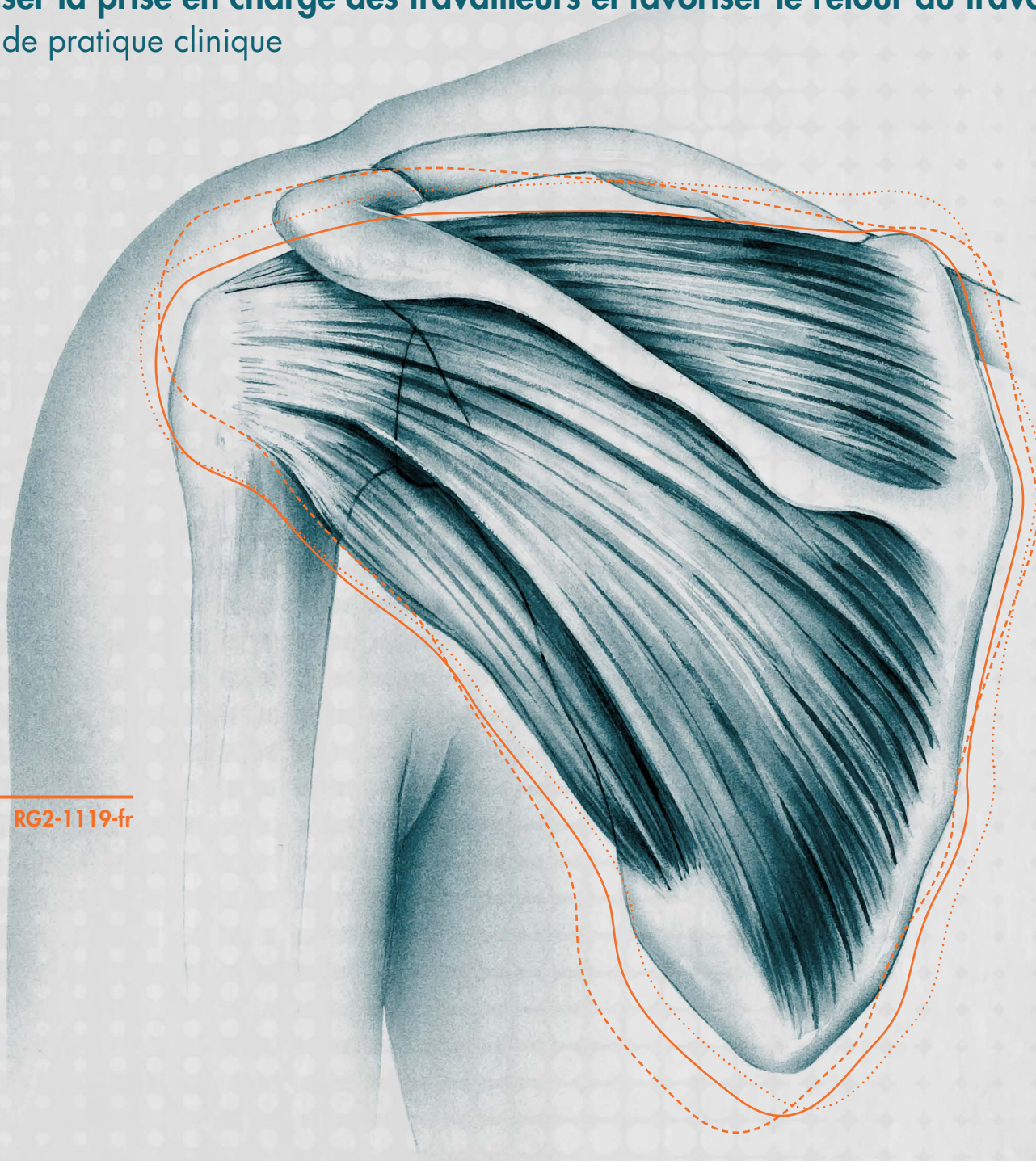


Document synthèse

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



RG2-1119-fr

Document synthèse

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

RG2-1119-fr

Auteurs

François Desmeules, Université de Montréal, Centre de recherche Hôpital Maisonneuve-Rosemont (CRHMR)
Jean-Sébastien Roy, Université Laval
Joseph-Omer Dyer, Université de Montréal
Pierre Frémont, Université Laval
Clermont Dionne, Université Laval
Joy C. MacDermid, McMaster University
Michel Tousignant, Université de Sherbrooke
Annie Rochette, Université de Montréal

Tatiana Vukobrat, Centre de recherche Hôpital Maisonneuve-Rosemont (CRHMR)
Simon Lafrance, Université de Montréal, Centre de recherche Hôpital Maisonneuve-Rosemont (CRHMR)
Véronique Lowry, Université de Montréal, Centre de recherche Hôpital Maisonneuve-Rosemont (CRHMR)

Coordination

Édith Vinet, IRSST
Patricia Labelle, IRSST

Graphisme

Magali Bérubé

Illustrations

iStock

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021
Bibliothèque et Archives Canada, 2021
ISBN : 978-2-89797-196-0

© Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, 2021

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Desmeules, F., Roy, J.-S., Dyer, J.-O., Frémont, P., Dionne, C., Joy C. MacDermid, J. C., . . . Lowry, V. (2021). *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 n° RG2-1119-fr). Montréal, QC : IRSST.



505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2

Téléphone : 514 288-1551 | publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
Les lésions de la coiffe des rotateurs (CR)	2
La tendinopathie avec ou sans calcification	3
Les ruptures tendineuses partielles	4
La rupture transfixiante	4
Évaluation de l'épaule douloureuse et de la coiffe des rotateurs (CR)	5
Anamnèse et examen physique	7
Questionnaires et outils de mesure	8
Imagerie médicale	9
Référence en orthopédie	9
Médication	12
Injections	12
Traitements en réadaptation	13
Interventions en milieu de travail pour les travailleurs présentant une épaule douloureuse	15
Référence vers un médecin spécialiste et interventions chirurgicales	15
Présence de facteurs pour référence rapide en orthopédie	17
Médication	17
Injections	17
Traitements en réadaptation	18
Interventions chirurgicales	18
Interventions et stratégies favorisant le retour au travail	20
Bibliographie	22
Liste d'algorithmes	
Algorithme 1	
Évaluation de l'épaule douloureuse et prise en charge initiale pour favoriser le retour au travail	6
Algorithme 2	
Traitement des tendinopathies et des ruptures partielles de la coiffe des rotateurs (CR)	11
Algorithme 3	
Traitement des ruptures transfixiantes de la coiffe des rotateurs (CR)	16

Introduction

De tous les types d'affections touchant l'épaule chez l'adulte, les plus fréquemment rencontrés sont ceux impliquant les tendons de la coiffe des rotateurs (CR) [1].

Présentement, les cliniciens ne disposent pas d'une approche standardisée pour la prise en charge des adultes et des travailleurs présentant des atteintes de la CR. Malgré l'évolution de la recherche et des méthodes de traitement, peu de guides de pratique existent pour supporter les cliniciens dans leur prise de décision quant à l'évaluation et au traitement des atteintes de la CR. À ce jour, aucun guide de pratique n'a été réalisé dans le contexte québécois, ni même canadien.

Les atteintes de la CR causent des symptômes qui peuvent se chroniciser avec le temps et peuvent mener à des pertes de productivité, à de l'absentéisme au travail et à une retraite anticipée [2]. Devant ce constat, il est important d'assurer une prise en charge optimale et de suggérer des stratégies efficaces et durables pour le retour au travail. De plus, la prise en charge optimale devra considérer les facteurs qui pourraient favoriser la réintégration au travail ou diminuer la problématique de l'absentéisme professionnel [2, 3].

Le présent document synthèse vise à offrir un document de référence rapide pour répondre aux besoins cliniques des professionnels impliqués dans la prise en charge de travailleurs susceptibles de présenter une lésion de la CR. Les recommandations et les trois algorithmes décisionnels développés lors de l'élaboration du guide de pratique et présentés dans ce document sont des outils faciles à consulter par les cliniciens. Pour les appuyer dans l'évaluation de l'épaule douloureuse et dans la prise en charge du travailleur avec une lésion de la CR.

Pour obtenir plus de détails sur les recommandations et les trois algorithmes décisionnels, vous pouvez vous référer au **Guide de pratique clinique** et au **Devis technique : rapport de recherche**.

Les trois algorithmes sont complémentaires et doivent être utilisés de manière coordonnée. Ils sont basés sur les recommandations cliniques présentées dans ce document et le guide de pratique. Sur les algorithmes 1, 2 et 3, les numéros inscrits dans les encadrés correspondent aux numéros des recommandations cliniques associées à chacun des énoncés.

INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LES RECOMMANDATIONS

POPULATION

- Le terme « travailleur » est employé lorsqu'une recommandation est basée sur des données probantes spécifiques aux travailleurs. Dans le cas contraire, le terme « adulte » est employé et touche une population âgée de 18 ans et plus.
- Le terme « douleur à l'épaule » est employé lorsqu'une recommandation est basée sur des données probantes pour lesquelles l'échantillon étudié n'était pas constitué exclusivement de patients avec une atteinte spécifique à la CR ou sur des évidences indirectes.

NIVEAUX DES RECOMMANDATIONS SELON L'ÉCHELLE SORT

- Le terme « recommandé » est employé lorsqu'une recommandation doit être suivie au moins dans la majorité des cas rencontrés.
- Le terme « non-recommandé » est employé lorsqu'une recommandation ne doit pas être suivie.
- Le terme « peut-être utile » est employé lorsqu'une recommandation peut s'avérer efficace dans certaines circonstances ou avec certains patients.
- Le terme « non disponible » a été utilisé lorsque les évidences scientifiques étaient absentes ou insuffisantes pour émettre une recommandation.

Les numéros des recommandations font référence à leur présentation dans le guide original. Elles sont ici présentées à la suite des différents algorithmes.

Les lésions de la coiffe des rotateurs (CR)

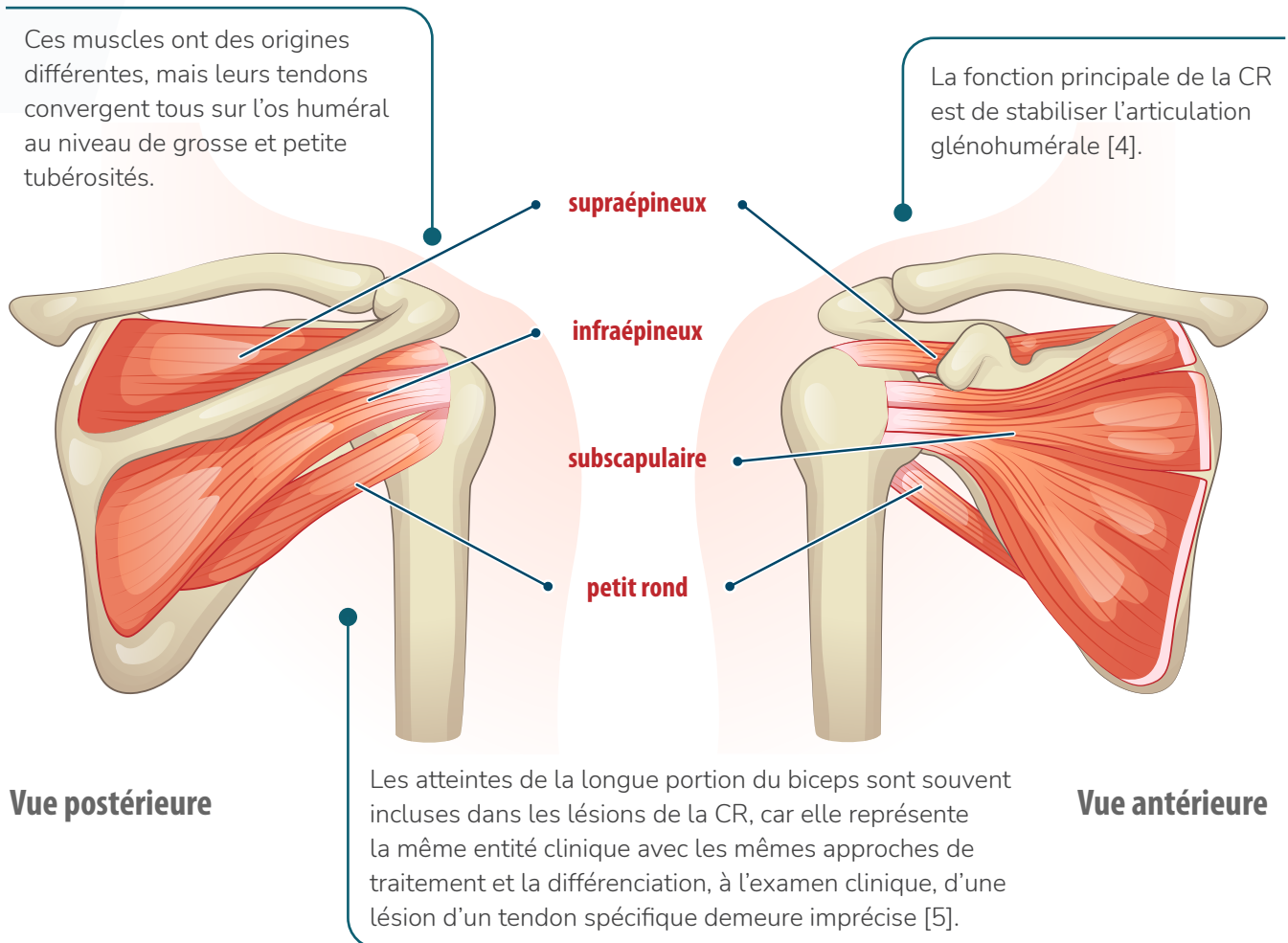
On retrouve trois grandes catégories de lésions affectant la CR :

1. la tendinopathie avec ou sans calcification,
2. les ruptures tendineuses partielles et
3. les ruptures transfixiantes.

La CR est composée de quatre muscles et de leurs tendons respectifs soit :

- le supraépineux (supraspinatus),
- l'infraépineux (infraspinatus),
- le subscapulaire (subscapularis) et
- le petit rond (teres minor) (figure 1).

FIGURE 1



1 La tendinopathie avec ou sans calcification

- La tendinopathie de la CR représente 50 à 85 % de toutes les atteintes à l'épaule rencontrées par les cliniciens [1].
- Symptômes :
 - douleur à l'épaule,
 - diminution de l'amplitude articulaire ainsi que de la force,
 - diminution de la fonction [10].
- Étiologie :
 - Mécanismes extrinsèques :
 - Décrits comme ceux causant la compression des tendons de la CR du côté de la bourse articulaire. Les tendons de la CR et les tissus associés se retrouvent comprimés dans l'espace sous-acromial, particulièrement lors des mouvements d'élévation du bras. L'espace sous-acromial peut être réduit chez les personnes ayant une atteinte à la CR [11].
 - Ce mécanisme est souvent diagnostiqué comme le syndrome d'abutement (ou d'accrochage) à l'épaule [12, 13]. Cependant, certains auteurs recommandent d'utiliser des termes comme syndrome de douleur sous-acromiale, syndrome de douleur de la CR ou douleur à l'épaule liée à la CR [8, 9].
 - Mécanismes intrinsèques :
 - Les mécanismes associés à la dégénérescence des tendons comme le processus naturel de vieillissement, les changements au niveau du collagène, des protéoglycans, la vascularisation du tendon et les propriétés mécaniques amoindries diminuant la force tensile du tendon [14, 15, 16, 17].
 - Combinaison de mécanismes intrinsèques et extrinsèques.
- La tendinopathie de la CR peut être calcifiante lorsqu'on identifie un dépôt calcique au niveau du tendon à l'aide des tests d'imagerie médicale [18, 19, 20, 21]. La présentation clinique d'une tendinopathie calcifiante de la CR est similaire à celle d'une tendinopathie simple [18, 19, 21]. Toutefois, le pronostic, ainsi que certains traitements diffèrent [19, 22, 23, 24, 25].

SELON LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE, LE TERME TENDINOPATHIE DE LA CR EST EMPLOYÉ POUR REGROUPER TOUS LES DIAGNOSTICS SUIVANTS [6, 7, 8, 9] :

- le syndrome d'abutement ou d'accrochage ;
- la bursite ou la bursopathie sous-acromiale ;
- la tendinite ou tendinopathie de la CR ou de la longue portion du biceps ;
- la rupture partielle de la CR ;
- le syndrome de douleur sous-acromiale ;
- le syndrome douloureux de la CR ou la douleur à l'épaule liée à la CR.

2 Les ruptures tendineuses partielles

Les ruptures partielles de la CR présentent les mêmes symptômes cliniques que la tendinopathie sans rupture de la CR et sont souvent incluses dans l'ensemble des tendinopathies de la CR [9]. Les ruptures de CR peuvent être d'origine traumatique ou encore secondaire à une utilisation excessive ou une surcharge du bras, surtout dans le mouvement impliquant l'élévation du membre supérieur.

3 La rupture transfixiante

- Une rupture transfixiante de la CR représente une lésion qui traverse un ou plusieurs tendon(s) dans toute son épaisseur, alors qu'une rupture partielle de la CR représente une lésion qui ne traverse pas la pleine épaisseur du ou des tendon(s).
- Condition fréquente, dont la prévalence augmente avec l'âge [26, 27, 28, 29], particulièrement chez les personnes de plus de 50 ans avec une prévalence de 10,7 % à 12,8 % chez les quinquagénaires et de 15,2 % à 25,6 % chez les sexagénaires [26, 27, 29].
- Symptômes :
 - douleur au repos et/ou à l'activité,
 - diminution de l'amplitude articulaire,
 - diminution de la force musculaire,
 - diminution de la fonction [30].
- Étiologie :
 - traumatique ou dégénérative.
- Différents systèmes de classification existent pour les caractériser [31]. Elles peuvent être classifiées en fonction de :
 - l'étendue de la déchirure (petite, moyenne, large ou massive),
 - la localisation de la déchirure (postéro-supérieure ou antérieure) ou touchant un tendon spécifique,
 - l'étiologie (traumatique ou dégénérative),
 - la présence d'une atrophie musculaire (infiltration graisseuse),
 - la présence de rétraction du tendon

Évaluation de l'épaule douloureuse et de la coiffe des rotateurs (CR)

En pratique, la tendinopathie, la bursopathie, la rupture partielle et la rupture transfixiante de la CR peuvent être confondues lors des examens physiques [12, 32]. Il est d'ailleurs fréquent qu'un patient présente plusieurs de ces atteintes. Les causes précises provoquant une douleur à l'épaule peuvent donc être difficiles à cerner.

Les experts consultés s'entendent pour recommander que l'évaluation du travailleur qui présente une douleur à l'épaule comprenne une évaluation subjective qui inclut une histoire détaillée de la blessure, une évaluation objective détaillée, l'identification des drapeaux rouges (*red flags*) et l'identification des drapeaux jaunes (*yellow flags*) rapidement au cours de la consultation initiale ou lors d'une réévaluation.

L'utilisation des tests physiques de l'examen clinique ne devrait pas être prise comme unique source d'information pour émettre un diagnostic de tendinopathie ou une déchirure transfixiante de la CR [33, 34, 35]. Lorsqu'ils sont appropriés, les tests diagnostiques et les prescriptions d'imagerie doivent faire partie de l'algorithme décisionnel de l'évaluateur afin d'être en mesure de poser un diagnostic d'atteinte de la CR [36].

Plus précisément, pour le clinicien qui doit évaluer la douleur de l'épaule d'un patient présentant une potentielle atteinte de la CR, il est important de faire un diagnostic différentiel en éliminant d'autres conditions pouvant reproduire une douleur à l'épaule telle que les affections inflammatoires, ligamentaires, osseuses, articulaires ou neurologiques. En plus, le clinicien doit demeurer vigilant à la présence de signes et symptômes de pathologies sérieuses nécessitant une attention médicale immédiate telles qu'une fracture, un cancer, une infection ou une atteinte systémique.

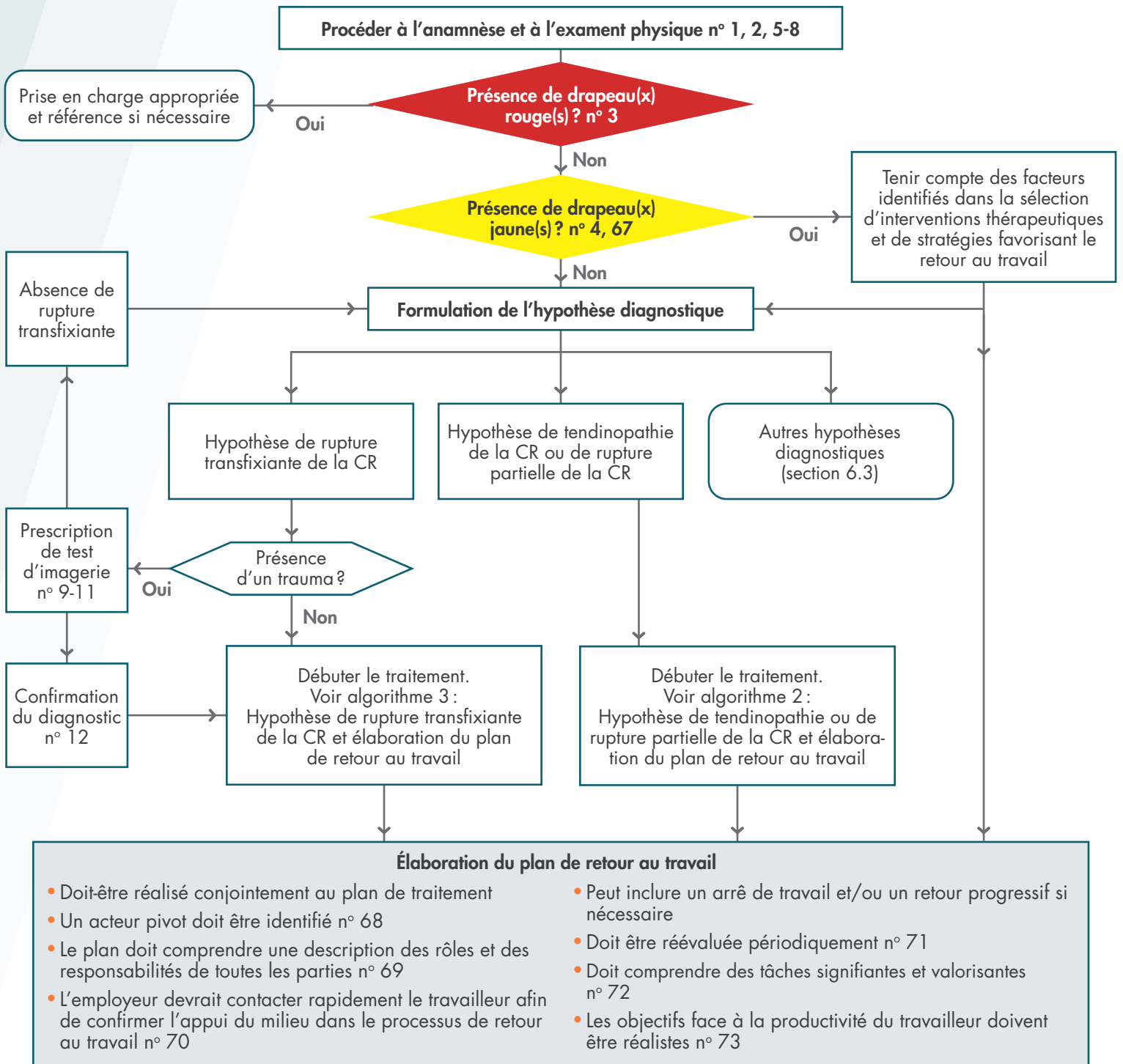
Il est important de noter que d'autres pathologies à l'épaule peuvent causer des symptômes similaires à ceux d'une lésion de la CR. Ceux-ci incluent, mais ne se limitent pas aux lésions du labrum, à l'instabilité gléno-humérale, à la capsulite, à l'arthrose gléno-humérale ou des atteintes de l'articulation acromio-claviculaire [37, 38]. Il est également important de noter qu'une instabilité peut être assez fréquemment présente conjointement à une tendinopathie de la CR chez des patients plus jeunes.

Bien que rare, une infection peut également être la cause d'une douleur à l'épaule [38]. De plus, la région cervicale, le coude et même certains viscères peuvent être la cause d'une douleur référée à l'épaule [38, 39, 40, 41, 42].

Un cancer au niveau des poumons ou une métastase peuvent également être la cause d'une douleur à l'épaule [38]. Certaines conditions rhumatologiques inflammatoires comme la polyarthrite rhumatoïde peuvent également causer une douleur à l'épaule [38].

La prise en charge de chacune de ces conditions dépasse le cadre du présent guide de pratique et de ce document synthèse.

PRÉSENCE D'UNE DOULEUR À L'ÉPAULE



CR: Coiffe des rotateurs

N°: Numéro de recommandation dans le guide de pratique

Les recommandations du plan de retour au travail sont présentées en détail à la page 20.

Anamnèse et examen physique

RECOMMANDATION N° 1 – ÉCHELLE SORT : GRADE C

Selon des données probantes de niveau consensus, il est recommandé que l'évaluation du travailleur qui présente une douleur à l'épaule comporte une évaluation subjective ainsi que l'histoire détaillée de la blessure.

Tôt dans la prise en charge, cette évaluation devrait couvrir les aspects suivants :

- le motif de consultation ;
- l'âge du travailleur ;
- son emploi et les exigences qui y sont reliées ;
- ses sports et loisirs ;
- son bilan pharmaceutique ;
- ses comorbidités ;
- ses antécédents médicaux ;
- la présence de facteurs psychosociaux et contextuels ;
- l'histoire de sa blessure ;
- les traitements antérieurs ;
- ses symptômes incluant les pertes d'amplitude articulaire et de force, ainsi que la présence de paresthésie ou d'autres symptômes neurologiques ;
- ses limitations fonctionnelles ;
- ses objectifs thérapeutiques et fonctionnels.

RECOMMANDATION N° 2 – ÉCHELLE SORT : GRADE C

Selon des données probantes de niveau consensus, il est recommandé que l'évaluation physique objective du travailleur qui présente une douleur à l'épaule inclut minimalement :

- une observation de la posture et de la région de l'épaule ;
- des mesures d'amplitudes articulaires actives et passives, ainsi que de force musculaire ;
- des tests spécifiques choisis selon l'état du travailleur et le raisonnement clinique du professionnel ;
- un examen sommaire de la colonne cervicale.

RECOMMANDATION N° 3 – ÉCHELLE SORT : GRADE C

Selon des données probantes de niveau consensus, il est recommandé que le clinicien recherche tout signe de pathologie grave (drapeaux rouges ou *red flags*) lors de l'évaluation du travailleur avec une douleur à l'épaule.

Les signes de pathologie grave incluent, mais ne se limitent pas à :

- une déformation suspecte ;
- un œdème important ;
- un érythème cutané ;
- un déficit sensitif et/ou moteur important et inexpliqué ;
- de la fièvre et/ou des frissons ;
- des signes suggérant une atteinte cardiovasculaire ou viscérale ;
- une histoire ou une suspicion de cancer ;
- des signes suggérant une arthrite inflammatoire.

RECOMMANDATION N° 4 – ÉCHELLE SORT : GRADE C

Selon des données probantes de niveau consensus et d'évidences indirectes, il est recommandé que le clinicien identifie les facteurs personnels, psychosociaux ou environnementaux pouvant influencer l'évolution ou le retour au travail (drapeaux jaunes ou *yellow flags*) lors de l'évaluation du travailleur avec une douleur à l'épaule.

Ceux-ci incluent, mais ne se limitent pas à :

- l'âge avancé (50 ans et + pour le retour au travail) ;
- un historique de blessure à l'épaule ;
- une durée prolongée des symptômes ;
- une intensité élevée de la douleur ;
- une prise en charge tardive après la blessure ;
- une demande d'indemnisation tardive par rapport à la date de la blessure ;
- un historique d'absentéisme au travail ;
- la présence de condition(s) associée(s) telles que la détresse psychologique ; l'anxiété, la dramatisation et la kinésiophobie ;
- la présence d'un sentiment d'injustice ;
- le manque de soutien social ;
- avoir une ou des personne(s) à charge ;
- avoir perdu son lien d'emploi ;
- la perception d'exigences élevées au travail ;
- la présence d'un litige avec l'employeur ou l'assureur.

RECOMMANDATION N° 67 – ÉCHELLE SORT : C

Selon des données probantes de niveau consensus, l'identification précoce des travailleurs blessés qui présentent un risque d'incapacité prolongée, peut être utile. Ce dépistage peut être fait par les intervenants ou au moyen de questionnaires validés.

Tests physiques

Lors de l'évaluation objective du patient, le clinicien peut utiliser des tests physiques reconnus pour le guider dans son raisonnement clinique et pour l'aider à établir son diagnostic. Un diagnostic initial valide a des implications sur le plan de traitement à privilégier.

RECOMMANDATION N° 5 – ÉCHELLE SORT : GRADE B

Selon des données probantes de niveau modéré, il est recommandé d'utiliser les tests ou les combinaisons de tests suivants pour confirmer ou infirmer un diagnostic de tendinopathie ou de déchirure transfixiante de la CR.

Tests ou combinaisons de tests pour confirmer une hypothèse diagnostique d'atteinte de la CR :

	Jobe	Full can	ERLS	Lift off	Belly press	Arc dlr
Rupture transfixiante supraépineux	+	+	+			
Rupture transfixiante infraépineux			+			
Rupture transfixiante subscapulaire				+	+	
Tendinopathie CR/Rupture partielle CR						+

Tests pour infirmer une hypothèse diagnostique d'atteinte de la CR :

	Test
Rupture transfixiante supraépineux	Aucun
Rupture transfixiante infraépineux	Aucun
Rupture transfixiante subscapulaire	Aucun
Tendinopathie CR/Rupture partielle CR	Arc douloureux ou Hawkins-Kennedy

Arc dlr : arc de mouvement douloureux

ERLS : External rotation lag sign

Questionnaires et outils de mesure

Dans un souci d'objectiver l'évaluation de l'épaule ou l'évolution d'une lésion de la CR, l'utilisation de questionnaires validés, de bons outils de mesure d'amplitude articulaire et de force musculaire doit être privilégiée par le clinicien.

RECOMMANDATION N° 6 – ÉCHELLE SORT : GRADE A

Selon des données probantes de niveau élevé, l'inclinomètre et le goniomètre sont recommandés pour mesurer objectivement les amplitudes articulaires à l'épaule et devraient être favorisés par rapport à l'estimation visuelle.

RECOMMANDATION N° 7 – ÉCHELLE SORT : GRADE B

Selon des données probantes de niveau modéré, il est recommandé d'utiliser un dynamomètre manuel ou stationnaire afin de mesurer la force isométrique à l'épaule.

RECOMMANDATION N° 8 – ÉCHELLE SORT : GRADE B

Selon des données probantes de niveau modéré à élevé, l'utilisation des questionnaires et outils mixtes suivants est recommandée pour évaluer la douleur et la fonction des adultes qui présentent une épaule douloureuse.

- DASH/QuickDASH (*Disability of the Arm, Shoulder and Hand*);
- WORC (*Western Ontario Rotator Cuff Questionnaire*);
- UEFI (*Upper Extremity Functional Index*);
- OSS (*Oxford Shoulder Scale*);
- SPADI (*Shoulder Pain and Disability Index*);
- ASES (*American Shoulder and Elbow Surgeons Questionnaire*);
- SST (*Simple Shoulder Test*);
- PSS (*Penn Shoulder Score*);
- RC-QoL (*Rotator-Cuff Quality of Life*);
- CMS (*Constant-Murley Score*).

Imagerie médicale

La radiographie, l'échographie, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et l'imagerie par résonance magnétique avec contraste intra-articulaire (arthro-IRM) sont les tests d'imagerie utilisés comme complément à l'examen subjectif et objectif pour préciser un diagnostic de lésion de la CR.

RECOMMANDATION N° 9 – ÉCHELLE SORT : GRADE C

Selon des données probantes de niveau consensus, en présence d'un trauma, d'une suspicion clinique de rupture transfixiante ou de l'échec d'un traitement conservateur initial, la prescription de tests d'imagerie diagnostique (radiographie, échographie, IRM ou arthro-IRM) est recommandée chez le travailleur qui présente une douleur à l'épaule.

Les tests d'imageries permettent d'identifier certaines pathologies graves et peuvent orienter la prise en charge du travailleur.

RECOMMANDATION N° 10 – ÉCHELLE SORT : GRADE C

Selon des données probantes de niveau consensus (évidences indirectes), il est recommandé d'informer le travailleur qui présente une douleur à l'épaule sur la valeur diagnostique et les limites des différents tests d'imagerie. Le professionnel référent devrait discuter des résultats avec le travailleur.

RECOMMANDATION N° 11 – ÉCHELLE SORT : GRADE C

Selon des données probantes de niveau consensus, il est recommandé de prioriser l'échographie, lorsque possible, en raison de son coût moindre et de ses propriétés diagnostiques semblables à l'IRM pour confirmer une pathologie de la CR.

Le référent devrait tenir compte des facteurs suivants dans son choix d'imagerie :

- l'accessibilité à l'échographie dans son milieu ;
- l'IRM ou l'arthro-IRM devraient être priorisées afin d'investiguer une lésion intra-articulaire associée à une pathologie de la CR.

Référence en orthopédie

RECOMMANDATION N° 12 – ÉCHELLE SORT : GRADE C

Selon des données probantes de niveau consensus, en présence d'une rupture transfixiante de la CR confirmée par un test d'imagerie, les professionnels de la santé devraient référer pour une opinion chirurgicale un travailleur qui présente une douleur importante et/ou une faiblesse musculaire marquée et/ou une limitation d'activité significative.

Les travailleurs qui présentent les facteurs suivants devraient être référés rapidement pour une opinion chirurgicale :

- travailleur plus jeune ;
- exigences physiques élevées au travail ;
- histoire traumatique ;
- absence de signes de dégénérescence musculaire de la CR (atrophie graisseuse) ;
- rupture de taille plus importante.

Les traitements des lésions professionnelles de la coiffe des rotateurs (CR)

En pratique, plusieurs options de traitements sont utilisées pour traiter les lésions de la CR. Les types de traitements ont été classés selon les trois catégories suivantes : les traitements pharmacologiques, les traitements de réadaptation et les traitements chirurgicaux. Les recommandations y sont présentées selon qu'il s'agisse d'une tendinopathie de la CR avec ou sans calcification ou d'une rupture transfixiante de la CR.

Les traitements dits non chirurgicaux incluent les traitements pharmacologiques, les traitements de réadaptation et les interventions en milieu de travail. Ils sont généralement non ou peu invasifs et ont démontré leur efficacité pour soulager la douleur et la fonction chez 40 à 80 % des patients [43]. On parle de différents traitements tels que :

- Médications (acétaminophène, anti-inflammatoires non stéroïdiens - oraux ou topique, opiacés)
- Injections (corticostéroïdes et autres composés)
- Traitements de réadaptation (exercices, thérapie manuelle, modalités physiques)
- Interventions en milieu de travail

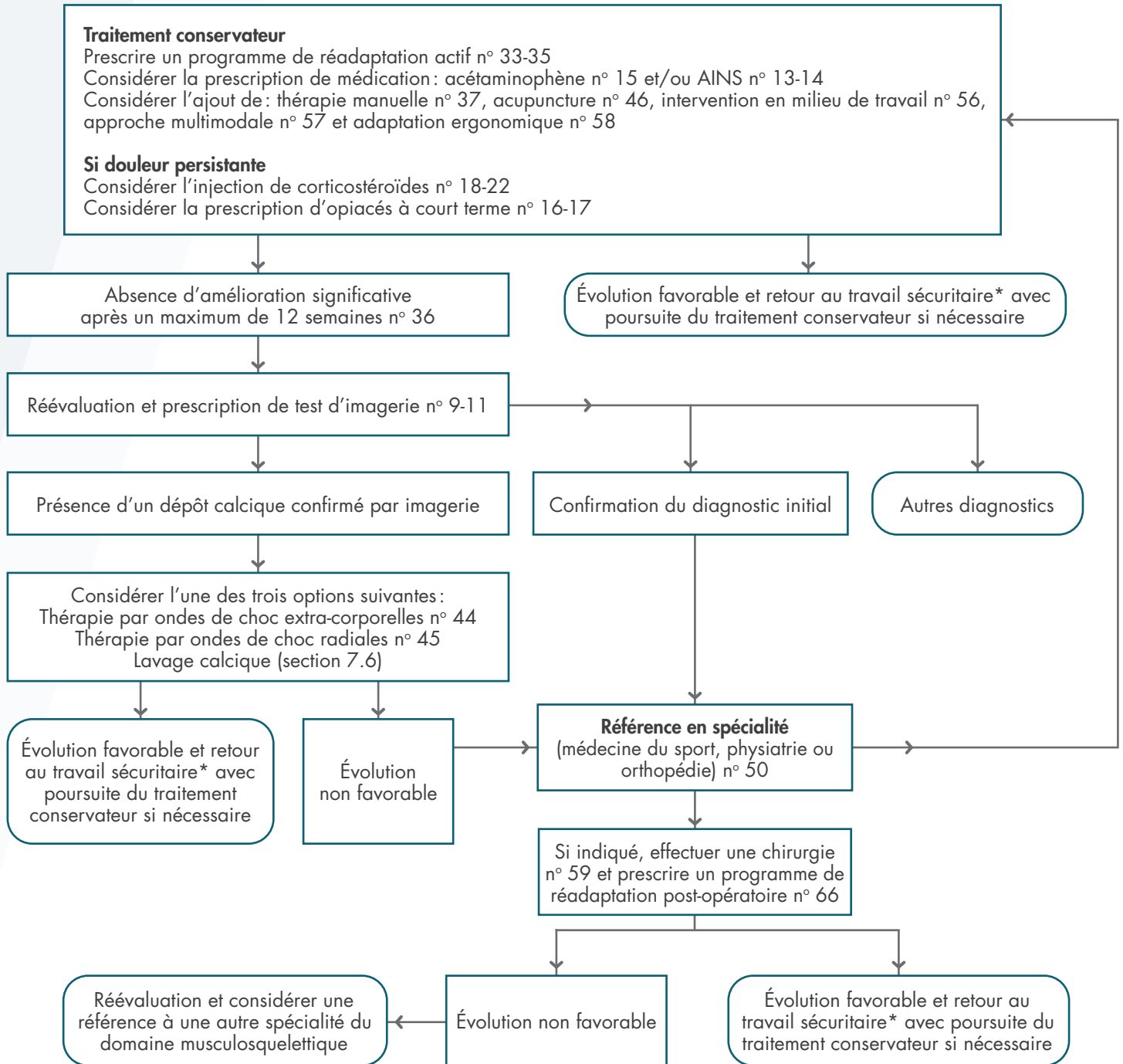
Un traitement de type non chirurgical est rarement utilisé de façon isolée et se retrouve souvent combiné à d'autres types d'interventions non chirurgicales en clinique. Pour cette raison, il est difficile d'isoler l'impact de chacun et, par conséquent, il faut demeurer prudent face à l'établissement de leur efficacité individuelle dans le traitement des lésions de la CR [9, 44].

La douleur à l'épaule est une raison fréquente de consultation avec une prévalence annuelle de 5 à 47 % chez la population générale [45]. Il est donc justifié de considérer le soulagement de la douleur comme l'un des objectifs à atteindre dans le traitement de ce type d'affectation. Sur une période prolongée, une douleur non soulagée peut avoir des effets psychologiques et physiologiques néfastes sur la santé et le fonctionnement de la personne atteinte [46].

Selon le modèle biopsychosocial actuel, la perception de la douleur d'un individu est influencée par son environnement social comme le travail, la famille, la communauté et le système de rémunération, ainsi que par ses pensées, ses croyances, ses attitudes et ses émotions [47]. Sachant ceci, l'incapacité résultante de cette expérience de la douleur vécue varie d'un individu à l'autre. Pour ces raisons, la gestion de la douleur doit être adaptée à l'individu et régulièrement réévaluée. Ceci se traduit par l'identification de drapeaux jaunes potentiels et la réévaluation régulière de ces facteurs pour éviter une détérioration de la condition du patient qui pourrait alors se chroniciser. Bien que le présent guide tienne en compte ces facteurs dans la prise en charge et recommande une référence en spécialité des patients qui souffrent de lésions de la CR réfractaire, la prise en charge de cas complexes souffrant d'une douleur chronique à l'épaule dépasse les objectifs du guide et de ce document.

La chirurgie est un traitement qui peut être envisagé pour les tendinopathies de la CR réfractaires au traitement conservateur. Parmi les interventions chirurgicales qui peuvent être proposées se retrouvent l'acromioplastie, le débridement de la CR et la bursectomie [48]. La rupture transfixiante de la CR est pour sa part caractérisée par une perte de continuité du tendon sur toute son épaisseur. La procédure chirurgicale de réparation d'une rupture transfixiante de la CR consiste donc à relier les tissus tendineux rompus au moyen de sutures. La réparation de la CR est surtout indiquée chez des patients jeunes et actifs, ou encore à la suite de l'échec d'un traitement conservateur.

HYPOTHÈSE DE TENDINOPATHIE OU DE RUPTURE PARTIELLE DE LA CR



*Il est à noter qu'un retour au travail progressif ou avec modification de tâches doit se faire le plus rapidement possible, si les capacités du travailleur permettent de rencontrer les exigences sans effets délétères pour sa santé.

CR : coiffe des rotateurs.

Pour le lavage calcique, se référer à la section 7.6 du guide de pratique.

N° : Numéro de recommandation dans le guide de pratique.

RÉFÉREZ-VOUS AUX INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LES RECOMMANDATIONS À LA PAGE 1
CERTAINES RECOMMANDATIONS SONT COMMUNES AVEC L'ALGORITHME 1
ET NE SONT PAS PRÉSENTÉES À NOUVEAU À L'ALGORITHME 2.

Médication

RECOMMANDATION N° 13 – ÉCHELLE SORT : GRADE B

Selon des données probantes de niveau faible, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) par voie orale peuvent être utiles à court terme pour réduire la douleur chez les adultes qui présentent une tendinopathie de la CR.

RECOMMANDATION N° 14 – ÉCHELLE SORT : GRADE C

Selon des données probantes de niveau consensus (évidences indirectes), les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) topiques peuvent être utiles pour réduire la douleur à court terme chez les adultes qui présentent une tendinopathie de la CR.

Les AINS topiques peuvent être utiles lorsqu'il y a contre-indication à l'utilisation des AINS par voie orale.

RECOMMANDATION N° 15 – ÉCHELLE SORT : GRADE C

Selon des données probantes de niveau consensus, l'acétaminophène est recommandé pour réduire la douleur chez les adultes qui présentent une tendinopathie de la CR.

RECOMMANDATION N° 16 – ÉCHELLE SORT : GRADE C

Selon des données probantes de niveau consensus, la prescription d'opiacés n'est pas recommandée comme traitement pharmacologique de première intention pour réduire la douleur et les incapacités des personnes qui présentent une tendinopathie de la CR.

RECOMMANDATION N° 17 – ÉCHELLE SORT : GRADE C

Selon des données probantes de niveau consensus, les opiacés peuvent être utiles à court terme pour réduire la douleur chez les adultes atteints d'une tendinopathie de la CR, qui présentent des douleurs et des incapacités sévères réfractaires aux autres modalités analgésiques.

Les risques de dépendance et la pertinence de la prise d'opiacés devraient être réévalués régulièrement par le prescripteur.

Injections

RECOMMANDATION N° 18 – ÉCHELLE SORT : GRADE C

Selon des données probantes de niveau consensus, les injections de corticostéroïdes ne sont pas recommandées comme modalité initiale de traitement pour réduire la douleur et augmenter la fonction chez les adultes qui présentent une tendinopathie de la CR.

RECOMMANDATION N° 19 – ÉCHELLE SORT : GRADE A

Selon des données probantes de niveau élevé, les injections de corticostéroïdes peuvent être utiles pour réduire la douleur et augmenter la fonction à court terme chez les adultes qui présentent une tendinopathie de la CR.

RECOMMANDATION N° 20 – ÉCHELLE SORT : GRADE B

Selon des données probantes de niveau modéré, si aucune amélioration de la douleur ou de la fonction n'est observée après deux injections de corticostéroïdes, des injections additionnelles ne sont pas recommandées chez les adultes qui présentent une tendinopathie de la CR.

RECOMMANDATION N° 21 – ÉCHELLE SORT : GRADE C

Selon des données probantes de niveau consensus, il est recommandé d'informer les travailleurs blessés sur les risques et les bénéfices potentiels inhérents aux injections de corticostéroïdes.

RECOMMANDATION N° 22 – ÉCHELLE SORT : GRADE C

Selon des données probantes de niveau consensus, le guidage par ultrasonographie peut être utile lors d'une infiltration sous-acromiale de corticostéroïdes.

RECOMMANDATION N° 23 – ÉCHELLE SORT : GRADE B-

Selon des données probantes de niveau très faible, l'injection d'acide hyaluronique n'est pas recommandée pour diminuer la douleur et augmenter la fonction chez des adultes qui présentent une tendinopathie de la CR.

RECOMMANDATION N° 24 – ÉCHELLE SORT : GRADE B-

Selon des données probantes de niveau très faible, les injections de plasma riche en plaquettes peuvent être utiles pour réduire la douleur et augmenter la fonction chez les adultes qui présentent une tendinopathie de la CR suivant l'échec du traitement conservateur initial.

RECOMMANDATION N° 25 – ÉCHELLE SORT : GRADE ND

Les évidences actuellement disponibles sont insuffisantes pour formuler des recommandations sur l'utilisation de nitroglycérine ou de testostérone topiques pour le traitement des tendinopathies de la CR chez les adultes.

Traitements en réadaptation

RECOMMANDATION N° 33 – ÉCHELLE SORT : GRADE A

Selon des données probantes de niveau élevé, la prescription d'un programme de réadaptation actif comme modalité initiale de traitement, afin de réduire la douleur et d'augmenter la fonction chez les travailleurs qui présentent une tendinopathie de la CR, est recommandée.

RECOMMANDATION N° 34 – ÉCHELLE SORT : GRADE B

Selon des données probantes de niveau modéré, il est recommandé de privilégier des exercices de mobilisation active plutôt que des modalités passives, dans le but de réduire la douleur et d'augmenter la fonction des travailleurs qui présentent une tendinopathie de la CR.

RECOMMANDATION N° 35 – ÉCHELLE SORT : GRADE B

Selon des données probantes de niveau modéré, un programme de réadaptation actif et axé sur des tâches fonctionnelles est recommandé afin de réduire la douleur et d'augmenter la fonction des travailleurs qui présentent une tendinopathie de la CR.

Ce dernier peut comprendre :

- des exercices de mobilité articulaire ;
- des exercices de contrôle moteur ;
- des exercices de renforcement ;
- des exercices d'endurance ;
- de l'enseignement sur la pathologie.

RECOMMANDATION N° 36 – ÉCHELLE SORT : GRADE C

Selon des données probantes de niveau consensus, il est recommandé de modifier la prise en charge et de considérer d'autres approches thérapeutiques en l'absence d'une amélioration clinique significative après un maximum de 12 semaines de réadaptation adéquate, chez un travailleur qui présente une douleur à l'épaule.

L'observance au programme de réadaptation devrait aussi être élevée.

RECOMMANDATION N° 37 – ÉCHELLE SORT : GRADE B

Selon des données probantes de niveau faible à modéré, la thérapie manuelle, prodiguée seule ou jumelée à d'autres modalités telles que les exercices, peut être utile pour réduire la douleur et augmenter la fonction chez l'adulte qui présente une tendinopathie de la CR.

La thérapie manuelle peut comprendre :

- des techniques de tissu mou ;
- le massage ;
- des techniques de relâchement musculaire ;
- des étirements passifs ;
- des mobilisations ou des manipulations articulaires.

RECOMMANDATION N° 38 – ÉCHELLE SORT : GRADE ND

Les évidences actuellement disponibles sont insuffisantes pour formuler des recommandations sur le taping pour le traitement des tendinopathies de la CR.

RECOMMANDATION N° 39 – ÉCHELLE SORT : GRADE B-

Les évidences actuellement disponibles sont insuffisantes pour formuler des recommandations sur le TENS pour le traitement des tendinopathies de la CR.

RECOMMANDATION N° 40 – ÉCHELLE SORT : GRADE B

Selon des données probantes de niveau faible, les ultrasons thérapeutiques, prodigués seuls ou dans le cadre d'une intervention multimodale, ne sont pas recommandés pour réduire la douleur ou augmenter la fonction chez les adultes qui présentent une tendinopathie de la CR.

RECOMMANDATION N° 41 – ÉCHELLE SORT : GRADE B-

Selon des données probantes de niveau très faible, les ultrasons thérapeutiques peuvent être utiles pour réduire la douleur et augmenter la fonction chez l'adulte qui présente une tendinopathie calcifiée de la CR.

RECOMMANDATION N° 42 – ÉCHELLE SORT : GRADE B

Selon des données probantes de niveau modéré, l'ajout du laser à d'autres modalités, comme les exercices thérapeutiques ou les ultrasons, n'est pas recommandé pour réduire la douleur ou augmenter la fonction des adultes qui présentent une tendinopathie de la CR.

RECOMMANDATION N° 43 – ÉCHELLE SORT : GRADE B

Selon des données probantes de niveau modéré, la thérapie par ondes de choc extracorporelles n'est pas recommandée pour réduire la douleur et améliorer la fonction chez les adultes qui présentent une tendinopathie non calcifiée de la CR.

RECOMMANDATION N° 44 – ÉCHELLE SORT : GRADE B

Selon des données probantes de niveau faible, l'utilisation des ondes de choc extracorporelles focales à haute et basse énergie est recommandée pour réduire la douleur, améliorer la fonction et favoriser la résorption du dépôt calcique chez l'adulte qui présente une tendinopathie calcifiée de la CR. Les ondes dont l'intensité est supérieure à 0.20 mJ/mm² devraient être privilégiées, car elles ont démontré une efficacité supérieure à celles de moindre intensité pour diminuer la douleur et augmenter la fonction.

RECOMMANDATION N° 45 – ÉCHELLE SORT : GRADE B-

Selon des données probantes de niveau très faible, les ondes de choc radiales peuvent être utiles pour réduire la douleur et favoriser la résorption du dépôt calcique chez l'adulte qui présente une tendinopathie calcifiée de la CR.

RECOMMANDATION N° 46 – ÉCHELLE SORT : GRADE B-

Selon des données probantes de niveau très faible, l'acupuncture peut être utile en combinaison avec un programme d'exercices pour réduire la douleur et augmenter la fonction des adultes qui présentent une tendinopathie de la CR. Les évidences disponibles quant aux bénéfices associés à l'acupuncture pour le traitement des lésions de la CR demeurent toutefois très limitées.

RECOMMANDATION N° 47 – ÉCHELLE SORT : GRADE ND

Les évidences actuellement disponibles sont insuffisantes pour formuler des recommandations sur l'utilisation de champs électromagnétiques pour le traitement des tendinopathies de la CR.

RECOMMANDATION N° 48 – ÉCHELLE SORT : GRADE ND

Les évidences actuellement disponibles sont insuffisantes pour formuler des recommandations sur l'utilisation de courants interférentiels pour le traitement des tendinopathies de la CR.

RECOMMANDATION N° 49 – ÉCHELLE SORT : GRADE ND

Les évidences actuellement disponibles sont insuffisantes pour formuler des recommandations sur l'utilisation de l'ionophorèse pour le traitement des tendinopathies calcifiées et non calcifiées.

Interventions en milieu de travail pour les travailleurs présentant une épaule douloureuse

RECOMMANDATION N° 56 – ÉCHELLE SORT : B

Selon des données probantes de niveau faible, un programme d'exercices réalisé en milieu de travail, lorsque possible, peut être utile pour réduire la douleur chez des travailleurs qui présentent une douleur à l'épaule.

RECOMMANDATION N° 57 – ÉCHELLE SORT : B-

Selon des données probantes de niveau faible, une approche multimodale (enseignement, intervention psychosociale, exercices et/ou adaptation en milieu de travail) peut être utile pour réduire la douleur et améliorer la fonction chez des travailleurs qui présentent une douleur à l'épaule.

RECOMMANDATION N° 58 – ÉCHELLE SORT : B

Selon des données probantes de niveau faible, les adaptations ergonomiques en milieu de travail, réalisées par un professionnel de la santé qualifié sont recommandées pour diminuer la douleur chez les travailleurs qui présentent une douleur à l'épaule.

Référence vers un médecin spécialiste et interventions chirurgicales

Advenant la situation où une tendinopathie de la CR persiste et cause des douleurs sévères ou des limitations fonctionnelles importantes chez un travailleur suivant un traitement conservateur adéquat, il est recommandé de référer le patient à un médecin spécialiste. La chirurgie est un des traitements qui peut être envisagé pour les tendinopathies de la CR réfractaires au traitement conservateur.

RECOMMANDATION N° 50 – ÉCHELLE SORT : C

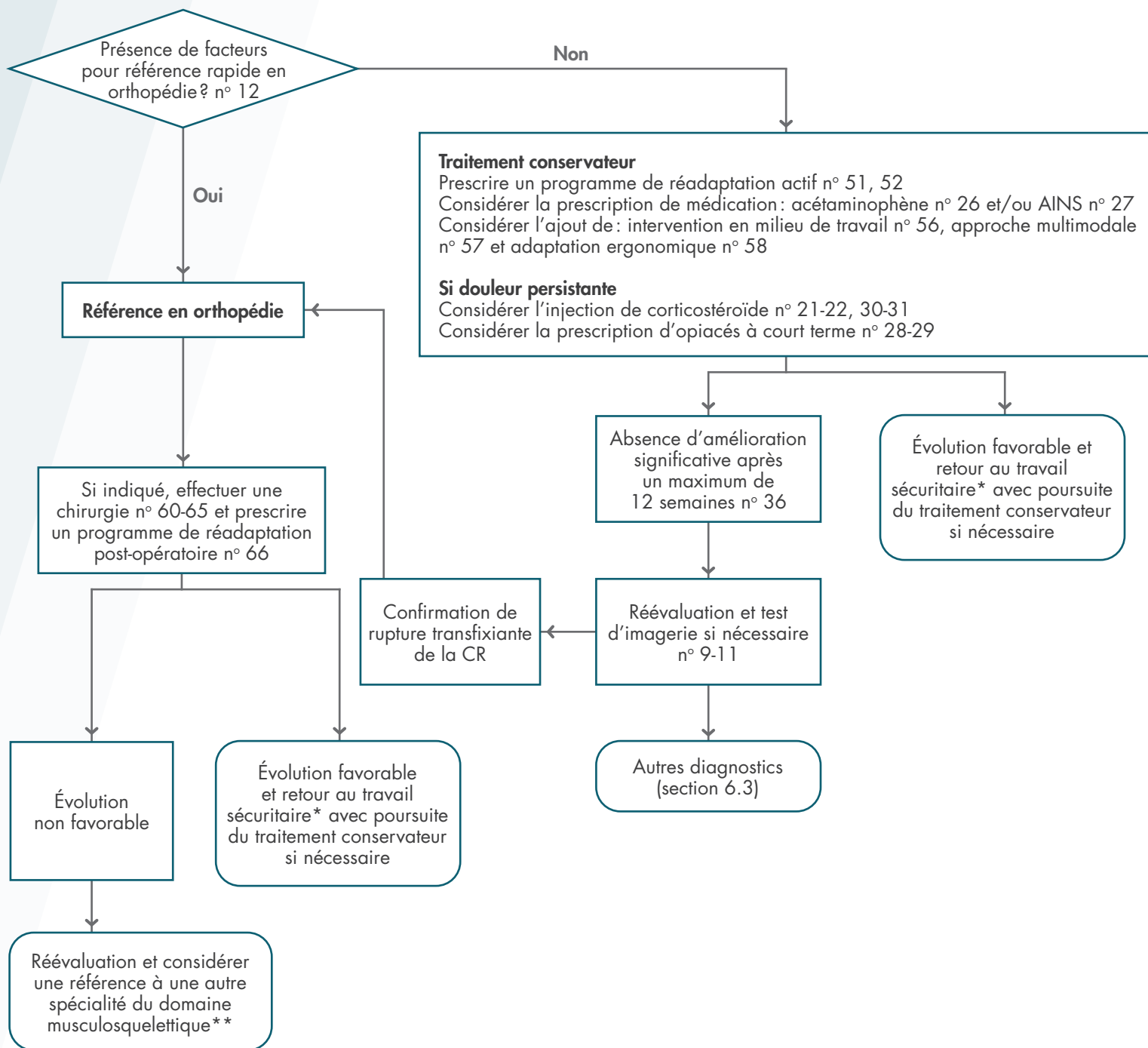
Sur une base d'évidence de niveau consensus, suite à l'échec d'un traitement conservateur adéquat, il est recommandé de référer en spécialité (médecine du sport, physiatrie ou en orthopédie) le travailleur qui présente une tendinopathie de la CR et chez qui persiste des douleurs, des limitations fonctionnelles et/ou des restrictions de participation importantes.

RECOMMANDATION N° 59 – ÉCHELLE SORT : B

Selon des données probantes de niveau modéré, l'acromioplastie peut être utile, en cas d'échec d'un traitement conservateur comprenant des exercices supervisés, pour réduire la douleur et augmenter la fonction chez les travailleurs qui présentent une tendinopathie de la CR.

Les approches ouvertes ou par arthroscopie sont équivalentes en termes de réduction de la douleur et d'amélioration de la fonction. L'efficacité d'autres chirurgies associées à l'acromioplastie n'est toutefois pas démontrée.

HYPOTHÈSE DE RUPTURE TRANSFIXIANTE DE LA CR



*Il est à noter qu'un retour au travail progressif ou avec modification de tâches doit se faire le plus rapidement possible, si les capacités du travailleur permettent de rencontrer les exigences sans effets délétères pour sa santé.

**Le spécialiste peut être un orthopédiste, un physiatre, un spécialiste des douleurs chroniques (médecin, physiothérapeute, ergothérapeute, psychologue) ou un autre spécialiste pertinent.

CR : coiffe des rotateurs.

No : Numéro de recommandation dans le guide de pratique.

RÉFÉREZ-VOUS AUX **INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LES RECOMMANDATIONS** À LA PAGE 1
CERTAINES RECOMMANDATIONS SONT COMMUNES AVEC LES ALGORITHMES 1 ET
NE SONT PAS PRÉSENTÉES À NOUVEAU À L'ALGORITHME 3.

Présence de facteurs pour référence rapide en orthopédie

RECOMMANDATION N° 12 – ÉCHELLE SORT : GRADE C

Selon des données probantes de niveau consensus, en présence d'une rupture transfixiante de la CR confirmée par un test d'imagerie, les professionnels de la santé devraient référer pour une opinion chirurgicale un travailleur qui présente une douleur importante et/ou une faiblesse musculaire marquée et/ou une limitation d'activité significative.

Les travailleurs qui présentent les facteurs suivants devraient être référés rapidement pour une opinion chirurgicale :

- travailleur plus jeune ;
- exigences physiques élevées au travail ;
- histoire traumatique ;
- absence de signes de dégénérescence musculaire de la CR (atrophie graisseuse) ;
- rupture de taille plus importante.

Médication

RECOMMANDATION N° 26 – ÉCHELLE SORT : GRADE C

Selon des données probantes de niveau consensus, l'acétaminophène peut être utile pour réduire, à court terme, la douleur chez les adultes qui présentent une rupture transfixiante de la CR.

RECOMMANDATION N° 27 – ÉCHELLE SORT : GRADE C

Selon des données probantes de niveau consensus, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) par voie orale peuvent être utiles pour réduire à court terme la douleur chez les adultes qui présentent une rupture transfixiante de la CR.

RECOMMANDATION N° 28 – ÉCHELLE SORT : GRADE C

Selon des données probantes de niveau consensus, la prescription d'opiacés n'est pas recommandée comme traitement pharmacologique de première intention, pour réduire la douleur et augmenter la fonction, des adultes qui présentent une rupture transfixiante de la CR.

RECOMMANDATION N° 29 – ÉCHELLE SORT : GRADE C

Selon des données probantes de niveau consensus, les opiacés peuvent être utiles à court terme pour diminuer la douleur et augmenter la fonction chez les adultes qui présentent une rupture transfixiante de la CR, ainsi que des douleurs et des incapacités sévères réfractaires aux autres modalités analgésiques.

Les risques de dépendance et la pertinence de la prise d'opiacés devraient être réévalués régulièrement par le prescripteur.

Injections

RECOMMANDATION N° 30 – ÉCHELLE SORT : GRADE C

Selon des données probantes de niveau consensus, les injections de corticostéroïdes ne sont pas recommandées comme modalité initiale de traitement pour réduire la douleur et augmenter la fonction chez les adultes qui présentent une rupture transfixiante de la CR.

RECOMMANDATION N° 31 – ÉCHELLE SORT : GRADE B-

Selon des données probantes de niveau très faible, les injections de corticostéroïdes peuvent être utiles pour réduire la douleur à court terme chez les adultes qui présentent une rupture transfixiante de la CR.

RECOMMANDATION N° 32 – ÉCHELLE SORT : GRADE ND

Les évidences actuellement disponibles sont insuffisantes pour formuler des recommandations sur les injections de plasma riche en plaquettes pour le traitement des ruptures transfixiantes de la CR chez l'adulte.

Traitements en réadaptation

RECOMMANDATION N° 51 – ÉCHELLE SORT : GRADE C

Selon des données probantes de niveau consensus, il est recommandé de débiter un programme de réadaptation, accompagné de modalités pharmacologiques au besoin, chez le travailleur qui présente une rupture transfixiante de la CR.

RECOMMANDATION N° 52 – ÉCHELLE SORT : GRADE C

Selon des données probantes de niveau consensus, des modalités actives, principalement des exercices, devraient être intégrées à la réadaptation aussitôt que possible chez les travailleurs qui présentent une rupture transfixiante de la CR.

RECOMMANDATION N° 53 – ÉCHELLE SORT : ND

Les évidences actuellement disponibles sont insuffisantes pour formuler des recommandations sur l'utilisation de courants interférentiels pour le traitement des ruptures transfixiantes de la CR.

RECOMMANDATION N° 54 – ÉCHELLE SORT : ND

Les évidences actuellement disponibles sont insuffisantes pour formuler des recommandations sur l'utilisation de champs électromagnétiques pour le traitement des ruptures transfixiantes de la CR.

RECOMMANDATION N° 55 – ÉCHELLE SORT : ND

Les évidences actuellement disponibles sont insuffisantes pour formuler des recommandations sur l'utilisation de l'ionophorèse pour le traitement des ruptures transfixiantes de la CR.

Interventions chirurgicales

RECOMMANDATION N° 60 – ÉCHELLE SORT : B

Selon des données probantes de niveau modéré, tenir compte des facteurs pronostiques suivants dans la prise en charge des adultes qui ont subi une réparation de la CR est recommandé. Ces facteurs sont associés à des gains plus modestes et/ou plus lents en termes de réduction de douleur, d'amélioration de la fonction, d'amplitude articulaire et de force musculaire.

Facteur	Effets délétères	Niveau d'évidences
Âge avancé	Légers	Modéré à élevé
Sédentarité	Légers	Faible
Obésité	Légers	Faible
Diabète	Légers	Faible
Déchirure de grande taille	Légers	Modéré
Infiltration graisseuse	Modérés à importants	Modéré
Force musculaire préopératoire	Légers à modérés	Faible

RECOMMANDATION N° 61 – ÉCHELLE SORT : B

Selon des données probantes de niveau modéré, les réparations chirurgicales de la CR par voie ouverte, semi-ouverte ou par arthroscopie sont recommandées pour réduire la douleur et augmenter la fonction chez les adultes candidats à la chirurgie qui présentent une rupture transfixiante de la CR.

Ces trois approches ont démontré la même efficacité, en termes de réduction de la douleur et d'augmentation de la fonction chez la population qui présente une rupture transfixiante de la CR.

RECOMMANDATION N° 62 – ÉCHELLE SORT : B

Selon des données probantes de niveau modéré à élevé, les techniques de réparations chirurgicales par simple rang et double rang sont recommandées pour les adultes candidats à une réparation de la CR.

Ces deux approches présentent la même efficacité en termes d'amélioration de la fonction. La réparation par double rang pourrait cependant réduire le risque de récurrence de la rupture tendineuse, principalement pour les ruptures de plus grande taille.

RECOMMANDATION N° 63 – ÉCHELLE SORT : B

Selon des données probantes de niveau modéré à élevé, l'ajout d'une acromioplastie à une réparation de la CR, chez l'adulte qui présente une rupture transfixiante de la CR, n'est pas recommandé.

L'ajout d'une acromioplastie à la réparation tendineuse n'apporte pas de bénéfice supplémentaire en termes de réduction de douleur et d'augmentation de la fonction.

RECOMMANDATION N° 64 – ÉCHELLE SORT : B-

Selon des données probantes de niveau très faible, l'ajout d'une greffe (greffon synthétique ou xéno greffe) à la réparation de la CR n'est pas recommandé. L'ajout d'une greffe à la réparation tendineuse n'apporte pas d'avantage en termes de récupération fonctionnelle chez l'adulte qui présente une rupture transfixiante de la CR.

RECOMMANDATION N° 65 – ÉCHELLE SORT : B

Selon des données probantes de niveau modéré, l'ajout d'une injection de plasma riche en plaquettes à une réparation de la CR n'est pas recommandé pour améliorer la fonction chez les adultes qui présentent une rupture de la CR.

L'ajout d'une injection de plasma riche en plaquettes n'apporte pas de bénéfice supplémentaire en termes de récupération fonctionnelle.

RECOMMANDATION N° 66 – ÉCHELLE SORT : C

Selon des données probantes de niveau consensus, suite à une chirurgie de la CR, un programme de réadaptation établi conjointement entre le chirurgien et l'équipe de réadaptation est recommandé.

Interventions et stratégies favorisant le retour au travail

Le processus de retour au travail repose sur bien des facteurs où la réadaptation du travailleur blessé comporte différentes dimensions cliniques, sociales et psychologiques [49, 50, 51]. C'est entre autres, pour cette raison que le retour au travail du travailleur atteint d'une lésion de la CR est une décision complexe qui doit prendre en considération une panoplie de facteurs afin de le rendre sécuritaire et durable. En effet, déterminer le moment le plus approprié pour une réintégration au travail sécuritaire et exempt de risque de récurrence ou de chronicisation représente un défi en soi.

TABLEAU 1
SYNTHÈSE DES INTERVENTIONS ET STRATÉGIES AFIN DE FAVORISER LE RETOUR AU TRAVAIL

Stratégies visant le retour au travail	Explication	Niveau d'évidence
Identifier un acteur pivot n° 68.	L'acteur pivot est responsable d'assurer des communications efficaces entre tous les acteurs impliqués.	C
Plan de retour au travail qui comprend une description des rôles et des responsabilités de toutes les parties, conçu et mis en œuvre par l'ensemble des acteurs impliqués n° 69.	Les acteurs impliqués dans le retour au travail du travailleur peuvent être : le travailleur, les professionnels de la santé, les conseillers en réadaptation de la CNESST, le représentant de l'employeur, les représentants syndicaux et le représentant de l'assureur.	C
Prise de contact précoce auprès du travailleur blessé par le milieu d'emploi n° 70.	Afin de confirmer l'appui du milieu dans le processus de retour au travail.	C
Ajustement périodique et une réévaluation du plan et des objectifs de retour au travail n° 71.	Il est important de réévaluer le travailleur afin d'adapter le plan de traitement à sa condition qui évolue au fil du temps.	C
Programme de réadaptation et de retour au travail qui comprend des tâches significatives et valorisantes pour le travailleur n° 72.	Il est important que le programme comprenne des tâches significatives et valorisantes afin de maintenir la motivation du travailleur.	C
Élaboration d'objectifs réalistes face à la productivité du travailleur n° 73.	Il est important d'établir des attentes communes entre le travailleur, l'employeur et les professionnels de la santé envers la productivité du travailleur dans le processus de retour au travail.	C

RECOMMANDATION N° 68 – ÉCHELLE SORT : C

Selon des données probantes de niveau consensus, identifier un acteur pivot, responsable d'assurer des communications efficaces entre tous les acteurs impliqués est recommandé. L'acteur pivot devrait être perçu comme neutre par le travailleur.

RECOMMANDATION N° 69 – ÉCHELLE SORT : C

Selon des données probantes de niveau consensus, un plan de retour au travail qui comprend une description des rôles et des responsabilités de toutes les parties, conçu et mis en œuvre par l'ensemble des acteurs impliqués, est recommandé.

Les acteurs impliqués +dans le retour au travail du travailleur peuvent être :

- le travailleur ;
 - les professionnels de la santé ;
 - l'agent de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) ;
 - le représentant de l'employeur ;
 - les représentants syndicaux ;
 - le représentant de l'assureur.
-

RECOMMANDATION N° 70 – ÉCHELLE SORT : C

Selon des données probantes de niveau consensus, une prise de contact précoce auprès du travailleur blessé par le milieu d'emploi est recommandée afin de confirmer l'appui du milieu dans le processus de retour au travail.

RECOMMANDATION N° 71 – ÉCHELLE SORT : C

Selon des données probantes de niveau consensus, un ajustement périodique et une réévaluation du plan et des objectifs de retour au travail sont recommandés.

RECOMMANDATION N° 72 – ÉCHELLE SORT : C

Selon des données probantes de niveau consensus, un programme de réadaptation et de retour au travail qui comprend des tâches significatives, valorisantes et permettant la reprise des capacités de travail est recommandé.

RECOMMANDATION N° 73 – ÉCHELLE SORT : C

Selon des données probantes de niveau consensus, l'élaboration d'objectifs réalistes face à la productivité du travailleur durant le processus de retour au travail est recommandée.

Bibliographie

- [1]. Tekavec, E., Jöud, A., Rittner, R., Mikoczy, Z., Nordander, C., Petersson, I. F. et Englund, M. (2012). Population-based consultation patterns in patients with shoulder pain diagnoses. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13(1).
- [2]. Desmeules, F., Braën, C., Lamontagne, M., Dionne, C. E. et Roy, J.-S. (2016). Determinants and predictors of absenteeism and return-to-work in workers with shoulder disorders. *Work*, 55(1), 101-113. Tiré de <http://content.iospress.com/articles/work/wor2379>
- [3]. Clay, F. J., Newstead, S. V. et McClure, R. J. (2010). A systematic review of early prognostic factors for return to work following acute orthopaedic trauma. *Injury*, 41(8), 787-803.
- [4]. Clark, J. et Harryman, D. (1992). Tendons, ligaments, and capsule of the rotator cuff: Gross and microscopic anatomy. *The Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume*, 74(5), 713-725.
- [5]. Nho, S. J., Strauss, E. J., Lenart, B. A., Provencher, M. T., Mazzocca, A. D., Verma, N. N. et Romeo, A. A. (2010). Long head of the biceps tendinopathy: Diagnosis and management. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 18(11), 645-656.
- [6]. Boudreault, J., Desmeules, F., Roy, J.-S., Dionne, C., Fremont, P. et MacDermid, J. C. (2014). The efficacy of oral non-steroidal anti-inflammatory drugs for rotator cuff tendinopathy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 46(4), 294-306.
- [7]. Hanratty, C. E., McVeigh, J. G., Kerr, D. P., Basford, J. R., Finch, M. B., Pendleton, A. et Sim, J. (2012). The effectiveness of physiotherapy exercises in subacromial impingement syndrome: A systematic review and meta-analysis. Communication présentée à Seminars in arthritis and rheumatism (vol. 42, p. 297-316).
- [8]. Lewis, J. S. (2011). Subacromial impingement syndrome: A musculoskeletal condition or a clinical illusion? *Physical Therapy Reviews*, 16(5), 388-398.
- [9]. Lewis, J. S. (2016). Rotator cuff related shoulder pain: Assessment, management and uncertainties. *Manual Therapy*, 23 57-68.
- [10]. Umer, M., Qadir, I. et Azam, M. (2012). Subacromial impingement syndrome. *Orthopedic Reviews*, 4(2).
- [11]. Seitz, A. L., McClure, P. W., Finucane, S., Boardman III, N. D. et Michener, L. A. (2011). Mechanisms of rotator cuff tendinopathy: Intrinsic, extrinsic, or both? *Clinical Biomechanics*, 26(1), 1-12.
- [12]. Neer, C. S. (1972). Anterior acromioplasty for the chronic impingement syndrome in the shoulder: A preliminary report. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 54(1), 41-50.
- [13]. Neer, C. S. (1983). Impingement lesions. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 173, 70-77.
- [14]. Fukuda, H., Hamada, K. et Yamanaka, K. (1990). Pathology and pathogenesis of bursal-side rotator cuff tears viewed from en bloc histologic sections. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 254, 75-80.
- [15]. Hashimoto, T., Nobuhara, K. et Hamada, T. (2003). Pathologic evidence of degeneration as a primary cause of rotator cuff tear. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 415, 111-120.
- [16]. Lewis, J. S. (2009). Rotator cuff tendinopathy. *British Journal of Sports Medicine*, 43(4), 236-241.
- [17]. Riley, G., Harrall, R., Constant, C., Chard, M., Cawston, T. et Hazleman, B. (1994). Tendon degeneration and chronic shoulder pain: Changes in the collagen composition of the human rotator cuff tendons in rotator cuff tendinitis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 53(6), 359-366.
- [18]. Bosworth, B. M. (1941). Calcium deposits in the shoulder and subacromial bursitis: A survey of 12,122 shoulders. *Journal of the American Medical Association*, 116(22), 2477-2482. doi: 10.1001/jama.1941.02820220019004
- [19]. Bureau, N. J. (2013). Calcific tendinopathy of the shoulder. *Seminars in Musculoskeletal Radiology*, 17(01), 080-084.

- [20]. Gärtner, J. et Simons, B. (1990). Analysis of calcific deposits in calcifying tendinitis. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 254, 111-120.
- [21]. Lippmann, R. K. (1961). Observations concerning the calcific cuff deposit. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 20, 49-60.
- [22]. Arirachakaran, A., Boonard, M., Yamaphai, S., Prommahachai, A., Kesprayura, S. et Kongtharvonskul, J. (2017). Extracorporeal shock wave therapy, ultrasound-guided percutaneous lavage, corticosteroid injection and combined treatment for the treatment of rotator cuff calcific tendinopathy: A network meta-analysis of RCTs. *European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology*, 27(3), 381-390. doi: 10.1007/s00590-016-1839-y
- [23]. Louwerens, J. K., Sierevelt, I. N., van Noort, A. et van den Bekerom, M. P. (2014). Evidence for minimally invasive therapies in the management of chronic calcific tendinopathy of the rotator cuff: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 23(8), 1240-1249.
- [24]. Louwerens, J. K., Veltman, E. S., Van Noort, A. et Van Den Bekerom, M. P. (2016). The effectiveness of high-energy extracorporeal shockwave therapy versus ultrasound-guided needling versus arthroscopic surgery in the management of chronic calcific rotator cuff tendinopathy: A systematic review. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery*, 32(1), 165-175.
- [25]. Wu, Y.-C., Tsai, W.-C., Tu, Y.-K. et Yu, T.-Y. (2017). Comparative effectiveness of nonoperative treatments for chronic calcific tendinitis of the shoulder: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98(8), 1678-1692. doi: 10.1016/j.apmr.2017.02.030
- [26]. Minagawa, H., Yamamoto, N., Abe, H., Fukuda, M., Seki, N., Kikuchi, K., . . . Itoi, E. (2013). Prevalence of symptomatic and asymptomatic rotator cuff tears in the general population: From mass-screening in one village. *Journal of Orthopaedics*, 10(1), 8-12.
- [27]. Tempelhof, S., Rupp, S. et Seil, R. (1999). Age-related prevalence of rotator cuff tears in asymptomatic shoulders. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 8(4), 296-299.
- [28]. Yamaguchi, K., Ditsios, K., Middleton, W. D., Hildebolt, C. F., Galatz, L. M. et Teefey, S. A. (2006). The demographic and morphological features of rotator cuff disease: A comparison of asymptomatic and symptomatic shoulders. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 88(8), 1699-1704.
- [29]. Yamamoto, A., Takagishi, K., Osawa, T., Yanagawa, T., Nakajima, D., Shitara, H. et Kobayashi, T. (2010). Prevalence and risk factors of a rotator cuff tear in the general population. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 19(1), 116-120.
- [30]. Namdari, S., Donegan, R. P., Dahiya, N., Galatz, L. M., Yamaguchi, K. et Keener, J. D. (2014). Characteristics of small to medium-sized rotator cuff tears with and without disruption of the anterior supraspinatus tendon. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 23(1), 20-27.
- [31]. Arce, G., Bak, K., Shea, K. P., Savoie, F., Kibler, W. B., Itoi, E., . . . Ejnisman, B. (Édit.). (2013). *Shoulder concepts 2013: Consensus and concerns*. Berlin, Allemagne: Springer.
- [32]. Papadonikolakis, A., McKenna, M., Warme, W., Martin, B. I. et Matsen, F. A. (2011). Published evidence relevant to the diagnosis of impingement syndrome of the shoulder. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 93(19), 1827-1832.
- [33]. García Parra, P., Anaya Rojas, M., Jiménez Bravo, B., González Oria, M., Lisbona Muñoz, M., Gil Álvarez, J. et Cano Luis, P. (2016). Correlation between physical examination and intraoperative findings in shoulder disease treated by arthroscopy: Statistical analysis of 150 patients. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (English Edition)*, 60(5), 306-314.
- [34]. Penning, L. I., De Bie, R. A., Leffers, P., Weljers, R. E. et Walenkamp, G. H. (2016). Empty can and drop arm tests for cuff rupture: Improved specificity after subacromial injection. *Acta Orthopaedica Belgica*, 82(2), 166-173.
- [35]. Somerville, L. E., Willits, K., Johnson, A. M., Litchfield, R., LeBel, M.-E., Moro, J. et Bryant, D. (2014). Clinical assessment of physical examination maneuvers for rotator cuff lesions. *American Journal of Sports Medicine*, 42(8), 1911-1919.
- [36]. Bentley, S., Dalgleish, A. et Taylor, W. (2011). *The diagnosis and management of soft tissue shoulder injuries and related disorders: Best practice evidence-based guideline*. Wellington, Nouvelle-Zélande: Ministry of Health.

- [37]. McClure, P. W. et Michener, L. A. (2015). Staged approach for rehabilitation classification: Shoulder disorders (STAR–Shoulder). *Physical Therapy*, 95(5), 791-800.
- [38]. Mitchell, C., Adebajo, A., Hay, E. et Carr, A. (2005). Shoulder pain: Diagnosis and management in primary care. *The BMJ*, 331(7525), 1124-1128.
- [39]. Burbank, K. M., Stevenson, J. H., Czarnecki, G. R. et Dorfman, J. (2008). Chronic shoulder pain part I: Evaluation and diagnosis. *American Family Physician*, 77(4), 453-460.
- [40]. Goodman, C. C. (2010). Screening for gastrointestinal, hepatic/biliary, and renal/urologic disease. *Journal of Hand Therapy*, 23(2), 140-157.
- [41]. Koester, M. C., George, M. S. et Kuhn, J. E. (2005). Shoulder impingement syndrome. *The American Journal of Medicine*, 118(5), 452-455.
- [42]. Vecchio, P., Kavanagh, R., Hazleman, B. et King, R. (1995). Shoulder pain in a community-based rheumatology clinic. *Rheumatology*, 34(5), 440-442.
- [43]. Beaudreuil, J., Dhénain, M., Coudane, H. et Mlika-Cabanne, N. (2010). Clinical practice guidelines for the surgical management of rotator cuff tears in adults. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, 96(2), 175-179.
- [44]. Huisstede, B. M., Gebremariam, L., van der Sande, R., Hay, E. M. et Koes, B. W. (2011). Evidence for effectiveness of Extracorporeal Shock-Wave Therapy (ESWT) to treat calcific and non-calcific rotator cuff tendinosis—a systematic review. *Manual Therapy*, 16(5), 419-433.
- [45]. Luime, J., Koes, B., Hendriksen, I., Burdorf, A., Verhagen, A., Miedema, H. et Verhaar, J. (2004). Prevalence and incidence of shoulder pain in the general population: A systematic review. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 33(2), 73-81.
- [46]. Macintyre, P. E., Schug, S., Scott, D., Visser, E. J. et Walker, S. M. (2010). *Acute pain management: Scientific evidence (3e éd.)*. Melbourne, Australie: Australian and New Zealand College of Anaesthetists.
- [47]. WorkCover NSW. (2008). *Improving outcomes: Integrated, active management of workers with soft tissue injury*. Sydney, Australie: WorkCover NSW.
- [48]. Mauro, C. S., Jordan, S. S., Irrgang, J. J. et Harner, C. D. (2012). Practice patterns for subacromial decompression and rotator cuff repair: An analysis of the American Board of Orthopaedic Surgery database. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 94(16), 1492-1499.
- [49]. Lynöe, N., Wessel, M., Olsson, D., Alexanderson, K. et Helgesson, G. (2011). Respectful encounters and return to work: Empirical study of long-term sick-listed patients' experiences of Swedish healthcare. *BMJ Open*, 1(2).
- [50]. Selander, J., Marnetoft, S.-U., Bergroth, A. et Ekholm, J. (2002). Return to work following vocational rehabilitation for neck, back and shoulder problems: Risk factors reviewed. *Disability and Rehabilitation*, 24(14), 704-712.
- [51]. Svensson, T., Karlsson, A., Alexanderson, K. et Nordqvist, C. (2003). Shame-inducing encounters: Negative emotional aspects of sickness-absentees' interactions with rehabilitation professionals. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13(3), 183-195.