

Analyse présentée par question

Analyse effectuée sur l'ensemble des questionnaires validés.

Projet : Conduite diagnostique devant une épaule douloureuse non traumatique et prise en charge des tendinopathies de la coiffe des rotateurs

Questionnaire : Conduite diagnostique devant une épaule douloureuse non traumatique et prise en charge des tendinopathies de la coiffe des rotateurs

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Taux de participation : 93.93%

CR réalisé à partir des réponses de type :

Organisme :

Spécialité : Aucun

Fonction :

Profession : Aucun

Statut : Aucun

Expert	Date de validation
Expert 1	17/03/2023
Expert 2	21/03/2023
Expert 3	26/03/2023
Expert 4	25/03/2023
Expert 5	26/03/2023
Expert 6	26/03/2023
Expert 7	19/03/2023
Expert 8	13/03/2023
Expert 9	31/03/2023
Expert 10	20/03/2023
Expert 11	26/03/2023
Expert 12	27/03/2023
Expert 13	28/03/2023
Expert 14	26/03/2023
Expert 15	23/03/2023
Expert 16	25/03/2023
Expert 17	27/03/2023
Expert 18	19/03/2023

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert 19	20/03/2023
Expert 20	09/03/2023
Expert 21	27/03/2023
Expert 22	22/03/2023
Expert 23	28/03/2023
Expert 24	22/03/2023
Expert 25	25/03/2023
Expert 26	30/03/2023
Expert 27	25/03/2023
Expert 28	26/03/2023
Expert 29	26/03/2023
Expert 30	27/03/2023
Expert 31	30/03/2023

Madame, Monsieur Nous vous remercions d'avoir accepté de participer au groupe de lecture relatif à la recommandation de bonne pratique ayant pour thème « Conduite diagnostique devant une épaule douloureuse non traumatique et prise en charge des tendinopathies de la coiffe des rotateurs ». Cette recommandation est destinée en priorité aux médecins généralistes. Votre mission consiste : à lire le texte des recommandations, de la synthèse de la recommandation et l'argumentaire, à donner un avis sur la qualité de l'argumentaire par commentaires libres, et si besoin en précisant les données de la littérature qui n'ont pas été prises en compte (dans ce cas, merci de transmettre les références ou articles qu'il conviendrait de prendre en compte), à donner un avis sur la lisibilité, la faisabilité et l'applicabilité des recommandations en cotant chaque proposition de recommandation à l'aide de l'échelle de cotation et en apportant des arguments complémentaires ou contradictoires (sous forme de commentaires libres) reposant si possible sur la littérature, et sur votre expertise lorsque la littérature est insuffisante ou inexistante. Nous vous invitons à lire le texte de l'argumentaire et le texte des recommandations avant de remplir le questionnaire, afin d'avoir une vision globale. De même, nous vous invitons à répondre en respectant l'ordre du questionnaire (lecture verticale du questionnaire) en raison de l'interrelation existante entre les différentes propositions des chapitres. Pour la phase de cotation, en regard de chaque proposition du questionnaire est placée une échelle numérique discontinue graduée de « 1 » à « 9 ». La cotation doit être fondée sur les données de la littérature et votre expérience dans le domaine abordé. La valeur « 1 » signifie que la proposition n'est pas du tout conforme aux données actuelles de la littérature et que vous êtes en désaccord total avec la proposition, La valeur « 9 » signifie que la proposition est tout à fait conforme aux données actuelles de la littérature et que vous êtes totalement d'accord avec la proposition, Les valeurs comprises entre « 2 » et « 8 » traduisent les situations intermédiaires possibles, La valeur « 5 » correspond à votre indécision. Nous vous demandons d'accompagner d'un commentaire toutes les propositions pour lesquelles vous le jugez nécessaire et obligatoirement pour toute note < 5 ; Il est important d'éviter les données manquantes : si vous êtes indécis, il est préférable de coter « 5 » plutôt que de ne pas répondre. Vous avez aussi la possibilité de signaler que la question est hors de votre champ de compétences (« Je ne peux pas répondre »). Nous attirons votre attention sur le fait que seules les versions finales des documents seront diffusées. Celles-ci pourront être modifiées par rapport à celles que nous vous transmettons. De ce fait, nous vous remercions

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

de respecter toute confidentialité et de ne pas diffuser ces documents. Vous recevrez la version définitive des documents une fois celle-ci validée par le Collège de la HAS. Après anonymisation, les cotations et commentaires du groupe de lecture seront mis en ligne, sur le site de la HAS. En pièce jointe, vous trouverez le rapport d'élaboration, la recommandation et la synthèse des recommandations. Merci de compléter le questionnaire via l'application GRaAL au plus tard le 27 mars 2023. Nous vous remercions de votre collaboration à ce projet et restons à votre disposition pour toute information complémentaire ou question technique. Sabine TRELLU Cheffe de projet Service des bonnes pratiques Haute Autorité de Santé Vos contacts : Sabine Trellu, cheffe de projet : 01 55 93 37 69, s.trellu@has-sante.fr Sophie de Cosmi, assistante : 01 55 93 72 96, s.decosmi@has-sante.fr

Définition

Proposition 1

Une douleur d'épaule liée à une tendinopathie de la coiffe des rotateurs (autrement appelé syndrome douloureux sub-acromial) est une douleur d'épaule non traumatique, habituellement unilatérale, localisée au moignon de l'épaule, souvent aggravée pendant ou après une élévation du bras. (AE)

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.81

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	3	1	1	6	3	17	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	9.68	90.32	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	9.68	90.32

Expert	Commentaires
Expert 1	J'aurai volontiers écrit : Le syndrome sub-acromial est une douleur d'épaule non traumatique, habituellement unilatérale, localisée au moignon de l'épaule, souvent aggravée pendant ou après une élévation du bras. Il est le plus souvent lié à une tendinopathie de la coiffe des rotateurs. En effet, le terme de tendinopathie renvoie à une étiologie ou une lésion alors que syndrome sub-acromial renvoie à une association de signes cliniques. Ces deux termes ne sont donc pas équivalents même s'ils recouvrent souvent les mêmes entités.
Expert 4	A mon sens cette définition est incomplète en ce qui concerne les facteurs d'aggravation de la douleur: - Comme cela est indiqué dans une des sections de l'argumentaire (voir proposition 17), la douleur peut être aggravée par la position prolongée de sommeil en décubitus dorsal (je suis atteinte de cette pathologie et je subis ce type d'aggravation car je ne peux plus dormir que sur le dos en raison de mon arthrose des genoux avec prothèse totale de l'un d'entre eux). - Le port de poids par le bras ou la traction par le bras (exemple tirer une porte lourde et difficile à ouvrir) sont des facteurs notables d'aggravation (que je subis également)
Expert 8	Commentaire général commun à tous les items : Merci de préciser dans l'argumentaire un lexique décrivant les différentes dénominations existantes car tous les lecteurs ne sont pas des chirurgiens à l'aise avec les nomenclatures anatomiques. Ce sont des translittérations de l'anglais, elle-même issues des descriptions latines. Il serait pertinent au moins de préciser cela en note / dans un lexique au sein de l'argumentaire les éléments ci-dessous (liste non exhaustive, cf. Anatomie, H.Rouvière). Pour mémoire ces dénominations n'ont rien d'officiel. Quelques exemples dont plusieurs au fil de l'eau (interne = médial, externe= latéral...) français = translittération anglaise en français (latin) sus-épineux = supra-épineux (supra-spinatus) sous-épineux = infra-épineux (infra-spinatus) sous-scapulaire = sub-scapulaire (sub-scapularis)

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	sous-acromial = sub-acromial
Expert 9	cf commentaire proposition 2
Expert 11	j'ajoute les causes poly-micro-traumatiques (gestes répétitifs) profession bien ciblées , les peintres - plaquiste etc.
Expert 12	"non traumatique" exclut il les microtraumatismes ? ou "non traumatique" fait il référence à la définition OMS du traumatisme : "dommage physique subi par un corps humain lorsqu'il est brutalement soumis à des quantités d'énergie (mécanique, thermique, chimique, rayonnée) qui dépassent le seuil de tolérance physiologique ou privé d'un ou plusieurs éléments vitaux (oxygène, chaleur)». Si oui Préciser alors que Les microtraumatismes restent inclus dans le sujet traité. Le titre est "conduite diagnostique devant une douleur à l'épaule non traumatique". restreindre d'emblée le sujet à une seule étiologie (certes la plus fréquente la plus couteuse mais aussi la plus bénigne) est une simplification probabiliste, qui ne correspond pas à la démarche clinique médicale reprise dans la suite qui va du plus grave au plus bénin.Si dès la définition on se limite à l'objectif principal (rationaliser les prises en charge chirurgicales des lésions de la coiffe), il faudrait alors limiter le titre de la reco et ne garder que la seconde partie : "prise en charge des tendinopathies de la coiffe".
Expert 13	non traumatique mais pouvant être de début brutal
Expert 14	le terme de syndrome douloureux sub-acromial est confondant avec conflit sub-acromial
Expert 15	La localisation seule au moignon de l'épaule peut porter à confusion. En effet ce sont des douleurs qui présentent souvent un caractère légèrement irradiant et diffus, à la face latérale du moignon de l'épaule, correspondant classiquement à la masse du deltoïde. Les patients décrivent souvent ce caractère irradiant. Quant aux mouvements du bras, il est dommage de les limiter à la seule élévation.
Expert 28	Ces douleurs peuvent être en lien avec des micro-traumatismes. Elles peuvent irradier vers le bras. La localisation au niveau du moignon de l'épaule et du bras est plutôt antre latérale
Expert 30	syndrome sub-acromial terme ambigu avec conflit sous acromial avec que certaines tendinopathies sont sans conflit sous acromial AE non adapté comment donner une définition avec une étude randomisée: ne pas mettre AE
Expert 31	Cette définition correspond à la plupart des tendinopathies de la coiffe, mais ne semble pas inclure certaine douleur d'épaule liée à une tendinopathie de la coiffe

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	des rotateurs, comme celle liée à une tendinopathie du sub scapulaire.
--	--

Proposition 2

Ce diagnostic comprend les termes : bursite, tendinopathie et rupture dégénératives des tendons de la coiffe des rotateurs (notamment du supra-épineux), tendinopathie du biceps et tendinopathies calcifiantes. Pour les ruptures tendineuses, les caractéristiques partielles/transfixiantes concernent l'atteinte de l'épaisseur du tendon et le caractère complet ou non la dimension sagittale (largeur) du tendon. (AE)

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.14

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	3	0	1	1	6	19	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	9.68	87.10	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	10.00	90.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Même remarque que précédemment, je propose : Le syndrome sub-acromial peut traduire les lésions suivantes : bursite, tendinopathie et rupture dégénératives des tendons de la coiffe des rotateurs (notamment du supra-épineux), tendinopathie du biceps et tendinopathies calcifiantes. Pour les ruptures tendineuses, les caractéristiques partielles/transfixiantes concernent l'atteinte de l'épaisseur du tendon et le caractère complet ou non la dimension sagittale (largeur) du tendon. (AE)
Expert 3	on devrait dire bursopathie au même titre que tendinopathie, tous les

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	épanchements dans la BSAD ne sont pas douloureux ou inflammatoires
Expert 9	Je trouve l'enchaînement des propositions 1 et 2 pas très limpide. On parle initialement de la douleur d'épaule liée à la tendinopathie de la coiffe des rotateurs dans la proposition 1. Puis dans la proposition 2, on nous explique qu'il y a tout un ensemble d'étiologies possibles, dont la tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Pourquoi ne pas parler uniquement de syndrome douloureux sous acromial ?, puis après d'évoquer les différents diagnostics ?
Expert 12	même remarque il s'agit là de la liste des structures impliquées lors d'un syndrome douloureux subacromial. j'y rajouterais le labrum étroitement intriqué au tlb si on parle d'épaule douloureuse et non pas seulement de syndrome subacromial il manque alors toutes les pathologies des structures scapulaires et extra scapulaires peau, nerfs, artères, veines, capsule, articulations, parties molles, articulations claviculaires, etc...sans oublier le ...cerveau
Expert 16	trop de diagnostics sous ce terme avec des cliniques différentes on a remplacé périarthrite scapulo-humérale certe, avec un démembrement de celui-ci ,mais le syndrome douloureux sub-acromial contient encore trop d'entités cliniques .
Expert 25	Ce diagnostic ? Parlez vous du syndrome sub acromial? Dans ce cas plutôt écrire ce syndrome et non diagnostic qui laisserait penser à une entité lésionnelle commune.
Expert 28	tendinopathie calcifiante : préciser en dehors des crises calciques qui nécessitent une prise en charge différente et ne présentent pas le même tableau clinique
Expert 30	même remarque pour AE

Proposition 3

Le terme de « périarthrite scapulo-humérale » ne doit plus être utilisé et doit être considéré comme obsolète. (AE)

Le terme de conflit sub-acromial est plutôt considéré comme une étiologie. (AE)

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.69

Distribution des réponses par cotation en nombre

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	4	0	2	0	2	2	19	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	12.90	80.65	6.45

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	13.79	86.21

Expert	Commentaires
Expert 2	Je suis d'accord avec les anciens termes à ne plus utiliser, en revanche je trouve que la seconde phrase pose problème. Le principe d'un conflit sous-acromial est quelque chose qui existe parfois mais pour de nombreuses pathologies la pathologie de la coiffe n'est pas forcément en lien avec une diminution de l'espace sous-acromial. Cette vision d'un lien fort entre diminution de l'espace sous acromial et tendinopathie était très mis en avant auparavant mais maintenant plus débattu. Exemple d'article montrant qu'il n'y a pas de lien entre espace sous-acromial et tendinopathie : https://journals.humankinetics.com/view/journals/jsr/30/4/article-p531.xml . Je propose soit de supprimer la phrase, soit de remplacer par "est considéré comme une DES étiologies" (pour dire qu'il existe également d'autres étiologies
Expert 8	Il s'agit d'une recommandation de prise en charge. A mon sens il faut une cohérence en citant les différents termes existants (si possible faire un lexique, cf. proposition 1). Si le terme de PSH ne correspond plus à une réalité clinique, et que cela s'appuie uniquement sur un accord d'expert, donc partial, alors peut-être alors faut-il adoucir la formule avec une formule plus neutre ? Je vous propose : "Le terme de syndrome sub-acromial doit être préféré au Le terme au terme PSH qui ne reflète pas l'ensemble des situations".
Expert 12	puisque le tlb est intra articulaire
Expert 15	Je suis tout à fait d'accord sur le fait que le terme de "périarthrite scapulo-humérale" est obsolète.

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	En revanche je suis en désaccord total sur la deuxième partie de la proposition. Le terme de conflit ne doit pas être considéré comme une étiologie et doit être lui aussi abandonné, pour trois raisons : - La première est qu'il ne semble pas y avoir de relation entre la distance acromio humérale et la douleur à l'épaule chez les patients souffrant de douleur d'origine sub acromiale - La deuxième que la terminologie de conflit peut entrainer un effet nocebo non négligeable, pouvant accentuer les attentes du patient vis à vis de techniques de soins passives, voir de chirurgie. Ces attentes peuvent constituer un frein important à la mise en place d'une approche rééducative basée sur l'exercice https://www.jospt.org/doi/full/10.2519/jospt.2021.10375 - Enfin, cette pathologie est multifactorielle, et ne peut pas être seulement expliquée avec une approche biomécanique.
Expert 17	Il faut abandonner le terme de périarthrite. Le terme conflit sub-acromial fait référence à une étiologie qui est toujours scientifiquement incertaine (lésions pas toujours sur la face bursale du tendon, le type d'acromion n'a pas d'influence sur la rupture)(Payne 1997 ; Fukuda 1987 ; Ozaki 1988 ; Ellman 1990; Gill 2002). L'utilisation du terme, notamment en soins primaires, crée des attentes défavorables chez les patients (croyances de peur et d'évitement, kinésiophobie, attentes fortes d'un traitement structurel/chirurgical pour ôter le conflit) qui rend plus difficile la suite de leur parcours de soin (Zadro 2019). Éventuellement lui préférer le terme de syndrome douloureux sous-acromial qui ne fait pas directement référence à une étiologie nocebogène et discutable scientifiquement.
Expert 25	Je préfère "renvoi à un mécanisme lésionnel commun à ces entités" plutôt qu'étiologie.
Expert 27	PSH reste un acronyme utilisé; il faudra en remplacer l'usage
Expert 29	"périarthrite scapulo-humérale" ne doit effectivement plus être utilisé. En revanche, le terme de conflit SUB acromial est inapproprié à mon sens et doit être remplacé par conflit sous acromial
Expert 30	même remarque pour AE

Proposition 4

La coiffe des rotateurs comprend 4 muscles : le supra-épineux, l'infra-épineux, le petit rond et le sub-scapulaire. Anatomiquement, le tendon du long biceps ne fait pas partie de la coiffe des rotateurs, mais sa proximité anatomique justifie d'intégrer sa pathologie dans le cadre plus large de la pathologie de la coiffe des rotateurs. (AE)

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.33

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	1	0	1	1	3	24	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.45	93.55	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.45	93.55

Expert	Commentaires
Expert 8	Là encore, s'il vous plaît proposez un lexique du fait de la largeur de l'audience à qui s'adresse cette communication.
Expert 12	même problème de restreindre artificiellement la conduite diagnostique à une tendinopathie de la coiffe : plus que des raisons de proximité anatomique, c'est parce qu'on traite d'épaule douloureuse qu'on intègre le tlb, comme on doit y intégrer toutes les autres structures composant une épaule
Expert 13	les tendinopathies du long biceps sont un chapitre à part: SLAP lésions, long biceps en sablier, instabilité
Expert 17	Ce n'est pas seulement la proximité anatomique mais également fonctionnelle. Les tendinopathies du long biceps sont en majorité secondaires à une autre pathologie d'épaule, dont les tendinopathies de la coiffe (Beall DP, Williamson EE, Ly JQ, Adkins MC, Emery RL, Jones TP, Rowland CM. Association of biceps tendon tears with rotator cuff abnormalities: degree of correlation with tears of the anterior and superior portions of the rotator cuff. AJR Am J Roentgenol. 2003 Mar;180(3):633-9. doi: 10.2214/ajr.180.3.1800633. PMID: 12591665)
Expert 30	petit rond pas dans la coiffe mais parfois (bien que très rarement) atteint

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Proposition 5

Les schémas anatomiques de l'épaule vous semblent-ils lisibles et pertinents ?

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 1

Moyenne : 1.07

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	29	2

Expert	Commentaires
Expert 8	Bonne lisibilité de la figure. Remarque de forme : choisir en terme de cohérence si la nomenclature est sub-scapulaire ou subscapulaire
Expert 12	rajouter une vue profonde et une vue latérale de l'articulation permettant de visualiser le labrum et le trajet intra articulaire du long biceps.
Expert 15	Les tendons de la coiffe apparaissent continuent c'est important.
Expert 16	rajouter si possible un schéma d'innervation
Expert 17	Les schémas sont lisibles mais ont pour défaut de ne pas rendre compte de la continuité des structures tendineuses et capsulo-ligamentaires. Il pourrait être utile que le schéma présente le câble des rotateurs et les éléments d'anatomie pertinents dans le cadre des pathologies de la coiffe (Asghar 2020)
Expert 18	Il serait intéressant d'associer un 3ème schéma anatomique correspondant à l'incidence radiologique du "faux profil de Lamy" afin de bien montrer l'espace sous acromial dans lequel coulisse le supra épineux
Expert 25	Peut être trouver un moyen de préciser que les fibres distales du subscapulaires pontent le long biceps (possibilité d'instabilité de ce dernier en cas de rupture partielle du subscapulaire)
Expert 27	particulièrement clairs
Expert 31	Vue antérieure : - la bourse sous deltoïdienne pourrait être fléchée et indiquée en plus de la bourse

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	sous acromiale, ou encore regroupee avec celle ci dans la legende Vue postérieure - l'articulation acromioclaviculaire pourrait etre egalement legendée sur cette vue
--	---

Diagnostics à évoquer devant une épaule douloureuse

Proposition 6

Devant une épaule douloureuse, dans un premier temps, il est indispensable de rechercher par l'examen clinique (interrogatoire et examen physique) les diagnostics urgents (tableau 1) et différentiels (tableau 2) d'une pathologie d'épaule (AE).

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.68

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	2	2	26	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 5	la critique principale du chapitre 2, que je développerai sur les différentes questions, porte sur la présentation plus que sur le contenu. même si il va de soi que les urgences sont à éliminer, ce n'est pas le plus prévalent en soins de premiers recours, et cela met un focus important que ces diagnostics différentiels qui risque d'induire une appropriation plus sur les diagnostics différentiels que sur les diagnostics à traiter dans cette reco

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	donc à revoir si on garde cet ordre avec un algorithme de synthèse des diagnostics permettant de mettre le focus sur les atteintes articulaires de l'épaule (comme faite dans la synthèse des recos mais seulement pour les atteintes de plus de 6 semaines)
Expert 18	on pourrait y rajouter la recherche d'un traumatisme récent (moins d'une semaine) négligé ou passé inaperçu - dans mon expérience cette situation est relativement fréquente - Certes l'épaule douloureuse post traumatique récente sort complètement du cadre des autres étiologies évoquées (urgentes ou non) car il s'agit d'une pathologie ostéo-articulaire, mais elle n'est pas traitée dans ces recommandations.
Expert 25	C'est dans le titre du document, mais peut être préciser sur ce chapitre encore une fois "épaule non traumatique"
Expert 30	l'attention aux diagnostics différentiels et/ou urgents n'est pas la même si symptômes mécaniques ne survenant qu'à la mobilisation de l'épaule ou pas

Proposition 7

Tableau 1 : Diagnostics qui sont des urgences à évoquer devant une douleur d'épaule (AE). Ce tableau vous semble-t-il pertinent et contenir les informations adéquates ?

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.70

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	2	0	1	1	1	4	5	16	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	9.68	87.10	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	10.00	90.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Pour les propositions 7 et 8, je ne trouve pas pertinent de mettre en exergue les diagnostics en premières colonnes. Je propose de mettre en exergue des signes d'alerte indispensables à rechercher et qui peuvent faire évoquer les diagnostics graves et/ou différentiels. Par exemple : Douleur thoracique, dyspnée : pathologie cardio-pulmonaire (SCA, EP, pleure-pneumopathie...) Fièvre, douleur d'horaire inflammatoire : arthrite septique, PPR Douleur hypochondre, signes digestifs : pathologie vésiculaire Anomalie de l'examen neurologique du membre supérieur, syndrome rachidien cervical : NCB, zona, syndrome du défilé... Un second tableau pourrait regrouper le descriptif plus précis des cadres nosologiques tels qu'ils sont actuellement décrits. En effet, telles que ces 2 propositions sont formulées, le lecteur peut penser qu'il faut rechercher un SCA dès qu'il y a des facteurs de risque cardio-vasculaire. Or ça ne me semble pas pertinent devant une douleur d'épaule. En revanche, il me semble indispensable de rechercher une douleur thoracique associée.
Expert 3	il faudrait ajouter certaines hépatopathies pouvant donner une douleur perçue à l'épaule, c'est certes rare mais peut se voir et piégeant si on ne recherche pas d'autres signes (inspiration profonde, palpation); cette étiologie est évoquée dans le tableau suivant parlant des voies biliaires ce qui est plus restrictif, mais pourrait être considéré comme un diagnostic relativement urgent
Expert 5	oui, mais avec le commentaire précédent.
Expert 7	Concernant le diagnostic différentiel PPR, je propose de rajouter le caractère d'emblée bilatéral des douleurs des épaules qui doit attirer l'attention et doit constituer un drapeau d'alerte, car il n'est pas rare (en tout cas dans mon expérience) d'avoir des patients ayant des conflits sous-acromiaux qui sont bilatéraux, mais dans le temps, par sur-utilisation du côté initialement sain
Expert 8	Je trouve que ce tableau manque de lisibilité sur la forme et le fond, avec une seconde colonne qui me paraît manquer de clarté et d'exhaustivité. - Titre : Ce n'est pas précisé "hors traumatisme". - Fond : * Chez le sujet âgé, il faut penser de manière systématique au traumatisme car

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	l'anamnèse est rarement claire. * Ces urgences ne sont pas hiérarchisées (certaines sont graves, d'autres moins) * Pour certaines le lien avec la douleur d'épaule n'est pas clair. * Recommander de rechercher un Horton qui se révélerait pas une douleur d'épaule unilatérale me paraît compliqué d'un point de vue pédagogique. Les signes de Horton sont par ailleurs incomplets et n'ont pas nécessairement leur place dans ce tableau. * De même, veuillez préciser l'argumentaire pour l'embolie pulmonaire. Il s'agit d'une douleur d'épaule et non d'une douleur thoracique. Donc, je proposerai de retravailler ce tableau avec un intitulé faisant apparaître les notions : "Douleur + aiguë + unilatérale d'épaule -> recherchez selon le terrain (cf.infra) 1. les causes vasculaires : rechercher des arguments pour un infarctus du myocarde, une compression vasculaire 2. les causes neurologiques : rechercher déficit neurologique moteur ou sensitif 3. Les causes articulaires : rechercher des arguments pour une fracture +++, une luxation ou une arthrite septique 4. Les douleurs projetées : rechercher une cause digestive 5. les douleurs abarticulaires : en cas de bilatéralité, ne pas méconnaître une atteinte inflammatoire proximale (PPR...)" Aussi, le terrain doit être un élément clef : - Cause traumatique -> problématique neurologique / fracture / luxation... - Sujet âgé : fracture / arthrite microcristalline ou septique Le Horton est une urgence ophtalmologique mais la révélation par une douleur brutale unilatérale d'épaule me semble rendre confus le message.
Expert 12	dans les diagnostics urgents: hémarthrose (à évoquer selon le contexte anticoagulants, hémophilie, épaule sénile)
Expert 15	Certains signes ou symptômes plus généraux peuvent/doivent faire suspecter une urgence ou une pathologie grave : - fatigue (majeure, inexpliquée, affectant la fonction) - fièvre prolongée - variations de poids inexpliquées - symptômes neurologiques - changement cognitifs
Expert 17	Je pense qu'il faut ajouter - les fractures de l'humérus proximal causées par des traumatismes de faible énergie chez des patient·e·s ostéoporotiques. - les ostéonécroses de la tête humérale, leurs facteurs de risque (Corticothérapie, Traumatisme, Ethylisme, Irradiations/rayonnements/drepanocytose) et les signes

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	évocateurs (déformation, oedème, douleurs mécaniques, limitation de mobilité) - les signes évocateurs d'un ostéosarcome de la tête humérale (déformation, oedème, douleurs non-mécaniques, limitation de mobilité, antécédent de cancer)
Expert 18	en ce qui concerne le sd coronarien aigu (SCA) l'indication préférentielle de l'épaule gauche ne me paraît pas pertinente : en médecine d'urgence cela fait longtemps qu'on nous apprend à nous méfier des douleurs projetées du côté droit ; je rédigerai la phrase "quel que soit le côté droit ou gauche"
Expert 25	Je rajouterai : pneumothorax, et dissection aortique
Expert 28	Ajouter syndrome de Pancoast Tobias, Claude Bernard Horner,
Expert 30	extreme urgence accident ischémique ou embolie urgences arthrite septiques et PPR surtout si pas de maladie de horton

Proposition 8

**Tableau 2 : Autres diagnostics différentiels à éliminer avant d'évoquer une douleur d'épaule (AE).
Ce tableau vous semble-t-il pertinent et contenir les informations adéquates ?**

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 8.5

Moyenne : 7.57

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	3	2	1	2	6	15	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
	4	9	
Nombre de réponses en %	12.90	83.87	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
	4	9
Nombre de réponses en %	13.33	86.67

Expert	Commentaires
--------	--------------

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert 1	Pour les propositions 7 et 8, je ne trouve pas pertinent de mettre en exergue les diagnostics en premières colonnes. Je propose de mettre en exergue des signes d'alerte indispensables à rechercher et qui peuvent faire évoquer les diagnostics graves et/ou différentiels. Par exemple : Douleur thoracique, dyspnée : pathologie cardio-pulmonaire (SCA, EP, pleure-pneumopathie...) Fièvre, douleur d'horaire inflammatoire : arthrite septique, PPR Douleur hypochondre, signes digestifs : pathologie vésiculaire Anomalie de l'examen neurologique du membre supérieur, syndrome rachidien cervical : NCB, zona, syndrome du défilé... Un second tableau pourrait regrouper le descriptif plus précis des cadres nosologiques tels qu'ils sont actuellement décrits. En effet, telles que ces 2 propositions sont formulées, le lecteur peut penser qu'il faut rechercher un SCA dès qu'il y a des facteurs de risque cardio-vasculaire. Or ça ne me semble pas pertinent devant une douleur d'épaule. En revanche, il me semble indispensable de rechercher une douleur thoracique associée.
Expert 3	voir réponse question précédente, parler d'hémopathie et non seulement de pathologie des voies biliaires
Expert 6	La dernière case blanche de la colonne de droite, commune aux 3 dernières cass de la colonne centrale, prête à confusion, d'autant plus que tous les symptômes évocateurs ne se retrouvent pas dans chacun des dg proposés, alors que pour les autres cases de dg, chacune à sa case de symptomes évocateurs propres
Expert 9	Je rajouterais les maladies du motoneurone type SLA ou maladie d'Hirayama, souvent en errance diagnostic quand les 1ers symptômes sont des douleurs d'épaules. J Clin Neuromuscul Dis . 2011 Sep;13(1):53-5. doi: 10.1097/CND.0b013e31821c5623. Shoulder pain in amyotrophic lateral sclerosis PMID: 22361626 DOI: 10.1097/CND.0b013e31821c5623
Expert 12	syndrome cellulo teno myalgique (syndrome de Maigne)d'origine fonctionnelle objectivé par des manœuvres de palper rouler avec cellulalgies asymétriques et épaissement cutané dans le territoire C5-C6 (moignon de l'épaule) associant tenalgies et myalgies et associés à des points articulaires postérieurs cervicaux à la palpation. La fibromyalgie (douleurs nociceptives) mérite d'être citée(fibro =fibre= tendon) même si c'est un diagnostic d'élimination. beaucoup de syndrome sous acromial s'en rapprochent. Et la prise en charge ne doit être ni opioïdes ni chirurgie

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert 13	Douleurs neurogènes: plexopathies type Parsonage et Turner: le syndrome douloureux précède l'installation de l'amyotrophie (n°vralgie amyotrophiante)
Expert 15	La partie sur les douleurs projetées me semble pertinente. En revanche la partie sur les douleurs neurogènes n'a peut être pas sa place ici. Les pathologies cervicales ne font pas partie des diagnostics à éliminer avant d'évoquer une douleur d'épaule car les deux sont fréquemment associées. Tout d'abord car il existe une forte corrélation entre réduction de mobilité du rachis cervical et le développement de douleur d'épaule. Ce risque est multiplié par 3 par rapport à une population sans raideur du cou. Près de 40% des patients avec une douleur d'épaule auront une mobilité du rachis cervical altérée. 25% des patients souffrant de radiculopathie cervicale souffrent d'un problème local d'épaule. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32162792/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21824582/
Expert 17	Je pense qu'il faudrait ajouter le syndrome de Parsonage-Turner aux diagnostics différentiels neurogènes. Un des signes évocateurs de la tumeur de l'apex pulmonaire est une radiculopathie C7-C8-T1 et la tumeur de l'apex pulmonaire n'est-elle pas une urgence?
Expert 18	Oui à la réserve près du traumatisme récent négligé : j'ai déjà vu une fracture du trochiter se présenter comme une crise de résorption de calcification ou comme une bursite aiguë de sur-utilisation
Expert 19	Il me semble qu'il conviendrait d'ajouter la perte de poids et la fatigue général pour la tumeur.
Expert 26	syndrome de la traversée rarement douloureux au moignon
Expert 29	Je rajouterais dans les étiologies neurologiques : syndrome de Parsonage Turner, très douloureux et plus fréquent depuis le Covid
Expert 30	Oui mais n'est pas cité l'atteinte la plus fréquente en pratique quotidienne qui est celle de la branche postérieure de C7T1 avec gêne en rotation cervicale, douleur à pression C7T1, réveil de la douleur postérieure lors de mobilisation de l'épaule

Proposition 9

Une fois les diagnostics différentiels et urgents éliminés, il faut différencier les épaules douloureuses persistantes des épaules douloureuses aiguës qui apparaissent brutalement et sans traumatisme. (AE)

Valeur minimum : 3

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.00

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	2	1	1	1	3	1	22	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	9.68	90.32	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	9.68	90.32

Expert	Commentaires
Expert 1	Le terme éliminé me semble excessif. En effet, compte tenu des diagnostics évoqués précédemment, il me semble impossible de les "éliminer" sans pratiquer une batterie d'examens complémentaires importante. Par exemple, comment éliminer une tumeur de l'apex sans demander un scanner thoracique, il en va de même pour l'EP. Je propose : En l'absence de signe d'alerte, il faut différencier les épaules douloureuses persistantes des épaules douloureuses aiguës qui apparaissent brutalement et sans traumatisme. (AE) Mais cette proposition nécessite de mettre en exergue les signes d'alerte plutôt que les diagnostics dans les propositions précédentes.
Expert 4	Même si la prise en charge peut être différente passé un certain temps, je ne comprends comment on peut d'emblée faire cette différenciation lorsque le patient consulte en début de première apparition de symptômes. Les recommandations indiquent de passer aux examens radiographiques et traitements complémentaires (notamment kinésithérapie très bénéfique) uniquement après 6 semaines de persistance de symptômes, ce qui peut être un facteur d'aggravation, de compromission plus longue de la capacité à exercer certaines activités

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	professionnelles et de grande fatigue liée aux trouble du sommeil induits par la douleur.
Expert 5	2 soucis: - quand le diagnostic aigu est une poussée aiguë de tendinopathie de la coiffe et que l'épaule persistante est la tendinopathie de la coiffe et autres, c' est confusionnant sur l'entité aiguë par rapport à la subaiguë de la coiffe où le diagnostic différentiels sont différents, mais l'étiologie principale reste la même. cela laisse supposer que ce sont deux pathologies différentes. - sur le plan de construction de la phrase, "qui apparaissent etc..." semble se rattacher à épaules aiguës uniquement, à remplacer par "les deux correspondant à une apparition brutale etc" ?
Expert 8	Précisez le caractère uni ou bilatéral et le terrain, s'il-vous-plaît
Expert 12	définition de aiguë?: pour moi douleur de moins de 6 semaines ou de durée compatible avec la guérison de la lésion causale(aiguë par opposition à chronique) le début d'une douleur aiguë peut être progressif ou brutal, l'évolution rapidement favorable ou d'aggravation rapide ou progressive, l'intensité peut être faible ou élevée. traumatique microtraumatique ou atraumatique
Expert 15	Je suis plutôt d'accord sur le fait qu'il faille différencier les épaules douloureuses aiguës d'apparition brutale et sans traumatisme. Cependant, il ne me semble pas pertinent de qualifier les épaules ne rentrant pas dans cette catégorie d'épaules douloureuses "persistantes". Il est très fréquent que des patients consultent pour des douleurs d'épaule d'origine sous acromiale d'apparition progressive, dont l'intensité est faible à modérée, voir inconstante, et surtout depuis moins de 6 semaines. Il me semblerait plus pertinent de parler d'épaule douloureuse aiguë parfois hyperlagique, d'apparition brutale et sans traumatisme VS épaule douloureuse
Expert 30	un peu artificiel car on peut déjà discuter au stade aigu les diagnostics de douleurs persistantes et en particuliers capsulite rétractile au début avec amélioration plus rapide avec traitement précoce: données personnelles pas d'études de la littérature pour confirmer

Epaule douloureuse aiguë

Proposition 10

Les diagnostics à évoquer devant une douleur d'épaule aiguë (

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Moyenne : 7.59

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	3	1	3	6	4	14	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	9.68	90.32	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	9.68	90.32

Expert	Commentaires
Expert 1	J'ajouterai "Contexte de RIC connu" dans la 2e colonne de la 3e ligne pour le diagnostic d'arthrite secondaire à un RIC. Ça semble évident mais ça permet de rappeler que ce n'est pas un diagnostic qu'on évoque en dehors de ce contexte devant une douleur d'épaule aiguë. J'utiliserai plutôt le terme de syndrome sub-acromial plutôt que poussée de tendinopathie dégénérative. En effet, il faudra pour retenir ce diagnostic proposer une imagerie diagnostique alors que si on parle de syndrome clinique, il n'est pas nécessaire de demander des examens complémentaires ce qui me semble être le sens de la recommandation.
Expert 3	il faudrait ajouter bursite septique à arthrite septique et une crise de chondrocalcinose articulaire (et plus généralement arthropathie microcristalline) non incluse normalement dans les rhumatismes inflammatoires
Expert 4	Je ne comprends pas pourquoi l'arthrose ne fait partie de cette liste mais uniquement dans celle au delà de 6 semaines de symptômes. C'est particulièrement étonnant dans le cas d'un patient déjà diagnostiqué arthrosique pour une autre localisation et du fait de l'évolution fréquente des arthroses par poussée douloureuses. Ceci rejoint mon commentaire sur la différenciation +/- 6

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	semaines en ce qui concerne l'examen radiologique. A mon sens plus tôt on confirme un diagnostic et mieux on le prends en charge (exemple le renforcement musculaire en kinésithérapie pour l'arthrose).
Expert 5	oui, mais là aussi en terme de présentation , le diagnostic le plus prévalent est en fin de liste, non décrit. la présentation ne sert pas le propos. de plus, il n'y a pas de description clinique come dans le chapitre suivant, ce qui ici aussi fait relever qu'il existe deux pathos différentes entre aigu et persistante (cf plus haut)
Expert 7	petite incohérence à mon sens, car si l'arthrite septique est mentionnée comme diagnostic prioritaire à éliminer au Tableau 1, cela fait double emploi de l'évoquer ici à nouveau
Expert 8	Je pense que ce tableau peut gagner en clarté. Des cases vides et une case trop remplie lui font perdre sa clarté. Exemple : Pour la résorption de calcification : - Terrain : sujet âgé, arthrose vieillie, antécédents de poussée d'arthrite microcristalline, d'hyperparathyroïdie, d'hémochromatose, de goutte, d'insuffisance rénale... - Interrogatoire : - Clinique : articulation tuméfiée, douloureuse, chaude, signes d'épanchement... - paraclinique : échographie si disponible
Expert 10	Il manque les étiologies tumorales primitives et secondaires.
Expert 12	atteinte acromioclaviculaire, sternoclaviculaire, hémarthrose, Parsonage et Turner,
Expert 15	Plutôt d'accord avec ce tableau . C'est une bonne chose que la résorption calcique soit détaillée car elle passe souvent à la trappe. Pour faire suite à la proposition précédente, c'est l'appellation des deux groupes d'épaule douloureuse qui ne me paraît pas adapté. Pour ce tableau là, il me semblerait plus juste de parler d'épaule douloureuse aiguë voire hyperalgique. Il n'est pas nécessaire d'avoir un délai de 6 semaines sans évolution pour poser le diagnostics de tendinopathie de la coiffe
Expert 16	la poussée douloureuse aiguë survient rarement sans traumatisme ou sur utilisation de l'épaule dans les jours précédents
Expert 17	Ajouter l'Épaule gelée/capsulite rétractile qui se présente initialement comme une épaule irritable/hyperalgique avec une perte progressive de la rotation latérale coude au corps. L'arthrite septique est un diagnostic urgent, qui aurait donc sa place dans le tableau 1

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert 23	Il faudrait remplir pour la troisième ligne " arthrite secondaire à une poussée de rhumatisme inflammatoire chronique" la colonne "éléments importants" car pour ceux qui ne sont pas rhumatologues, ils attendent quelques éléments pouvant les orienter sur ce diagnostic différentiel. Ceci est pas exemple assez important face à un sujet âgé Deuxième ligne " calcification en crise de résorption": le terme de "crise" n'est pas très clair à cet endroit. Il le devient plus bas en lisant le texte. Pour ceux qui ne sont pas habitués à cette description, ne faudrait-il pas trouver une description clinique plus classique afin de rendre le tableau compréhensible dans sa totalité à la première lecture ?
Expert 28	Peut être classer dans l'ordre de probabilité avec la crise calcique en premier
Expert 30	les arthropathies d'autres origines sont aussi possibles même si on a le temps d'en faire le diagnostic
Expert 31	Existe il une place logique pour les bursites infectieuses ou rhumatismales en poussée ?

Epaule douloureuse persistante

Proposition 11

Face à une épaule douloureuse persistante (> 6 semaines d'évolution), il faut différencier 4 tableaux cliniques (AE) :

- les épaules douloureuses non limitées en passif (AE)
 - o les épaules douloureuses non limitées en actif et en passif
 - o les épaules douloureuses limitées en actif mais pas en passif (au maximum pseudo-paralytiques) : limitation liée à la douleur ou à une rupture tendineuse
- les épaules raides = limitées en passif (AE)
- les épaules douloureuses d'origine neurologique (AE)
- les épaules instables (AE)

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.88

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	3	0	3	3	5	17	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	9.68	90.32	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	9.68	90.32

Expert	Commentaires
Expert 1	Il faudrait définir l'instabilité. Je pense qu'au delà de 6 semaines d'évolution, il faut introduire la présence d'une amyotrophie pour évoquer les épaules neurologiques
Expert 4	Dans le cas de l'arthrose la raideur limitant au passif n'est pas forcément très prononcée dans les premiers temps de l'atteinte.
Expert 5	Je trouve très intéressant cette répartition par la clinique (du coup, cela fait défaut en aigu, dans la même idée que défendue plus haut)
Expert 8	Formulation lapidaire. "Il faut" ne me semble pas adapté à une recommandation fondée sur des accords d'expert. "Il est préférable", "on distingue"... seraient plus adaptés.
Expert 10	Même remarque. Il me paraît difficile de ne pas évoquer les lésions tumorales lève/laisse qui peuvent aussi bien être dans le tableau des DL aiguës ou persistantes.
Expert 12	très bien mais les mêmes caractéristiques cliniques de douleurs et raideurs sont à rechercher dans une épaule aiguë.
Expert 15	Je suis d'accord avec cette classification. Encore une fois c'est la dénomination d'épaule douloureuse persistante qui me pose problème, et le délai de 6 semaines. De nombreux patients viennent consulter avant ce délai de 6 semaines et il est tout à fait possible de recourir à la classification dans les 4 tableaux cliniques que vous proposez avant ce délai. Il me semblerait plus simple et moins confus de tout simplement parler "d'épaule douloureuse".
Expert 16	Je vois mal l'entité représentée par épaule douloureuse non limitée en passif et en actif car les tendinopathies ou bursite donnent en principe des limitations actives lors des mouvements

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert 17	On peut y ajouter les épaules vasculaires (Syndrome de la Traversée Thoraco Brachiale vasculaire ou V-TOS; compression de l'espace quadrilatère de Velpeau)
Expert 19	Il me paraîtrait pertinent ici, en s'appuyant sur la thèse du Dr Cadogan, de proposer une classification par soustraction en respectant l'ordre proposé à savoir, placer l'épaule douloureuse d'origine neurologique en premier, l'instabilité, puis l'épaule raide, puis enfin l'épaule non limitée en passif. Il semblerait que cet ordre limite le risque d'erreur. Diagnosis of shoulder pain in primary care, Angela Cadogan, 2011
Expert 26	épaules instables rare
Expert 28	Cette classification englobe des patients très différents ce qui peut porter à confusion. En effet, les patients à épaules pseudo paralytiques relèvent des ruptures massives de coiffe (ou paralysie en diagnostic différentiel) et ne correspondent pas en terme d'âge, de type de population à l'immense majorité des patients qui présentent des douleurs sous-acromiales. N'est-ce pas là plutôt un diagnostic différentiel ? Il convient également de préciser "les épaules douloureuses non "OU PEU" limitées en passif" afin de ne pas voir diagnostiquées toutes épaules limitées et douloureuses en capsulite ce qui est largement le cas actuellement en médecine de 1er recours.

Proposition 12

Les diagnostics à évoquer dépendent des tableaux cliniques et sont détaillés dans le tableau 4 (AE).

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.54

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	4	0	2	4	3	16	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	16.13	80.65	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	16.67	83.33

Expert	Commentaires
Expert 1	Pour l'épaule instable, j'écrirai plutôt antécédent de luxation glénoïdale-humérale car c'est surtout dans ce contexte qu'on trouve une instabilité. Cette luxation peut avoir été traumatique, en lien avec une crise comitiale ou une hyperlaxité. Les diagnostics d'hyperlaxité sont aujourd'hui posés en excès et il me semble important de pas entretenir ce phénomène.
Expert 7	Toute rupture tendineuse ne s'accompagne dans mon expérience d'un limitation active de l'épaule. Je pense qu'il faudrait logiquement mentionner aussi ce diagnostic dans le cas épaule non limitée en actif et en passif
Expert 8	I. Point de Forme : Au lieu de "en passif", on pourrait préciser quelque part "limitée à la mobilisation passive"... Nos interlocuteurs sont aussi des étudiants qui vont se servir de votre recommandation comme d'une source de savoir opposable au concours de l'internat (=EDN/ECN) . II. je proposerai de réaliser dans l'ordre qui me semble plus logique cliniquement : 1. les douleurs avec limitations à la mobilisation active et passive 2. les douleurs avec limitations à la mobilisation active seule 3. les douleurs sans limitation active ou passive 4. les douleurs à contexte spécifique (épaule instable, épaule neurologique)
Expert 9	Je trouve la présentation des épaules neurologiques pas très clair entre ce tableau et le tableau 1. La liste me semble restrictive dans ce tableau par rapport au 1.
Expert 10	cf rmq supra
Expert 12	le Parsonage et Turner: douleurs initiales à la période aiguë, puis disparition des douleurs (rapide si corticothérapie)et paralysie à la phase chronique
Expert 15	Plutôt d'accord avec ce tableau. Quelques petites précisions : - Il manque à mon avis les douleurs d'épaule d'origine cervicale. Une limitation d'amplitude du rachis cervical ou une radiculopathie C5-C6 peut donner un tableau d'épaule douloureuse non limitée en passif mais limitée en actif. Ce sont

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	les tests et l'examen clinique qui permettront de faire la différence. - Par rapport à l'épaule instable : Elle peut être effectivement post-traumatique. Lorsque ce n'est pas le cas, c'est dans le cadre d'un déficit de contrôle neuro-moteur. L'hyperlaxité ligamentaire est un facteur de risque d'instabilité, pas une étiologie.
Expert 16	pour la même raison que ci-dessus
Expert 17	Le syndrome de Parsonage Turner fait partie des diagnostics d'épaule douloureuse aiguë, pas persistante. Concernant l'épaule instable non-traumatique, une étiologie non-traumatique liée à des schémas moteurs aberrants est également décrite et présentée notamment dans la classification de Stanmore (Stanmore type 3).
Expert 19	Je suis en désaccord sur le terme capsulite et lui préfère le terme épaule gelée plus englobant (toutes les capsulites sont des épaules gelées mais toutes les épaules gelées ne sont pas des capsulites, la recherche récente montrent qu'il y a une hypothèse musculaire à certaines épaules gelées). Abrassart, S., Kolo, F., Piotton, S., Chih-Hao Chiu, J., Stirling, P., Hoffmeyer, P., & Lädermann, A. (2020). 'Frozen shoulder' is ill-defined. How can it be described better? EFORT Open Reviews, 5(5), 273-279. https://doi.org/10.1302/2058-5241.5.190032 Lewis, J. (2015). Frozen shoulder contracture syndrome : Aetiology, diagnosis and management. Manual Therapy, 20(1), 2-9. https://doi.org/10.1016/j.math.2014.07.006 Hollmann, L., Halaki, M., Kamper, S. J., Haber, M., & Ginn, K. A. (2018). Does muscle guarding play a role in range of motion loss in patients with frozen shoulder? Musculoskeletal Science and Practice, 37, 64-68. https://doi.org/10.1016/j.msksp.2018.07.001
Expert 23	intitulé du tableau à compléter pour que ce soit homogène avec le précédent: "pathologie de l'épaule à évoquer devant une épaule douloureuse persistante" (rajouter persistante)
Expert 28	Las arthropathies acromio-claviculaires sont régulièrement limitées en passif. Il y a peu de littérature sur la question hélas mais cela devrait être consensuel chez les cliniciens et cliniciennes experts. La notion de limitation passive doit être intégrées également aux épaules douloureuses d'origine sous-acromiales. les hypoextensibilités des structures postérieures sont régulièrement décrites et pas uniquement chez les sportifs du lancer. Il est préférable de dire que la rotation latérale passive coude au corps est toujours conservée.

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	En référence l'article de Seitz de même que les articles de Lewis que j'étais étonné de ne pas retrouver en bibliographie.
Expert 30	j'inverserais capsulite et omarthrose en raison fréquence des capsulites
Expert 31	Peut on évoquer la dysplasie , ou encore les pathologies labrales dans les causes d'épaule instable ? J Bone Joint Surg Am. 2016 Jun 1;98(11):958-68. doi: 10.2106/JBJS.15.00916. Sports Med Arthrosc Rev. 2017 Sep;25(3):e12-e17. doi: 10.1097/JSA.000000000000153.

Proposition 13

Après plus de 6 semaines d'évolution, un bilan radiographique de débrouillage est indispensable, permettant d'identifier en particulier une calcification voire une tumeur de l'épaule. Les tumeurs osseuses de l'épaule restent rares et ne correspondent pas à un tableau clinique en particulier.
(AE)

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 7

Moyenne : 7.10

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	1	2	2	4	6	4	11	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	12.90	87.10	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	12.90	87.10

Expert	Commentaires
--------	--------------

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert 1	Après plus de 6 semaines d'évolution, un bilan radiographique de débrouillage est recommandé. Il permet de rechercher une tumeur de l'épaule pour laquelle la symptomatologie n'est pas spécifique et qui nécessitent d'être diagnostiquées rapidement. En outre, il permet d'identifier une calcification voire une arthropathie débutante. (AE) En effet, il me semble que la mise en évidence d'une calcification n'apporte pas une information importante à 6 semaines d'évolution et risque de provoquer un effet nocebo chez le patient.
Expert 4	Il me semble utile de faire un bilan radiographique avant 6 semaines chez un patient déjà atteint d'arthrose pour d'autres localisations.
Expert 5	les délais de rdv tant en soins de premiers recours ainsi qu'en radiologie impliquent que sur des hypothèses cliniques, radio et écho soient prescrites dans le même temps. l'idée de faire une radiographie de débrouillage puis une seconde cs avec des examens prescrits suite aux hypothèses posent pb (doute sur une rupture par exemple). la manière dont elle est formulée le propos est peut être à nuancer? Cela vaut pour l'algorithme de la synthèse où finalement l'echo est complètement dissociée de la clinique en arrivant en seconde intention (même si j'entends parfaitement le risque d'incidentalome). en terme éducatif, nous aurons le même problème avec cette radio d'élimination qui ne donne pas de diagnostic (concept aussi complexe pour le patient que les incidentalomes de l'écho)
Expert 6	L'argumentaire qui est davantage détaillé quant à l'objectif de la radiographie mériterait d'être repris dans la synthèse. Quand on lis la synthèse, on se demande finalement quel est le objectif de faire une radiographie et on serait tenté de s'en passer.
Expert 7	Ne serait-il pas prudent de mentionner que les examens complémentaires doivent être prescrits aussi selon la situation clinique et notamment en cas d'hésitation avec un diagnostic différentiel quelle que soit alors la durée des symptômes?
Expert 8	Oui en précisant ce que l'on entend par "bilan radiographique de débrouillage" comprenant des clichés radiographiques de face avec une rotation interne, neutre et externe* ainsi qu'un faux-profil de Lamy. *interne = médial externe = latéral -> une recommandation s'adresse au grand nombre des professionnels de santé
Expert 10	Ici il ne me paraît pas pertinent de préciser que les TO sont rares. Les douleurs sont non spécifiques mais cela reste un diagnostic différentiel important. Il est bien plus fréquent que les arthrites septique de l'épaule.
Expert 12	ce ne peut être au plus tôt 6 semaines que si on a la certitude d'une tendinopathie de la coiffe: Mais avant d'être chronique la douleur est aiguë et l'imagerie est

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	souvent nécessaire avant ces six semaines. Devant une épaule aiguë la visualisation de calcification permet d'étayer le diagnostic. Le passage de la sonde d'écho sur la calcification reproduit ou pas la douleur ressentie; l'hypervascularisation au doppler puissance de la bourse sous acromiale ou de la tendinopathie calcifiante est une bonne indication de traitement infiltratif anti inflammatoire local Le diagnostic d'une capsulite débutante (douleur d'horaire mixte peu ou pas raide) nécessite des radiographies normales pour affirmer le diagnostic. (douleurs d'horaire mixte)
Expert 15	Le caractère indispensable de la radiographie est discutable. La suspicion d'une tumeur à l'épaule doit-elle être systématique ? ou en présence d'autres symptômes ? Quant à la recherche de calcifications, les données sont insuffisantes. Il semblerait qu'elles ne soient pas forcément en lien avec la symptomatologie douloureuse. L'intérêt de la radiographie pour dépister la présence de calcifications ne me semble pas pertinent s'il n'est pas suivi par une échographie dans un but de recherche de signes inflammatoires autour de cette calcification. En dehors de signes inflammatoires ou d'un épisode de migration calcique, les tendinopathies calcifiantes doivent être traitée comme des tendinopathies de coiffe "simples".
Expert 16	mais souvent insuffisant devant ces tableaux clinique
Expert 17	Il s'agirait plutôt de 6 semaines sans évolution favorable et non d'évolution. Les recommandations du NHS proposent une évaluation radiographique après 4 semaines dans ce cas. Les signes évocateurs d'un ostéosarcome de la tête humérale (déformation, œdème, douleurs non-mécaniques, limitation de mobilité, antécédent de cancer)
Expert 18	permettant d'identifier aussi une lésion osseuse traumatique (fracture trochiter) (cf mes remarques précédentes) mon expérience professionnelle me fait penser que 6 semaines c'est trop long : après 4 semaines sans amélioration notable (fonction et/ou douleur et/ou raideur) il faut préciser "sans amélioration notable de la fonction ou des douleurs"
Expert 20	le délais ne pourrait-il pas être raccourci en cas d'épaule aigue hyperalgique (tendinopathie calcifiante) n'évoluant pas favorablement sous antalgiques +/- AINS pour permettre la réalisation d'une infiltration?
Expert 26	rx ou echo? ou les 2?
Expert 28	La radiographie sert d'abord en terme de probabilité à mettre en évidence une calcification Il est préférable de mettre ce point en avant avant de parler de tumeur

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert 29	Je suis d'accord qu'une radiographie simple doit être prescrite en 1ère intention, mais 6 semaines après l'apparition des symptômes cela me paraît tardif. J'aurais proposé 3 semaines dans la mesure où cela est un examen simple et peu coûteux.
Expert 30	associée à échographie
Expert 31	- Le terme "debrouillage " peut apparaître simplificateur. - Terme de Bilan radiographique "initial" préférable ? - Détermination du délai de 6 semaines ? 4-6 semaines ?

Face à une épaule douloureuse persistante, les arguments faisant évoquer une tendinopathie de la coiffe des rotateurs sont :

Proposition 14

le siège de la douleur : localisé dans la grande majorité des cas en regard du moignon de l'épaule et pouvant irradier dans le membre supérieur. Les douleurs localisées en regard de la scapula sont plus en faveur d'une origine cervicale. (AE)

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.30

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	3	8	17	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	96.77	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
--------	--------------

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert 1	Je remplacerai cervicale par rachidienne (la partie basse de la scapulaire fait évoquer une origine dorsale).
Expert 3	des irradiations cervicales ascendantes sont possibles
Expert 8	* scapula = omoplate (à préciser)
Expert 10	Elles irradient souvent sur le trajet du long biceps et descendent rarement au dessous du coude contrairement au pathologie cervicale qui peuvent, dans les NCB, irradier jusqu'aux extrémités digitales avec une systématisation métamériques.
Expert 15	A propos du caractère irradiant de cette douleur, peut être serait-il intéressant de rajouter "irradier dans le membre supérieur en dépassant rarement la région du coude"
Expert 16	car douleurs cervicales peuvent irradier dans membre supérieur et les douleurs en regard de la scapula peuvent être d'origine cervicale mais aussi musculaire (tms) donc cette proposition 14 ne me semble pas contributive .
Expert 18	Oui sans réserve pour la 1ère partie de la phrase (coiffe= moignon) mais réserve pour la 2ème partie : les douleurs en regard de la scapula peuvent aussi avoir une origine rachis thoracique (DIM dérangement intervertébral mineur)
Expert 19	A mon sens, il manque la notion d'arc douloureux qui est pathognomonique de la tendinopathie de la coiffe. Il serait vraiment important de le noter.
Expert 28	Attention les douleurs descendent quasiment JAMAIS vers l'avant-bras il est donc préférable de préciser : moignon d'épaule et bras plutôt que membre supérieur. De même c'est plutôt la face antre-laterale du moignon de l'épaule et du bras Cf article plus haut de Littlewood

Proposition 15

l'absence d'enraidissement : Une épaule douloureuse non enraidie est une épaule où les amplitudes lors de la mobilisation passive sont conservées. Néanmoins, chez les patients les plus douloureux, une diminution modérée d'amplitude passive globale peut être observée. (AE)

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.59

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	0	1	1	3	25	0

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	3.23	96.77	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.23	96.77

Expert	Commentaires
Expert 5	il est très important de le préciser, c'est une erreur fréquente de nos internes en stage que de confondre un défaut d'amplitude passive réelle et une limitation par la douleur
Expert 17	Une diminution importante (et pas seulement modérée) d'amplitude passive globale peut être observée (liée à la kinésiophobie, au type de mobilisation réalisée pour évaluer l'amplitude permise par l'articulation)
Expert 28	A préciser plus régulièrement que cette limitation est fréquente chez les patients moyennement irritable et très irritable
Expert 30	contradiction entre définition absence d'enraidissement et description enraidissement : devrait plutôt être décrit dans épaule enraidie

Proposition 16

des tests cliniques en faveur d'un syndrome douloureux sub-acromial (AE)

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.38

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	1	0	2	2	23	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	3.23	90.32	6.45

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.45	96.55

Expert	Commentaires
Expert 10	qu'y a t'il a justifier?
Expert 16	ne comprend pas la proposition
Expert 17	Les tests cliniques évaluant la coiffe et/ou les structures sous-acromiales ont des propriétés métrologiques (la fidélité et la validité/ratios de vraisemblance notamment) médiocres et/ou des scores QUADAS trop faibles pour que la confiance les résultats des études les concernant soient utilisés dans l'examen clinique. Par ailleurs, la corrélation entre les altérations de structures retrouvées à l'imagerie et le résultat des test orthopédique est faible. Quelques exceptions existent (les lag signs, le cluster bellypress+bearhug) mais l'usage des tests orthopédiques ne peut pas informer la prise de décision relative au diagnostic d'une pathologie sous-acromiale Références associées : Hegedus, E J, A Goode, S Campbell, A Morin, M Tamaddoni, C T Moorman, et C Cook. « Physical Examination Tests of the Shoulder: A Systematic Review with Meta-Analysis of Individual Tests ». British Journal of Sports Medicine 42, n° 2 (4 juin 2007): 80-92. https://doi.org/10.1136/bjsm.2007.038406 Apeldoorn, Adri T, Marjolein C Den Arend, Ruud Schuitemaker, Dick Egmond, Karin Hekman, Tjeerd Van Der Ploeg, Steven J Kamper, Maurits W Van Tulder, et Raymond W Ostelo. « Interrater Agreement and Reliability of Clinical Tests for Assessment of Patients with Shoulder Pain in Primary Care ». Physiotherapy Theory and Practice 37, n° 1 (2 janvier 2021): 177-96. https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1587801 Miller, Caroline A., Gail A. Forrester, et Jeremy S. Lewis. « The Validity of the Lag

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	Signs in Diagnosing Full-Thickness Tears of the Rotator Cuff: A Preliminary Investigation ». Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 89, n° 6 (juin 2008): 1162-1168. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.10.046 . Dakkak, Andrew, Michael K. Krill, Matthew L. Krill, Benedict Nwachukwu, et Frank McCormick. « Evidence-Based Physical Examination for the Diagnosis of Subscapularis Tears: A Systematic Review ». Sports Health: A Multidisciplinary Approach, 21 août 2020, 194173812093623. https://doi.org/10.1177/1941738120936232 .
Expert 24	on peut avoir un syndrome douloureux sub acromial avec une simple bursite sans tendinopathie mais la bursite est elle isolée ? sans tendinopathie débutante ? seule l'échographie pourra trancher
Expert 28	Je ne comprends pas cette affirmation

Proposition 17

Les tendinopathies de la coiffe des rotateurs peuvent être responsables de réveils nocturnes positionnels (décubitus). (AE)

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.73

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	1	3	24	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	93.55	6.45

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
--------	--------------

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert 4	Ce qui justifie un diagnostic confirmé avant 6 semaines en raison de la fatigue générée par les troubles du sommeil qui peuvent compromettre les activités professionnels et mettre en danger le patient (baisse de l'attention et de la vigilance, exemple lors de la conduite véhicule et machine).
Expert 17	Article en faveur de cet item : Minns Lowe, Catherine J, Jane Moser, et Karen Barker. « Living with a Symptomatic Rotator Cuff Tear `Bad Days, Bad Nights»: A Qualitative Study ». BMC Musculoskeletal Disorders 15, n° 1 (décembre 2014): 228. https://doi.org/10.1186/1471-2474-15-228 .
Expert 20	et non positionnels en cas de volumineuse bursite ?
Expert 31	Les bursites sous acromiales aussi probablement .

Examen clinique

Proposition 18

L'examen clinique est la première étape de la prise en charge et comprend : interrogatoire, inspection, palpation bilatérale des articulations acromio-claviculaires et sterno-claviculaires, examen des amplitudes actives et passives, et tests spécifiques. Il doit être systématiquement bilatéral et comparatif. (AE)

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.42

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	2	0	0	1	0	27	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	9.68	90.32	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	9.68	90.32

Expert	Commentaires
Expert 4	La première étape devrait aussi inclure la prise de connaissance des autres pathologies rhumatismales existantes chez le patient (exemple arthrose ou autres pouvant avoir des évolution sur d'autres localisations). Ces pathologies existantes n'ont pas forcément été suivies par le médecin consulté lors d'un apparition de douleur de l'épaule (exemple médecin généraliste en urgence alors que le suivi est fait par un rhumatologue).
Expert 5	pourquoi, n'apparaissent pas dans les recos et la synthèse, cette phrase de l'argumentaire qui me semble très important: "A ce jour, les études publiées à ce jour ne mettent pas en évidence de test discriminant dans les tendinopathies de la coiffe des rotateurs. Ce diagnostic repose in fine sur un faisceau d'argument. Par ailleurs, à ce jour, aucune étude évaluant la pertinence des tests cliniques ne les a évalués sur une population présentant une tendinopathie isolée (sans rupture). Ces tests n'ont un intérêt que sur une épaule qui n'est pas enraidie. La positivité de plusieurs tests améliore la sensibilité et la spécificité de l'examen clinique."?
Expert 9	Il doit également inclure un examen neurologique.
Expert 17	La palpation des articulations acromio-claviculaires ne semble pas avoir de pertinence diagnostique (LR+ 1.07 LR- 0.40 QUADAS 13) (Walton 2004) Walton, Judie, Sanjeev Mahajan, Anastasios Paxinos, Jeanette Marshall, Carl Bryant, Ron Shnier, Richard Quinn, et George A. C. Murrell. « Diagnostic Values of Tests for Acromioclavicular Joint Pain ». JBJS 86, n° 4 (avril 2004): 807.
Expert 22	et doit comporter l'examen physique du rachis cervical (étude des mobilités en flexion, extension, rotations droite et gauche, inclinaisons)

Proposition 19

L'interrogatoire précise la localisation de la douleur, les circonstances de survenue, le rythme, l'intensité, l'ancienneté, la réduction ressentie des amplitudes de l'épaule, le membre dominant, le statut et le contexte socio-professionnel, le niveau d'activité physique, les facteurs de risque, les traitements entrepris, le retentissement fonctionnel (limitation d'activité personnelle et professionnelle) et les restrictions de participation (handicap). (AE)

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.20

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	2	1	0	0	2	4	22	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	9.68	90.32	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	9.68	90.32

Expert	Commentaires
Expert 4	L'interrogatoire devrait aussi inclure la prise de connaissance des autres pathologies rhumatismales existantes chez le patient (exemple arthrose ou autres pouvant avoir des évolution sur d'autres localisations). Ces pathologies existantes n'ont pas forcément été suivies par le médecin consulté lors d'un apparition de douleur de l'épaule (exemple médecin généraliste en urgence alors que le suivi est fait par un rhumatologue).
Expert 8	L'ensemble de la proposition est juste. Cependant, il est nécessaire de préciser l'âge, les antécédents d'épisodes antérieurs, de traumatisme ou de pathologie articulaire ou abarticulaire. Chez le sujet âgé, l'interrogatoire cherchera aussi les arguments pour un rhumatisme inflammatoire chronique, en particulier d'origine microcristalline, des traumatismes passés inaperçus, ainsi que les limitations voire contre-indications à des thérapeutiques (AINS...). Pour le sujet âgé, il est possible de préciser d'évaluer le retentissement sur les activités de la vie quotidienne à l'aide d'échelles validées spécifiques. De même pour la douleur, des échelles d'hétéro-évaluation peuvent être nécessaires (ALGOPLUS...)

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert 9	Il identifie également si l'utilisation des épaules est associée à un moyen de compensation d'un autre handicap (ex: béquillage chronique, utilisation d'un fauteuil roulant, ...). Ceci est important car la stratégie thérapeutique sera différente et plus personnalisée dans ce cas, car impactant directement une autre situation de handicap. Le recours à un médecin spécialisé sera recommandé dans ce cas.
Expert 10	a facteur de risque je rajouterai en parenthèse (Tabac++)
Expert 12	les antécédents. diabète , tabac obésité
Expert 15	Il me semble important de rajouter dans l'interrogatoire les objectifs que le patient souhaite atteindre, ses attentes par rapport au traitement (médical et/ou rééducation) qui va lui être proposé et enfin les croyances qu'il peut avoir par rapport à sa pathologie et au traitement qui va lui être proposé. Les croyances du patient ou des attentes négatives par rapport au traitement sont prédictifs d'une mauvaise évolution ou d'une prise en charge plus longue
Expert 17	Les drapeaux jaunes (facteurs psychosociaux qui sont des facteurs de chronicisation potentiels), les antécédents, les imageries déjà réalisées et les traitements pharmacologiques en cours sont également évalués lors de l'interrogatoire.
Expert 19	Il manque à mon avis un focus plus précis sur les questions concernant les drapeaux jaune bleu et noir (facteurs de risques nommés, mais je crois qu'il faudrait aller plus loin en les citant directement comme pour la lombalgie et les reco HAS). On sait que le pronostic dépend notamment de l'auto-efficacité et des attentes. Les objectifs du patients doivent être recueillis ainsi que ses représentations. Chester R, Jerosch-Herold C, Lewis J, Shepstone L. Psychological factors are associated with the outcome of physiotherapy for people with shoulder pain: a multicentre longitudinal cohort study. Br J Sports Med. 2018 Feb;52(4):269-275. doi: 10.1136/bjsports-2016-096084. Epub 2016 Jul 21. PMID: 27445360; PMCID: PMC5867439.
Expert 25	Antécédent traumatique (luxation, choc moignon épaule)
Expert 27	ajouter l'évaluation globale du patient en cas de douleur chronique (HAS 1999 évaluation patient douloureux chronique; HAS 2023 parcours patient douloureux)
Expert 30	même si pas toujours facile en pratique quotidienne

Proposition 20

À l'inspection, sur un patient dévêtu, de dos puis de face, une amyotrophie des fosses supra et/ou infra-épineuses est évocatrice d'une rupture ancienne des tendons du supra et/ou de l'infra-épineux. Il est nécessaire d'évaluer la posture cervico-thoracique, de rechercher une

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

tuméfaction du bras (signe de Popeye), une asymétrie des reliefs ostéo-articulaires (notamment acromio-claviculaire), une amyotrophie du deltoïde, une asymétrie de la position de la scapula. (AE)

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 8.5

Moyenne : 7.67

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	2	1	2	3	6	15	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	9.68	87.10	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	10.00	90.00

Expert	Commentaires
Expert 1	À l'inspection, sur un patient dévêtu, de dos puis de face, une amyotrophie des fosses supra et/ou infra-épineuses est évocatrice d'une rupture ancienne des tendons du supra et/ou de l'infra-épineux ou une cause neurologique. Il est nécessaire d'évaluer la posture cervico-thoracique : pourquoi ? Quelles anomalies faut-il rechercher ? de rechercher un signe de Popeye (tuméfaction de la loge antérieure du bras liée à la rupture du chef long du biceps brachial), une asymétrie des reliefs ostéo-articulaires (notamment acromio-claviculaire), une amyotrophie du deltoïde, une asymétrie de la position de la scapula. (AE)
Expert 2	Je suis d'accord sur la plupart des phrases, mais hésitant sur la question de la posture. La littérature décrit bien qu'il n'existe pas une seule posture idéale pour tous, et ce d'autant plus sur l'épaule. L'argumentaire détaillé ne donne aucun détail sur ce que serait une bonne ou une mauvaise posture, donc quel est l'intérêt

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	de demander aux soignants d'évaluer cette posture ?
Expert 7	préciser peut-être que l'amyotrophie est certes évocatrice d'une rupture ancienne mais après avoir écarté les autres diagnostics différentiels Neuro et aussi le kyste de l'échancrure spino ou supra-glénoïdienne
Expert 8	Précisez svp : si examiné debout : après avoir vérifié la hauteur des deux crêtes iliaques pour ne pas méconnaître une inégalité de longueur des membres. Il faut tenir compte à l'inspection aussi des déformations rachidiennes qui peuvent limiter la comparabilité.
Expert 12	rechercher une asymétrie(lors des mouvements actifs. Dyskinésie (décollement d'épaule) L'amyotrophie des fosses sus et/ou sous épineuses peut être une atteinte neurologique du nerf scapulaire , un décollement une atteinte du grand dentelé(n. Charles Bell, long thoracique)
Expert 15	Les amyotrophies peuvent également être évocatrice d'une atteinte du nerf. Il n'est pas nécessaire d'évaluer la posture cervico-thoracique https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16015238/ La seule asymétrie de position de la scapulaire qui mérite d'être recherchée est la scapulaire alata qui peut signer une atteinte du nerf thoracique long. Il n'est pas nécessaire de rechercher les autres asymétries. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24174615/
Expert 16	l'amyotrophie peut être d'origine neurogène
Expert 17	L'amyotrophie des fosses supra et/ou infra-épineuses peut également être évocatrice d'un syndrome de Parsonnage-Turner. La posture thoracique a été identifiée comme n'étant probablement pas un facteur de risque de pathologie d'épaule (Barett 2016) Le signe de Popeye ne semble pas être spécifique dans l'évaluation d'une rupture proximale du biceps (Lewis 2016, Pouliquen 2018) L'asymétrie de position de la scapula n'est pas un signe clinique pertinent, mis à part en présence d'une scapula alata (évocatrice d'un trouble neurologique) et quelques rares exceptions d'instabilité non-traumatique liée à un schéma moteur aberrant. (Nijs 2007; Oyama 2008, Sugamoto 2002) Lewis, Robert B., Bryan A. Reyes, et Michael S. Khazzam. « A Review of Recent Advances in the Diagnosis and Treatment Modalities for Long Head of Bicep Tendinopathy ». Clinical Medicine Insights: Trauma and Intensive Medicine 7 (1 janvier 2016): CMTIM.S39404. https://doi.org/10.4137/CMTIM.S39404 . Barrett, Eva, Mary O'Keeffe, Kieran O'Sullivan, Jeremy Lewis, et Karen McCreesh. « Is Thoracic Spine Posture Associated with Shoulder Pain, Range of Motion and Function? A Systematic Review ». Manual Therapy 26 (1 décembre

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	2016): 38;46. https://doi.org/10.1016/j.math.2016.07.008. Pouliquen, Laure, Julien Berhouet, Marion Istvan, Hervé Thomazeau, Mickael Ropars, et Philippe Collin. « Popeye Sign: Frequency and Functional Impact ». <i>Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research</i> 104, n° 6 (1 octobre 2018): 817;22. https://doi.org/10.1016/j.otsr.2018.02.016. Nijs, Jo, Nathalie Roussel, Filip Struyf, Sarah Mottram, et Romain Meeusen. « Clinical Assessment of Scapular Positioning in Patients with Shoulder Pain: State of the Art ». <i>Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics</i> 30, n° 1 (janvier 2007): 69;75. https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2006.11.012. Oyama, Sakiko, Joseph B. Myers, Craig A. Wassinger, R. Daniel Ricci, et Scott M. Lephart. « Asymmetric Resting Scapular Posture in Healthy Overhead Athletes ». <i>Journal of Athletic Training</i> 43, n° 6 (1 novembre 2008): 565;70. https://doi.org/10.4085/1062-6050-43.6.565. Sugamoto, Kazuomi, Taku Harada, Akitoshi Machida, Hiroaki Inui, Takashi Miyamoto, Eiji Takeuchi, Hideki Yoshikawa, et Takahiro Ochi. « Scapulohumeral Rhythm: Relationship Between Motion Velocity and Rhythm ». <i>Clinical Orthopaedics and Related Research</i> 401 (août 2002): 119;24. https://doi.org/10.1097/00003086-200208000-00014.
Expert 20	- et reliefs sterno-claviculaires? - et asymétrie de position de la scapula en actif ?
Expert 25	pour l'amyotrophie : rupture ok mais aussi pathologie neurologique tronculaire (nerf suprascapulaire) ou plexopathie (parsonage turner)
Expert 28	La pertinence des signes évoqués n'est pas la même Les amyotrophies sont importantes à repérer alors que la posture beaucoup moins quant à son implication dans les douleurs d'épaules.
Expert 29	et rechercher un décollement de la scapula qui serait en faveur d'une paralysie du nerf thoracique long, dans le cadre d'un syndrome de Parsonage Turner par argument de fréquence
Expert 30	amyotrophie plus souvent neurogène dans ma pratique clinique: soit canalaire soit parsonage
Expert 31	Certaines amyotrophies trouvent une autre origine comme une origine neurologique (Parsonage Turner) ou dans certaines instabilités sans rupture tendineuse. DOI:10.2214/AJR.06.1136

Proposition 21

L'étude bilatérale des amplitudes active et passive est faite systématiquement. L'étude des amplitudes passives peut être facilitée par un examen en position couchée.

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.75

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	1	3	26	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 20	l'examen passif me semble plus facile sur un patient assis en étant dans son dos: permet de comparer la rotation latérale coude au corps et de bloquer la scapula pour l'abduction. Et cela est plus facile quand le médecin...est petit
Expert 22	cet examen est au mieux réalisé sur un patient assis, l'examineur placé en arrière. Après l'examen du rachis cervical et la recherche de points douloureux (sous l'aile acromiale, la coulisse bicipitale puis l'articulation acromio-claviculaire et sterno-costoclaviculaire, les mouvements actifs de flexion et d'élévation latérale permettent d'apprécier la dynamique du complexe scapulaire en visualisant la bascule (sonnette) de la scapula dont l'asymétrie et/ou le décollement peut constituer un argument diagnostique lésionnel.
Expert 25	être attentif aux compensations mises en place par le patient.

Les amplitudes à évaluer sont (AE) :

Proposition 22

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

La flexion (élévation antérieure) (valeur physiologique 180°)

Valeur minimum : 8

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.91

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	0	3	28	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	* Précisez aussi dans le lexique : antépulsion
Expert 27	schémas clairs
Expert 28	180° n'est pas une norme. Bon nombre de patients vont au delà ou ne les atteignent pas et ce , de façon physiologique
Expert 30	170° le plus souvent

Proposition 23

l'abduction dans le plan de la scapula (soit oblique à 30° en avant du plan frontal)) (valeur physiologique 180°)

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.68

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	1	4	25	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 12	l'abduction passive en bloquant l'omoplate. l'abduction entre 90 et 180 ne se passe pas dans la glénohumérale (glissement omo thoracique, sternoclaviculaire, acromioclaviculaire)
Expert 17	L'abduction dans le plan de la scapula est aussi appelée "scaption" par les anglosaxons.
Expert 22	s'il existe une sonnette précoce de la scapula, refaire le testing de la mobilité active par la manœuvre de "dégagement" en rotation latérale du membre supérieur.
Expert 25	bilatérale et symétrique car tous les patients n'atteignent pas 180.
Expert 28	Le plan de la scapula est à 45° (cf travaux de Dufour) Même remarque que précédemment sur l'amplitude de 180°
Expert 30	idem 170° j'analyse plus la gléno humérale soit 90°

Proposition 24

la rotation latérale coude au corps (aussi appelée rotation latérale en position 1 (RL1)) (valeur physiologique variable, comparer les 2 côtés du patient)

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Moyenne : 8.71

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	2	0	3	26	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	* précisez = rotation externe RE1
Expert 9	peut être donner une valeur minimale de rotation qui est fortement évocateur d'une patho sous jacente.
Expert 14	RE2 est aussi souvent reconstruit, pourquoi pas le définir
Expert 17	La rotation latérale en position 2 (abduction 90°) apporte également de l'information pertinente
Expert 25	Bloquer le tronc pour éviter les compensations en torsion
Expert 28	En bloquant la scapulo comme précisé dans l'argumentaire

Proposition 25

la rotation médiale main dans le dos (mesurée par la distance C7-MCP2 ou par le niveau de la vertèbre en regard de la MCP2) (aussi appelée rotation médiale en position 1 (RM1)) (valeur physiologique variable, comparer les 2 côtés du patient).

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.71

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	1	4	25	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 5	l'analyse de ses examens d'amplitude n'est pas justifié dans l'argumentaire. du coup, leur anormalité n'est pas comprise en terme d'interprétation.
Expert 8	* précisez = rotation interne RI1
Expert 15	Par soucis de simplification, peut être que seule la mesure du niveau de la vertèbre en regard de la MCP2 peut être cité
Expert 17	La rotation médiale en position 2 (abduction 90°) apporte également de l'information pertinente
Expert 22	Il est intéressant de mesurer la rotation en position RM2 (Nle 180° dans un plan strictement frontal) ; il peut exister en effet une diminution de la rotation médiale compensée par une hyper mobilité en rotation latérale RE2 (hand ball, volley ball, pitchneur, lancer javelot, tennis ..)
Expert 27	manœuvre difficile pour certains patients
Expert 28	En étant attentif aux compensations notamment la bascule antérieure de la scapulo

Proposition 26

L'association d'une mobilité passive complète et d'une mobilité active déficitaire oriente vers une rupture de la coiffe des rotateurs. Une rupture massive de la coiffe des rotateurs est évoquée devant une épaule pseudo-paralytique (élévation passive normale avec élévation active

Valeur minimum : 1

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.24

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	1	0	0	1	8	19	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.45	90.32	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.67	93.33

Expert	Commentaires
Expert 3	je modifierai le libellé "orienté vers une rupture d'un ou plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs."
Expert 11	pas à 100% parfois des patients qui consultent pour des douleurs avec une mobilité limitée normale et une coiffe massive à l'IRM +++
Expert 12	ou vers une atteinte neurologique
Expert 15	Un pourcentage important de la population possède une déchirure asymptomatique de la coiffe. La littérature récente affirme qu'il existe peu de corrélation entre la douleur et les caractéristiques structurelles de la coiffe et la douleur et/ou les incapacités fonctionnelles. Le caractère affirmatif du début de la proposition me dérange. Une mobilité active déficitaire peut orienter vers une rupture de coiffe en fonction du contexte et de l'examen clinique L'association d'une mobilité passive complète avec une mobilité active pseudo-paralytique peut orienter vers une rupture de coiffe.
Expert 17	Il existe de nombreuses causes non-structurelles de limitation des amplitudes

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	actives de la mobilité de l'épaule (kinésiophobie, déficit de force ou de contrôle neuromusculaire de la coiffe etc.). Réduire l'examen des mobilités actives à des altérations de structure est nocebogène et très incomplet.
Expert 22	en dehors d'une limitation par la douleur
Expert 25	ou atteinte neurologique
Expert 28	En fonction de l'âge du patient pour la rupture massive de la coiffe ! cela peut aussi être une limitation en lien avec la douleur provoquée en actif cela peut aussi être une paralysie

Proposition 27

Il est recommandé de faire une association de tests, en utilisant des tests dont certains orientent vers le syndrome douloureux sub-acromial et d'autres précisent la localisation lésionnelle. (AE)

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.20

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	3	0	0	0	2	24	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	12.90	83.87	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	13.33	86.67

Expert	Commentaires
Expert 9	preciser si les tests doivent suivre un ordre de passation.
Expert 10	Je ne vois pas la pertinence de cette assertion.

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert 15	Je suis d'accord sur la première partie de la phrase. C'est une combinaison de tests qui orientent vers le syndrome douloureux sous acromial. En revanche, concernant la seconde partie, il faut préciser que d'autres tests peuvent préciser la localisation lésionnelle en présence d'une rupture de coiffe. Pour ce qui concerne le syndrome sous acromial ou la tendinopathie de la coiffe, ces tests ne permettent pas d'identifier la ou les structures impliquées https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19054712/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32272031/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20674649/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27993843/
Expert 17	La majorité des tests orthopédiques de l'épaule présentent des qualités métrologiques et/ou une confiance dans la rigueur méthodologique des études qui les ont explorées très discutables. Il n'existent que peu de tests qui ont une pertinence diagnostique dans l'évaluation de l'épaule. Centrer l'évaluation de l'épaule non-traumatique sur une approche structurée va conduire à une sur-médicalisation et des résultats fonctionnels défavorables chez les patients. (Zadro, 2021) Zadro, Joshua R, Zoe A Michaleff, Mary O'Keeffe, Giovanni E Ferreira, Romi Haas, Ian A Harris, Rachelle Buchbinder, et Christopher G Maher. « How Do People Perceive Different Labels for Rotator Cuff Disease? A Content Analysis of Data Collected in a Randomised Controlled Experiment ». <i>BMJ Open</i> 11, n° 12 (décembre 2021): e052092. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052092. Lasbleiz, S., N. Quintero, K. Ea, D. Petrover, M. Aout, J.D. Laredo, E. Vicaut, T. Bardin, P. Orcel, et J. Beaudreuil. « Diagnostic Value of Clinical Tests for Degenerative Rotator Cuff Disease in Medical Practice ». <i>Annals of Physical and Rehabilitation Medicine</i> 57, n° 4 (juin 2014): 228-43. https://doi.org/10.1016/j.rehab.2014.04.001. Hegedus, E J, A Goode, S Campbell, A Morin, M Tamaddoni, C T Moorman, et C Cook. « Physical Examination Tests of the Shoulder: A Systematic Review with Meta-Analysis of Individual Tests ». <i>British Journal of Sports Medicine</i> 42, n° 2 (4 juin 2007): 80-92. https://doi.org/10.1136/bjsm.2007.038406. Consulté le 24 mars 2023. https://bjsm.bmj.com/content/42/2/80.full.pdf. Apeldoorn, Adri T, Marjolein C Den Arend, Ruud Schuitmaker, Dick Egmond, Karin Hekman, Tjeerd Van Der Ploeg, Steven J Kamper, Maurits W Van Tulder, et Raymond W Ostelo. « Interrater Agreement and Reliability of Clinical Tests for Assessment of Patients with Shoulder Pain in Primary Care ». <i>Physiotherapy</i>

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	Theory and Practice 37, n° 1 (2 janvier 2021): 177-196. https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1587801 Salamh, Paul, et Jeremy Lewis. « It Is Time to Put Special Tests for Rotator Cuff-Related Shoulder Pain out to Pasture ». Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy 50, n° 5 (9 avril 2020): 222-235. https://doi.org/10.2519/jospt.2020.0606
Expert 19	Il me semble qu'il faudrait soulever la limite et le questionnement actuel sur les tests et insister lourdement sur le besoin de réaliser des clusters. Hegedus EJ, Goode AP, Cook CE, et al. Which physical examination tests provide clinicians with the most value when examining the shoulder? Update of a systematic review with meta-analysis of individual tests. Br J Sports Med 2012;46:964-78
Expert 24	sans faire mal lors des tests tendineux spécifiques
Expert 25	association des tests recommandées car aucun n'est formellement spécifique d'une localisation (surtout si bursite associée)
Expert 28	Les tests cliniques ne permettent pas de diagnostiquer d'une façon certaine une lésion d'origine sous-acromiale et encore moins de préciser une localisation précise de lésion. Cf référence 86 + articles de Lewis précédemment envoyés et articles de Cook en pièce jointe.

Les schémas sur fond vert sont passifs, ceux sur fond violet sont actifs pour le patient.

Les tests permettant d'orienter vers un syndrome douloureux sub-acromial sont (AE) :

Proposition 28

test de Neer : flexion (élévation antérieure) passive (entre flexion et abduction) du membre supérieur, scapula bloquée.

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.47

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	0	0	2	4	23	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	3.23	93.55	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.33	96.67

Expert	Commentaires
Expert 8	*scapula = omoplate * flexion = antépulsion
Expert 15	Certains auteurs suggèrent de placer le bras en rotation interne pour amener le grand tubercule vers le ligament acromio-coracoïdien, bien que la description originale de Neer ne le précise pas.
Expert 17	Ce test présente des propriétés métrologiques mauvaises, qui n'influencent pas la probabilité post-test RV+ 2.17 RV- 0.47 QUADAS 10 (Hegedus 2007)
Expert 19	C'est d'accord s'il est précisé qu'il faut un cluster de tests. Michener LA, Walsworth MK, Doukas WC, Murphy KP. Reliability and diagnostic accuracy of 5 physical examination tests and combination of tests for subacromial impingement. Arch Phys Med Rehabil. 2009 Nov;90(11):1898-903. doi: 10.1016/j.apmr.2009.05.015. PMID: 19887215.
Expert 27	cette manœuvre et les suivantes ne sont-elles pas plus spécialisées?
Expert 28	Très peu spécifique

Proposition 29

test de Hawkins : le bras est placé par l'examineur à 90° de flexion (élévation antérieure) (coude fléchi à 90°). L'examineur impose une rotation médiale.

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.44

Distribution des réponses par cotation en nombre

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	0	1	2	2	24	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	3.23	93.55	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.33	96.67

Expert	Commentaires
Expert 8	*rotation interne
Expert 17	Ce test présente des propriétés métrologiques mauvaises, qui n'influencent pas la probabilité post-test RV+ 1.36 RV- 0.55 QUADAS 10 (Hegedus 2007)
Expert 18	ce test est moins utile - lorsque sont présents un arc douloureux, un Neer +, l'orientation diagnostique est quasi certaine
Expert 28	Uniquement s'il est combiné Cf reference précédente
Expert 30	souvent 1 seul suffit habitude personnelle hawkins

Proposition 30

arc douloureux : le patient doit réaliser une abduction (dans le plan frontal). La douleur apparaît généralement entre 60 et 120° d'abduction

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.47

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	0	0	3	2	24	1

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	3.23	93.55	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.33	96.67

Expert	Commentaires
Expert 15	L'arc douloureux peut également être décrit sur un mouvement d'élévation antérieure
Expert 17	Ce test présente des propriétés métrologiques mauvaises, qui n'influencent pas la probabilité post-test RV+ 1.33 RV- 0.63 QUADAS 10 (Hegedus 2007)
Expert 28	Pas toujours présent

Proposition 31

test de Yocum : le patient place sa main sur l'épaule controlatérale, coude fléchi puis doit lever son coude sans bouger son épaule.

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.04

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	0	2	0	3	2	22	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.45	93.55	0.00

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.45	93.55

Expert	Commentaires
Expert 8	Remarque : 1. l'élévation ne se fait-elle pas contre résistance de l'opérateur ? 2. Vos tournures de phrases ont l'avantage de la concision mais leur construction est plus anglophone que française. Deux phrases ne permettraient-elles pas de résumer aussi bien le test ? par ex. : "Le sujet (plus large que patient) place sa main sur l'épaule controlatérale à celle testée. Il effectue une élévation de son coude fléchi contre résistance, sans bouger l'épaule."
Expert 12	sensibilité augmentée si réalisé contre résistance, avec un contre-appui sur le coude (avec peut être moins de spécificité)
Expert 15	Au vu de la faible spécificité du test de Yocum (40%), il me semble moins pertinent de l'intégrer dans la combinaison de test permettant d'orienter vers un syndrome sous acromial. A moins de préciser que l'absence de douleur à ce test peut entre autre participer à l'exclusion d'une douleur sub acromiale (sensibilité 79%)
Expert 17	Ce test présente des propriétés métrologiques mauvaises, qui n'influencent pas la probabilité post-test (LR+ 1,32) Silva L, Andréu JL, Muñoz P, Pastrana M, Millán I, Sanz J, Barbadillo C, Fernández-Castro M. Accuracy of physical examination in subacromial impingement syndrome. Rheumatology (Oxford). 2008 May;47(5):679-83. doi: 10.1093/rheumatology/ken101. Epub 2008 Mar 27. PMID: 18375403.
Expert 18	même remarque que pour le Hawkins, vient uniquement confirmer ce qu'on sait déjà par la présence d'arc douloureux et du test de Neer -
Expert 24	appelé aussi C TEST
Expert 25	Test peu spécifique
Expert 28	Peu spécifique

Proposition 32

Les tests sont positifs en cas d'apparition d'une douleur lors de la manœuvre.

Valeur minimum : 2

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.55

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	0	1	1	2	26	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	3.23	96.77	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.23	96.77

Expert	Commentaires
Expert 1	Il me semble qu'il faut considérer que les tests sont positifs en cas de faiblesse. En effet, - les performances diagnostics des tests ont surtout été évalués pour la rupture - le diagnostic précis d'une tendinopathie non rompue n'a que peu d'implication pratique - l'urgence (relative) est de diagnostiquer la rupture plus que la tendinopathie Cette proposition implique d'inverser l'ordre des propositions suivantes d'abord recherche de faiblesse puis reproduction de la douleur
Expert 4	Il me semble qu'il faudrait ajouter aussi en cas d'impossibilité de réaliser complètement le mouvement testé.
Expert 15	A propos du test de Yocum, la sensibilité est de 79% et la spécificité de 40%. Au vu de sa faible spécificité, il ne me semble pas pertinent de l'inclure dans les tests dont la réponse positive permet d'orienter vers un syndrome sous acromial.
Expert 17	Cependant ces tests présentent des sensibilités élevées, des spécificités faibles et des ratios de vraisemblance qui ne permettent ni d'inclure ni d'exclure un "conflit" sous-acromial ou une tendinopathie de la coiffe (qu'elle soit rompue ou pas). Ils seront donc souvent positifs quelle que soit la pathologie (ou la structure) musculosquelettique d'épaule identifiée.

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	Salamh, Paul, et Jeremy Lewis. « It Is Time to Put Special Tests for Rotator Cuff-Related Shoulder Pain out to Pasture ». Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy 50, n° 5 (9 avril 2020): 222-25. https://doi.org/10.2519/jospt.2020.0606 .
--	--

Les tests permettant de localiser un tendon spécifiquement atteint (AE) :

Reproduction de la douleur (en faveur d'une tendinopathie) :

Proposition 33

Infra-épineux : test de Patte : Le bras est à 90° d'abduction (dans le plan frontal du tronc), coude fléchi à 90°. Le patient réalise une rotation latérale contre résistance.

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.94

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	1	0	0	1	3	2	22	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	9.68	90.32	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	9.68	90.32

Expert	Commentaires
Expert 8	* toujours les mêmes remarques lexicales que précédemment sur la nomenclature de translittération anglo-latine (rien d'officiel n'oblige à préférer l'une à l'autre, simple convenance / école chirurgicale) Elles facilitent surtout les universitaires et scientifiques pour les publications anglo-saxonnes, ce qui n'est pas forcément le public visé.

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	Une fois précisées en annexe (rotation latérale = externe...), accord total
Expert 15	Je suis en total désaccord avec cette proposition et les 3 qui vont suivre : - tout d'abord, dans la définition même de la tendinopathie proposée au début des recommandations, il est expliqué qu'elles sont autrement appelées syndrome d'origine sous acromial. On parle donc de la même chose. Or, nous venons de voir que 3 à 4 tests présentent des clinimétries satisfaisantes pour orienter vers un syndrome sub acromial. - D'autre part, les tests décrits ne sont absolument pas spécifiques à un tendon de la coiffe des rotateurs. Lorsqu'ils sont réalisés ces tests entraînent une contraction de nombreux muscles. - Enfin, la tentative d'identification précise d'un tendon précis dans l'établissement du diagnostic de tendinopathie de coiffe ou de syndrome sub acromial ne présente aucun intérêt pour la suite de la prise en charge. Les tests ainsi décrits (Jobe, Patte, Gerber ...) doivent être utilisés pour diagnostiquer ou orienter vers une rupture de coiffe. En l'absence de rupture de coiffe à l'imagerie, ces tests peuvent présenter un intérêt pour évaluer l'irritabilité de l'épaule du patient. Un patient très irritable ne verrouillera peut-être pas ces tests. Sa prise en charge s'orientera peut-être davantage vers un traitement médical avant d'envisager la rééducation. A propos de la classification selon l'irritabilité : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25504491/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33481995/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30720380/ A propos des limites de l'évaluation structurelle : https://link.springer.com/article/10.1007/s00264-014-2639-9 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32272031/
Expert 16	voir sensibilité spécificité , on est loin de la certitude
Expert 17	Ce test présente des propriétés métrologiques mauvaises, qui n'influencent pas la probabilité post-test RV+ 0.81, RV- 1.09 QUADAS 10 (Hegedus 2007, Lasbleiz 2014)
Expert 20	et cela teste-il le petit rond ?
Expert 28	Ces tests ne permettent pas de mettre en évidence une souffrance d'un tendon mais une rupture Donc la seule réponse valable serait la perte de force mais pas la reproduction d'une douleur qui signifierait une douleur sous-acromiale (à confirmer sans possibilité de localiser la structure en souffrance)
Expert 30	manque de spécificité

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Proposition 34

Supra-épineux : test de Jobe : Le bras est à 90° d'abduction dans le plan de la scapula en rotation médiale (pouce vers le bas). Le patient doit résister à la pression vers le bas exercée par l'examineur.

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.91

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	1	0	0	1	4	1	22	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	9.68	90.32	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	9.68	90.32

Expert	Commentaires
Expert 15	Pour les mêmes raisons que décrivent à la proposition précédente. Le test de Jobe n'est pas spécifique au supra-épineux https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19054712/
Expert 16	voir sensibilité spécificité , on est loin de la certitude
Expert 17	Ce test présente des propriétés métrologiques mauvaises, qui n'influencent pas la probabilité post-test RV+1.02 RV-0.86 (Lasbleiz 2014)
Expert 28	Test largement remis en question pour identifier une structure précise Cf références précédentes
Expert 30	manque de soécificité

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Proposition 35

Long biceps : palm-up test : Le bras est à 90° de flexion (élévation antérieure), l'avant-bras est en supination. Le patient doit résister à la pression vers le bas exercée par l'examineur.

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.26

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	1	1	3	0	1	3	1	19	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	22.58	77.42	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	22.58	77.42

Expert	Commentaires
Expert 11	Pour INFO Si, seul le palm up test est déficitaire, il s'agit souvent et de façon significative d'une petite rupture de la partie antérieure du supra-épineux [9] insuffisante pour positiver la manœuvre de Jobe ; Fiabilité de l'examen clinique des épaules douloureuses chroniques dans l'établissement du diagnostic lésionnel: étude prospective à propos de 104 cas L Favard, Ann Orthop Ouest, 1996
Expert 15	La clinimétrie du Palm-up test n'est pas satisfaisante. Les données dans la littérature ne sont pas très probantes quant à la pertinence de son utilisation. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19059801/
Expert 16	voir sensibilité spécificité , on est loin de la certitude
Expert 17	Ce test présente des propriétés métrologiques mauvaises, qui n'influencent pas la

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	probabilité post-test RV+ 0, RV- 3.17 (Lasbleiz 2014)
Expert 18	plutôt en désaccord ... cliniquement la tendinopathie du long biceps peut parfois passer inaperçue avec le palm-up mais jamais à la palpation du tendon lui-même dans la gouttière bicipitale
Expert 19	C'est un test sensible et pas spécifique, il faudra le préciser pour interpréter le test que la valeur négative permet l'exclusion et non l'inclusion.
Expert 25	Mettre d'avantage de course externe en retropulsion pour sensibiliser la manoeuvre en étirant le biceps.
Expert 28	Mauvaise clinimétrie
Expert 29	Aucun intérêt de ce test, très peu sensible, et très peu spécifique. L'analyse du biceps est à mon sens beaucoup plus reproductible par sa palpation douloureuse ou non au sein de sa gouttière
Expert 30	manque de spécificité

Proposition 36

A ce jour, il n'y a pas de test évalué pour rechercher une douleur sur le tendon du sub-scapulaire.

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.45

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	0	2	3	0	1	3	16	4

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	12.90	74.19	12.90

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	14.81	85.19

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert	Commentaires
Expert 6	Je ne comprends pas bien pourquoi le test de gerber n'est pas retenu, même s'il a été peu étudié, en l'absence d'autres tests, c'est un élément qui peut orienter.
Expert 15	En revanche certains tests sont assez pertinents pour rechercher une rupture sur le tendon sub-scapulaire
Expert 17	Il existe plusieurs études évaluant les altérations de structure du subscapulaire, que cette altération soit une tendinopathie non-rompue, une rupture partielle. Une revue de Dakkak (2020) a identifié le cluster qui présentait les meilleures propriétés métrologiques pour identifier une pathologie du subscapulaire. Il s'agissait du cluster BellyPress + Bear Hug. Lasbleiz dans sa revue de 2014 identifie la métrologie du Bellypress et du Lift-Off en cas de reproduction de douleur ou de faiblesse évocatrices d'une tendinopathie non-rompue. Dakkak, Andrew, Michael K. Krill, Matthew L. Krill, Benedict Nwachukwu, et Frank McCormick. « Evidence-Based Physical Examination for the Diagnosis of Subscapularis Tears: A Systematic Review ». Sports Health: A Multidisciplinary Approach, 21 août 2020, 194173812093623. https://doi.org/10.1177/1941738120936232. Lasbleiz, S., N. Quintero, K. Ea, D. Petrover, M. Aout, J.D. Laredo, E. Vicaut, T. Bardin, P. Orcel, et J. Beaudreuil. « Diagnostic Value of Clinical Tests for Degenerative Rotator Cuff Disease in Medical Practice ». Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 57, n° 4 (juin 2014): 228-43. https://doi.org/10.1016/j.rehab.2014.04.001.
Expert 19	Le bear hug test peut être ?
Expert 25	Press belly Test
Expert 26	décollement posterieur?
Expert 30	rotation interne contrariée oriente

Proposition 37

Recherche d'une faiblesse musculaire (en faveur d'une rupture) (AE) :

Infra-épineux : test de Patte et rotation latérale contre résistance en position 1 (le coude est collé au tronc, fléchi à 90°. Le patient doit réaliser une rotation latérale contre la résistance de l'examineur)

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Moyenne : 8.20

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	0	1	3	8	18	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	3.23	96.77	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.23	96.77

Expert	Commentaires
Expert 8	* lexique : rotation externe 1
Expert 12	signe du battant de cloche,
Expert 15	Il existe aussi le signe du portillon ou external lag sign : La bras du patient, coude fléchi à 90° est amené en rotation externe. Le test est positif si le patient ne parvient pas à maintenir la position Sensibilité 46% spécificité 94% https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003999308002098
Expert 16	voir sensibilité spécificité , on est loin de la certitude
Expert 17	Ce test présente des propriétés métrologiques mauvaises, qui n'influencent pas la probabilité post-test (Lasbleiz 2014) : Patte : si positif par reproduction de douleur RV+ 1.06 RV- 0.74 Patte : si positif par reproduction de faiblesse RV+ 1.97 RV- 0.6 Rotation latérale résistée : si positif par reproduction de douleur RV+ 0.77 RV- 1.41 Rotation latérale résistée : si positif par reproduction de faiblesse RV+ 2.42 RV- 0.5 Il vaut mieux lui préférer l'external rotation lag sign Lasbleiz, S., N. Quintero, K. Ea, D. Petrover, M. Aout, J.D. Laredo, E. Vicaut, T. Bardin, P. Orcel, et J. Beaudreuil. « Diagnostic Value of Clinical Tests for

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	Degenerative Rotator Cuff Disease in Medical Practice ». Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 57, n° 4 (juin 2014): 228-243. https://doi.org/10.1016/j.rehab.2014.04.001 .
Expert 18	test de Patte indispensable ! rajouter le schéma
Expert 19	Il me semble que les lag sign sont plus prédictifs.
Expert 20	est-il vrai que Patte teste infra + petit rond et RL1 uniquement infra ?
Expert 22	le test du portillon (ou battant de porte) complète le précédent en signant une rupture complète
Expert 28	Si infra épineux rompu préciser que dans l'immense majorité des cas le supra épineux l'est aussi
Expert 30	specificité incomplete

Proposition 38

Supra-épineux : test de Jobe

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.13

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	0	0	0	1	4	1	23	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
	4	9	
Nombre de réponses en %	6.45	93.55	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
	4	9
Nombre de réponses en %	6.45	93.55

Expert	Commentaires
Expert 13	positif en cas de perte de résistance

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert 15	Comme évoqué précédemment, le test de Jobe est loin d'être spécifique du supra-épineux. Il peut-être intéressant de le combiner à d'autres test (full can test, drop arm test ...)
Expert 16	voir sensibilité spécificité , on est loin de la certitude
Expert 17	Ce test présente des propriétés métrologiques mauvaises, qui n'influencent pas la probabilité post-test (Lasbleiz 2014) : si positif par reproduction de douleur RV+ 1.02 RV- 0.86 si positif par reproduction de faiblesse RV+ 2.08 RV- 0.31 Lasbleiz, S., N. Quintero, K. Ea, D. Petrover, M. Aout, J.D. Laredo, E. Vicaut, T. Bardin, P. Orcel, et J. Beaudreuil. « Diagnostic Value of Clinical Tests for Degenerative Rotator Cuff Disease in Medical Practice ». Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 57, n° 4 (juin 2014): 228-43. https://doi.org/10.1016/j.rehab.2014.04.001 .
Expert 18	quelle est la question ? déjà demandée en Q34
Expert 28	cf references precedents
Expert 30	idem

Proposition 39

Sub-scapulaire : test de Gerber (aussi appelé Lift-off test) (La face dorsale de la main du patient est dans son dos, le coude est fléchi à 90°. Le patient doit décoller sa main du dos) et belly-press test (Le coude est fléchi à 90°, l'avant-bras est dans le plan frontal et la main sur le ventre. Le patient appuie sur le ventre et essaie de garder l'avant-bras dans le plan frontal. Il existe une faiblesse musculaire du sub-scapulaire (test positif) si le coude part vers l'arrière avec flexion du poignet.)

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.36

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	0	1	3	6	20	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	3.23	96.77	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.23	96.77

Expert	Commentaires
Expert 8	Fond : l'explication ne met pas bien en évidence le rôle de l'opérateur là encore à mon sens, peut-être me trompe-je. Je pense qu'il faut mettre en avant ce qui revient au patient (positionnement puis action) de ce qui revient au clinicien. par exemple pour le test de Gerber : - Le but du test est de tester la résistance du patient au décollement de la main (du côté testé) placée dans le dos (face dorsale contre le dos, coude fléchi à 90°). * Remarque de forme : - Séparez plus clairement ou mettre en évidence (typographie en gras) avec retour à la ligne et tiret pour le second test (Belly-press test). - Par ailleurs, peut-être y a-t-il un nom français pour une recommandation française pour ce test ? Comme la loi Toubon nous y incite fortement. "Test de pression ventrale" ?
Expert 17	Ce test est également appelé internal rotation lag sign, il présente des propriétés métrologiques bonnes pour inclure une rupture totale du subscapulaire s'il est positif mais n'apporte pas d'information quand il est négatif (Lasbleiz 2014). Ce test n'apporte pas d'information concernant les tendinopathies sans rupture totale. Le test est considéré positif en cas de lag sign (le patient n'est pas capable de retenir sa main qui vient d'être tapée dans le dos) et non en cas de faiblesse qui serait évocatrice d'une tendinopathie non-rompue. Si positif par reproduction de lag sign RV+ 8.5 RV- 0.27 nb : si positif par reproduction de faiblesse RV+ [4.62; infini] RV- 0.5 Dans le cadre de l'évaluation du subscapulaire, le cluster Bellypress+ bearhug semble présenter une métrologie intéressante
Expert 18	le Press Belly test me paraît très inconstant (même bien fait) sauf dans une atteinte déjà très évoluée par contre le test de Gerber (main dans le dos) est facile à réaliser et aide bien

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	l'orientation dg
Expert 20	test de Gerber: est-il possible également que l'examineur décolle la main du patient en lui demandant de la tenir décollée et lorsqu'il lâche le patient ne peut retenir sa main ?
Expert 22	le Bear Hug Test me parait le plus fiable avec une sensibilité 60%, une spécificité 92%, RV+ 7,23 et RV- 0,44 The Bear Hug Test : a new and sensitive test for diagnosing a subscapularis tear. Johannes RH Barth, Stephen S Burkhart, Joe F De Beer ; Arthroscopy 2006 Oct;22(10) 1076-84
Expert 28	Lift off difficult à realizer. preferrer le Bear Hug Test. Cf reference de Barthes

Proposition 40

Le test de Yergason peut être utilisé en consultation spécialisée et traduit des lésions proximales du biceps et/ou des lésions labrales.

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Moyenne : 7.08

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	0	0	6	1	1	3	12	6

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
	4	9	
Nombre de réponses en %	6.45	74.19	19.35

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
	4	9
Nombre de réponses en %	8.00	92.00

Expert	Commentaires
--------	--------------

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert 1	S'il est utilisé en consultation spécialisée, il n'est probablement pas nécessaire de le mentionner dans ces recommandations
Expert 5	pas clair. ce test est décrit dans l'argumentaire comme une atteinte du long biceps, puis cette recommandation arrive sans qu'on comprenne pourquoi. si il ne faut pas le faire, pourquoi en parler ?
Expert 7	Un descriptif de ce test devrait être mentionné ou alors on ne le mentionne pas. Je suggère qu'il soit mentionné dans les recommandations au moins (pas forcément la fiche synthétique) les valeurs de sensibilité et spécificité de ces tests qui ne sont pas pour le moins brillantes et j'aurais pensé qu'il aurait été prudent de mentionner que ces tests ont au final peu de valeur prédictive en tout cas dans mon expérience. Ce qui pose d'ailleurs au passage deux problèmes pour moi : - la question de la position adoptée dans ces recommandations de placer l'échographie en deuxième position des examens complémentaires alors que ses performances à mon sens pour faire un diagnostic lésionnel sont supérieures à celles de l'examen clinique. J'aurais pensé et c'est mon usage comme celui de nombre de mes collègues sur le terrain qu'il fallait positionner la radio et l'écho en même temps - mais aussi l'intérêt au final de ces tests lésionnels qui ne modifient pas la prise en charge thérapeutique proposée
Expert 8	* Est-ce sa place dans ce type de recommandation ? Je vous propose : "D'autres tests de seconde intention, dont la validation est moins certaine, peuvent être proposés en consultation spécialisée" ??
Expert 12	le test de Yergason n'est pas très spécifique ni très sensible, une lésion du ligament huméral transverse souvent associée à une subluxation du TLB et une atteinte distale du tendon du sub scapulaire. la manœuvre de l'armé?(slap bourrelet)
Expert 14	ce n'est pas mon domaine
Expert 15	Je n'utilise pas ce test dans ma pratique. Une lésion labrale ou une lésion proximale du biceps ne doivent être évoquées qu'après élimination d'autres causes, et en cas d'échec du traitement rééducatif. De plus, ces lésions sont souvent asymptomatiques ou adaptatives (sport overhead). Lorsqu'elles posent problème c'est plutôt dans le cadre du traitement de l'instabilité de l'épaule. Ainsi, il me semble moins pertinent d'évoquer ce test dans ces recommandations
Expert 17	Ce test présente des propriétés métrologiques mauvaises, qui n'influencent pas la probabilité post-test pour les tendinopathies proximales du biceps (rompues ou

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	non-rompues) Biceps tendinopathie RV+ 3.7 RV- 0.41(Lasbleiz 2014) Biceps rupture RV+ 0 RV- 1.36(Lasbleiz 2014) SLAP RV+ 2.05 RV- 0.72 (Holtby 2004) Le speed test n'est pas une bonne alternative au Yergasson puisqu'il présente des propriétés métrologiques similaires.
Expert 20	pourquoi en consultation spécialisée?
Expert 27	pour les dernières propositions, je fais confiance aux auteurs ; les manœuvres sont reproductibles quand il existe un schéma
Expert 28	cf reference de Belanger et al. précédemment envoyée

Imagerie

Proposition 41

En première intention, il est recommandé de réaliser des radiographies de l'épaule (éventuellement bilatérales et comparatives (absence de données sur l'intérêt de la bilatéralité)), de face 3 rotations et un faux-profil de Lamy. (AE)

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.97

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	2	4	2	1	19	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	3.23	90.32	6.45

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.45	96.55

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert	Commentaires
Expert 2	Faut-il dire l'objectif de ces radios ? Par exemple "en 1ère intention on fait des radios pour rechercher des calcifications"
Expert 3	le cliché de face en rotation neutre devrait être réalisée selon l'incidence de Railhac qui a de nombreux avantages livres de la SIMS sur l'épaule 1996, 2005, 2016 Railhac JJ, Sans N, Rigal A, Chiavassa H, Galy-Fourcade D, Richardi G, et al. La radiographie de l'épaule de face stricte en décubitus dorsal: intérêt dans le bilan des ruptures de la coiffe des rotateurs. J Radiol. 2001;82:979-85.
Expert 8	Absence de données tout court d'après votre document d'argumentaire. le terme "recommandé" le cas échéant ne paraît pas adapté. Je vous propose : "En première intention, il est pertinent de réaliser des radiographies de l'épaule (clichés de face en rotation neutre, externe et interne ainsi qu'un faux-profil de Lamy). Hors contexte traumatique, il est licite de proposer des clichés bilatéraux afin de ne pas méconnaître une pathologie rhumatologique et de permettre un examen comparatif."
Expert 16	pas de comparatif, irradiation sans apport d'informations
Expert 18	les clichés comparatifs en général sont peu informatifs et induisent un risque d'erreur - les variations anatomiques d'un côté à l'autre sont très fréquentes
Expert 19	Il me semble que sans échographie associé, ce n'est pas pertinent mais je ne suis pas radiologue.
Expert 20	RX bilatérales et comparatives systématiques en cas d'épaule raide ?
Expert 28	Radiographies bilatérales sans intérêt Après un examen clinique complet et une interrogatoire précise la radiographie pourrait ne pas être systématique en première intention
Expert 30	+ échographie voire échographie seule d'emblée
Expert 31	_ Comparatif non systematique et peu recommandable vis a vis d'une logique de radioprotection (Justofication ?)

Proposition 42

Ces radiographies sont indiquées en l'absence d'amélioration après 6 semaines d'évolution des symptômes, avec ou sans traitement, lors du premier épisode douloureux uniquement. (AE)

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 8.5

Moyenne : 7.30

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	1	3	4	3	2	15	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	9.68	87.10	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	10.00	90.00

Expert	Commentaires
Expert 3	nuancer si le nouvel épisode douloureux survient des années après le premier ?
Expert 4	Comme déjà indiqué dans une proposition précédente, il me semble que les radiographies devraient être recommandée avant 6 semaines pour les patients déjà atteints de maladies rhumatismales (comme l'arthrose ou autres) pouvant avoir d'autres localisations. Si une de ces maladies se révèle la cause de la douleur aigue apparue, il me semble utile de renouveler ces radiographies périodiquement pour les raisons suivantes : - Suivi de l'évolution de cette nouvelle localisation d'atteinte de la maladie rhumatismale - Possible évolution vers des atteinte tendineuses du fait des limitations de mouvement et des atteintes cartilagineuses engendrées par la maladie rhumatismale (par exemple je suis atteinte d'arthrose du genou et à cause des contraintes de cette arthrose j'ai développé des atteintes tendineuses telles que ligaments croisés ou moyens fessier).
Expert 8	* Accord d'expert La précision "lors du premier épisode douloureux uniquement" me semble superfétatoire et possiblement erronée. Je propose plutôt : "En absence de nouvel élément clinique, il n'y a pas d'indication à les renouveler."
Expert 12	oui pour les pathologies en rapport avec une atteinte de la coiffe. non pour les capsulites, les Parsonage et Turner, les épaules hyperalgiques. les radiographies

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	doivent être recommandées le plus tôt possible. Mais comment attribuer une douleur d'épaule à la coiffe sans avoir éliminé les autres étiologies? Et comment se passer d'imagerie pour écarter ses pathologies.
Expert 16	le délai pour avoir recours aux RX dépend aussi de l'intensité des symptômes si hyperalgique , on va plus vite aux RX
Expert 17	Ces radiographies ne devraient pas être prescrites en l'absence d'essai d'un traitement conservateur (comprenant de la rééducation active) bien conduit (au sens de conforme aux recommandations récentes de bonne pratique), sous réserve de l'absence de suspicion de pathologie grave évidemment. Elles ne présentent que peu d'intérêt dans le diagnostic (changement dans 14% des cas), ou le traitement (changement dans 1,7% des cas), en particulier dans une population de moins de 50 ans (Feder 2018) et ne doivent donc être prescrites que pour exclure un diagnostic différentiel/débrouillage. Feder, Oren I., Benjamin J. Levy, et Konrad I. Gruson. « Routine Plain Radiographs in the Setting of Atraumatic Shoulder Pain: Are They Useful? » The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons 26, n° 8 (15 avril 2018): 287-93. https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-16-00884 .
Expert 18	comme déjà dit plus haut je trouve que le délai de 6 semaines est trop long - je préfère 4 semaines SANS AMELIORATION
Expert 20	je ne comprends pas "lors du premier épisode douloureux uniquement" ? - devant un tableau au départ de tendinopathie qui n'évolue pas bien avec l'apparition secondaire d'une raideur (ou d'un tableau atypique), ne peut-on pas refaire des RX pour permettre de poser le diagnostic de capsulite, voir d'une pathologie gléno-humérale ? - en cas de récurrence des douleurs plusieurs mois après (12?) qui n'évoluent pas favorablement, n'est-il pas préférable de refaire des radiographies (j'ai eu une fois l'expérience de l'apparition d'une métastase osseuse de la glène d'un cancer du sein...)?
Expert 23	Etant donné , en particulier chez le sujet âgé, l'impact fonctionnel avec le risque de perte d'autonomie que peut engendrer une douleur d'épaule, le délais de 6 semaines est-il pertinent? Pourquoi pas moins que 6 semaines ? Je n'ai pas retrouvé de données dans la littérature que j'ai pu consulter, mais en tant que gériatre cela me semble trop long. Ou bien recommander une échographie plus rapidement ?
Expert 29	même commentaire que précédemment, je trouve que 3 semaines serait mieux que 6 semaines
Expert 31	- Le delai peut apparaitre long pour le diagnostic d'une calcification en voie de resorption. Plus tardivement, sa diminution de densité peut rendre difficile son

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	diagnostic - Le délai peut apparaître long dans l'hypothèse d'une prise en charge optimale d'une tumeur
--	---

Proposition 43

Après échec du traitement, après réévaluation clinique, une échographie des épaules, réalisée par un échographiste expérimenté en pathologie ostéoarticulaire, est prescrite pour confirmer ou réorienter le diagnostic (rupture transfixiante, superficielle ou profonde, bursite, calcification active et de localisation inhabituelle, pathologie du tendon du long biceps et de son environnement ou autre pathologie intra-articulaire (synovite, chondromatose...)) et adapter la prise en charge thérapeutique (AE).

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.71

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	3	0	3	3	2	19	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	12.90	87.10	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	12.90	87.10

Expert	Commentaires
Expert 1	Cette proposition est difficile à interpréter. Comment le patient/médecin généraliste pourra-t-il savoir si le radiologue/rhumatologue sollicité est effectivement expérimenté en pathologie ostéo articulaire et particulièrement en pathologie de l'épaule ? Je remplacerai "est prescrite pour confirmer ou réorienter le diagnostic" par

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	"peut être prescrite pour préciser le diagnostic lésionnel"
Expert 4	Il serait sans doute utile de préciser au bout de combien de temps de traitement on doit passer à cette étape d'échographie. Il me semble qu'il devrait aussi être recommandé de passer à cette étape d'échographie en cas d'aggravation des symptômes/douleurs malgré traitement en cours depuis un temps à préciser.
Expert 5	problématique de la temporalité liée à la réalité des délais de cs déjà évoquée plus haut
Expert 7	Comment définissez-vous "un échographiste expérimenté" dans des recommandations officielles? D'autant que si vous proposez une IRM de l'épaule en l'absence d'échographiste expérimenté, attention aux dépenses de santé... Cf aussi mon commentaire à la question 40 pour l'échographie et sa place
Expert 8	Tournure peu claire. Je vous propose : "L'échographie articulaire est indiquée en cas d'échec du traitement, après réévaluation clinique. Il est important de s'assurer d'avoir un correspondant expérimenté en pathologie ostéo-articulaire. Cet examen permet : - de confirmer le diagnostic ou de le réorienter [les exemples sont-ils vraiment nécessaires si l'on n'est pas exhaustif ?] - de visualiser un épanchement et de guider sa ponction / drainage si indiquée - de guider une infiltration"
Expert 12	RECOMMANDATION NON APPLICABLE car pas de Définition de l'"échographiste expérimenté", comment le savoir et reconnu sur quels critères?(autoproclamé?) le oui dire, des diplomes? LESQUELS ? Quelles spécialités ? radiologues? rhumatologues (dont la formation initiale intègre l'échographie), MPR? médecins du sport? chirurgiens orthopédistes, médecins généralistes, demain peut être les kinésithérapeutes?. L'échographie est non irradiante, disponible rapidement, très informative pour les pathologies de l'épaule.est une examen d'imagerie dynamique opérateur dépendant, appareillage dépendant.
Expert 16	surtout au vu des sensibilités spécificités des tests clinique versus échographie .
Expert 17	Reformuler "en cas d'échec d'un traitement conservateur bien conduit (conformément aux recommandations récentes de bonne pratique), et après réévaluation clinique". Le traitement conservateur doit contenir un traitement de rééducation active d'au moins 12 semaines.
Expert 20	Après radiographies et échec du traitement "associant kinésithérapie et infiltrations"..... ?
Expert 23	même commentaire que ci-dessus pour le délais

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert 29	Je suis tout à fait d'accord avec cette recommandation, mais celle ci est impossible à mettre en pratique courante. Les échographies sont alors réalisées par des radiologues non spécialisés ou expérimentés, et conduisent à une errance diagnostique et thérapeutique. Les études scientifiques confirment d'ailleurs la très faible efficacité des écho sur l'épaule. Il faut arrêter ces "échographies de débrouillage sur l'épaule" !
Expert 30	adaptation du traitement en confrontant écho et clinique
Expert 31	- Echographie "des epaules " ou "de l'épaule" - Definition d'un "échographiste expérimenté "

Proposition 44

Un épanchement autour du tendon du long biceps est dans la plupart des cas en continuité avec un épanchement gléno-huméral. (AE)

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.63

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	1	5	20	4

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	87.10	12.90

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 3	et ne doit pas être considéré trop facilement comme témoin d'une ténosynovite du long biceps sur le compte rendu d'écho...

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert 5	je ne connais pas les conséquences de diagnostic et de prise en charge qui découlent de cela. peut être ne suis je pas la seule, du coup quel intérêt de la préciser? ce n'est pas clair
Expert 11	Pour Info l'examen du long biceps n'est pas très facile. parfois les douleurs sont d'origine mécanique Tendinopathie associée à un déficit de mobilité passive en élévation, il faut suspecter un long biceps en sablier (Entrapment of the long head of the biceps tendon: the hourglass biceps, a cause of pain and locking of the shoulder P Boileau et co, Journal of shoulder and elbow, 2004)
Expert 12	quel intérêt? on retrouve très souvent des épanchements non pathologiques dans la gaine du tendon du long biceps. plus utile un double épanchement bourse sous acromiale + tendon du long biceps est synonyme de rupture transfixiante
Expert 20	"et ne permet pas à lui seul de poser le diagnostic de ténosynovite du long biceps?"
Expert 27	bon nombre de mes réponses en "7" pourraient être remplacées par "je ne peux pas répondre"; c'est clairement le cas ici

Proposition 45

Il ne faut pas prescrire d'échographie sans examen clinique. L'échographie sans examen clinique peut être délétère, en l'absence d'encadrement éducatif. (AE)

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.49

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	1	1	1	2	25	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	3.23	96.77	0.00

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.23	96.77

Expert	Commentaires
Expert 2	Je suis d'accord avec ces phrases, mais je pense qu'il manque la prévalence des lésions tendineuses dans la population asymptomatique. Ces chiffres sont très bénéfiques pour expliquer aux patients. Exemple (il y en a d'autres) de publication qui pourrait être cité: Gill, T. K., Shanahan, E. M., Allison, D., Alcorn, D., & Hill, C. L. (2014). Prevalence of abnormalities on shoulder MRI in symptomatic and asymptomatic older adults. International journal of rheumatic diseases, 17(8), 863-871.
Expert 4	L'usage du mot délétère sans contextualisation pourrait prêter à confusion et laisser penser que cela peut engendrer une aggravation de la pathologie cause des douleurs, ce qui n'est pas d'après l'argumentaire la raison de cette recommandation. Une telle confusion pourrait amener à inciter à des échographies de "précaution" qui toujours d'après l'argumentaire peuvent avoir un effet psychologique contre productif pour le patient.
Expert 8	Accord sur l'idée de ne pas prescrire une échographie d'emblée. Cependant tournure fallacieuse, l'échographie en elle-même n'est pas délétère, elle l'est moins qu'un autre examen paraclinique d'imagerie d'ailleurs. Je propose : "la réalisation d'examens d'imagerie non guidés par l'examen clinique peut conduire à des difficultés de prise en charge, ce pourquoi cette situation doit être évitée."
Expert 10	Cette phrase est juste mais je ne suis pas certain de sa pertinence
Expert 12	tout compte rendu d'imagerie est anxiogène d'autant qu'il s'agit le plus souvent d'une pathologie fonctionnelle
Expert 18	absolument !
Expert 20	même avec un examen clinique: le patient va croire le résultat de l'échographie et ne croira pas l'examinateur qui tente de lui expliquer et de le rassurer. Intérêt à former les radiologues à dédramatiser auprès des patients ?
Expert 27	ok
Expert 28	Ni en cas d'épaule raide !

Proposition 46

Une IRM peut être prescrite si les symptômes présentés par le patient ne sont pas expliqués par

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

l'imagerie initiale ou en l'absence d'un échographiste expérimenté (AE).

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.39

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	0	2	3	2	23	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	3.23	96.77	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.23	96.77

Expert	Commentaires
Expert 4	L'IRM est un examen couteux qui peut être stressant chez certains patients et la disponibilité des équipements est parfois assez tendue dans certaines régions. Je trouve donc bien dommage tant en terme de coûts de santé, d'accès au soins et de qualité de vie du patient que l'on recommande d'y avoir recours pour des raisons de difficulté à trouver un échographiste expérimenté. Cela renvoie bien évidemment à la nécessité d'avoir d'avantage d'échographistes expérimentés ... Par ailleurs cette recommandation peut être complexe à mettre en œuvre pour le médecin prescripteur qui n'a sans doute pas les moyens de savoir si le patient pourra avoir recours à un échographiste expérimenté (il ne me semble pas qu'il puisse juger des qualités d'un confrère, il me semble même que cela n'est pas jugé déontologique par les Conseils de l'ordre).
Expert 7	Pour la dernière partie de la phrase "en l'absence d'échographiste expérimenté", si j'en comprends le bien-fondé intellectuel, ceci est très problématique en pratique courante!
Expert 8	Là encore en précisant que la lecture de l'examen bénéficie d'un médecin

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	radiologue expérimenté en pathologie ostéo-articulaire.
Expert 12	expérimenté? voir supra également nécessaire si est envisagé une déclaration de maladie professionnelle. ne pas prescrire sans examen clinique préalable
Expert 17	L'échographie présente des propriétés diagnostiques équivalentes à l'IRM lorsqu'elle est pratiquée par un échographiste expérimenté dans l'évaluation de ruptures totales ou partielles de la coiffe (Roy 2015). Il ne semble pas pertinent de prescrire une IRM dans le cas où il est possible d'avoir accès à une échographie de qualité (donc même si les symptômes ne sont pas expliqués par l'imagerie initiale), sauf si les hypothèses cliniques à confirmer ou infirmer ne sont pas une pathologie de coiffe. Si l'hypothèse clinique tend vers une pathologie du cartilage ou du labrum, l'arthro-IRM semble recommandé. Roy, Jean-Sébastien, Caroline Braën, Jean Leblond, François Desmeules, Clermont E Dionne, Joy C MacDermid, Nathalie J Bureau, et Pierre Frémont. « Diagnostic Accuracy of Ultrasonography, MRI and MR Arthrography in the Characterisation of Rotator Cuff Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis ». British Journal of Sports Medicine 49, n° 20 (octobre 2015): 1316-28. https://doi.org/10.1136/bjsports-2014-094148 .
Expert 20	 pas expliqués par l'imagerie initiale ou "après radiographies et échec du traitement médical associant kinésithérapie et infiltrations" en l'absence d'un échographiste expérimenté ?
Expert 21	ou en cas de tendinopathie chronique, si le patient souhaite faire une demande de reconnaissance en maladie professionnelle.
Expert 28	L'IRM est un examen prescrit par un chirurgien s'il estime que cela est nécessaire ou un médecin spécialiste., pas en médecine de première intention. Elle n'apporte rien de plus à part identifier des lésions très précises (utile dans le cas du sport) ou évaluer la qualité du muscle (involution graisseuse) en cas de rupture et donc d'orientation potentiellement chirurgicale
Expert 31	- Interrogation sur la place de l'IRM, peut être à réaliser et à privilégier en cas de maladies professionnelles, du fait de la notion d'IRM dans le tableau . Recours plus systématique ou plus précoce ?

Proposition 47

Une IRM (sauf en cas de contre-indication) peut être prescrite, à la recherche d'une rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs, pour évaluer son extension et la trophicité musculaire (AE).

Valeur minimum : 1

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.25

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	1	1	3	1	22	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	3.23	90.32	6.45

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.45	96.55

Expert	Commentaires
Expert 3	peut-être pas à 6 semaines d'évolution !
Expert 5	n'est ce pas l'indication du spécialiste?
Expert 12	mal professionnelle demande spécialisée une arthrographie est bien plus informative pour rechercher une rupture transfixiante (passage du produit de contraste de l'articulation vers la bourse sous acromiote et est réalisable dans de meilleurs délais. (rhumatologues équipés d'installation radiographique)
Expert 17	L'IRM, l'arthroIRM et l'échographie présentent des capacités diagnostiques équivalentes pour inclure ou exclure des ruptures de coiffe (partielle ou totales), mais l'échographie est moins onéreuse et souvent accessible dans des délais plus courts. Les classifications de trophicité musculaire (amyotrophie graisseuse, dont la classification de Goutallier est la plus utilisée) ne présentent quasiment aucune donnée concernant leur validité, leur fidélité et leur sensibilité au changement. Il semble que l'échographie présente une fidélité équivalente à l'IRM pour cette évaluation (Wall 2012). Le scanner est fiable interopérateur mais faiblement à modérément corrélé à l'IRM (Fuchs 1999).

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	Il convient donc de proposer l'échographie en premier choix pour l'évaluation des structures tendineuses et de la trophicité musculaire. Fuchs, Bruno, Dominik Weishaupt, Marco Zanetti, Juerg Hodler, et Christian Gerber. « Fatty Degeneration of the Muscles of the Rotator Cuff: Assessment by Computed Tomography versus Magnetic Resonance Imaging ». Journal of Shoulder and Elbow Surgery 8, n° 6 (novembre 1999): 599-605. https://doi.org/10.1016/S1058-2746(99)90097-6. Wall, Lindley B., Sharlene A. Teefey, William D. Middleton, Nirvikar Dahiya, Karen Steger-May, H. Mike Kim, Daniel Wessell, et Ken Yamaguchi. « Diagnostic Performance and Reliability of Ultrasonography for Fatty Degeneration of the Rotator Cuff Muscles ». Journal of Bone and Joint Surgery 94, n° 12 (20 juin 2012): e83. https://doi.org/10.2106/JBJS.J.01899. Roy, Jean-Sébastien, Caroline Braën, Jean Leblond, François Desmeules, Clermont E Dionne, Joy C MacDermid, Nathalie J Bureau, et Pierre Frémont. « Diagnostic Accuracy of Ultrasonography, MRI and MR Arthrography in the Characterisation of Rotator Cuff Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis ». British Journal of Sports Medicine 49, n° 20 (octobre 2015): 1316-28. https://doi.org/10.1136/bjsports-2014-094148
Expert 20	Dans le contexte de douleur chronique cela modifie-t-il au départ la prise en charge qui serait alors chirurgicale et non médicale ? Même remarque que pour l'échographie: nécessité d'expliquer au patient ?
Expert 24	plus souvent demandé par orthopédiste avant éventuelle acromioplastie et suture tendineuse
Expert 25	le scanner peut aussi évaluer l'amyotrophie, mais pas la rupture
Expert 30	dépend de son impact sur l'indication thérapeutique
Expert 31	- Interrogation sur la place de l'IRM, peut être à réaliser et à privilégier en cas de maladies professionnelles, du fait de la notion d'IRM dans le tableau . Recours plus systématique ou plus précoce ? - Diagnostic parfois difficile en IRM des ruptures transfixiantes focales

Proposition 48

Une échographie ou une IRM ne doit être prescrite que si un bilan radiographique a été réalisé au préalable. (AE)

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.30

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	2	0	2	2	23	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	3.23	93.55	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.33	96.67

Expert	Commentaires
Expert 1	En cas de signes cliniques de rupture complète, la prescription d'une imagerie du tendon d'emblée me semble légitime
Expert 6	en cas d'examen clinique permettant d'éliminer les diagnostics différentiels, suffisamment évocateur d'une pathologie de la coiffe des rotateurs et orienté vers un tendon spécifique, et en cas de disponibilité d'un échographiste expérimenté, j'aurais tendance à autoriser l'échographie d'emblée.
Expert 12	Pour ceux qui ont à disposition un échographe, une échoscopie faite dans le même temps que l'examen clinique est pertinente. examen dynamique (rhumatologues)
Expert 14	L'IRM est à préférer en cas de suspicion de capsulite
Expert 24	La radiographie peut se faire aussi dans le même temps que l'échographie mais l'IRM toujours dans un second temps
Expert 30	échographie sur tableau de tendinopathie
Expert 31	D'accord - Prescription d'une échographie indissociable de radiographies préalables, du fait des difficultés d'analyse articulaires en échographie. - Prescription d'une IRM indissociable de radiographies préalables, du fait des pièges diagnostics des calcifications en IRM. - Non prescription d'IRM ou echo si radiographies avec une ascension de la tête humérale avec neo contact acromio huméral, omarthrose excentrée, ..., ou

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	encore d'absence d'implication thérapeutique... ????
--	--

Proposition 49

L'indication d'un arthroscanner ou d'une arthroIRM est posée en cas de doute diagnostique à l'IRM, en cas de dissociation radioclinique ou d'indication opératoire. Ces examens sont prescrits par le spécialiste qui prendra en charge le patient. (AE)

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.34

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	1	0	4	3	21	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	3.23	93.55	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.33	96.67

Expert	Commentaires
Expert 3	préciser dans le libellé qu'un scanner simple de l'épaule n'a pas d'intérêt sauf prescrit par un spécialiste en complément d'une IRM montrant une lésion tumorale suspecte, une calcification, une lésion osseuse post-traumatique mal analysée par l'IRM (en l'absence de séquences ZTE)
Expert 4	Il me semble qu'il faudrait préciser ce qu'on entend par spécialiste. S'agit-il d'un rhumatologue ou d'un chirurgien orthopédique ? Ici je pense qu'on parle de chirurgien car ce type d'examen stressant et parfois douloureux pour le patient ne semble utile que pour mieux évaluer l'intérêt d'une intervention chirurgicale et éventuellement faciliter sa préparation.

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert 12	indispensable en l'absence ou contre indication d'irm, pour la déclaration en maladies professionnelles meilleur que l'irm dans les slaps et lésions du labrum les chondromatoses l'arthrographie précédant le scanner visualise les ruptures transfixiantes
Expert 17	Si l'hypothèse clinique tend vers une pathologie du cartilage ou du labrum, l'arthro-IRM semble recommandé.
Expert 18	cette proposition n'est tenable que si l'accès à l'IRM devient partout facile et rapide - sinon le scanner reste plus facile d'accès
Expert 24	recherche lésion du labrum aussi !
Expert 25	utile en cas de suspicion de lésion de la face profonde de la coiffe
Expert 29	je suis d'accord pour l'arthroIRM qui est très onéreuse en revanche l'arthroscanner est un très bon examen, moins cher qu'une IRM, et souvent beaucoup plus facile d'accès dans de nombreuses régions... Il devrait donc pouvoir être prescrit par le généraliste au même titre que l'IRM
Expert 31	- D'accord pour la place préopératoire. en pratique, ces examens sont parfois demandés par le généraliste, en vue d'une consultation chirurgicale. - place pour le doute diagnostique à l'échographie ?

Proposition 50

En cas de décision opératoire, le type d'imagerie est laissé au choix du chirurgien. (AE)

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.88

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	1	2	28	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	"d'imagerie pré-thérapeutique" ?

Prise en charge de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs

Les antalgiques

Proposition 51

A la phase initiale de la prise en charge, en première intention, le paracétamol et/ou les antalgiques de palier 2 (classification OMS) sont recommandés. L'efficacité des antalgiques sur la douleur du syndrome douloureux sub-acromial n'a pas été évaluée dans la littérature. (AE)

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.64

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	0	1	3	1	3	0	20	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	9.68	87.10	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	10.00	90.00

Expert	Commentaires
--------	--------------

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert 2	Est-ce que ces antalgiques ne sont pas "à envisager" ou "proposés" plutôt que "recommandés", vu que 1/ leur efficacité n'a pas été prouvée 2/ les risques existent et sont fortement documentés (comme précisé dans les phrases qui suivent).
Expert 4	Il ne me semble pas que ce soit une bonne idée de recommander l'utilisation d'antalgique de palier 2 dès la phase initiale. Ce type d'antalgique est dangereux pour nombre d'activités personnelle ou professionnelles en raison des baisses de vigilance et peut rapidement amener à des dépendances et à une baisse de leur efficacité sur un usage plus prolongé. A la phase initiale il semble donc plus prudent de se limiter dans un premier temps à l'usage de médicaments à effet antiinflammatoires (paracétamol ou AINS selon l'importance de la douleur) qui améliorent les causes de la douleur plutôt qu'à des antalgiques palier 2 dont le rôle primaire est plutôt de "juste" diminuer la douleur. Je suggérerai plutôt pendant cette phase initiale de ne recommander les antalgiques de palier 2 qu'en cas d'aggravation de la douleur (notamment quand elle compromet la qualité du sommeil) et en indiquant la nécessité que le prescripteur les limite à une utilisation ponctuelle et la plus courte possible. Ceci passe aussi par un dialogue du prescripteur avec le patient pour "l'éduquer" à la prise en cas de besoin réel (autoévaluation du degré d'acceptabilité de la douleur).
Expert 8	Là encore nécessité de prise en compte des profils de patients d'emblée : - jeune / sportif dans un contexte post-traumatique - pathologie d'origine professionnelle - Pathologie métabolique (arthropathie microcristalline sur insuffisance rénale évoluée...) - sujet âgé Il existe des spécificités de prise en charge dans la douleur du sujet âgé. Il faudra être vigilant sur les effets secondaires des antalgiques conventionnels opioïdes faibles (palier II OMS) qui prêter à davantage d'effets du type confusion, nausées, vomissements. Certains auteurs ont rapporté des effets vasculaires lors d'une prise au long cours d'un antalgique de palier I comme le DAFALGAN / paracétamol incitant à signaler que, par prudence, les antalgiques de palier I aussi doivent être réévalués. On peut proposer une phrase du type : Les thérapeutiques médicamenteuses de première intention sont les antalgiques conventionnels de palier I et II, voire en association. Ces médicaments sont à réévaluer périodiquement. La littérature scientifique ne permet cependant pas de conforter ces positions. Sudano I, Flammer AJ, Périat D, Enseleit F, Hermann M, Wolfrum M, Hirt A, Kaiser P, Hurlimann D, Neidhart M, Gay S, Holzmeister J, Nussberger J, Mocharla

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	P, Landmesser U, Haile SR, Corti R, Vanhoutte PM, Lüscher TF, Noll G, Ruschitzka F. Acetaminophen increases blood pressure in patients with coronary artery disease. <i>Circulation</i>. 2010 Nov 2;122(18):1789-96. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.956490.
Expert 17	L'acetaminophène est recommandé. Les antalgiques opiacés ne sont pas recommandés en première intention, il peuvent être indiqués à court terme chez les personnes présentant des douleurs et incapacités sévères ou persistantes ET ne répondant pas aux autres types d'antalgiques, sous réserve de ne pas présenter de risque de dépendance. Les opiacés présentent une efficacité faible dans la diminution de la douleur comparativement à un placebo, et équivalente comparativement à des AINS pour des douleurs musculosquelettiques. (Busse 2018) Il présentent en revanche des effets indésirables. (Lafrance 2022) Les AINS (non spécifiques ou spécifique de la COX-2) permettent de réduire la douleur à court terme (<6 semaines) avec une confiance faible à modérée. Les études ne permettent pas d'évaluer des effets indésirables éventuels ou l'efficacité sur la fonction de l'épaule (Boudreault 2014). Boudreault, Jennifer, François Desmeules, Jean-Sébastien Roy, Clermont Dionne, Pierre Frémont, et Joy C. Macdermid. « The Efficacy of Oral Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs for Rotator Cuff Tendinopathy: A Systematic Review and Meta-Analysis ». <i>Journal of Rehabilitation Medicine</i> 46, n° 4 (avril 2014): 294-306. https://doi.org/10.2340/16501977-1800. Busse, Jason W., Li Wang, Mostafa Kamaleldin, Samantha Craigie, John J. Riva, Luis Montoya, Sohail M. Mulla, et al. « Opioids for Chronic Noncancer Pain: A Systematic Review and Meta-analysis ». <i>JAMA</i> 320, n° 23 (18 décembre 2018): 2448-60. https://doi.org/10.1001/jama.2018.18472. Lafrance, Simon, Maxime Charron, Jean-Sébastien Roy, Joseph-Omer Dyer, Pierre Frémont, Clermont E. Dionne, Joy C. Macdermid, et al. « Diagnosing, Managing, and Supporting Return to Work of Adults With Rotator Cuff Disorders: A Clinical Practice Guideline ». <i>The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy</i> 52, n° 10 (octobre 2022): 647-64. https://doi.org/10.2519/jospt.2022.11306.
Expert 18	il MANQUE le REPOS pour soulager l'épaule par l'utilisation d'un support d'avant-bras ("écharpe") léger, peu encombrant, facile à utiliser - sans doute pas évalué dans une étude bien faite mais confirmé par la pratique. il MANQUE l'application de FROID (poche de glaçons ou réfrigérante) permet de limiter les doses d'antalgiques /Ains
Expert 22	en première intention, le paracétamol et, en cas d'inefficacité, les antalgiques de palier 2 (classification OMS) sont recommandés.

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert 23	rédaction: " l'efficacité des antalgiques sur la douleur du syndrome douloureux sub-acromial":redondant --> l'efficacité des antalgiques sur le syndrome douloureux sub-acromial (ça devrait suffire)
Expert 27	proposition classique; mais ne tient pas compte des réserves actuelles qui portent sur les paliers 2 (effets secondaires, mésusage); cette réserve est certes précisée en proposition 53; les paliers 2 devraient constituer un second choix, une seconde intention; la première intention serait constituée du paracétamol associé ou non aux AINS
Expert 30	souvent insuffisant, AINS (selon contre indications) plus efficace en pratique quotidienne

Précautions particulières chez les patients de plus de 75 ans :

Proposition 52

La dose maximale de paracétamol recommandée est de 3g/j chez les patients âgés pesant plus de 50 kg. Pour les patients de plus faible poids, la posologie de paracétamol sera ajustée selon leur poids à des posologies inférieures (AE).

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.65

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	0	1	0	1	25	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	3.23	87.10	9.68

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.57	96.43

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert	Commentaires
Expert 1	Est-ce nécessaire de rappeler les bonnes pratiques générales de prescription des antalgiques dans une recommandation spécifique sur la douleur d'épaule ?
Expert 4	Il pourrait être utile d'ajouter que le prescripteur doit indiquer au patient que cette dose maximale ne doit pas être dépassée et qu'il doit reconsulter si il pense que cette dose ne suffit pas pour le soulager. Les problèmes de surdosage au jugé du patient sont malheureusement devenus plus fréquents du fait que les patients pensent que le paracétamol est un médicament "anodin" et sans danger car il est vendu sans ordonnance et peut donc être utilisé en automédication.
Expert 8	- Il n'y a pas à ma connaissance de littérature recommandant de faire de la dose poids comme en pédiatrie chez le sujet âgé. Ne sachant pas s'il y a un gériatre dans le groupe de rédaction, je ne sais pas si l'on peut "recommander" cette formule. - La spécificité de la prise en charge du sujet âgé n'est pas dans la dose de DOLIPRANE. Avant d'aller consulter un chirurgien, il s'agira de savoir si une évaluation spécialisée (gériatrique) est nécessaire : L'idée chez le sujet âgé étant : 1. de hiérarchiser les priorités. La pathologie dégénérative de l'épaule dans un contexte de multi-morbidité et ou polymédication ne semble pas une évidence de prise en charge. Elle peut l'être chez le sujet de 75 ans peu morbide, faut-il donc le mentionner. 2. de préférer chez les sujets âgés que l'on qualifiera d'altérés, les thérapeutiques locales (pommades AINS, infiltrations) voire hors-AMM (exemple du VERSATIS) lorsqu'il s'agit d'une atteinte localisée unique. Il faut favoriser les thérapeutiques non médicamenteuses lorsque possible. Ainsi pour le médecin de première ligne, il s'agira d'évaluer cliniquement après son testing s'il y a lieu de proposer un traitement antalgique conventionnel simple ou s'il vaut mieux préférer ou co-prescrire d'autres options de première intention.

Proposition 53

La prescription d'antalgiques de palier 2 doit être faite avec prudence, en raison du risque d'effet indésirable. Ils doivent être introduits avec précaution, en tenant compte des comorbidités et de la polymédication associée (AE).

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.52

Distribution des réponses par cotation en nombre

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	0	0	2	4	24	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	3.23	96.77	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.23	96.77

Expert	Commentaires
Expert 1	Est-ce nécessaire de rappeler les bonnes pratiques générales de prescription des antalgiques dans une recommandation spécifique sur la douleur d'épaule ?
Expert 4	Cette recommandation devrait sans doute être complétée. Voir commentaires proposition 51.
Expert 8	La prescription chez le sujet âgé de palier II ne doit pas être recommandée quelle qu'en soit l'indication. (+++) Je pense qu'il faudrait faire apparaître dans cette recommandation : - soit une approche phénotypique (jeune sportif / pathologie professionnelle / pathologie métabolique / sujet âgé) - soit au minimum un chapitre de toutes les spécificités du sujet âgé (diagnostics différentiels plus fréquents; causes plus fréquentes, limitations / complications opératoires, limitations antalgiques...) - soit clairement ne pas aborder du tout le sujet âgé, car ces recommandations thérapeutiques ne cadrent pas avec des sujets gériatriques mais simplement vieillissants.
Expert 17	Ils ne sont pas plus efficaces que des AINS et ne doivent donc pas être prescrits en première intention sauf en cas d'absence d'efficacité ou de contre-indication des autres antalgiques.
Expert 22	Ces effets indésirables doivent être préalablement expliqués au patient.
Expert 23	" en tenant compte des comorbidités et de la polymédication associée" rajouter: ainsi que des antécédents d'effets indésirables avec ces antalgiques

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Proposition 54

Une douleur d'épaule simple ne nécessite pas d'immobilisation stricte de l'épaule. (AE)

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.75

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	0	5	25	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Je ne pense pas que le terme stricte soit utile, j'écirai : Une douleur d'épaule simple ne nécessite pas d'immobilisation de l'épaule. (AE)
Expert 11	entièrement d'accord...
Expert 13	"peut nécessiter" mais non systématique: l'immobilisation même très provisoire a souvent un bon effet de soulagement
Expert 15	On pourrait envisager d'aller plus loin en supprimant le qualificatif "stricte". Une douleur d'épaule simple ne nécessite pas d'immobilisation.
Expert 18	oui mais il faut conseiller le repos avec l'utilisation du support d'avant bras qui en portant le poids du bras soulage l'épaule et les douleurs
Expert 20	pas d'immobilisation stricte ou "pas d'immobilisation" "stricte" laisse un flou me semble-t-il et il me semble qu'une douleur simple ne doit pas être immobilisée au risque de l'apparition d'une raideur ?

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Proposition 55

L'arrêt de travail n'est pas systématique, mais à adapter à l'activité professionnelle du patient. (AE)

Valeur minimum : 8

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.94

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	0	2	29	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	j'ajouterai qu'il doit être adapté au retentissement fonctionnel.
Expert 11	Arrêt de travail n'est pas systématique ? très difficile avec les AT et MP...
Expert 17	Référentiel AMELI

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Proposition 56

En cas de douleur aiguë, les AINS peuvent être associés aux antalgiques, à dose anti-inflammatoire, en cure courte (5 jours), en l'absence de contre-indication, en raison de leur efficacité sur la douleur. (AE)

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Moyenne : 7.94

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	2	0	1	0	2	4	20	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	9.68	87.10	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	10.00	90.00

Expert	Commentaires
Expert 2	Je ne suis pas d'accord sur ce point car il manque un point important. Oui les AINS ont une efficacité certaine sur les douleurs à la phase initiale. Néanmoins, de multiples données récentes suggèrent que l'inflammation à la phase initiale a un rôle de cicatrisation et que l'utilisation des AINS a une action de RETARDER la guérison / consolidation tendineuse. Donc la discussion de prescription des AINS doit également prendre en compte cela. Evidemment il est nécessaire de prescrire pour certains des AINS, par exemple en cas d'intensité douloureuse importante (concept qui n'est pas dans cette reco), mais pas si les douleurs sont modérées. Article pour justifier mon avis sur les AINS : Parisien M. et al. Acute inflammatory response via neutrophil activation protects against the development of chronic pain. Sci. Transl. Med. 2022; Rethinking the use of NSAIDs in early acute pain 2023 Marco Sisignano Gerd Geisslinger
Expert 3	l'absence d'efficacité des AINS est un argument en faveur d'une capsule débutante
Expert 4	Il le semblerait utile de préciser de quelle association AINS antalgique on parle. Si c'est pour une action antiinflammatoire l'AINS est bien plus efficace que le paracétamol (donc pas utile de la rajouter à l'AINS) et en ce qui concerne les effets sur la douleur voir commentaires proposition 51.

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	Il me semble également qu'une recommandation d'utilisation d'AINS devrait inclure l'association avec un protecteur gastrique type inhibiteur de la pompe à proton (exemple omeprazole) avec indication de la dose recommandée.
Expert 8	précisez la formulation "à dose anti-inflammatoire" ? tous les AINS sauf l'aspirine le sont. Je pense que l'on peut gagner en clarté en retirant ceci, à moins que j'ai mal saisi le sens de la proposition.
Expert 16	les AINS a dose antalgique exemple pour ibuprofene 1200 mg/ jour versus un dosage a effet AINS 2400 mg/j ont sur la douleur la même efficacité , l'augmentation de la dose ne fait pas passer d'un pallier 1 à un pallier 2 et les effets secondaires gastrique, rénaux , cardiaque sont majorées. Il est préférable d'utiliser des corticoides en cure courte.
Expert 20	5 jours me paraissent parfois, en fonction du patient, une durée trop courte? 5 à 10 jours ?
Expert 22	en privilégiant le naproxène et l'ibuprofène
Expert 26	plus que 5 jours possible souvent
Expert 28	5 à 10 jours en fonction du niveau de douleur et de la réponse;
Expert 30	souvent d'emblée

Proposition 57

Chez les patients de plus de 75 ans, il est indispensable d'évaluer le rapport bénéfice/risque de la prescription des AINS, en raison des risques majorés d'effets indésirables chez ces patients (risque de iatrogénie et d'interactions médicamenteuses, risques cardiovasculaires et gastro-intestinaux). La posologie doit être adaptée au profil du patient. (1) (AE)

[1]<https://ansm.sante.fr/uploads/2021/01/07/rappel-bonusageains130821.pdf>

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.80

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	2	0	0	27	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	93.55	6.45

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 5	je n'ai pas retrouvé dans l'argumentaire, la place de la cortico courte courte en voie orale en alternative d'une CI aux ains (comme consenti dans la reco sur la lombalgie en AE. il semblerait que cela soit influencé par la place de la cortico en infiltration, mais ne serait-ce pas utile de statuer sur cette alternative en phase aiguë?
Expert 8	- Il est nécessaire de préciser qu'à cet âge il est RECOMMANDE de co-prescrire des inhibiteurs de la pompe à protons et que la durée de traitement doit être la plus courte possible. - Il est nécessaire d'évaluer l'auto-médication (Ibuprofène en vente libre). - Il est nécessaire de s'assurer de disposer d'une évaluation récente du débit de filtration glomérulaire avant la prescription. - là encore, il appartient au médecin de première ligne de s'assurer que son patient est simplement âgé (à risque faible de complication) ou gériatrique (à risque important de complication) voir publication
Expert 16	pas d'ains sauf si pathologie inflammatoire associée.
Expert 18	ne pas oublier le risque d'insuffisance rénale !
Expert 30	souvent infiltration préférable aux AINS

Les injections sub-acromiales de corticoïdes

Proposition 58

Chez un patient ayant un syndrome douloureux sub-acromial persistant, les injections sub-acromiales de corticoïdes ont un intérêt, car elles ont un effet antalgique d'une durée de 3 à 6 semaines. (grade B)

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Médiane : 9
Moyenne : 8.13

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	1	0	0	6	4	19	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.45	93.55	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.45	93.55

Expert	Commentaires
Expert 2	Je vais avoir la même remarque que pour les AINS. L'efficacité antalgique est existante mais il est indispensable d'évaluer les effets secondaires locaux comme le retard de cicatrisation. Exemple d'article montrant le retard de cicatrisation : Effects of corticosteroids and hyaluronic acid on torn rotator cuff tendons in vitro and in rats Nakamura J Orthop Res 2015 . Cela ne signifie pas qu'il ne faut plus faire d'infiltration, mais que ce sera un soin adapté pour CERTAINES personnes, par exemple très algiques, mais non adapté pour d'autres
Expert 4	Il y a une faute de frappe dans cette proposition (d'une durée).
Expert 8	- corticoïdes ou dérivés cortisonés ? - faut-il préciser par voie antérieure ?
Expert 15	Au delà du caractère persistant du syndrome sous acromial, c'est aussi l'intensité de la douleur qui doit être prise en compte pour décider ou non de l'infiltration. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4062801/
Expert 17	L'effet antalgique semble se maintenir jusqu'à 8 semaines (Mohamadi 2017). Les injections corticostéroïdes semblent également permettre une amélioration de la fonction. Il s'agit d'une recommandation de grade A.

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	Ces injections ne doivent pas être proposées en première intention mais sur une épaule irritable ne répondant pas aux autres thérapeutiques conservatives moins invasives. Mohamadi, Amin, Jimmy J. Chan, Femke M. A. P. Claessen, David Ring, et Neal C. Chen. « Corticosteroid Injections Give Small and Transient Pain Relief in Rotator Cuff Tendinosis: A Meta-Analysis ». Clinical Orthopaedics and Related Research 475, n° 1 (janvier 2017): 232-43. https://doi.org/10.1007/s11999-016-5002-1.
Expert 18	oui mais ! l'infiltration de corticoïdes doit avoir été accompagnée de repos et de kinésithérapie - avant et après l'injection - Le risque est une reprise d'utilisation précoce inappropriée du membre supérieur avec aggravation de lésion ou retarde de guérison - les infiltrations (corticoïde seul sans anesthésique local !) sont souvent très efficaces sur la douleur
Expert 19	IL me semblait que ce n'était valable qu'en cas de calcification.
Expert 24	pas toujours efficace sur la douleur par expérience
Expert 25	parfois plus si la kinésithérapie est faite conjointement.
Expert 30	peuvent débloquent une situation et permettre une rééducation adaptée donc plus de 6 semaines

Proposition 59

Des radiographies de l'épaule doivent être prescrites avant l'infiltration. (AE)

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.34

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	3	0	2	4	21	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	96.77	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	avant tout geste
Expert 14	à la recherche également d'une calcification, la trituration échographique n'est pas mentionnée dans le texte
Expert 20	prescrites ou réalisées ?
Expert 25	Je n'en perçois pas la motivation. Peut être mettre une justification ?
Expert 26	ou une echo
Expert 28	Radio et échographie
Expert 30	dépend niveau de certitude clinique
Expert 31	Radiographies normalement réalisées pour toute douleur sup. 6 semaines, donc forcément faite pour l'infiltration, non ?

Proposition 60

Un produit anesthésique local peut être injecté dans le même temps. (AE)

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.04

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	2	2	2	3	19	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	3.23	90.32	6.45

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.45	96.55

Expert	Commentaires
Expert 12	cette recommandation me paraît imprudente lidocaïne a une toxicité connue pour les tendons Des cas de chondrolyse ont été rapportés chez des patients recevant une perfusion continue intra-articulaire d'anesthésiques locaux en post-opératoire. La majorité des cas rapportés de chondrolyse impliquait l'articulation de l'épaule. Le mécanisme exact de cette atteinte reste encore inconnu mais est probablement multifactoriel. selon la fiche https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=66290522&typedoc=R En l'absence d'études de compatibilité, ce médicament ne doit pas être mélangé avec d'autres médicaments. effet floculation en mélange avec le Diprostène, très utile pour effectuer un test anesthésique pour confirmer l'origine subacromiale de la douleur. (test pré et post anesthésie) mais pas dans le même temps que l'injection de corticoïde
Expert 13	valeur très utile de test diagnostique
Expert 16	uniquement si doute diagnostique non levé par l'imagerie
Expert 18	aucun intérêt clinique : la durée d'action de la Lidocaïne est inférieure à 1 heure et la bupivacaïne quelques heures.
Expert 25	Utile pour l'effet volume qui potentialise l'efficacité à terme de l'infiltration
Expert 29	peu d'intérêt mais pourquoi pas
Expert 30	peut

Proposition 61

A ce jour, aucune modalité (voie d'abord, volume injecté, repérage clinique ou par imagerie) n'a fait la preuve de sa supériorité et le choix de la méthode revient à l'opérateur. (grade B)

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.35

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	1	0	3	2	19	5

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	3.23	80.65	16.13

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.85	96.15

Expert	Commentaires
Expert 12	ce n'est pas mon expérience personnelle corticoïde délétère effet atrophique sur les tendons ne devrait être proposé que dans les atteintes à composante inflammatoire (IRM ou Doppler en écho) nécessite d'un guidage échographique ou radiographique avec produit de contraste pour être strictement intra bursal.
Expert 15	Il me semble avoir de meilleurs retours quant à l'efficacité de l'infiltration ciblée et écho-guidée de la bourse sous acromion deltoïdienne.
Expert 17	Il semble préférable de pas réaliser d'injection intra-tendineuse, mais une injection dans la bourse sous acromiale ou l'espace sous-acromial (accord d'expert - Cook 2019). Le surcoût associé à la réalisation de l'échographie en association à l'infiltration (2e acte coté à 50%) dans un contexte où aucune supériorité n'a été démontrée devrait contre-indiquer la réalisation du repérage par imagerie tant que nouveaux éléments en sa faveur ne sont pas apportés. Cook, Tim, et Jeremy Lewis. « Rotator Cuff-Related Shoulder Pain: To Inject or Not to Inject? » Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy 49, n° 5 (mai 2019): 289-93. https://doi.org/10.2519/jospt.2019.0607 .
Expert 18	j'ai lu l'argumentaire et le détail des études citées - cela conforte mon expérience et me rassure sur la pratique de l'injection avec repérage clinique - mais me déclarer d'accord reviendrait à être d'accord surtout avec moi-même - par honnêteté intellectuelle je ne peux pas me prononcer

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert 25	Privilégier la voie sous acromiale externe sous controle échoguidé pour infiltration dans la bourse sous acromiale.
Expert 28	Sauf qu'injecter sans contrôle d'imagerie augmente le risque d'injecter de la cortisone dans les tendons ce qui est délétère. Si on évalue uniquement l'effet sur la douleur effectivement il n'y a pas de supériorité à avoir un contrôle d'imagerie. Mais il faut penser aux effets à moyen et long termes.
Expert 30	étude cochrane non convaincante efficacité un peu meilleure sous écho sur 4 études mais n'ont gardé qu'une seule étude négative malgré biais : précision de l'indication: probable meilleure indication si bursite, pas de controle de la précision du guidage ,il y a même une étude qui retrouve un meilleur résultat avec guidage clinique par praticien expérimenté que sous échographie (précision non étudiée) de plus guidage pour interventionnel débutant améliore beaucoup la précision donc dépend expérience

Proposition 62

Une à trois infiltrations dans l'épaule, espacées au minimum de 3 semaines, peuvent être réalisées selon l'évolution des symptômes, suivies d'un repos relatif de 48h, adapté à la situation professionnelle du patient et ne nécessite pas une immobilisation stricte. (AE)

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.77

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	1	0	1	4	2	4	17	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.45	90.32	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.67	93.33

Expert	Commentaires
Expert 2	Même commentaire : discuter de la balance bénéfice risque diminution douleur versus retard de cicatrisation
Expert 3	si 2 infiltrations ont été inefficaces inutile d'en faire une 3è sans reconsidérer le diagnostic ou la pertinence du geste.
Expert 4	Cette recommandation va malheureusement se heurter à la réalité de l'accessibilité limitée du système de soins ... Comment trouver un RV chez un spécialiste (rhumatologue ou chirurgien) quand on constate une évolution des symptômes après 3 semaines alors qu'il faut actuellement souvent plus de 2 mois pour en trouver un (d'autant qu'il n'est pas recommandé de charger de spécialiste pour le bon suivi).
Expert 5	je ne sais pas si c'est pertinent de le préciser, mais la réalité de terrain montre que les patients souffrent de différents sites articulaires qui peuvent elles aussi bénéficier d'infiltration et que donc, il faut prendre en compte le nb total d'infiltrations chez un même patient sur des sites différents fin d'éviter l'insuffisance surrénalienne (où cette notion est devenue obsolète?)
Expert 8	- Il me semble important de préciser d'emblée que la personne âgée sera sujette aux poussées hypertensives et au déséquilibre de diabète. Un suivi médical conjoint chez le sujet âgé peut s'avérer pertinent pour limiter les complications liées à des infiltrations répétées. Une question de ma part sur les effets délétères d'infiltrations chez des sujets âgés : A-t-on une idée du risque (autre aléa lors de la réalisation du geste) de l'atrophie et des ruptures tendineuses post-infiltration chez le sujet âgé par rapport au jeune ? Peut-être cela peut-il faire sens de préciser si de telles complications existent.
Expert 12	si il y a eu amélioration partielle: renouveler selon les mêmes modalités si il n'y a pas eu d'amélioration: revoir l'indication? le diagnostic? refaire un examen clinique et changer la modalité d'injection (injection guidée, intra articulaire si la première était sub acromiale)(tlb)
Expert 16	trois infiltrations semblent excessif
Expert 17	Il ne semble pas y avoir de bénéfice pour une injection additionnelle après une injection (Mohamadi 2017), mais des recommandations d'experts s'accordent à ne pas effectuer plus de deux injections (Lafrance 2022).

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	L'efficacité maximale observée semble être entre 4 et 8 semaines avec un Nombre de Sujets Nécessaire à Traiter (NNT) de 5 patients (Mohamadi). Ces informations sont de grade A. Il convient de privilégier les autres traitements conservateurs non invasifs en première intention dans l'objectif de diminuer la douleur et la fonction, et d'attendre 4 semaines au minimum entre deux injections.
Expert 18	le REPOS RELATIF doit être prolongé plus longtemps que 48h (au moins 15 à 20 jours) sous peine d'aggravation secondaire et de retard de guérison
Expert 22	mais une seule peut suffire !
Expert 25	Exactement la pratique que nous recommandons. Adjoindre de la kinésithérapie à 7 jours de l'infiltration.
Expert 28	L'effet de l'infiltration diminue entre la première et la 3ème. Ajouter la référence en pièce jointe aux recommandations paraît important à différents endroits de la recommandation et en particulier sur la notion d'infiltration
Expert 31	Dans organigramme : "1 A 2" infiltrations apparaît dans le logigramme

Proposition 63

Le corticoïde injecté reste au choix de l'opérateur (AE), sous réserve que l'hexacétone de triamcinolone (Hexatrione) est hors-AMM dans la bourse sub-acromiale.

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.73

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	2	4	23	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	93.55	6.45

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Il faut peut être recommander de respecter les AMM sans désigné de produit spécifique
Expert 4	La formulation de "choix" dans la recommandation risque de susciter une certaine animosité des prescripteurs puisque de toute façon il ne reste plus guère d'autre choix en France depuis la décision unilatérale du laboratoire fabriquant d'arrêt de commercialisation du plus important d'entre eux qui avait il me semble une AMM compatible ... C'est une situation qui devrait être autant prise en considération par le ministère de la santé que celle du paracétamol (ces corticoïdes n'étant pas utiles que pour les injections dans les épaules) pour prévenir les pénuries ...
Expert 7	et aussi le Kénacort
Expert 8	selon la disponibilité des produits en France
Expert 12	A noter que le Kenacort® n'a plus les injections périjointurales dans ses indications
Expert 28	Diprostene semble le plus utilisé

Proposition 64

Les anti-agrégants plaquettaires et AVK (si INR)

(2) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-12/fiche_de_synthese_antiagregants_plaquettaires_-_gestes_percutanes.pdf

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-09/surdosage_en_avk_situations_a_risque_et_accidents_hemorragiques_-_synthese_des_recommandations_v2.pdf

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.24

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	1	2	1	2	19	5

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	3.23	80.65	16.13

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.85	96.15

Expert	Commentaires
Expert 1	Peut on écrire une recommandation positive de type une infiltration sub-acromiale peut être pratiquée sous anti-agrégants plaquettaires et AVK (si INR < 3, à contrôler avant le geste). Pour les AOD, il me semble que la référence Benjamin Hugues, Bruno Fautrel. Anticoagulants, antiagrégants plaquettaires et gestes en rhumatologie. Revue du Rhumatisme Monographies, Volume 87, Issue 2, 2020 peut être utilisée. L'argument de l'absence de recommandation HAS est insuffisant puisque c'est exactement l'objet du travail en cours
Expert 7	Accord pour les AVK. En revanche pour les anticoagulants directs, il y a des recommandations du Groupe d'Intérêt en Hémostase Péri-Opératoire de 2015. Je ne pense pas qu'elles soient à négliger.
Expert 8	- Il existe des recommandations récentes de la société Française de Rhumatologie cf. pièce jointe - Comme avant tout geste, il est nécessaire de vérifier la coagulation du patient à l'aide de tests biologiques adaptés. - Précisez qu'il n'est pas nécessaire d'arrêter une antiagrégation plaquettaire. - Je vous propose : "Concernant les anticoagulants, les prescriptions sont actuellement dominées par les anticoagulants oraux directs pour lesquelles les recommandations françaises de sociétés savantes reposent sur une seule publication (Yui JC, et coll. Arthrocentesis and joint injection in patients receiving direct oral anticoagulants. Mayo Clin Proc 2017). Il n'y a pas de recommandation de la haute autorité de santé à ce jour.
Expert 9	Il est surprenant de ne pas avoir un commentaire sur les infiltrations sous AOD dans ce document, on a l'impression que l'on fuit la question. Cf reco EULAR sur les infiltrations intra articulaires. Ann Rheum Dis. 2021 Oct;80(10):1299-1305. doi: 10.1136/annrheumdis-2021-220266. Epub 2021 May 25.

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	EULAR recommendations for intra-articular therapies PMID: 34035002 PMCID: PMC8458067 DOI: 10.1136/annrheumdis-2021-220266
Expert 11	Persiste encore une réticence des radiologues qui préfèrent ne pas infiltrer les patients sous AVK. Probablement du manque d'information de ne pas avoir contrôler avant le geste un bilan coag. (INR)
Expert 20	Je vous joins de nouvelles recommandations que j'ai obtenues par le biais du service de rhumatologie de la Pitié Salpêtrière. Le Professeur Fautrel en a parlé mais je ne sais pas si cela a été publié ou est en attente de publication Pour le document et la fiche de synthèse dernière page
Expert 24	pas médecin de soins mais de prévention
Expert 30	on peut s'aider des reco pour articulaires postérieures en n'oubliant pas la recherche clinique de syndrome hémorragique (recherche demandée dans les reco HAS pour les gestes sous AVK avec INR <2.5, l'INR à <3 comme à l'étranger paraît mieux adapté

Proposition 65

Après infiltration, une surveillance accrue de la glycémie est à prévoir chez les diabétiques. (AE)

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.44

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	4	2	22	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	96.77	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Que veut dire surveillance accrue ? Hospitalisation ? Glycémie capillaires répétées ?
Expert 5	ne serait-il pas intéressant de préciser le risque , de statuer sur un protocole de surveillance en fonction du type de diabète et de l'équilibre initial , ou ce n'est pas le lieu dans cette reco?
Expert 6	Plutôt que le terme accrue, j'aurais proposé adaptation de la surveillance glycémique en fonction de l'équilibre du diabète.
Expert 8	infiltration de dérivés cortisonés (pas d'autre chose)
Expert 9	Que veut dire surveillance accrue ? combien de temps ? quelles modalités ?
Expert 11	Il n'y a pas de risque si la glycémie à jeun est normale, mais par précaution après infiltration, une surveillance serait une bonne indication.
Expert 20	Les patients diabétiques peuvent être infiltrés en cas d'équilibre du diabète, HbA1C < 8.5% ? Cela semble risqué d'infiltrer un diabétique avec une HbA1C très élevée. Pour le document et la fiche de synthèse
Expert 29	et j'insisterais même sur ce point (attention danger etc)

Proposition 66

Les effets indésirables graves (infection notamment) sont rarement rapportés dans les essais contrôlés randomisés. (grade B)

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.76

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	3	1	25	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	93.55	6.45

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 4	Il pourrait être utile de rappeler la nécessité de certaines précautions d'asepsie lors de l'injection pour éviter ces risques infectieux.
Expert 17	À reformuler selon moi, on comprend de cet item qu'ils ne sont pas évalués ou décrits. Une méta-analyse de 2009 rapporte que 19 essais (1754 patients) présentent des données suffisantes pour évaluer la sécurité des infiltrations. Les deux principaux effets indésirables étaient une douleur transitoire après l'injection (10,7%) et une atrophie et une dépigmentation de la peau (4%). Le NNH (number needed to harm) comparativement d'autres traitement usuels est de 26, et de 9 comparativement à un placebo (non-significatif). Il est recommandé de présenter aux patients ces éventuels effets indésirables. Contre-proposition pour cet item : "Il semble que peu d'effets indésirables surviennent, et aucun effet indésirable grave (l'infection notamment) n'est décrit. Une douleur transitoire après l'injection (10,7%) et une atrophie et une dépigmentation de la peau (4%) sont décrits. Gaujoux-Viala, C., M. Dougados, et L. Gossec. « Efficacy and Safety of Steroid Injections for Shoulder and Elbow Tendonitis: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials ». Annals of the Rheumatic Diseases 68, n° 12 (décembre 2009): 1843-49. https://doi.org/10.1136/ard.2008.099572.
Expert 20	rarement ou exceptionnellement ?

Les injections d'acide hyaluronique et de plasma riche en plaquettes (PRP)

Proposition 67

A ce jour, les injections d'acide hyaluronique ou de PRP n'ont pas démontré leur efficacité dans le syndrome douloureux sub-acromial. (grade B)

Valeur minimum : 7

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.80

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	2	2	25	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	93.55	6.45

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

La kinésithérapie

Il est recommandé que le programme de kinésithérapie contienne au minimum :

Proposition 68

un bilan initial (bilan diagnostique kinésithérapique) (AE)

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.60

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	1	0	0	0	0	28	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.45	90.32	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.67	93.33

Expert	Commentaires
Expert 8	NON. Si le médecin prescripteur connaît son sujet il n'y a pas besoin de bilan initial et le médecin peut d'emblée proposer un programme avec un nombre de séances. Ce n'est pas une recommandation médicale de déléguer à un bilan paramédical. On recommande à ceux qui ne se sentent pas compétents de faire cela pas à la totalité.
Expert 9	Le BDK est obligatoire sur le plan législatif, je ne vois pas l'intérêt de rappeler cet aspect dans ce document. "Il est recommandé que le programme de kinésithérapie contienne au minimum" : je suis gêné par cette notion de minimum. A la fois, certaines méthodes n'ont pas un niveau de preuve incroyable, d'autres sont nécessaires seulement dans certaines situations, et que toutes les faire est incompatible avec la pratique kiné en ville en une dizaine de séances. Peut être dire que les méthodes suivantes sont préconisées, et à réaliser en fonction des conclusions du BDK.
Expert 15	Au delà d'être recommandé ce bilan diagnostique kinésithérapique est indispensable. Il doit comporter les éléments suivants : - Anamnèse - Objectifs du patient - Evaluation des drapeaux rouges - Evaluation des drapeaux jaunes (Croyances, comportement, situation financière, émotions, environnement social et familial, conditions de travail, sommeil ...) - Signes et symptômes - Eventuellement questionnaires : SPADI, Quick DASH, DN4, CSI - Evaluation des mobilités actives et passives - Les tests cliniques réalisés qui confirme l'étiologie de syndrome sous acromial ou qui orientent vers une autre étiologie (épaule raide, instable, origine cervicale,

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	rupture de coiffe ...) - Evaluation musculaire de la coiffe des rotateurs (en décubitus ventral, décrite par Karen Ginn) et des muscles péri-scapulaires (trapèze supérieur et inférieur, dentelé antérieur) - Les exercices prescrits qui ont permis une modulation des symptômes
Expert 17	concernant les altérations de structure, limitation de fonction et restrictions de participation, ainsi que les facteurs personnels et environnementaux comme décrits dans la classification internationale du fonctionnement. Ce bilan peut comporter des échelles et questionnaires auto-administrés concernant la douleur, la fonction et tout un ensemble de facteurs psychosociaux. Le bilan doit être envoyé au prescripteur par le biais d'une messagerie sécurisée santé ou le patient directement.
Expert 27	il est théoriquement obligatoire; mais peut-être pas toujours réalisé; c'est donc utile de le préciser en proposition 68
Expert 29	et transmis au médecin prescripteur et/ou au médecin chirurgien spécialiste en cas de consultation
Expert 30	actuellement reco

Proposition 69

un travail sur la posture du rachis et de la ceinture scapulaire (AE)

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.63

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	3	0	0	1	0	2	1	3	19	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	12.90	80.65	6.45

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	13.79	86.21

Expert	Commentaires
Expert 2	Pourquoi mettre cette phrase, et pourquoi rentre l'étude de la posture obligatoire ? Lorsque l'on lit l'argumentaire, une seule étude parle de la posture et on voit bien que ce n'est pas l'essentiel de la prise en charge (Holmgren, 2012, Suède). Que va faire le kinésithérapeute de cette information ? Dans l'hypothèse ou une "mauvaise posture" serait identifiée, existe t'il des preuves que une amélioration de la posture soit réellement utile ? Ou alors est-ce que la posture n'est pas la fausse vérité que les patients ont envie d'entendre mais qui n'est finalement pas prouvé scientifiquement ?
Expert 15	Désaccord total sur le travail de la posture pour plusieurs raisons : Il y a peu de preuves à l'appui de l'hypothèse selon laquelle la posture et le déséquilibre musculaire sont impliqués dans l'étiologie du syndrome sous acromial. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16015238/ Actuellement, il n'y a pas suffisamment de preuves pour étayer la croyance clinique selon laquelle l'omoplate adopte une posture commune et cohérente dans le syndrome sous acromial. L'écart par rapport à une position scapulaire "normale" ne contribue pas au syndrome sous acromial mais fait partie des variations normales. Le traitement non chirurgical impliquant la réadaptation de l'omoplate à une posture normale idéalisée n'est actuellement pas étayé par la littérature disponible. Revue systématique : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24174615/ https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S089411301730248X Les cours d'exercice en groupe peuvent améliorer la douleur et l'invalidité de l'épaule. La cyphose thoracique au repos n'a pas changé après l'une ou l'autre intervention d'exercice, ce qui suggère que l'effet du traitement n'était pas dû à un changement dans la posture statique de la colonne vertébrale thoracique. Les dyskinésies ou asymétries scapulaires ont la même prévalence pour les épaules symptomatiques que pour les épaules asymptomatiques. L'asymétrie scapulaire est peut être parfois le signe d'une adaptation à la fonction notamment chez le sportif. Il existe 41 procédures d'évaluation différentes de la scapula, seulement 5 d'entre elles soit 12% rapportent la fiabilité inter-examineurs.

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	Les mesures statiques sont fiables mais il n'existe pas de corrélation entre la position de la scapula au repos et lors du mouvement. Il y a donc peu d'intérêt à passer du temps à observer la scapula lors de l'évaluation clinique. Enfin, il faut éviter de rendre les patients vigilants concernant le mythe de la position symétrique normale de la scapula. La seule variation de position de scapulaire qui mérite de retenir notre attention est la "scapulaire alata" qui peut signer une défaillance du nerf thoracique long ou un syndrome de Parsonage Turner. A propos de la scapula : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27422595/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27251897/ Pour terminer, je ne trouve pas d'éléments dans l'argumentaire fourni qui justifie la recommandation du travail sur la posture du rachis et la ceinture scapulaire.
Expert 17	La posture thoracique a été identifiée comme n'étant probablement pas un facteur de risque de pathologie d'épaule (Barett 2016) L'asymétrie de position de la scapula n'est pas un signe clinique pertinent, mis à part en présence d'une scapula alata (évocatrice d'un trouble neurologique) et quelques rares exceptions d'instabilité non-traumatique liée à un schéma moteur aberrant. (Nijs 2007; Oyama 2008, Sugamoto 2002) Barrett, Eva, Mary O'Keeffe, Kieran O'Sullivan, Jeremy Lewis, et Karen McCreesh. « Is Thoracic Spine Posture Associated with Shoulder Pain, Range of Motion and Function? A Systematic Review ». <i>Manual Therapy</i> 26 (1 décembre 2016): 38-46. https://doi.org/10.1016/j.math.2016.07.008. Nijs, Jo, Nathalie Roussel, Filip Struyf, Sarah Mottram, et Romain Meeusen. « Clinical Assessment of Scapular Positioning in Patients with Shoulder Pain: State of the Art ». <i>Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics</i> 30, n° 1 (janvier 2007): 69-75. https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2006.11.012. Oyama, Sakiko, Joseph B. Myers, Craig A. Wassinger, R. Daniel Ricci, et Scott M. Lephart. « Asymmetric Resting Scapular Posture in Healthy Overhead Athletes ». <i>Journal of Athletic Training</i> 43, n° 6 (1 novembre 2008): 565-70. https://doi.org/10.4085/1062-6050-43.6.565. Sugamoto, Kazuomi, Taku Harada, Akitoshi Machida, Hiroaki Inui, Takashi Miyamoto, Eiji Takeuchi, Hideki Yoshikawa, et Takahiro Ochi. « Scapulohumeral Rhythm: Relationship Between Motion Velocity and Rhythm ». <i>Clinical Orthopaedics and Related Research</i> 401 (août 2002): 119-24. https://doi.org/10.1097/00003086-200208000-00014.
Expert 19	Le travail postural dépend de l'examen clinique, et peut ne pas être justifié (notamment car il peut être placebo). Si le minimum sous entend que c'est

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	obligatoire à chaque fois, je ne suis pas d'accord. Si par contre il s'agit d'une liste non exhaustive d'attention à donné, je suis okay.
Expert 28	ATTENTION ce point ne PEUT PAS être présenté en premier compte tenu de son faible niveau de preuve et de son importance dans la prise en charge des douleurs sous acromiales. Cf référence de Littlewood 2019 et Barrett précédemment envoyées Dissocier la posture du rachis et la ceinture scapulaire dans la recommandation il ne s'agit pas de la même problématique

Proposition 70

le recentrage actif de la tête humérale (grade B)

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.28

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	0	0	2	0	1	24	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.45	87.10	6.45

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.90	93.10

Expert	Commentaires
Expert 15	Désaccord total sur le recentrage actif de la tête humérale pour plusieurs raisons : Le terme "recentrage" implique que la tête humérale puisse être décentrée. Or il ne semble pas exister de relation entre la distance acromio-humérale et la douleur chez les adultes souffrant de syndrome sous acromial. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7693267/

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	Les termes décentrages et conflits doivent être abandonnés. D'autre part, ce concept de recentrage actif repose sur l'idée d'un travail actif des muscles grand dorsal, grand pectoral et grand rond (adducteurs et rotateurs interne de l'épaule) aussi appelés muscles abaisseurs en France, qui permettrait d'augmenter l'espace sous acromial et de réduire le conflit. - Comme évoqué précédemment, pas de relation en distance acromion-humérus et douleur. L'objectif d'augmentation de l'espace sous acromial par l'exercice ne semble donc pas pertinent. - L'activation des adducteurs entraîne effectivement une augmentation de l'espace sous acromial mais chez l'individu sain, avec également des effets de translation importants et non de stabilisation. C'est la coiffe des rotateurs qui permet une augmentation de l'espace sous acromial sans translation mais en stabilisant la tête humérale. - Il n'existe pas de différence entre un traitement ciblé sur les abaisseurs et un traitement actif (flexion résistée et rotation externe) à 12 mois - L'ajout d'un travail spécifique des abaisseurs (grand dorsal/pectoral) ne permet pas d'améliorer la fonction, douleur et augmenter la distance sous acromiale. https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2019.8240 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21623001/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15713296/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14652502/ Enfin comme évoqué précédemment, les patients étiquetés "décentrés" ou "conflit" semblent avoir un besoin d'imagerie et/ou de recours à la chirurgie plus élevé https://www.jospt.org/doi/full/10.2519/jospt.2021.10375
Expert 17	Reformuler : "exercices actifs de la coiffe des rotateurs dans sa fonction de production de rotation et de stabilisation gléno-humérale". Il s'agit là de l'outil de rééducation principal et essentiel pour les syndromes douloureux sous-acromiaux/ruptures de coiffe partielles ou totales.
Expert 19	Je préfère le mot centrage actif car recentrage sous-entend décentrage et ces concepts sont dépassés et nocebo.
Expert 28	Ces termes ne sont pas nécessaires le terme recentrage peut être nocebo lorsqu'il figure sur une ordonnance Il convient de parler d'un meilleur recrutement de la coiffe des rotateurs

Proposition 71

la récupération et/ou l'entretien des amplitudes articulaires (thérapie manuelle) (AE)

Valeur minimum : 3

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.14

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	2	0	2	1	2	22	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	9.68	87.10	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	10.00	90.00

Expert	Commentaires
Expert 2	Pourquoi mettre "thérapie manuelle" dans cette phrase ? La récupération des amplitudes peut être réalisé au mieux avec des exercices actifs et des auto-exercices à domicile
Expert 9	entretien des amplitudes articulaires : seulement si facteurs de risque d'enraidissement
Expert 15	Le programme de kinésithérapie doit effectivement conduire à la récupération des amplitudes articulaires. "L'entretien" des amplitudes articulaires ne me semble pas pertinent dans la prise en charge des tendinopathies de la coiffe. En effet, soit le patient présente un déficit d'amplitude, auquel cas il convient effectivement de le restaurer. Soit ce n'est pas le cas et la prise en charge kinésithérapique s'axera autour de la diminution de la douleur et de la récupération fonctionnelle . Ces deux objectifs ne nécessitent pas une démarche d'entretien des amplitudes articulaires. Enfin (et surtout !), la thérapie manuelle ne doit absolument pas constituer une technique de choix dans la récupération des amplitudes articulaires. Les données de la littérature et celles fournies dans l'argumentaire sont insuffisantes pour recommander la thérapie manuelle comme technique de choix dans la rééducation des tendinopathies de la coiffe, qui plus est pour la

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	récupération des amplitudes articulaires. La thérapie manuelle peut être envisagée comme adjuvant thérapeutique pour aider à diminuer la douleur, mais jamais utilisée seule, toujours accompagnée d'un programme d'exercice personnalisé.
Expert 17	Le terme de thérapie manuelle renvoie dans l'inconscient collectif à une thérapie passive visant à "remettre en place" des structures qui seraient "déplacées" et donc à diminuer le sentiment d'auto-efficacité des patients (facteur psychosocial fort prédicteur de récupération - Chester 2018 et 2019) et donc diminuer leur observance aux thérapies actives. La thérapie manuelle ne semble pas efficace isolément mais comme adjuvant en complément d'une thérapie active. Reformuler : "La récupération et/ou l'entretien des amplitudes articulaires par des mobilisations passives. La thérapie manuelle peut être utilisée comme adjuvant à un traitement d'exercices actifs. Chester, Rachel, Christina Jerosch-Herold, Jeremy Lewis, et Lee Shepstone. « Psychological Factors Are Associated with the Outcome of Physiotherapy for People with Shoulder Pain: A Multicentre Longitudinal Cohort Study ». British Journal of Sports Medicine 52, n° 4 (février 2018): 269-75. https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096084. Chester, Rachel, Mizanur Khondoker, Lee Shepstone, Jeremy S Lewis, et Christina Jerosch-Herold. « Self-Efficacy and Risk of Persistent Shoulder Pain: Results of a Classification and Regression Tree (CART) Analysis ». British Journal of Sports Medicine, 9 janvier 2019, bjsports-2018-099450. https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099450. Pieters, Louise, Jeremy Lewis, Kevin Kuppens, Jill Jochems, Twan Bruijstens, Laurence Joossens, et Filip Struyf. « An Update of Systematic Reviews Examining the Effectiveness of Conservative Physiotherapy Interventions for Subacromial Shoulder Pain ». Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy, 15 novembre 2019, 1-33. https://doi.org/10.2519/jospt.2020.8498.
Expert 20	que veut dire thérapie manuelle ?
Expert 26	prudente et indolore
Expert 28	RETIRER "thérapie manuelle" ! L'entretien des amplitudes peut se faire en actif également La thérapie manuelle constitue une option thérapeutique pour le kinésithérapeute PAS une obligation

Proposition 72

un travail de renforcement musculaire progressif des muscles du complexe musculaire de l'épaule (deltoïde et muscles scapulo-thoraciques) et de la coiffe des rotateurs (grade B)

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.80

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	1	4	25	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	96.77	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 13	et muscles spinothoraciques (Trapèze, rhomboïdes) et thoracothoraciques (dentelé antérieur)
Expert 15	Le deltoïde n'a pas besoin de faire l'objet d'un travail de renforcement spécifique. Concernant les muscles scapulo-thoraciques, l'accent doit être mis sur les muscles de la sonnette latérale : trapèze (faisceaux supérieur et inférieur) et dentelé antérieur.
Expert 28	Peut être parler davantage de "d'exercices actifs" plutôt que de "renforcement". les dernières données semblent montrer que l'on ne renforce pas tant que cela l'épaule (cf référence Powell et Lewis en pièce jointe de même que Lomabrdi 2008 et Ingwersen. 2017)
Expert 29	rajouter les abaisseurs de la tête humérale

Proposition 73

un travail du schéma sensorimoteur - proprioception (AE)

Valeur minimum : 4

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.54

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	1	0	0	4	22	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	3.23	87.10	9.68

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.57	96.43

Expert	Commentaires
Expert 17	Reformulation : "un travail du contrôle neuromusculaire" La proprioception fait référence à une afférence sensorielle et le schéma sensorimoteur à son intégration corticale. Le contrôle neuromusculaire englobe les deux termes précédents en y associant les efferences motrices. Le terme est donc plus représentatif de la réalité de la rééducation "proprioceptive" et encourage à nouveau l'idée d'un traitement actif.
Expert 25	optimisation de la sensation d'abaissement du moignon de l'épaule
Expert 28	Le "contrôle neuro-moteur" est un terme plus approprié que la proprioception qui n'en est qu'une composante

Proposition 74

l'apprentissage d'un programme d'auto-rééducation (AE)

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.77

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	0	0	0	2	27	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	3.23	93.55	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.33	96.67

Expert	Commentaires
Expert 15	Indispensable. Bien que la littérature ne semble pas montrer de différence entre la réalisation d'un programme d'exercices supervisés ou réalisés en autonomie, il est indispensable que la rééducation soit régulière et pluri-quotidienne. Ainsi, l'apprentissage d'un programme d'auto-rééducation est incontournable.
Expert 17	Cette formulation sous-entend qu'il existe un programme standardisé et que ce programme ne contient que des exercices/mouvements. L'éducation est un part essentielle de l'intervention en rééducation. Des facteurs psychosociaux sont prédictors d'un moins bon résultat de la rééducation (catastrophisation, faible sentiment d'auto-efficacité, attentes défavorables envers la rééducation, croyances de peur et d'évitement). Il convient de proposer de l'éducation aux patients relative à leur pathologie, à la décorrélation radio-clinique à la douleur et à l'efficacité d'un traitement de rééducation bien conduit. Reformuler : "Éducation la pathologie, à la douleur, à la décorrélation radio-clinique à la douleur, à l'efficacité d'un traitement de rééducation bien conduit et à la gestion autonome des exercices de rééducation prescrits."
Expert 18	indispensable pour progresser : auto rééducation quotidienne à domicile !
Expert 22	FONDAMENTAL
Expert 24	hyper important +++

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Proposition 75

la lutte contre la kinésiophobie (AE)

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.75

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	0	0	26	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	90.32	9.68

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 4	Les réflexes d'évitement se mettent en place malheureusement souvent de manière inconsciente après un certain temps et un certain degré de douleur. La meilleure lutte contre la kinésiophobie se produit progressivement naturellement avec l'amélioration des symptômes. L'adage "ce qui a mal souffre" et il me semble qu'il vaudrait mieux parler de dialogue avec le patient l'incitant à réévaluer périodiquement ses capacités de mouvements sans trop de douleur.
Expert 5	Je n'ai pas compris le sens de cette reco, et pas trouvé dans l'argumentaire, des données sur le sujet
Expert 15	La kinésiophobie peut être évaluée par l'échelle de Tampa
Expert 17	D'autres facteurs psychosociaux sont prédictors d'un moins bon résultat de la rééducation (catastrophisation, faible sentiment d'auto-efficacité, attentes défavorables envers la rééducation, croyances de peur et d'évitement). Il convient de proposer de l'éducation aux patients relative à leur pathologie, à la décorrélation radio-clinique à la douleur et à l'efficacité d'un traitement de

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	rééducation bien conduit. Un ECR récent a trouvé une efficacité de l'éducation équivalente au renforcement et au contrôle neuromusculaire. Il faut donc associer ces trois paramètres dans la rééducation. Peut être reformuler cet item en ajoutant la lutte contre les autres facteurs psychosociaux prédictifs de moins bon résultat. Dubé MO, Desmeules F, Lewis JS, Roy JS. Does the addition of motor control or strengthening exercises to education result in better outcomes for rotator cuff-related shoulder pain? A multiarm randomised controlled trial. Br J Sports Med. 2023 Feb 16;bjsports-2021-105027. doi: 10.1136/bjsports-2021-105027. Epub ahead of print. PMID: 36796859.
Expert 24	hyper important +++
Expert 27	la réalisation d'exercices à domicile montrés par le kiné est précieuse pour lutter contre la peur du mouvement (kinésiophobie, peur-évitement, catastrophisme, locus de contrôle externe) et contre le déconditionnement et pour favoriser l'autonomisation du patient (développement du locus de contrôle interne); la prescription d'exercices constitue un bon test d'adhésion au traitement et donc un bon test pronostique; ces commentaires concernent les patients douloureux chroniques en général
Expert 28	Ces deux dernières propositions sont largement à remonter en termes de niveau d'importance Lutter également contre : le catastrophisme, les mauvaises croyances, l'évitement etc. cf reference Chester

Proposition 76

Le rythme, la durée et la fréquence des séances doivent être adaptés à l'évolution des symptômes et réévalués régulièrement par des bilans.

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.47

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	2	0	2	0	0	26	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.45	90.32	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.67	93.33

Expert	Commentaires
Expert 4	Il me semble donc utile de rajouter que la prescription de kinésithérapie ne devrait pas contenir de nombre de séances pour permettre au kinésithérapeute de l'ajuster en fonction de l'évolution sans que le patient ne doive retarder la suite du traitement par une difficulté à trouver rapidement un nouveau RV avec le prescripteur. Ceci n'est pas en contradiction avec le nécessaire suivi par le spécialiste pour évaluer les évolutions défavorables qui nécessiteraient d'avoir recours à d'autres imageries ou traitements (le kinésithérapeute doit alors recommander à son patient de revoir son spécialiste).
Expert 8	bilans médicaux
Expert 9	Qu'entend on par "réévaluées régulièrement" : tous les 3 mois ? tous les 50 séances ?
Expert 15	Adaptés également aux attentes du patient.
Expert 30	oui mais lesquels

Proposition 77

Une amélioration clinique est attendue au bout de 6 semaines à 3 mois (au terme de 7 à 15 séances). Une amélioration insuffisante nécessite une réévaluation avant de décider de la poursuite de la rééducation. (AE)

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.37

Distribution des réponses par cotation en nombre

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	1	1	1	0	1	25	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.45	90.32	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.67	93.33

Expert	Commentaires
Expert 4	Ceci me semble en contradiction de la proposition 76 (voir mes commentaires). Il me semble qu'il serait plus intéressant de recommander une réévaluation par le spécialiste au bout de 3 mois en cas d'amélioration insuffisante sans interruption de la kinésithérapie (du fait des délais pour obtenir un nouveau RV chez le spécialiste).
Expert 8	réévaluation médicale
Expert 9	1) Pourquoi avons nous ici un ratio nbr de seances par mois, alors que la proposition 76 dit que ca depend de la situation. Soit donner des bornes, soit enlever cette information. 2) préciser "réévaluation médicale"
Expert 17	Reformulation : "Les délais de récupération totale sont estimés autour de 3 mois dans les cas simples et de bon pronostic. Il convient donc d'attendre ce délai avant de considérer une alternative thérapeutique. L'absence totale d'amélioration à 6 semaines est un signe indiquant la nécessité d'une réévaluation par le médecin généraliste."
Expert 18	Attendre 3 mois avant une amélioration est beaucoup trop long ! il faut réévaluer la qualité de la rééducation avant cela - (avec les critères cités dans les questions précédentes) mais attendre 3 mois avant la guérison est un minimum- la disparition des douleurs et la récupération des amplitudes et de la force peut prendre 6 mois
Expert 25	Fréquence de 2 séance par semaine minimum

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Proposition 78

Il est conseillé d'adresser le patient chez un kinésithérapeute ayant une spécificité d'exercices en rééducation d'épaule. (AE)

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.50

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	1	0	4	2	0	2	19	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	9.68	87.10	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	10.00	90.00

Expert	Commentaires
Expert 4	C'est bien sûr un idéal que le manque de kinésithérapeutes permet cependant rarement de réaliser ... L'ajout de la mention "dans la mesure de l'accessibilité" me semblerait donc utile. Il serait sans doute bien plus préjudiciable qu'un patient renonce totalement à la kinésithérapie parce qu'il ne trouve pas de praticien qui revendique cette spécialisation. Ce type de rééducation fait à priori partie de la formation minimale de tous les kinésithérapeutes, seuls ceux exerçants (ou ayant exercé) majoritairement dans des centres de rééducation post chirurgical en ont une pratique beaucoup plus intensive. Ces centres sont réservés principalement aux hospitalisation ou HDJ en soin de suite opératoires, donc ne sont pas accessibles pour la vaste majorité des patients ayant des douleurs de l'épaule.
Expert 6	Difficilement applicable, étant donné la disponibilité générale des kinésithérapeutes. Et Je ne suis pas certain qu'il ait été démontré une différence d'efficacité entre

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	un kinésithérapeute ayant cette spécificité et un autre ne l'ayant pas.
Expert 8	autant que faire se peut.
Expert 9	que veut dire "kinésithérapeute ayant une spécificité d'exercices en rééducation d'épaule"? Cela veut dire qu'il faut avoir un DU de pathologies de l'épaule ? comment identifie t on ces professionnels dans la pratique ? Peut être préciser ou enlever cette phrase.
Expert 11	Pas évident !
Expert 12	??? quels critères? reco non applicable j'ai trouvé un annuaire de la Société Française de Rééducation de l'Epaule: répartition ne couvrant pas le territoire, l'appartenance dépend d'une cotisation et non d'une compétence pas de diplôme ni de certificat correspondant à cette compétence sur le site de l'ordre des kinésithérapeutes.
Expert 13	des kinés d'activité générale font un très bon travail
Expert 15	Pas forcément. Ou alors : "En l'absence d'évolution favorable à l'issue de 3-4 semaines" ou "face à la difficulté à établir un programme d'exercices entraînant une amélioration satisfaisante, le patient pourra être adressé chez un kinésithérapeute ayant une spécificité d'exercice en rééducation d'épaule". Attention à la problématique d'accès aux soins pour les patients s'ils sont tous adressés chez des kinésithérapeutes ayant une spécificité d'exercice.
Expert 17	Reformulation : "Dans la mesure de la disponibilité, il est conseillé d'adresser le patient chez un kinésithérapeute ayant un exercice spécifique en rééducation de l'épaule". L'item dans sa formulation initiale pose un problème déontologique du libre-choix du praticien par le patient, ainsi que de biais dans l'adressage des patients vers les kinésithérapeutes que le médecin connaît. De nombreux kinésithérapeutes sont formés à la prise en charge de l'épaule selon les dernières recommandations sans pour autant se déclarer comme ayant une "spécificité d'exercice en rééducation d'épaule". La question soulève également les difficultés qui seraient rencontrées en zone sous-dotées.
Expert 18	oui pour éviter de faire traîner les patients sans amélioration
Expert 24	il existe une association de kiné de l'épaule dont la présidente est sur Rennes avec des documentations utiles d'auto éducation cf SFRE
Expert 27	est-ce facile de repérer cette spécificité d'exercice? qu'en est-il quand il est déjà difficile de trouver un kiné disponible?

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert 28	NON ! Tout kinésithérapeute est capable de prendre en charge ce type de pathologie simple si le diagnostic initial a été correctement posé.
Expert 29	point crucial, à insister

Proposition 79

La réathlétisation est possible en fonction du niveau d'exigence et des activités du patient. (AE)

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.64

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	0	0	2	1	26	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	3.23	93.55	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.33	96.67

Expert	Commentaires
Expert 4	Il me semble que la possibilité de réathlétisation doit plutôt être jugée par le spécialiste en fonction de la gravité de la pathologie et de ces possibles évolution défavorables en cas de réintensification des activités sportives.
Expert 10	Il ne me semble pas que cela fasse partie de la prise en charge des tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs.
Expert 27	"réathlétisation" est-il synonyme de "développement des activités physiques jusqu'à une pratique sportive, y compris la musculation" ?

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Proposition 80

Les thérapeutiques adjuvantes (telles que la physiothérapie...) peuvent être ajoutées, mais ne résument pas la prise en charge. (AE)

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.90

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	3	0	1	1	0	0	24	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	12.90	83.87	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	13.33	86.67

Expert	Commentaires
Expert 8	Formulation à rediscuter. Il existe des thérapeutiques pharmacologiques (médicamenteuses) locales et générales dont nous avons déjà débattu (en particulier sur le manque de fondement scientifique). Ce type de formulation (bien que longue et à retravailler) me paraît plus juste : "Parmi les mesures non pharmacologiques on peut retrouver les programmes - d'activité physique adaptée (certains sports sans armer le bras ou en piscine, certaines activités d'entretien sans charge comme le Tai-chi...) - un accompagnement concernant le terrain : ↳ prise en charge professionnelle avec discussion sur l'adaptation du poste de travail. ↳ prise en charge des limitations d'indépendance fonctionnelle pour les sujets âgés avec une atteinte sur le membre dominant (aide ménagère...) selon les

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	grilles connues (ADL pour la grille médicale, GIR pour la socio-économique...)"
Expert 9	Cette phrase est floue. Pourquoi ne pas formuler comme pour le PRP / l'HA : A ce jour, les thérapeutiques adjuvantes (telles que la physiothérapie, kinésiotaping, ...) n'ont pas démontré leur efficacité dans le syndrome douloureux sub-acromial.
Expert 12	les ondes de choc ont elles été évaluées? Dans mon expérience l'utilisation des ondes de choc focales (pas radiaires) avaient des résultats non seulement dans les tendinopathies calcifiantes mais aussi dans les tendinopathies non rompues.
Expert 17	Reformuler : "Les thérapeutiques adjuvantes (telles que la physiothérapie etc.) n'ont démontré aucune preuve d'efficacité. Elles peuvent être proposées dans un objectif de bien-être à court terme dans le cadre de la prise de décision partagée avec le patient et uniquement en complément d'une prise en charge comprenant des exercices actifs".
Expert 19	Il convient d'être extrêmement prudent avec ces recommandations et de modifier le terme pour "agents physique", la physiothérapie est le nom de la kinésithérapie à l'étranger
Expert 23	peut être rajouter que les massages non plus ne constituent pas le traitement (très fréquent)
Expert 27	préciser: massages, chaleur, électrothérapie (autres?); utilisation des techniques les mieux validées; elles sont parfois indispensables au début de la prise en charge, chez des patients douloureux, déconditionnés, inquiets voire anxieux, pessimistes voire dépressifs, n'arrivant plus à s'adapter, à s'ajuster (coping) : concept de "peur-évitement" (par Vlaeyen), concept de catastrophisme (coping), concept de kinésiophobie (déjà évoqué dans les propositions)
Expert 28	Aucun. niveau de preuves d'efficacité elles ne devraient même pas être citées
Expert 29	point crucial, à insister, car en pratique, très fréquemment, la physio et les massages ont été le résumé principal de la rééducation pendant X semaines, sans efficacité bien sur

La chirurgie

Dans le syndrome douloureux sub-acromial et en l'absence de rupture transfixiante, en échec d'un traitement médical de première intention :

Proposition 81

il n'y a pas de preuve de l'efficacité de la chirurgie dite de décompression sub-acromiale (acromioplastie) isolée par rapport au placebo arthroscopique (grade A).

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Valeur minimum : 8

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.96

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	0	1	22	8

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	74.19	25.81

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 13	vrai, mais faux problème: la bursectomie devrait être prise en compte, et non l'acromioplastie isolée, dont la validation mesurée n'est pas constamment vérifiée dans les études
Expert 29	il y a quand meme des études qui montrent aussi l'inverse, et des supports anatomiques tels que le CSA etc...

Proposition 82

des données suggèrent que les exercices sont aussi efficaces que la chirurgie de décompression sub-acromiale associée aux exercices. La chirurgie n'aurait pas de valeur ajoutée par rapport à un programme d'exercices (grade B).

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.39

Distribution des réponses par cotation en nombre

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	0	2	0	3	20	5

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	3.23	80.65	16.13

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.85	96.15

Expert	Commentaires
Expert 13	la chirurgie n'aurait de valeur ajoutée qu'après épuisement des thérapeutiques non chirurgicales
Expert 17	Reformulation : "Les données suggèrent que les exercices sont aussi efficaces que la chirurgie de décompression sub-acromiale associée aux exercices. La chirurgie n'a pas démontré sa supériorité par rapport à un programme d'exercices (grade B).
Expert 27	les données scientifiques permettent cette affirmation utile pour le patient et sa prise en charge et pour la santé publique
Expert 29	idem
Expert 30	et que faire en cas d'échec du programme d'exercices?

Proposition 83

l'intérêt de la chirurgie dite de décompression sub-acromiale (acromioplastie), en deuxième intention, nécessite d'évaluer dans des études de bonne qualité les facteurs de risque d'échec du traitement médical (AE).

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.36

Distribution des réponses par cotation en nombre

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	1	0	0	1	1	21	6

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.45	74.19	19.35

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	8.00	92.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Ne faudrait il pas plutôt évaluer des facteurs prédictifs de bonne réponse de la chirurgie plutôt que des facteurs de risque d'échec du traitement médical. Ce d'autant plus qu'un certain nombre de facteurs de risque d'échec seront probablement communs à l'ensemble des traitements (bénéfices secondaires...).
Expert 17	Il n'est absolument pas pertinent de considérer une intervention qui n'a pas démontré sa supériorité dans un essai randomisé contrôlé de forte puissance, quels que soient les risques d'échec du traitement médical. Les coûts (directs et indirects) de la chirurgie en fait un outil qui ne doit pas être utilisé lorsque nous avons une information suffisante pour confirmer son inefficacité.
Expert 25	totalemment d'accord. Besoin d'une collaboration médico-chirurgicale pour une réflexion globale sur les facteurs de chronicité.
Expert 29	la chirurgie sera proposée en cas d'échec du traitement médical prolongé et vraiment bien conduit, en informant le patient, pour réalisation d'une arthroscopie avec bursectomie acromioplastie et recherche de lésion associée (biceps et coiffe)

Les indications de réparation de la coiffe seront abordées dans une recommandation ultérieure.

Proposition 84

La décision d'opérer le patient pour une tendinopathie dégénérative n'est jamais une urgence et doit résulter d'une discussion médico-chirurgicale entre les différents intervenants (AE).

Valeur minimum : 3

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.64

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	0	1	0	2	26	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	3.23	93.55	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.33	96.67

Expert	Commentaires
Expert 4	Il faudrait ajouter et de l'information éclairée du patient sur les conséquences d'une telle chirurgie
Expert 5	je pense que cette notion devrait être mis plus en valeur car malheureusement, elle ne s'applique pas toujours en pratique
Expert 9	d'autant plus si l'utilisation des épaules est un moyen de compensation d'un autre handicap (ex: béquillage chronique, propulsion d'un fauteuil roulant, ...).
Expert 17	La discussion doit-elle être exclusivement médico-chirurgicale? Le patient doit être consulté pour une prise de décision partagée, l'avis des kinésithérapeutes qui ont participé à la prise en charge devrait être pris en compte. reformuler : "doit résulter d'une discussion entre le patient les professionnels de santé ayant participé à sa prise en charge". Je partage en revanche l'avis que ce n'est jamais une urgence.

Place du spécialiste de l'épaule

Proposition 85

En cas d'échec d'un traitement médical de première intention bien conduit (prenant en compte les facteurs contextuels professionnels ou autres), il est conseillé de prendre l'avis d'un médecin ou

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

d'un chirurgien spécialisé de l'épaule. (AE)

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.04

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	1	1	1	1	2	23	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	9.68	90.32	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	9.68	90.32

Expert	Commentaires
Expert 1	La terminologie "bien conduit" implique un jugement de valeur plus qu'une qualité de traitement et ne devrait plus être utilisé dans des recommandations.
Expert 4	Il me semble que le premier conseil devrait être d'adresser à un médecin spécialiste (rhumatologue) avant d'aller tout de suite voir un chirurgien afin d'éviter que le patient ne se voit conseiller une intervention par un chirurgien peu scrupuleux en recherche de bénéfices financiers (particulièrement si celui-ci exerce à l'hôpital public en raison des dérives induites par la tarification à l'acte).
Expert 9	Que l'entend on par médecin spécialisé de l'épaule. Peut être préciser les disciplines : rhumato, MPR, etc.
Expert 12	reco logique mais inapplicable là encore il n'y a pas de spécialité ou de titre pouvant être inscrit sur plaques ordonnance ou annuaire professionnel mentionnant cette spécialisation. si on veut le maintenir il faudrait changer l'intitulé et préciser rhumatologue, rééducateur, médecin du sport chir ortho

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert 14	sauf en cas de découverte d'une rupture partielle à l'imagerie ?
Expert 15	L'avis chirurgical ne doit être pris qu'après échec du traitement médical et surtout rééducatif.
Expert 17	Reformulation : "En cas d'échec d'un traitement conservateur de première intention bien conduit..."
Expert 18	il faudrait (est-ce possible ?) - préciser après quel délai d'évolution : 3 mois ? 6 mois ? 9 mois ? mais cette recommandation est de bon sens et nécessaire

Proposition 86

Dans les situations complexes, il est conseillé d'adresser le patient à une équipe multidisciplinaire.
(AE)

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.50

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	1	1	0	3	24	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	3.23	93.55	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.33	96.67

Expert	Commentaires
Expert 8	comprenant un gériatre pour les sujets âgés comorbides ou avec une perte d'indépendance fonctionnelle.
Expert 9	également si l'utilisation des épaules est un moyen de compensation d'un autre

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	handicap (ex: béquillage chronique, propulsion d'un fauteuil roulant, ...).
Expert 12	définition d'une équipe multidisciplinaire? quelles disciplines? quelle structure? Plutôt que de recommander une équipe qui sous entend un établissement("centre de l'épaule") , il est préférable de parler de prise en charge pluridisciplinaire avec le médecin traitant en point fixe du parcours de soin. on peut imaginer que le médecin traitant adresse au kinésithérapeute, puis au rhumatologue, celui ci conseille un avis du médecin du travail, d'un psychiatre, d'une hospitalisation en rééducation d'un avis neurologique, d'un chirurgien thérapeutique. Les "centres de l'épaule" ont ils été évalués?
Expert 18	OUI !
Expert 23	peut être rajouter que chez le sujet âgé, un avis gériatrique serait souhaitable afin d'argumenter la/les décisions thérapeutiques --> ce qui veut dire que ce spécialiste rendra aussi un avis incluant toutes les évaluations fonctionnelles et d'autonomie (dans son lieu de vie) d'un patient
Expert 26	dans nos rêves...
Expert 27	quelle équipe ? l'évaluation en MPR est souvent un recours précieux
Expert 28	Tous les patients relèvent d'équipes pluridisciplinaires puisqu'il y a au moins un médecin et un kinésithérapeute

Prévention et réparation

Prévention

Proposition 87

Une activité physique régulière participe à la prévention des troubles musculosquelettiques du membre supérieur. (AE)

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.80

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	1	1	27	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	96.77	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 4	Il faudrait sans doute ajouter hors activités sportives intensives impliquant de gros efforts musculaires des membres supérieurs (exemple tennis, haltérophilie ou autres).
Expert 27	cette proposition et les suivantes sont précieuses

Proposition 88

Les conditions de travail et/ou les facteurs de risque sont à évaluer par les médecins de soins et du travail prenant en charge le patient.

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.50

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	2	0	0	0	0	0	1	27	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.45	90.32	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.67	93.33

Expert	Commentaires
Expert 4	Je suggère la formulation "doivent impérativement être évaluées" au lieu de "sont à évaluer". Le médecin du travail devrait impérativement être averti par le médecin traitant des problèmes d'épaules rencontrés afin que celui-ci prennent rapidement les mesures nécessaires auprès de l'employeur pour éviter l'aggravation et la récurrence. Même si la pathologie de l'épaule n'a pas été directement déclenchée par les conditions de travail, elle nécessite sa prise en compte pour s'assurer que le patient puisse conserver le plus longtemps possible ses activités professionnelles. Cela prend d'autant plus d'importance au moment où on recule l'âge de départ à la retraite sachant que ces pathologies sont plus fréquentes après 50 ans.
Expert 8	Attention, le terme médecine de soins n'est ni une spécialité ni une entité officielle comme officieuse. Il semble s'agir d'un néologisme me paraissant ubuesque. J'ai plaisir à penser que le médecin du travail ne fait pas "du travail" quand l'autre fait "du soin". Peut-être : médecin de premier recours, de première ligne... seraient des appellations plus claires et plus justes. Je vous propose : "Les conditions de travail et les facteurs de risque sont à évaluer par le médecin prenant en charge le patient, conjointement avec la médecine du travail de son employeur le cas échéant."
Expert 24	CF au dossier INRS Prévention des TMS avec plein de documents utiles aussi au médecin généraliste https://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/prevention.html

Proposition 89

Des études interventionnelles sur la prévention des tendinopathies de la coiffe des rotateurs sont nécessaires (AE).

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.70

Distribution des réponses par cotation en nombre

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	1	3	25	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	96.77	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 11	Difficile à mettre en place !
Expert 18	en fait on sait très bien ce qu'il faut éviter mais les employeurs et les patients n'y font pas attention des études en prévention permettraient de renforcer les messages de prévention
Expert 24	Cf REVUE de la littérature du Pr ROQUELAURE ETUDE COSALI Pays de la Loire sur la prévalence des TMS par secteur d'activité professions et lien avec des facteurs de risque biomécaniques et psychosociaux selon le protocole d'examen SALTSA OU Alors préciser dans les recommandations ce qu'on attend par études interventionnelles ? La répétition des gestes et durée > 2 h par jour, la posture contraignante mains au dessus des épaules, l'effort soutenu sont les facteurs biomécaniques reconnus et les facteurs psychosociaux : rapport etui 142 du Professeur je ne peux pas charger les fichiers car trop volumineux !

Proposition 90

Le médecin de soins peut conseiller au patient de s'adresser au médecin du travail, notamment dans le cadre d'une visite de pré-reprise afin d'évaluer les contraintes professionnelles au poste de travail et de mettre en place des aménagements pour améliorer les conditions de travail.

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Moyenne : 8.17

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	0	0	0	3	0	1	24	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.45	90.32	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.67	93.33

Expert	Commentaires
Expert 4	Voir commentaires proposition 88. Le médecin de soin doit indiquer au patient d'impliquer son médecin du travail (pas juste éventuellement lui conseiller). Cela ne doit pas s'appliquer qu'aux visites de pré-reprise qui n'interviennent qu'en cas de long arrêt de travail. Les travailleurs peuvent à tout moment solliciter une visite du médecin du travail et les médecins du travail doivent faire une visite de suivi annuelle pour les personnes atteintes de pathologies chroniques (particulièrement lorsque celle-ci peuvent avoir un lien avec les conditions de travail). Il est extrêmement important de se servir de ce complément dans un système de soin en manque d'accessibilité et face à la perspective de carrières plus longues.
Expert 5	c'est sans doute une méconnaissance de ma part mais "le médecin de soins" n'est pas une entité connue même si on comprend aisément, mais cela interroge sur les médecins impliqués.
Expert 8	*pas de médecin de soins. cf. garnousette de la proposition 88. Il est possible au médecin prenant en charge le patient de l'adresser au service de médecine du travail de son employeur, notamment dans le cadre d'une visite pré-reprise de l'activité professionnelle. Il s'agira alors d'évaluer les contraintes du poste de travail afin de proposer les aménagements horaires ou techniques adaptés.
Expert 12	pas seulement contraintes physiques: harcèlement, manque de reconnaissance, de valorisation...

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert 17	Un acteur pivot doit être identifié pour l'élaboration du plan de retour au travail (Les lésions professionnelles de la coiffe des rotateurs de l'épaule - Optimiser la prise en charge des travailleurs et favoriser le retour au travail - Guide de pratique clinique RG-1119-fr; Desmeules; 2021)
Expert 21	Le médecin de soins peut également conseiller au patient de s'adresser au médecin du travail, dans le cadre d'une "visite à la demande" (du salarié) si le patient est encore au travail. La visite de reprise, le cas échéant, permettra également d'aborder la question des contraintes professionnelles et si possible, des aménagements à mettre en place lorsque la visite de pré-reprise n'a pas eu lieu.
Expert 25	le terme "médecin de soins" pourrait être plus explicité

Proposition 91

Si les conditions de travail ont participé à la survenue de la tendinopathie, afin d'éviter la récurrence et les échecs thérapeutiques et de maintenir le patient dans l'emploi, il est nécessaire d'envisager précocement des améliorations des facteurs de risque professionnels avérés et des cofacteurs potentiels au poste de travail :

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.91

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	1	1	29	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert	Commentaires
Expert 4	J'aurais même préféré "impératif" à "nécessaire".
Expert 8	Je vous propose : "et des cofacteurs potentiels liés au poste de travail [précisez] comme (liste non exhaustive) : "
Expert 17	Des facteurs de risque ont été identifiés dans une population de 81077 travailleurs : - être âgé de plus de 30 ans; - être de sexe féminin; - avoir une ou des personne(s) à charge; - travailler dans le secteur de la construction; - travailler au sein d'une petite entreprise (15 employées et moins); - être blessé au dos ou au cou; - une première consultation médicale tardive après la date de l'accident et/ou de la demande d'indemnisation (> 10 jours); - une demande d'indemnisation antérieure par le travailleur - un taux de chômage élevé dans la région du travailleur Stover, Bert, Thomas M. Wickizer, Fred Zimmerman, Deborah Fulton-Kehoe, et Gary Franklin. « Prognostic Factors of Long-Term Disability in a Workers Compensation System ». Journal of Occupational and Environmental Medicine 49, n° 1 (janvier 2007): 31-40. https://doi.org/10.1097/01.jom.0000250491.37986.b6. Les recommandations de l'IRSST proposent l'utilisation de questionnaires validés pour l'évaluation des risques d'incapacité prolongée. Ces questionnaires sont les suivants : - OMPQ (Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire); - PRODI (Psychosocial Risk for Occupational Disability Instrument); - WoDDI (Work Disability Diagnosis Interview); - QRIT (Questionnaire de représentation de l'incapacité au travail); - ISQVT (Inventaire systémique de la qualité de vie au travail); - JCQ (Job Content Questionnaire) Un acteur pivot doit être identifié pour l'élaboration du plan de retour au travail (Les lésions professionnelles de la coiffe des rotateurs de l'épaule - Optimiser la prise en charge des travailleurs et favoriser le retour au travail - Guide de pratique clinique RG-1119-fr; Desmeules; 2021)
Expert 18	rôle +++ du médecin du travail mais aussi des conseils donné par le médecin de soins et le kinésithérapeute
Expert 24	agir sur les facteurs biomécaniques l'aménagement ergonomique du poste mais aussi sur les facteurs psychosociaux et surtout organisationnels : rythmes, travail

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	d'équipe, entraide, moyens de manutention, automatisation des tâches les plus pénibles, démarche ergonomique globale de prévention...
Expert 25	Bien d'accord. Etape préalable à la réflexion d'adaptation de poste.

Proposition 92

activité répétée ou maintenue avec les bras au-dessus du plan de l'épaule

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.77

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	1	1	27	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	96.77	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 18	facteur de risque majeur ! mais quelle est la question ?

Proposition 93

port de charges lourdes

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.24

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	2	3	3	20	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	96.77	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	Il me semble important de définir ce qu'est une charge lourde (une ramette de papier ou une palette ?) peut-être : "le port répété de charges dont la lourdeur est inadaptée aux capacités du patient" ?
Expert 18	même commentaire : quelle est la question ? oui c'est un facteur de risque
Expert 24	plutôt effort maintenu car pas que le port de charges pénibles pour l'épaule, les articulations mains, doigts, poignets et rachis plus contraintes par les manutentions lourdes que épaules et coudes épaules et coudes sont plus contraints par les efforts soutenus et maintenus
Expert 29	préciser un poids ?
Expert 30	dépend position de portage

Proposition 94

exposition à des vibrations,

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.35

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	1	2	4	20	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	93.55	6.45

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	Peut-être être moins évasif sur ce qu'est une vibration (la musique est une vibration...) Est-ce dans l'excès de leur l'intensité, leur durée... A minima, donnez des exemples de pathologies fréquemment reconnues (marteau-piqueur...)
Expert 15	Je ne sais pas s'il y a des données sur l'impact de l'exposition aux vibrations sur les pathologies de l'épaule. Je préfère ne pas répondre.
Expert 18	idem
Expert 24	idem plus les mains doigts poignets voir coudes à risque de TMS d'origine vibratoire moins les épaules

Proposition 95

facteurs psycho-sociaux liés au travail (forte pression au travail, insatisfaction professionnelle, facteurs organisationnels),

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.10

Distribution des réponses par cotation en nombre

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	3	0	0	1	0	1	1	25	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	9.68	90.32	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	9.68	90.32

Expert	Commentaires
Expert 4	Je mets ce commentaire dans cette proposition mais il serait sans doute plus judicieux que cela fasse l'objet d'une proposition supplémentaire dans cette rubrique : - Facteurs d'équipement du poste de travail pouvant entraîner ce type de pathologies particulièrement dans les métiers tertiaires, exemples mobilier mal adapté, recommandations de posture de travail et de pauses, utilisation d'ordinateur sans grand écran entraînant des malpositions, absence de possibilité de s'asseoir correctement, etc...
Expert 8	Je pense qu'une forte pression au travail n'a pas de lien causal avec les douleurs d'épaules. La pression au travail est forte dans les métiers à haute responsabilité, hors je pense que la pathologie de l'épaule ne touche pas en priorité cette catégorie socio-professionnelle, dans les risques professionnels. Il s'agit d'un ressenti et non nécessairement d'une réalité clinique. Ainsi, il me paraît très important de nuancer le propos. Je vous propose de préciser avec des formulations plus adaptées (par ex. : "capacité dépassée à la gestion du stress professionnel", "pression ressentie dans l'activité professionnelle") ou simplement d'ôter cette proposition.
Expert 13	l'organicité des lésions tendineuses de l'épaule doit être vérifiée
Expert 18	je n'ai rien constaté de ce point de vue - peut-être ? comme toute pathologie liée au travail ?
Expert 24	cf karasek
Expert 30	dur à corriger

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Proposition 96

manque de support social.

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.04

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	1	2	0	3	2	20	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.45	87.10	6.45

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.90	93.10

Expert	Commentaires
Expert 8	Définissez s'il-vous plaît ce qu'est le "support social". Je ne perçois que de manière floue ce que vous entendez par là : - difficultés de recours à une assistante sociale ? - carence d'information ? - manque d'aides financières dédiées ? - manque d'étayage familial ou amical ? isolement ?
Expert 13	l'organicité des lésions tendineuses de l'épaule doit être vérifiée
Expert 18	peut-être ? comme toute pathologie liée au travail ?
Expert 24	plut soutien social
Expert 27	à préciser : le support social tel qu'il est perçu par le sujet

Proposition 97

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Cependant, l'efficacité de ces mesures n'a pas été démontrée dans la littérature. (AE)

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.89

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	0	0	2	0	2	1	19	5

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.45	77.42	16.13

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.69	92.31

Expert	Commentaires
Expert 4	Est-il vraiment intéressant de mentionner ceci. Cela pourrait induire une non prise en compte des propositions précédentes alors même que l'on constate qu'elles ont un rôle dans l'apparition de ces pathologies.
Expert 17	Des facteurs de risque ont été identifiés dans une population de 81077 travailleurs : - être âgé de plus de 30 ans; - être de sexe féminin; - avoir une ou des personne(s) à charge; - travailler dans le secteur de la construction; - travailler au sein d'une petite entreprise (15 employées et moins); - être blessé au dos ou au cou; - une première consultation médicale tardive après la date de l'accident et/ou de la demande d'indemnisation (> 10 jours); - une demande d'indemnisation antérieure par le travailleur - un taux de chômage élevé dans la région du travailleur

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	Stover, Bert, Thomas M. Wickizer, Fred Zimmerman, Deborah Fulton-Kehoe, et Gary Franklin. « Prognostic Factors of Long-Term Disability in a Workers Compensation System ». Journal of Occupational and Environmental Medicine 49, n° 1 (janvier 2007): 31-40. https://doi.org/10.1097/01.jom.0000250491.37986.b6. Les recommandations de l'IRSST proposent l'utilisation de questionnaires validés pour l'évaluation des risques d'incapacité prolongée. Ces questionnaires sont les suivants : - OMPQ (Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire); - PRODI (Psychosocial Risk for Occupational Disability Instrument); - WoDDI (Work Disability Diagnosis Interview); - QRIT (Questionnaire de représentation de l'incapacité au travail); - ISQVT (Inventaire systémique de la qualité de vie au travail); - JCQ (Job Content Questionnaire) Un acteur pivot doit être identifié pour l'élaboration du plan de retour au travail (Les lésions professionnelles de la coiffe des rotateurs de l'épaule - Optimiser la prise en charge des travailleurs et favoriser le retour au travail - Guide de pratique clinique RG-1119-fr; Desmeules; 2021)
Expert 18	l'exposition à des vibrations (marteau-piqueur, perforateur, etc.) le port de charges lourdes et les activités bras au dessus du plan de l'épaule sont des facteurs de risque majeurs, connus et reconnus, et confirmés dans l'expérience clinique des soignants. Faut-il vraiment des études interventionnelles qui n'apporteront de conclusions que dans 10 ou 20 ans ?
Expert 24	faux cf étude COSALI grande étude épidémiologique reconnue internationalement et rapport 142 etui du Pr ROQUELAURE et le dossier INRS sur TMS Prévention

Prise en charge sociale

Proposition 98

Les tendinopathies non rompues de la coiffe des rotateurs, en lien avec des gestes sollicitants, peuvent être reconnues en maladie professionnelle indemnisable (tableau 57A) sauf les tendinopathies calcifiantes (calcifications de type A, B et C de la classification radiologique de Molé) (AE).

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.30

Distribution des réponses par cotation en nombre

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	1	0	1	2	1	21	4

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.45	80.65	12.90

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.41	92.59

Expert	Commentaires
Expert 4	Je ne comprends pas pourquoi les tendinopathies calcifiantes sont exclues. Les calcifications (même si elles peuvent disparaître spontanément après un certain temps) sont souvent une évolution des tendinopathies lorsque les facteurs de risques n'ont pas été éliminés (entraînant leur réapparition périodique et une possible dégradation de l'état des tendons).
Expert 5	Je ne sais pas non plus si le lieu pour préciser que la reconnaissance en maladie professionnelle n'a d'intérêt positif qu'en cas de programme de soins et d'éventuellement reconversion et adaptation de poste qui le plus souvent n'est pas possible. On connaît l'effet négatif de la déclaration en maladie professionnelle sans projet de soins qui n'aboutissent qu'à des arrêts de longue durée, un licenciement pour inaptitude et une persistance du sd douloureux (drapeau rouge de chronicisation). En pratique, ce type de déclaration faite en toute bonne foi par les médecins amènent souvent le patient vers une désocialisation par perte d'emploi et une chronicisation de la patho (par sentiment de non reconnaissance du patient)
Expert 21	Les tendinopathies chroniques calcifiantes peuvent également être reconnues en maladie professionnelle (tableau 57A) si il existe une rupture partielle ou transfixiante de la coiffe des rotateurs. Dans tous les cas, la tendinopathie chronique (rompue ou non rompue) doit être objectivée par IRM (ou arthroscanner en cas de contre indication à l'IRM).
Expert 28	Attention tout de même compte tenu de la fréquence de cette pathologie à ne pas intégrer toute personne qui souffre d'une tendinopathies et qui exerce un métier à risque en maladie professionnelle. ceci est assez risqué

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert 30	bien rappeler aux médecins conseils que les calcifications d'enthésopathie et d'insertion n'excluent pas la maladie
-----------	---

Les ruptures des tendons de la coiffe des rotateurs peuvent être reconnues au titre des maladies professionnelles indemnisables.

Education thérapeutique

Proposition 99

L'éducation simple est recommandée devant tout syndrome douloureux sub-acromial, par le professionnel de santé impliqué.(AE)

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.67

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	2	3	24	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	96.77	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 10	JE le mets ici mais c'est une remarque générale. Je trouve que l'on insiste pas assez sur le tabac comme facteur de risque.
Expert 15	Au delà de l'éducation simple, c'est aussi la communication qui va jouer un rôle clé dans l'implication du patient dans son traitement et conditionner la réussite de ce dernier. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26549600/

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30067920/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21982810/
Expert 17	En complément de la proposition : Il convient de proposer de l'éducation aux patients relative à leur pathologie, à la décorrélation radio-clinique à la douleur et à l'efficacité d'un traitement de rééducation bien conduit. L'éducation doit également participer à lutter contre la catastrophisation, un faible sentiment d'auto-efficacité, des attentes défavorables envers le traitement conservateur (dont la rééducation), croyances de peur et d'évitement.
Expert 18	devrait-être obligatoire - sans éducation, le (s) geste(s) nocifs seront maintenus et la guérison retardée
Expert 27	qu'est-ce que l'éducation simple? des conseils, de l'information? comment cela est-il accessible, à la fois aux professionnels de santé et au patient?

Proposition 100

L'éducation thérapeutique du patient ayant un syndrome douloureux sub-acromial n'est pas reconnue dans le cahier des charges du ministère de la Santé, mais pourrait être bénéfique chez les patients douloureux chronique complexes, au même titre que la lombalgie chronique. (AE)

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.40

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	2	1	1	22	3

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	90.32	9.68

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert	Commentaires
Expert 5	me ramène au commentaire fait sur la maladie professionnelle
Expert 8	Peut-être qu'une formulation positive serait plus claire ? Je vous propose, par exemple : "L'éducation thérapeutique comme dans certaines pathologie douloureuses complexes chroniques (lombalgie chronique) pourrait s'avérer bénéfique bien qu'elle ne soit pas actuellement reconnue dans le cahier des charges officielles." * Pour la forme, vérifiez l'exactitude de la formulation "ministère de la Santé"
Expert 15	L'éducation ne devrait pas seulement être recommandée chez les patients douloureux chroniques complexes mais chez tous les patients. En revanche il existe effectivement d'avantage de données dans la littérature sur l'impact de la communication et de l'éducation sur les patients lombalgiques chroniques
Expert 24	CF HAS sur les récentes recommandations des APA : Activités Physiques Adaptées même si la prescription des APA n'est pas encore remboursée par CPAM
Expert 25	Entièrement d'accord.
Expert 27	douleur chronique (HAS 1999; 2009; 2023) et lombalgie chronique commune (HAS 2019)

Fiche de synthèse de la recommandation

Cette fiche de synthèse reprend en grande partie le texte de la recommandation. Nous ne verrons dans les questions ci-après que les points qui diffèrent.

Proposition 101

Cette fiche de synthèse contient-elle des informations pertinentes, les plus importantes pour un médecin généraliste ?

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 1

Médiane : 1

Moyenne : 1.00

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	31	0

Expert	Commentaires
Expert 1	Elle contient toutes les informations importante mais en contient probablement

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	trop. J'aurai probablement diminué la part de l'examen clinique pour mettre en exergue les arbres décisionnels
Expert 4	Si elle est corrigée en tenant compte des commentaires faits sur les recommandations, notamment sur l'usage des antalgiques de palier 2 en 1ère intention et sur la prise de connaissance des maladies rhumatismales déjà existantes pour d'autres localisation que ce généraliste n'a pas forcément suivi. Il faudrait ajouter dans la partie l'essentiel la recommandation au patient de prendre contact avec son médecin du travail pour évaluer les rapports et impacts de son contexte professionnel.
Expert 5	même si je suis perplexe sur la stratégie de l'exploration par imagerie dissocié d'hypothèse diagnostique clinique
Expert 8	sous réserve de prise en compte de toutes les remarques précédentes sur les figures / tableaux et texte.
Expert 17	Je pense qu'il faut la structurer dans un ordre chronologique de prise en charge : 1- Généralités sur la pathologie 2- Diagnostics d'urgence et différentiels 3- Description des tableaux cliniques d'épaule douloureuse aiguë et "persistante" 4- Examen clinique 5- Examen physique de l'épaule non-enraidie (qui fait partie de l'examen clinique)
Expert 18	on pourrait simplifier pour ne garder que les tests cliniques les plus sensibles et laisser au kinésithérapeute ou au médecin spécialiste de l'épaule la charge de faire les tests spécifiques
Expert 27	parmi les cibles, il manque les Médecins de la douleur; les Structures Douleur Chronique voient forcément de tels patients, les syndromes d'épaules douloureuses les plus chroniques
Expert 29	mais rajouter pour l'échographie et la rééducation par masso-kiné : ce qui est préciser dans les textes sus-jacents, par des praticiens radiologues et kinés orientés ou spécialisés épaule
Expert 30	trop précises pour un médecin généraliste en fonction de sa disponibilité

Quel est votre niveau d'accord avec les messages présentés comme essentiels ?

Proposition 102

Les lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs n'ont pas toujours d'expression clinique.

Valeur minimum : 8

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.94

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	0	2	28	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	96.77	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 14	d'où la réalisation d'un examen bilatéral en échographie, ce qui n'est pas le cas en IRM
Expert 24	certaines ne savent pas qu'ils ont une rupture du SE

Proposition 103

L'examen clinique et l'évaluation du contexte (professionnel ou autre) sont essentiels pour la conduite diagnostique et thérapeutique.

Valeur minimum : 8

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.91

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	0	3	28	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	même si le contexte est mal défini (cf. l'ensemble de mes commentaires) et mériterait à mon sens si ce n'est une refonte, une meilleure précision des profils.
Expert 17	Reformulation : "L'évaluation du contexte (professionnel, psychosocial ou autre) sont essentiels pour la conduite diagnostique et thérapeutique.
Expert 24	d 'ou la formation faite à nos médecins du travail de Nantes à ma demande car examen complexe, réalisée en 1 journée par chirurgien et kiné spécialisée épaules de Rennes de l'association citée ci dessus. il existe aussi les vidéos SALTSA sur le site INRS pour 23 examens cliniques des TMS qui peut être utiles aux médecins généralistes / lien ci dessous https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=outil15

Proposition 104

La radiographie standard constitue le premier examen d'imagerie à prescrire. La prescription de l'échographie ou de l'IRM sera décidée selon la réévaluation clinique.

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.71

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	2	2	3	0	2	2	20	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	12.90	87.10	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	12.90	87.10

Expert	Commentaires
Expert 4	La prescription d'échographie ou d'IRM devrait relever du spécialiste auquel le généraliste doit adresser le patient en cas d'absence d'évolution favorable sous 6 semaines.
Expert 6	L'argumentaire qui est davantage détaillé quant à l'objectif de la radiographie mériterait d'être repris dans la synthèse. Quand on lis la synthèse, on se demande finalement quel est le objectif de faire une radiographie et on serait tenté de s'en passer.
Expert 8	Je vous propose plutôt "La radiographie standard permet d'éliminer un certain nombre de diagnostics différentiels. Elle est pertinente en première intention quelle que soit la situation." la formulation "à prescrire" peut mener à un contresens. OK pour la deuxième partie
Expert 15	Pas d'indication systématique à la prescription d'une radiographie, mais selon le contexte clinique (autres symptômes, épaule raide etc...)
Expert 16	apparition trop tardive de l'échographie
Expert 21	ou la décision de demande de reconnaissance en maladie professionnelle en cas de tendinopathie chronique
Expert 25	Plutôt par le médecin spécialiste. (car résultats d'imagerie à toujours relativiser avec le patient, sinon véhicule beaucoup de catastrophisme +++)
Expert 26	discussion sur l'echo dans des mains spécialisée en 1ere intention

Proposition 105

Le traitement principal est médico-fonctionnel : antalgiques, AINS, kinésithérapie, infiltration de corticoïdes, éducation et conseils (dont conseils de prévention individuelle et professionnelle).

Valeur minimum : 2

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)
Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.23

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	2	0	1	0	0	2	1	25	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	9.68	90.32	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	9.68	90.32

Expert	Commentaires
Expert 3	tempérer la place des infiltrations trop fréquentes
Expert 4	Il faudrait ajouter des réserves sur l'utilisation des antalgiques de paliers 2. Je ne vois pas l'utilité de mentionner ici les infiltrations de corticoïdes qui relèvent du rôle d'un spécialiste.
Expert 5	même commentaire que plus haut sur l'alternative cortico vo
Expert 8	Cette formulation est fallacieuse. Le langage employé apporte un nouveau néologisme : "médico-fonctionnel" ? Je vous propose plutôt : "Le traitement de première intention comprend une approche médicale pharmacologique (antalgiques, AINS, infiltrations locales de dérivés cortisonés) et non pharmacologique (kinésithérapie, éducation et conseils, orientation vers la médecine du travail)."
Expert 16	pour les ains
Expert 18	médico-fonctionnel : ne pas oublier le REPOS RELATIF avec support d'avant bras et l'application de froid (poche de glaçons)- les antalgiques/ains +/- infiltration de corticoïdes ne permettent pas la guérison mais permettent de soulager pendant la phase aiguë -

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	l'essentiel du traitement est à mon avis l'éducation thérapeutique, avec conseils de prévention , et la kinésithérapie y compris l'auto rééducation quotidienne à domicile
Expert 20	erreurs sur le nombre d'infiltrations marqué 1 à 2 au lieu de 1 à 3 diagramme avant dernière page et tableau dernière page
Expert 27	"éducation" et "conseils" sont des informations dont le détail serait bien utile à la plupart des intervenants en santé; mais y a t'il la place dans une fiche de synthèse

Proposition 106

Le recours à un médecin spécialiste de l'épaule est utile en l'absence d'évolution favorable des symptômes.

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.36

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	0	0	0	0	1	3	25	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.45	93.55	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.45	93.55

Expert	Commentaires
Expert 4	Je suggère plutôt : "Le recours à un médecin spécialiste (rhumatologue) avec prescription de radiologies préparatoires est indispensable en l'absence d'évolution favorable sous 6 semaines".

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	Tout retard dans cette demande de recours entrainerait un retard préjudiciable de prise en charge complémentaire encore plus long pour le patient en raison des délais très importants pour trouver un RV avec ce type spécialiste.
Expert 12	reco inapplicable: il n'y a pas de spécialiste de l'épaule reconnu par l'ordre ni de mention légale avec cet intitulé: plutôt préciser des rhumatologues maladies des os et des articulations des chirurgiens orthopédistes des MPR
Expert 13	après traitement principal (proposition 105) bien conduit
Expert 20	"épaule douloureuse persistante" page 4 avec les 4 tableaux (non enraidie, raide, instable, neuro): ne serait-il pas recommandé également d'adresser le patient à un médecin ou chirurgien spécialiste de l'épaule en cas d'épaule raide ?
Expert 27	y a t'il beaucoup de ces spécialistes de l'épaule? avant d'en arriver là, le patient peut-être réévalué et pris en charge par des spécialistes tels rhumato et orthopédistes; le recours suivant ne serait-il pas, de façon plus réaliste avant le spécialiste de l'épaule : MPR ou Structure Douleur Chronique SDC?

L'examen clinique est moins détaillé que dans la recommandation. Ces points mis en avant vous semble-t-il les plus pertinents ?

L'examen clinique est primordial pour faire le diagnostic et comprend :

Proposition 107

l'interrogatoire qui précise notamment les circonstances de survenue, le contexte (professionnel ou autre), le rythme (possible réveil nocturne positionnel dans le syndrome douloureux sub-acromial), l'intensité de la douleur... Il permet de rechercher des symptômes évocateurs d'instabilité (épisodes objectivés de luxation à répétition ou symptômes subjectifs de subluxation (appréhension ressentie)). (AE) Il est important de noter que :

une douleur d'épaule est localisée généralement en regard du moignon de l'épaule et peut irradier dans le membre supérieur. (AE)

les douleurs en regard de la scapula sont plus en faveur d'une origine cervicale. (AE)

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.13

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	2	1	1	2	0	24	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	9.68	90.32	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	9.68	90.32

Expert	Commentaires
Expert 1	Je propose l'interrogatoire qui précise les circonstances de survenue, le rythme, l'intensité de la douleur... Il permet de rechercher des symptômes évocateurs d'instabilité (antécédent de luxation, appréhension ressentie). (AE) Une douleur d'épaule est localisée généralement en regard du moignon de l'épaule et peut irradier dans le membre supérieur. (AE) Les douleurs en regard de la scapula sont plus en faveur d'une origine rachidienne. (AE)
Expert 4	L'interrogatoire devrait inclure la prise de connaissance des éventuelles maladies rhumatismales affectant déjà d'autres localisations.
Expert 8	Mêmes remarques que précédemment. Je propose plutôt (de manière non exhaustive) " L'interrogatoire précisera : - les caractéristiques de la douleur (durée, circonstances de survenue, rythme, caractère positionnel, intensité (échelle adaptée EVA/ALGOPLUS), - des signes évocateurs de trauma, la bilatéralité, la main dominante - les facteurs déclencheurs professionnels et le ressenti sur le retentissement professionnel - les facteurs de risque : de rhumatisme microcristallin, inflammatoire, - l'auto-médication - les facteurs de mauvais pronostic en particulier dans la limitation fonctionnelle - les contre-indications aux traitements et les spécificités de prise en charge du

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	patient âgé (multimorbidité, polymédication)
Expert 12	antécédents
Expert 13	les douleurs irradiées jusqu'aux doigts avec troubles sensitifs et modification des réflexes ostéotendineux sont d'origine cervicale
Expert 16	les douleurs cervicales peuvent donner des irradiations au membre supérieur et les douleurs en regard de la scapula peuvent être d'origine musculaire (tms) donc proposition non contributive
Expert 27	bien sûr, la démarche anatomo-clinique prime ; mais en recours, en cas de chronicisation, une conception bio-psycho-sociale, présente d'emblée, devient prépondérante

Proposition 108

l'inspection, sur un patient dévêtu, qui recherche une amyotrophie et la position de la scapula en actif et en passif (dyskinésie) (AE)

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.52

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	0	2	0	1	27	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	3.23	96.77	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.23	96.77

Expert	Commentaires
Expert 15	Actuellement, il n'y a pas suffisamment de preuves pour étayer la croyance

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	clinique selon laquelle l'omoplate adopte une posture commune et cohérente dans le syndrome sous acromial. L'écart par rapport à une position scapulaire "normale" ne contribue pas au syndrome sous acromial mais fait partie des variations normales. Le traitement non chirurgical impliquant la réadaptation de l'omoplate à une posture normale idéalisée n'est actuellement pas étayé par la littérature disponible. Revue systématique : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24174615/ Les dyskinésies ou asymétries scapulaires ont la même prévalence pour les épaules symptomatiques que pour les épaules asymptomatiques. L'asymétrie scapulaire est peut être parfois le signe d'une adaptation à la fonction notamment chez le sportif. Il existe 41 procédures d'évaluation différentes de la scapula, seulement 5 d'entre elles soit 12% rapportent la fiabilité inter-examineurs. Les mesures statiques sont fiables mais il n'existe pas de corrélation entre la position de la scapula au repos et lors du mouvement. Il y a donc peu d'intérêt à passer du temps à observer la scapula lors de l'évaluation clinique. Enfin, il faut éviter de rendre les patients vigilants concernant le mythe de la position symétrique normale de la scapula. La seule variation de position de scapulaire qui mérite de retenir notre attention est la "scapulaire alata" qui peut signer une défaillance du nerf thoracique long ou un syndrome de Parsonage Turner. A propos de la scapula : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27422595/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27251897/
Expert 20	position scapula en actif et passif: dommage que cela n'apparaisse pas dans le document des recommandations

Proposition 109

la palpation bilatérale des articulations acromio-claviculaires et sterno-claviculaires qui doit être systématique (AE)

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.26

Distribution des réponses par cotation en nombre

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	0	0	0	1	1	2	25	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.45	93.55	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.45	93.55

Expert	Commentaires
Expert 3	fondamental, palpation et mobilisation !
Expert 15	Il ne me semble pas pertinent de mettre en avant ce point là dans la synthèse des recommandations. En effet, d'autres tests ou symptômes sont nécessaires pour incriminer les articulations acromio-claviculaires et sterno-claviculaires.
Expert 20	palpation sterno-claviculaire: dommage que cela n'apparaisse pas dans le document des recommandations
Expert 29	et la gouttière du biceps

Proposition 110

l'étude systématique des amplitudes articulaires active et passive qui doit être bilatérale et comparative. (Le détail des amplitudes articulaires est similaire au texte de la recommandation).

Valeur minimum : 8

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.97

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	0	1	30	0

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Proposition 111

un examen neurologique de l'épaule et des membres supérieurs (dont un testing moteur) et un examen du rachis (AE)

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.71

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	2	2	26	0

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	100.00	0.00

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert	Commentaires
Expert 17	Préciser rachis cervical
Expert 18	nécessite d'être précisé : quels sont les test neurologiques à utiliser ? quels sont les signes précis à rechercher ?
Expert 26	faut pas trop en demander...

Epaule douloureuse aiguë (< 6 semaines d'évolution)

Rechercher 3 tableaux cliniques caractéristiques (après avoir éliminé une arthrite septique) (AE) :

Proposition 112

Poussée douloureuse aiguë sur tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs ou tendino-bursite aiguë de sur-utilisation (AE)

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.64

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	0	0	1	4	24	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	3.23	93.55	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.33	96.67

Expert	Commentaires
Expert 1	J'utiliserai Syndrome subacromial aigu bénin

Proposition 113

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Epaule aiguë hyperalgique = calcification en crise de résorption. Douleur intense et brutale sans facteur déclenchant, mobilisations actives et passives quasi-impossible du fait de la douleur.

Patient en attitude du traumatisé du membre supérieur (AE)

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.60

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	2	0	0	0	2	26	1

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	6.45	90.32	3.23

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.67	93.33

Expert	Commentaires
Expert 8	En réalité après réalisation d'un bilan radiographique sinon contradiction avec l'omarthrose et la capsulite qui peuvent donner des tableaux similaires atraumatiques en poussée.
Expert 17	Épaule aiguë hyperalgique n'équivaut pas forcément à une tendinopathie calcifiante. Cela peut-être une tendinopathie très irritable/inflammatoire, une épaule gelée débutante (en phase irritable/hyperalgique) ou un syndrome de Parsonnage Turner (donc un autre diagnostic de pathologie grave que l'arthrite sceptique)
Expert 25	Traquer la capsulite rétractile.
Expert 31	Tonalité inflammatoire de la douleur ? Parfois facteur traumatique mineur déclenchant ?

Proposition 114

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Epaule douloureuse inflammatoire dans un contexte de rhumatisme inflammatoire chronique = arthrite secondaire à une poussée aiguë de rhumatisme inflammatoire chronique (AE)

Valeur minimum : 8

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.83

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	0	5	24	2

Distribution des réponses par zone de cotation en pourcentage

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9	Zone 10
Nombre de réponses en %	0.00	93.55	6.45

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 20	ou microcristalline ?

Proposition 115

Etes-vous en accord avec le schéma ci-dessous ?

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 1

Moyenne : 1.26

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	23	8

Expert	Commentaires
Expert 4	Voir mes commentaires sur les recommandations qui sont synthétisées dans ce schéma.
Expert 8	Je trouve ce schéma peu clair et peu didactique. S'y mélangent des notions de raideur, d'instabilité et de mobilisation, de prescription d'exams, de recours médicaux... Cela ne suit pas le déroulement d'un examen d'épaule. Le schéma n'est pas incrémentiel. Je vous propose : (chaque 1,2,3 représente des cases de même niveau horizontal, "1.1." est en dessous de la case 1., mais à côté de la case 1.2., 1.X.1. correspond à une case située au troisième niveau en dessous de la première avec les flèches d'association logique à rajouter. Rectangle Niveau 1. Epaule douloureuse persistante > 6 semaines Rectangle niveau 2. [juste en dessous] situations de recours immédiat au spécialiste : - épaule neurologique : syndromes canaux, Parsonage-Turner - épaule instable (luxations répétées, hyperlaxité) Rectangles niveau 3. - case 1 : limitation des mobilités actives et passives - case (fille) 1.1. : omarthrose / capsulite case 2. Limitation active mais pas passive 2.1. Douleur / rupture tendineuse Case 3. Pas de limitation active ou passive 3.1. - Tendinopathie de la coiffe des rotateurs / bursite / calcifications abarticulaires - "Conflit" acromio-claviculaire
Expert 9	epaule neurologique = seulement médecin spécialiste, peu de place à la chirurgie au début
Expert 12	ce tableau s'applique a des douleurs aigues ou chroniques
Expert 13	l'épaule hyperlaxe chez un patient globalement hyperlaxe ne relève pas de la chirurgie
Expert 15	Si ce n'est les remarques déjà formulées dans les concernant les recommandations
Expert 16	la présentation graphique n'est pas attrayante et le schéma risque de ne pas être utilisé

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert 17	Le tableau reprend les imprécisions, manques et erreurs décrits au fil des propositions précédentes de la présente recommandation.
Expert 19	Comme énoncé précédemment, je crois qu'il faudrait plutôt parler d'épaule gelée que capsulite et évoquer la notion de soustraction en sortant dans l'ordre les atteintes neuro, puis l'instabilité puis les raideurs pour arriver à la coiffe.
Expert 20	MAIS: épaule raide: il me semble préférable d'adresser la patient à un médecin ou chirurgien spécialiste de l'épaule
Expert 22	la capsulite justifie la délivrance d'un message positif au patient et une évaluation médicale mensuelle qui juge de la progression des amplitudes. Une stagnation prolongée peut justifier une capsulo distension.
Expert 23	très clair
Expert 28	pour le médecin généraliste avec les réserves précisées précédemment relatives aux pathologie AC qui sont régulièrement limitées en passif et les douleurs sous^acromiales également
Expert 30	disponibilité du MG
Expert 31	Epaule instable Dysplasie ? pathologie labrale ?

Proposition 116

Le logigramme suivant résume la prise en charge d'un patient ayant une épaule douloureuse par tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs. Vous semble-t-il pertinent, suffisamment clair ?

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 1

Moyenne : 1.30

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	22	9

Expert	Commentaires
Expert 1	A mon avis la partie basse est trop confuse, l'avis spécialisé me semble indiqué après echec des infiltration associée à la rééducation ambulatoire
Expert 2	GLobalement OK avec ce logigramme, mis a part sur le texte infiltration, en suggérant d'évaluer la balance bénéfice risque (et par ailleurs il manque la fin du texte)
Expert 4	Il manque la nécessité pour le médecin généraliste d'envoyer son patient au spécialiste après 6 semaines sans évolution favorable. Le recours à la kinésithérapie avant 6 semaines me semble aussi manquant. Par ailleurs même si ce schéma comprends pour information aux généralistes de nombreuses étapes qui ne seront pas de son ressort, il devrait tenir compte des commentaires faits sur les recommandations elles-mêmes.
Expert 5	l'arbre décisionnel du recours aux différents examens d'imagerie est stratifié en fonction de l'évolution et non du diagnostic à éliminer ou à infirmer, cela est contraire aux propos sur l'importance de la clinique (même si on a bien compris sa faible sensibilité)
Expert 8	Mêmes remarques que dans le texte. - ôtez "éventuellement bilatérales" vu que personne ne peut prêcher plus l'un ou l'autre, autant ne pas le préciser. - Précisez "radiographies de l'épaule douloureuse de face (rotation externe, interne, neutre) et un faux-profil de Lamy" Trop de mots-clefs = perte de sens. - Pour Masso-kinésithérapie ne pas préciser "bilan et prise en charge" cf. ma remarque précédente, le bilan peut être tout à fait pertinent MAIS N'EST PAS A RECOMMANDER à quelqu'un qui prescrit de la kinésithérapie d'épaule depuis longtemps. - je pense que "Discussion sur des infiltrations sous-acromiales de dérivés cortisonés après bilan préthérapeutique (méthode/procédure propre à l'opérateur) - je pense que le pluri-professionnel apparaît tard, en particulier lorsqu'il s'agit d'un sujet impotent ou âgé. * Le retentissement fonctionnel, la perte d'indépendance fonctionnelle donc le profil du patient doit être au coeur de la recommandation en non à la fin après échec des traitements. * Nécessité d'une évaluation précoce du retentissement. Le sujet âgé (à risque de complication) n'aura pas la même trajectoire que le sportif, ni que le professionnel utilisateur d'un marteau-piqueur.
Expert 12	oui sauf échographiste expérimente inapplicable car pas de certification avec cet

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

	te qualification spécialiste de l'appareil locomoteur ou radiologue
Expert 13	Je placerais plus volontiers l'infiltration avant la kinésithérapie la résolution de l'état inflammatoire permet le soulagement et la mobilisation
Expert 16	arrivée trop tardive de l'échographie
Expert 17	Le tableau reprend les imprécisions, manques et erreurs décrits au fil des propositions précédentes de la présente recommandation : La kinésithérapie devrait être prescrite lors de la prise en charge initiale. Patienter 4 à 6 semaines constitue un facteur de risque de chronicisation (drapeaux jaunes), il faut une prise en charge active le plus tôt possible, quitte à ce que la kinésithérapie ne représente que peu de séances espacées les unes des autres. À l'exception d'une hypothèse diagnostique devant être confirmée ou infirmée par l'imagerie (i.e. pathologie grave) ou d'un diagnostic différentiel non-musculosquelettique (e.g. rhumatisme inflammatoire), il ne faut pas prescrire de radiographies avant la conduite de 4 à 6 semaines de traitement conservateur (dont la rééducation active) à minima.
Expert 20	MAIS 1 à 3 infiltrations me semble plus pertinent que 2
Expert 23	très bien
Expert 27	ce logigramme est le plus important de la synthèse; certains lecteurs se limiteront peut-être à ce logigramme; peut-on la rendre plus attractive? et plus complète? l'encadré "réévaluation du contexte" devrait préciser : réévaluation bio-psycho-sociale, recours aux services de MPR, aux Structures Douleur Chronique, aux traitements complémentaires les mieux validés, puisque tel sera le parcours de certains patients parmi les plus chroniques
Expert 28	La kinésithérapie doit être prescrite plus précocement pour ne pas éviter la chronicisation. A moins que le médecin ne prescrive des conseils très adaptés et délivre un livret d'exercices à réaliser ce qui n'est pas prévu dans cette recommandation. Pour information et exemple un livret élaboré à destination des patients en pièce jointe
Expert 30	échographie plus précoce infiltration plus précoce en fonction des contre indications AINS et intensité de la douleur sinon oui
Expert 31	- Faire figurer la Place spécifique de l'évaluation chirurgicale orthopédique ? - Place arthroscanner ?

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Proposition 117

Le tableau résumant les thérapeutiques disponibles contient-il un niveau de détail suffisant ?

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 1

Moyenne : 1.17

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	26	5

Expert	Commentaires
Expert 2	Globalement OK intérêt d'ajouter le retard de cicatrisation avec les infiltrations
Expert 4	Des ajouts sur les recommandations en lien avec l'usage des antalgiques de palier 2 sont primordiales (les médecins généralistes sont ceux qui ont souvent tendance à les prescrire abusivement) ainsi que sur l'ajout de traitement type inhibiteur de la pompe à proton en complément des AINS. Je renouvelle mon souhait de passer la kinésithérapie en 1ère intention. La deuxième intention devrait être indiqué "à titre informatif" car ce n'est plus le rôle du généraliste.
Expert 5	même commentaire que plus haut sur l'alternative cortico vo
Expert 8	- Particularité du sujet âgé mal abordées. - Pas de nécessité du bilan initial kinésithérapeutique - si pas d'évaluation initiale du retentissement, on ne sait pas où faire la kinésithérapie. Une patiente âgée droitrière immobilisée sur une poussée de CCA de viendra pas trois fois par semaine chez le kinésithérapeute si elle a des difficultés à ouvrir une porte. - "Des radiographies doivent être prescrites avant l'infiltration." Terme inapproprié en absence de rationnel. "Il est souhaitable de réaliser des clichés avant tout geste invasif" - Peut-être, pourriez-vous préciser "infiltration de dérivés cortisonés": "Après infiltration, une surveillance accrue de la glycémie est à prévoir chez les diabétiques." Si j'injecte de l'acide hyaluronique, un PRP ou un anesthésique, pas besoin.

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Expert 9	cf détails donnés précédemment sur ces éléments de recommandations.
Expert 13	en premier conseil: évitement du geste nocif si identifié
Expert 16	toujours pas en accord avec les AINS
Expert 17	Le niveau de détail est suffisant mais les contenus sont inexacts puisqu'ils ne tiennent pas compte des propositions du groupe de relecture.
Expert 18	AINS en cure courte > préciser 5 jours sinon ça risque d'être 10 à 15 jours ...
Expert 20	MAIS - pas d'immobilisation plutôt que pas d'immobilisation stricte - 1 à 3 infiltrations au lieu de 2 - recommandations récentes sur les AOD que je vous ai transmis - contre-indication à infiltrer un patient diabétique dont le diabète est trop déséquilibré
Expert 25	pour l'infiltration de corticoïde : Je préciserai que la tolérance du geste pour le patient et son efficacité est nettement améliorée par l'échoguidage.
Expert 27	ce tableau sera au moins autant lu que le logigramme précédent; il est bien présenté; la kiné est bien détaillée; pour les médicaments antalgiques, j'aurais mis en 1ère intention: paracétamol +/- AINS et en 2ème intention : "palier 2 voire dans certaines situations paliers 3, avec objectifs thérapeutiques, posologie et durée précisés par le médecin"; et en 2ème intention ou en 3ème intention: "avec réévaluation globale pour un projet thérapeutique redéterminé entre patient et soignants", éventuellement dans une nouvelle rubrique "prise en charge bio-psycho-sociale" comme on a marqué "kinésithérapie"
Expert 28	Oui pour les détails mais avec les réserves citées précédemment

Proposition 118

L'argumentaire scientifique vous semble-t-il en adéquation avec les recommandations produites ?

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 1

Moyenne : 1.07

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Nombre d'experts sélectionnés : 33 personne(s)

Nombre de questionnaires validés : 31 questionnaire(s)

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	29	2

Expert	Commentaires
Expert 4	Non en ce qui concerne le recours à la kinésithérapie en 2ieme intention.
Expert 11	Bcp de publications récentes Résultats similaires avec ou sans Acromio dans le cadre des tendinopathies rompues ou non quelque soit le morphotype de l'AC Pas de certitude pour les ruptures partielles AAOS « acromioplastie n'est pas recommandée comme geste de routine dans le cadre des réparations de coiffe » Pas de bénéfice en terme de douleurs, fonction, qualité de vie. SFA 2012
Expert 15	En dehors de certains points évoqués dans mes commentaires précédents
Expert 16	le plus souvent
Expert 17	Plusieurs sujets abordés dans les recommandations n'ont pas pris en compte les données probantes et récentes de l'argumentaire scientifique (ou plus largement de la littérature disponible) et se sont contentées de statuer à partir de l'avis d'experts.
Expert 19	Il serait souhaitable à 5.4.6 de changer le terme physiothérapie qui correspond au nom de la profession de kiné dans les autre pays pour "Agents Physique" plus en adéquation avec ces thérapeutique.
Expert 24	la partie prévention primaire est peu développée et mal argumentée j'ai adressé des documents du Pr ROQUELAURE mais il y a une bibliographie très importante sur ce sujet je conseille vraiment la page Dossier INRS Prévention qui permet de faire le lien avec plein de documents de prévention utiles ou affiches ... pour les cabinets https://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/prevention.html
Expert 27	page 12/141, l'appellation "bénéfices secondaires" est de plus en plus rejetée; on pourrait ici préférer "renforcements comportementaux ou sociaux, par inactivité ou incapacité"
Expert 28	Mais du coup il contient des éléments discutables. cf commentaires précédents notamment quant à la pertinence des tests cliniques etc.