

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**« Examen clinique de routine dans la prise en charge de l'épaule
douloureuse : étude transversale en Médecine Générale dans les
Hauts-de-France »**

Présentée et soutenue publiquement le 10 Novembre 2021 à 18h00
au Pôle Recherche
par **Sandro AZZANO**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Pierre PRUVO

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Monsieur le Docteur Béchir BOUDJEEMA

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur François LOEZ

AVERTISSEMENT

« La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

SERMENT D'HIPPOCRATE

“Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

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

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

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j’y manque.”

Table des matières

ABRÉVIATIONS	8
INTRODUCTION	9
1. Généralités concernant l'épaule.....	9
2. Constat initial.....	12
3. Epidémiologie.....	13
4. Etiologies, mécanismes lésionnels et conséquences.....	13
5. Implications cliniques.....	14
6. Difficultés inhérentes et hypothèse.....	14
MATERIEL ET METHODE	17
1. Objectifs de l'étude.....	17
2. Questionnaire.....	17
3. Sélection des participants.....	18
4. Recrutement.....	18
5. Analyse des résultats.....	18
RESULTATS	20
1. Collecte des données.....	20
2. Analyse des résultats.....	20
2.1. Données primaires et statistiques descriptives pour les cent répondeurs. .20	
2.1.1. Répartition des MG des HDF ayant répondu au questionnaire en fonction de leur âge.....	20
2.1.2. Répartition des MG des HDF ayant répondu au questionnaire en fonction du suivi d'une formation complémentaire.....	21
2.1.3. Résultats concernant l'entretien.....	21
2.1.4. Résultats concernant l'inspection :.....	22
2.1.5. Résultats concernant la palpation :.....	23
2.1.6. Résultats concernant l'évaluation des amplitudes articulaires :.....	24
2.1.7. Résultats concernant la recherche de conflit sous-acromial.....	29
2.1.8. Résultats concernant la recherche de lésion musculo-tendineuse.....	29
2.1.9. Résultats concernant la recherche d'une instabilité.....	31
2.1.10. Résultats concernant la recherche d'une laxité.....	32
2.1.11. Résultats concernant l'utilisation d'autres éléments cliniques (matériel, tests fonctionnels).....	33
2.2. Répartition et analyses statistiques des réponses comparant les MG ayant suivi une formation complémentaire à ceux n'ayant pas déclaré avoir suivi de formation complémentaire.....	34
2.2.1. Recherche d'une rythmicité de la douleur (mécanique/inflammatoire) :	34
2.2.2. Recherche de drapeaux rouges :.....	35

2.2.3. Recherche d'une anomalie dans le territoire de la scapula douloureuse pouvant faire évoquer une étiologie neurologique :.....	36
2.2.4. Recherche de symptômes associés pouvant faire évoquer une étiologie rhumatologique/dermatologique :.....	38
2.2.5. Recherche de lésion palpable associée (lésion osseuse, défaut musculaire) :.....	39
2.2.6. Recherche d'une contracture associée :.....	39
2.2.7. Evaluation des amplitudes articulaires :.....	40
2.2.8. Recherche d'un conflit sous-acromial par le biais d'au moins un de ces tests : NEER, YOCUM, HAWKINS, test de conflit coracoïdien de Gerber, test d'abduction-rotation latérale :.....	42
2.2.9. Recherche de lésion des tendons des muscles de la coiffe des rotateurs :.....	43
2.2.10. Recherche d'une instabilité :.....	45
2.2.11. Recherche de laxité :.....	46
2.2.12. Utilisation d'une autre technique :.....	48
2.3. Analyses statistiques évaluant l'impact de l'âge sur les réponses.....	49
2.3.1. Analyse du lien statistique entre la fréquence et les étapes de l'examen clinique sur la totalité des répondeurs :.....	49
2.3.2. Analyses statistiques évaluant l'homogénéité des réponses en fonction de la tranche d'âge :.....	49
DISCUSSION	51
1. Forces et limites.....	51
2. Résultats principaux de l'étude.....	52
3. Validité externe.....	54
3.1. Gravité et pièges diagnostics.....	54
3.2. Douleurs cervicales et musculaires irradiées.....	55
3.3. Intérêt et qualité de la formation médicale initiale.....	55
3.4. Influence des formations et de l'expérience du praticien.....	56
4. Conséquences en Santé Publique.....	57
CONCLUSION	59
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	61
ANNEXES	64
1. Annexe 1.....	64
2. Annexe 2.....	65

ABRÉVIATIONS

MG : Médecin(s) Généraliste(s)

HDF : Hauts-De-France

DU : Diplôme Universitaire

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

FMC : Formation Médicale Continue

COFER : Collège Français des Enseignants en Rhumatologie

SFRE : Société Française de Rééducation de l'Épaule

SFMES : Société Française de Médecine du Sport

CNIL : Commission National de l'Informatique et des Libertés

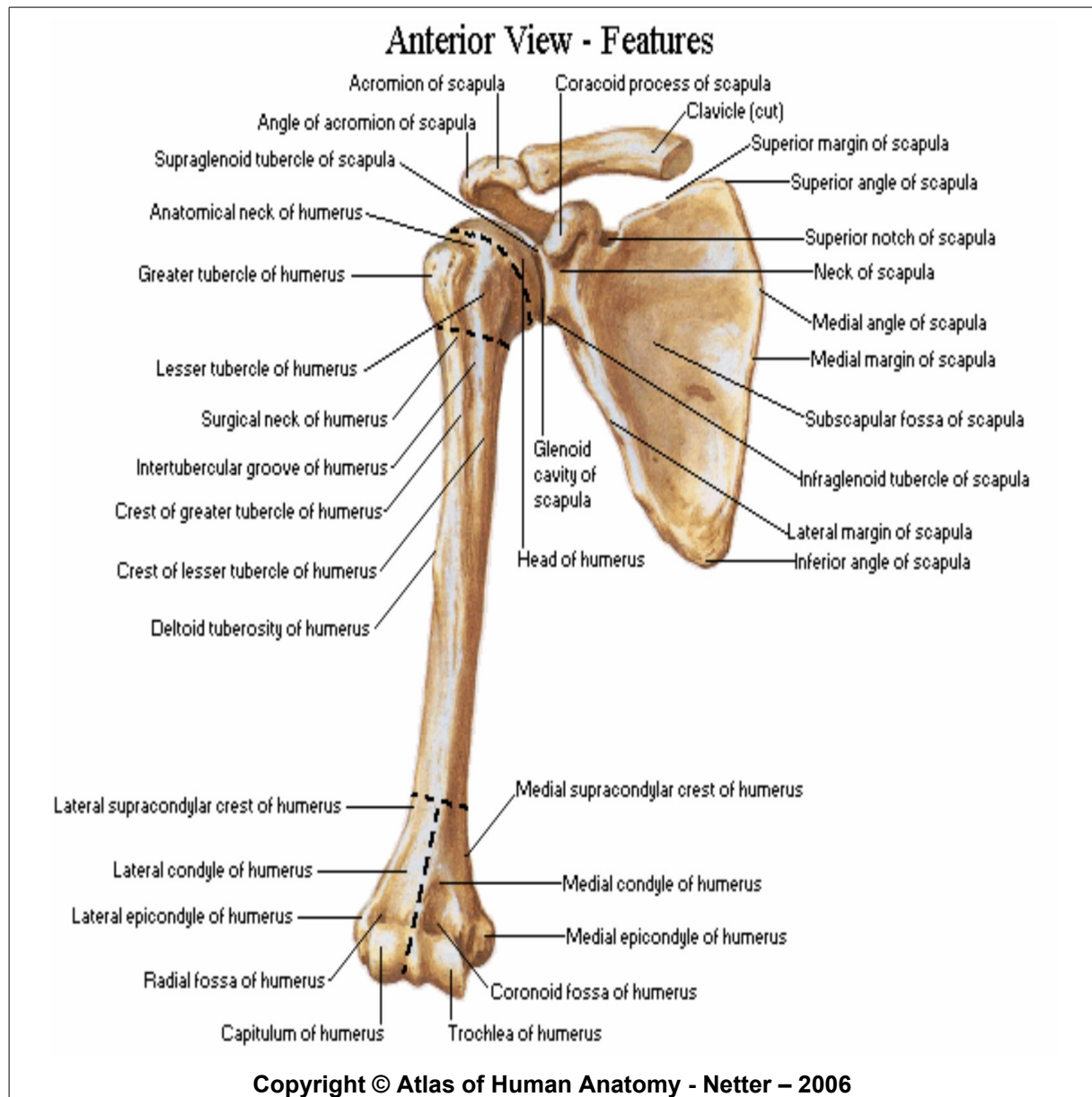
INTRODUCTION

1. Généralités concernant l'épaule

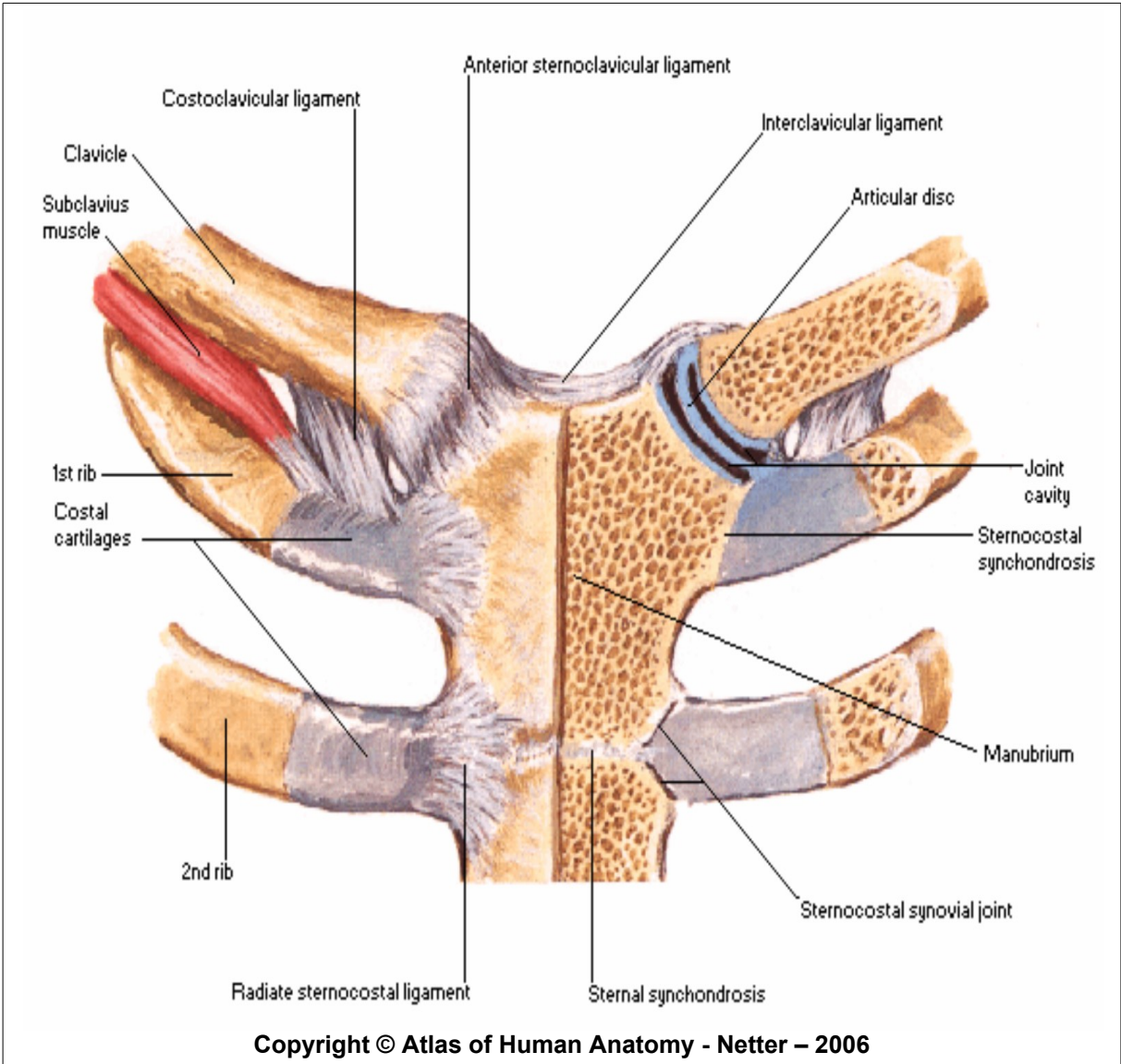
La ceinture scapulaire est composée de 5 articulations {30} qui relient le membre supérieur au thorax.

L'articulation **gléno-humérale**, entre la tête de l'humérus et la cavité articulaire de l'omoplate (glène).

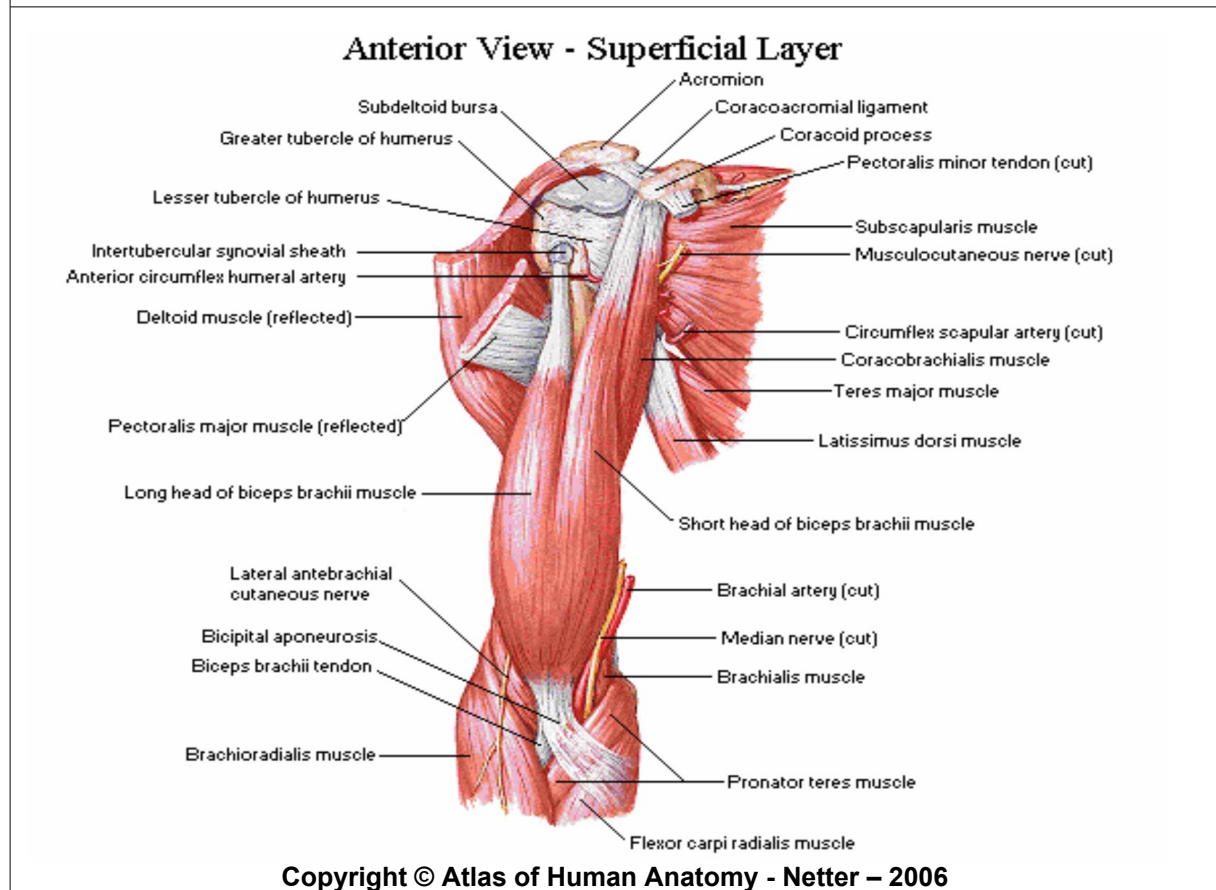
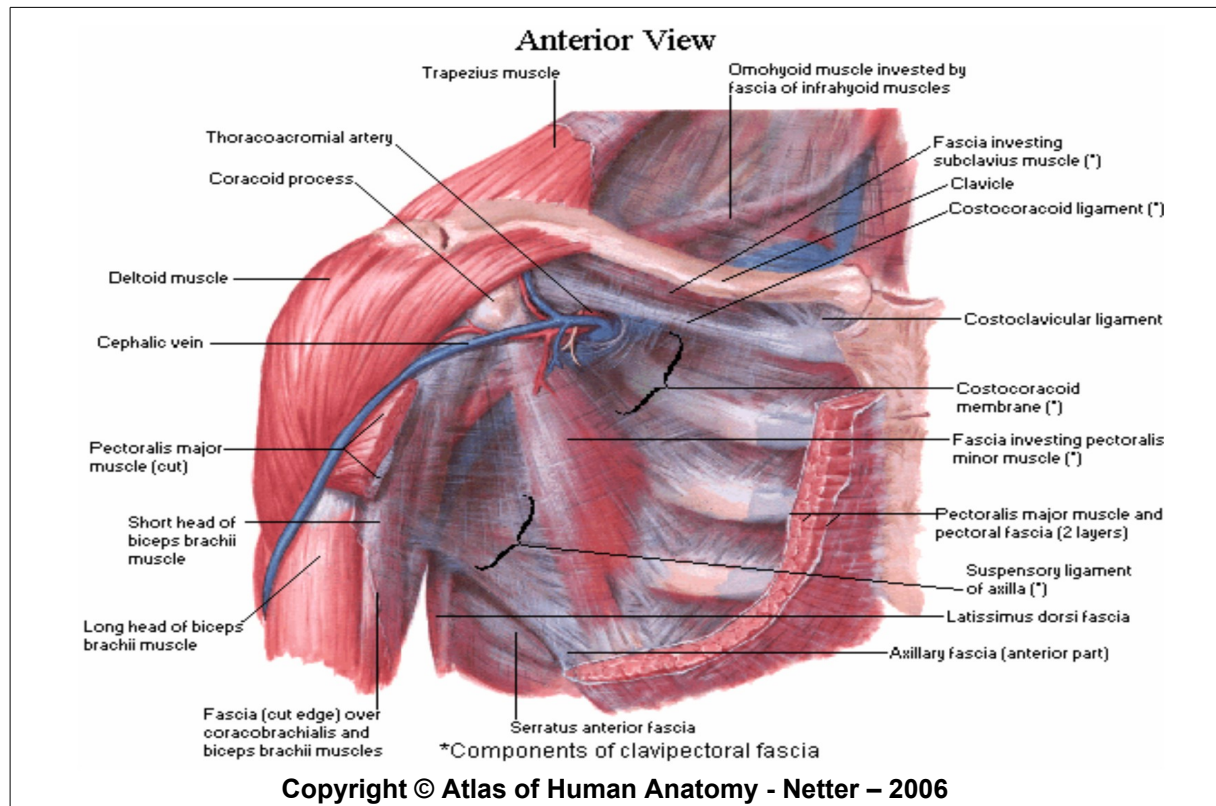
L'articulation **acromio-claviculaire**, entre l'acromion (protubérance à la partie supérieur de l'omoplate) et la clavicule.



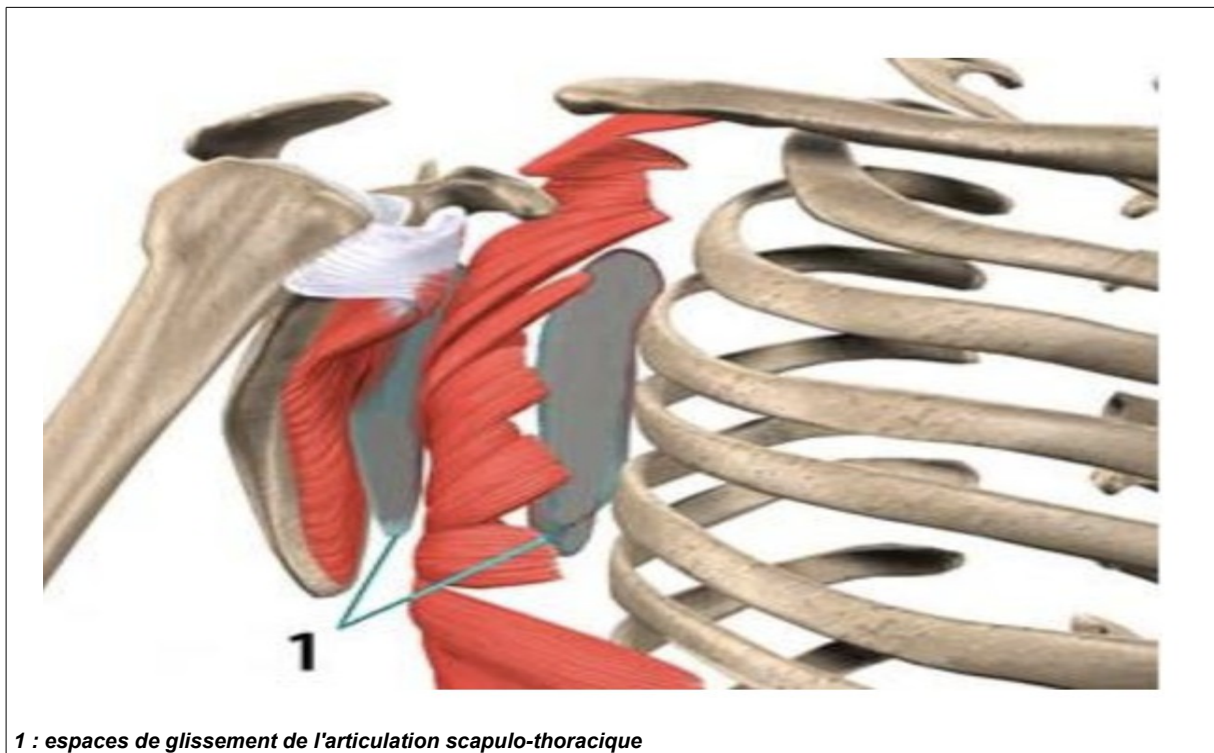
L'articulation **sterno-costo-claviculaire**, entre le sternum, la 1ère côte et la clavicule.



L'articulation **sous-deltoïdienne**, qui est un espace constituée d'une bourse synoviale située entre le muscle deltoïde et l'humérus.



L'articulation **scapulo-thoracique**, autre espace de de glissement entre l'omoplate et la paroi costale postéro-thoracique.



L'articulation de l'épaule comporte un point fixe antérieur, un point mobile postérieur et se compose de 26 muscles.

2. Constat initial

L'épaule est très sollicitée dans les actes de la vie quotidienne, professionnelle et sportive.

Ainsi, les pathologies de l'épaule sont nombreuses et fréquentes.

La prévalence des lésions intrinsèques augmente d'année en année devant le vieillissement de la population et la plus grande précocité des jeunes sportifs {11}.

L'épaule douloureuse est donc une plainte récurrente en Médecine Générale {16}.

Les étiologies sont variées, parfois urgentes et/ou graves {5, 8, 12}. Elles vont de la dysfonction intrinsèque de l'épaule à l'infarctus du myocarde ou le cancer (syndrome de Pancoast Tobias, ostéosarcome) {35}.

Or, l'examen clinique détermine l'urgence. Il est aussi le premier filtre pouvant aboutir à un suivi et/ou un(des) examen(s) paraclinique(s) et/ou une thérapeutique {8}.

La sémiologie de la scapulalgie est complexe, ainsi, les pratiques nécessitent une homogénéité et une systématisation {3, 4, 8, 30}.

Les examens paracliniques (même l'imagerie) n'ont pas de place en première intention si aucun doute n'est laissé quant à la gravité du diagnostic suite à l'examen clinique bien conduit {8, 9}.

3. Epidémiologie

Selon l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG), les consultations pour scapulalgie représentent 11,2 cas pour 1000 en 2009 {29, 34}.

Il s'agit donc du troisième motif de consultation ostéo-articulaire en soins primaires après le rachis (cervical, lombaire) et le genou {5, 7, 9, 14, 19}.

Il est à noter que le nombre de consultations pour ce motif a triplé en France entre 1994 et 2009 {12}.

A 50 ans, il s'agit le plus souvent d'une souffrance périarticulaire (coiffe des rotateurs) même si de nombreuses autres étiologies peuvent en être responsables {2, 16, 24}.

4. Etiologies, mécanismes lésionnels et conséquences

On distingue typiquement les scapulalgies d'origine intrinsèque qu'elles soient intra-articulaires ou péri-articulaires et les scapulalgies d'origine extrinsèque qui peuvent être liées à une souffrance rachidienne, neurologique, myofaciale, viscérale {8}, voir psychologique.

L'exploration clinique est d'autant plus difficile que c'est la scapulalgie elle-même qui peut parfois être à l'origine d'une douleur projetée notamment vers la région cervicale {7}.

De plus, le mécanisme des lésions est multiple : traumatique, microtraumatique, dégénérative, inflammatoire, infectieuse, tumorale.

Il est important de souligner que la scapulalgie a tendance à la chronicité (≥ 3 mois) {10} et représente ainsi une dépense importante de Santé Publique {10} pour des raisons d'absentéisme professionnel {23} mais aussi parfois pour des coûts importants en terme de prescriptions médicales et d'orientation pour son exploration. De plus, comme toute douleur chronique, la répercussion sur le patient lui-même peut être majeure. L'impact d'une telle souffrance peut être double, à la fois sur le plan physique et social (déficience, incapacité ou même désavantage) mais aussi sur le plan psychologique {14}.

5. Implications cliniques

Une anamnèse détaillée permet souvent de distinguer les douleurs anatomiques de l'épaule de celles irradiées {2, 3, 4, 8, 9}.

L'examen clinique est complexe mais permet une bonne appréciation du diagnostic s'il est complet et bien réalisé. Ce diagnostic peut être affiné par des tests cliniques spécifiques {2, 21}.

La plupart du temps, le diagnostic clinique suffit pour la prise en charge initiale et il n'y a pas de nécessité d'imagerie systématique.

6. Difficultés inhérentes et hypothèse

Dans ce contexte, l'examen clinique de l'épaule en soins primaires devant une telle plainte semble essentiel afin d'éviter les examens paracliniques inutiles, de limiter l'absentéisme au travail mais surtout de s'affranchir de la perte de chance pour le patient.

La complexité de cette articulation {6} et les multiples étiologies nécessitent une connaissance rigoureuse et fine de l'examen clinique.

On constate pourtant que les recommandations des différentes sociétés savantes sur l'examen clinique de l'épaule ne sont pas strictement identiques {13, 17, 33}.

De plus, les formations initiales communes à tout futur praticien en médecine de ville, les formations complémentaires (DU, DIU, FMC) et l'expérience du praticien sont susceptibles de donner lieu à des pratiques différentes d'un médecin généraliste à l'autre {11, 12}.

Un travail de thèse réalisé par C. Cleophax en 2009 souligne le souhait d'une formation supplémentaire des Médecins Généralistes sur ce thème devant la fréquence des consultations pour ce motif et la complexité de cette articulation {22}.

T. Mariasiewiez propose une explication concernant les difficultés rencontrées par les médecins généralistes devant une telle plainte, dans sa thèse soutenue en 2015.

Il retrouve notamment un recours rapide aux examens paracliniques et évoque la cause d'une carence de formation. Les principales lacunes portant sur les tests cliniques et la recherche de conflit articulaire de l'épaule {30}.

A cela s'ajoute un travail de thèse réalisé en 2015 sur la tendinopathie de la coiffe des rotateurs en Médecine Générale en Seine-Maritime, suggérant l'intérêt d'une formation complémentaire pour assurer une prise en charge de meilleure qualité {30}.

En 2020, un autre travail de thèse réalisé auprès de Médecins Généralistes Héraultais évoquait une mise en échec fréquente d'une telle prise en charge ainsi qu'une acquisition basée sur l'expérience professionnelle progressive plus qu'à l'issue de leur formation initiale. Enfin, un complément de formation centré sur la pratique de l'examen physique était souhaité {12}.

Dans ce contexte, afin de mieux cerner les difficultés rencontrées dans l'examen clinique de l'épaule douloureuse en soins primaires, nous nous sommes proposés de réaliser un état des lieux des pratiques en routine dans les Hauts-De-France entre fin

2020 et début 2021.

Nous nous sommes également demandés si l'examen clinique de l'épaule douloureuse était homogène dans sa réalisation et si une formation complémentaire en lien avec une telle pathologie pouvait impacter la qualité de sa réalisation.

Afin de mettre en lumière ces aspects, nous avons proposé un questionnaire (modèle déclaratif) basé sur les recommandations des différentes sociétés savantes (Médecine de Rééducation, Rhumatologie, Médecine du Sport).

Ce dernier a été soumis à un panel de Médecins Généralistes exerçant dans les Hauts-de-France faisant état de l'examen de l'épaule pratiqué en routine devant un patient consultant pour le motif suivant « scapulalgie/omalgie/douleur de l'épaule ».

MATERIEL ET METHODE

1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de ce travail était de faire un état des lieux des pratiques de l'examen clinique de routine en soins primaires devant une plainte évoquant une scapulalgie. L'objectif était de faire un point sur les parties de l'examen les plus souvent réalisées (Toujours ou Souvent) et celles plus rarement (Rarement, Jamais).

Les objectifs secondaires étaient les suivants :

- établir si les pratiques étaient homogènes entre les répondeurs
- évaluer si le fait de suivre une formation complémentaire dans ce domaine avait un impact sur la prise en charge clinique devant une telle plainte.

2. Questionnaire

Le questionnaire a été élaboré en croisant les dernières recommandations issues de la Haute Autorité de Santé (HAS) et des sociétés savantes françaises de Rhumatologie (COFER), Rééducation (SFRE), Médecine et Traumatologie du Sport (FMES et SFTS).

Il a d'abord été élaboré sur la plateforme Google formulaire de manière exhaustive puis élagué afin de sélectionner les items supposés les plus discriminants.

Cet élagage a été réalisé en concertation avec le Professeur Marc BAYEN ainsi que le Docteur François LOEZ.

La version finale du questionnaire comportait un total de 15 rubriques pour 31 items, tous obligatoires, de façon à obtenir un temps de réponse acceptable (temps estimé inférieur à 3 minutes).

Le modèle de réponse a été établi selon l'échelle de Likert en 4 points sauf pour les deux premières rubriques à savoir la répartition par tranches d'âge et celle correspondant à la participation à une formation complémentaire.

Chacune des questions de ce questionnaire comporte entre 1 et 4 items permettant la recherche de signes de gravité, la réalisation d'un suivi, une orientation clinique (poursuite d'investigation, adressage à un confrère, instauration d'un traitement), voire la pose d'un diagnostic.

Afin de respecter les prérogatives de la CNIL, nous avons retranscrit le questionnaire sur la plateforme « LimeSurvey » à l'identique. Cela permettant notamment aux répondeurs de préserver leur anonymat.

3. Sélection des participants

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Être doctorant ou remplaçant en Médecine Générale
- Exercer dans la région des Hauts-De-France

Tout questionnaire incorrectement rempli était exclu.

4. Recrutement

Le recrutement s'est fait uniquement par diffusion du questionnaire via les réseaux sociaux selon les bonnes pratiques recommandées par la CNIL.

Aucun démarchage individuel n'a été réalisé, le questionnaire ayant été soumis au libre partage de la communauté.

5. Analyse des résultats

Dans un premier temps, une présentation des chiffres bruts obtenus pour chaque réponse sera présentée afin de visualiser les fréquences de réalisation pour chacune d'entre-elle.

Dans un second temps, des analyses statistiques descriptives de type test du KHI-2 ont été réalisées.

Avec H_0 représentant l'hypothèse d'indépendance.

Le risque alpha a été établi à 5% par convention.

Ces différents tests statistiques ont permis :

- de comparer l'examen clinique du groupe « formation complémentaire »
versus « pas de formation complémentaire »
- d'étudier l'homogénéité des réponses en fonction de la tranche d'âge des
répondeurs

RESULTATS

1. Collecte des données

Sur 911 répondants, 100 questionnaires ont été correctement remplis.

La totalité des questionnaires complets ont pu être analysés.

Le recrutement s'est étalé sur 4 mois (du 26 Novembre 2020 au 26 Mars 2021), délai au bout duquel nous avons obtenu un total de 100 répondants (questionnaire complètement rempli).

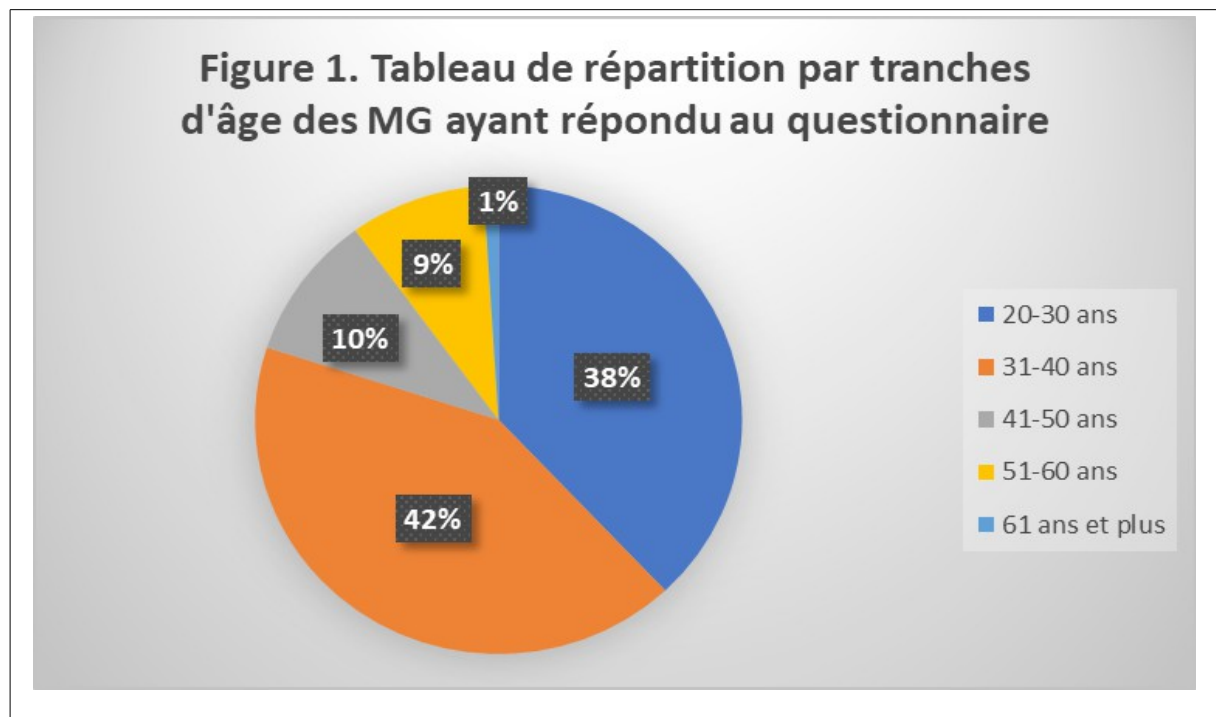
2. Analyse des résultats

L'intégralité des questionnaires complètement remplis ont été pris en compte dans l'analyse statistique.

2.1. Données primaires et statistiques descriptives pour les cent répondants

2.1.1. Répartition des MG des HDF ayant répondu au questionnaire en fonction de leur âge

La répartition par tranches d'âge est représentée à la figure 1



2.1.2. Répartition des MG des HDF ayant répondu au questionnaire en fonction du suivi d'une formation complémentaire

La deuxième question du questionnaire concernait la participation ou non à une formation complémentaire en lien avec la pathologie de l'épaule, l'ostéopathie, la rhumatologie, la traumatologie, la médecine du sport, l'échographie ostéo-articulaire. Sur les 100 répondants, 24% (24) ont bénéficié d'une telle formation.

2.1.3. Résultats concernant l'entretien

98% des répondants déclarent toujours (83) ou souvent (15) se renseigner sur le rythme des douleurs.

La recherche des drapeaux rouges contient 4 items :

- 95% des répondants recherchent l'apparition brutale de la douleur dont 76% toujours et 19% souvent.
- 98% des répondants recherchent toujours ou souvent le caractère non lié à la mobilisation de la scapulalgie.
- La distribution des réponses concernant la recherche de fièvre ou de symptômes associés est plus disparate (cf. figure 2 et figure 3).

Figure 2. Tableau de répartition des réponses concernant la fréquence de recherche d'une fièvre

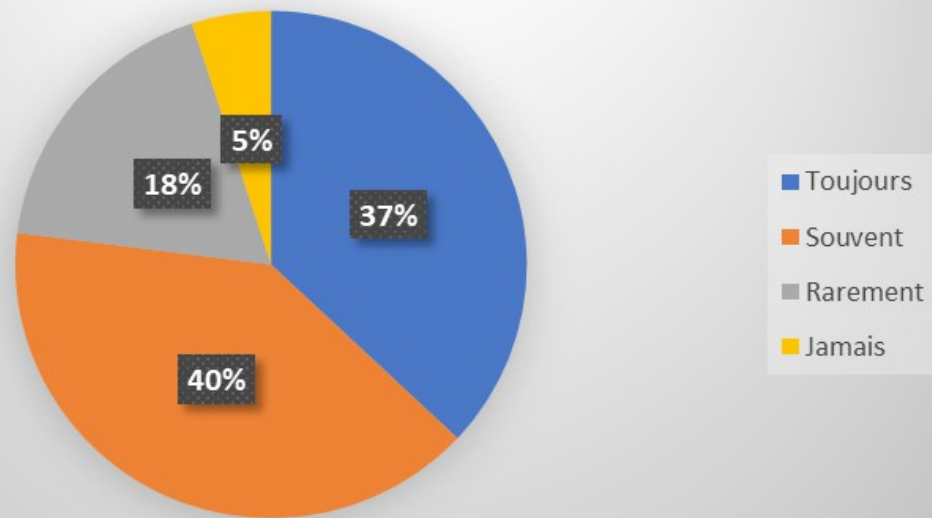
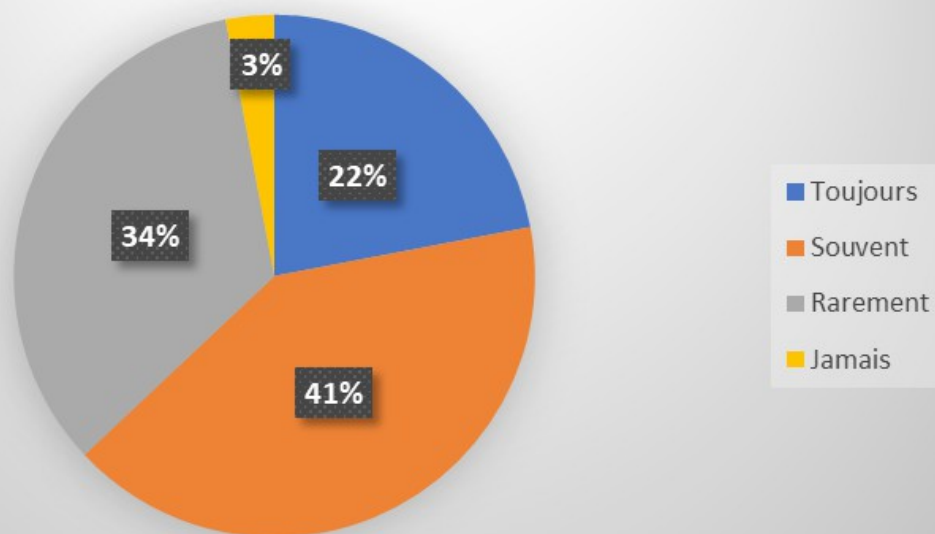


Figure 3. Tableau de répartition des réponses concernant la fréquence de recherche de symptômes associés



2.1.4. Résultats concernant l'inspection :

L'intérêt de l'inspection consiste surtout à rechercher les étiologies neurologiques, rhumatologiques et dermatologiques responsables des scapulalgies.

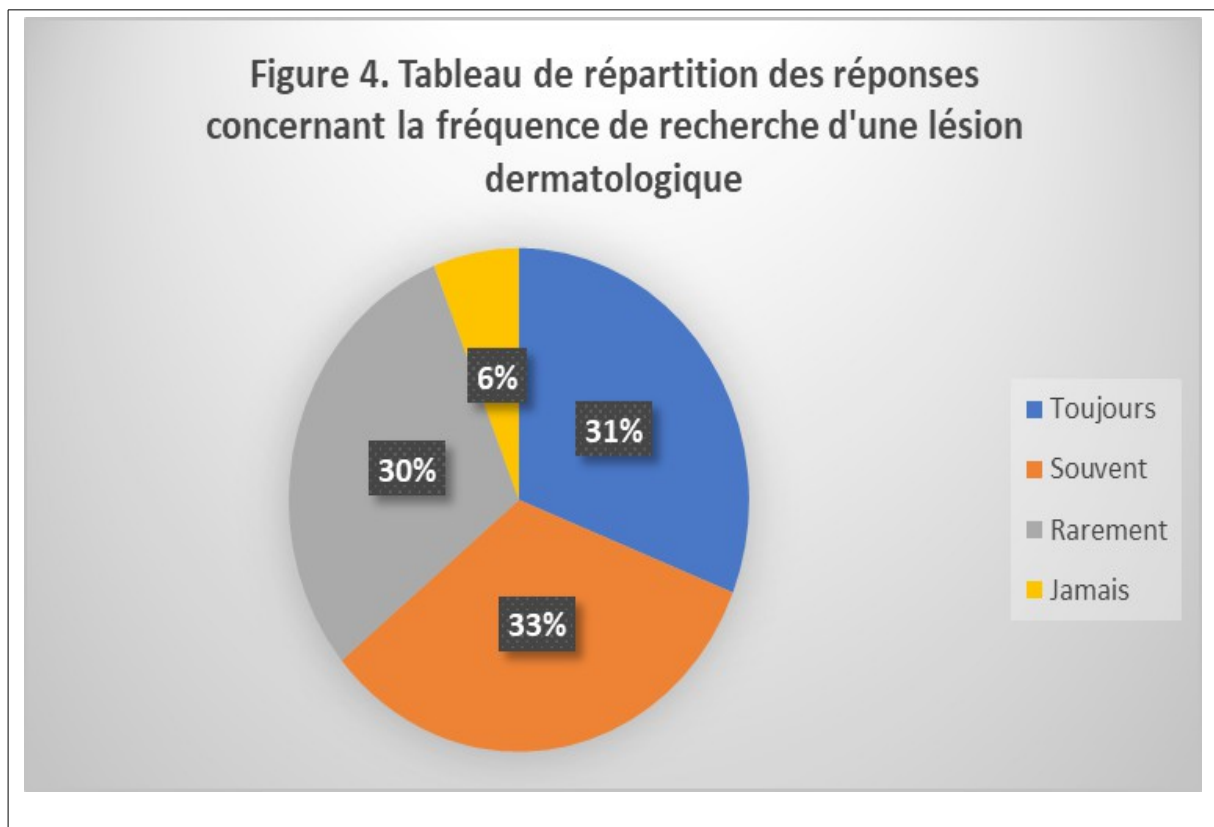
La répartition des réponses concernant la recherche d'amyotrophie locale se répartie

presque équitablement entre Toujours (32), Souvent (35), Rarement (29).

La recherche d'hypertonie est déclarée comme systématique chez seulement 10% des répondants.

88% des répondants recherchent Toujours (40) ou Souvent (44) l'atteinte d'une autre articulation en faveur d'une étiologie rhumatologique.

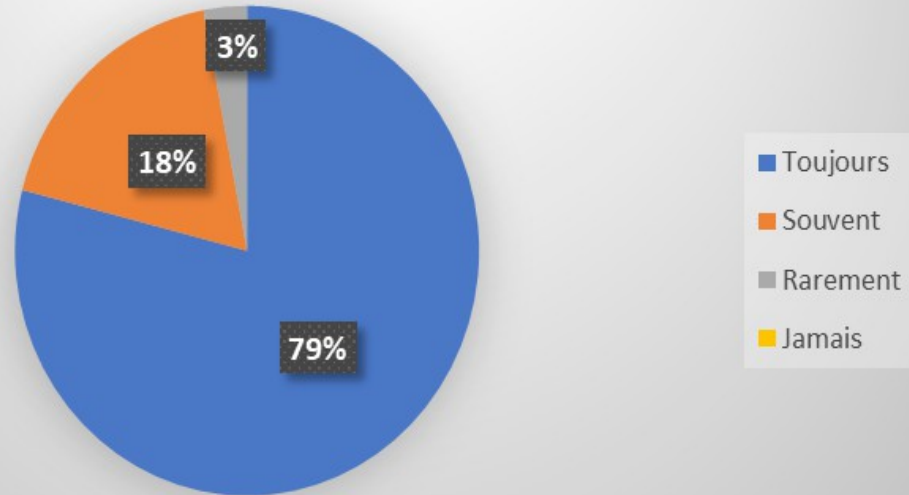
La recherche d'une lésion dermatologique associée se répartie selon la figure 4.



2.1.5. Résultats concernant la palpation :

La palpation à la recherche de lésions osseuses ou musculaires associées sont illustrées par la figure 5.

Figure 5. Tableau de répartition des réponses concernant la fréquence de recherche d'une lésion osseuse ou musculaire associés



La recherche d'une contracture musculaire est systématique chez 77% des répondants. Les 23% restant la recherche « Souvent ».

2.1.6. Résultats concernant l'évaluation des amplitudes articulaires :

Les MG des HDF ont été interrogés sur la réalisation du bilan des mobilités articulaires actives et passives dans les différents plans.

Les figures suivantes illustrent ces différentes évaluations déclarées telles que recommandées par les sociétés savantes.

Les fréquences d'évaluation des amplitudes actives sont illustrées sur les figures 6, 7, 8, 9.

Figure 6. Fréquence d'évaluation de l'élévation antérieure active

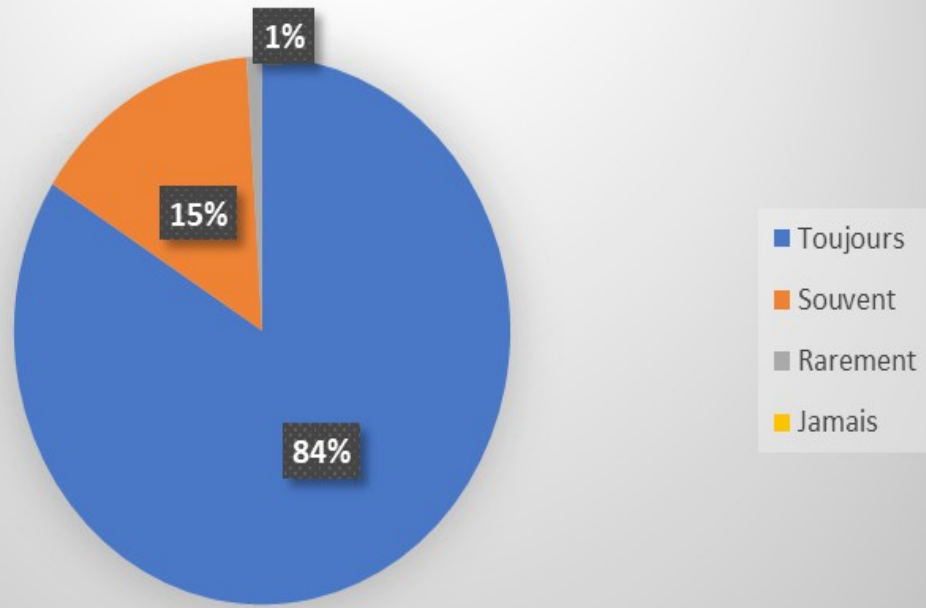


Figure 7. Fréquence d'évaluation de l'abduction active

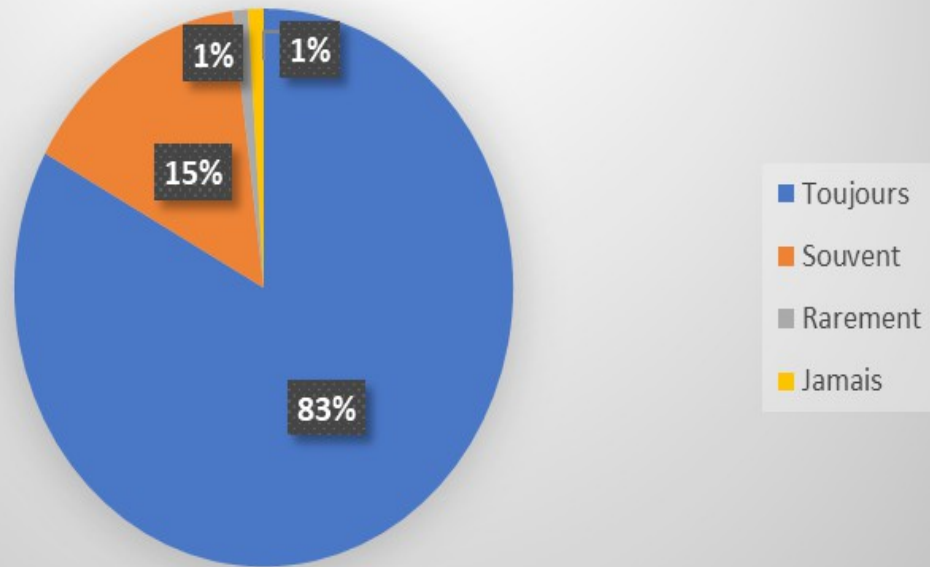


Figure 8. Fréquence d'évaluation de la rotation latérale active

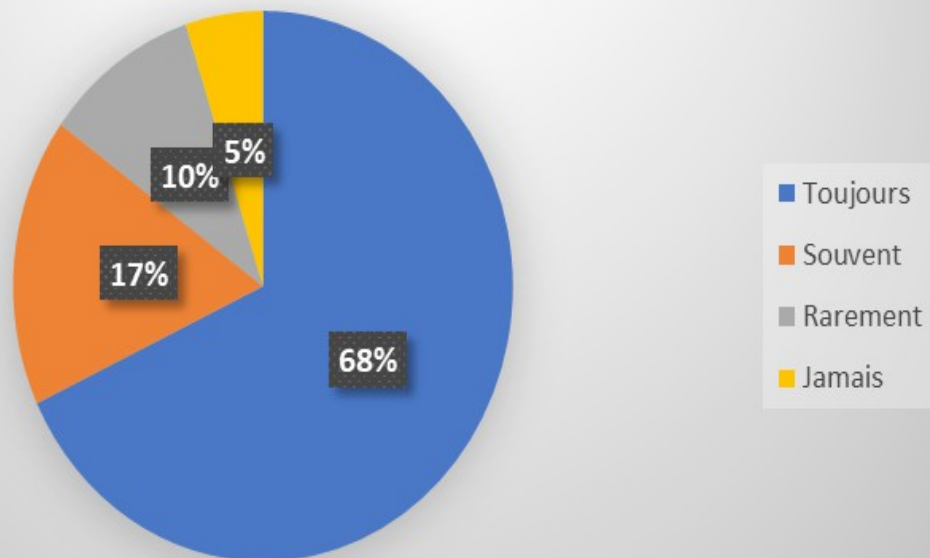
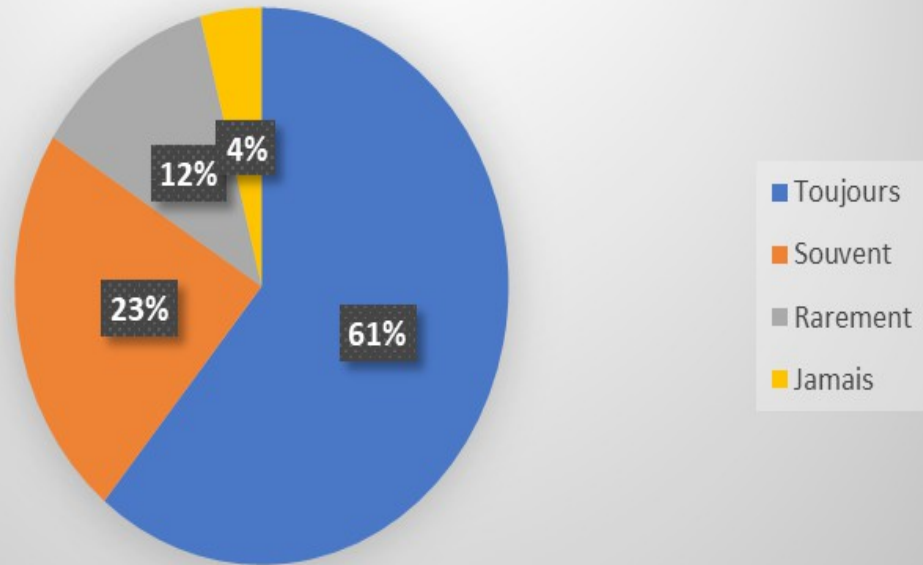


Figure 9. Fréquence d'évaluation de la rotation médiale active



Les fréquences d'évaluation des amplitudes passives sont illustrées sur les figures 10, 11, 12.

Figure 10. Fréquence d'évaluation de l'élévation antérieure passive

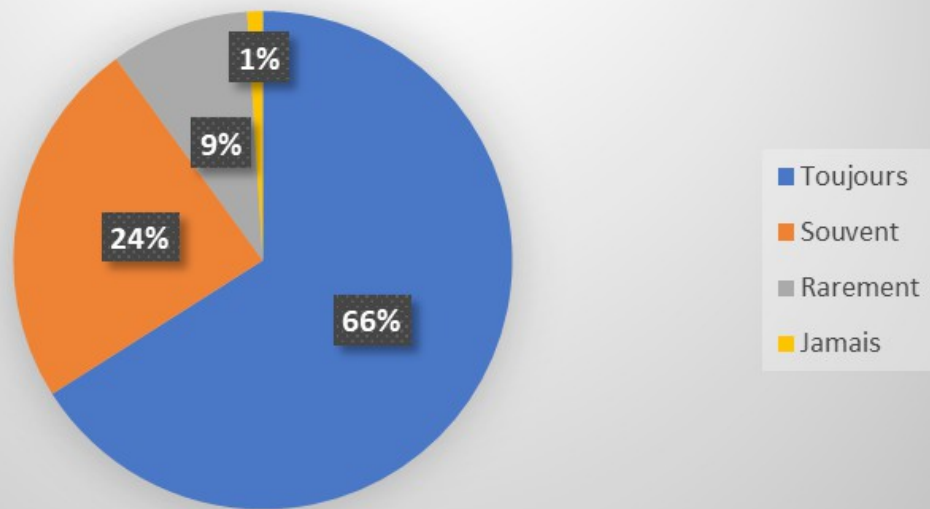


Figure 11. Fréquence d'évaluation de l'abduction passive

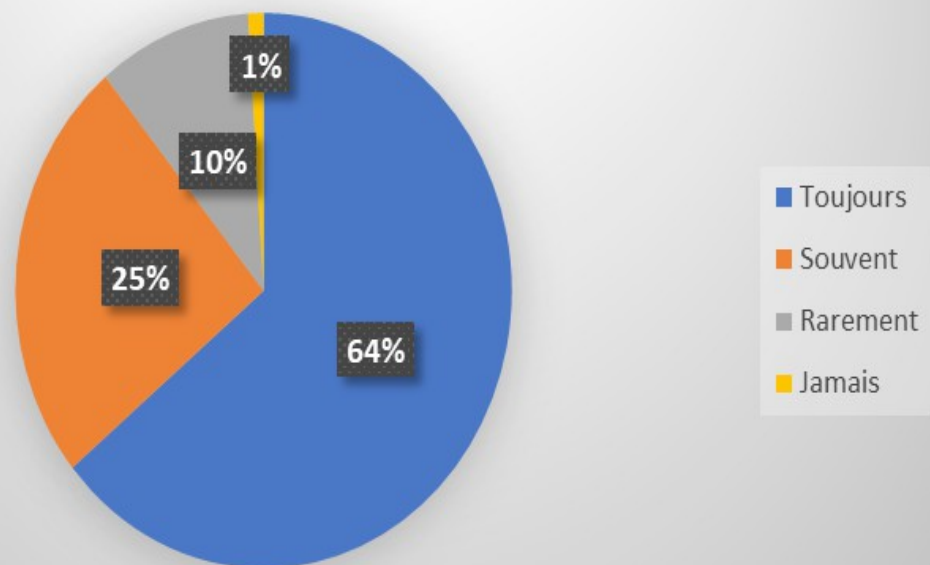
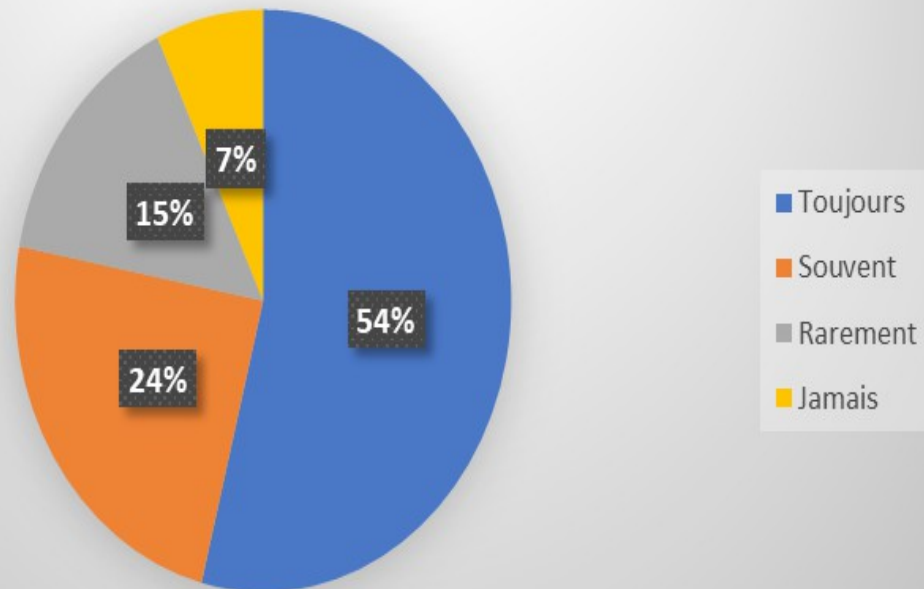


Figure 12. Fréquence d'évaluation de l'adduction horizontale passive



2.1.7. Résultats concernant la recherche de conflit sous-acromial

83% des répondants recherchent un conflit sous-acromial (55% Toujours, 23% Souvent) par le biais d'au moins un de ces tests : NEER, YOCUM, HAWKINS, test de conflit coracoïdien de Gerber, test d'abduction-rotation latérale.

2.1.8. Résultats concernant la recherche de lésion musculo-tendineuse

Les manœuvres permettant la recherche de lésion des muscles de la coiffe des rotateurs ont été détaillées pour chaque groupe musculaire dont les résultats sont visibles sur les figures 13, 14, 15, 16.

Figure 13. Tableau de répartition des fréquences de recherche d'une lésion du supra-épineux

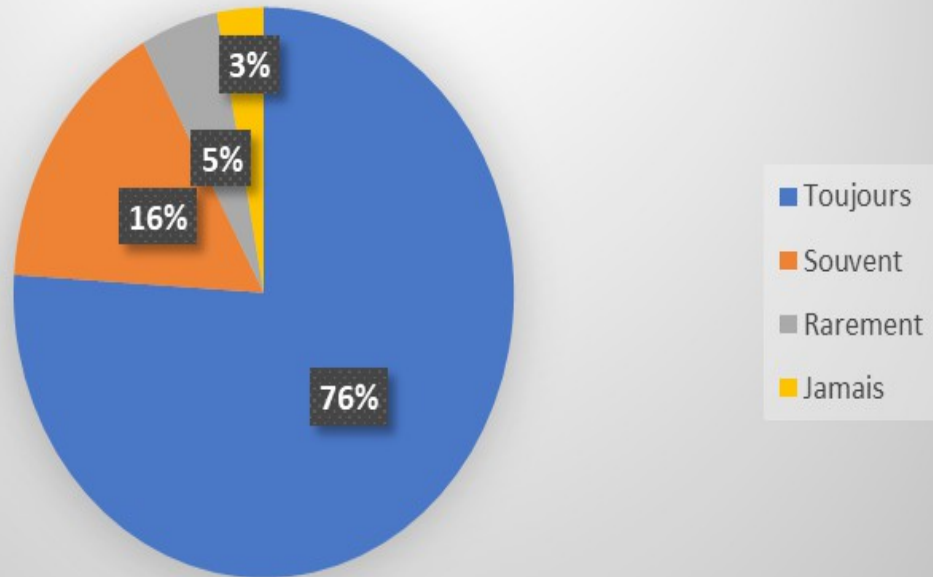


Figure 14. Tableau de répartition des fréquences de recherche d'une lésion de l'infra-épineux et du petit rond

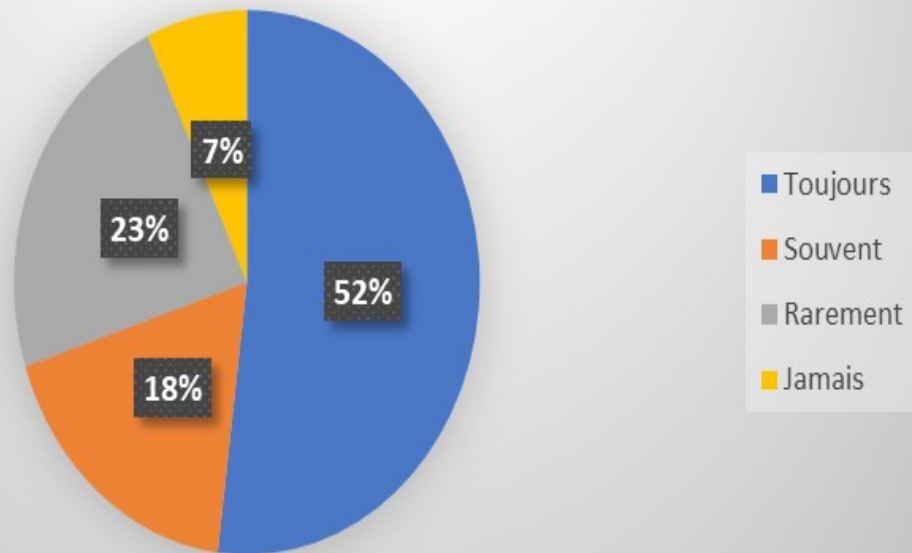


Figure 15. Tableau de répartition des fréquences de recherche d'une lésion du subscapulaire

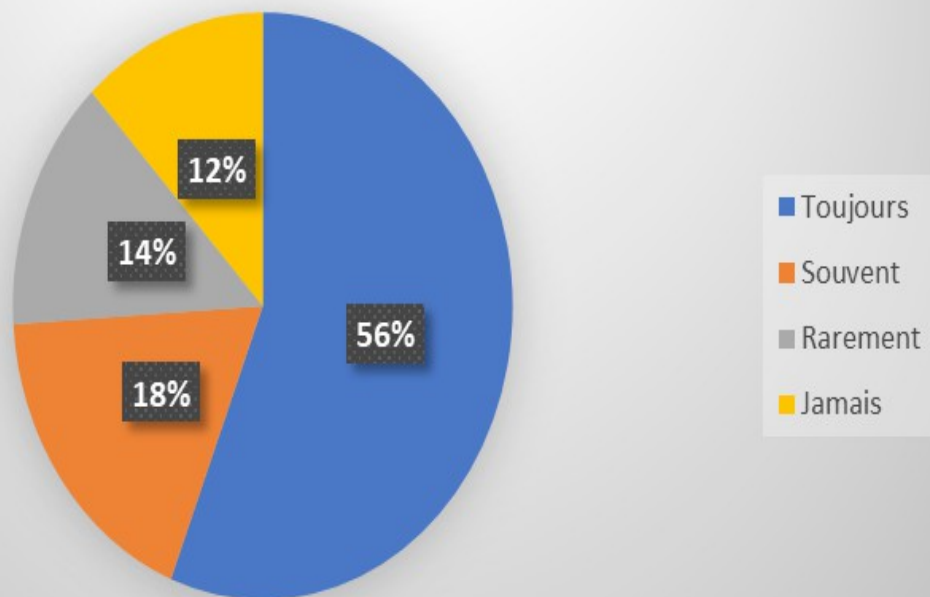
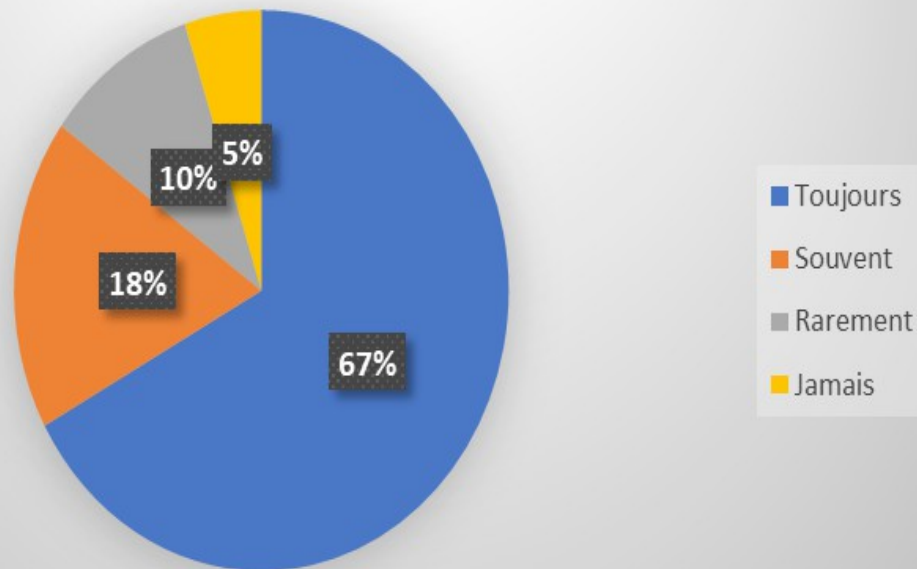


Figure 16. Tableau de répartition des fréquences de recherche d'une lésion du long biceps



2.1.9. Résultats concernant la recherche d'une instabilité

La laxité antérieure par l'appréhension à l'armée du bras est Rarement ou Jamais recherchée par 74% du panel (31 Rarement, 43 Jamais).

La laxité postérieure évaluée par l'appréhension à la poussée vers l'arrière suit la même tendance, elle est au mieux rarement recherchée par 70% des interrogés soit Rarement (31) ou Jamais (39).

2.1.10. Résultats concernant la recherche d'une laxité

On a proposé les deux principaux tests recommandés par les sociétés savantes à la recherche d'une laxité dont la réalisation sont décrites sur les figures 17 et 18.

Figure 17. Tableau de répartition des fréquences de recherche d'un tiroir antéro-postérieur

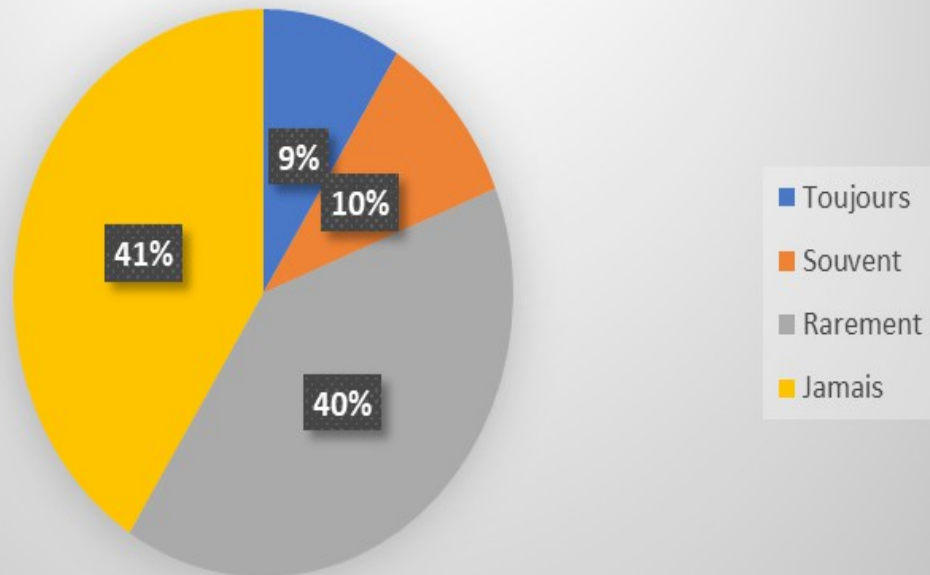
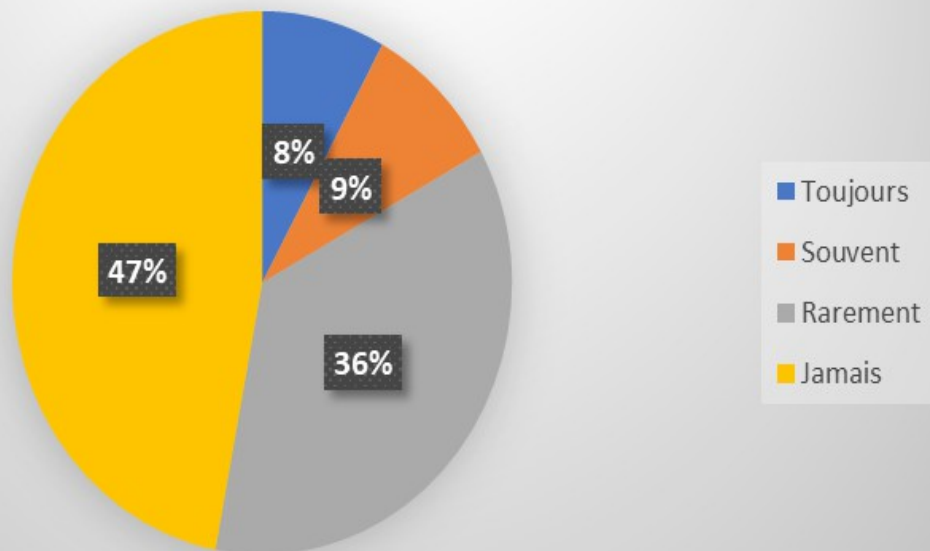


Figure 18. Tableau de répartition des fréquences de recherche d'u signe du sillon



2.1.11. Résultats concernant l'utilisation d'autres éléments cliniques (matériel, tests fonctionnels)

L'utilisation de matériel complémentaire utile au bilan des amplitudes articulaires tel qu'un goniomètre/inclinomètre n'est jamais utilisé dans 88% des cas.

L'utilisation d'un score de mesure fonctionnelle articulaire validé n'est jamais utilisé dans 93% des cas.

2.2. Répartition et analyses statistiques des réponses comparant les MG ayant suivi une formation complémentaire à ceux n'ayant pas déclaré avoir suivi de formation complémentaire

Nous avons réalisé un test du KHI-2 pour chaque item du questionnaire afin de comparer les deux groupes.

Nous avons bien évidemment exclu les items 1 et 2 qui correspondaient respectivement aux tranches d'âge et au suivi ou non d'une formation complémentaire.

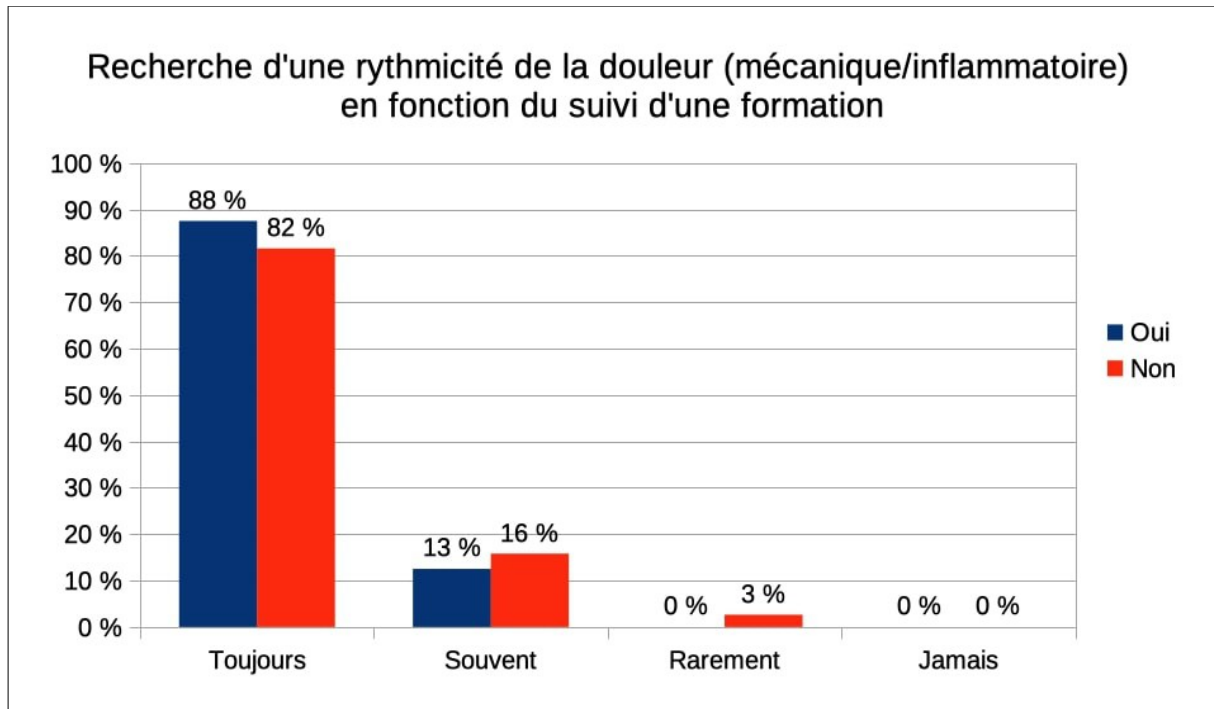
La répartition des praticiens par tranches d'âges ayant déclaré avoir suivi une formation complémentaire se fait comme suit : 10 ont entre 20 et 30 ans, 10 ont entre 31 et 40 ans, 3 ont entre 41 et 50 ans, 1 a 51 ans ou plus.

Le test du KHI-2 réalisé sur les tranches comparant les populations ayant suivi une formation complémentaire et celle n'en ayant pas suivi en fonction des tranches d'âge sus-citées a permis de conclure au rejet de l'hypothèse H0 d'indépendance (KHI-2 observé 1223, supérieur au KHI-2 théorique 7,81).

On constate que les praticiens les plus jeunes (83% parmi ceux formés ont 40 ans ou moins) ont plus tendance à suivre une formation complémentaire en lien avec cette thématique que les autres.

2.2.1. Recherche d'une rythmicité de la douleur (mécanique/inflammatoire) :

Figure 19.



L'hypothèse d'indépendance n'est pas rejetée ici (KHI-2 observé = 1,61, inférieur au KHI-2 théorique = 7,81).

On peut donc conclure au risque alpha 5%, que le suivi d'une formation complémentaire n'a pas d'influence sur la façon de répondre à cet item.

2.2.2. Recherche de drapeaux rouges :

La recherche des **drapeaux rouges** pour chacun des deux groupe est répartie comme sur la figure 20.

		Suivi d'une formation complémentaire ?	
		Oui	Non
Recherche de "drapeaux rouges" [Apparition brutale]	Toujours	88%	72%
	Souvent	8%	22%
	Rarement	4%	4%
	Jamais	0%	1%
Recherche de "drapeaux rouges" [Douleur non liée à la mobilisation]	Toujours	75%	78%
	Souvent	17%	22%
	Rarement	8%	0%
	Jamais	0%	0%
Recherche de "drapeaux rouges" [Etat fébrile/frissons]	Toujours	29%	39%
	Souvent	38%	41%
	Rarement	33%	13%
	Jamais	0%	7%
Recherche de "drapeaux rouges" [Symptômes associés (AEG ou antécédents cardio-vasculaire/pneumologique/digestif)]	Toujours	29%	20%
	Souvent	38%	42%
	Rarement	33%	34%
	Jamais	0%	4%

Figure 20. Répartition de la recherche de drapeaux rouges en fonction du suivi d'une formation complémentaire

- Apparition brutale de la douleur :

L'hypothèse d'indépendance n'est pas rejetée ici (KHI-2 observé = 3,7, inférieur au KHI-2 théorique = 7,81).

On peut donc conclure au risque alpha 5%, que le suivi d'une formation complémentaire n'a pas d'influence sur la façon de répondre à cet item.

- Douleur non liée à la mobilisation :

L'hypothèse d'indépendance est rejetée ici (KHI-2 observé = 8,52 supérieur au KHI-2 théorique = 7,81).

On peut donc conclure au risque alpha 5%, que le suivi d'une formation complémentaire influence la façon de répondre à cet item.

- Etat fébrile/frissons :

L'hypothèse d'indépendance n'est pas rejetée ici (KHI-2 observé = 6,35, inférieur au KHI-2 théorique = 7,81).

On peut donc conclure au risque alpha 5%, que le suivi d'une formation

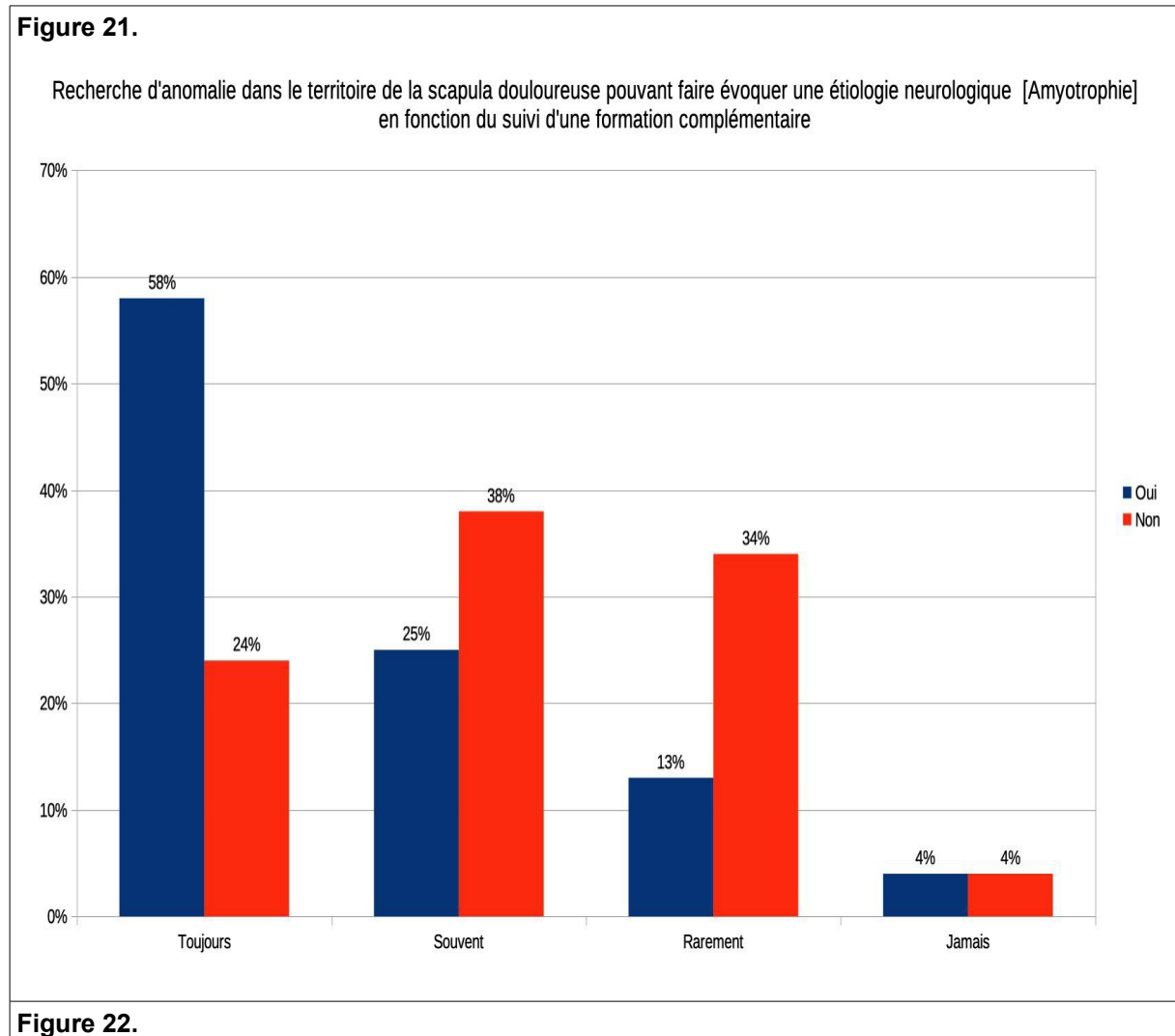
complémentaire n'a pas d'influence sur la façon de répondre à cet item.

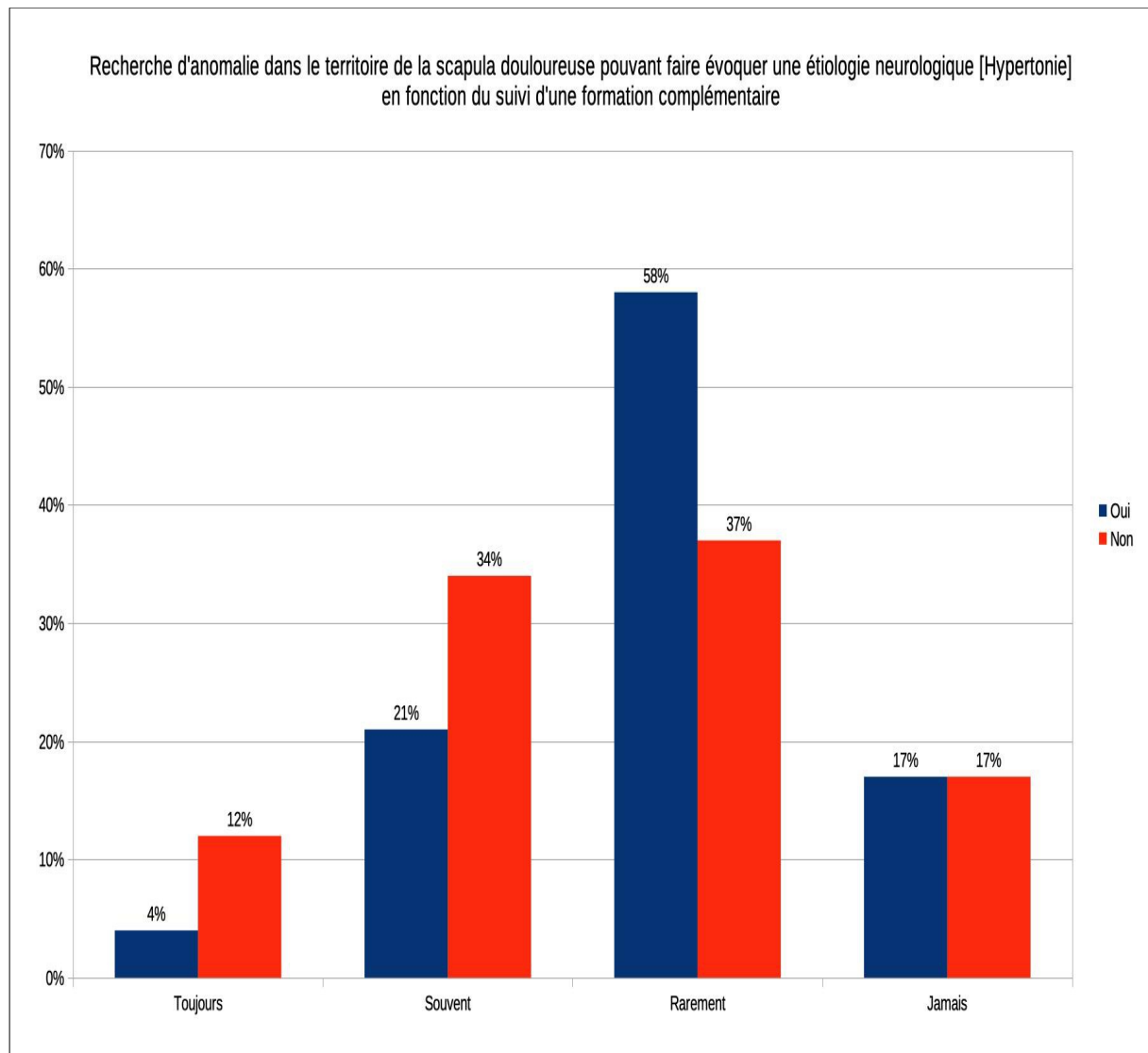
- Symptômes associés (altération de l'état général, antécédents cardio-vasculaire/pneumologique/digestif) :

L'hypothèse d'indépendance n'est pas rejetée ici (KHI-2 observé = 1,6, inférieur au KHI-2 théorique = 7,81).

On peut donc conclure au risque alpha 5%, que le suivi d'une formation complémentaire n'a pas d'influence sur la façon de répondre à cet item.

2.2.3. Recherche d'une anomalie dans le territoire de la scapula douloureuse pouvant faire évoquer une étiologie neurologique :





- Amyotrophie :

L'hypothèse d'indépendance est rejetée ici (KHI-2 observé = 12,9 supérieur au KHI-2 théorique = 7,81).

On peut donc conclure au risque alpha 5%, que le suivi d'une formation complémentaire influence la façon de répondre à cet item.

- Hypertonie :

L'hypothèse d'indépendance n'est pas rejetée ici (KHI-2 observé = 5,7, inférieur au KHI-2 théorique = 7,81).

On peut donc conclure au risque alpha 5%, que le suivi d'une formation complémentaire n'a pas d'influence sur la façon de répondre à cet item.

2.2.4. Recherche de symptômes associés pouvant faire évoquer une étiologie rhumatologique/dermatologique :

Une atteinte articulaire ou cutanée concomitante pouvant faire évoquer une étiologie rhumatismale est recherchée selon les deux groupes comme sur la figure 23.

		Suivi d'une formation complémentaire ?	
		Oui	Non
Recherche de symptômes associés pouvant faire évoquer une étiologie rhumatologique/dermatologique [Autre atteinte articulaire]	Toujours	50%	37%
	Souvent	33%	47%
	Rarement	17%	16%
	Jamais	0%	0%
Recherche de symptômes associés pouvant faire évoquer une étiologie rhumatologique/dermatologique [Lésion cutanée]	Toujours	33%	30%
	Souvent	29%	34%
	Rarement	29%	30%
	Jamais	8%	5%

Figure 23. Tableau de fréquence de recherche d'une étiologie dermatologique ou rhumatologique en fonction du suivi d'une formation complémentaire

- Autre atteinte articulaire :

L'hypothèse d'indépendance n'est pas rejetée ici (KHI-2 observé = 2,6, inférieur au KHI-2 théorique = 7,81).

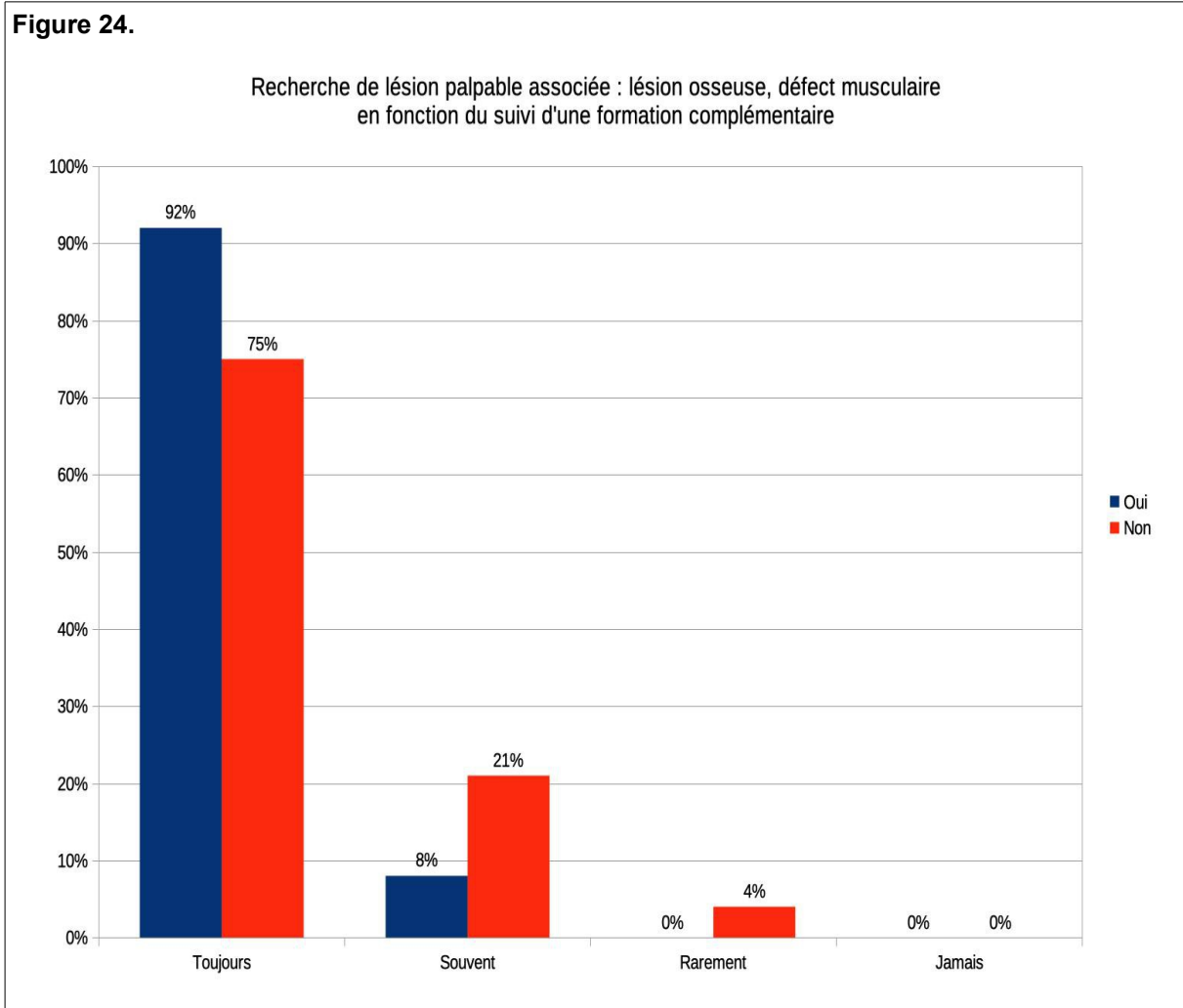
On peut donc conclure au risque alpha 5%, que le suivi d'une formation complémentaire n'a pas d'influence sur la façon de répondre à cet item.

- Lésion cutanée :

L'hypothèse d'indépendance n'est pas rejetée ici (KHI-2 observé = 0,5, inférieur au KHI-2 théorique = 7,81).

On peut donc conclure au risque alpha 5%, que le suivi d'une formation complémentaire n'a pas d'influence sur la façon de répondre à cet item.

2.2.5. Recherche de lésion palpable associée (lésion osseuse, défaut musculaire) :

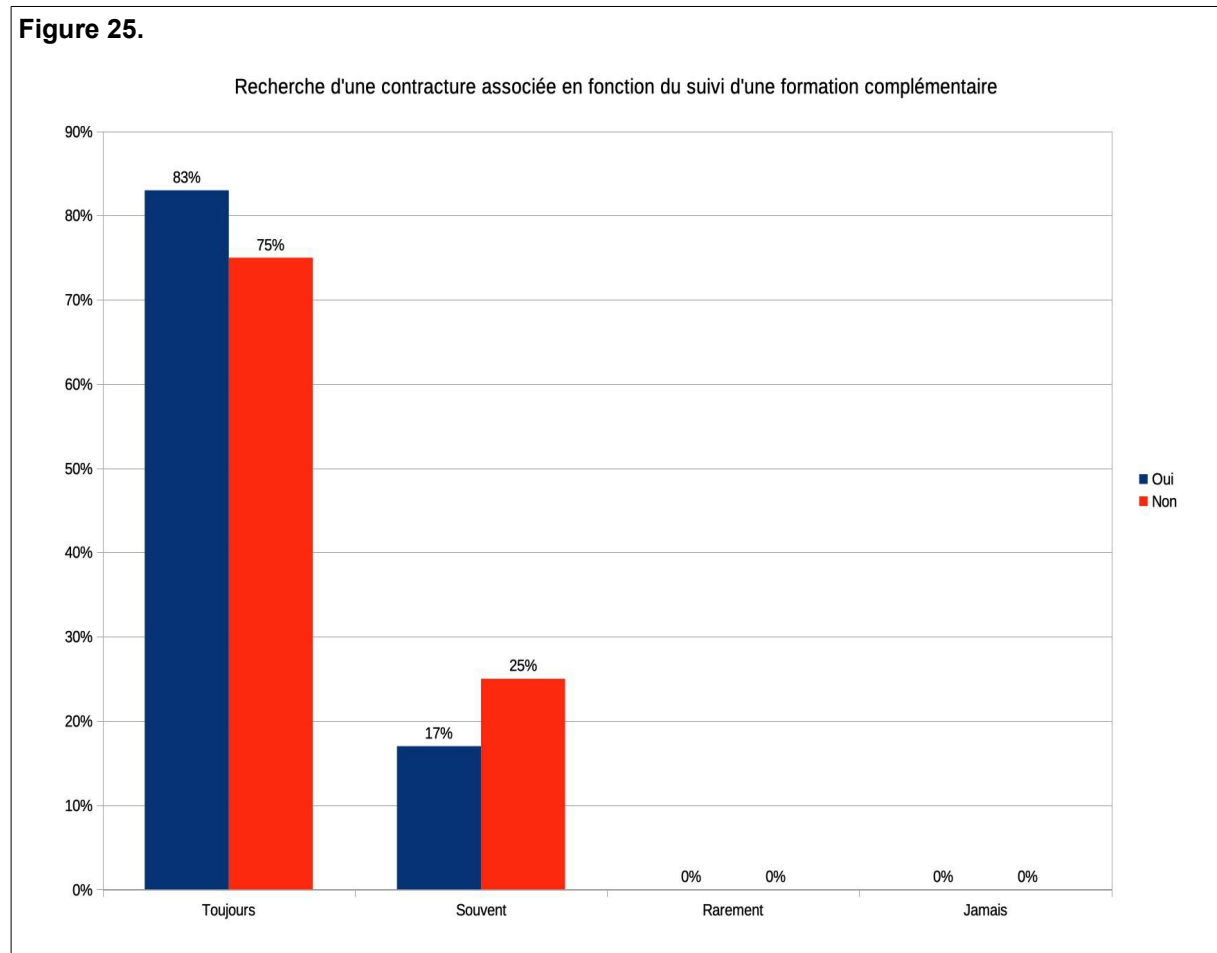


L'hypothèse d'indépendance n'est pas rejetée ici (KHI-2 observé = 4,6, inférieur au KHI-2 théorique = 7,81).

On peut donc conclure au risque alpha 5%, que le suivi d'une formation complémentaire n'a pas d'influence sur la façon de répondre à cet item.

2.2.6. Recherche d'une contracture associée :

Une contracture musculaire dans le territoire de l'épaule douloureuse pouvant expliquer la scapulalgie est recherchée selon la répartition de la figure 25.



L'hypothèse d'indépendance n'est pas rejetée ici (KHI-2 observé = 2,9, inférieur au KHI-2 théorique = 7,81).

On peut donc conclure au risque alpha 5%, que le suivi d'une formation complémentaire n'a pas d'influence sur la façon de répondre à cet item.

2.2.7. Evaluation des amplitudes articulaires :

La répartition du détail de l'examen évaluant les amplitudes articulaires actives et passives est détaillée dans les tableaux des figures 26, 27.

		Suivi d'une formation complémentaire ?	
		Oui	Non
Évaluation des amplitudes articulaires actives [Elévation antérieure/flexion/antépulsion]	Toujours	92 %	82 %
	Souvent	8 %	17 %
	Rarement	0 %	1 %
	Jamais	0 %	0 %
<hr/>			
Évaluation des amplitudes articulaires actives [Abduction]	Toujours	92%	80%
	Souvent	8%	17%
	Rarement	0%	1%
	Jamais	0%	1%
<hr/>			
Évaluation des amplitudes articulaires actives [Rotation latérale]	Toujours	92%	61%
	Souvent	8%	20%
	Rarement	0%	13%
	Jamais	0%	7%
<hr/>			
Évaluation des amplitudes articulaires actives [Rotation médiale]	Toujours	88%	53%
	Souvent	13%	26%
	Rarement	0%	16%
	Jamais	0%	5%

Figure 26. Tableau de fréquence d'évaluation des amplitudes articulaires actives

		Suivi d'une formation complémentaire ?	
		Oui	Non
Évaluation des amplitudes articulaires passives [Elévation antérieure/flexion/antépulsion]	Toujours	67 %	66 %
	Souvent	25 %	24 %
	Rarement	8 %	9 %
	Jamais	0 %	1 %
<hr/>			
Évaluation des amplitudes articulaires passives [Abduction]	Toujours	67%	63%
	Souvent	25%	25%
	Rarement	8%	11%
	Jamais	0%	1%
<hr/>			
Évaluation des amplitudes articulaires passives [Adduction horizontale]	Toujours	67%	50%
	Souvent	21%	25%
	Rarement	8%	17%
	Jamais	4%	8%

Figure 27. Tableau de fréquence d'évaluation des amplitudes articulaires passives

- Amplitudes articulaires actives :

- Elévation antérieure/flexion/antépulsion :

L'hypothèse d'indépendance n'est pas rejetée ici (KHI-2 observé = 2,4, inférieur au KHI-2 théorique = 7,81).

On peut donc conclure au risque alpha 5%, que le suivi d'une formation complémentaire n'a pas d'influence sur la façon de répondre à cet item.

- Abduction :

L'hypothèse d'indépendance n'est pas rejetée ici (KHI-2 observé = 2,6, inférieur au KHI-2 théorique = 7,81).

On peut donc conclure au risque alpha 5%, que le suivi d'une formation complémentaire n'a pas d'influence sur la façon de répondre à cet item.

- Rotation latérale :

L'hypothèse d'indépendance est rejetée ici (KHI-2 observé = 9,1, supérieur au KHI-2 théorique = 7,81).

On peut donc conclure au risque alpha 5%, que le suivi d'une formation complémentaire influence la façon de répondre à cet item.

- Rotation médiale :

L'hypothèse d'indépendance est rejetée ici (KHI-2 observé = 11, supérieur au KHI-2 théorique = 7,81).

On peut donc conclure au risque alpha 5%, que le suivi d'une formation complémentaire influence la façon de répondre à cet item.

- Amplitudes articulaires passives :

- Elévation antérieure/flexion/antépulsion :

L'hypothèse d'indépendance n'est pas rejetée ici (KHI-2 observé = 0,15, inférieur au KHI-2 théorique = 7,81).

On peut donc conclure au risque alpha 5%, que le suivi d'une formation complémentaire n'a pas d'influence sur la façon de répondre à cet item.

○ Abduction :

L'hypothèse d'indépendance n'est pas rejetée ici (KHI-2 observé = 0,39, inférieur au KHI-2 théorique = 7,81).

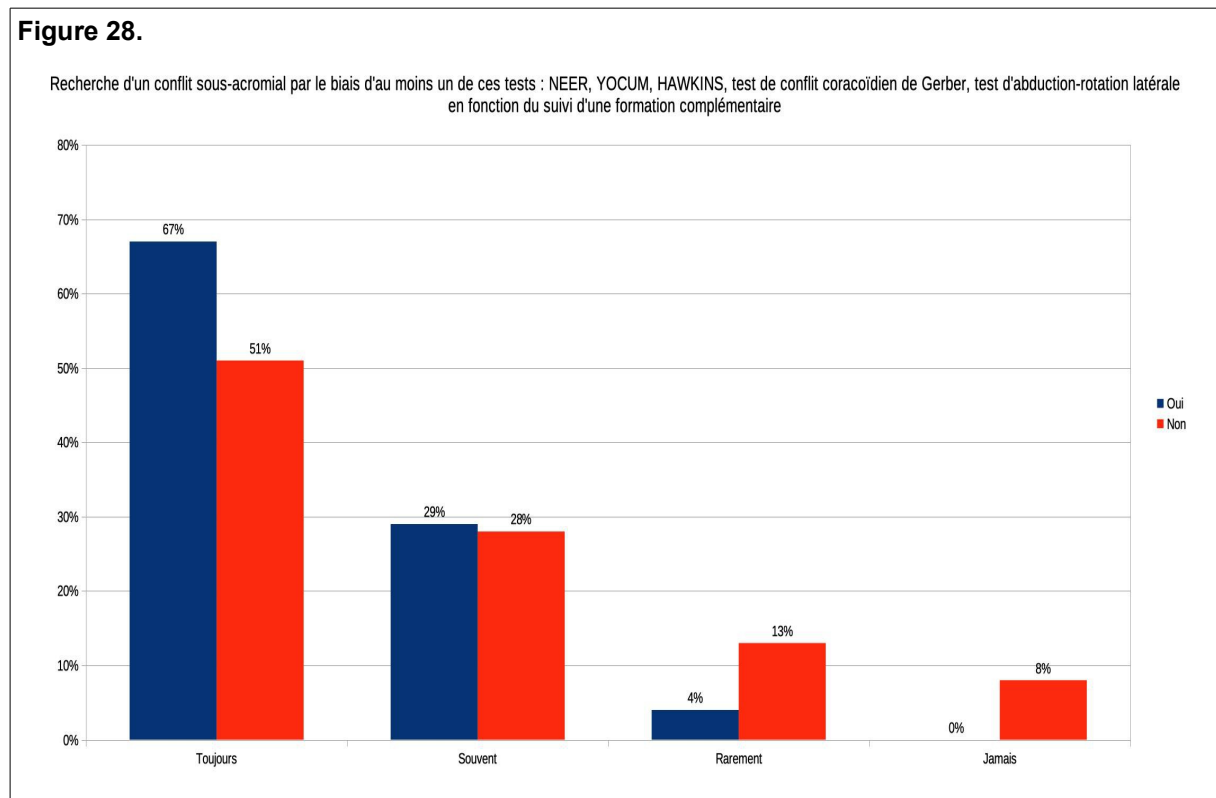
On peut donc conclure au risque alpha 5%, que le suivi d'une formation complémentaire n'a pas d'influence sur la façon de répondre à cet item.

○ Adduction horizontale :

L'hypothèse d'indépendance n'est pas rejetée ici (KHI-2 observé = 3,1, inférieur au KHI-2 théorique = 7,81).

On peut donc conclure au risque alpha 5%, que le suivi d'une formation complémentaire n'a pas d'influence sur la façon de répondre à cet item.

2.2.8. Recherche d'un conflit sous-acromial par le biais d'au moins un de ces tests : NEER, YOCUM, HAWKINS, test de conflit coracoïdien de Gerber, test d'abduction-rotation latérale :



L'hypothèse d'indépendance n'est pas rejetée ici (KHI-2 observé = 3,3, inférieur au KHI-2 théorique = 7,81).

On peut donc conclure au risque alpha 5%, que le suivi d'une formation complémentaire n'a pas d'influence sur la façon de répondre à cet item.

2.2.9. Recherche de lésion des tendons des muscles de la coiffe des rotateurs :

L'évaluation des différents muscles de la coiffe des rotateurs est répartie entre les deux groupes comme illustré sur la figure 29.

		Suivi d'une formation complémentaire ?	
		Oui	Non
Recherche de lésion des tendons des muscles de la coiffe des rotateurs [Recherche d'une lésion du supra-épineux : signe de JOBE]	Toujours	88 %	72 %
	Souvent	13 %	17 %
	Rarement	0 %	7 %
	Jamais	0 %	4 %
Recherche de lésion des tendons des muscles de la coiffe des rotateurs [Recherche d'une lésion de l'infra-épineux et du petit rond : signe de PATTE ou signe du portillon (signe du battant de cloche) ou signe du clairon]	Toujours	67%	47%
	Souvent	21%	17%
	Rarement	13%	26%
	Jamais	0%	9%
Recherche de lésion des tendons des muscles de la coiffe des rotateurs [Recherche d'une lésion du subscapulaire : Lift-off test de Gerber ou Bear hug test ou Belly-press test (test de Napoléon)]	Toujours	63%	54%
	Souvent	21%	17%
	Rarement	17%	13%
	Jamais	0%	16%
Recherche de lésion des tendons des muscles de la coiffe des rotateurs [Recherche d'une lésion du chef long du biceps : Palm-up test ou test de Speed (test de Gilcreest) ou test de YERGASON ou test de O'brien]	Toujours	75%	64%
	Souvent	21%	17%
	Rarement	4%	12%
	Jamais	0%	7%

Figure 29. Tableau de fréquence de recherche de lésion des tendons des muscles de la coiffe des rotateurs

- Supra-épineux (signe de JOBE) :

L'hypothèse d'indépendance n'est pas rejetée ici (KHI-2 observé = 3,6, inférieur au KHI-2 théorique = 7,81).

On peut donc conclure au risque alpha 5%, que le suivi d'une formation complémentaire n'a pas d'influence sur la façon de répondre à cet item.

- Infra-épineux et du petit rond (signe de PATTE ou signe du portillon, signe du battant de cloche ou signe du clairon) :

L'hypothèse d'indépendance n'est pas rejetée ici (KHI-2 observé = 4,3, inférieur au KHI-2 théorique = 7,81).

On peut donc conclure au risque alpha 5%, que le suivi d'une formation complémentaire n'a pas d'influence sur la façon de répondre à cet item.

- Subscapulaire (Lift-off test de Gerber ou Bear hug test ou Belly-press test, test de Napoléon) :

L'hypothèse d'indépendance n'est pas rejetée ici (KHI-2 observé = 1,1, inférieur au KHI-2 théorique = 7,81).

On peut donc conclure au risque alpha 5%, que le suivi d'une formation complémentaire n'a pas d'influence sur la façon de répondre à cet item.

- Chef long du biceps (Palm-up test ou Speed test, test de Gilcreest ou test de YERGASON ou test de O'Brien) :

L'hypothèse d'indépendance n'est pas rejetée ici (KHI-2 observé = 2,5, inférieur au KHI-2 théorique = 7,81).

On peut donc conclure au risque alpha 5%, que le suivi d'une formation complémentaire n'a pas d'influence sur la façon de répondre à cet item.

2.2.10. Recherche d'une instabilité :

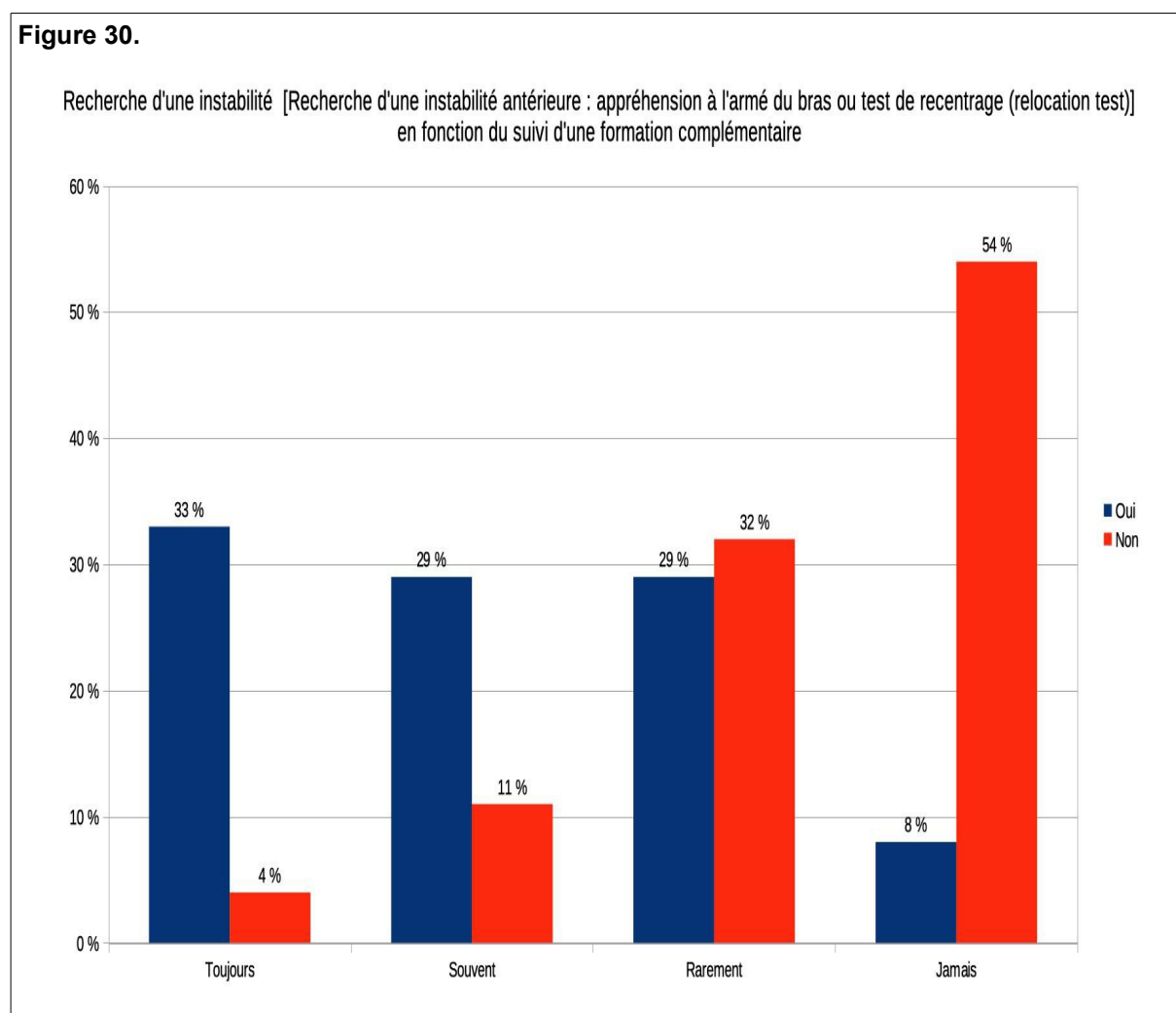
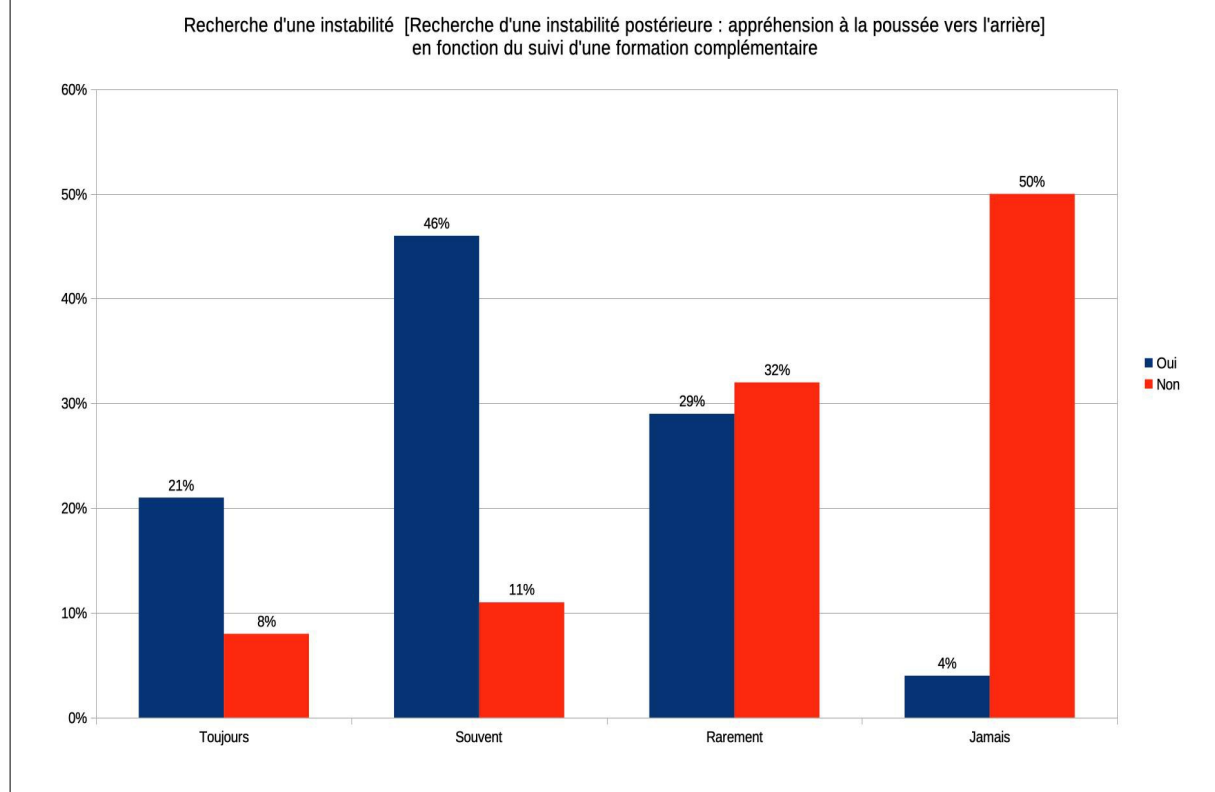


Figure 31.



- Instabilité antérieure (appréhension à l'armé du bras ou test de recentrage, relocation test) :

L'hypothèse d'indépendance est rejetée ici (KHI-2 observé = 21,2, supérieur au KHI-2 théorique = 7,81).

On peut donc conclure au risque alpha 5%, que le suivi d'une formation complémentaire influence la façon de répondre à cet item.

- Instabilité postérieure (appréhension à la poussée vers l'arrière) :

L'hypothèse d'indépendance est rejetée ici (KHI-2 observé = 17,2, supérieur au KHI-2 théorique = 7,81).

On peut donc conclure au risque alpha 5%, que le suivi d'une formation complémentaire influence la façon de répondre à cet item.

2.2.11. Recherche de laxité :

Les figures 32 et 33 montrent le pourcentage de sujets recherchant une laxité en fonction de leur groupe d'appartenance :

Figure 32.



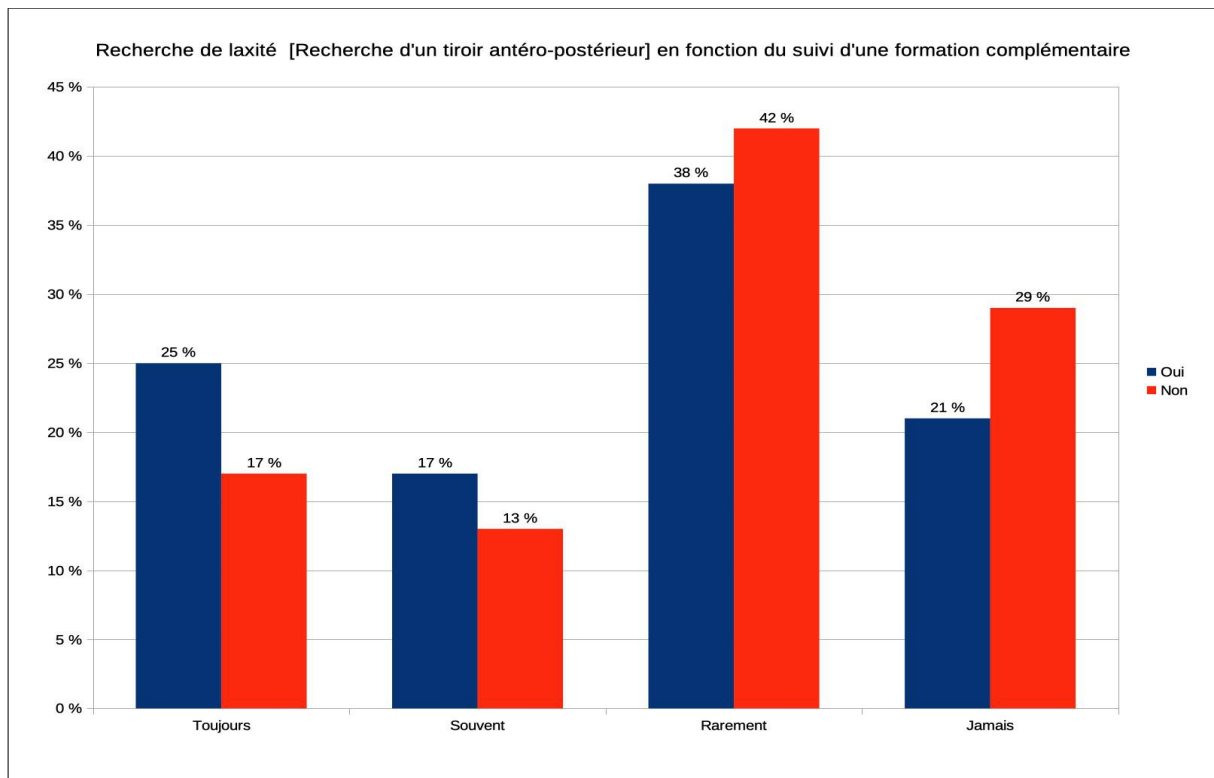
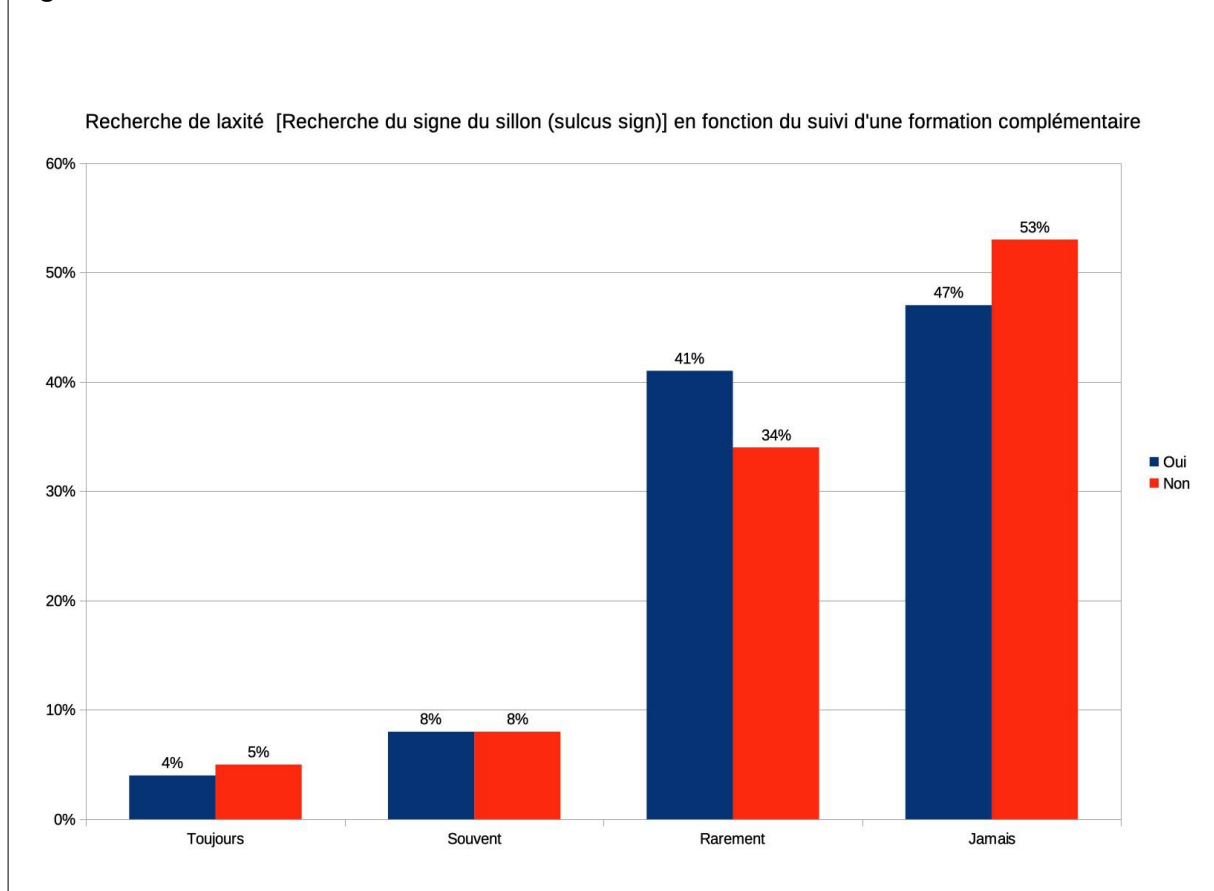


Figure 33.



- Tiroir antéro-postérieur :

L'hypothèse d'indépendance est rejetée ici (KHI-2 observé = 12,6, supérieur au KHI-2 théorique = 7,81).

On peut donc conclure au risque alpha 5%, que le suivi d'une formation complémentaire influence la façon de répondre à cet item.

- Signe du sillon (sulcus sign) :

L'hypothèse d'indépendance n'est pas rejetée ici (KHI-2 observé = 5,1, inférieur au KHI-2 théorique = 7,81).

On peut donc conclure au risque alpha 5%, que le suivi d'une formation complémentaire n'a pas d'influence sur la façon de répondre à cet item.

2.2.12. Utilisation d'une autre technique :

		Suivi d'une formation complémentaire ?	
		Oui	Non
Utilisez une autre technique / un autre test parmi ceux cités ci-dessous de manière routinière, cocher la case adéquate. [Goniomètre/inclinomètre (bilan des amplitudes articulaires)]	Toujours	0 %	0 %
	Souvent	4 %	4 %
	Rarement	17 %	13 %
	Jamais	79 %	83 %
<hr/>			
Utilisez une autre technique / un autre test parmi ceux cités ci-dessous de manière routinière, cocher la case adéquate. [Score de mesure fonctionnelle articulaire (UCLA/SPADI/ASES/WOSI/WORC/CONSTANT)]	Toujours	0%	0%
	Souvent	3%	0%
	Rarement	7%	4%
	Jamais	91%	96%

Figure 34. Fréquence d'utilisation d'un goniomètre/inclinomètre ou d'un score fonctionnel articulaire de l'épaule en fonction du suivi d'une formation complémentaire

- Goniomètre/inclinomètre (bilan des amplitudes articulaires) :

L'hypothèse d'indépendance n'est pas rejetée ici (KHI-2 observé = 5,5, inférieur au KHI-2 théorique = 7,81).

On peut donc conclure au risque alpha 5%, que le suivi d'une formation complémentaire n'a pas d'influence sur la façon de répondre à cet item.

- Score de mesure fonctionnelle articulaire (UCLA / SPADI / ASES / WOSI / WORC / CONSTANT) :

L'hypothèse d'indépendance est rejetée ici (KHI-2 observé = 9,8, supérieur au KHI-2 théorique = 7,81).

On peut donc conclure au risque alpha 5%, que le suivi d'une formation complémentaire influence la façon de répondre à cet item.

2.3. Analyses statistiques évaluant l'impact de l'âge sur les réponses

2.3.1. Analyse du lien statistique entre la fréquence et les étapes de l'examen clinique sur la totalité des répondants :

L'hypothèse d'indépendance est rejetée ici (KHI-2 observé = 2095,25 supérieur au KHI-2 théorique = 101,88-113,14).

Les réponses en terme de fréquence de réalisation de chaque étape de l'examen clinique de l'épaule sont liées avec une incertitude inférieure à 1%.

Les pratiques apparaissent donc homogènes au sein des 100 répondants.

2.3.2. Analyses statistiques évaluant l'homogénéité des réponses en fonction de la tranche d'âge :

- **Chez les 20-30 ans :**

L'hypothèse d'indépendance est rejetée ici (KHI-2 observé = 861,4, supérieur au KHI-2 théorique = 101,8-113,1).

Les réponses en terme de fréquence de réalisation de chaque étape de l'examen clinique de l'épaule sont liées avec une incertitude inférieure à 1%.

Les pratiques apparaissent donc homogènes au sein de cette tranche d'âge.

- **Chez les 31-40 ans :**

L'hypothèse d'indépendance est rejetée ici (KHI-2 observé = 946,4, supérieur au KHI-2 théorique = 101,8-113,1).

Les réponses en terme de fréquence de réalisation de chaque étape de l'examen clinique de l'épaule sont liées avec une incertitude inférieure à 1%.

Les pratiques apparaissent donc homogènes au sein de cette tranche d'âge.

- **Chez les 41-50 ans :**

L'hypothèse d'indépendance est rejetée ici (KHI-2 observé = 243, supérieur au KHI-2

théorique = 101,8-113,1).

Les réponses en terme de fréquence de réalisation de chaque étape de l'examen clinique de l'épaule sont liées avec une incertitude inférieure à 1%.

Les pratiques apparaissent donc homogènes au sein de cette tranche d'âge.

- Chez les 51 ans et plus :

Nous avons pris le parti ici de regrouper les 51-60 ans et les 61 ans et plus devant la faible représentation de ces catégories d'âge au sein de notre échantillon.

L'hypothèse d'indépendance est rejetée ici (KHI-2 observé = 235,6, supérieur au KHI-2 théorique = 101,8-113,1).

Les réponses en terme de fréquence de réalisation de chaque étape de l'examen clinique de l'épaule sont liées avec une incertitude inférieure à 1%.

Les pratiques apparaissent donc homogènes au sein de cette tranche d'âge.

DISCUSSION

1. Forces et limites

Devant la fréquence d'une plainte telle que la scapulalgie, la complexité de l'examen de l'épaule et l'absence de réel consensus entre les sociétés savantes en ce qui concerne un tel examen clinique. Notre étude visait à établir un état des lieux des pratiques en routine parmi un échantillon de Médecin Généralistes exerçant dans les Hauts-de-France. Nous avons aussi étudié l'impacte d'une formation complémentaire dans sa réalisation.

Les résultats de cette étude concernant la réalisation en routine de l'examen clinique de l'épaule douloureuse a pour ambition de suggérer d'éventuelles voies d'amélioration.

Pour ce faire, le questionnaire a été élaboré à partir des recommandations des sociétés savantes objectivées comme expertes dans ce domaine. Ces mêmes sociétés à partir desquelles la formation initiale de tout médecin est fondée.

De plus, en interrogeant les MG sur leur âge ainsi que sur l'éventuelle formation complémentaire suivie, nous avons pu analyser l'impact de ces éléments sur la réalisation des différentes étapes de l'examen clinique de l'épaule.

Malgré la non-représentativité en terme d'âge entre l'échantillon et la population cible, la Moyenne d'âge des Médecins Généralistes dans les Hauts-De-France en 2019 étant de 54,5 ans {1}.

Ce biais ayant été anticipé dès la construction de l'étude, l'analyse des données a permis de s'en affranchir.

Sur les 911 répondants, 100 ont répondu à la totalité du questionnaire.

Il existait un biais déclaratif lié au mode de réponse au questionnaire ; les questions étant pré-rédigées.

L'anonymat aurait cependant pu atténuer ce biais.

Les répondeurs pouvaient aussi surestimer ou sous-estimer leurs pratiques, l'échelle de Likert en 4 points utilisée ne permettant pas de position neutre.

De plus, le questionnaire a été élaboré à partir des différentes sociétés savantes.

Certains éléments n'ayant pas été repris dans les items du questionnaire, ce dernier n'était donc pas exhaustif.

Il existait aussi un biais de sélection lié au mode de diffusion du questionnaire. Ce dernier étant « en accès libre » de partage sur le réseau social Facebook. Ainsi, il est possible que des utilisateurs du réseau y aient répondu sans pour autant faire partie de la population cible.

La question portant sur les formations n'en suggérait que certaines, d'autres formations non citées dans l'intitulé de l'item ayant pu être suivi par quelques répondeurs.

Certaines questions pouvaient souffrir d'une mauvaise formulation ou un manque de précision, et ont pu engendrer un biais d'interprétation de la part des répondants.

Par exemple, dans la partie inspection, la notion d' « autre atteinte articulaire » ou « lésion cutanée » sont des termes peu précis, susceptibles d'induire des erreurs d'interprétation.

Enfin, une autre limite de cette étude est celle de la quantification de l'impact de l'expérience du praticien. L'analyse a montré que l'examen clinique de l'épaule était homogène entre les différentes tranches d'âge des praticiens mais il est ici impossible par exemple de savoir si l'expérience du praticien rattrape la qualité de l'enseignement actuel.

2. Résultats principaux de l'étude

La majorité (80%) des répondeurs appartenaient aux tranches d'âge 20-30 ans (38%) et 31-40 ans (42%). 76% d'entre eux n'avaient pas suivi de formation complémentaire dans le domaine.

La moyenne d'âge de notre échantillon n'était donc pas représentative de la démographie médicale de la région des Hauts-De-France. Cela étant, l'analyse statistique des variables nous montre que les réponses sont homogènes au sein de l'ensemble des n=100 répondeurs. De plus, on ne retrouve pas de différence significative dans la façon de répondre entre les différentes tranches d'âge.

Ainsi, on peut affirmer que l'âge n'influe pas sur la façon dont les médecins généralistes des Hauts-De-France réalisent l'examen clinique de l'épaule devant un patient se plaignant d'une scapulalgie.

La nature de la rythmicité (98% « Toujours » ou « Souvent ») et le mode d'apparition de la douleur semble être une évidence pour la grande majorité des répondeurs. On observe néanmoins une moindre habitude à rechercher les autres drapeaux rouges notamment un état fébrile (23% « Rarement ou « Jamais »), une altération de l'état général ou des antécédents pouvant faire évoquer une douleur viscérale irradiée (34% « Rarement »).

Dans le sens de ce même constat, la recherche d'étiologie neurologique, rhumatologique ou dermatologique sont elles aussi moins souvent recherchées.

La recherche de lésion musculo-squelettique dans le territoire est par contre beaucoup plus systématique.

Le testing actif et passif des amplitudes articulaires, la recherche d'une lésion de la coiffe, d'un conflit sous-acromial sont eux aussi plutôt fréquemment réalisés.

A la lumière de ces chiffres, on a l'impression que le praticien a tendance à

« régionaliser » son examen clinique, ce qui peut parfois être sujet à piège diagnostique.

L'instabilité de l'épaule est beaucoup moins souvent recherchée (19% « Toujours ou « Souvent » pour la laxité antéro-postérieure, 17% « Toujours ou « Souvent » pour la laxité inférieure), celle-ci pouvant pourtant être l'unique responsable de scapulalgie {20}.

Cela pourrait s'expliquer par différentes raisons. L'hypothèse principale pourrait être la faible fréquence de cette affection dans cette plainte.

Les autres outils tels que l'utilisation d'un goniomètre/inclinomètre (97% « Rarement » ou « Jamais ») ou de scores fonctionnels (99% « Rarement » ou « Jamais »), plutôt du ressort du spécialiste de l'appareil locomoteur sont très peu représentés.

Ces outils étant du ressort de l'apprentissage plus spécifique, au-delà du tronc commun des études médicales et peu évoqués au cours de l'enseignement en Médecine Générale.

3. Validité externe

3.1. Gravité et pièges diagnostics

Dans son étude, Schultz JS. {3}, insiste sur l'intérêt d'explorer d'autres régions que l'épaule devant une scapulalgie. En effet, la fréquence non négligeable et parfois la gravité des pathologies irradiant vers les structures de l'épaule peuvent constituer un piège diagnostic. Cela est confirmé et relayé par l'article publié par Kermode T, Pasche O, Cornuz J, Zufferey P. {8}.

Dans son article intitulé « Diagnostic et prise en charge des douleurs de la région scapulaire », Zufferey P. {5} rappelle l'intérêt d'une anamnèse détaillée permettant notamment de distinguer une douleur d'origine scapulaire de celle irradiée.

L'examen clinique complet et précis permettant souvent d'entreprendre une prise en charge adéquate voire d'obtenir un diagnostic.

Ces éléments sont appuyés par l'article de Kermode T, Pasche O, Cornuz J, Zufferey P. {8}.

Dans notre étude, les « drapeaux rouges » étaient recherchés par la plupart des répondants.

Néanmoins, notre travail n'a pas directement permis d'étudier le champ des douleurs irradiées.

3.2. Douleurs cervicales et musculaires irradiées

La thèse de Médecine de Huchin G. {7} met en exergue l'importance des dérangements douloureux intervertébraux mineurs (DDIM) au niveau cervical à l'origine de l'omalgie. Dans ce contexte, on y retrouve les contractures musculaires (point trigger musculaire ou MtrP) pouvant être à l'origine d'une telle plainte. A noter

que la moyenne d'âge des patients dans cette étude était de 63 ans.

Dans notre étude, 100% des répondeurs recherchent « Toujours/Souvent » une contracture musculaire associée à la scapulalgie.

3.3. Intérêt et qualité de la formation médicale initiale

Schulyz JS. {8} évoque également l'importance d'une amélioration de la prise en charge clinique devant une telle plainte. La performance de l'examen clinique étant reliée aux compétences initiales du praticien, sa minutie et son expérience liée à l'âge.

Notre travail confirme l'importance et la performance de la formation initiale médicale pour examiner une épaule douloureuse. Nos analyses statistiques ont permis de qualifier les pratiques comme homogènes au sein de notre échantillon.

Pour autant, nous n'avons pas la possibilité d'étudier le lien de l'âge sur la qualité de cette pratique.

3.4. Influence des formations et de l'expérience du praticien

L'étude qualitative réalisée par Serfaty R., traitant de la prise en charge de l'épaule douloureuse chronique non traumatique et non instable {11} retrouve des pratiques qui variaient en fonction des expériences et formations suivies par les MG interrogés. Dans notre étude, seules quelques parties de l'examen clinique pratiqué variaient en fonction du suivi ou non d'une formation complémentaire. Cependant, les résultats évaluant l'examen clinique dans sa globalité ne montraient pas de différence significative entre le groupe de MG ayant suivi une formation complémentaire et ceux n'en ayant pas bénéficié.

Dans la thèse de médecine de Bousquet R. sur la prise en charge de l'épaule

douloureuse non traumatique par les médecins généralistes héraultais {12}, ce dernier évoque une mise en échec fréquente malgré le sentiment d'être à l'aise devant cette plainte. Les médecins interrogés attendaient des outils complémentaires, un complément de formation ainsi qu'un renforcement de l'inter-professionnalité.

Un autre travail de thèse réalisé par Mariasiewiez T. {30} souligne que les principales difficultés rencontrées par les MG de Seine Maritime interrogés reposaient sur la méconnaissance des différents tests cliniques et sur la recherche de conflit articulaire de l'épaule. Il y est suggéré qu'une telle défaillance soit liée aux carences dans la formation des médecins dans ces pathologies.

Chez les MG des Hauts-de-France interrogés, les chiffres diffèrent. 83% des répondants ont déclaré « toujours »/« souvent » rechercher un conflit sous-acromial et plus des $\frac{3}{4}$ réalisaient toujours/souvent les tests spécifiques à la recherche d'une lésion de la coiffe des rotateurs.

Par contre, ils n'utilisaient que peu souvent voire jamais les outils complémentaires proposés dans notre questionnaire (88% n'utilisaient jamais de matériel pour mesurer les amplitudes articulaires, 93% n'utilisaient jamais les scores de mesure fonctionnelle articulaire).

Aucune donnée concernant la suite de la prise en charge et notamment la notion d'inter-disciplinarité n'a été recueillie au cours de ce travail.

4. Conséquences en Santé Publique

Comme c'est très souvent le cas en Médecine, la prise en charge d'une épaule douloureuse reste la plupart du temps du ressort de la pluridisciplinarité {26}.

De plus, Mariasiewicz T. {30} soulignait un recours précoce à l'imagerie afin d'obtenir un diagnostic. Pour autant, les recommandations françaises de l'HAS pour la prise en charge de l'épaule ont évolué en 2005. On y retrouve la notion de délai de 4-6 semaines d'évolution de la symptomatologie malgré un traitement de 1ère intention bien conduit avant le recours au bilan d'imagerie {13}.

Selon l'Assurance Maladie {10}, les troubles musculo-squelettiques (TMS) constituent la première cause de maladies professionnelles en France comme dans la plupart des pays européens et ont augmenté de 60% depuis 2003.

L'épaule représente la 2ème cause de TMS (37%) après le poignet ou le syndrome du canal carpien (40%).

Ceci motivant parfois un aménagement ou un changement du poste de travail voire une reconnaissance comme maladie professionnelle (Tableau 57)

La moyenne d'âge de survenue dans ce contexte est de 55 ans, les professions les plus à risques y sont connues et listées.

La pathologie professionnelle n'est pas la seule impliquée puisque la pathologie du sportif est elle aussi très pourvoyeuse de pathologies de l'épaule {11}.

A noter une moyenne d'âge de survenue beaucoup plus jeune dans le cadre d'une activité sportive, les sports de lancer ou avec gestes d'armer étant étiquetés comme les plus à risques.

Aussi bien dans le domaine professionnel que sportif, la prévention primaire y aurait alors toute sa place. C'est d'ailleurs l'objet des efforts récents réalisés par les professionnels de Santé au Travail ainsi que ceux des acteurs du milieu sportif

professionnel et amateur.

La plupart des sportifs étant pour la plupart des travailleurs actifs, on imagine très bien que les arrêts de travail liés aux scapulalgies sont nombreux. Ceux-ci pouvant être plus ou moins longs selon les délais de prise en charge.

Le pluridisciplinarité souvent requise, la prescription d'examens complémentaires inutiles, le déficit en terme de prévention primaire et les arrêts de travail liés au retard diagnostic (donc de prise en charge) posent un problème évident de dépense inutile en terme de Santé Publique lorsqu'il s'agit de la pathologie de l'épaule.

Tout cela sans oublier la préoccupation principale qui doit rester celle du patient, de l'anticipation à la prise en charge de sa plainte.

CONCLUSION

Dans le cas d'une plainte aussi fréquente que celle d'une scapuloalgie, il semble impératif de réaliser un examen clinique de qualité. Cette douleur pouvant être le signe de souffrances diverses, au premier duquel on retrouve bien évidemment l'articulation de l'épaule elle-même mais il convient d'envisager d'autres causes possibles.

Malgré la complexité de cette articulation, l'examen clinique permet parfois à lui seul de poser un diagnostic et donc de déterminer la conduite à tenir adaptée.

Même l'aide de l'exploration paraclinique est souvent nécessaire, le clinicien étant le prescripteur, il semble indispensable que celui-ci réalise un examen clinique fin et de qualité afin de choisir le bon examen complémentaire, d'évoquer et éliminer les diagnostics de gravité, d'orienter convenablement le radiologue dans le cas d'une exploration complémentaire par l'imagerie.

La sanction d'une mauvaise orientation clinique sous-entend une perte de chance pour le patient en terme de prise en charge. Les conséquences étant tout d'abord un non-soulagement, la persistance d'une déficience/désavantage/incapacité et l'instauration ou la persistance de trouble thymique s'il existe une chronicité de la douleur.

A cela s'ajoute un coût majeur en terme de Santé Publique, notamment devant l'absentéisme que ces troubles engendrent sans compter les coûts en terme d'examens complémentaires parfois prescrits inutilement ou mal orientés.

Cette étude semble indiquer que l'enseignement dispensé au cours des études médicales (tronc commun et spécialité de Médecine Générale) en ce qui concerne l'examen clinique de l'épaule douloureuse soit de qualité.

En effet, les résultats, notamment chez les jeunes praticiens interrogés ayant répondu au questionnaire, montrent des pourcentages élevés de réalisation de la

plupart des étapes de l'examen clinique d'une épaule douloureuse.

À la lumière de cette étude, les connaissances sémiologiques et cliniques acquises lors du cursus médical paraissent suffisantes et bien transmises pour rechercher les signes de gravité, orienter correctement son patient, et lui prescrire les bons examens ou autres thérapeutiques.

On ne peut pour autant pas conclure sur l'impact de l'âge du praticien ou l'influence de son expérience acquise au fil des années.

A savoir, jusqu'à quel point celle-ci influence ses compétences en terme d'examen clinique de l'épaule ? Des investigations complémentaires pourraient répondre à cette interrogation.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: <https://demographie.medecin.fr/mobile.php#ficindic>
2. Burbank KM, Stevenson JH, Czarnecki GR, Dorfman J. Chronic Shoulder Pain Part I: Evaluation and Diagnosis. *AFP*. 15 févr 2008;77(4):453-60.
3. Schultz JS. Clinical evaluation of the shoulder. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*. mai 2004;15(2):351-71.
4. Diagnostic d'une douleur de l'épaule [Internet]. [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.rhumato.info/cours-revues2/176-diagnostic/1703-epaule-douloureuse>
5. Netgen. Diagnostic et prise en charge des douleurs de la région scapulaire [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2011/RMS-286/Diagnostic-et-prise-en-charge-des-douleurs-de-la-region-scapulaire>
6. Astier V. Docteur de l'Université de la Méditerranée. :245.
7. Gauthier H. douloureuse chronique non traumatique : Intérêt de la médecine manuelle ostéopathique. :133.
8. Kermodé T, Pasche O, Cornuz J, Zufferey P. Epaule douloureuse : prise en charge ambulatoire. *Revue Médicale Suisse*. 2013;7.
9. Epaule douloureuse atraumatique : diagnostic radiologique [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 14 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2013/revue-medicale-suisse-399/epaule-douloureuse-atraumatique-diagnostic-radiologique>
10. Epaule douloureuse chronique | ameli.fr | Assuré [Internet]. [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/epaule-douloureuse>
11. Serfaty R. Épaule douloureuse chronique non traumatique en non instable: quelle prise en charge des médecins généralistes de Nice et sa région? :85.
12. Bousquet R. Épaule douloureuse non traumatique: représentations, expérience vécue et attentes des médecins généralistes héraultais. :57.
13. epaule_douloureuse_recos.pdf [Internet]. [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/epaule_douloureuse_recos.pdf
14. 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. *Ann Rheum Dis*. nov 1998;57(11):649-55.
15. Évaluation de l'épaule - Troubles musculosquelettiques et du tissu conjonctif [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 14 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-musculosquelettiques-et-du-tissu-conjonctif/prise-en-charge-du-patient-souffrant-de-sympt%C3%B4mes-articulaires/bilan-de-%C3%A9paule>
16. Mouchette A. Evaluation de la prise en charge d'un adulte souffrant d'une épaule douloureuse non traumatique en médecine générale conventionnelle versus médecine manuelle-ostéopathie. *Revue de la littérature*. :119.
17. Examen clinique de l'épaule douloureuse [Internet]. SFRE. [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.sfre.org/examen-clinique-de-lepaule-douloureuse/>

18. Pichon DH. Examen clinique de l'épaule douloureuse chronique (306b). :8.
19. fb3b53e4-dde7-4acc-916b-425d9445398b.pdf [Internet]. [cité 29 mars 2021]. Disponible sur: <https://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/fb3b53e4-dde7-4acc-916b-425d9445398b>
20. Leconte J. Instabilité de l'épaule du sportif: `` Pourquoi ça fait mal? ' ' Revue systématique de la littérature: Quel est le lien entre douleur et instabilité de l'épaule? :60.
21. Friedrich M, Wirtz D, Rößler P. Klinische Basisuntersuchung der Schulter. Z Orthop Unfall. août 2018;156(04):449-51.
22. Cleophas C. L'épaule douloureuse non traumatique de l'adulte en médecine générale : enquête de pratique et élaboration d'un référentiel de prise en charge. : 178.
23. Roy J-S, Desmeules F, Frémont P, Dionne CE, MacDermid JC. L'évaluation clinique, les traitements et le retour en emploi de travailleurs souffrant d'atteintes de la coiffe des rotateurs Bilan des connaissances. :132.
24. Vincent K. Le rôle du processus dégénératif des tendons de la coiffe des rotateurs dans les douleurs de l'épaule et ses implications thérapeutiques [Internet] [These de doctorat]. université Paris-Saclay; 2020 [cité 14 juill 2021]. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2020UPASW006>
25. Lésions périarticulaires et ligamentaires du genou, de la cheville et de l'épaule [Internet]. [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: http://www.lecofer.org/item-cours-1-32.php#ch_3_1
26. Toudeka E. étude épidémiologique et clinique des lésions tendineuses de l'épaule dans le Service de Traumatologie et de Chirurgie Orthopédique de l'Hôpital Gabriel Touré à propos de 63 cas
27. Angst F, Schwyzer H-K, Aeschlimann A, Simmen BR, Goldhahn J. Measures of adult shoulder function: Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand Questionnaire (DASH) and Its Short Version (QuickDASH), Shoulder Pain and Disability Index (SPADI), American Shoulder and Elbow Surgeons (ASES) Society Standardized Shoulder Assessment Form, Constant (Murley) Score (CS), Simple Shoulder Test (SST), Oxford Shoulder Score (OSS), Shoulder Disability Questionnaire (SDQ), and Western Ontario Shoulder Instability Index (WOSI). Arthritis Care & Research. 2011;63(S11):S174-88.
28. Modalités de prise en charge d'une épaule douloureuse chronique non instable chez l'adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 29 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272463/fr/modalites-de-prise-en-charge-d-une-epaule-douloureuse-chronique-non-instable-chez-l-adulte
29. OMG - Données [Internet]. [cité 29 mars 2021]. Disponible sur: <http://omg.sfmг.org/content/donnees/donnees.php?sid=d426573ec46c95a8137b7298ba>
30. Mariasiewiez T. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des tendinopathies de la coiffe des rotateurs, en médecine générale, en Seine-Maritime. : 187.
31. BOUKRIT S. La prise en charge de l'épaule douloureuse en rééducation
32. Netgen. Scores de mesure fonctionnelle articulaire pour le praticien [Internet].

Revue Médicale Suisse. [cité 20 oct 2020]. Disponible sur:
<https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-349/Scores-de-mesure-fonctionnelle-articulaire-pour-le-praticien>

33. SFRE – Société Française de Rééducation de l'Épaule [Internet]. [cité 14 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.sfre.org/>
34. van der Windt DA, Koes BW, de Jong BA, Bouter LM. Shoulder disorders in general practice: incidence, patient characteristics, and management. *Ann Rheum Dis.* déc 1995;54(12):959-64.
35. Masters S, Burley S. Shoulder pain *Musculoskeletal medicine.* :6.
36. Mitchell C, Adebajo A, Hay E, Carr A. Shoulder pain: diagnosis and management in primary care. *BMJ.* 12 nov 2005;331(7525):1124-8.
37. Scapulo-thoracique [Internet]. epaule Toulouse. [cité 15 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.epaule-toulouse.com/anatomie/scapulo-thoracique/>

ANNEXES

1. Annexe 1

Message diffusé sur Facebook associé à la diffusion du questionnaire

« Bonjour à toutes et tous,
je m'appelle Sandro Azzano, actuellement interne de Médecine Générale.

Dans le cadre de ma thèse, « Examen clinique de routine dans la prise en charge de l'épaule douloureuse : étude transversale en Médecine Générale dans les Hauts-de-France », je souhaite diffuser le questionnaire rédigé et approuvé par la CNIL.

Les répondeurs souhaités sont les Médecins Généralistes dans les Hauts-de-France.

Je m'adresse donc à vous pour :

- y répondre si vous êtes Médecin Généraliste
- le diffuser entre confrères
- le soumettre aux MSU pour ceux qui seraient en stage actuellement

Je précise avoir l'accord de la CNIL pour diffuser le questionnaire sur les réseaux sociaux.

Le questionnaire est disponible via le lien suivant :

<https://sandroazzano.limequery.com/836447?lang=fr>

Le questionnaire comporte 15 questions, < 3 minutes pour le remplir et est anonyme.

Merci d'avance pour votre précieuse aide ! »

2. Annexe 2

Questionnaire

<u>Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous?</u>	20-30 ans	
	31-40 ans	
	41-50 ans	
	51-60 ans	
	61 ans et plus	
<u>Avez-vous bénéficié d'une formation supplémentaire en : pathologies de l'épaule, ostéopathie, rhumatologie, traumatologie, médecine du sport, échographie ostéo-articulaire?</u>	Oui, au moins l'une de celles-citées	
	Non	

ENTRETIEN		
Si vous recherchez de manière routinière un item cité dans le questionnaire ci-dessous, cocher la case adéquate.		
<u>Recherche d'une rythmicité de la douleur (mécanique/inflammatoire)</u>		Toujours
		Souvent
		Rarement
		Jamais
<u>Recherche de "drapeaux rouges"</u>	Apparition brutale	Toujours
		Souvent
		Rarement
		Jamais
	Douleur non liée à la mobilisation	Toujours
		Souvent
		Rarement
		Jamais
	Etat fébrile/frissons	Toujours
		Souvent
		Rarement
		Jamais
Symptômes associés (altération de l'état général ou antécédents cardio-vasculaire/pneumologique/digestif)	Toujours	
	Souvent	
	Rarement	
	Jamais	

INSPECTION		
Si vous inspectez de manière routinière votre patient avec un item cité dans le questionnaire ci-dessous, cocher la case adéquate.		
<u>Recherche d'anomalie dans le territoire de la scapula douloureuse pouvant faire évoquer une étiologie neurologique</u>	Amyotrophie	Toujours
		Rarement
		Souvent
		Jamais
	Hypertonie	Toujours
		Rarement
		Souvent
		Jamais
<u>Recherche de symptômes associés pouvant faire évoquer une étiologie rhumatologique/dermatologique</u>	Autre atteinte articulaire	Toujours
		Rarement
		Souvent
		Jamais

	Lésion cutanée	Toujours
		Rarement
		Souvent
		Jamais
<u>PALPATION</u>		
Si vous réalisez une palpation à la recherche d'un item cité dans le questionnaire ci-dessous de manière routinière, cocher la case adéquate.		
<u>Recherche de lésion associée : lésion osseuse, défaut musculaire</u>		Toujours
		Rarement
		Souvent
		Jamais
<u>Recherche d'une contracture associée</u>		Toujours
		Rarement
		Souvent
		Jamais
<u>EVALUATION DES AMPLITUDES ARTICULAIRES</u>		
Si vous réalisez une évaluation des amplitudes citées dans le questionnaire ci-dessous de manière routinière, cocher la case adéquate.		
<u>Évaluation des amplitudes articulaires actives</u>	Elévation antérieure/flexion/antépulsion	Toujours
		Rarement
		Souvent
		Jamais
	Abduction	Toujours
		Rarement
		Souvent
		Jamais
	Rotation latérale	Toujours
		Rarement
		Souvent
		Jamais
Rotation médiale	Toujours	
	Rarement	
	Souvent	
	Jamais	
<u>Évaluation des amplitudes articulaires passives</u>	Elévation antérieure/flexion/antépulsion	Toujours
		Rarement
		Souvent
		Jamais

	Abduction	Toujours
		Rarement
		Souvent
		Jamais
	Adduction horizontale	Toujours
		Rarement
		Souvent
		Jamais

RECHERCHE DE CONFLIT SOUS-ACROMIAL

Si vous recherchez un conflit sous-acromial de manière routinière, cocher la case adéquate.

<u>Recherche d'un conflit sous-acromial par le biais d'au moins un de ces tests : NEER, YOCUM, HAWKINS, test de conflit coracoïdien de Gerber, test d'abduction-rotation latérale</u>	Toujours
	Rarement
	Souvent
	Jamais

RECHERCHE DE LÉSION MUSCULO-TENDINEUSE

Si vous recherchez une lésion tendineuse/musculaire de manière routinière, cocher la case adéquate.

<u>Recherche de lésion des tendons des muscles de la coiffe des rotateurs</u>	Recherche d'une lésion du supra-épineux : signe de JOBE	Toujours
		Rarement
		Souvent
		Jamais
	Recherche d'une lésion de l'infra-épineux et du petit rond : signe de PATTE ou signe du portillon (signe du battant de cloche) ou signe du clairon	Toujours
		Rarement
		Souvent
		Jamais
	Recherche d'une lésion du subscapulaire : Lift-off test de Gerber ou Bear hug test ou Belly-press test (test de Napoléon)	Toujours
		Rarement
		Souvent
		Jamais
	Recherche d'une lésion du chef long du biceps : Palm-up test ou test de Speed (test de Gilcreest) ou test de YERGASON ou test de O'brien	Toujours
		Rarement
		Souvent
		Jamais
Recherche d'une rupture du biceps : signe de Popeye		

RECHERCHE D'UNE INSTABILITÉ

Si vous recherchez une instabilité antérieure/postérieure de manière routinière, cocher la case adéquate.

<u>Recherche d'une instabilité</u>	Recherche d'une instabilité antérieure : appréhension à l'armé du bras ou test de recentrage (relocation test)	Toujours
		Rarement
		Souvent
		Jamais
	Recherche d'une instabilité postérieure : appréhension à la poussée vers l'arrière	Toujours
		Rarement
		Souvent
		Jamais
<u>RECHERCHE D'UNE LAXITÉ</u>		
Si vous recherchez une laxité articulaire de manière routinière, cocher la case adéquate.		
<u>Recherche de laxité</u>	Recherche d'un tiroir antéro-postérieur	Toujours
		Rarement
		Souvent
		Jamais
	Recherche du signe du sillon (sulcus sign)	Toujours
		Rarement
		Souvent
		Jamais
<u>AUTRES</u>		
Si vous utilisez une autre technique / un autre test parmi ceux cités ci-dessous de manière routinière, cocher la case adéquate.		
<u>Utilisez une autre technique / un autre test parmi ceux cités ci-dessous de manière routinière, cocher la case adéquate.</u>	Goniomètre/inclinomètre (bilan des amplitudes articulaires)	Toujours
		Rarement
		Souvent
		Jamais
	Score de mesure fonctionnelle articulaire (UCLA/SPADI/ASES/WOSI/WORC/CONSTANT)	Toujours
		Rarement
		Souvent
		Jamais

AUTEUR : Nom : AZZANO

Prénom : Sandro

Date de soutenance : 10/11/2021

Titre de la thèse : Examen clinique de routine dans la prise en charge de l'épaule douloureuse : étude transversale en Médecine Générale dans les Hauts-de-France

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : DES Médecine Générale

Mots-clés : Epaule douloureuse, omalgie, scapulalgie/diagnostic, examen physique/méthodes

Résumé :

Introduction : Le but principal de cette étude était de faire un état des lieux des différents temps de l'examen clinique réalisé chez les Médecins Généralistes des Hauts-De-France devant une patient consultant pour scapulalgie. Les objectifs secondaires étaient de voir si les pratiques étaient homogènes au sein des différentes étapes d'un tel examen et si le suivi d'une formation complémentaire avait un impact sur la qualité de l'examen clinique réalisé en routine.

Méthode : 100 Médecins Généralistes des Hauts-De-France ont répondu complètement à un questionnaire rédigé sur la base des différentes sociétés savantes faisant référence en science médicale. Le recrutement a été réalisé par diffusion du questionnaire laissé en accès libre sur le réseau social Facebook. L'analyse statistique a été réalisée sur les 100 réponders complets via un KHI-2.

Résultats : Les chiffres bruts montrent des taux satisfaisants en ce qui concerne la réalisation de l'examen clinique de l'épaule dans sa globalité. Les étapes les moins souvent réalisées en routine sont la recherche d'instabilité, la recherche de laxité ainsi que l'utilisation d'outils annexes tels que les scores fonctionnels ou l'utilisation de goniomètre/inclinomètre. L'analyse des données a par ailleurs permis le constat d'une répartition homogène des pratiques au sein de l'échantillon de praticiens réponders. La notion de formation complémentaire dans un tel domaine ne semble pas modifier la qualité globale de l'examen clinique de l'épaule lorsqu'un patient consulte pour scapulalgie bien que certaines étapes le soient comme la recherche d'une douleur non liée à la mobilisation, la recherche d'amyotrophie, l'analyse des amplitudes articulaires en rotation latérale et médiale, la recherche d'instabilité antérieure et postérieure, la recherche de laxité antéro-postérieur, et le recours à un score de mesure fonctionnelle articulaire. Le critère d'âge du praticien ne semble pas non plus modifier la qualité de réalisation de l'examen.

Conclusion : Cette étude montre que la plupart des étapes de réalisation de l'examen clinique devant une épaule douloureuse semblent pratiquées en routine. Quelques exceptions subsistent cependant. Les connaissances sémiologiques et cliniques acquises lors du cursus médical paraissent suffisantes et bien transmises pour une prise en charge de qualité. D'autres études pourraient être réalisées pour quantifier et ainsi comparer l'impact de l'âge du praticien avec l'influence de son expérience acquise au fil des années.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur PRUVO Jean-Pierre

Assesseurs :

Monsieur le Docteur PONCHANT Maurice

Monsieur le Docteur BOUDJEEMA Béchir

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur LOEZ François