



HAL
open science

Épaule douloureuse non traumatique : représentations, expérience vécue et attentes des médecins généralistes héraultais

Romain Bousquet

► **To cite this version:**

Romain Bousquet. Épaule douloureuse non traumatique : représentations, expérience vécue et attentes des médecins généralistes héraultais. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02955647

HAL Id: dumas-02955647

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02955647>

Submitted on 2 Oct 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de **DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement par

Romain BOUSQUET

Le 8 février 2018

**Epaule douloureuse non traumatique :
représentations, expérience vécue et attentes des
médecins généralistes héraultais.**

Directeur de thèse : Dr Antonio Lopez

JURY

Président : Pr AMOUYAL Michel

Assesseurs :

Dr PAVAGEAU Sylvain

Dr PERS Yves-Marie

Dr LOPEZ Antonio

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de **DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement par

Romain BOUSQUET

Le 8 février 2018

**Epaule douloureuse non traumatique :
représentations, expérience vécue et attentes des
médecins généralistes héraultais.**

Directeur de thèse : Dr Antonio Lopez

JURY

Président : Pr AMOUYAL Michel

Assesseurs :

Dr PAVAGEAU Sylvain

Dr PERS Yves-Marie

Dr LOPEZ Antonio

RESUME :

Objectif : L'épaule douloureuse non traumatique est un motif fréquent de consultation en médecine générale. Sa prise en charge est considérée comme complexe. Nous avons exploré la représentation, l'expérience vécue et les attentes des médecins généralistes dans ce domaine.

Méthode : Nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes installés jusqu'à saturation des données. Une analyse qualitative a été opérée, par approche phénoménologique avec triangulation.

Résultats : Nous avons interrogé douze médecins généralistes : quatre femmes et huit hommes, d'un âge moyen de 51,83 ans. L'épaule douloureuse non traumatique représentait une pathologie de l'adulte actif d'âge moyen, avec un impact social fort, et une relation étroite avec la médecine du travail. Elle était considérée comme une pathologie complexe, pour laquelle il était difficile de faire un diagnostic lésionnel d'emblée. Les médecins se sentaient à l'aise avec sa prise en charge, grâce aux avis spécialisés et aux examens complémentaires. Elle était considérée comme une maladie chronique, avec une relation médecin-patient vécue comme complexe par la fréquence des mises en échecs. Les rapports avec les autres professionnels de santé étaient satisfaisants. L'efficacité de la kinésithérapie était inconstante. La formation initiale était déclarée insuffisante. L'acquisition des compétences était centrée sur l'expérience. Une formation supplémentaire était souhaitée, courte, orientée sur des tests cliniques simplifiés, et une optimisation des rapports avec le kinésithérapeute. L'apprentissage par simulation était envisagé, ayant déjà conclu à un bénéfice pour les habiletés cliniques des praticiens et les soins du patient.

Conclusion : Malgré le fait que les médecins généralistes se sentent à l'aise dans leur prise en charge, leur expérience relate une mise en échec fréquente. Pour y faire face, ils attendent des outils utiles à leur pratique, un complément de formation et un renforcement de l'inter-professionnalité. La perspective est le lancement d'une étude intervention.



ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

A. *Professeurs Honoraires*

ALLIEU Yves	DIMEGLIO Alain	MEYNADIER Jean
ALRIC Robert	DU CAILAR Jacques	MICHEL François-Bernard
ARNAUD Bernard	DUBOIS Jean Bernard	MICHEL Henri
ASTRUC Jacques	DUMAS Robert	MION Charles
AUSSILLOUX Charles	DUMAZER Romain	MION Henri
AVEROUS Michel	ECHENNE Bernard	MIRO Luis
AYRAL Guy	FABRE Serge	NAVARRO Maurice
BAILLAT Xavier	FREREBEAU Philippe	NAVRATIL Henri
BALDET Pierre	GALIFER René Benoît	OTHONIEL Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GODLEWSKI Guilhem	PAGES Michel
BALMES Jean-Louis	GRASSET Daniel	PEGURET Claude
BALMES Pierre	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BANSARD Nicole	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BAYLET René	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BILLIARD Michel	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BLARD Jean-Marie	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BLAYAC Jean Pierre	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLOTMAN Francis	JANBON François	RIEU Daniel
BONNEL François	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BOUDET Charles	JOYEUX Henri	ROCHEFORT Henri
BOURGEOIS Jean-Marie	LAFFARGUE François	ROUANET DE VIGNE LAVIT
BRUEL Jean Michel	LALLEMANT Jean Gabriel	Jean Pierre
BUREAU Jean-Paul	LAMARQUE Jean-Louis	SAINT AUBERT Bernard
BRUNEL Michel	LAPEYRIE Henri	SANCHO-GARNIER Hélène
CALLIS Albert	LESBROS Daniel	SANY Jacques
CANAUD Bernard	LOPEZ François Michel	SENAC Jean-Paul
CASTELNAU Didier	LORIOT Jean	SERRE Arlette
CHAPTAL Paul-André	LOUBATIERES Marie	SIMON Lucien
CIURANA Albert-Jean	Madeleine	SOLASSOL Claude

CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard

MAGNAN DE BORNIER
Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre

THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

(a)

(b) Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

B. *PU-PH de classe exceptionnelle*

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé

BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie

BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale

CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation

COMBE Bernard - Rhumatologie

COSTA Pierre - Urologie

COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile

COUBES Philippe - Neurochirurgie

CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie

CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire

DAVY Jean Marc - Cardiologie

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation

DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale

DUFFAU Hugues - Neurochirurgie

DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

ELIAOU Jean François - Immunologie

FABRE Jean Michel - Chirurgie générale

GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie

HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation

JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence

JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire

LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention

LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation

LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

1. PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice-Physiologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie

ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

(i) PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

(ii) PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénérologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LE QUINTREC Moglie-Néphrologie
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie

GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

b) Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

2. Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

C. *PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES*

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
FAILLIE Jean-Luc-
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid-Chirurgie générale
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Remerciements

Je remercie le Professeur AMOUYAL pour m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse

Je remercie le Dr PERS et le Dr PAVAGEAU, d'avoir accepté d'évaluer ce travail et de me faire bénéficier de leur présence le jour de la soutenance

Je remercie très sincèrement le Docteur LOPEZ, pour m'avoir dirigé sur cette thèse. Malgré un emploi du temps plus que chargé, il a toujours été disponible pour m'épauler. Il m'a apporté la rigueur nécessaire à toutes les étapes de la rédaction de ce travail. Les débuts ont été laborieux, mais j'ai aujourd'hui le sentiment d'un travail abouti qui est le fruit d'une collaboration efficace

Je remercie chaque médecin qui a accepté de participer aux entretiens

Je remercie ma sœur et mes parents de leur affection sans limite et de leur bienveillance. Merci de m'avoir donné la motivation et les outils qui m'ont permis de progresser dans cette voie

Merci à ma Hélène chérie pour le bonheur qu'elle m'apporte. Merci d'embellir ma vie, merci pour son écoute inépuisable et ses avis toujours justes. Merci de me supporter, merci de me rendre meilleur

Merci à mon fils Mathieu d'exister, merveille de la nature, beaucoup plus beau que son père, et à qui je dédie cette thèse

Je remercie mon Guigui, mon frérot, mon binôme de toujours. Merci pour tous ces fous rires, ces délires, ces soirées sans fin, ces moments de partage, et aussi son soutien dans les moments difficiles. Merci pour ces 2 ans de coloc', le carnage des veilles de rattrapages, mes défaites au baby-foot, et mes victoires à Fifa

Merci à Juliette pour sa tendresse et sa protection, et pour avoir complété mon éducation

Merci à Auré pour sa générosité, et sa paternité

Merci à Cléloch pour ces moments de complicité, ces stages d'externe, ces soirées mémorables à St Alban, ces transmuscules, et un merci spécial à Rebec' d'avoir osé ce superbe rouge à lèvres noir à contour le soir de son anniversaire

Merci à Jeannot pour son affection, son humour, son enthousiasme, et ce stage en dermatologie

Merci à toute l'équipe bretonne Marinette, la vieille Catin, Marinou, Nenaine, Maud, Fredo, Mimi. Merci pour toutes ces amitiés au beurre salé qui ont rendu mes années de médecine grandioses

Merci à Guston pour sa ponctualité, à Chargi pour sa narcolepsie

Merci à Titou d'avoir finit par accepter son surnom, et de se rappeler de tout

Merci à Thomas d'avoir diffusé le çavatita, et pour ce trip à Fuerteventura

Merci à Arthur pour cette année de coloc', et ces jolies bitures

Merci à Marie pour toutes ses râleries

Merci à Fanchou pour sa danse de crassou

Merci à Arnaud d'avoir essayé de me suivre en snow

Merci à Hedi pour ses photoshop, et son style de dandy

Merci à Sofiène pour sa classe mondaine

Merci à Elo pour tous ces jolis rôts

Merci à Vadek pour ces folles soirées en discothèque

Merci à Guigui pour ces lasagnes au canard cramoisies

Merci à Barthy pour ses railey déhookés infinis

Merci à Thibault, le pote toujours en dispo.

Merci à Abdel YANNISKARIM EL AZIZ pour son authenticité, son autodérision, sa joie de vivre, et ses phrases cultes : « On se retrouve boulevard du jus de pomme ? » « Je le connais ni d'am ni d'adève, mais c'est sûr, il a pris autre chose que de la drogue ».

Merci à Renaud pour tous ses jeux de mot.

Merci à toute l'équipe montpelliéraine Aline, Lisou, Pancho, Ronan, Gigi, Céline, Simon, Stef et bien d'autres, pour ces amitiés précieuses.

Merci à l'équipe de Gastro du CHU de Nîmes pour ce semestre de folie, et pour m'avoir appris la médecine

Merci à l'équipe du CAPS de Lodève pour ce job de rêve.

Table des matières

I.	INTRODUCTION	18
A.	Epidémiologie	18
B.	L'épaule, un besoin de formation	18
II.	MATERIEL ET METHODES.....	19
A.	Type d'étude :	19
B.	Equipe de recherche	19
C.	Sélection des participants :	19
D.	Mode de recrutement :.....	20
E.	Contexte :.....	20
F.	Guide d'entretien :.....	20
G.	Déroulement :.....	20
H.	Enregistrement audio :	20
I.	Mode de retranscription :.....	21
III.	RESULTATS ET ANALYSE	21
A.	Population	21
B.	Guide d'entretien	22
C.	Arbre thématique.....	22
D.	La Représentation de l'épaule douloureuse en médecine générale.....	23
1.	<i>Un type de patientèle bien défini.....</i>	23
2.	<i>Un impact social important</i>	24
3.	<i>Une articulation complexe.....</i>	24
4.	<i>Une aisance globale malgré un manque d'expertise.....</i>	25
5.	<i>La relation médecin patient au cœur de la pratique médicale</i>	26
6.	<i>Une qualité de prise en charge en rapport avec un parcours de soin adapté</i>	27
E.	L'Acquisition des compétences	30
1.	<i>Une formation initiale insuffisante.....</i>	30
2.	<i>Un apprentissage centré sur l'expérience.....</i>	30
3.	<i>De nombreux outils disponibles.....</i>	31
F.	Les perspectives de formation	32
1.	<i>Des points essentiels à aborder</i>	32
2.	<i>Un temps court en rapport avec le manque de temps</i>	33
3.	<i>La priorité à la pédagogie.....</i>	34
4.	<i>Une formation pratique et transversale</i>	35
5.	<i>Un besoin d'innovation</i>	36
G.	Discussion	37
1.	<i>Synthèse</i>	37
2.	<i>La validité interne</i>	41
3.	<i>La validité externe</i>	42
4.	<i>Proposition de formation.....</i>	46
IV.	CONCLUSION.....	47
V.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	48
VI.	ANNEXES.....	51

I. INTRODUCTION

A. Epidémiologie

1. L'épaule douloureuse

Dans le champ des pathologies articulaires, une étude anglo-saxonne révélait qu'en 1998 en médecine générale, la 3^{ème} articulation la plus fréquemment douloureuse était l'épaule(1).

En 2012, 1% de la population anglaise a consulté pour une épaule douloureuse, le plus souvent causée par un conflit sous acromial(2).

En 2005 au Royaume-Uni, les consultations en médecine générale pour douleurs de l'épaule représentaient 9,5 cas pour 1000 patients dont 85 % intéresseraient la coiffe des rotateurs(3).

En 2009 en France, d'après l'observatoire de médecine générale, la prévalence de la consultation pour douleur de l'épaule était de 2,66%. Entre 1994 et 2009, le nombre de consultations pour ce motif a triplé, passant de 1068 à 3866 consultations par an recensées(4).

2. Les tendinopathies

En 2008, dans une étude épidémiologique française portant sur 1584 médecins généralistes, Rodineau et al. concluent que le nombre moyen de consultations pour tendinopathie est de 13,3 par mois, 32% intéressant l'épaule(5).

B. L'épaule, un besoin de formation

Une méta analyse de 2013 dirigée par Hanchard NC, portant sur 33 études en soins premiers, a montré une insuffisance de preuves sur lesquelles fonder la sélection des tests physiques tant pour les tendinopathies, que pour les bursites. Il existerait une extrême diversité dans la performance et l'interprétation des tests selon les études, ce qui empêcherait leur synthèse et leur applicabilité clinique(6).

En 2009, un travail de thèse portant sur 58 médecins généralistes du Val de Marne, conclut à l'existence de difficultés dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'épaule douloureuse non traumatique(7).

En 2014, un travail de thèse réalisé auprès de dix médecins généralistes héraultais, montre qu'il existe un besoin en formation complémentaire sur la prise en charge de l'épaule douloureuse(8).

L'épaule douloureuse est donc un motif de consultation fréquent en médecine générale, et sa prise en charge peut être considérée comme complexe. Afin de mieux la comprendre, nous nous sommes posés la question suivante : quelles sont les représentations, l'expérience vécue et les attentes des médecins généralistes concernant l'épaule douloureuse non traumatique, dans l'Hérault en 2017.

II. MATERIEL ET METHODES

A. Type d'étude :

Nous avons mené une étude qualitative, par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes installés, jusqu'à saturation des données. L'analyse s'est faite par approche phénoménologique avec triangulation. Nous avons préféré cette méthode aux groupes focus, car il n'y avait pas ici de crainte possible d'être jugé par ses confrères.

B. Equipe de recherche

L'équipe de recherche était constituée de :

- l'auteur et enquêteur, interne en médecine générale formé à la recherche qualitative qui a rédigé le guide d'entretien, mené les entretiens, analysé les données et co rédigé ce travail.
- du directeur de thèse, médecin généraliste enseignant, qui a relu, supervisé et co rédigé ce travail.
- d'un médecin généraliste enseignant, maître de conférence associé, titulaire d'un diplôme interuniversitaire (DIU) de recherche qualitative qui a relu et validé le guide d'entretien.
- d'un médecin généraliste formé à la recherche qualitative qui a également analysé les données pour assurer une triangulation.
- d'un professeur émérite en médecine générale de la faculté de Médecine Montpellier-Nîmes, responsable d'un DIU en recherche qualitative qui a relu et supervisé ce travail à chacune de ses étapes.

C. Sélection des participants :

Nous avons inclus des médecins généralistes installés dans le département de l'Hérault. Le recrutement s'est fait au hasard par annuaire téléphonique puis par effet boule de neige. Les médecins que nous connaissions personnellement ont été exclus.

Les médecins n'ayant pas donné de réponse ou ayant refusé l'entretien n'ont pas été inclus.

La taille de l'échantillon était non définie initialement, mais jusqu'à obtention d'une saturation des données (les entretiens suivants ne permettant pas de recueillir de nouvelles données).

D. Mode de recrutement :

Le recrutement s'est fait par rencontre directe sur leur lieu de travail, ou par téléphone, directement avec le médecin ou par l'intermédiaire de leur secrétaire. Il a été décidé de pratiquer une unique relance en cas de non réponse.

E. Contexte :

Les entretiens étaient réalisés dans l'environnement de travail des médecins interrogés afin de reproduire au plus près leurs conditions d'exercice. La date et la plage horaire ont été choisies en fonctions des disponibilités du participant. Aucune tierce personne n'était acceptée lors de l'entretien.

F. Guide d'entretien :

L'objectif du guide d'entretien était d'obtenir un maximum d'informations avec un minimum de temps de parole de l'enquêteur. Il était constitué de questions ouvertes qui laissaient une liberté de parole au médecin interrogé, ayant pour but de structurer l'interrogatoire mais sans diriger le discours.

G. Déroulement :

Le guide d'entretien était en possession de l'enquêteur et les questions posées à l'oral. Le médecin interrogé n'y avait pas accès.

Une introduction permettait de préciser le contexte ainsi que le thème abordé, résumant la question de recherche : « Nous avons remarqué, personnellement et après recherche bibliographique, que l'examen d'une épaule douloureuse pose un certain nombre de problèmes. Cet entretien a pour but de connaître les attentes relatives à une formation dans ce domaine. »

Il comportait 4 questions avec relances possibles, afin de recentrer les réponses dans le champ de l'étude (annexes 1 et 2).

La durée de l'entretien devait durer 30 minutes environ, soit un temps nécessaire à l'obtention de réponses analysables.

H. Enregistrement audio :

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de l'application « Dictaphone », sur smartphone iPhone 6® (version iOS 10.3.2), après l'obtention de l'accord oral des participants. L'anonymat a été respecté. Ce mode a été préféré en comparaison avec l'enregistrement vidéo pouvant freiner certains médecins dans leur liberté de parole. Des notes de terrain ont été prises lors de

l'entretien afin de préciser les réactions non verbales des participants.

I. Mode de retranscription :

La retranscription s'est faite mot à mot, en essayant d'être le plus fidèle aux réponses du médecin interrogé, sans interprétation, sur le logiciel Word for Mac® (version 15.13.3).

L'intégralité des verbatim a été stockée sur CD, disponible auprès de la bibliothèque universitaire de la faculté de médecine de Montpellier.

III. RESULTATS ET ANALYSE

A. Population

Vingt-et-un médecins ont été contactés. Trois médecins ont refusé, deux par manque de temps et un par absence d'intérêt sur le sujet. Cinq médecins n'ont pas répondu. Lors d'un entretien, les réponses données étaient sans lien logique avec les questions posées, et le médecin a souhaité y mettre fin prématurément. La saturation des données a été obtenue au dixième entretien. Douze entretiens ont été analysés.

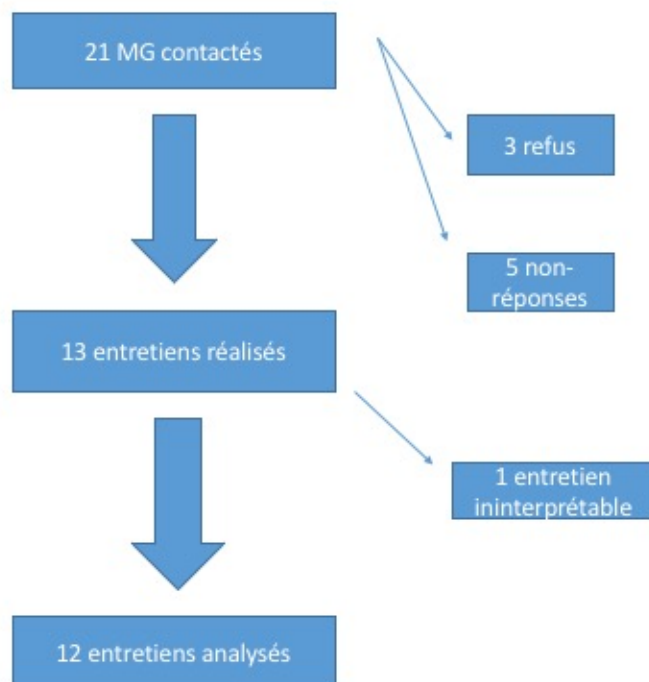


Figure 1 : Diagramme de Flux

Nous avons constitué un groupe de médecins interrogés hétérogène, dans le cadre d'une variabilité logique par rapport à notre question de recherche. Il comprenait des médecins de sexe et d'expérience diverses.

Quatre étaient des femmes et huit des hommes. L'âge moyen était de 51,83 ans.

Neuf médecins exerçaient en milieu urbain, deux en milieu semi rural et un en milieu rural.

Cinq médecins avaient participé à au moins une formation complémentaire sur l'épaule.

Deux médecins avaient un DU dans le domaine ostéoarticulaire, et un médecin la capacité de médecine du sport.

Les entretiens duraient de 11 à 46 minutes, pour une moyenne de 28 minutes 35 secondes, et un total de 5 heures 45minutes.

	Sexe	Age	Durée d'installation	Milieu d'exercice	DU/DIU	FMC épaule	Durée d'entretien
E1	Homme	57	19	semi-rural	non	0	11m44s
E2	Homme	63	32	urbain	non	0	12m22
E3	Homme	33	3	urbain	non	0	15m17s
E4	Homme	53	24	urbain	non	2	30m08s
E5	Femme	56	25	urbain	diététique/diabétologie	1	41m30s
E6	Femme	43	11	urbain	capacité de médecine du sport	0	25m02s
E7	Homme	63	31	rural	gériatrie/infiltration	1	37m43s
E8	Femme	52	18	urbain	gynécologie/pédiatrie	0	46m38s
E9	Homme	51	22	urbain	diabétologie	0	23m46s
E10	Homme	57	26	urbain	médecine du sport/sommeil	1	36m18
E11	Femme	36	6	semi-rural	non	0	33m13s
E12	Homme	58	28	urbain	ostéopathie/thérapeutique manuelle	1	31m21

Figure 2 : Caractéristiques de la population

B. Guide d'entretien

Au fur et à mesure des entretiens l'évolution du guide s'est faite par approche hypothético-déductive progressive (ou analyse par comparaison constante) : nous l'avons modifié progressivement au cours des premiers entretiens devant certaines difficultés rencontrées, avec comme objectif d'éviter l'orientation des médecins interrogés.

C. Arbre thématique

Nous avons relevé et classé le verbatim de nos entretiens dans les 3 dimensions explorées par notre étude : représentations, expériences et attentes des médecins généralistes.

Afin de répondre à la question de recherche, nous avons dégagé 3 champs à partir des données d'entretien, par approche phénoménologique.

Nous avons traité dans un premier temps la représentation, puis l'acquisition des compétences dans ce domaine, et enfin les perspectives de formation. Les résultats n'ont pas été transmis aux participants, aucun retour n'a donc été obtenu.

Des citations ont été intégrées afin d'illustrer les thèmes identifiés.

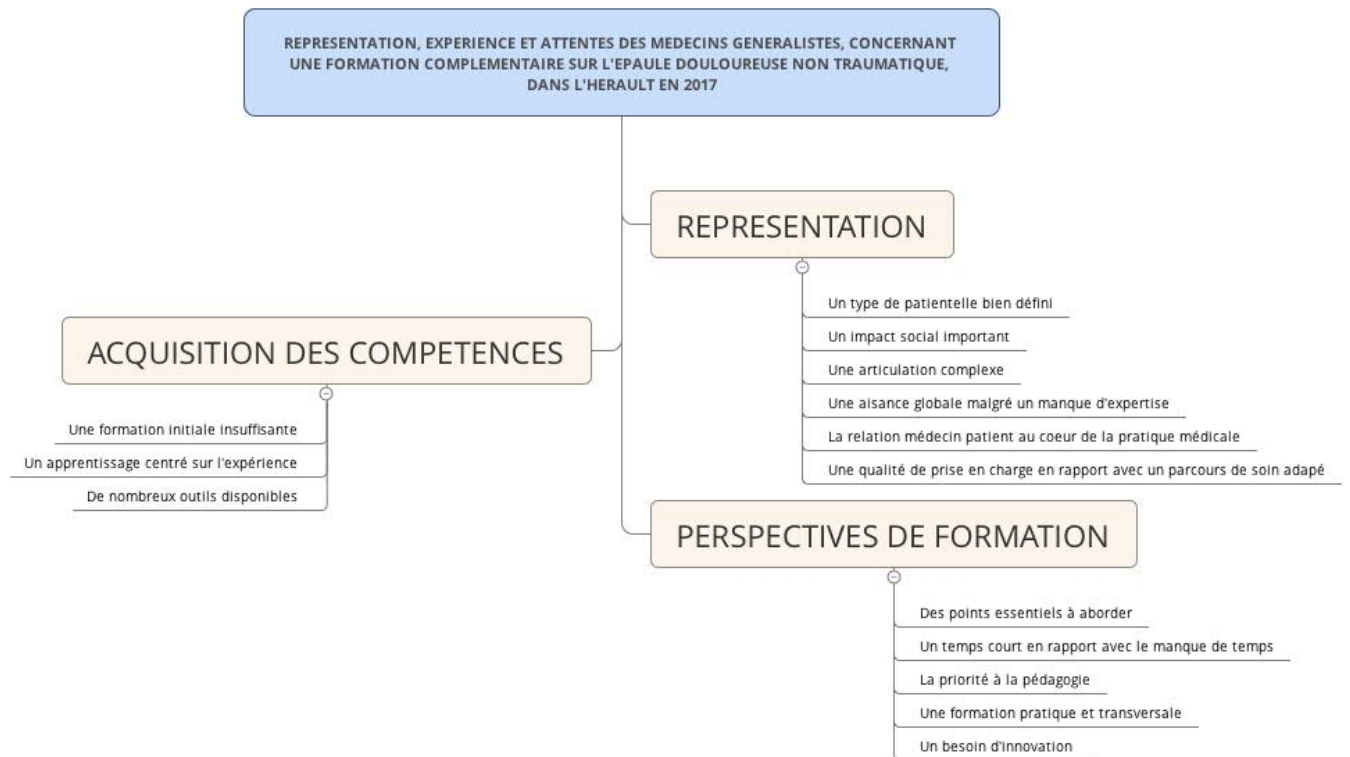


Figure 3 : Arbre thématique

D. La Représentation de l'épaule douloureuse en médecine générale

1. Un type de patientèle bien défini

Lorsque nous évoquons la pathologie de l'épaule douloureuse non traumatique, tous les médecins confirmaient la fréquence de la pathologie :

E5 : « C'est une pathologie fréquente »

E11 : « C'est un motif de consultation assez fréquent »

La majorité des médecins l'associait à une tranche d'âge bien définie :

E4 : « une plainte fréquente qui ne touche pas tous les âges, surtout à partir de 50 ans, jusqu'à 70 ans. »

Pour un médecin, une différence de prise en charge existait en fonction de l'âge :

E6 : « Chez les jeunes sportifs, la prise en charge est beaucoup facile, car les plus âgés ne comprennent pas tout ce que ça implique, ils pensent qu'il va y avoir une intervention tout de suite et c'est fini, mais non. »

2. Un impact social important

Pour la majorité des médecins, l'impact social de cette pathologie était non négligeable :

E5 : « La pathologie de l'épaule fait partie des choses qui fournissent de la maladie professionnelle[...] quand ils ont un boulot même si ça leur détruit l'épaule ils continuent car il faut retrouver un autre emploi quand on part. »

E10 : « ces personnes finissent par s'arrêter à cause d'un problème de tendinopathie »

Deux médecins évoquaient la difficulté de rédaction des arrêts de travail :

E5 : « Parfois la nécessité d'un arrêt de travail qui peut être compliquée. La possibilité ou pas de le faire reconnaître en maladie professionnelle. »

3. Une articulation complexe

Pour quatre médecins, il s'agissait d'une pathologie complexe de par son anatomie :

E4 : « C'est une articulation particulière car elle n'a pas de stabilité sans les tendons, donc l'antalgie médicamenteuse ne marche pas tellement. »

Le nombre limité de pathologies était évoqué par 2 médecins :

E6 : « Elle est sûrement compliquée, j'en avais très peur au début mais en pratique, on voit un peu toujours la même chose »

4. Une aisance globale malgré un manque d'expertise

Plusieurs médecins considéraient leur prise en charge suffisante, même s'ils ont des lacunes :

E10 : « Je ne m'estime pas spécialement compétent mais je n'ai pas peur de l'épaule. »

E9 : « L'aisance, elle dépend du patient, de ce que l'on va trouver, et parfois on ne sait pas donc on a besoin de l'avis du spécialiste. »

E8 : « Je me dis que je suis à l'aise avec 2 ou 3 tests ; pour moi, c'est suffisant pour faire un diagnostic. Et en fonction du contexte je mets en place un 1^{er} traitement et je les revois ensuite. »

E7 : « Je ne fais pas le diagnostic à tous les coups, mais je me sens plutôt à l'aise. »

Un médecin reconnaissait se servir des examens morphologiques comme soutien diagnostique :

E1 : « Je ne sais pas si j'utilise la bonne démarche mais je ne me sens pas mal à l'aise...je fais la radio et l'échographie et s'il y a quelque chose éventuellement je fais faire un arthroscanner. »

Dix médecins se sentaient plutôt à l'aise avec le diagnostic clinique :

E11 « ce n'est pas une difficulté en terme de diagnostic. »

E7 : « Cet examen est particulier dans le sens où les diagnostics sont assez aisés ; les pathologies sont très semblables »

Pour la majorité des médecins, une maîtrise de l'examen physique était primordiale afin d'assurer une bonne prise en charge thérapeutique :

E4 : « C'est sûr que si c'est simplement un syndrome sous acromial ça ne sera que de la rééducation, mais il faut l'identifier [...], par contre pour l'identification il faut connaître le testing, les 4 ou 5 tests de l'épaule, c'est capital pour moi. »

Plusieurs médecins faisaient référence à l'exhaustivité des tests :

E2 : « Quand ça n'est pas un diagnostic évident comme une tendinite, la difficulté c'est de faire les tests qui permettent de s'orienter vers une pathologie plus qu'une autre. »

E10 « Je fais un petit testing de l'épaule que je mélange toujours un peu. »

E9 : « Je connais un peu mais je ne suis pas un spécialiste. Le Jobbe, le Patte etc. il faut connaître, c'est long, et pour savoir quel tendon est touché, c'est beaucoup plus spécifique que la hanche ou le genou. »

Quelques médecins évoquaient une différence entre clinique et imagerie :

E12 : « Même si on a des tests spécifiques, cela ne correspond pas toujours à la réalité traumatique. »

E9 : « On s'est fait balader par l'écho qui nous a dit « capsulite », alors que l'examen clinique était plus pour une tendinopathie. »

E6 : « Il peut y avoir une inadéquation entre ce que l'on voit à l'imagerie et la cause réelle de la douleur ».

La sur-prescription d'imagerie était dénoncée par quelques médecins, directement en rapport avec la maîtrise de l'examen :

E4 : « Je trouve qu'on fait trop d'échographies. Est ce qu'il ne faut pas se contenter des tests et ensuite passer à l'arthroscanner ? »

5. La relation médecin patient au cœur de la pratique médicale

La majorité des médecins considérait l'épaule douloureuse comme une maladie chronique :

E10 : « C'est long, une épaule c'est long »

E8 : « Ce que je me dis c'est que l'on part pour une longue histoire. »

La gestion de cette chronicité était difficile pour la majorité des médecins :

E11 : « On se retrouve souvent avec des douleurs chroniques. »

E5 : « Les gens répètent ces gestes qui sont toxiques pour l'épaule. »

E9 : « Cette prise en charge peut être longue, les gens ça les plombe. »

La difficulté de l'antalgie était évoquée par trois médecins :

E7 : « Les gens ont peur de vous dire que ça va mieux, car s'ils l'admettent, ils ont peur que ça aille moins bien[...]on voit qu'ils ont moins mal, mais ils ne vous le diront pas[...]j'ai du mal à évaluer l'échelle de la douleur, et donc l'impact de mon traitement. »

E10 : « C'est intéressant, on a l'impression d'être utile, même s'il y a des moments décourageants. »

E4 : « L'antalgie médicamenteuse ne marche pas tellement. »

La liberté de propre prise en charge du patient était évoquée par quelques médecins :

E11 : « Globalement les patients ont souvent des recommandations pour tel ou tel chirurgien, je ne les oriente pas particulièrement, sauf quand j'ai un gros doute j'envoie au professeur C.. »

E10 : « Il y a parfois des patients qui me disent de faire de la méso donc j'en fais. »

6. Une qualité de prise en charge en rapport avec un parcours de soin adapté

a) *La notion de réseau*

Pour deux médecins, la qualité de leur pratique dépendait de leur rapport avec les spécialistes :

E11 : « Je suis plutôt à l'aise car aujourd'hui j'ai trouvé mon référent sur les épaules. »

E5 : « Ce n'est pas trop difficile à prendre en charge car on a des recours. »

Les rapports avec les professionnels de santé étaient bons dans l'ensemble :

E4 : « Ça se passe bien »

b) *Les retours des professionnels*

Plusieurs médecins se confiaient sur le manque de retour des kinésithérapeutes :

E4 : « C'est rare qu'ils m'appellent. Je n'ai pas de retour. »

Concernant les spécialistes, tous les médecins recevaient un retour sur leurs consultations ou interventions.

c) La kinésithérapie au centre de la prise en charge

La totalité des médecins interrogés faisait référence au kinésithérapeute comme acteur thérapeutique principal :

E7 : « La kinésithérapie est en 1^{ère} ligne, car j'évite de donner des AINS à cause des effets indésirables que vous connaissez »

E12 : « La kinésithérapie est indispensable, sa précocité est fondamentale. »

La nécessité de kinésithérapeutes formés à ce type de pathologie était décrite par plusieurs médecins :

E11 : « Je pense qu'il y a des kinés qui savent mieux adapter la prise en charge au type de patient qu'ils vont rencontrer. »

E5 : « Le kiné je vois que selon les cas j'ai tendance à orienter sur certains cabinets, comme je le fais pour le dos ou la kiné respiratoire. »

E9 : « La prise en charge du kiné dans ces pathologies-là est fondamentale, et c'est vrai qu'il y en a des bons et des moins bons. »

Deux médecins supposaient que les kinésithérapeutes en rapport avec les chirurgiens étaient mieux formés :

E9 : « Les kinés qui travaillent avec des chirurgiens sont souvent précis. »

E7 : « Peut être des kinés qui officient dans le cadre des post chirurgies, car ce sont ceux qui sont les plus compétents et voient le plus de patients dans le suivi. »

Un rapport privilégié avec les kinésithérapeutes était entretenu par quelques médecins :

E11 : « Je les appelle, eux m'appellent aussi, ceux avec qui je travaille notamment. »

E10 : « Ça peut être un dialogue, je vous y encourage. »

d) Les délais

Plusieurs médecins avaient des facilités avec la prise de rendez-vous chez les différents spécialistes, grâce à leur réseau :

E9 : « Après comme tout médecin on a notre carnet d'adresse. J'ai fait ma thèse avec le Pr T. donc j'arrive à avoir des rendez-vous rapides. »

E10 : « Les radiologues reçoivent relativement vite, dans la quinzaine. Les kinés sont disponibles également. »

E5 : « J'ai des rendez-vous relativement rapides. A proximité j'ai 4 ou 5 rhumatologues pas loin, que je peux solliciter assez facilement. »

Le problème des délais de prise en charge par le kinésithérapeute était évoqué par un médecin :

E3 : « Il peut y avoir plusieurs semaines de délai. »

E7 : « Ce qui n'est pas facile par contre, c'est d'avoir un kiné qui prenne en charge les patients de manière assez fréquente et d'avoir une 1ère consultation précoce. »

e) Une pathologie du travail

Quelques médecins s'exprimaient sur la difficulté du rapport avec la médecine du travail :

E5 : « Le problème c'est qu'on pas le temps de se voir, de se parler, et eux non plus. Donc on laisse le patient se débrouiller. »

E8 : « J'aimerais ajouter que la place de la médecine du travail est sous-estimée, il manque un rapport plus privilégié avec eux, pour pouvoir adapter le poste de travail plus facilement. »

f) Les infiltrations

Peu de médecins s'exprimaient sur la pratique des infiltrations. Ils expliquaient qu'ils ne les réalisaient plus par manque de confiance ou par soucis de responsabilité :

E10 : « Si vraiment il faut infiltrer ce n'est pas moi qui le fait. »

E4 : « Parfois sur les infiltrations sous acromiales, que je ne fais plus pour des raisons d'assurance, je les adresse au rhumatologue. »

E. L'Acquisition des compétences

1. Une formation initiale insuffisante

Deux médecins passés en stage dans un service en rapport avec la pathologie considéraient leur formation initiale comme suffisante :

E11 : « Je pense que j'ai eu un bon externat, ça a été formateur, avec un stage en rhumatologie et en ortho. »

E3 : « Pendant mon externat j'ai eu l'occasion de faire un stage en MPR, en D4, qui m'a permis d'avoir une vision assez globale. »

La majorité des médecins évaluait leur formation initiale comme étant globalement insuffisante :

E6 : « Très pauvre. Je n'ai rien retenu de ma formation initiale. »

Elle était estimée comme insuffisamment pratique :

E8 : « Ce que je peux dire c'est que dans mes souvenirs, c'était bien trop théorique. »

E5 : « Il nous manque énormément de pratique dans la formation initiale. »

E7 : « La pratique était quasi nulle, et il fallait se débrouiller seul une fois installé. »

Deux médecins évoquaient une carence dans la transmission du savoir :

E10 : « Je pense que certains spécialistes étaient jaloux de leur savoir. Dans certaines disciplines, je pense qu'en 9 ans de médecine générale on pourrait nous apprendre beaucoup plus. »

E9 : « Sur les pathologies courantes de la médecine générale, on a appris tout en 6 mois chez le praticien. »

2. Un apprentissage centré sur l'expérience

Plusieurs médecins parlaient de leur propre expérience comme enseignement :

E10 : « Les connaissances complémentaires viennent de la pratique, des retours d'expérience, savoir ce que le rhumatologue a fait. »

E7 : « Je fais les manœuvres habituelles dont je ne connais pas tous les noms, puis j'essaie de poser un diagnostic, et quand je fais l'imagerie je vois bien si je me suis trompé ou non. »

E9 : « On reçoit le courrier du spécialiste, on réinterprète l'échographie, et on apprend sur le tas. »

Plusieurs médecins rapportaient un besoin d'actualisation des connaissances :

E10 : « Lorsque je fais des infiltrations je les réalise uniquement sur rendez-vous, comme ça je peux réviser. »

E11 : « Ce qui m'a permis d'être plus compétente c'est de réactualiser les données. »

Quatre médecins affirmaient s'être senti plus à l'aise après une formation complémentaire :

E5 : « Ce qui m'a permis d'être plus à l'aise c'est une formation interactive avec quelqu'un qui connaît bien. »

E7 : « J'ai fait 2 ou 3 soirées il y a une dizaine d'années, dont une soirée sur les pathologies de l'épaule. »

E6 : « J'ai tout appris en médecine du sport, en stage, sur le terrain. »

Le bénéfice obtenu était essentiellement dû à l'amélioration des compétences diagnostiques :

E9 : « C'est vraiment l'examen clinique qui m'a permis d'être meilleur, de mieux orienter. »

E4 : « Ce qui m'a permis d'être plus compétent ce sont les tests de coiffe. »

Un médecin mettait en lien la dextérité clinique avec la prescription moindre d'examen complémentaires :

E4 : « Est ce qu'il ne faudrait pas encore être plus sûr de soi ? Pas s'embêter avec une écho et radio, s'il y a un acromion agressif qu'est-ce que ça change ? »

3. De nombreux outils disponibles

Parmi ces médecins certains évoquaient internet comme un outil précieux :

E10 : « Il y a internet aussi, ça m'arrive de l'utiliser, c'est formidable pour le médecin. »

E11 : « J'avais oublié les testing mais au moment d'examiner une épaule ça ne coûte rien de rejeter un petit coup d'œil pour être sûr d'avoir tout testé[...], il y a un site aussi qui est bien fait. »

E5 : « Sur internet il y a des tutoriels qui sont pas mal faits. »

Les revues étaient utilisées par quelques médecins :

E10 : « Les publications m'apportent aussi »

E7 : « Je lis des rappels sur des revues. »

Les ouvrages représentaient un référentiel à la fois diagnostique et thérapeutique :

E10 : « De temps en temps j'ouvre des livres, et j'ai aussi le guide pratique des gestes médicaux. »

F. Les perspectives de formation

1. Des points essentiels à aborder

La majorité des médecins souhaitait un approfondissement de l'examen physique :

E11 : « Je pense à une formation interactive où on puisse faire les testing sur quelqu'un. »

E7 : « Un rappel théorique certes mais précis, court, et après passer à un rappel sur l'examen physique complet et surtout le refaire. »

E9 : « Savoir bien diriger un examen physique, déjà cela va être fondamental. »

E4 : « Réviser de temps en temps les tests de coiffe, avec ça on est les rois. »

E12 : « J'aurais besoin d'affiner le testing clinique tout en le simplifiant, c'est surtout ça. »

E2 : « Acquérir un examen physique précis pour s'orienter vers une rupture de la coiffe, une capsulite...c'est vraiment sur ce point que j'aimerais me sentir plus à l'aise. »

Certains médecins ressentaient un besoin de rappel sur les indications de prescription d'examens morphologiques :

E9 : « Est ce que l'on fait radio, arthroscanner ou IRM. »

Plusieurs médecins souhaitaient avoir des précisions sur les techniques de rééducation en kinésithérapie :

E11 : « Dans le traitement et le suivi éventuellement préciser les techniques de kiné adaptées à chaque pathologie. »

E10 : « Dans le suivi, discuter avec les kinés de l'évolution de leurs techniques. »

E7 : « Je pense également que parfois, je ne suis pas assez précis dans l'ordonnance du kiné. Je ne suis pas assez pointu pour connaître les indications des ondes de choc par exemple. »

Et notamment pour assurer un suivi dans la prise en charge rééducative :

E11 : « Pour savoir, quand je revois mes patients, si le kiné fait quelque chose de vraiment adapté ou s'il tâtonne. »

E3 : « Eventuellement pour avoir aussi une idée du déroulement de la rééducation par le kiné, et quels sont les exercices possibles en auto rééducation dans l'intervalle, car il peut y avoir plusieurs semaines de délai. »

Trois médecins souhaitaient avoir des précisions sur les indications chirurgicales :

E12 : « Pour le traitement il faut échanger avec des chirurgiens sur les indications chirurgicales, ou simple infiltration, pour préparer notre patient à telle ou telle prise en charge. »

Quelques médecins évoquaient l'importance des échanges entre médecins généralistes :

E10 : « Ecouter et parler avec des confrères. Car quand on se rencontre on n'est pas concurrent, et on échange des cas rares[...], votre génération vous devez trouver un moyen de vous voir. »

E3 : « Je pense que l'atout majeur d'une formation réside dans l'interaction entre les participants. »

2. Un temps court en rapport avec le manque de temps

Certains médecins s'exprimaient sur le manque de temps consacré à la formation continue :

E5 : « Cela fait partie de notre boulot d'être au top, et ça devrait faire partie de notre temps de travail et non pas sur le repos. »

E9 : « J'aurais bien aimé faire d'autres formations, mais je n'ai pas le temps. Je prends 1 semaine de congés par an... »

E6 : « le problème est surtout le manque de temps. »

Deux médecins souhaitaient que les formations puissent avoir lieu sur leur temps de travail :

E9 : « L'idéal serait qu'elles soient sur notre lieu de travail. »

Une formation concise était de ce fait majoritairement souhaitée :

E7 : « J'aime les choses qui vont droit au but, type enseignement post universitaire, surtout après une journée de travail fatigante. »

E9 : « ...donc je serais prêt à y accorder 1 soirée. »

3. La priorité à la pédagogie

La majorité des médecins accordait une importance à la pédagogie en formation complémentaire. A la question des acteurs souhaités pour une formation potentielle, certains répondent que la priorité est l'envie de transmettre :

E5 : « Il faut des gens qui connaissent l'animation[...], il y en a qui sont doués, peut-être qui ont appris, et d'autre moins. »

E6 : « Je n'ai pas d'à priori quant aux acteurs, simplement quelqu'un d'impliqué qui a envie de transmettre son expérience. »

Deux médecins exprimaient un besoin de « circuit court » :

E7 : « Il y a des petites astuces en médecine que l'on découvre de par notre expérience[...], on crée des circuits courts grâce à l'expérience des autres. »

E6 : « Avec le spécialiste qui va te montrer toutes les petites ficelles, car il arrive un moment où c'est ça dont on a besoin. »

Certains médecins donnaient une liste limitative des acteurs souhaités :

E11 : « Un kiné, un ortho et un radio. »

E10 : « Un radiologue, un orthopédiste, un rhumatologue et un kiné. Les 4 acteurs dont je suis le noyau. »

Quelques médecins ressentaient le besoin de formateurs « spécialisés » :

E2 : « Si j'avais à choisir, je verrais bien un rhumatologue et un kinésithérapeute spécialisés sur l'épaule. »

E3 : « Quelqu'un qui soit compétent sur le sujet, comme un médecin du sport, un kinésithérapeute. »

4. Une formation pratique et transversale

La majorité des médecins s'exprimait sur la nécessité de formation pratique ; un lien est fait entre et la réalisation du geste et sa mémorisation :

E11 : « On se met par deux et on simule des testing, car le fait de produire le geste ça l'imprime plus facilement. »

E9 : « Un formateur qui nous montre l'examen sur un volontaire, et que l'on pratique entre nous. »

E12 : « 100% pratique dans tous les cas, avec un spécialiste de l'épaule qui nous fasse préciser nos gestes et que ça rentre dans la tête. »

La mémorisation était également mise en lien avec la fonction de chaque test :

E4 : « Il faut associer un geste à un test de muscle, mais ce n'est pas important de faire l'association avec les noms. »

Deux médecins soulignaient l'importance d'une correction immédiate par le formateur :

E12 : « Mobiliser en tout petit groupe, les uns sur les autres, que l'on perçoive les obstacles, avec une correction immédiate. »

E6 : « Les meilleures formations sont celles sur le terrain, où on nous reprend pour nous corriger. »

Un médecin évoquait la nécessité de transversalité :

E10 : « Dans mes formations passées l'élément manquant était de pouvoir faire une verticale. Passer la main sur le même patient, le rhumato, le médecin généraliste, tous ensemble ou l'un après l'autre. »

Un médecin proposait la mise à disposition d'une fiche récapitulative :

E11 : « Un petit référentiel patient, qu'on puisse donner au patient, une fiche info patient comme fait PRESCRIRE. »

5. Un besoin d'innovation

Dans l'idéal, la majorité des médecins aimerait se former sur du pathologique :

E4 : « Si on veut la faire idéale il faut faire venir des patients qui ont des pathologies de coiffe et les tester. »

E10 : « Le problème est que l'on va se palper entre gens bien portants. »

E8 : « La formation idéale serait pour moi de travailler avec de vrais malades, au lit du patient. »

Quelques médecins ressentaient le besoin d'innover en matière de formation, notamment par l'utilisation de mannequins :

E5 : « Peut être des mannequins où l'on peut palper des choses anormales. »

E7 : « Le plus pertinent serait de travailler sur un mannequin, car tu peux le démonter, tu es en 3 dimensions, et tu ne l'oublies pas. »

Ou par les chemins cliniques, qui permettraient de mieux appréhender le patient dans sa globalité :

E5 : « Ce qui pourrait être intéressant c'est peut-être, plus que le réapprentissage des gestes, de

travailler sur des chemins cliniques[...], « comment optimiser sa PEC ? » que ce soit au niveau médical, mais aussi social, maintien dans le travail. »

E4 : « Après il faut faire des examens soit même, puis des cas cliniques avec les degrés de gravité. C'est à dire voir un peu le reste qui accompagne les fissurations de coiffe. »

Ou par un site internet dédié à l'épaule :

E10 : « Un site internet « épaule ». Ce qui serait bien c'est de remonter les bases de l'examen. Actuellement je pense que c'est aussi important qu'une FMC d'un soir. »

La possibilité d'apprentissage par vidéo était également envisagée :

E4 : « Si on veut la faire idéale il faut faire venir des patients qui ont des pathologies de coiffe et les tester. Mais déjà en visuel, en caméra ce serait intéressant. »

Quelques médecins s'exprimaient sur l'intérêt de l'échographie au cabinet :

E5 : « Se former à l'échographie de l'épaule en médecine général pourquoi pas, ça permet d'avoir un élément de plus. »

IV. Discussion

1. Synthèse

a) Représentations

Les douleurs chroniques d'épaule sont des pathologies fréquemment rencontrées dans les cabinets de médecine générale (3).

Cette fréquence augmentait avec l'âge. Celle-ci concernait une tranche d'âge particulière, comprise entre 50 et 70 ans, avec un impact socio-économique fort, en particulier par sa relation étroite, en cause et en conséquence, avec le monde du travail.

L'épaule était une articulation considérée comme globalement complexe. La principale difficulté évoquée était d'établir un diagnostic clinique lésionnel précis. Pour les médecins interrogés, il

n'était pas toujours possible d'établir un diagnostic d'emblée. L'évolution au cours du temps avec réévaluation à court terme des patients, les résultats des examens complémentaires prescrits ou l'épreuve thérapeutique de kinésithérapie leur a souvent permis d'établir leur diagnostic a posteriori.

Les médecins ayant bénéficié d'une formation complémentaire sur le sujet, notamment une capacité de médecine du sport, ainsi que les médecins exerçant en milieu rural, ressentaient d'avantage d'expertise dans ce domaine.

Pour les médecins exerçant en milieu rural, responsables d'une patientèle plus isolée des structures de soin, faire un diagnostic en un temps leur semblait primordial afin de les orienter rapidement vers une thérapeutique adaptée.

Les médecins se sentaient à l'aise avec la prise en charge de cette articulation, guidés par l'argument de fréquence des principales étiologies, et grâce au soutien d'avis spécialisés et des examens complémentaires mis à leur disposition.

Les examens complémentaires : radiographie standard, échographie et arthroscanner, se présentaient comme des outils de soutien diagnostique, particulièrement pour les médecins les moins à l'aise avec l'examen physique. Ils étaient alors prescrits en première intention.

Pour les médecins s'estimant plus expérimentés, un examen physique approfondi permettait de s'en passer. Ils pouvaient même représenter une source de confusion pour certains, lorsqu'ils objectivaient un diagnostic différent de celui établi par la clinique.

La pathologie de l'épaule était souvent assimilée à une maladie chronique et donc à une prise en charge complexe. Les médecins interrogés évoquaient une résistance générale aux antalgiques usuels, et, malgré les bénéfices tirés de la kinésithérapie, une reproduction des gestes toxiques par le patient. Les médecins se sentaient mis en échec dans leur relation avec le patient, et devaient renforcer le travail d'éducation.

Les médecins avaient de bons rapports avec les autres professionnels de santé. Les médecins plus expérimentés bénéficiaient de délais relativement courts, en rapport avec un réseau plus étoffé. Ils confiaient les indications d'infiltration au rhumatologue.

La kinésithérapie faisait systématiquement partie de la prise en charge thérapeutique. Les délais étaient plus courts pour les médecins exerçant en milieu urbain. Son efficacité semblait cependant inconstante en fonction des patients traités. Les retours des kinésithérapeutes étant

pauvres voire inexistantes, le retour d'expérience des patients après les séances semblait donc important pour évaluer la prise en charge rééducative, et si besoin, l'adapter. Les médecins plus expérimentés orientaient préférentiellement leurs patients vers des kinésithérapeutes formés à cette pathologie, travaillant souvent aux côtés des chirurgiens orthopédistes.

Les médecins avaient peu de rapports avec la médecine du travail. Pourtant, cette coopération leur semblait primordiale. Ces rapports insuffisants étaient dus à un manque de temps ressentis par les généralistes, et les disponibilités restreintes des médecins du travail.

b) Acquisition des compétences

La formation initiale était souvent trop ancienne pour être rappelée.

Elle était vécue comme insuffisante pour la majorité des médecins interrogés, notamment par manque d'enseignements pratiques.

Cette insuffisance de formation initiale était plus marquée chez les médecins les plus âgés, potentiellement en rapport avec l'absence de troisième cycle, et notamment l'absence de stage chez le praticien.

Pour les médecins récemment installés, elle était considérée comme plus formatrice, et même ressentie comme satisfaisante pour les anciens internes en service de rhumatologie ou de médecine physique.

L'acquisition du savoir était centrée sur l'expérience. Une fois installés, l'apprentissage se faisait dans leur pratique quotidienne d'une part, et d'autre part grâce aux retours des spécialistes et résultats d'examens complémentaires.

Les médecins ayant bénéficié d'une formation complémentaire spécifique révélaient qu'elle leur avait permis l'acquisition de plus de compétences. Ces perfectionnements concernaient la réalisation de l'examen physique. Etant plus confiants, ils déclaraient réaliser moins d'examens complémentaires, mettant en doute leur intérêt réel.

c) Outils et perspectives de formation

Pour faire face à ces mises en échec et permettre une meilleure autonomie de prise en charge, les médecins évoquaient la nécessité d'outils utiles à leur pratique.

Pour tous les médecins, une actualisation des techniques de testing semblait nécessaire. Les praticiens récemment installés utilisaient internet comme outil, tandis que les médecins plus âgés préféraient les revues et les ouvrages.

Un site internet dédié ou une fiche papier récapitulative, permettraient une révision rapide des principaux tests et diagnostics lésionnels associés.

Pour répondre à la problématique de la chronicité de la pathologie, l'établissement d'une fiche info-patient était souhaitée, afin d'améliorer l'information et l'éducation du malade.

Concernant une formation complémentaire, les médecins ressentaient un besoin de précisions sur l'examen physique. L'acquisition d'un bagage de testing « simplifié » était souhaité, afin de poser un diagnostic précis d'emblée.

Concernant le traitement et le suivi, faisant écho à la nécessité de « bons kinésithérapeutes », les médecins déclaraient ressentir le besoin de préciser les techniques de rééducation.

Ainsi, ils pourraient mieux renseigner les kinésithérapeutes, et seraient plus en mesure de réorienter le patient si besoin. Une aide à la prescription semblait donc nécessaire.

Dans la forme, une des caractéristiques de la formation complémentaire idéale était un temps court, en rapport avec le sentiment de manque de temps pour se former. Ce dernier était renforcé chez les médecins exerçant en milieu rural.

La pédagogie était le maître mot, avec l'importance pour les médecins de bénéficier d'acteurs souhaitant transmettre leur savoir, et intéressés par le sujet.

L'interactivité semblait primordiale dans une formation complémentaire, incarnée par un temps d'échange après la formation avec partage d'expériences.

Les médecins interrogés expliquaient qu'en terme d'apprentissage, l'idéal était de travailler sur du pathologique. Conscient de la difficulté d'introduire ce système de formation en pratique, un besoin d'innovation se faisait sentir. Pour certains médecins, l'aide d'outils technologiques comme des mannequins haute-fidélités était envisagée. Pour d'autres, un site internet dédié à l'épaule, avec une revue de l'examen clinique facile d'accès, et des arbres diagnostiques visualisables. Le visionnage d'un testing clinique réalisé sur des patients malades était également proposé. L'idée d'avoir des notions d'échographie au cabinet avait émergée, pour gagner du temps dans la prise en charge, notamment pour les médecins ayant des difficultés de délai.

Certains médecins interrogés expliquaient que pour assurer la mémorisation de gestes techniques, il était nécessaire d'associer chaque mouvement à une fonction. Cela était possible en palpant l'articulation, et en reproduisant les gestes précis, avec une correction immédiate par le formateur.

Afin de mieux appréhender la pathologie dans sa globalité, et notamment dans ses rapports directs avec la médecine du travail et les travailleurs sociaux, la proposition de réaliser des mises en situation clinique était faite, en y incluant tous les déterminants de la pathologie : adaptation de poste, aménagement de la vie quotidienne...etc.

2. La validité interne

a) *Limites de l'étude*

(1) La population

Nous nous sommes limités au département de l'Hérault, en considérant que l'extension aux départements voisins apporterait peu d'informations supplémentaires.

(2) Les biais

Les médecins ayant accepté de participer à l'entretien pouvaient être préférentiellement intéressés par le sujet, constituant ainsi un biais de sélection.

Les questions posées lors de l'entretien étaient le plus ouvertes possibles, mais certaines pouvaient être involontairement orientées, constituant un biais d'orientation.

A certaines questions portant sur leur aisance générale en pratique clinique, les médecins avaient pu refuser de se confier sur certaines difficultés par soucis d'image, constituant un biais de désirabilité sociale.

b) *Points forts de l'étude*

Nous avons trouvé peu de données disponibles dans la littérature sur ce sujet. Plusieurs travaux de recherche se sont portés sur une enquête de pratiques, sans développer la représentation et les concrètes attentes.

Tout en s'inscrivant dans la continuité des travaux antérieurs, cette étude avait pour ambition de déterminer les éléments qui permettraient une meilleure aisance des médecins généralistes dans cette spécialité. En mettant en évidence certains obstacles ressentis dans leur pratique quotidienne, nous avons essayé de mieux comprendre leurs attentes.

Notre travail de recherche est devenu une étude pilote dans ce domaine.

Le guide a été progressivement amélioré. Une discussion entre les chercheurs au fil des

entretiens, avec la supervision d'experts en recherche qualitative, a permis d'obtenir la trame la plus ouverte possible, adaptée à la question de recherche.

Une triangulation des données de verbatim a été réalisée.

Notre méthodologie a été établie en accord avec les critères COREQ(9) et SRQR(10).

3. La validité externe

a) *La représentation*

Concernant la réalisation du testing musculaire par les médecins généralistes de notre étude, une méta-analyse publiée en 2009 confirmait leur aide réelle au diagnostic, sans constituer pour autant un signe pathognomonique, ni une spécificité maximale pour un tendon atteint(11).

Pourtant, une étude quantitative de 2015, révélait que ces tests étaient globalement utilisés par les médecins généralistes (94% en moyenne)(12).

Les médecins qui ne recherchaient pas de diagnostic lésionnel précis, soit 30%, ne se sentaient pas compétents pour prendre en charge une tendinopathie de la coiffe des rotateurs.

Cette impression était confirmée par une étude quantitative de 2014 menée par Adrien Raynal, portant sur 88 médecins généralistes de l'Hérault, qui montrait que la réalisation des tests tendineux était effectuée par 85% d'entre eux, et 73% pour les manœuvres de conflit(7).

Concernant la difficulté pour eux de réaliser un diagnostic lésionnel précis, le travail de recherche de L. Linsell publié en 2006 appuyait cette notion, en révélant que les médecins généralistes ne donnaient pas de diagnostic précis, mais plutôt une description de symptômes(13).

Ces différentes études confirment que les médecins connaissent et pratiquent certains tests, mais sans pouvoir en dégager une interprétation clinique, et donc une prise en charge claire pour eux.

Dans notre étude, les médecins interrogés semblaient pourtant se sentir satisfaits de leur prise en charge grâce aux soutien apporté par les examens complémentaires, et notamment l'échographie. Une étude anglo-saxonne dirigée par M. Artus en 2017, portant sur la gestion des douleurs d'épaule par 5000 médecins généralistes anglais, montrait que 56% des praticiens étaient sûr de leur diagnostic, et 26% plutôt sûr. En terme d'examens complémentaires, 54% des médecins prescrivait l'échographie pour « confirmer le diagnostic » dans le cas de tendinopathie de la coiffe, 21% seulement l'utilisaient pour guider un traitement(14).

Ces données allaient dans le sens des résultats de notre étude, avec des examens complémentaires jugés comme rassurant pour les praticiens les moins à l'aise avec l'examen physique.

Concernant la kinésithérapie, l'ANAES a publié en 2001 des recommandations(15). Elles précisait les techniques de rééducation, portant essentiellement sur le recentrage de la tête humérale et le renforcement musculaire. Elles soulignaient également l'importance du suivi de la récupération fonctionnelle, par le score de Constant, et la nécessité de réévaluation des techniques de rééducation après 20 séances. Elle insistait également sur la nécessité d'un examen clinique de début et de fin de traitement.

Dans notre étude, les médecins déclaraient avoir peu de retour des kinésithérapeutes. Un rapport systématique de la prise en charge rééducative semblait donc intéressant afin d'en assurer un meilleur contrôle.

b) L'acquisition des compétences

Selon une étude américaine de 2012 dirigée par N Skelley, portant sur l'évaluation des compétences de 354 étudiants en médecine en matière d'examen clinique de l'épaule (par le test validé de Freedman et Bernstein), seulement 19,3% obtiennent un score validant, quelle que soit l'année d'étude en cours. Cependant, une formation d'au moins 15 jours consacrée à ce domaine précis permettait d'augmenter de manière significative les résultats à l'examen. Ces données expliquent que les médecins de notre étude passés en stage de rhumatologie ou médecine physique se sentaient plus compétents(16).

Une étude californienne de 2017, dirigée par M Kally Hose portant sur un pré-post test intéressant 89 étudiants en médecine bénéficiant d'un stage d'un mois dans un service spécialisé, montrait une amélioration significative de leurs compétences cliniques et de la confiance en leur examen. La question d'un passage obligatoire dans un stage en rapport avec cette pathologie pendant l'externat pourrait être envisagée(17).

c) Les perspectives de formation

(1) Les sujets à aborder

Une étude menée en 2016 par Q. Gauthey, portant sur « l'évaluation du niveau des internes et de l'enseignement concernant l'examen d'une épaule douloureuse chronique dans la région de

Dijon », révélait que le « problème n'était pas dû à l'examen lui-même, mais au fait que les internes ont des difficultés pour utiliser ses résultats afin de dégager une conduite à tenir diagnostique et/ou thérapeutique claire, simple, et structurée»(18).

Autrement dit, les différents éléments de l'examen clinique étaient connus, mais il semblait difficile pour les étudiants de les mettre en lien avec des objectifs clairs, et d'en dégager une prise en charge adaptée.

En associant à cette notion les résultats de notre étude, il semblait donc pertinent de pouvoir clarifier l'examen en réduisant le nombre de tests, et d'insister sur les prises en charges les plus adaptées, pour chaque étiologie évoquée.

Une méta-analyse de 2012, incluant 1684 patients, recherchait les tests les plus sensibles et spécifiques pour le diagnostic de syndrome sous acromial. Selon Alqunaee and al., les plus sensibles seraient le test de Neer et le test de Hawkins. Il serait donc pertinent de les utiliser afin d'éliminer un syndrome sous acromial(19).

Une méta-analyse de 2013, dirigée par J Hermans, incluant 28 études, avait pour objectif d'établir l'examen clinique le plus précis pour la pathologie de la coiffe des rotateurs(20). Pour la mise en évidence du syndrome sous acromial, le test le plus discriminant était le test de l'arc douloureux. Pour la mise en évidence d'une ténosynovite ou d'une rupture tendineuse, les tests de retard à la rotation interne et externe, ainsi que le test de rotation externe contre résistance avaient le rapport de vraisemblance le plus élevé.

(2) La fiche info patient

Selon les recommandations de l'HAS de 2008, une « brochure permet d'informer les patients, les usagers et leur entourage, sur les soins qui leur sont proposés. Elle complète l'information délivrée oralement par le professionnel de santé (mais ne la remplace pas) et peut aider le patient ou l'utilisateur à participer aux décisions qui concernent leur santé. »

Elles contiennent des informations sur le dépistage, prévention, stratégies diagnostiques ou thérapeutiques, éducation du patient et sur les soins autoproduits (21).

Comme celle existant pour l'asthme, une brochure du même type pourrait être rédigée pour l'épaule douloureuse, en complément de l'éducation thérapeutique réalisée pendant la consultation.

(3) L'échographie

Une étude de 2017 dirigée par B. Wallrod, portant sur l'évaluation des gains de compétences cliniques de 27 étudiants en 1^{ère} année de médecine bénéficiant d'une formation à l'échographie, montrait une amélioration significative de la qualité de l'examen de l'épaule pour le groupe formé(22).

Une étude anglaise de 2009, portant sur l'efficacité de l'échographie comme outil diagnostique dans les pathologies tendineuses de l'épaule (bursite et rupture tendineuse), a mesuré une valeur prédictive positive à 88%, et une valeur prédictive négative à 89%. Son efficacité était similaire à celle de l'IRM dans ce contexte(23). Mais contrairement à cette dernière, elle reste liée à l'expertise de l'opérateur.

En pratique, si une formation à la pratique d'une imagerie au cabinet d'une expertise suffisante paraît difficilement réalisable, des notions d'anatomopathologie par échographie pourrait sensiblement améliorer les compétences des médecins généralistes, en soins premiers.

(4) La simulation

Dans une méta-analyse de 2011 portant sur 619 études, Cook et al ont démontré que comparativement à la formation dite « classique » l'apprentissage par la simulation est systématiquement associé à des bénéfices reproductibles en matière d'acquisition de connaissances, d'habiletés cliniques et de soins aux patients(24).

Dans le domaine ostéoarticulaire, aucune donnée de la bibliographie portant sur l'utilisation de mannequins n'a été retrouvée, mais cela reste pour autant une piste pédagogique sérieuse.

(5) Chemins cliniques

Pour l'HAS, le chemin clinique décrit, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge constituant le parcours du patient. Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge multidisciplinaire et/ou pluri professionnelle de patients présentant un problème de santé comparable afin de réaliser une prise en charge optimale et efficiente respectant les règles de bonnes pratiques(25).

Ainsi, des chemins cliniques structurés pourraient être proposés pour les pathologies les plus fréquentes en médecine générale.

(6) L'apprentissage du raisonnement clinique

Ou ARC. Il s'agit d'un « jeu de rôle où un petit groupe d'étudiants tente de résoudre un problème médical en simulant le déroulement de la rencontre médecin-malade. »(26).

Il offre plusieurs avantages :

- Il facilite l'apprentissage du raisonnement clinique car il s'efforce d'en rendre explicite toutes les étapes intermédiaires.
- Il favorise l'acquisition de connaissances nouvelles sur les investigations complémentaires et la thérapeutique.
- Il permet de pallier l'imprévisibilité de l'exposition clinique relative au caractère aléatoire du recrutement des patients.
- Il prépare à « l'expertise » que l'on peut définir comme la possession de connaissances riches, organisées et immédiatement utilisables dans l'action.
- Enfin, c'est un moment privilégié de contact et de communication entre étudiants et enseignants.

Ils présentent toutes les caractéristiques d'un moyen de formation adapté aux attentes des médecins de notre étude, en proposant un travail sur tous les déterminants de la pathologie.

4. Proposition de formation

En synthèse, une proposition de formation pourrait être la suivante : deux soirées de 2H ou une soirée de 4h, avec un effectif ne dépassant pas 15 participants. Il faudrait privilégier des acteurs formés à la pédagogie, utilisant des moyens innovants permettant la mémorisation de l'examen physique, et d'appréhender la pathologie dans sa globalité.

Dans le fond une formation orientée sur l'examen physique, en proposant un canevas concis des testing cliniques, permettant un gain de temps utilisable pour la construction d'arbres paracliniques et thérapeutiques en conséquence.

A l'issue de cette formation pratique, un référentiel patient pourrait être proposé, ainsi que la consolidation des connaissances par un site internet dédié ou une fiche récapitulative.

V. Conclusion

La pathologie de l'épaule douloureuse non traumatique est un problème de santé publique. Pour les médecins généralistes, si sa prise en charge est facilitée par le réseau professionnel et l'accès aux examens complémentaires, les mises en échec sont fréquentes.

Plus qu'issue de leur formation initiale, l'acquisition des connaissances est basée sur l'expérience professionnelle progressive.

Afin d'optimiser la prise en charge de cette pathologie, les médecins généralistes attendent des outils utiles à leur pratique, comme une fiche info patient, un référentiel sous forme de site internet dédié ou un guide sur les principaux interlocuteurs spécialisés. Un complément de formation est également souhaité, centré sur la pratique de l'examen physique, à l'aide de moyens innovants permettant de se rapprocher des conditions réelles d'exercice.

Une étude intervention est envisagée, afin d'explorer le bénéfice pour le patient.

VI. Références bibliographiques

1. Urwin M, Symmons D, Allison T, Brammah T, Busby H, Roxby M, et al. Estimating the burden of musculoskeletal disorders in the community: The comparative prevalence of symptoms at different anatomical sites, and the relation to social deprivation. *Vol. 57*. 1998. 649 p.
2. Tekavec E, Jöud A, Rittner R, Mikoczy Z, Nordander C, Petersson IF, et al. Population-based consultation patterns in patients with shoulder pain diagnoses. *BMC Musculoskelet Disord*. 2012 Nov 29;13:238.
3. Ostör AJK, Richards CA, Prevost AT, Speed CA, Hazleman BL. Diagnosis and relation to general health of shoulder disorders presenting to primary care. *Rheumatol Oxf Engl*. 2005 Jun;44(6):800–5.
4. OMG - Observatoire de la Médecine Générale
5. Rodineau J, Saillant G, Krzentowski R, Monteau D, Giret d'Orsay G, Blin P. Épidémiologie et prise en charge des tendinites en médecine générale: Étude épidémiologique menée sous la direction d'un Comité Scientifique composé par: *J Traumatol Sport*. 2004 Sep 1;21:180–186.
6. Hanchard NC, Lenza M, Handoll HH, Takwoingi Y. Physical tests for shoulder impingements and local lesions of bursa, tendon or labrum that may accompany impingement. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [cited 2016 Dec 2].
7. Cleophas C. L'épaule douloureuse non traumatique de l'adulte en médecin générale : enquête de pratique et élaboration d'un référentiel de prise en charge [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Pierre et Marie Curie (Paris 6). Faculté de médecine; 2009.
8. Raynal A. Prise en charge de l'épaule douloureuse non instable par les médecins généralistes de l'Hérault en 2014: enquête de pratique à l'aide d'un questionnaire anonyme [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2014.
9. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 Dec 1;19(6):349–57.
10. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Acad Med*. 2014 Sep;89(9):1245.
11. Beaudreuil J, Nizard R, Thomas T, Peyre M, Liotard JP, Boileau P, et al. Contribution of clinical tests to the diagnosis of rotator cuff disease: a systematic literature review. *Jt Bone Spine Rev Rhum*. 2009 Jan;76(1):15–9.
12. Mariasiewicz T. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des tendinopathies de la coiffe des rotateurs, en médecine générale, en Seine-Maritime [Thèse d'exercice]. [France]:

Université de Rouen. Faculté de médecine; 2015.

13. Linsell L, Dawson J, Zondervan K, Rose P, Randall T, Fitzpatrick R, et al. Prevalence and incidence of adults consulting for shoulder conditions in UK primary care; patterns of diagnosis and referral. *Rheumatol Oxf Engl*. 2006 Feb;45(2):215–21.
14. Artus M, Windt DA van der, Afolabi EK, Buchbinder R, Chesterton LS, Hall A, et al. Management of shoulder pain by UK general practitioners (GPs): a national survey. *BMJ Open*. 2017 Jun 1;7(6):e015711.
15. HAS santé. Pathologies non opérées de la coiffe des rotateurs et masso-kinésithérapie-recommandations. Avril 2001
16. Skelley NW, Tanaka MJ, Skelley LM, LaPorte DM. Medical student musculoskeletal education: an institutional survey. *J Bone Joint Surg Am*. 2012 Oct 3;94(19):e146(1-7).
17. Hose MK, Fontanesi J, Woytowicz M, Jarrin D, Quan A. Competency based clinical shoulder examination training improves physical exam, confidence, and knowledge in common shoulder conditions. *J Gen Intern Med*. 2017 Nov;32(11):1261–5.
18. Gautey Q. Évaluation du niveau des internes et de l'enseignement concernant l'examen d'une épaule douloureuse chronique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne. Faculté de médecine; 2016.
19. Alqunae M, Galvin R, Fahey T. Diagnostic Accuracy of Clinical Tests for Subacromial Impingement Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012 Feb;93(2):229–36.
20. Hermans J, Luime JJ, Meuffels DE, Reijman M, Simel DL, Bierma-Zeinstra SMA. Does This Patient With Shoulder Pain Have Rotator Cuff Disease?: The Rational Clinical Examination Systematic Review. *JAMA*. 2013 Aug 28;310(8):837–47.
21. HAS santé. Recommandations. Elaborer une brochure d'information pour les patients ou les usagers. Juillet 2008
22. Walrod BJ, Schroeder A, Conroy MJ, Boucher LC, Bockbrader M, Way DP, et al. Does Ultrasound-Enhanced Instruction of Musculoskeletal Anatomy Improve Physical Examination Skills of First-Year Medical Students? *J Ultrasound Med Off J Am Inst Ultrasound Med*. 2017 Aug 10;
23. Naqvi GA, Jadaan M, Harrington P. Accuracy of ultrasonography and magnetic resonance imaging for detection of full thickness rotator cuff tears. *Int J Shoulder Surg*. 2009;3(4):94–7.
24. Cook DA, Hatala R, Brydges R, Zendejas B, Szostek JH, Wang AT, et al. Technology-enhanced simulation for health professions education: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2011 Sep 7;306(9):978–88.
25. HAS santé. Développement professionnel continu. *Chemin clinique*. Juin 2017

26. Université de Sherbrooke. Les séances d'apprentissage au raisonnement clinique (ARC) : description de la méthode pédagogique. Mars 2007

VII. Annexes

Annexe 1

Guide d'entretien 1

Contexte : « Nous avons remarqué, personnellement et après recherche bibliographique, que l'examen d'une épaule douloureuse pose un certain nombre de problèmes. Cet entretien a pour but de connaître les besoins en formation dans ce domaine, s'ils existent. »

- Comment vous représentez vous la place qu'occupe la douleur de l'épaule dans la consultation de médecine générale ?
- Qu'est ce qui vous vient à l'esprit lorsque vous vous apprêtez à débiter une consultation d'épaule douloureuse ?
- Parlez moi des 2 derniers patients que vous avez pris en charge pour une épaule douloureuse non traumatique (expérience vécue en situation)
Relances :
 - ✓ Quelles ont été vos impressions lors de cette consultation ? (rappel=vécu++)
 - ✓ Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées ?
- Par rapport à votre expérience personnelle, concernant la prise en charge d'une épaule douloureuse, quelles sont les éventuelles difficultés que vous rencontrez ?
Relances :
 - ✓ *dans la prise en charge diagnostique ?*
 - ✓ *dans la prescription d'imagerie ?*
 - ✓ *dans le choix de la thérapeutique ?*
- *Quels sont les éléments dont vous auriez besoin pour améliorer votre pratique dans la prise en charge de cette pathologie ? (=besoins)*
Relances :
 - ✓ Que vous manque-t-il pour vous sentir plus compétent pour prendre en charge ces patients ?
- Quel serait pour vous, la formation idéale adaptée à votre pratique concernant l'épaule douloureuse ? (=attentes)
Relances :
 - ✓ Parlez moi des différents points que vous souhaitez explorer
 - ✓ Dans son déroulement, quel serait pour vous la forme idéale ?
 - ✓ Dans le fond, quels sujets aimeriez-vous voir évoquer ?

- ✓ Au sujet des acteurs de la formation, lesquels seraient présents dans l'idéal ?
 - ✓ Parlez moi de l'importance, pour vous, du financement de la formation
 - ✓ Parlez moi des éléments manquants à votre formation complémentaire sur le sujet, si elle a eu lieu ?
-
- Comment voyez vous l'intérêt de ce qu'on l'on appelle les « soins complémentaires », ou « interventions non médicamenteuse ? »

 - Concernant cette question de l'épaule douloureuse non traumatique, que pourriez vous ajouter ?

Annexe 2

Guide d'entretien 2

Contexte : Le sujet de ce travail de recherche porte sur l'épaule douloureuse chronique, non traumatique. Cet entretien a pour but de connaître votre ressenti, votre expérience vécue, et vos attentes dans ce domaine si elles existent.

EXPERIENCE VECUE GLOBALE

- Que représente pour vous la prise en charge de l'épaule douloureuse en médecine générale ?
 - ✓ Lorsque je vous parle d'épaule douloureuse chronique, quelle est votre ressenti ?
 - ✓ Pour vous, a-t-elle une spécificité, une particularité ? (en comparaison avec d'autres types de prise en charge, d'autres types d'articulation)
 - ✓ Demande-t-elle pour vous des exigences, des compétences particulières ? (par rapport à d'autres types de pathologie)
 - ✓ Si pas abordé : à quelle fréquence rencontrez-vous cette pathologie ?

EXPERIENCE VECUE ACCUMULEE

- Lorsque vous vous apprêtez à débiter une consultation d'épaule douloureuse, comment estimez vous votre aisance dans ce domaine ?
Relances :
 - ✓ Quelles questions vous posez-vous devant une plainte d'épaule douloureuse ?

EXPERIENCE VECUE EN SITUATION

- Parlez moi du dernier patient que vous suivez de manière chronique pour une épaule douloureuse non traumatique
Relances :
 - ✓ Que s'est il passé ?
 - ✓ Quelles ont été vos impressions lors de cette consultation ?
Reformulation : comment avez vous vécu cette consultation ?
 - ✓ *dans la prise en charge diagnostique ?*
 - ✓ *dans la prescription d'imagerie ?*
 - ✓ *dans le choix de la thérapeutique ?*

INTER-PROFESSIONNALITE

- Comment voyez vous vos échanges avec les autres professionnels de santé ?

VECU DE L'ENSEIGNEMENT

- D'où viennent vos connaissances sur le sujet ?
 - ✓ Que pensez vous de votre formation initiale ? (externat/internat)

- ✓ Que pensez vous de votre formation complémentaire, si elle a eu lieu ?
- ✓ Quels éléments éventuels vous ont permis de vous sentir plus compétent ?
(par la suite)

BESOINS

- Aujourd'hui et pour cette pathologie de l'épaule, quels sont vos besoins dans le diagnostic, le traitement et le suivi ?
Relance :
 - ✓ Qu'est ce qui vous permettrait de vous sentir plus compétent ?

ATTENTES

- Quel serait pour vous, la formation idéale adaptée à votre pratique concernant l'épaule douloureuse ?
Relances :
 - ✓ Parlez moi des différents points que vous souhaitez explorer
 - ✓ Dans son déroulement, quel serait pour vous la forme idéale ?
 - ✓ Dans le fond, quels sujets aimeriez-vous voir évoquer ?
 - ✓ Au sujet des acteurs de la formation, lesquels seraient présents dans l'idéal ?
 - ✓ Parlez moi de l'importance, pour vous, du financement de la formation
 - ✓ Parlez moi des éléments manquants à votre formation complémentaire sur le sujet, si elle a eu lieu ?

REPRESENTATION DE L'ENTRETIEN

- Concernant cette question de l'épaule douloureuse non traumatique, que pourriez vous ajouter ?

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME :

Objectif : L'épaule douloureuse non traumatique est un motif fréquent de consultation en médecine générale. Sa prise en charge est considérée comme complexe. Nous avons exploré la représentation, l'expérience vécue et les attentes des médecins généralistes dans ce domaine.

Méthode : Nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes installés jusqu'à saturation des données. Une analyse qualitative a été opérée, par approche phénoménologique avec triangulation.

Résultats : Nous avons interrogé douze médecins généralistes : quatre femmes et huit hommes, d'un âge moyen de 51,83 ans. L'épaule douloureuse non traumatique représentait une pathologie de l'adulte actif d'âge moyen, avec un impact social fort, et une relation étroite avec la médecine du travail. Elle était considérée comme une pathologie complexe, pour laquelle il était difficile de faire un diagnostic lésionnel d'emblée. Les médecins se sentaient à l'aise avec sa prise en charge, grâce aux avis spécialisés et aux examens complémentaires. Elle était considérée comme une maladie chronique, avec une relation médecin-patient vécue comme complexe par la fréquence des mises en échecs. Les rapports avec les autres professionnels de santé étaient satisfaisants. L'efficacité de la kinésithérapie était inconstante. La formation initiale était déclarée insuffisante. L'acquisition des compétences était centrée sur l'expérience. Une formation supplémentaire était souhaitée, courte, orientée sur des tests cliniques simplifiés, et une optimisation des rapports avec le kinésithérapeute. L'apprentissage par simulation était envisagé, ayant déjà conclu à un bénéfice pour les habiletés cliniques des praticiens et les soins du patient.

Conclusion : Malgré le fait que les médecins généralistes se sentent à l'aise dans leur prise en charge, leur expérience relate une mise en échec fréquente. Pour y faire face, ils attendent des outils utiles à leur pratique, un complément de formation et un renforcement de l'inter-professionnalité. La perspective est le lancement d'une étude intervention. ☐

Mots Clés : épaule douloureuse non traumatique, expérience, représentation, médecine générale, formation médicale