronique associés à des éléments cliniques. Enfin, nous avons exposé les tests spécifiques de l'épaule pour explorer la pathologie de la coiffe des rotateurs, principale étiologie évoquée par les médecins généralistes.

Nous avons décidé d'orienter cet outil de manière didactique et synthétique, seuls les éléments les plus importants y ont donc été rapportés. Il est présenté en Annexe 4.

## CONCLUSION

Ce travail a permis de réaliser une analyse ciblée des différentes pratiques diagnostiques, thérapeutiques et de suivi chez les médecins généralistes de Nice et sa région lors de la prise en charge d'une épaule douloureuse chronique.

Le diagnostic était posé parmi de multiples étiologies de douleurs de l'épaule, et se construisait grâce à un examen clinique global de cette articulation. Il était conforté par des examens d'imagerie classiques par radiographie et échographie. Ils pouvaient être plus poussés (IRM, arthro scanner, arthro IRM) en fonction de l'orientation étiologique ou projet thérapeutique, et de la balance bénéfice/risque.

Différents traitements étaient alors mis en place. Toujours médicamenteux dans un premier temps, allant parfois jusqu'à la mésothérapie, ils étaient complétés par la kinésithérapie et des conseils afin d'économiser l'épaule atteinte. Les infiltrations faisaient ensuite partie de l'arsenal thérapeutique, réalisées par le médecin généraliste ou le spécialiste rhumatologue et radiologue. Une prise en charge chirurgicale était discutée en fonction des souhaits du patient et de sa pathologie.

Le médecin généraliste participait au suivi régulier, en collaboration avec son réseau de correspondants, tout en responsabilisant le patient face à sa pathologie et jouait volontiers un rôle de coordination.

Les prises en charge de l'épaule douloureuse chronique représentaient une part importante des consultations des médecins généralistes. Même si elles se ressemblaient, basées sur les connaissances et les recommandations établies, elles variaient en fonction de leurs propres expériences et formations complémentaires.

Tout au long de la prise en charge, plusieurs obstacles à une prise en charge standard, liés à la pathologie, au patient et au médecin, ont été mis en évidence.

La complexité des pathologies d'épaule et le manque d'efficacité des traitements classiques médicamenteux entraînaient parfois des incertitudes selon les praticiens.

De même, les plaintes multiples des patients, dont l'épaule douloureuse chronique, rendaient difficile la réalisation d'une consultation consacrée à l'épaule, compte tenu du temps limité dont disposaient les médecins généralistes. Les coûts de certains examens pour les patients les plus démunis et le manque d'accessibilité aux structures de soins pour les plus isolés, étaient également, selon les médecins généralistes, des freins auxquels ils devaient s'adapter.

Enfin, une formation parfois incomplète par non connaissance des tests spécifiques de l'épaule, ainsi qu'une expérience limitée, influençaient la prise en charge des plus jeunes médecins généralistes. Cela entraînait des demandes d'examens multiples, la non-réalisation des infiltrations et l'orientation précoce des patients chez les spécialistes par manque de confiance.

Ces difficultés pouvaient non seulement se rencontrer dans cette pathologie de l'épaule douloureuse chronique, mais aussi plus largement lors de la pratique quotidienne de la médecine générale.

Les médecins généralistes eux-mêmes avaient pu apporter des éléments de réponses. Améliorer leurs compétences de savoir-faire par la formation continue, l'expérience acquise, l'utilisation d'outils, et de savoir-être par la décision partagée et le soutien du réseau, était des points positifs sur lesquels s'appuyaient les médecins généralistes interrogés.

Le médecin généraliste apparaît donc comme un véritable acteur central et partenaire du patient, l'accompagnant dans la gestion de ces douleurs chroniques, et le rendant ainsi acteur de sa santé.

Pour terminer, nous avons proposé un outil de prise en charge de l'épaule douloureuse chronique non instable et non traumatique. Sa réalisation n'avait pas pour but d'uniformiser les pratiques. Il pourrait peut-être permettre une certaine rigueur dans l'approche standard des pratiques, ce qui n'empêche pas la prise en charge diversifiée et adaptée à chaque patient, qui est un cas unique.

Cet outil est plutôt à considérer comme un aide-mémoire pour les médecins généralistes ayant le plus d'expérience, et qui permettrait de gagner en confiance pour les médecins démarrant leur activité, tout en servant de support explicatif aux patients.

Après avoir exploré le point de vue des médecins généralistes, il pourrait être intéressant de réaliser une autre étude qui consisterait à déterminer l'apport éventuel du guide réalisé, en évaluant à distance si la pratique des médecins généralistes a évolué grâce à l'utilisation de cet outil. Cela pourrait se faire par l'envoi d'un court questionnaire d'audit aux médecins de l'étude.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 : BROX, Jens Ivar. Shoulder pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 2003, vol. 17, no 1, p. 33-56.
- 2 : ROY, André, LING, Elisabeth, et DAHAN, Thierry. L'épaule douloureuse chronique. *Comment épauler votre patient*, 2002, p. 73-81.
- 3 : ÖSTÖR, A. J. K., RICHARDS, C. A., PREVOST, A. T., *et al.* Diagnosis and relation to general health of shoulder disorders presenting to primary care. *Rheumatology*, 2005, vol. 44, no 6, p. 800-805.
- 4 : DUPEYRON, Arnaud. Epaule musculo-squelettique. Formation Médicale Continue Santé au Travail. CHU Nîmes 18 Juin 2015. UFR Médecine Montpellier-Nîmes.
- 5 : MASTERS, Scott, BURLEY, Simon, *et al.* Shoulder pain. *Australian family physician*, 2007, vol. 36, no 6, p. 414.
- 6 : 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>
- 7 : HUDELSON, Patricia. La recherche qualitative en médecine de premier recours. *Médecine et hygiène*, 2004, p. 1818-1826.
- 8 : HENNEBO, Nicolas. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine. 2009.
- 9 : SAVOIE-ZAJC, Lorraine. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide?. *Recherches qualitatives*, 2006, p. 99-111.
- 10 : PIRES, Alvaro P., *et al.* Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 1997, p. 113-169.
- 11 : BRITTEN, Nicky. Qualitative research: qualitative interviews in medical research. *Bmj*, 1995, vol. 311, no 6999, p. 251-253.
- 12 : LETRILLIART, Laurent, BOURGEOIS, Isabelle, VEGA, Anne, *et al.* Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *Deuxième partie: de «Maladie» à «Verbatim»*. *Exercer*, 2009, vol. 88, no 20, p. 106-12.
- 13 : GOTMAN, A. et BLANCHET, Alain. L'enquête et ses méthodes: l'entretien. *Nathan, Paris*, 1992.
- 14 : LETRILLIART, Laurent, BOURGEOIS, Isabelle, VEGA, Anne, *et al.* Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *Deuxième partie: de «Maladie» à «Verbatim»*. *Exercer*, 2009, vol. 88, no 20, p. 106-12.
- 15 : ALIM, Sophie, DESJEUX, Dominique, et GARABUAU-MOUSSAOUI, Isabelle. Les méthodes qualitatives. 2009.
- 16 : DESLAURIERS, Jean-Pierre. L'analyse en recherche qualitative. *Cahiers de recherche sociologique*, 1987, vol. 5, no 2, p. 145-152.
- 17 : ROCHE, Didier. *Réaliser une étude de marché avec succès*. Editions Eyrolles, 2009.
- 18 : Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1<sup>er</sup> Janvier 2015. Disponible sur : [http://www.demographie.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_demographie/atlas\\_paca\\_2015.pdf](http://www.demographie.medecin.fr/sites/default/files/atlas_demographie/atlas_paca_2015.pdf)
- 19 : CÔTÉ, Luc et TURGEON, Jean. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie médicale*, 2002, vol. 3, no 2, p. 81-90.

- 20 : AUBIN-AUGER, Isabelle, MERCIER, Alain, BAUMANN, Laurence, *et al.* Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 2008, vol. 84, no 19, p. 142-5.
- 21 : VAN DER WINDT, D. A., KOES, Bart W., DE JONG, Bareld A., *et al.* Shoulder disorders in general practice: incidence, patient characteristics, and management. *Annals of the rheumatic diseases*, 1995, vol. 54, no 12, p. 959-964.
- 22 : BEAUDREUIL, Johann, NIZARD, Rémy, THOMAS, Thierry, *et al.* Contribution of clinical tests to the diagnosis of rotator cuff disease: a systematic literature review. *Joint Bone Spine*, 2009, vol. 76, no 1, p. 15-19.
- 23 : HERTEL, R., BALLMER, F. T., LAMBERT, S. M., *et al.* Lag signs in the diagnosis of rotator cuff rupture. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 1996, vol. 5, no 4, p. 307-313.
- 24 : MARIASIEWIEZ, Thibault. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des tendinopathies de la coiffe des rotateurs, en médecine générale, en Seine-Maritime. 2015.
- 25 : O'DOHERTY, L., MASTERS, S., MITCHELL, Geoffrey K., *et al.* Acute shoulder pain in primary care-an observational study. *Australian family physician*, 2007, vol. 36, no 6, p. 473.
- 26 : Résumé des Caractéristiques du Produit, ANSM. Disponible sur : <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0192483.htm>
- 27 : BALLNER, I., PEYRE, M., GROU, M., *et al.* Place du traitement médicamenteux et des infiltrations dans la prise en charge médicale des lésions de la coiffe des rotateurs. *Journal de traumatologie du sport*, 2007, vol. 24, no 2, p. 93-98.
- 28 : Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) (2001). Recommandations pour la pratique clinique. Pathologies non opérées de la coiffe des rotateurs et masso-kinésithérapie. Synthèse des recommandations. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr>
- 29 : JOHANSSON, Kajsa, ADOLFSSON, Lars, et FOLDEVI, Mats. Attitudes toward management of patients with subacromial pain in Swedish primary care. *Family practice*, 1999, vol. 16, no 3, p. 233-237.
- 30 : CACCHIO, Angelo, DE BLASIS, Elisabetta, DESIATI, Piergiorgio, *et al.* Effectiveness of treatment of calcific tendinitis of the shoulder by disodium EDTA. *Arthritis Care & Research*, 2009, vol. 61, no 1, p. 84-91.
- 31 : BARRY, Caroline et FALISSARD, Bruno. Evaluation de l'efficacité de la pratique de la mésothérapie à visée thérapeutique. *Rapport Inserm*, 2010.
- 32 : SURÍS, Xavier, CERDÀ, Dacia, ORTIZ-SANTAMARÍA, Vera, *et al.* A rheumatology consultancy program with general practitioners in Catalonia, Spain. *The Journal of rheumatology*, 2007, vol. 34, no 6, p. 1328-1331.
- 33 : LOEBENBERG, Mark I., ROSEN, Jeffrey E., ISHAK, Charbel, *et al.* A survey of decision-making processes in the treatment of common shoulder ailments among primary care physicians. *Bulletin of the NYU Hospital for Joint Diseases*, 2006, vol. 63, no 3-4, p. 137-137.
- 34 : RAU, Laetitia. *Prise en charge des tendinopathies atraumatiques de la coiffe des rotateurs en médecine générale de ville: une étude qualitative*. 2011. Thèse de doctorat.
- 35 : HAMMER, Raphaël. La confiance dans son médecin. *PrimaryCare*, 2006, vol. 6, no 18, p. 337-339.
- 36 : BERGERON, Henri. Les transformations du colloque singulier médecin-patient: quelques perspectives sociologiques. *Les droits des malades et des usagers du système de santé, une législation plus tard*, 2007, p. 39-51.
- 37 : BOUDIER, Fabienne, BENSEBAA, Faouzi, et JABLANCZY, Adrienne. L'émergence du patient-expert: une perturbation innovante. *Innovations*, 2012, no 3, p. 13-25.

- 38 : BOULEUC, Carole et POISSON, Dominique. La décision médicale partagée. *Laennec*, 2014, vol. 62, no 4, p. 4-7.
- 39 : KRUCIEN, Nicolas, LE VAILLANT, Marc, et PELLETIER-FLEURY, Nathalie. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale?. *Questions d'économie de la Santé*, 2011, no 163, p. 1-6.
- 40 : LETRILLIART, L., SUPPER, I., SCHUERS, M., *et al.* ECOGEN: étude des Éléments de la Consultation en médecine GÉNÉrale. *Exercer*, 2014, vol. 114, p. 148-57.
- 41 : OTTENHEIJM, Ramon PG, HESSELMANS, Nicolle JJM, KEMPER, Anouk, *et al.* GPs' perspectives on the diagnostic work-up in patients with shoulder pain: a qualitative study. *Journal of evaluation in clinical practice*, 2014, vol. 20, no 3, p. 239-245.
- 42 : LINSELL, L., DAWSON, J., ZONDERVAN, K., *et al.* Prevalence and incidence of adults consulting for shoulder conditions in UK primary care; patterns of diagnosis and referral. *Rheumatology*, 2006, vol. 45, no 2, p. 215-221.
- 43 : PARM JOHOL, M. B. B. S., NORMAN BROADHURST, M. B. B. S., *et al.* Managing shoulder pain in general practice: Assessment, imaging and referral. *Australian family physician*, 2008, vol. 37, no 4, p. 263.
- 44 : ÅKESSON, Kristina, DREINHÖFER, Karsten E., et WOOLF, Anthony D. Improved education in musculoskeletal conditions is necessary for all doctors. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, vol. 81, no 9, p. 677-683.
- 45 : WATSON, J., HELLIWELL, P., MORTON, V., *et al.* Shoulder acute pain in primary healthcare: is retraining effective for GP principals? SAPPHIRE—a randomized controlled trial. *Rheumatology*, 2008, vol. 47, no 12, p. 1795-1802.
- 46 : CLEMENCE, Mark L. et SEAMARK, David A. GP referral for physiotherapy to musculoskeletal conditions—a qualitative study. *Family practice*, 2003, vol. 20, no 5, p. 578-582.
- 47 : BUCHBINDER, Rachelle, STAPLES, Margaret P., SHANAHAN, E. Michael, *et al.* General practitioner management of shoulder pain in comparison with rheumatologist expectation of care and best evidence: an Australian national survey. *PloS one*, 2013, vol. 8, no 4, p. e61243.

## ANNEXE 1

### Formulaire d'information et de consentement

Titre de la Thèse : « Epaule douloureuse chronique non instable et non traumatique : prise en charge par les médecins généralistes de Nice et sa région. »

Contexte et but de la Thèse :

L'épaule douloureuse chronique regroupe l'ensemble de pathologies représentant environ 4% des motifs de consultation en médecine générale de ville et la 3<sup>ème</sup> cause des troubles musculo-squelettiques.

En découlent différents types de prise en charge et orientations pour le patient : infiltrations au cabinet de médecine générale, rhumatologue, prise en charge par kinésithérapie, chirurgicale ... ainsi que des difficultés de gestion (pathologie anxieuse) et demande importante de la part des patients (chronicité, intervenants différents...).

Je réalise une étude qualitative. L'objectif de mon travail est de décrire un panel des pratiques.

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 en verbatim. 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



## ANNEXE 2

### Guide d'entretien

- 1) Quelles sont les différentes étiologies que vous envisagez habituellement dans votre pratique quand un patient se plaint d'une épaule douloureuse chronique hors traumatisme et instabilité ?
- 2) Comment faites-vous le diagnostic ?
- 3) Comment traitez-vous ?
- 4) Dans quelles circonstances orientez vous le patient chez un confrère ?
- 5) Quel suivi organisez-vous ?
- 6) Après traitement, quels retours avez-vous reçus dans votre expérience ?
- 7) Parlez-moi de votre dernier patient qui s'est présenté au cabinet pour une épaule douloureuse chronique (hors traumatisme et instabilité).

#### Relances :

- « Pouvez-vous m'expliquer cela un peu plus ? »
- « Pouvez-vous me donner un exemple ? »
- « Qu'avez-vous à ajouter ? »
- « Je ne comprends pas cela. »
- « Comment ? »

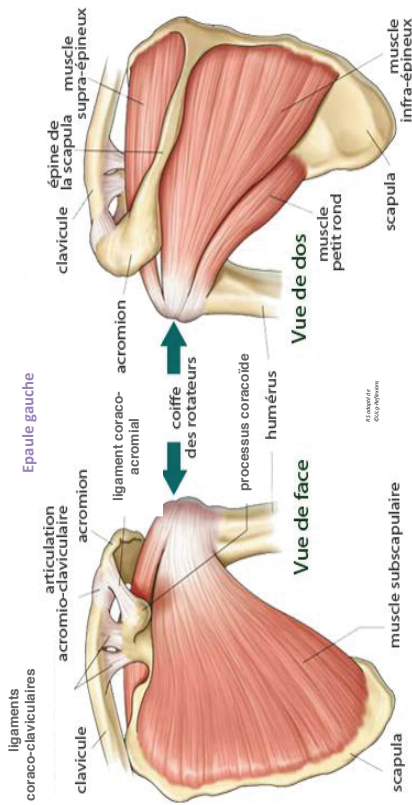
**ANNEXE 3****Equivalence des nomenclatures anatomiques de l'épaule**

<b>Ancienne nomenclature</b>	<b>Nouvelle nomenclature</b>
Articulation gléno-humérale	Articulation scapulo-humérale
Courte portion du biceps	Chef court du biceps
Ligament acromio coracoïdien	Ligament coracoacromial
Ligament suspenseur de la tête humérale	Ligament coracohuméral
Ligament de Sappey	Ligament coracoglénoïdien
Longue portion du biceps	Chef long du biceps
Muscle sous-scapulaire	Muscle subscapulaire
Muscle sous-épineux	Muscle infra-épineux
Muscle sus-épineux	Muscle supra-épineux
Nerf circonflexe	Nerf axillaire
Nerf sus-scapulaire	Nerf supra-scapulaire
Trochiter	Grand tubercule
V deltoïdien	Tubérosité deltoïdienne

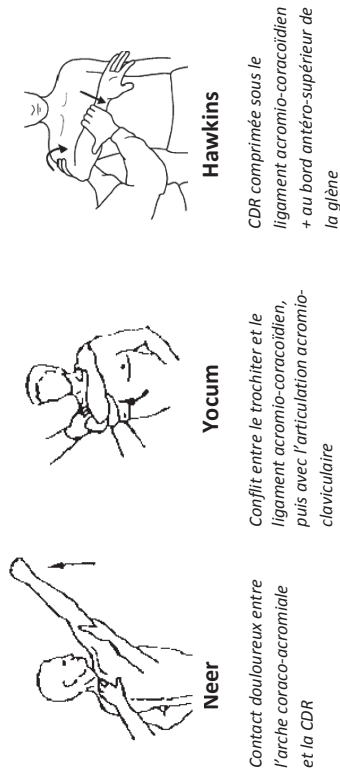
ANNEXE 4 : Outil pratique

**EPAULE DOULOUREUSE CHRONIQUE NON INSTABLE NON TRAUMATIQUE**

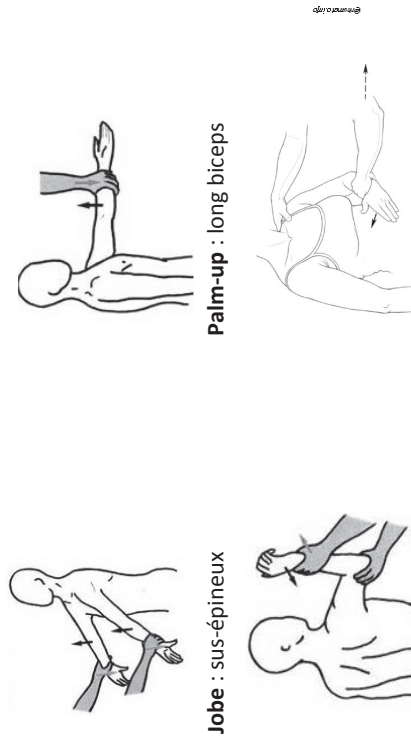
Anatomie



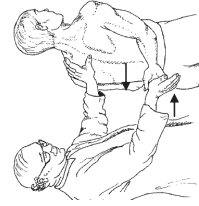
Recherche de conflit sous-acromial



Examen analytique de la CDR



Patte : sous-épineux et petit rond



Gerber : sous-scapulaire

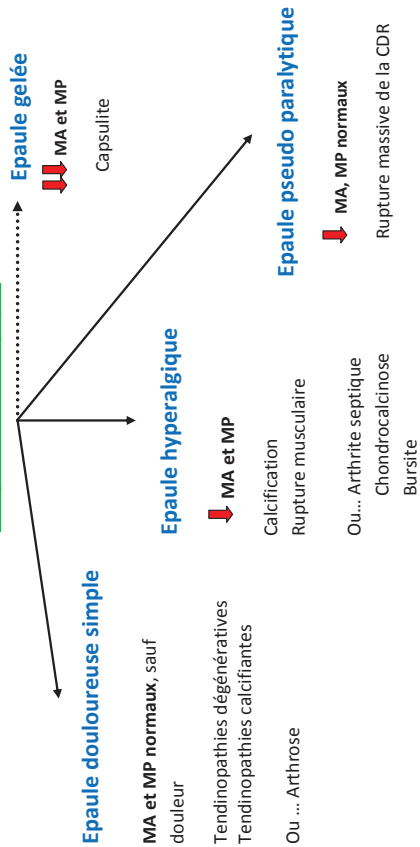
Signes Fonctionnels    Signes Physiques    Paraclinique

**Signes Fonctionnels**  
 Douleur  
 Localisation  
 Impotence fonctionnelle

**Signes Physiques**  
 Inspection  
 Palpation  
 Mobilités actives/passives

**Paraclinique**  
 Radiographie - Echographie  
 +/- Arthro Scanner - IRM

Diagnostic étiologique



MA : mouvements actifs

MP : mouvements passifs

CDR : coiffe des rotateurs

## RÉSUMÉ

### **Epaule douloureuse chronique non instable et non traumatique : Quelle prise en charge des médecins généralistes de Nice et sa région ?**

**INTRODUCTION :** Les douleurs d'épaule, représentant la troisième cause des troubles musculo-squelettiques, sont un motif fréquent de consultation en médecine générale. L'objectif de cette étude est de décrire un panel des pratiques des médecins généralistes (MG) de Nice et sa région lors de la prise en charge des patients présentant une épaule douloureuse chronique non instable et non traumatique.

**MATERIEL ET METHODES :** Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée jusqu'à saturation théorique des données auprès de MG des Alpes-Maritimes et du Var, sélectionnés grâce à un réseau de connaissances. Les thèmes abordés par le guide d'entretien étaient les étiologies, le diagnostic, le traitement, l'orientation, le suivi, les retours ainsi que l'expérience de leur dernière consultation.

**RESULTATS :** Dix MG de profils différents étaient interrogés d'Octobre 2015 à Février 2016. Leurs pratiques, basées sur des connaissances communes reposant sur des recommandations, variaient en fonction de leurs propres expériences et formations. Les tendinopathies de la coiffe des rotateurs (CDR) étaient l'étiologie la plus fréquente. L'examen clinique était systématique, et le diagnostic orienté grâce aux tests spécifiques de la CDR. Les examens paracliniques initialement demandés étaient la radiographie et l'échographie. Des antalgiques, des anti-inflammatoires non stéroïdiens, des corticoïdes, la mésothérapie, des conseils, la kinésithérapie voire un traitement chirurgical étaient proposés. A travers une décision partagée, le suivi s'organisait en collaboration avec le réseau de correspondants des MG. Les obstacles rencontrés étaient liés à la complexité de cette pathologie chronique (difficile à traiter), aux demandes des patients (intérêt de la consultation dédiée), ainsi qu'aux formations et expériences limitées de certains MG.

**CONCLUSION :** Les compétences de savoir-faire et de savoir-être des MG les aidaient à pallier aux difficultés rencontrées en pratique quotidienne. Pour les appréhender, un outil pratique a été réalisé afin d'aider au diagnostic et à l'examen de la CDR.

Mots clés : « épaule douloureuse chronique », « médecins généralistes », « étude qualitative », « expérience », « consultation dédiée ».

**OBJECTIVE:** Chronic shoulder pain, third cause of musculoskeletal diseases, is a common issue in general practice. The study aims to describe a panel of GPs (general practitioners) from Nice and surroundings' practices.

**METHOD:** A qualitative study was conducted by semi-directive interviews until data's saturation, with GPs from the Alpes-Maritimes and Var, selected with a known network. The topics covered in the interview guide were etiologies, diagnosis, treatment, counseling, monitoring, return and experience from their last visit.

**RESULTS:** Ten GPs with different profiles were interviewed from October 2015 to February 2016. These practices, based on common knowledge from guidelines, were different between GPs, according to their own experiments and training. Rotator cuff tendinopathy was the most common etiology. Clinical examination was systematic and diagnosis set through specific rotator cuff tests. X-ray and ultrasounds were originally requested. Analgesics, nonsteroidal anti-inflammatory drugs corticosteroids, mesotherapy, counseling, physical therapy or surgical treatment were proposed. A monitoring with GPs medical network was organised through a shared agreement with patients. The issues GPs faced were related to this complex chronic disease (difficult to treat), the patient's requests (importance of the dedicated consultation), and the limited training and experience of some GPs.

**CONCLUSION:** GP's life and expertise skills helped to overcome difficulties faced in everyday practice. A simple tool was created to help examination and diagnosis.

Key words : « chronic shoulder pain », « general practitioners », « qualitative study », « experience », « dedicated consultation ».

## Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.