

Prise en charge de l'instabilité d'épaule atraumatique (IEA) en physiothérapie : une enquête sur la pratique des physiothérapeutes en Suisse romande

INTRODUCTION

L'instabilité d'épaule atraumatique (IEA) représente un continuum de pathologies. Il n'existe pas de consensus dû à l'hétérogénéité de sa définition, de sa classification et la disparité de la littérature, ce qui empêche les physiothérapeutes de s'appuyer sur des études fiables et valides pour guider leur prise en charge [1].

OBJECTIFS

- Etablir la pratique clinique des physiothérapeutes pratiquant en Suisse romande dans leur prise en charge de l'IEA.
- Connaître les stratégies de traitement utilisées.

MÉTHODE

- Inspiré de l'enquête de Coulthard et al. (2021) [2] auprès des physiothérapeutes du Royaume-Uni
- Etude transversale observationnelle à l'aide d'un sondage en ligne créé sur la plateforme REDCap®
- Analyse quantitative par moyennes et qualitative par catégorisations

RÉSULTATS

- L'exercice et l'éducation thérapeutiques sont les approches thérapeutiques les plus fréquemment utilisées.
- L'utilisation de classifications ainsi que le taux de confiance dans la prise en charge de l'IEA sont faibles.

DISCUSSION

- Les participants semblent adapter leur prise en charge en fonction des spécificités des différents types d'IEA.
- Leurs choix d'exercices suivent les lignes directrices de la British Elbow & Shoulder Society (BESS) [3].
- L'utilisation de l'éducation thérapeutique demeure ambiguë.

TAKE HOME MESSAGE

Se fier à son raisonnement clinique, utiliser un système de classification et prendre en compte la sphère psychosociale plutôt que de se fixer à des protocoles de rééducation.

Références :

- [1] Griffin, J., Jaggi, A., Daniell, H., & Chester, R. (2023). A systematic review to compare physiotherapy treatment programmes for atraumatic shoulder instability. *Shoulder & Elbow*, 15(4), 448-460.
- [2] Coulthard, C., Cairns, M. C., Williams, D., Hughes, B., & Jaggi, A. (2021). Management of atraumatic shoulder instability in physiotherapy (MASIP): A survey of physiotherapy practice. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 22(1), 840.
- [3] Noorani, A., Goldring, M., Jaggi, A., Gibson, J., Rees, J., Bateman, M., Falworth, M., & Brownson, P. (2019). BESS/BOA patient care pathways: Atraumatic shoulder instability. *Shoulder & Elbow*, 11(1), 60-70.

**Prise en charge de l'instabilité d'épaule atraumatique en
physiothérapie : une enquête sur la pratique des
physiothérapeutes en Suisse romande**

MATHIAS GRANGER

Étudiant HES – Filière Physiothérapie

NOAH FORNEROD

Étudiant HES – Filière Physiothérapie

Directrice de travail de Bachelor : ELSIG-HEYENEN SIMONE

TRAVAIL DE BACHELOR

Déposé à Loèche-les-bains (VS-CH) le 6 juin 2024

En vue de l'obtention d'un

Bachelor of sciences HES-SO in Physiotherapy

Résumé et mots clés

Introduction :

L'instabilité d'épaule atraumatique (IEA) représente un continuum de pathologies. Il n'existe pas de consensus dû à l'hétérogénéité de sa définition, de sa classification et la disparité de la littérature, ce qui empêche les physiothérapeutes de s'appuyer sur des études fiables et valides pour guider leur prise en charge.

Objectif :

Ce travail a pour but d'identifier la pratique clinique des physiothérapeutes pratiquant en Suisse romande et les différentes stratégies de traitement utilisées.

Méthode :

Cette enquête se base sur le sondage diffusé par Coulthard et al. (2021) auprès des physiothérapeutes du Royaume-Uni sur leur manière de prendre en charge l'IEA. Ce sondage a été traduit, adapté et modifié pour la Suisse romande et créé sur le logiciel REDCap. Les réponses obtenues ont été analysées quantitativement au moyen de boxplots et de moyennes et qualitativement par catégorisation selon Thomas & Harden (2008).

Résultats :

Le sondage a été complété par 21 participants. L'exercice physique et l'éducation thérapeutique sont les approches les plus utilisées, en accord avec les résultats de Coulthard et al. (2021). En revanche, la confiance dans la prise en charge et l'utilisation de classifications s'avèrent faibles, ce qui diffère de leurs résultats.

Conclusion :

Les participants semblent adapter leur prise en charge en fonction des spécificités des patients. Leurs choix d'exercices suivent les lignes directrices de la British Elbow & Shoulder Society (BESS) selon le type d'IEA. Bien que l'éducation thérapeutique soit considérée, son utilisation reste ambiguë. L'utilisation du raisonnement clinique et de classifications ainsi que la prise en compte des facteurs psychosociaux sont recommandés plutôt que de suivre un protocole fixe.

Mots-clés : instabilité d'épaule atraumatique, pratique clinique, traduction, stratégies de traitement

Zusammenfassung und Schlüsselwörter

Einleitung :

Die atraumatische Schulterinstabilität (ASI) stellt ein Kontinuum von Pathologien dar. Aufgrund der heterogenen Definition, Klassifizierung und uneinheitlichen Literatur gibt es keinen Konsens, was es Physiotherapeuten erschwert, sich auf zuverlässige und valide Studien zu stützen, um ihr Management zu leiten.

Ziel :

Ziel dieser Arbeit ist es, die klinische Praxis von Physiotherapeuten in der Westschweiz und die verschiedenen Behandlungsstrategien zu identifizieren.

Methode :

Diese Erhebung von Daten basiert auf der Umfrage von Coulthard et al. (2021), die unter Physiotherapeuten in Großbritannien verbreitet wurde um ihre Behandlungsweise bei ASI zu erläutern. Diese Umfrage wurde übersetzt, angepasst, für die französischsprachige Schweiz modifiziert und mit der Software REDCap erstellt. Die erhaltenen Antworten wurden quantitativ mittels Boxplots und Mittelwerten und qualitativ mittels Kategorisierung nach Thomas & Harden (2008) analysiert.

Resultate :

Die Umfrage wurde von 21 Teilnehmern ausgefüllt. Körperliche Übungen und therapeutische Erziehung sind die am häufigsten verwendeten Ansätze, was mit den Ergebnissen von Coulthard et al. (2021) übereinstimmt. Dagegen erwies sich das Vertrauen in die Behandlung und die Verwendung von Klassifikationen als gering, was von ihren Ergebnissen abweicht.

Schlussfolgerung :

Die Teilnehmer scheinen ihre Behandlung an die Besonderheiten der Patienten anzupassen. Ihre Übungsauswahl orientiert sich an den Leitlinien der British Elbow & Shoulder Society (BESS) je nach Art der ASI. Obwohl die therapeutische Erziehung in Betracht gezogen wird, bleibt ihr Einsatz unklar. Die Verwendung von Clinical Reasoning und Klassifikationen sowie die Berücksichtigung psychosozialer Faktoren werden eher empfohlen als die Einhaltung eines festen Protokolls.

Schlüsselwörter: atraumatische Schulterinstabilität, klinische Praxis, Übersetzung, Behandlungsstrategien

Abstract and keywords

Introduction :

Atraumatic shoulder instability (ASI) represents a continuum of pathologies. There is no consensus due to the heterogeneity of its definition and classification and the disparity of the literature, which prevents physiotherapists from relying on reliable and valid studies to guide their management.

Aim :

The aim of this study is to identify the clinical practice of physiotherapists practicing in the French-speaking part of Switzerland and the different treatment strategies used.

Method :

This investigation is based on the survey distributed by Coulthard et al. (2021) questioning UK physiotherapists on their management of ASI. The survey was translated, adapted and modified for French-speaking Switzerland and created using the software REDCap. The responses obtained were analysed quantitatively using boxplots and averages, and qualitatively by categorisation according to Thomas & Harden (2008).

Results :

The survey was completed by 21 participants. Physical exercise and therapeutic education were the most commonly used approaches, in line with the results of Coulthard et al. (2021). However, confidence in management and the use of classifications was low, which differs from their results.

Conclusion :

The participants seem to adapt their management to the specific needs of the patients. Their choice of exercises were in line with British Elbow & Shoulder Society (BESS) guidelines, depending on the type of ASI. Although therapeutic education is considered, its use remains ambiguous. The use of clinical reasoning and classifications is recommended, as well as considering psychosocial factors, rather than following a fixed protocol.

Keywords : atraumatic shoulder instability, clinical practice, translation, treatment strategies

« Avertissement »

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteurs et en aucun cas celle de la Haute Ecole de Santé Valais, du Jury ou du Directeur du Travail de Bachelor. Nous attestons avoir réalisé seuls le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste de références bibliographiques.

Lieu, date et nom des auteurs :

Mathias Granger et Noah Fornerod

Loèche-les-Bains, le 6 juin 2024

Remerciements

Par ces quelques lignes, nous tenons à remercier toutes les personnes qui nous ont aidées de près ou de loin à la réalisation de ce travail de Bachelor.

Tout d’abord, nous tenons à remercier **Sophie Elsig-Heynen**, maître d’enseignement HES, pour le suivi de notre travail de Bachelor. Nous lui sommes reconnaissants pour ses conseils, sa disponibilité et son aide pour les corrections et l’élaboration de notre travail de Bachelor.

Nous tenons également à remercier **Suzanne Gard**, chargée de cours HES, pour son expertise sur le sujet de l’épaule. Nous lui sommes reconnaissants pour les conseils avisés obtenus, ainsi que pour la correction de notre version-test du sondage.

Nous tenons également à remercier **Pauline Melly**, adjointe scientifique HES B, pour son aide liée à la partie informatique de REDCap.

Nous voulons également remercier **Sophie Carrard**, adjointe scientifique HES, pour nous avoir aiguillés dans la partie statistique.

Nous voulons également exprimer notre gratitude envers les **trois physiothérapeutes** qui ont évalué la compréhension de notre version-test du sondage et émis des pistes de modifications.

Nous tenons aussi à remercier les **participants à notre enquête**, sans qui ce travail n’aurait pas été possible.

Nous voulons remercier **Jan Fehling**, pour la relecture de notre résumé en allemand et en anglais.

Enfin, nous tenons à remercier nos familles et nos proches qui nous ont soutenus, écoutés et encouragés durant cette année de travail.

Liste des abréviations

BeSos	Berner Schulter Algorithmus
BESS	Britisch Elbow & Shoulder Society
CDR	Coiffe des rotateurs
ETP	Éducation thérapeutique
FEDS	Fréquence, Étiologie, Direction, Sévérité
IEA	Instabilité d'épaule atraumatique
ISIS	Instability Severity Index Score
MISS	Melbourne Instability Shoulder Scale
MSQ	Musculosquelettique
OSIQ	Oxford Shoulder Instability Questionnaire
PNF	Proprioceptive neuromuscular facilitation
PROMS	Patient Related Outcome Measures
REDCap	Research Electronic Data Capture
STROBE	STrengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology
TB	Travail de Bachelor
WOSI	Western Ontario Shoulder Instability Index

Table des matières

RESUME ET MOTS CLES	1
ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLÜSSELWÖRTER	1
ABSTRACT AND KEYWORDS.....	1
LISTE DES ABREVIATIONS	1
1 INTRODUCTION.....	1
1.1 CONTEXTE GENERAL.....	1
1.2 ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE L'ÉPAULE.....	1
1.3 DEFINITION DE L'IEA	2
1.4 ÉTIOLOGIE	2
1.5 ÉPIDÉMIOLOGIE	3
1.6 CLASSIFICATION DE L'INSTABILITE D'ÉPAULE.....	3
1.7 APPROCHES THERAPEUTIQUES	5
1.8 PROBLEMATIQUE	7
2 METHODOLOGIE	8
2.1 DESIGN D'ÉTUDE.....	8
2.2 INSPIRATION	8
2.3 CONSIDERATIONS ETHIQUES	8
2.4 CONTENU DU SONDAGE.....	9
2.4.1 <i>Première partie : questions démographiques.....</i>	<i>9</i>
2.4.2 <i>Deuxième partie : Vignettes cliniques</i>	<i>9</i>
2.4.3 <i>Troisième partie : Échelles de Likert</i>	<i>10</i>
2.4.4 <i>Quatrième partie : Élargissement des connaissances sur l'IEA</i>	<i>10</i>
2.5 TRADUCTION.....	10
2.6 ADAPTATIONS ET MODIFICATIONS.....	10
2.7 VALIDATION	10
2.8 RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS	11
2.9 CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION	11
2.10 DIFFUSION DU SONDAGE	11
2.11 RECUEIL DE DONNEES.....	12
2.11.1 <i>Analyse quantitative</i>	<i>12</i>
2.11.2 <i>Analyse qualitative</i>	<i>12</i>
3 RESULTATS.....	13
3.1 TRADUCTION, ADAPTATION ET MODIFICATIONS	13
3.2 DONNEES DEMOGRAPHIQUES SUR L'ÉCHANTILLON DE POPULATION.....	14
3.3 REPONSES PAR VIGNETTES CLINIQUES	16

3.4	CONFIANCE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'IEA.....	20
3.5	QUESTIONNAIRES PARTICULIERS	20
3.6	PROTOCOLES DE REEDUCATION DE L'IEA.....	21
3.7	AUTRES APPROCHES.....	21
3.8	CONNAISSANCE ET UTILISATION DES STRATEGIES DE TRAITEMENT	22
3.9	AUTRES STRATEGIES DE TRAITEMENT	22
3.10	AMELIORATIONS POSSIBLES DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'IEA.....	22
3.11	FUTURES FORMATIONS ET RECHERCHES PAR RAPPORT A L'IEA.....	23
4	DISCUSSION	23
4.1	TRADUCTION, ADAPTATIONS ET MODIFICATIONS.....	23
4.2	RESULTATS PRINCIPAUX	24
4.3	CONFIANCE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'IEA.....	25
4.4	EXERCICE	25
4.5	ÉDUCATION THERAPEUTIQUE	27
4.6	UTILISATION DE QUESTIONNAIRES PARTICULIERS.....	27
4.7	UTILISATION DE SYSTEMES DE CLASSIFICATION.....	28
4.8	UTILISATION DE PROTOCOLES DE REEDUCATION.....	29
4.9	CONNAISSANCE ET UTILISATION DES STRATEGIES DE TRAITEMENT	29
4.10	PISTES DE RECHERCHES ET AMELIORATIONS POSSIBLES	30
4.11	IMPLICATION POUR LA PRATIQUE CLINIQUE.....	31
4.12	FORCES & LIMITES.....	32
4.12.1	<i>Forces</i>	32
4.12.2	<i>Limites de l'étude</i>	32
5	CONCLUSION	33
6	BIBLIOGRAPHIE	I
7	LISTE DES FIGURES	XI
8	LISTE DES TABLEAUX	XI
9	ANNEXES.....	XII
A.	DETAIL DES POSSIBILITES DE CLASSIFICATION DE L'ÉPAULE SELON FEDS.....	XII
B.	DESCRIPTION DES VIGNETTES CLINIQUES	XIII
C.	MODIFICATIONS DU SONDAGE	XV
D.	SONDAGE REDCAP POUR LA SUISSE ROMANDE	XVI
E.	CONNAISSANCE ET UTILISATION DES STRATEGIES DE TRAITEMENT	XXIX

1 Introduction

1.1 Contexte général

L'instabilité d'épaule atraumatique (IEA) est une catégorie spécifique au sein des cas d'instabilité de l'articulation gléno-humérale (Barrett, 2015). Cette pathologie a été décrite pour la première fois par Neer & Foster en 1980. Elle touche entre 2 et 10% de la population atteinte d'instabilité d'épaule (Gaskill et al., 2011). L'IEA se résulte par un mouvement ou un positionnement anormal de la tête humérale dans la glène de la scapula, ce qui peut entraîner des subluxations ou des luxations (Noorani et al., 2019). Des douleurs invalidantes, une altération des schémas musculaires et de mouvements, ainsi qu'une laxité sous-jacente peuvent également être présents (Barrett, 2015). L'absentéisme scolaire ou professionnel ainsi que la dépendance aux services d'urgence dû à cette pathologie peuvent également représenter un fardeau socio-économique (Douglas, 2017). Une intervention chirurgicale est envisageable, mais le traitement conservateur reste généralement prescrit en première intention (Burkhead & Rockwood, 1992). Des propositions de lignes directrices existent dans la littérature mais sans consensus quant à la prise en charge. Ceci découle du manque de littérature, de l'inexistence d'une définition universelle et de l'hétérogénéité des paramètres d'évaluation utilisés pour évaluer le traitement de l'IEA (Griffin et al., 2023). A l'heure actuelle, aucune information est disponible quant à la pratique clinique des physiothérapeutes pratiquant en Suisse romande et dans quelle mesure leur prise en charge s'aligne sur les recommandations de la littérature.

1.2 Anatomie et physiologie de l'épaule

L'épaule est un complexe articulaire regroupant cinq articulations. Elles sont interdépendantes tout en ayant chacune leur rôle spécifique. La fonction de l'épaule est d'assurer la liaison entre le tronc et les membres supérieurs, tout en jouant un rôle crucial dans le fonctionnement des bras et des mains. Les sollicitations quotidiennes en matière de force, d'endurance et de souplesse font de l'épaule une articulation fréquemment sujette à des plaintes et à des troubles musculosquelettiques (MSQ) (Bakhsh & Nicandri, 2018). Les pathologies liées à l'épaule représentent la troisième raison la plus fréquente de consultation en orthopédie, après les cervicalgies et les lombalgies (Zufferey, 2011). La grande mobilité de l'articulation gléno-humérale, essentielle à son fonctionnement, la rend intrinsèquement instable. D'après Kibler (1998), elle est considérée comme l'articulation la plus exposée aux luxations dans le corps humain.

Selon Veeger & van der Helm (2007), en raison de sa mobilité singulière, la fonction de l'épaule repose sur un équilibre entre mobilité et stabilité. Afin de maintenir sa stabilité dans toute l'amplitude articulaire, un fonctionnement et une coordination optimale entre les stabilisateurs statiques et dynamiques sont nécessaires. Les stabilisateurs statiques regroupent le labrum glénoïdien, les ligaments gléno-huméraux, la pression négative à l'intérieur de l'articulation et la congruence articulaire entre la tête humérale et sa glène. Les stabilisateurs dynamiques comprennent les muscles de la coiffe des rotateurs, le tendon du long biceps et la musculature périscapulaire (Johnson & Tadi, 2023).

Si une des structures stabilisatrices est déficiente, d'origine congénitale ou acquise (Gaskill et al., 2011), l'instabilité de l'épaule peut se manifester en différents degrés de dysfonctionnement, pouvant aller de légères subluxations à une instabilité articulaire importante (Wilk et al., 1997).

1.3 Définition de l'IEA

Griffin et al. (2023) mentionnent qu'il n'existe pas de définition universelle clairement adoptée dans la littérature scientifique et que celle-ci varie d'un auteur à l'autre. Pour une question d'uniformité, ce travail de Bachelor (TB) se base sur la définition de l'IEA décrite par Noorani et al. (2019) : « un mouvement ou une position anormale de l'épaule qui entraîne des douleurs, des subluxations, des luxations et une déficience fonctionnelle mais surtout, elle se produit sans aucun antécédent de blessure antérieure significative. »

1.4 Étiologie

Les causes d'IEA peuvent être d'origine multifactorielles. D'une part, à cause de perturbations structurelles provoquées par des microtraumatismes répétitifs en particulier dans les sports de lancer ou d'une incongruence entre la tête humérale et la glène de la scapula (Griffin et al., 2023).

D'autre part, les causes non-structurelles peuvent être d'origine congénitales, développementales ou psychologiques (Noorani et al., 2019). Le contrôle musculaire de la coiffe des rotateurs et de la musculature périscapulaire peut être altéré à la suite d'une faiblesse, d'un évitement ou par peur du mouvement douloureux. Une altération des informations afférentes pourrait également induire une inadéquation entre le mouvement anticipé et le mouvement effectivement réalisé, ce qui peut mener à des luxations (Barrett, 2015). Noorani et al. (2019) ajoutent que l'origine peut également provenir d'une hyperlaxité ou encore impliquer le système neurologique. Jaggi & Lambert (2010)

soutiennent également qu'une déficience du système nerveux central ou périphérique peut être à l'origine d'une IEA.

En s'appuyant sur le concept d'origine multifactorielle, ces mêmes auteurs suggèrent que l'IEA doit être considérée comme un continuum de pathologies car elle peut combiner des déficiences neurologiques et structurelles.

La dimension psychologique est un aspect crucial à prendre en compte, car elle est étroitement liée à l'évaluation de la douleur et aux déficiences fonctionnelles (Lebe et al., 2021).

1.5 Épidémiologie

En moyenne, 23.9 individus sur 100 000 sont affectés chaque année par des luxations de l'épaule, avec une incidence plus élevée chez les jeunes hommes (Zacchilli & Owens, 2010). L'IEA constitue entre 2% et 10% de ces cas et le plus souvent chez les adolescents (Gaskill et al., 2011). Selon Zacchilli & Owens (2010), 4% à 10% de la population entre 5 et 55 ans pourrait souffrir d'IEA récurrente. Bien que la prévalence soit faible, l'instabilité causée par des schémas musculaires anormaux semble plus fréquente que prévu (Danzinger et al., 2019).

Actuellement, il existe un manque de données épidémiologiques sur l'IEA en raison du manque de précision dans la classification des instabilités d'épaules dans la littérature, ce qui rend difficile la détermination précise de la prévalence, des diagnostics et des traitements (Hettrich et al., 2019). Cette pathologie peut également avoir un impact sur la vie scolaire ou professionnelle à l'égard des personnes touchées, ainsi que des coûts élevés et une dépendance aux soins d'urgence. (Douglas, 2017).

1.6 Classification de l'instabilité d'épaule

Plusieurs systèmes de classifications de l'instabilité d'épaule sont disponibles dans la littérature. Warby et al. 2017, ont tenté de classer cette pathologie de différentes manières, notamment en fonction de l'étiologie (traumatique ou atraumatique), du degré d'instabilité (subluxation ou luxation), de sa direction (uni- ou multi-directionnelle), de la présence d'une laxité ligamentaire généralisée ou d'une instabilité volontaire.

Le triangle de Stanmore (voir figure 1), introduit par Lewis et al. (2004) demeure la classification la plus communément utilisée dans la littérature. Ces auteurs proposent trois groupes distincts, selon la présence d'un traumatisme, de dégâts structurels ou de contrôle

musculaire altéré. Jaggi & Lambert (2010) avancent que ce système de classification offre une grande précision dans la gestion des patients atteints d'instabilité d'épaule.

Plus précisément, le premier groupe (type I) contient les épaules instables directement liées à un traumatisme, ayant des structures anatomiques endommagées au sein de l'articulation gléno-humérale. Le deuxième groupe (type II) rassemble les instabilités n'ayant subi aucun

traumatisme, mais qui présentent tout de même des lésions structurelles. Le troisième groupe (type III) correspond aux instabilités d'épaules n'ayant aucune anomalie structurelle, mais qui présentent un contrôle musculaire altéré (Lewis et al., 2004).

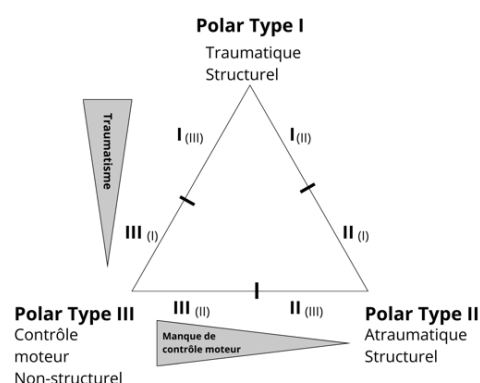
La particularité de ce système réside dans le fait que la classification de l'instabilité peut évoluer avec le temps, nécessitant ainsi une adaptation du traitement afin d'obtenir des résultats concluants (Lewis et al., 2004). Six sous-groupes existent, dont deux sur chaque côté du triangle, ce qui permet de classer au mieux l'instabilité en fonction de son évolution.

Par exemple, une personne peut souffrir d'une luxation d'épaule à la suite d'un contact à haute énergie dans un sport tel que le rugby, impliquant une déchirure labrale ou une lésion de Bankart, ce qui le classerait dans le groupe type I. Cependant, au fil du temps, elle pourrait développer une instabilité récurrente survenant sans provocation, voire durant son sommeil, qui est caractéristique du groupe type II. Bien que ce patient soit initialement classé dans le groupe type I, il pourrait donc évoluer vers le groupe type II et serait alors classé selon le sous-groupe I(II) (Jaggi & Alexander, 2017).

La notion d'altération du contrôle musculaire dans le groupe type III de Lewis et al. (2004) est reprise par Moroder et al. (2020), qui l'ont introduit sous le terme d'épaule fonctionnelle instable. En effet, en l'absence de défauts structurels, des schémas pathologiques d'activation musculaire peuvent provoquer une instabilité de l'épaule. L'épaule fonctionnelle instable se divise ensuite en deux types d'instabilités, qui sont les luxations volontaires et involontaires (Takwale et al., 2000).

Les luxations volontaires comprennent d'une part les luxations volitionnelles, caractéristiques des patients ayant des troubles psychologiques, et d'autre part les

Figure 1 : Triangle de Stanmore



Crédit: Fornerod & Granger via Canva.com

« luxations démontrables », présentes chez des patients sans aucun trouble psychologique, mais qui peuvent luxer leur épaule sans réel désir de le faire (Kuhn, 2010). Pour tenter d'éclaircir au mieux la classification des instabilités d'épaule, Kuhn (2010) a développé le système FEDS (Fréquence, Étiologie, Direction, Sévérité) afin de fournir un système complet et reproductible (voir annexe A). Ce système de classification repose sur les antécédents du patient et a montré une fiabilité inter-observateur de 82% à 90% et intra-observateur de 84% à 97%. Selon la fréquence, l'étiologie, la direction et la sévérité, trente-six combinaisons sont possibles. Cependant seulement 16 de ces combinaisons sont statistiquement significatives car elles représentent au minimum 1% de la population (Hettrich et al., 2019).

Kuhn (2010) suggère que les praticiens et les chercheurs adoptent le système FEDS, puisqu'il démontre une bonne fiabilité. Selon ce même auteur, il est nécessaire de procéder à une classification bien définie des patients afin d'entreprendre des études comparatives sur les traitements.

1.7 Approches thérapeutiques

Deux perspectives principales de traitement pour les instabilités d'épaules existent : l'acte chirurgical ou le traitement conservateur. D'après Arner et al. (2020), le choix du type de traitement repose sur plusieurs critères tels que l'avis du chirurgien et celui du patient, l'état structurel de l'épaule, la récurrence de luxations, l'âge, ainsi que les activités pratiquées. Dans le cas d'une IEA, lorsqu'aucune structure anatomique n'est touchée et sans antécédents chirurgicaux, le bénéfice apporté par la chirurgie est cliniquement minime à moyen terme (Jaggi et al., 2023). D'ailleurs, selon Noorani et al. (2019), plus de la moitié des patients présentant une IEA, qu'il y ait une atteinte structurelle ou non, semblent obtenir des résultats positifs avec un traitement conservateur.

Le rôle de la physiothérapie est crucial dans la rééducation de l'IEA, tant au niveau des mesures thérapeutiques utilisées que de l'éducation du patient, incluant le retentissement psychologique dans le modèle psychosocial (Jaggi & Alexander, 2017).

Bien qu'il n'existe pas de référence absolue, plusieurs protocoles de rééducation sont disponibles dans la littérature. Une revue systématique portée par (Griffin et al., 2023) a comparé dix études comprenant six études de cohortes, trois études de cas et un essai randomisé contrôlé. Six composantes de traitements utilisées dans les différents programmes inclus ont été identifiées et définies. Il s'agissait du renforcement des muscles de l'épaule, qui était la seule composante se retrouvant dans les neuf programmes, tandis que la rééducation du mouvement était utilisée dans huit

programmes. L'éducation et l'entraînement fonctionnel étaient utilisés à six reprises et la correction de la posture statique ainsi que d'autres thérapies adjuvantes utilisées quatre fois chacune.

La durée des programmes et la fréquence des séances variaient. Certaines étaient fixes et d'autres dépendaient des progrès des participants. Seuls Warby et al., (2018) ont comparé l'efficacité de deux programmes, le Rockwood (Burkhead & Rockwood, 1992) et le Watson (Watson et al., 2017). Le programme Rockwood se focalisait principalement sur le renforcement simultané de la coiffe des rotateurs et du deltoïde en proposant une majorité d'exercices à 0° d'élévation, tels que des appuis faciaux pour assurer la stabilité de la scapula. Le programme Watson, lui, se focalisait sur le réentraînement du contrôle moteur spécifique de la scapula, puis sur le renforcement de la coiffe des rotateurs et du deltoïde en progressant vers la pratique spécifique sportive. Une répartition aléatoire des 41 patients dans l'un des deux protocoles a été effectuée. Les résultats primaires étaient le MISS (Melbourne Instability Shoulder Scale) (Watson et al., 2005) et le WOSI (Western Ontario Shoulder Index) (Kirkley et al., 1998), qui sont des outils valides, fiables et sensibles pour mesurer les changements dans la population souffrant d'instabilité de l'épaule. Le WOSI évalue plus spécifiquement la qualité de vie des patients souffrant d'une instabilité d'épaule, en analysant quatre différents domaines : les symptômes physiques, le style de vie, les émotions ainsi que les activités du patient (sports, travail et loisirs). Le MISS prend en compte la douleur, l'instabilité, la fonction puis la profession et les sports pratiqués par le patient (Rouleau et al., 2010). La majorité des résultats ont été évalués par un ensemble de questionnaires auto-administrés (Warby et al., 2018). Ces résultats ont montré que les patients du groupe Watson obtenaient de meilleurs scores WOSI (33% après 12 semaines et 36% après 24 semaines) et MISS (33% après 12 semaines et 47% après 24 semaines) et une amélioration des symptômes et de l'amplitude en abduction après 24 semaines de rééducation que les patients du groupe Rockwood. Il convient de noter que jusqu'à la semaine six, il n'y avait pas de différences significatives entre les programmes (Kłaptocz et al., 2021). Ces auteurs recommandent également d'ajuster de manière individuelle les types d'exercices, le volume d'entraînement et la charge en fonction de l'état du patient, de ses besoins et de ses attentes. Cependant, si la rééducation n'est pas suffisante, une réduction de la capsule articulaire devrait être envisagée.

Les propositions de traitement sont variées. La prescription d'exercices actifs de la coiffe des rotateurs et des muscles périscapulaire semble être la principale approche pour

rééduquer une épaule instable (Jaggi & Alexander, 2017). Des exercices de plyométrie (Bateman et al., 2018), de proprioception ou spécifique et fonctionnel à un sport sont également décrits (Sadi et al., 2020).

La prise en compte de la sphère psychosociale est primordiale. Une atteinte psychologique peut sévèrement aggraver et influencer le comportement des symptômes dans une IEA. Une approche interdisciplinaire reste essentielle pour traiter le patient dans sa globalité, afin d'avoir une prise en charge optimale (Lebe et al., 2021).

1.8 Problématique

L'IEA soulève son lot de questionnements au sein de la communauté physiothérapique. Le manque de consensus dans la littérature au sujet de cette pathologie est évident (Griffin et al., 2023). L'hétérogénéité de la définition (Griffin et al., 2023) ainsi que les différentes classifications (Kuhn, 2010) démontrent incontestablement l'ambiguïté autour de cette pathologie. McFarland et al., (2003) ont démontré qu'une variation des critères de diagnostics influence significativement la prise en charge de l'IEA. Noorani et al. (2019) soulignent un besoin urgent d'obtenir des preuves supplémentaires afin d'améliorer la prise en charge des patients atteints de cette pathologie complexe de l'épaule.

Plusieurs protocoles sont proposés dans la littérature mais leur fiabilité reste faible en raison de l'hétérogénéité des échantillons de patients ainsi que des mesures de résultats variant d'un protocole à un autre (Warby et al., 2018). A l'heure actuelle, le protocole de réhabilitation de Watson démontre une meilleure efficacité dans la prise en charge des IEA par rapport au Rockwood (Warby et al. 2014; Kłaptocz et al., 2021).

Les directives développées par la British Elbow & Shoulder Society (BESS), proposent une approche physiothérapique comprenant le réconfort, l'éducation et la prescription d'exercices adaptés, tout en se concentrant sur la proprioception et l'inclusion de la musculature périscapulaire et de la coiffe des rotateurs (Noorani et al., 2019). Cette approche s'est basée sur l'opinion d'experts à travers des différents commentaires cliniques et d'études existantes (Barrett, 2015; Bateman et al., 2018; Jaggi & Alexander, 2017) au lieu de preuves concrètes et de hautes qualités (Noorani et al., 2019; Sadi et al., 2020).

De plus, Griffin et al. (2023) ont comparé les neuf programmes de réhabilitation de l'IEA existants et ont conclu qu'il ne semble pas y avoir de programme de traitement physiothérapique optimal. En effet, selon les mêmes auteurs, les programmes actuels ne sont pas adaptés aux classifications de l'IEA, car trop de variations patho-anatomiques et psychologiques existent dans la population.

Coulthard et al. (2021) ont voulu connaître la pratique clinique des physiothérapeutes du Royaume-Uni dans la prise en charge de cette pathologie en émettant deux objectifs. Le premier, établir la pratique clinique dans la prise en charge de l'IEA et le second, identifier dans quelle mesure certaines nouvelles stratégies de traitement étaient utilisées. Les auteurs ont principalement conclu que la plupart des physiothérapeutes ne se sentent pas suffisamment confiants dans la prise en charge, tandis qu'une minorité utilise des protocoles de rééducation qui n'ont pas encore été validés. De plus, sur la totalité des physiothérapeutes sondés, bien que la moitié se déclarait spécialiste du membre supérieur, seul un quart s'est déclaré confiant dans la prise en charge de cette pathologie.

En Suisse romande, aucune donnée sur la pratique clinique des physiothérapeutes dans la prise en charge de l'IEA n'est disponible. L'objectif de ce TB consiste alors à identifier de quelle manière l'IEA est prise en charge par les physiothérapeutes pratiquant en Suisse romande, afin de connaître la pratique clinique et les stratégies de traitement utilisées.

2 Méthodologie

2.1 Design d'étude

Ce TB est une étude transversale de type observatoire qui analyse la pratique clinique dans la prise en charge de l'IEA des physiothérapeutes pratiquant en Suisse romande à un moment donné dans une population échantillon. L'enquête a été réalisée en utilisant un sondage en ligne, créé sur l'outil de récolte de données REDCap (Research Electronic Data Capture) de la HES-SO (Harris et al., 2019; Harris et al., 2009). Les lignes directrices STROBE (STrengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology) ont été suivies au plus proche afin de guider la rédaction de ce travail (von Elm et al., 2008).

2.2 Inspiration

Ce travail s'est principalement basé sur l'enquête menée par Coulthard et al. (2021). Le sondage a été conçu de manière similaire à celui de l'enquête initiale, afin de réduire les biais de reproductibilité. Ce travail est alors composé de la traduction, de l'adaptation et des modifications du sondage de l'enquête menée par Coulthard et al., (2021), puis de l'analyse des données, ainsi que des résultats et de la discussion.

2.3 Considérations éthiques

L'étude de Coulthard et al. (2021) étant libre de droits, il était alors possible de modifier et adapter le sondage pour son utilisation. Par souci de transparence, les auteurs ont tout

de même été contactés et ceux-ci ont donné leur approbation pour l'utilisation et l'adaptation du sondage à la Suisse romande.

Le comité éthique de la HES-SO a également donné son approbation pour la récolte des données nécessaires à l'élaboration de cette enquête. Les données récoltées par l'outil REDCap sont stockées sur un serveur sécurisé de la HES-SO à Fribourg, en Suisse (DAUnit, 2024).

2.4 Contenu du sondage

Le sondage comportait trente-deux questions divisées en quatre parties. La première partie contenait des questions démographiques. La deuxième partie comportait trois vignettes cliniques (voir annexe B), avec des questions sur la classification, l'utilisation de protocoles ou de questionnaires spécifiques, ainsi qu'une description des pistes de traitements. La troisième partie contenait trois échelles de Likert. La dernière partie consistait à récolter des informations sur l'élargissement des connaissances sur l'IEA.

2.4.1 Première partie : questions démographiques

Les questions démographiques ont permis d'établir l'échantillon de la population visée, ainsi que leur expérience et leur pratique clinique générale et spécifique à l'IEA. Certaines questions ont été rajoutées ou modifiées pour que le sondage puisse correspondre à la Suisse romande.

2.4.2 Deuxième partie : Vignettes cliniques

Trois vignettes cliniques basées sur le système de classification de Stanmore ont été présentées, contenant des questions ouvertes et fermées qui portaient sur la manière de prendre en charge et de classer cette pathologie. La vignette 1 a été conçue pour refléter un patient correspondant au type II selon le triangle de Stanmore, tandis que les vignettes 2 et 3 avaient des présentations proches l'une et l'autre et plus complexes. En effet dans la deuxième vignette clinique, les facteurs psychosociaux de la patiente représentaient un enjeu majeur, tandis que la patiente de la troisième vignette clinique était atteinte de laxité congénitale et présentait un *apprehension & relocation-test* (Lo et al. 2004) positif. Ces dernières étaient conçues pour refléter respectivement le type III et le type III (II) selon Stanmore (voir figure 1). Chaque vignette représentait donc un tableau clinique différent, mais les questions relatives étaient les mêmes pour chacune.

2.4.3 Troisième partie : Échelles de Likert

Afin d'évaluer la pratique clinique, une échelle de Likert en cinq points a permis d'évaluer la confiance dans la prise en charge de l'instabilité d'épaule, les connaissances ainsi que l'utilisation de différentes stratégies de traitement proposées.

2.4.4 Quatrième partie : Élargissement des connaissances sur l'IEA

La dernière partie du sondage concernait l'élargissement des connaissances sur l'IEA et avait pour but de connaître ce qui pourrait améliorer la capacité des physiothérapeutes à prendre en charge cette pathologie et quels domaines de recherches seraient intéressants à investiguer.

2.5 Traduction

La traduction a d'abord été effectuée individuellement par chacun des auteurs de ce TB. Puis les deux auteurs se sont réunis afin de mettre en commun et vérifier leur résultat. Une fois la comparaison des traductions individuelles effectuée, une troisième traduction a été réalisée grâce au moteur de traduction DeepL (*DeepL Translate*, s. d.), afin d'obtenir des tournures de phrases plus littéraires et d'affiner celles-ci.

2.6 Adaptations et modifications

Des adaptations culturelles du sondage initial ont été effectuées à la suite des recherches sur le fonctionnement du système de santé britannique et suisse, afin que le sondage soit applicable à la Suisse romande. D'autres modifications ont été apportées pour améliorer la compréhension, après que les auteurs ont relu le texte et ont pris en compte les commentaires critiques des physiothérapeutes de la version-test du sondage. Les modifications se trouvent dans les annexes (voir annexe C).

2.7 Validation

Cette première version a été soumise à la directrice de ce TB et également à une experte de l'épaule de manière à obtenir des corrections possibles. Un envoi préliminaire en version-test a ensuite été effectué auprès de trois physiothérapeutes choisis dans l'entourage des auteurs, afin de contrôler la compréhension des questions. Cette version-test avait une question supplémentaire à laquelle les physiothérapeutes pouvaient écrire des commentaires ou recommandations quant à de possibles améliorations du sondage. Cette version a également permis d'évaluer le temps nécessaire pour compléter le sondage. Des modifications ont été apportées sur la base des réponses. En particulier des

mots qui étaient mal compris à la suite de la traduction ou la compréhension de certaines données de questions.

2.8 Recrutement des participants

Les participants ciblés pour cette enquête étaient des physiothérapeutes pratiquant en Suisse romande. Afin de recruter des participants, la première étape consistait à regrouper les institutions romandes possédant un service de réadaptation orthopédique afin que celles-ci diffusent le sondage auprès de leurs collaborateurs. Cette liste a été élaborée grâce au site internet de l'Association Comparaison d'hôpitaux Suisse, afin d'établir une liste de tous les hôpitaux et cliniques de Suisse romande. Puis, afin de représenter tous les cantons romands, plusieurs cabinets ont été choisis aléatoirement dans chaque canton. De plus, les associations cantonales romandes de PhysioSwiss ont été contactées, afin d'agrandir l'échantillon de participants.

2.9 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les participants au sondage devaient être des physiothérapeutes pratiquants en Suisse romande, c'est-à-dire dans les cantons de Fribourg, Vaud, Valais, Genève, Neuchâtel, Jura ou la partie francophone du canton de Berne. De plus, les participants devaient travailler dans le domaine MSQ. Les deux premières questions du sondage étaient des questions de sélection afin de s'assurer que les participants remplissaient les conditions nécessaires. S'ils ne répondaient pas à ces deux critères, le sondage s'arrêtait et ne pouvait pas être poursuivi. Le consentement a été considéré comme implicite pour les participants ayant retourné le sondage dûment complété.

2.10 Diffusion du sondage

Le sondage était accessible par un lien internet menant à la plateforme REDCap. Ce lien a été transmis par courriel électronique le 27 décembre 2023 aux institutions et associations listées au préalable afin de diffuser le sondage auprès de leurs collaborateurs et adhérents. En parallèle des listes susmentionnées, le lien du sondage a également été diffusé sur le réseau social Instagram. Ceci a permis aux participants de le remplir durant le temps des fêtes de fin d'année. Ainsi, le lien a circulé librement sur le réseau social et tout physiothérapeute intéressé pouvait y répondre. Les anciens étudiants de la filière physiothérapie de la HES-SO de Loèche-les-bains ont également été contacté au moyen d'un lien envoyé par message sur l'application WhatsApp. Ces anciens étudiants ont été invité à diffuser le sondage à leurs contacts physiothérapeutes afin d'élargir encore l'échantillon.

Cette manière de recherche avait pour but d'obtenir un échantillon suffisamment hétérogène en touchant un maximum de physiothérapeutes pratiquant en Suisse romande. Un rappel a été envoyé par courriel électronique le 14 février 2024 aux institutions, cabinets et associations romandes de PhysioSwiss.

2.11 Recueil de données

Le sondage en ligne était accessible pendant une période de deux mois, du 27 décembre 2023 au 20 février 2024. La récolte des données s'est effectuée en deux phases, la version-test et la version finale. Lors de la première phase, les données ont été recueillies, analysées et modifiées directement sur la plateforme REDCap. Pour la deuxième phase, les données ont été extraites et traitées sur le logiciel Excel.

2.11.1 Analyse quantitative

Une analyse descriptive et quantitative à l'aide de moyennes a été utilisée pour décrire la population de l'échantillon est représentée dans le tableau 1. Ce type d'analyse a également été utilisé pour résumer l'expérience générale et spécifique relative à l'IEA ainsi que le niveau de confiance des participants dans leur prise en charge, mais aussi l'utilisation de systèmes de classification, de questionnaires spécifiques et de protocoles de réadaptation.

Les connaissances et l'utilisation des stratégies de traitement ont été questionnées à l'aide d'échelles de Likert en cinq points. Cette manière permet de mesurer et évaluer les attitudes de manière nuancée pour évaluer le degré d'accord et de désaccord avec une affirmation (Sullivan & Artino, 2013). Ces données ont été analysées à l'aide de boxplots, puisqu'ils permettent alors de résumer de manière compacte et comparer visuellement ces données obtenues tout en identifiant les valeurs aberrantes (Williamson et al., 1989).

2.11.2 Analyse qualitative

Les questions ouvertes des vignettes cliniques et de la dernière partie du sondage ont été analysées de manière qualitative observatoire par les deux auteurs en utilisant la catégorisation selon Thomas & Harden (2008). Les catégories de codage étaient donc non-prédéterminées. La synthèse des réponses s'est réalisée en trois étapes. Premièrement, le codage descriptif de chaque réponse a été effectué afin d'identifier les différentes pistes de traitement des participants en restant proche des données brutes. Un codage thématique a ensuite servi à regrouper les idées de traitement précédemment nommées. Puis, les thèmes analytiques ont été composés à partir du codage thématique

afin d'identifier les thèmes récurrents pour en créer des catégories. Les différents thèmes analytiques ont été comparés et ajustés en fonction de l'étude de Coulthard et al. (2021) afin d'assurer une cohérence méthodologique et analytique.

Les vignettes cliniques comportaient trois questions ouvertes. La première d'entre-elles avait pour but de savoir si le participant utilisait un système de classification, sans pour autant mentionner les systèmes existants, afin de ne pas influencer les réponses. La deuxième portait sur les pistes de traitement qui seraient explorées au fur et à mesure de l'évolution de la prise en charge. La troisième portait sur quel protocole ou lignes directrices le thérapeute utiliserait pour son traitement. Ces questions ouvertes étaient délibérément formulées avec peu d'informations afin d'éviter de biaiser les réponses par des catégories prédéfinies. L'objectif était de comprendre la pratique clinique des physiothérapeutes, ce qui justifiait le choix de questions ouvertes plutôt que fermées.

La dernière partie du sondage portant sur l'élargissement des connaissances sur l'IEA comportait deux questions ouvertes sur des propositions afin d'améliorer les connaissances sur la pathologie et quels principaux domaines de recherches devraient être investigués afin d'y pallier.

3 Résultats

3.1 Traduction, adaptation et modifications

Le sondage initial comportait 28 questions. Après la traduction et l'adaptation de celui-ci, quatre questions supplémentaires ont été ajoutées afin de pouvoir inclure les physiothérapeutes de Suisse romande ainsi que pour enrichir le sondage. Ainsi, le sondage final se composait de 32 questions (voir annexe D). La première question ajoutée concernait le lieu de pratique des participants. En effet, ces derniers devaient impérativement travailler en Suisse romande. C'est pourquoi, une liste des cantons romands a donc été établie. La deuxième question supplémentaire interrogeait les participants, si oui ou non, ils avaient déjà pris en charge une instabilité d'épaule atraumatique. La troisième question supplémentaire portait sur le pays dans lequel les participants ont effectué leurs études de physiothérapie. La quatrième question ajoutée se trouvait dans chacune des vignettes cliniques et comportait une liste avec les questionnaires suivants : WOSI, MISS, OSIQ (Oxford Shoulder Instability Questionnaire) (Dawson et al., 1999), ISIS (Instability Severity Index Score) (Balg & Boileau, 2007), Tempascale of kinesophobia (Mintken et al., 2010) ou autre, si quelqu'un

utiliserait un questionnaire non cité ci-dessus. Les modifications et adaptations effectuées sont synthétisées dans les annexes (annexe C).

3.2 Données démographiques sur l'échantillon de population

Le sondage a été complété par 68 participants. Pour garantir la cohérence des données analysées, seules les 21 réponses complètes ont été prises en compte, tandis que les réponses incomplètes des 47 autres participants ont été exclues de l'enquête. Comme l'objectif principal de cette enquête était d'examiner la pratique clinique de l'IEA des physiothérapeutes, les questions ouvertes des vignettes cliniques devaient être complètes.

Les données descriptives des participants sont résumées dans le tableau 1. Dix-huit participants ont obtenu leur diplôme de physiothérapie en Suisse, tandis que deux l'ont obtenu en Allemagne et un en Italie. Approximativement un tiers des participants a une expérience générale en physiothérapie entre 0-2 ans (38.1%), entre 2-10 ans (33.3%) et plus de 10 ans (28.6%). Au total, 38.1% des participants ont une expérience dans le domaine MSQ de moins de 2 ans et 19 % de plus de 10 ans, tandis que 42.9% ont une expérience entre 2-10 ans. Un tiers des participants (33.3%) se considère comme spécialiste du membre supérieur, mais uniquement un seul (4.8%) affirme être très confiant dans le traitement d'une IEA. La proportion d'IEA représente moins de 30% de la charge de travail pour 90.5% des participants (47.6% entre 0-10% de la charge de travail et 42.9% entre 10-30%).

Tableau 1 : Données démographiques

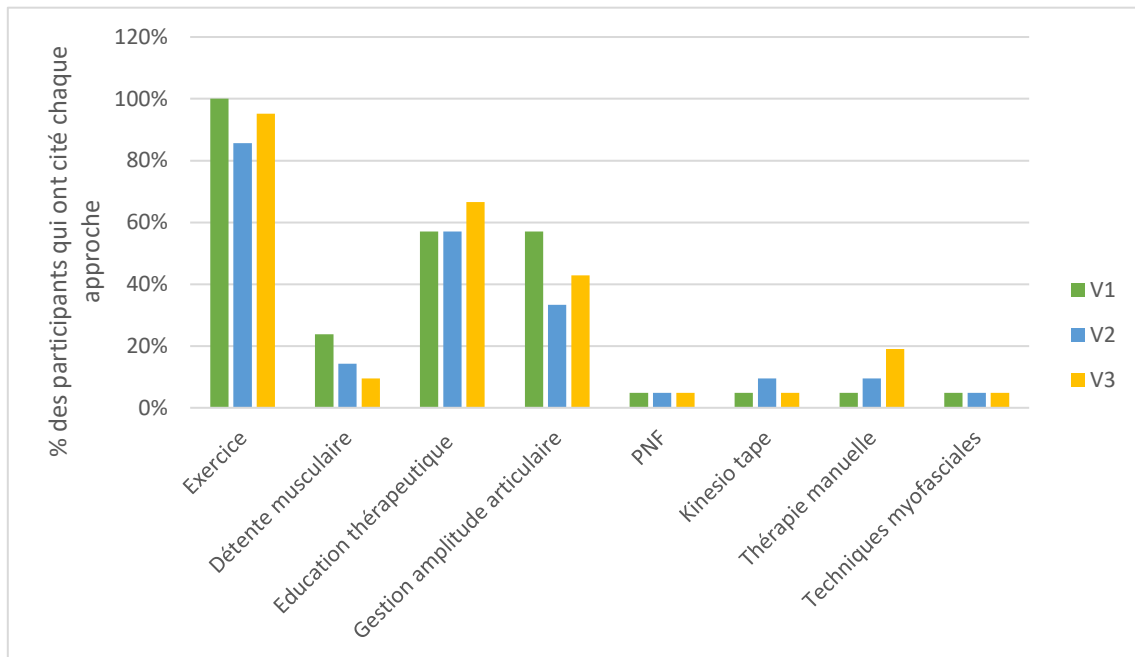
Données démographiques	n	%
Expérience générale en physiothérapie		
0-2 ans	8	38.1%
2-4 ans	3	14.3%
4-6 ans	2	9.5%
6-8 ans	0	0%
8-10 ans	2	9.5%
> 10 ans	6	28.6%
Expérience en MSQ*		
0-2 ans	8	38.1%
2-4 ans	3	14.3%
4-6 ans	2	9.5%
6-8 ans	1	4.8%
8-10 ans	3	14.3%
> 10 ans	4	19.0%
Lieu de travail		
Sport pro/élite	1	
Physiothérapie à domicile	3	
Sport semi-pro/amateur	3	
Hôpital (stationnaire + ambulatoire)	4	
Clinique	5	
Cabinet	14	
Formation sur l'IEA*		
Oui	13	61.9%
Non	8	38.1%
Expérience personnelle d'IEA		
Oui	7	33.3%
Non	14	66.7%
Spécialiste du membre supérieur		
Oui	7	33.3%
<i>Organisation / groupe d'intérêt</i>	1	
<i>Intérêt clinique/particulier pour l'IEA</i>	7	
Non	14	66.7%
Proportion des patients atteints d'IEA dans la charge de travail		
Aucun	1	4.8%
0-10%	10	47.6%
10-30%	9	42.9%
30-50%	0	0%
50-75%	1	4.8%
> 75%	0	0%

Abréviations : MSQ = musculosquelettique, IEA = instabilité d'épaule atraumatique

3.3 Réponses par vignettes cliniques

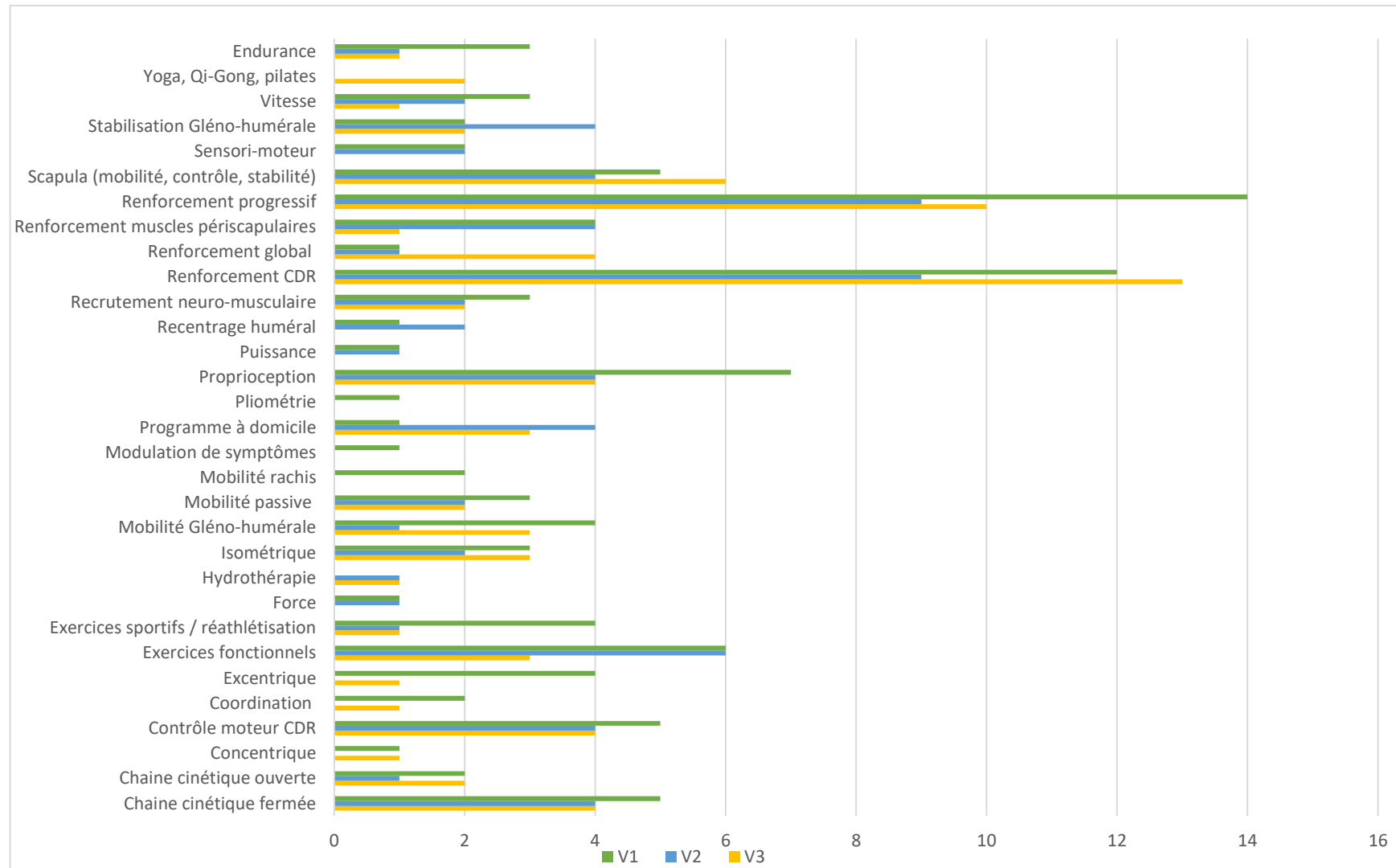
Parmi les 21 participants, deux (9.5 %) ont mentionné l'utilisation d'un système de classification de l'IEA. La classification de Stanmore et Maitland ont été chacune citée à une reprise. De nombreuses approches thérapeutiques ont été relevées dans les trois vignettes cliniques et celles-ci sont illustrées dans la figure 2. Les approches les plus fréquemment citées sont respectivement l'exercice (V1 : 100% ; V2 : 85.7% ; V3 : 95.2%), puis l'éducation thérapeutique (ETP) (V1 : 57.1% ; V2 : 57.1% ; V3 : 66.6%). La gestion des amplitudes articulaires (V1 : 57% ; V2 : 42.9% ; V3 : 33.3%) a été fréquemment mentionnée par les participants dans les trois vignettes cliniques. Les différentes approches d'exercices proposées par les participants sont illustrées dans la figure 3.

Figure 2 : Choix d'approches thérapeutiques



Abréviations : V1 = Vignette 1, V2 = Vignette 2, V3 = Vignette 3, PNF = Proprioceptive Neuromuscular Facilitation

Figure 3 : Sélection d'exercices par rapport à chaque vignette.



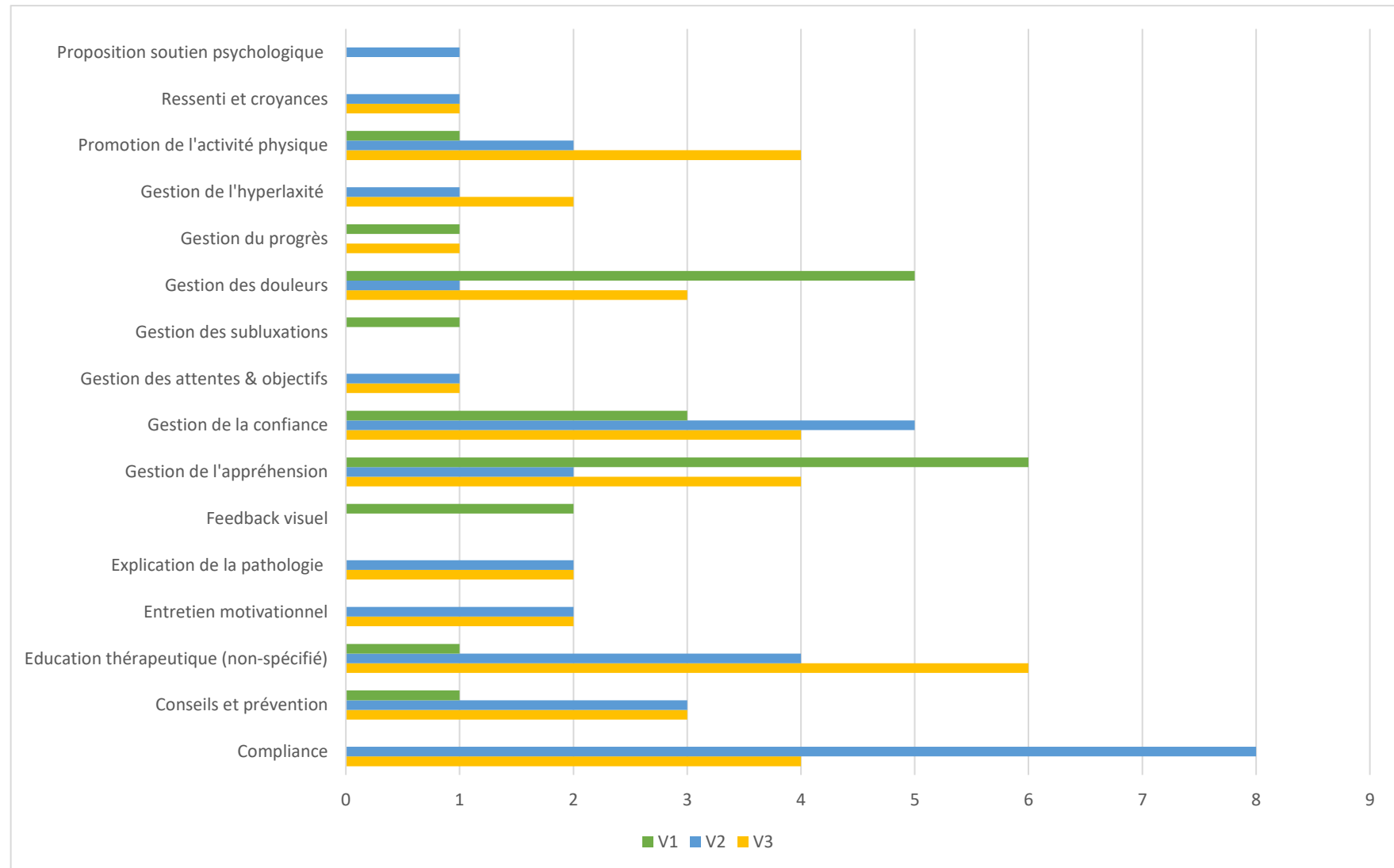
Abréviations : V1 = Vignette 1, V2 = Vignette 2, V3 = Vignette 3, CDR : Coiffe des rotateurs

Pour les trois vignettes cliniques, un renforcement progressif (V1 : 14 ; V2 : 9 ; V3 : 10) et le renforcement de la coiffe des rotateurs (CDR) (V1 : 12 ; V2 : 9 ; V3 : 13) sont les approches de traitement de l'IEA les plus citées. Le renforcement global du corps est majoritairement cité pour la vignette 3 (n=4), de même que le Yoga, le Qi-Gong ou le Pilates (n=2). Les propositions de programme à domicile (n=4) et d'exercices de stabilisation de la gléno-humérale (n=4) sont principalement cités dans la vignette 2. Les exercices fonctionnels sont plus fréquemment cités dans les vignettes 1 et 2 (V1 : 6 ; V2 : 6). Concernant les modalités d'exercice, seuls les exercices isométriques sont cités dans l'entièreté des vignettes (V1 : 3 ; V2 : 2 ; V3 : 3), tandis que les exercices concentriques et excentriques sont absents de la vignette 2. Le contrôle moteur est lui, mentionné à plusieurs reprises dans les trois vignettes (V1 : 5 ; V2 : 4 ; V3 : 4). Quant à l'explication de la pathologie, elle a été citée deux fois pour chacune des vignettes 2 et 3.

Pour les participants ayant mentionné l'ETP dans leur prise en charge, les différentes stratégies sont listées dans la figure 4. Une attention particulière sur la gestion de l'appréhension est présente dans les trois vignettes (V1 : 6 ; V2 : 2 ; V3 : 4). La compliance thérapeutique est relevée dans la vignette 2 (n=8), ainsi que dans la vignette 3 (n=4). Une promotion de l'activité physique (n=4) ainsi qu'une ETP non-spécifiée sont le plus souvent mentionnées dans la vignette 3 (n=8). La gestion de la confiance (V1 : 3 ; V2 : 5 ; V3 : 4) et des douleurs (V1 : 5 ; V2 : 1 ; V3 : 3), ainsi que les conseils et préventions (V1 : 1 ; V2 : 3 ; V3 : 3) se sont retrouvés dans les trois vignettes.

La stratégie d'ETP varie en fonction du cas clinique et certaines ont été citées pour une seule vignette. Il s'agit du soutien psychologique pour la vignette 2 et la gestion des subluxations seulement pour la vignette 1.

Figure 4 : Stratégies d'éducation thérapeutique



Abréviations : V1 = Vignette 1, V2 = Vignette 2, V3 = Vignette 3

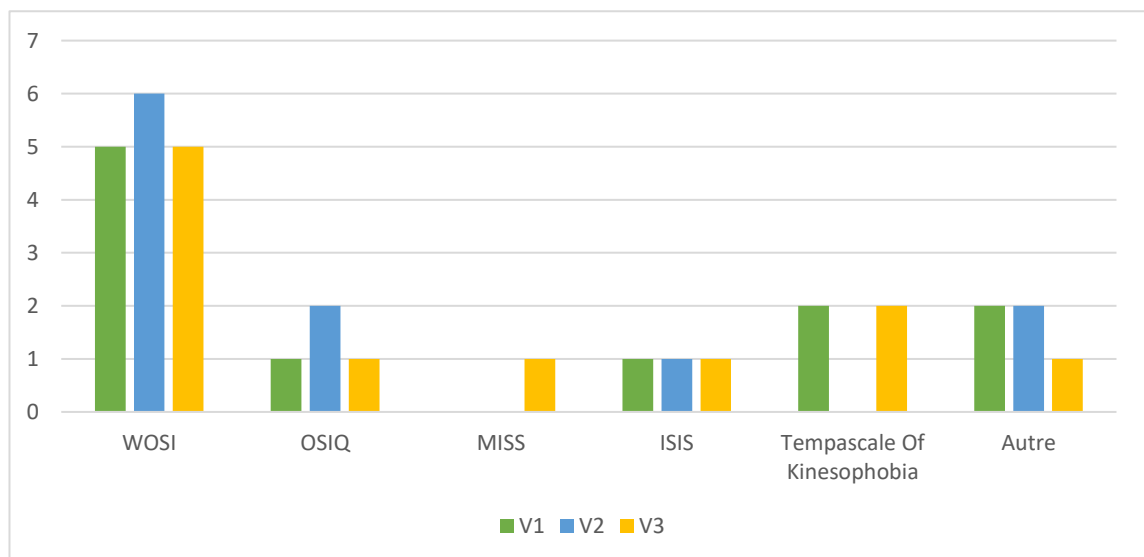
3.4 Confiance dans la prise en charge de l'IEA

La majorité des participants se considèrent confiants (66.7%) dans la prise en charge d'IEA, tandis que 28.6% se sentent peu confiants et un seul (4.8%) se dit très confiant.

3.5 Questionnaires particuliers

Chaque questionnaire proposé a été choisi au moins à une reprise (voir figure 5). Le WOSI revient le plus souvent dans les réponses obtenues (V1 : 5 ; V2 : 6 ; V3 : 7). Le OSIQ est mentionné quatre fois au total (V1 : 1 ; V2 : 2 ; V3 : 1). Le MISS a été cité à une reprise dans la vignette 3. Le ISIS est mentionné à une seule reprise dans chacune des trois vignettes cliniques. Le Tempascale of Kinesophobia apparaît à deux reprises dans la vignette 1 ainsi que dans la vignette 3. L'utilisation d'autres questionnaires a été mentionnée à cinq reprises. Dans la vignette 1, un participant utiliserait le DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand) (Roy et al., 2009). Un autre participant a proposé d'utiliser le GAS (Goal Attainment Scale) (Turner-Stokes, 2009) dans chacune des 3 vignettes. Enfin, un autre a proposé d'utiliser un questionnaire d'hypermobilité afin de compléter le score de Beighton dans la vignette 2 (Malek et al., 2021).

Figure 5 : Utilisation de questionnaires particuliers.



Abréviations : V1 = Vignette 1, V2 = Vignette 2, V3 = Vignette 3. WOSI : Western Ontario Shoulder Instability. OSIQ : Oxford Shoulder Instability Questionnaire. MISS: Melbourne Instability Shoulder Scale. ISIS: Instability Severity Index Score

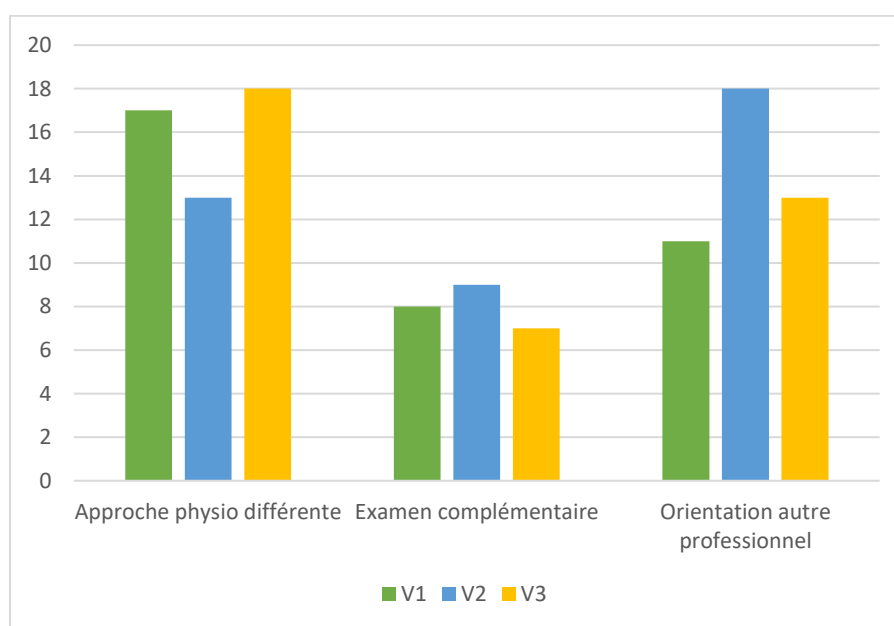
3.6 Protocoles de rééducation de l'IEA

Peu de participants utiliseraient des protocoles (V1 : 19% ; V2 : 9.5% ; V3 : 4.8%) afin de guider leur prise en charge. Parmi les protocoles utilisés, celui d'« Epaule au T.O.P » (Srouf & Nourissat, 2024) revient à deux reprises, le « Berner Schulteralgorithmus » (BeSos) (Bertschy, 2019) à trois reprises et le « Stanmore » a une reprise. Un participant a mentionné ne pas avoir connaissance de protocole, mais irait chercher dans la littérature. En moyenne, 41.3% des participants ne savent pas s'ils utiliseraient un protocole (V1 : 57.1% ; V2 : 38.1% ; V3 : 28.6%).

3.7 Autres approches

En cas d'échec des traitements physiothérapiques, d'autres approches et méthodes ont été questionnées pour prendre en charge les différents patients de chaque vignette. Pour chaque vignette, la majorité des participants orienterait les patients vers d'autres professionnels de santé (V1 : 47.6 %, V2 : 71.4 %, V3 : 57.1 %) ou utiliserait une approche physiothérapique différente ou alternative (V1 : 81 %, V2 : 61.9 %, V3 : 81 %). Des examens complémentaires auraient été effectués à 33.3 % dans la vignette 1 et 3 et 42.9% dans la vignette 2. Pour la vignette 1, deux participants réévalueraient avec le chirurgien orthopédiste une nécessité de suturer le labrum ou de proposer d'autres thérapies au patient, tout en restant suivi en physiothérapie. Dans la vignette 2, trois participants demanderaient directement un avis au chirurgien orthopédiste, tandis qu'un seul le ferait pour la vignette 3.

Figure 6 : Autre approche si le patient ne réagit pas à la prise en charge physiothérapique.



Abréviations : V1 : Vignette 1, V2 : Vignette 2, V3 : Vignette 3.

3.8 Connaissance et utilisation des stratégies de traitement

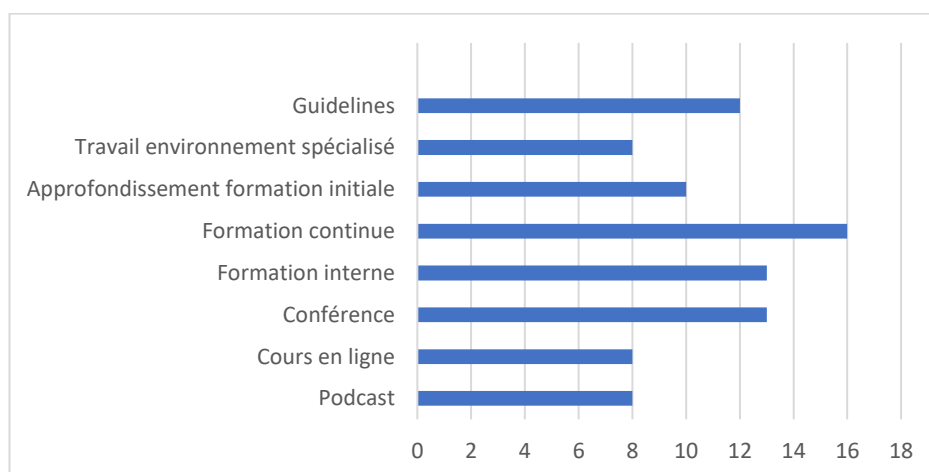
Les boxplots représentent le taux de connaissance et le degré d'utilisation des stratégies de traitement pour l'IEA (voir annexe E). Ces stratégies ont été recommandées par diverses études mentionnant ces possibilités de traitement dans une prise en charge de l'IEA (Akbaba et al., 2019; Barrett, 2015; Bateman et al., 2018; Cools et al., 2021; Jaggi & Alexander, 2017; Pérez-Palomares et al., 2017; Takwale et al., 2000). L'utilisation du renforcement de la CDR et de la musculature périscapulaire, ainsi que l'explication de la pathologie sont les stratégies de traitement les plus souvent utilisées. La majorité des participants utiliseraient toujours ces trois stratégies de traitement. Aucune majorité des participants semble connaître parfaitement une des stratégies de traitement proposées.

3.9 Autres stratégies de traitement

Un participant mentionne l'intégration de la double tâche cognitivo-motrice. L'utilisation de l'imagerie motrice intégrée au quotidien a été proposée une fois. L'attente de nouvelles études sur de nouvelles propositions de traitement est revenue à deux reprises.

3.10 Améliorations possibles dans la prise en charge de l'IEA

Figure 7 : Améliorations possibles dans la prise en charge de l'IEA.



La formation continue est, selon les participants, la manière la plus optimale afin d'améliorer les capacités des physiothérapeutes à prendre en charge de l'IEA et a été mentionnée à 16 reprises (voir figure 7). Les conférences et formations internes ont été sélectionnées à 13 répétitions chacune. La proposition des guidelines a été choisie à 12 reprises. Un approfondissement dans la formation initiale a été sélectionné dix fois. Le travail dans un environnement spécialisé, les podcasts et les cours en ligne ont été optés par huit participants.

3.11 Futures formations et recherches par rapport à l'IEA

La plupart des participants (76.2%) ont répondu que de nouvelles recherches pourraient aider à orienter leur pratique clinique concernant l'IEA. Parmi eux, 38.1% ont mentionné que des guidelines, protocoles ou de nouvelles études, telles que des études randomisées contrôlées ou travaux de diplôme sur le sujet les aideraient. D'autres participants (23.8%) ont mentionné que des études démontrant l'efficacité de la proprioception, du sensorimoteur, du renforcement spécifique et aspécifique, des techniques myofasciales et des réseaux vasculaires pourraient améliorer leur prise en charge. Certains des participants (9.5%) ont mentionné qu'une meilleure compréhension des mécanismes physiopathologiques, tant biomécanique que biochimique pourrait les aider.

4 Discussion

4.1 Traduction, adaptations et modifications

Des modifications culturelles ont dû être effectuées par rapport au sondage initial, car le système de santé suisse diffère de celui établi au Royaume-Uni. En effet, l'accès à la physiothérapie est possible en auto-recours, variant entre les secteurs privé et public ainsi que les différentes régions (*NHS - Accessing Physiotherapy*, 2017). La question de sélection des participants a été modifiée en demandant le canton dans lequel ils pratiquaient. Ceci servait à s'assurer que les participants pratiquaient effectivement dans un canton romand, mais n'avait pas de réel intérêt pour tirer des quelconques liens entre les réponses obtenues.

Une question supplémentaire demandait aux participants s'ils avaient déjà pris en charge une IEA et avait pour but d'observer si une corrélation existait entre les réponses à cette question et celles des vignettes cliniques. Comme précédemment, aucune conclusion significative n'a pu être tirée. Le lieu d'obtention du Bachelor of Science en physiothérapie a été questionné afin d'observer si la manière de prendre en charge l'IEA différait d'un pays à un autre. Cependant les résultats n'ont pas montré de différences notables. La question aurait pu être plus pertinente si elle avait porté sur les institutions plutôt que sur le pays où le diplôme a été obtenus. Par ailleurs, une question portant sur l'utilisation de questionnaires particuliers a été ajoutée pour chaque vignette clinique. Elle avait pour but d'observer si les participants utilisaient ces questionnaires visant à mesurer divers paramètres tels que la douleur, les activités, l'appréhension ou les facteurs psychosociaux chez le patient. En effet, les questionnaires auto-administrés sont

vastement utilisés dans la prise en charge de l'IEA dans la littérature (Rouleau et al., 2010). Dans la présente enquête, seul le WOSI est majoritairement utilisé.

Les autres adaptations concernent les vignettes cliniques. Dans la version initiale du sondage, le sport pratiqué par le patient de la vignette clinique 1 était le cricket, un sport typique anglais, mais très peu répandu en Suisse. C'est pourquoi il a été remplacé par le handball, un sport présentant une cinématique d'épaule similaire mais plus pratiqué en Suisse romande.

Une suggestion émise par un participant lors de la version-test du sondage dans les options de la question sur l'élargissement des connaissances a été retenue. Il s'agit de l'approfondissement des connaissances dans la formation initiale. Cette suggestion révèle le manque de connaissances sur l'IEA, tout en soulignant un intérêt porté à cette pathologie.

Il est possible que certains participants manquent de compréhension ou de connaissances sur le sujet, car certaines réponses obtenues, notamment sur les classifications et protocoles de prise en charge de l'IEA, ne correspondaient pas aux attentes des auteurs. En effet, un participant a écrit qu'il utiliserait la classification de Maitland dans sa prise en charge alors que les réponses espérées ressembleraient aux classifications tels que Stanmore ou FEDS. Un autre participant a écrit qu'il utiliserait le protocole de Stanmore pour guider sa prise en charge, alors qu'il s'agit d'un système de classification.

4.2 Résultats principaux

L'exercice et l'ETP ont été les approches thérapeutiques les plus souvent mentionnées, soulignant l'importance de placer le patient au centre de la rééducation. Cela rejoint les résultats de Coulthard et al. (2021) ainsi que les recommandations de la BESS, qui stipulent que les physiothérapeutes doivent adapter leurs thérapies aux besoins spécifiques de chaque individu (Griffin et al., 2023). Les participants ont d'une manière générale adapté leurs approches thérapeutiques en fonction de la particularité de chaque vignette, qui représentaient chacune une classification différente selon Stanmore (Lewis et al., 2004).

Concernant l'ETP dans les résultats de la vignette 1, les participants ont plus fréquemment mentionné la gestion de l'appréhension et de la douleur. Ceci rejoint la présentation clinique du patient qui rapportait avoir une sensation d'instabilité et d'inconfort lors de mouvements au-dessus de la tête, des douleurs lors de port de charge et un test

d'appréhension positif. Les participants ont émis une attention particulière à la compliance dans la vignette 2 et estiment qu'une adhérence thérapeutique est primordiale dans la prise en charge de cette patiente. Ceci démontre qu'ils prennent en compte les craintes et les doutes de la patiente, qui a subi des luxations récidivantes et qui a peu de confiance en la physiothérapie. La promotion de l'activité physique en général et l'ETP non-spécifiée sont les approches les plus fréquentes pour la vignette 3. Ceci correspond aux besoins de la patiente, qui est décrite comme hyperlaxe et sédentaire ayant des sensations d'instabilités importantes.

4.3 Confiance dans la prise en charge de l'IEA

La quasi-totalité des participants (95.3%) déclarent avoir une confiance faible à modérée dans la prise en charge d'IEA, alors qu'un tiers se considère spécialiste du membre supérieur. Ce résultat est contraire à celui obtenu par Coulthard et al., (2021). Ce taux de confiance pourrait s'expliquer par l'hétérogénéité des définitions, des classifications et des propositions de traitement de l'IEA dans la littérature, mais aussi par la faible prévalence de cette pathologie dans la pratique clinique des participants. En effet, l'IEA représente moins d'un tiers de la patientèle pour 90.5% des participants.

4.4 Exercice

L'exercice, cité par plus de la moitié des participants dans chaque vignette clinique, est soutenu par plusieurs études et joue un rôle essentiel dans la rééducation de l'IEA. (Warby et al., 2014). Le renforcement progressif et le renforcement de la CDR sont les deux types d'exercice les plus cités dans chacune des trois vignettes cliniques. Le renforcement progressif, indispensable dans la rééducation de l'IEA, est soutenu par plusieurs études dans leurs propositions de protocoles (Griffin et al., 2023). Le dosage ainsi que la progression des exercices de renforcement, non spécifiées dans cette étude, peuvent se réaliser de plusieurs manières. Les participants ont rarement cité des modalités d'exercices, à l'exception de certaines contractions musculaires, notamment les exercices isométriques qui sont cités dans l'entièreté des vignettes. Selon la littérature, il est possible d'opter pour une progression de la résistance (Ide et al., 2003; Misamore et al., 2005; Scott et al., 2020; Takwale et al., 2000) en variant l'utilisation de poids libres et de bandes élastiques (Burkhead & Rockwood, 1992; Misamore et al., 2005; Watson et al., 2018) ou en modifiant le type de contraction musculaire (Ide et al., 2003; Misamore et al., 2005). Ces progressions doivent se faire en fonction de l'état de l'épaule (Misamore et al., 2005) ainsi que des besoins individuels de chaque patient (Scott et al., 2020). Les

participants sont conscients de l'importance d'une bonne gestion de la progression des exercices, néanmoins une meilleure description des modalités d'exercices aurait été intéressante. Ce manque d'informations peut être dû à la brièveté de certaines réponses ou de la complexité à détailler un traitement par écrit. De plus, certains participants ont répondu qu'il était difficile d'expliquer les pistes de traitement sans voir la clinique et les attentes du patient. Ce qui montre à nouveau la difficulté à prendre en charge cette pathologie, puisqu'elle représente un continuum de pathologies (Jaggi & Lambert, 2010).

La gestion des amplitudes articulaires a été fréquemment mentionnée par les participants dans les trois vignettes cliniques. Ceci démontre l'importance de prendre en compte une rééducation de l'IEA de manière progressive et dans toutes les amplitudes articulaires. L'importance de la gestion de l'amplitude articulaire par l'exercice est régulièrement évoquée dans la rééducation de l'IEA (Misamore et al., 2005; Scott et al., 2020; Takwale et al., 2000; Watson et al., 2018).

Les réponses des participants concernant le renforcement spécifique de la CDR variaient entre un renforcement des rotateurs externes et internes, tout en variant l'amplitude articulaire et en gérant la progression des exercices selon l'évolution du patient. En effet, la CDR étant l'une des structures stabilisatrices de l'épaule (Johnson & Tadi, 2023), un renforcement spécifique est essentiel afin de limiter l'instabilité. Celui-ci découle d'un contrôle moteur efficace qui peut être altéré selon le type d'IEA (Barden et al., 2005). Les participants portent une attention particulière au contrôle moteur de la CDR, régulièrement évoqué dans les résultats de cette enquête.

Le renforcement de la CDR et de la musculature périscapulaire ainsi que la proprioception ont été particulièrement évoqués dans la première vignette 1. Ces trois approches d'exercices sont spécifiques à l'instabilité de type II que présente ce patient. Les participants ont alors opté pour des exercices recommandés par les lignes directrices de la BESS (Noorani et al., 2019). Les présentations d'IEA des vignettes 2 et 3 étaient plus complexes, conçues pour refléter respectivement le type III et le type III (II) du triangle de Stanmore. En raison de leur laxité capsulaire, ce type de patients a du mal à recruter la CDR (Jaggi & Lambert, 2010). Cependant, selon les mêmes auteurs, une augmentation du tonus postural faciliterait le recrutement de la CDR. Le Yoga, le Qi-Gong et le Pilates, proposés pour la patiente de la vignette 3, pourraient être considérés comme exercices généralisés. Donc, un renforcement de la CDR couplé à une activation du tonus postural sont des propositions retrouvées dans les résultats et préconisés par la littérature (Jaggi &

Lambert, 2010; Noorani et al., 2019). Les différentes modalités d'exercices proposées par les participants pour chaque vignette semblent correspondre aux recommandations de la littérature et sont similaires aux résultats de Coulthard et al. (2021).

4.5 Éducation thérapeutique

L'ETP a été la deuxième approche la plus citée et les stratégies sont en lien avec les caractéristiques spécifiques de chaque patient des différentes vignettes cliniques.

Selon Scott et al. (2020), l'autogestion du patient devrait être au cœur du traitement et de l'éducation dans sa prise en charge. Ils recommandent d'encourager le patient en lui affirmant sa capacité à atteindre ses objectifs, tout en soulignant la nécessité d'une prise en charge spécifique. Cette approche se manifeste dans les résultats de cette enquête où la gestion de la confiance ainsi que les conseils et la prévention sont fréquemment cités pour chaque vignette. Par ailleurs, un nombre restreint d'auteurs, tels que Barrett (2015) et Sadi et al. (2020), préconisent de mettre en avant l'importance de la rééducation, de gérer sa douleur, de favoriser la compréhension de l'anatomie de l'épaule, sa fonction et ses dysfonctions. Bien que la gestion de la douleur soit représentée dans les résultats, l'explication de la pathologie au patient, vivement recommandée par les études mentionnées, est peu abordée. Ce manque pourrait expliquer l'insuffisance de connaissances sur la physiopathologie de l'IEA observée.

Il est essentiel de considérer l'aspect psychologique dans la gestion de l'IEA, en raison de son potentiel impact négatif sur le processus de rééducation (Lebe et al., 2021). Il peut être judicieux de recommander rapidement le patient à un psychologue si celui-ci montre des signes d'anxiété, de mauvaise humeur, d'absentéisme au travail ou à l'école, ou si l'incident initial s'est produit pendant une période de stress important dans sa vie (Noorani et al., 2019). Aucun des participants à cette enquête n'a émis l'idée de rediriger le patient vers un psychologue ou a manifesté le besoin d'aide d'une équipe multidisciplinaire. Néanmoins, d'autres approches ont été considérées et la plupart des participants envisageraient de diriger le patient vers un autre professionnel de santé, bien qu'il ne soit malheureusement pas précisé vers lequel le patient serait orienté.

4.6 Utilisation de questionnaires particuliers

Le WOSI a été le questionnaire le plus sélectionné, apparaissant au moins cinq fois dans chaque vignette clinique. Ce résultat est corroboré par Rouleau et al., (2010), qui concluent que le WOSI a une excellente fiabilité avec un coefficient de corrélation intra-

classe de 0.95 et réactivité avec un effect-size de 0.93. Les autres questionnaires proposés ont été sélectionnés au maximum à une reprise. D'autres propositions ont été mentionnées, tels que le DASH, qui est un questionnaire validé pour les pathologies de l'épaule traitées de manière conservative (Roy et al., 2009). Un participant a proposé le GAS, qui est une échelle permettant de quantifier l'atteinte des objectifs fixés pouvant être utilisée dans la réadaptation MSQ (Turner-Stokes, 2009). Ceci démontre l'importance qu'apportent certains physiothérapeutes à fixer des objectifs atteignables en collaboration avec le patient et adaptés à celui-ci. Néanmoins, ces résultats indiquent que peu de physiothérapeutes utilisent des questionnaires particuliers dans leur prise en charge, alors qu'ils réduiraient les biais et permettraient une évaluation plus objective de la pathologie (Rouleau et al., 2010).

4.7 Utilisation de systèmes de classification

Parmi les 9.5% des participants qui utiliseraient un système de classification pour l'IEA, seul un utiliserait le triangle de Stanmore. Ce dernier a également précisé qu'il manquait d'informations pour correctement classer le patient dans les différents types d'instabilité. Cependant, son raisonnement correspondait à ce qui était attendu puisque les vignettes présentaient des tableaux cliniques similaires et donc difficiles à catégoriser entre différents types selon Stanmore. En effet, ce système de classification a l'avantage d'être évolutif afin d'inclure la totalité des présentations cliniques (Jaggi & Lambert, 2010). Ceci permet de catégoriser le patient selon un continuum entre traumatique ou atraumatique structurel et contrôle moteur altéré et oriente le physiothérapeute dans son traitement (Funk et al., 2014).

L'autre participant a cité Maitland. Il spécifiait si la classification était plutôt en fonction de la sévérité, de l'irritabilité ou de la nature de la douleur (Barakatt et al., 2009). Cette classification est applicable pour l'IEA, mais seulement en fonction de la douleur et n'est donc pas spécifique à la pathologie.

Selon Hettrich et al. (2019), il est important de pouvoir classer le patient aussi précisément que possible afin d'orienter le traitement de manière efficace. Si tel n'est pas le cas, l'utilisation de systèmes de classification est alors dénué de sens, comme l'ont souligné Farrar et al (2013). Dans la présente enquête, seul deux participants utiliseraient des systèmes de classifications, tandis que 14 ont exprimé une confiance faible à modérée dans leur prise en charge. Il est plausible que si ces participants classaient leurs patients, ils seraient plus confiants dans leur prise en charge et celle-ci serait plus optimale. Jaggi

& Alexander (2017) soutiennent que les systèmes de classification aident les physiothérapeutes à guider leur traitement. Farrar et al., (2013) soulignent également qu'un patient échappant à la classification nécessitera un examen minutieux. Afin de proposer une solution à ce problème, Hettrich et al. (2019) ont créé le système FEDS, englobant toutes les formes potentielles d'instabilité. Ceci montre qu'il est primordial d'effectuer un bilan complet, afin que le traitement soit adapté au patient et sa problématique.

4.8 Utilisation de protocoles de rééducation

Il était attendu que les participants utiliseraient peu de protocoles, compte tenu de la disponibilité limitée de preuves de haute qualité dans la littérature. Ce résultat s'est confirmé, puisque moins de 19% des participants ont déclaré utiliser des protocoles pour guider leur prise en charge. Ces résultats sont à considérer avec précaution, puisque certaines réponses obtenues telles que Stanmore et le BeSos ne sont pas des protocoles, mais des classifications et algorithmes de prise en charge. Parmi les trois vignettes cliniques, en moyenne 41.3% des participants ont exprimé leur incertitude quant à l'utilisation d'un protocole de rééducation, ce qui confirme le manque de connaissances de tels protocoles. Il est intéressant de noter que pour la troisième vignette, dans laquelle la patiente présente un tableau clinique complexe en raison de facteurs psychosociaux prépondérants, 66.7% des participants ont déclarés ne pas vouloir utiliser de protocole. Ceci laisse supposer que les participants veulent prioriser les besoins et attentes de la patiente et avancer dans la rééducation en fonction de l'évolution de sa situation clinique. Ces résultats rejoignent la conclusion émise par Griffin et al. (2023) qui avancent que plutôt de se conformer à un protocole, les physiothérapeutes devraient opter pour une approche basée sur le raisonnement clinique. Cela leur permettrait de créer un programme sur mesure, en combinant des idées pertinentes issues de diverses sources, afin de répondre aux besoins spécifiques de chaque individu.

4.9 Connaissance et utilisation des stratégies de traitement

L'analyse des boxplots regroupant certaines approches thérapeutiques pour l'IEA montre une grande fluctuation dans l'utilisation et les connaissances parmi les participants. Le renforcement de la CDR et de la musculature périscapulaire sont les plus couramment utilisées et bien comprises. Quelques approches, qui ont une certaine variabilité dans les connaissances des participants, comme le traitement des Triggers points ou le Dry needling n'ont pas de preuves significatives dans le traitement de l'IEA. La présence de

Trigger points ou nodules musculaires peut perturber les schémas moteurs et donc modifier l'activation musculaire (Dommerholt et al., 2006). Par extrapolation, l'utilisation de ces deux traitements pourrait soulager les patients présentant une IEA avec des activations musculaires altérées. La proprioceptive neuromuscular facilitation (PNF) a une forte variabilité dans l'utilisation et les connaissances sont faibles. Selon Jaggi & Lambert (2010), la PNF est efficace pour améliorer le contrôle moteur et la stabilité de l'épaule dans des schémas fonctionnels ainsi que pour le renforcement dans toute l'amplitude articulaire. Les méthodes éducatives telles que l'éducation à l'autogestion de la luxation, la gestion de la douleur et l'explication de la pathologie sont couramment utilisées, même si le niveau de connaissance des participants est inférieur à leur taux d'utilisation. Ces résultats montrent que les participants reconnaissent la nécessité de gérer les facteurs psychosociaux. Cette constatation est relayée par Koorevaar et al. (2016) qui affirment que les comorbidités psychologiques sont fréquentes dans les pathologies d'épaules. Cependant, les participants sont conscients de l'importance des facteurs psychologiques dans l'IEA, mais manquent de connaissances pour les intégrer pleinement.

Enfin, les techniques les plus couramment utilisées sont celles où les praticiens ont des connaissances élevées. Les importantes variations dans les connaissances soulignent la nécessité de la formation continue et d'un éclaircissement sur l'efficacité des stratégies thérapeutiques dans la prise en charge de l'IEA.

4.10 Pistes de recherches et améliorations possibles

Vu la faible prévalence et le manque de consensus par rapport à l'IEA, il était prévisible que les connaissances sur la pathologie seraient limitées. Ces attentes sont soutenues par les résultats obtenus, puisque dix participants ont sélectionné l'approfondissement des connaissances dans la formation initiale. Ceci suggère que les connaissances de base sur cette pathologie sont lacunaires dans la formation de physiothérapie initiale mais également d'une manière générale. Cela rejoint également les 76.2% des participants qui ont mentionnés que de nouvelles recherches seraient bénéfiques pour améliorer leur prise en charge de l'IEA. Parmi ces réponses, des recherches sur les mécanismes tissulaires permettraient une meilleure compréhension de la physiopathologie de l'IEA, ce qui pourrait notamment améliorer la capacité d'expliquer la physiopathologie au patient.

Il est intéressant de noter que les réponses obtenues dans les nouvelles recherches possibles pour améliorer la prise en charge de l'IEA ciblent des guidelines, protocoles et

l'efficacité des traitements physiothérapeutiques. Cependant, aucun participant n'a mentionné l'ETP, alors que près de 60% des participants en parlent dans les approches thérapeutiques utilisées pour prendre en charge un patient présentant une IEA. Ceci suggère soit que les participants ont assez d'assurance dans le domaine de l'ETP, soit qu'ils ne nécessitent pas ou ne savent pas s'ils auraient besoin de nouvelles recherches dans ce domaine. Ce résultat est contradictoire avec le taux de connaissances des méthodes éducatives dans la figure 6. Néanmoins, des recherches futures dans le domaine de l'ETP appliqué à l'IEA devraient être menées afin de pouvoir mesurer l'impact des traitements mis en place.

Une définition et une classification communément acceptées de l'IEA sont nécessaires afin d'obtenir un consensus, bien qu'il s'agisse d'un continuum de pathologies. Il serait également intéressant de pouvoir mesurer l'impact des facteurs psychosociaux et de mener des études pluridisciplinaires quant à la prise en charge de cette affection complexe de l'épaule. Ceci pourrait être mis en lien avec les études avec des Patient Related Outcome Measures (PROMs). (Kyte et al., 2015)

Un protocole mis en place par Warby et al. (2024) évaluera l'effet du programme de Watson et al. (2018) sur l'IEA grâce à un IRM afin de déterminer si des changements corticaux auront lieu. Cette étude permettra de savoir s'il existe une composante centrale dans l'altération du contrôle neuromusculaire de l'instabilité d'épaule.

4.11 Implication pour la pratique clinique

Cette enquête met en évidence les études récentes et les recommandations pour la gestion de cette pathologie. Elle souligne également les différences dans la prise en charge des patients atteints d'IEA par les physiothérapeutes pratiquant en Suisse romande. Dans cette région, les participants utilisent principalement l'exercice ainsi que l'ETP, qui sont les approches les plus fréquemment recommandées dans la littérature, bien que certains participants n'aient pas suivi certaines de ces recommandations, ou les ont décrites de manière imprécise. L'importance d'intégrer les facteurs psychosociaux dans la rééducation de l'IEA est également soulignée. Il peut également être bénéfique d'adopter une prise en charge pluridisciplinaire, incluant un suivi psychologique en fonction de la gravité des facteurs psychosociaux.

4.12 Forces & limites

4.12.1 Forces

L'IEA est peu relayée dans la littérature et sa prévalence est relativement faible. Ce TB constitue la première investigation de la pratique clinique de cette pathologie en Suisse romande, grâce à des commentaires directs des physiothérapeutes. Il vise à renforcer l'intérêt clinique pour l'IEA, en encourageant l'élaboration de consensus et la réalisation de nouvelles recherches, tout en accordant une importance prépondérante au raisonnement clinique. L'analyse qualitative des données obtenues a permis une catégorisation et hiérarchisation des réponses, ce qui n'aurait pas été possible avec une analyse quantitative. Les données ont pu ensuite être comparées avec les guidelines proposées et les études les plus récentes sur le sujet afin d'effectuer un état de la littérature.

4.12.2 Limites de l'étude

Différents facteurs limitent la généralisation des résultats de cette enquête. D'abord la diffusion du sondage n'a pas été systématique. En effet tous les établissements romands n'ont pas été contactés et certains physiothérapeutes n'ont peut-être jamais été au courant de l'existence de ce sondage. Les participants ont donc été recrutés de manière plus ou moins aléatoires, de façon à obtenir entre trois et quatre institutions par cantons. Puis le taux de participation au sondage n'a pas pu être connu, car les réponses des physiothérapeutes ayant répondu négativement aux questions de sélection n'ont pas été comptabilisées.

Les critères de sélection étaient peut-être trop sélectifs. La première question demandait si le participant pratiquait dans le domaine MSQ au moment de répondre au sondage. Ceci a exclu indirectement certains participants, puisque ces derniers auraient pu travailler dans ce domaine dans le passé, tandis qu'au moment de répondre, ils étaient dans un autre domaine. De plus, certains patients ayant subi un accident vasculaire cérébral ou ayant une pathologie neurologique peuvent souffrir d'une IEA (Pop, 2013), donc cette question a peut-être exclu certains participants à l'enquête.

La taille de l'échantillon est relativement restreinte et n'est donc pas représentative de la Suisse romande. S'il n'avait pas été exigé que l'enquête soit entièrement complétée, certaines informations auraient pu tout de même être intéressantes à traiter.

L'enquête a été en ligne durant 56 jours. Si la durée de mise en ligne avait été plus longue, certainement qu'il y aurait eu plus de réponses. Cependant, ce n'était pas possible au niveau de l'organisation du travail en parallèle des cours à la HES-SO. La durée de remplissage du sondage étant de 25-30 minutes, nombre de thérapeutes n'ont pas pris ce temps afin d'y répondre. Cette déduction se fait puisque la majorité des réponses incomplètes reçues se terminaient avant les questions ouvertes, c'est-à-dire à la première vignette clinique. De plus, plusieurs participants avaient également relevé la durée trop élevée du sondage à la version test.

5 Conclusion

Les principaux résultats de cette enquête concordent majoritairement avec ceux obtenus par Coulthard et al. (2021). Dans les deux enquêtes, les approches thérapeutiques basées sur l'exercice et l'ETP du patient sont privilégiées. En revanche, les systèmes de classification semblent être le point le moins clair pour les physiothérapeutes romands, contrairement aux Britanniques, qui semblent les utiliser plus fréquemment. Un manque de connaissances sur la physiopathologie de l'IEA pourrait en être l'origine. Si bien que les physiothérapeutes romands suggèrent d'approfondir cette pathologie dans la formation initiale, leur permettant ainsi de mieux expliquer la pathologie aux patients. Quant aux facteurs psychosociaux, considérés comme essentiels dans la prise en charge de l'IEA (Caneiro et al., 2020), ils ont été pris en compte dans les résultats de cette enquête. Néanmoins, les connaissances des stratégies psychosociales semblent restreintes.

Enfin, les physiothérapeutes romands semblent adapter leurs traitements en fonction des besoins et des particularités de chaque patient, en privilégiant le raisonnement clinique plutôt que l'application d'un protocole fixe. Les lignes directrices les plus récentes préconisent également d'adapter le traitement en fonction de la clinique du patient et de ses variations patho-anatomiques et psychologiques (Griffin et al. 2023 ; Noorani et al. 2019).

6 Bibliographie

- Akbaba, Y. A., Mutlu, E. K., Altun, S., Turkmen, E., Birinci, T., & Celik, D. (2019). The effectiveness of trigger point treatment in rotator cuff pathology : A randomized controlled double-blind study. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 32(3), 519-527. <https://doi.org/10.3233/BMR-181306>
- Arner, J. W., Peebles, L. A., Bradley, J. P., & Provencher, M. T. (2020). Anterior Shoulder Instability Management : Indications, Techniques, and Outcomes. *Arthroscopy*, 36(11), 2791-2793. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2020.09.024>
- Bakhsh, W., & Nicandri, G. (2018). Anatomy and Physical Examination of the Shoulder. *Sports Medicine and Arthroscopy Review*, 26(3), e10-e22. <https://doi.org/10.1097/JSA.0000000000000202>
- Balg, F., & Boileau, P. (2007). The instability severity index score : A SIMPLE PRE-OPERATIVE SCORE TO SELECT PATIENTS FOR ARTHROSCOPIC OR OPEN SHOULDER STABILISATION. *The Journal of Bone and Joint Surgery. British Volume*, 89-B(11), 1470-1477. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.89B11.18962>
- Barakatt, E. T., Romano, P. S., Riddle, D. L., & Beckett, L. A. (2009). The Reliability of Maitland's Irritability Judgments in Patients with Low Back Pain. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 17(3), 135-140. <https://doi.org/10.1179/jmt.2009.17.3.135>
- Barden, J. M., Balyk, R., Raso, V. J., Moreau, M., & Bagnall, K. (2005). Atypical shoulder muscle activation in multidirectional instability. *Clinical Neurophysiology*, 116(8), 1846-1857. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2005.04.019>

- Barrett, C. (2015). The clinical physiotherapy assessment of non-traumatic shoulder instability. *Shoulder ... Elbow*, 7(1), 60-71. <https://doi.org/10.1177/1758573214548934>
- Bateman, M., Jaiswal, A., & Tambe, A. A. (2018). Diagnosis and management of atraumatic shoulder instability. *Journal of Arthroscopy and Joint Surgery*, 5(2), 79-85. <https://doi.org/10.1016/j.jajs.2018.05.009>
- Bateman, M., Smith, B. E., Osborne, S. E., & Wilkes, S. R. (2015). Physiotherapy treatment for atraumatic recurrent shoulder instability : Early results of a specific exercise protocol using pathology-specific outcome measures. *Shoulder ... Elbow*, 7(4), 282-288. <https://doi.org/10.1177/1758573215592266>
- Bertschy, B. (2019). Strukturiert die Schulter befunden – Der Berner Schulteralgorithmus BeSos. In *Physiopraxis* (Georg Thieme Verlag, p. 38-43).
- Burkhead, W. Z. J., & Rockwood, C. A. J. (1992). Treatment of instability of the shoulder with an exercise program. *JBJS*, 74(6), 890.
- Caneiro, J. P., Roos, E. M., Barton, C. J., O’Sullivan, K., Kent, P., Lin, I., Choong, P., Crossley, K. M., Hartvigsen, J., Smith, A. J., & O’Sullivan, P. (2020). It is time to move beyond « body region silos » to manage musculoskeletal pain : Five actions to change clinical practice. *British Journal of Sports Medicine*, 54(8), 438-439. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-100488>
- Cools, A. M., Maenhout, A. G., Vanderstucken, F., Declève, P., Johansson, F. R., & Borms, D. (2021). The challenge of the sporting shoulder : From injury prevention through sport-specific rehabilitation toward return to play. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 64(4), 101384. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2020.03.009>
- Coulthard, C., Cairns, M. C., Williams, D., Hughes, B., & Jaggi, A. (2021). Management of atraumatic shoulder instability in physiotherapy (MASIP) : A survey of

- physiotherapy practice. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 22(1), 840.
<https://doi.org/10.1186/s12891-021-04677-9>
- Danzinger, V., Schulz, E., & Moroder, P. (2019). Epidemiology of functional shoulder instability : An online survey. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 20(1), 281.
<https://doi.org/10.1186/s12891-019-2563-7>
- DAUnit. (2024, Copyright). *Lois cantonales et RGPD*. DataAcquisitionUnit.
<https://www.daunit.ch/fr-fr/Services/Protection-des-donn%C3%A9es>
- Dawson, J., Fitzpatrick, R., & Carr, A. (1999). The assessment of shoulder instability. *THE JOURNAL OF BONE AND JOINT SURGERY*, 81(3).
- DeepL Traduction – DeepL Translate : Le meilleur traducteur au monde. (s. d.). Consulté 16 mai 2024, à l'adresse <https://www.deepl.com/translator>
- Dommerholt, J., Bron, C., & Franssen, J. (2006). Myofascial Trigger Points : An Evidence-Informed Review. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 14(4), 203-221. <https://doi.org/10.1179/106698106790819991>
- Douglas, T. (2017). Impact of multidisciplinary rehabilitation on the socioeconomic burden of shoulder instability—A prospective study. *Shoulder & Elbow*, 9(1_suppl), S20-21. <https://doi.org/10.1177/1758573217724023>
- Farrar, N. G., Malal, J. J. G., Fischer, J., & Waseem, M. (2013). An Overview of Shoulder Instability and its Management. *The Open Orthopaedics Journal*, 7(1), 338-346.
<https://doi.org/10.2174/1874325001307010338>
- Funk, L., Owen, J. M., & Bonner, C. (2014). Clinical assessment of posterior shoulder joint instability. *Journal of Arthroscopy and Joint Surgery*, 1(2), 53-58.
<https://doi.org/10.1016/j.jajs.2014.07.002>
- Gaskill, T. R., Taylor, D. C., & Millett, P. J. (2011). Management of multidirectional instability of the shoulder. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 19(12), 758-767. <https://doi.org/10.5435/00124635-201112000-00006>

- Griffin, J., Jaggi, A., Daniell, H., & Chester, R. (2023). A systematic review to compare physiotherapy treatment programmes for atraumatic shoulder instability. *Shoulder & Elbow*, 15(4), 448-460. <https://doi.org/10.1177/17585732221080730>
- Harris, P. A., Taylor, R., Minor, B. L., Elliott, V., Fernandez, M., O'Neal, L., McLeod, L., Delacqua, G., Delacqua, F., Kirby, J., & Duda, S. N. (2019). The REDCap consortium : Building an international community of software platform partners. *Journal of Biomedical Informatics*, 95, 103208. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2019.103208>
- Harris, P. A., Taylor, R., Thielke, R., Payne, J., Gonzalez, N., & Conde, J. G. (2009). Research electronic data capture (REDCap)—A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *Journal of Biomedical Informatics*, 42(2), 377-381. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2008.08.010>
- Hettrich, C. M., Cronin, K. J., Raynor, M. B., Wagstrom, E., Jani, S. S., Carey, J. L., Cox, C. L., Wolf, B. R., & Kuhn, J. E. (2019). Epidemiology of the Frequency, Etiology, Direction, and Severity (FEDS) system for classifying glenohumeral instability. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 28(1), 95-101. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2018.08.014>
- Ide, J., Maeda, S., Yamaga, M., Morisawa, K., & Takagi, K. (2003). Shoulder-strengthening exercise with an orthosis for multidirectional shoulder instability : Quantitative evaluation of rotational shoulder strength before and after the exercise program. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 12(4), 342-345. [https://doi.org/10.1016/S1058-2746\(02\)86886-0](https://doi.org/10.1016/S1058-2746(02)86886-0)
- Jaggi, A., & Alexander, S. (2017). Rehabilitation for Shoulder Instability – Current Approaches. *The Open Orthopaedics Journal*, 11, 957-971. <https://doi.org/10.2174/1874325001711010957>

- Jaggi, A., Herbert, R. D., Alexander, S., Majed, A., Butt, D., Higgs, D., Rudge, W., & Ginn, K. A. (2023). Arthroscopic capsular shift surgery in patients with atraumatic shoulder joint instability : A randomised, placebo-controlled trial. *British Journal of Sports Medicine*, 57(23), 1484-1489. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-106596>
- Jaggi, A., & Lambert, S. (2010). Rehabilitation for shoulder instability. *British Journal of Sports Medicine*, 44(5), 333-340. <https://doi.org/10.1136/bjism.2009.059311>
- Johnson, D. J., & Tadi, P. (2023). Multidirectional Shoulder Instability. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557726/>
- Kibler, W. B. (1998). The role of the scapula in athletic shoulder function. *The American Journal of Sports Medicine*, 26(2), 325-337. <https://doi.org/10.1177/03635465980260022801>
- Kirkley, A., Griffin, S., McLintock, H., & Ng, L. (1998). The Development and Evaluation of a Disease-Specific Quality of Life Measurement Tool for Shoulder Instability. *The American Journal of Sports Medicine*, 26(6), 764-772. <https://doi.org/10.1177/03635465980260060501>
- Kłaptocz, P., Solecki, W., Grzegorzewski, A., Błasiak, A., & Brzóska, R. (2021). Effectiveness of conservative treatment of multidirectional instability of the shoulder joint. Literature review and meta-analysis. *Polski Przegląd Chirurgicalny*, 94(1), 6-11. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0015.2415>
- Koorevaar, R. C. T., van 't Riet, E., Gerritsen, M. J. J., Madden, K., & Bulstra, S. K. (2016). The Influence of Preoperative and Postoperative Psychological Symptoms on Clinical Outcome after Shoulder Surgery : A Prospective Longitudinal Cohort Study. *PloS One*, 11(11), e0166555. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166555>

- Kuhn, J. E. (2010). A new classification system for shoulder instability. *British Journal of Sports Medicine*, 44(5), 341-346. <https://doi.org/10.1136/bjsm.2009.071183>
- Kyte, D. G., Calvert, M., van der Wees, P. J., ten Hove, R., Tolan, S., & Hill, J. C. (2015). An introduction to patient-reported outcome measures (PROMs) in physiotherapy. *Physiotherapy*, 101(2), 119-125. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2014.11.003>
- Lebe, M., Burns, S. A., Falworth, M., Higgs, D. S., Rudge, W. B.J., & Majed, A. (2021). Atraumatic shoulder instability: Patient characteristics, comorbidities, and disability. *JSES International*, 5(6), 955-959. <https://doi.org/10.1016/j.jseint.2021.08.001>
- Lewis, A., Kitamura, T., & Bayley, J. I. L. (2004). (ii) The classification of shoulder instability: New light through old windows! *Current Orthopaedics*, 18(2), 97-108. <https://doi.org/10.1016/j.cuor.2004.04.002>
- Malek, S., Reinhold, E. J., & Pearce, G. S. (2021). The Beighton Score as a measure of generalised joint hypermobility. *Rheumatology International*, 41(10), 1707-1716. <https://doi.org/10.1007/s00296-021-04832-4>
- McFarland, E. G., Kim, T. K., Park, H. B., Neira, C. A., & Gutierrez, M. I. (2003). The effect of variation in definition on the diagnosis of multidirectional instability of the shoulder. *The Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume*, 85(11), 2138-2144. <https://doi.org/10.2106/00004623-200311000-00011>
- Mintken, P. E., Cleland, J. A., Whitman, J. M., & George, S. Z. (2010). Psychometric Properties of the Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire and Tampa Scale of Kinesiophobia in Patients With Shoulder Pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(7), 1128-1136. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.04.009>
- Misamore, G. W., Sallay, P. I., & Didelot, W. (2005). A longitudinal study of patients with multidirectional instability of the shoulder with seven- to ten-year follow-up.

- Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 14(5), 466-470.
<https://doi.org/10.1016/j.jse.2004.11.006>
- Moroder, P., Danzinger, V., Maziak, N., Plachel, F., Pauly, S., Scheibel, M., & Minkus, M. (2020). Characteristics of functional shoulder instability. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 29(1), 68-78. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2019.05.025>
- Neer, C. S. 2nd, & Foster, C. R. (1980). Inferior capsular shift for involuntary inferior and multidirectional instability of the shoulder. A preliminary report. *JBJS*, 62(6), 897.
- Noorani, A., Goldring, M., Jaggi, A., Gibson, J., Rees, J., Bateman, M., Falworth, M., & Brownson, P. (2019). BESS/BOA patient care pathways : Atraumatic shoulder instability. *Shoulder & Elbow*, 11(1), 60-70.
<https://doi.org/10.1177/1758573218815002>
- Pérez-Palomares, S., Oliván-Blázquez, B., Pérez-Palomares, A., Gaspar-Calvo, E., Pérez-Benito, M., López-Lapeña, E., de la Torre-Beldarraín, M. L., & Magallón-Botaya, R. (2017). Contribution of Dry Needling to Individualized Physical Therapy Treatment of Shoulder Pain : A Randomized Clinical Trial. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 47(1), 11-20.
<https://doi.org/10.2519/jospt.2017.6698>
- Physiotherapy—Accessing physiotherapy*. (2017, novembre 15). Nhs.Uk.
<https://www.nhs.uk/conditions/physiotherapy/accessing/>
- Pop, T. (2013). Subluxation of the shoulder joint in stroke patients and the influence of selected factors on the incidence of instability. *Ortopedia, Traumatologia, Rehabilitacja*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.5604/15093492.1058421>
- Rouleau, D. M., Faber, K., & MacDermid, J. C. (2010). Systematic review of patient-administered shoulder functional scores on instability. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 19(8), 1121-1128. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2010.07.003>

- Roy, J., MacDermid, J. C., & Woodhouse, L. J. (2009). Measuring shoulder function : A systematic review of four questionnaires. *Arthritis Care & Research*, 61(5), 623-632. <https://doi.org/10.1002/art.24396>
- Sadi, J., Torchia, E., Faber, K. J., MacDermid, J., Lalonde, C., Watson, L., Weber, M., & Wu, N. (2020). Posterior Shoulder Instability Classification, Assessment, and Management : An International Delphi Study. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 50(7), 373-380. <https://doi.org/10.2519/jospt.2020.9225>
- Scott, M., Sachinis, N. P., & Gooding, B. (2020). The role of structured physiotherapy in treating patients with atraumatic shoulder instability : Medium term results from a case series. *Shoulder & Elbow*, 12(1), 63-70. <https://doi.org/10.1177/1758573218825392>
- Srour, F., & Nourissat, G. (2024, mai 29). *Instabilité. L'épaule au TOP*. <https://www.epauleautop.com/les-pathologies/instabilite/>
- Sullivan, G. M., & Artino, A. R. (2013). Analyzing and Interpreting Data From Likert-Type Scales. *Journal of Graduate Medical Education*, 5(4), 541-542. <https://doi.org/10.4300/JGME-5-4-18>
- Takwale, V. J., Calvert, P., & Rattue, H. (2000). Involuntary positional instability of the shoulder in adolescents and young adults. Is there any benefit from treatment? *The Journal of Bone and Joint Surgery. British Volume*, 82(5), 719-723. <https://doi.org/10.1302/0301-620x.82b5.9702>
- Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8(1), 45. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>
- Turner-Stokes, L. (2009). Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation : A practical guide. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 362-370. <https://doi.org/10.1177/0269215508101742>

- Veeger, H. E. J., & van der Helm, F. C. T. (2007). Shoulder function : The perfect compromise between mobility and stability. *Journal of Biomechanics*, 40(10), 2119-2129. <https://doi.org/10.1016/j.jbiomech.2006.10.016>
- von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2008). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement : Guidelines for reporting observational studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61(4), 344-349. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>
- Warby, S. A., Ford, J. J., Hahne, A. J., Watson, L., Balster, S., Lenssen, R., & Pizzari, T. (2018). Comparison of 2 Exercise Rehabilitation Programs for Multidirectional Instability of the Glenohumeral Joint : A Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Sports Medicine*, 46(1), 87-97. <https://doi.org/10.1177/0363546517734508>
- Warby, S. A., Ganderton, C., Watson, L., Pizzari, T., Balster, S., Hoy, G., Barwood, S., Kerr, B., Lawrence, S., Lenssen, R., Rotstein, A., Takla, A., Civier, O., & Hughes, M. (2024). Effect of a physiotherapy-directed rehabilitation programme on patients with multidirectional instability of the glenohumeral joint : A multimodal interventional MRI study protocol. *BMJ Open*, 14(2), e071287. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071287>
- Warby, S. A., Pizzari, T., Ford, J. J., Hahne, A. J., & Watson, L. (2014). The effect of exercise-based management for multidirectional instability of the glenohumeral joint : A systematic review. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 23(1), 128-142. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2013.08.006>
- Watson, L., Balster, S., Lenssen, R., Hoy, G., & Pizzari, T. (2018). The effects of a conservative rehabilitation program for multidirectional instability of the

- shoulder. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 27(1), 104-111.
<https://doi.org/10.1016/j.jse.2017.07.002>
- Watson, L., Story, I., Dalziel, R., Hoy, G., Shimmin, A., & Woods, D. (2005). A new clinical outcome measure of glenohumeral joint instability: The MISS questionnaire. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 14(1), 22-30.
<https://doi.org/10.1016/j.jse.2004.05.002>
- Watson, L., Warby, S., Balster, S., Lenssen, R., & Pizzari, T. (2017). The treatment of multidirectional instability of the shoulder with a rehabilitation programme : Part 2. *Shoulder & Elbow*, 9(1), 46-53. <https://doi.org/10.1177/1758573216652087>
- Wilk, K. E., Arrigo, C. A., & Andrews, J. R. (1997). Current concepts : The stabilizing structures of the glenohumeral joint. *The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 25(6), 364-379. <https://doi.org/10.2519/jospt.1997.25.6.364>
- Williamson, D. F., Parker, R. A., & Kendrick, J. S. (1989). The box plot : A simple visual method to interpret data. *Annals of Internal Medicine*, 110(11), 916-921.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-110-11-916>
- Zacchilli, M. A., & Owens, B. D. (2010). Epidemiology of shoulder dislocations presenting to emergency departments in the United States. *The Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume*, 92(3), 542-549.
<https://doi.org/10.2106/JBJS.I.00450>
- Zufferey, P. (2011). Diagnostic et prise en charge des douleurs de la région scapulaire. *Rev Med Suisse*, 286(10), 576-582.

7 Liste des figures

Figure 1 :Triangle de Stanmore.....	4
Figure 2 : Choix d'approches thérapeutiques	16
Figure 3: Sélection d'exercices par rapport à chaque vignette.	17
Figure 4 : Stratégies d'éducation thérapeutique	19
Figure 5 : Utilisation de questionnaires particuliers.	20
Figure 6 : Autre approche si le patient ne réagit pas à la prise en charge physiothérapique.	21
Figure 7 : Améliorations possibles dans la prise en charge de l'IEA.	22

8 Liste des tableaux

Tableau 1 : Données démographiques	15
--	----

9 Annexes

A. Détail des possibilités de classification de l'épaule selon FEDS

Table IV Detailed breakdown of all patients according to assigned FEDS classification

	% (n)
Solitary, traumatic, anterior subluxation	8.4 (32)
Solitary, traumatic, anterior dislocation	24.8 (95)
Solitary, traumatic, inferior subluxation	0.3 (1)
Solitary, traumatic, inferior dislocation	0.5 (2)
Solitary, traumatic, posterior subluxation	3.7 (14)
Solitary, traumatic, posterior dislocation	3.7 (14)
Solitary, atraumatic, anterior subluxation	0.5 (2)
Solitary, atraumatic, anterior dislocation	2.1 (8)
Solitary, atraumatic, inferior subluxation	0 (0)
Solitary, atraumatic, inferior dislocation	0 (0)
Solitary, atraumatic, posterior subluxation	0.3 (1)
Solitary, atraumatic, posterior dislocation	1.3 (5)
Occasional, traumatic, anterior subluxation	6.8 (26)
Occasional, traumatic, anterior dislocation	16.4 (63)
Occasional, traumatic, inferior subluxation	0.3 (1)
Occasional, traumatic, inferior dislocation	0 (0)
Occasional, traumatic, posterior subluxation	2.3 (9)
Occasional, traumatic, posterior dislocation	0.3 (1)
Occasional, atraumatic, anterior subluxation	0.5 (2)
Occasional, atraumatic, anterior dislocation	1.3 (5)
Occasional, atraumatic, inferior subluxation	0.3 (1)
Occasional, atraumatic, inferior dislocation	0 (0)
Occasional, atraumatic, posterior subluxation	0.3 (1)
Occasional, atraumatic, posterior dislocation	0.3 (1)
Frequent, traumatic, anterior subluxation	8.1 (31)
Frequent, traumatic, anterior dislocation	7.6 (29)
Frequent, traumatic, inferior subluxation	0 (0)
Frequent, traumatic, inferior dislocation	0 (0)
Frequent, traumatic, posterior subluxation	2.6 (10)
Frequent, traumatic, posterior dislocation	0.5 (2)
Frequent, atraumatic, anterior subluxation	3.4 (13)
Frequent, atraumatic, anterior dislocation	1.5 (6)
Frequent, atraumatic, inferior subluxation	0.5 (2)
Frequent, atraumatic, inferior dislocation	0.3 (1)
Frequent, atraumatic, posterior subluxation	1.3 (5)
Frequent, atraumatic, posterior dislocation	0 (0)

FEDS, Frequency, Etiology, Direction, and Severity.

Tiré de Hettrich et al. (2019)

B. Description des vignettes cliniques

Vignette 1 (instabilité de type II)

Homme de 26 ans souffrant d'une instabilité atraumatique de l'épaule droite. Il travaille comme comptable et jouait au handball, mais a arrêté en raison de difficultés aux lancers. Depuis lors, il a évité tout mouvement overhead. Il se plaint d'une sensation d'instabilité et d'inconfort de son épaule, en particulier lorsqu'il lève le bras au-dessus de la tête et qu'il jardine, et ce depuis quelques années.

Il a subi une arthrographie par résonance magnétique (Arthro-IRM) qui montre une lésion de Bankart du labrum antérieur. Il a été orienté vers de la physiothérapie par un chirurgien orthopédiste du membre supérieur. Il souhaite maintenant se remettre en forme et a commencé à courir et à faire des exercices de musculation pour le haut du corps. Il a du mal à utiliser les poids à cause de la douleur. Il se demande si l'exercice est la bonne chose à faire pour son épaule.

À l'examen, il présente une amplitude de mouvement complète, avec notamment une rotation externe excessive. Il présente un test de déficit de rotation interne gléno-humérale (GIRD) positif. Le test d'appréhension antérieure est positif.

Vignette 2 (instabilité de type III)

Femme de 24 ans souffrant de douleurs d'épaules bilatérales, d'une sensation d'instabilité et d'antécédents de multiples luxations atraumatiques des deux épaules. Après une luxation (gauche ou droite), elle se rend parfois au service des urgences pour une aide au recentrage de la tête humérale mais est normalement capable de se la recentrer elle-même, bien que l'épaule se déboîte souvent à nouveau peu de temps après. Elle possède un chien, mais a du mal à le contrôler en laisse car elle a l'impression que son épaule va se déboîter. Elle est incapable de travailler depuis 6 mois en raison des symptômes. A commencé à faire du bénévolat dans un centre de secours pour chiens, mais ne peut pas promener les chiens à cause de son épaule.

A suivi des séances de physiothérapie, d'hydrothérapie et de renforcement, mais estime que cela ne l'a pas aidé dans l'ensemble. Elle a vu un consultant qui lui a dit qu'elle n'était pas une candidate à la chirurgie, car il n'y avait pas de pathologie structurelle à l'imagerie. Une nouvelle ordonnance de physiothérapie a donc été prescrite. La patiente craint que cela ne l'aide pas à nouveau.

Vignette 3 (instabilité de type II-III)

Femme de 26 ans, employée de commerce. Antécédents d'instabilité atraumatique d'épaules bilatérales avec subluxations multiples. Elle bénéficie d'un bon soutien social mais mène une vie relativement sédentaire. On lui a dit qu'elle était hypermobile lorsqu'elle était plus jeune. Pas d'antécédents médicaux. Elle évite de soulever des charges et de lever les bras au-dessus de la tête car elle a l'impression que ses épaules vont se détacher.

À l'examen, elle a une amplitude active de flexion réduite des épaules en raison de la douleur et se sent instable. L'amplitude de mouvement est totale en passif, avec une rotation externe de 90 degrés. Son score de Beighton est de 7/9. Elle présente plusieurs tests positifs : le signe du sulcus, le test de charge et de déplacement antérieur et postérieur, ainsi que l'anterior apprehension/relocation test.

C. Modifications du sondage

Type de question	Sondage initial	Modifications apportées	Justification
Critères de sélection	Êtes-vous un physiothérapeute diplômé et inscrit au HCPC exerçant actuellement au Royaume-Uni ?	Êtes-vous un-e physiothérapeute diplômé-e travaillant actuellement en Suisse romande dans le domaine MSQ ? Si oui, dans quel canton ?	Différences culturelles
Questions démographiques	Question ajoutée	Avez-vous obtenu le Bachelor of Science en physiothérapie en suisse ?	Différencier les connaissances selon les institutions
Questions démographiques	Avez-vous suivi une formation qui comprenait l'instabilité atraumatique de l'épaule ? Cours externe, supervision 1:1	Formation continue, conférence, podcast, vidéo, formation interne, formation en ligne, lecture d'articles scientifiques	Différences culturelles dans l'acquisition des connaissances
Questions démographiques	Dans quelle institution vous travaillez ? NHS, Hôpital privé, cabinet privé, éducation, sports	Hôpital, clinique, physiothérapie à domicile	Différences culturelles
Questions démographiques	Comment les clients accèdent-ils à vos services ?	Question supprimée	En suisse, le patient accède à la physiothérapie à l'aide d'une ordonnance médicale ou par lui-même en payant ses séances.
Vignettes cliniques	Question ajoutée	Utiliseriez-vous des questionnaires particuliers pour évaluer la clinique du patient (WOSI, OSIQ, MISQ, ISIS, Tempascale of Kinesophobia)	Connaître si les physiothérapeutes utilisent des questionnaires spécifiques.
Vignette 1	County cricket	Handball	Différences culturelles
Vignette 1	Extended scope practitioner	Chirurgien orthopédiste du membre supérieur	Différences culturelles
Vignette 2 & 3	Douleurs bilatérales	Douleurs d'épaules bilatérales	Spécifier que ce sont les deux épaules qui sont touchées
Élargissement des connaissances	Option ajoutée	Approfondissement dans la formation initiale	Recommandation d'un physiothérapeute de la version-test

D. Sondage REDCap pour la Suisse romande

Page 1

Sondage sur l'instabilité d'épaule

Auteurs

Mathias Granger et Noah Fornerod, étudiants en 3ème année de Bachelor en physiothérapie

Haute Ecole spécialisée de Suisse Occidentale, 3954 Leukerbad

Description du contenu

Ce sondage vous est envoyé dans le cadre de notre travail de Bachelor. Il est traduit et adapté de l'étude de Coulthard et al. 2021 "Management of atraumatic shoulder instability in physiotherapy (MASIP): a survey of physiotherapy practice". Il a pour but d'évaluer la gestion de la prise en charge de l'instabilité d'épaule atraumatique en physiothérapie en suisse romande.

Définition de l'instabilité atraumatique d'épaule

"L'instabilité atraumatique de l'épaule est définie comme un mouvement ou une position anormale de l'épaule qui entraîne des douleurs, des subluxations, des luxations et une gêne fonctionnelle, mais surtout qui survient sans qu'il y ait d'antécédents de lésions importantes." (Noorani, A. et al. 2019). Galvin et al. (2017) ajoutent que l'instabilité est également accompagnée d'une appréhension.

Nota Bene: Notez que ce sondage est entièrement anonyme et ne portera aucun jugement sur votre manière de prendre en charge cette pathologie. Il servira à faire un état des lieux de la prise en charge actuelle de cette pathologie en suisse romande

Ce sondage peut-être rempli en plusieurs fois, en cliquant sur le bouton "save and return later" à la fin du sondage. Copiez le code et collez-le dans la section "Returning?" en-haut à droite de l'écran afin de le poursuivre.

Temps nécessaire pour remplir ce questionnaire: 25-30 minutes

Êtes-vous un-e physiothérapeute diplômé-e travaillant actuellement en Suisse romande dans le domaine musculosquelettique ?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
--	---

Dans quel canton?	<input type="radio"/> Berne <input type="radio"/> Fribourg <input type="radio"/> Genève <input type="radio"/> Jura <input type="radio"/> Neuchâtel <input type="radio"/> Valais <input type="radio"/> Vaud
-------------------	--

Avez-vous déjà pris en charge une instabilité d'épaule atraumatique ?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
---	---

Depuis combien d'années exercez-vous en tant que physiothérapeute ? (peu importe le pourcentage)	<input type="radio"/> 0-2 ans <input type="radio"/> 2-4 ans <input type="radio"/> 4-6 ans <input type="radio"/> 6-8 ans <input type="radio"/> 8-10 ans <input type="radio"/> > 10 ans
--	--

Combien d'années d'expérience cumulées avez-vous dans le domaine musculosquelettique? (peu importe le pourcentage)	<input type="radio"/> 0-2 ans <input type="radio"/> 2-4 ans <input type="radio"/> 4-6 ans <input type="radio"/> 6-8 ans <input type="radio"/> 8-10 ans <input type="radio"/> > 10 ans
--	--

Avez-vous obtenu le Bachelor of Science en physiothérapie en Suisse ?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
---	---

05.06.2024 16:06

projectredcap.org



Si non, où?

Dans quelle(s) structure(s) pratiquez-vous actuellement ?

- ☐ Hôpital (stationnaire et ambulatoire)
- ☐ Cabinet
- ☐ Clinique (stationnaire et ambulatoire)
- ☐ Physiothérapie à domicile
- ☐ Sport professionnel / élite
- ☐ Sport semi-professionnel / amateur
- ☐ Autre

Si autre, quel type d'institution?

Avez-vous suivi une formation qui comprenait l'instabilité atraumatique de l'épaule?

- ☐ Formation continue
- ☐ Conférence
- ☐ Podcast
- ☐ Vidéo
- ☐ Formation interne
- ☐ Formation en ligne
- ☐ Lecture d'article scientifique
- ☐ Autre
- ☐ Pas de formation spécifique

Si autre, quel type de formation?

Êtes-vous membre d'une organisation ou d'un groupe d'intérêt clinique spécialisé dans le membre supérieur ?

- ☐ Yes
- ☐ No

Avez-vous un intérêt particulier pour l'instabilité atraumatique de l'épaule ?

- ☐ Yes
- ☐ No

Travaillez-vous dans un centre spécialisé dans la prise en charge de l'épaule ?

- ☐ Yes
- ☐ No

Estimez le pourcentage de patients souffrant d'instabilité atraumatique de l'épaule dans votre charge de travail annuelle moyenne en musculosquelettique.

- ☐ Aucun
- ☐ 0-10%
- ☐ 10-30%
- ☐ 30-50%
- ☐ 50-75%
- ☐ > 75%

Avez-vous déjà personnellement souffert d'instabilité atraumatique de l'épaule en dehors de votre lieu de travail ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Préfère ne pas dire

Si oui, veuillez fournir des détails.

Vignette 1

Veillez lire la mise en situation ci-dessous et répondre aux questions qui suivent.

Homme de 26 ans souffrant d'une instabilité atraumatique de l'épaule droite. Il travaille comme comptable et jouait au handball, mais a arrêté en raison de difficultés aux lancers. Depuis lors, il a évité tout mouvement overhead. Il se plaint d'une sensation d'instabilité et d'inconfort de son épaule, en particulier lorsqu'il lève le bras au-dessus de la tête et qu'il jardine, et ce depuis quelques années.

Il a subi une arthrographie par résonance magnétique (Arthro-IRM) qui montre une lésion de Bankart du labrum antérieur. Il a été orienté vers de la physiothérapie par un chirurgien orthopédiste du membre supérieur. Il souhaite maintenant se remettre en forme et a commencé à courir et à faire des exercices de musculation pour le haut du corps. Il a du mal à utiliser les poids à cause de la douleur. Il se demande si l'exercice est la bonne chose à faire pour son épaule.

À l'examen, il présente une amplitude de mouvement complète, avec notamment une rotation externe excessive. Il présente un test de déficit de rotation interne gléno-humérale (GIRD) positif. Le test d'appréhension antérieure est positif.

Utiliserez-vous un système de classification pour orienter la prise en charge de ce patient?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Ne sais pas

Quel système de classification utiliserez-vous?

En utilisant le système de classification sélectionné, quelle classification donneriez-vous à ce patient?

Utiliserez-vous un/des questionnaire(s) particulier(s) pour évaluer la clinique du patient ?

- ☐ Yes
☐ No

Le(s)quel(s)?

- ☐ WOSI (Western Ontario Shoulder Instability Index)
☐ OSIQ (Oxford Shoulder Instability Questionnaire)
☐ MISS (Melbourne Instability Shoulder Scale)
☐ ISIS (Instability Severity Index Score)
☐ Tempascale of kinesiophobia
☐ Autre

Si autre, lequel?

Décrivez les pistes de traitement que vous exploreriez au fur et à mesure de l'évolution du traitement. (Veuillez inclure autant de détails que possible).

(Homme de 26 ans souffrant d'une instabilité atraumatique de l'épaule droite. Il travaille comme comptable et jouait au handball, mais a arrêté en raison de difficultés aux lancers. Depuis lors, il a évité tout mouvement overhead. Il se plaint d'une sensation d'instabilité et d'inconfort de son épaule, en particulier lorsqu'il lève le bras au-dessus de la tête et qu'il jardine, et ce depuis quelques années. Il a subi une arthrographie par résonance magnétique (Arthro-IRM) qui montre une lésion de Bankart du labrum antérieur. Il a été orienté vers de la physiothérapie par un chirurgien orthopédiste du membre supérieur. Il souhaite maintenant se remettre en forme et a commencé à courir et à faire des exercices de musculation pour le haut du corps. Il a du mal à utiliser les poids à cause de la douleur. Il se demande si l'exercice est la bonne chose à faire pour son épaule. À l'examen, il présente une amplitude de mouvement complète, avec notamment une rotation externe excessive. Il présente un test de déficit de rotation interne gléno-humérale (GIRD) positif. Le test d'appréhension antérieure est positif.)

Utiliseriez-vous un protocole ou des guidelines pour guider votre prise en charge ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Ne sais pas

Quel protocole/guidelines utiliseriez-vous ?

Si le patient ne réagit pas à la prise en charge que vous avez décrite, envisageriez-vous l'une des options suivantes ?

- ☐ Des approches physiothérapiques différentes ou alternatives à celles décrites précédemment
☐ Examens complémentaires
☐ Orientation vers un autre professionnel de la santé
☐ Aucune de ces réponses
☐ Autre

Quelle autre option?

Vignette 2

Veuillez lire la mise en situation ci-dessous et répondre aux questions qui suivent.

Femme de 24 ans souffrant de douleurs d'épaules bilatérales, d'une sensation d'instabilité et d'antécédents de multiples luxations atraumatiques des deux épaules. Après une luxation (gauche ou droite), elle se rend parfois au service des urgences pour une aide au recentrage de la tête humérale mais est normalement capable de se la recentrer elle-même, bien que l'épaule se déboîte souvent à nouveau peu de temps après. Elle possède un chien, mais a du mal à le contrôler en laisse car elle a l'impression que son épaule va se déboîter. Elle est incapable de travailler depuis 6 mois en raison des symptômes. A commencé à faire du bénévolat dans un centre de secours pour chiens, mais ne peut pas promener les chiens à cause de son épaule. A suivi des séances de physiothérapie, d'hydrothérapie et de renforcement, mais estime que cela ne l'a pas aidé dans l'ensemble. Elle a vu un consultant qui lui a dit qu'elle n'était pas une candidate à la chirurgie, car il n'y avait pas de pathologie structurelle à l'imagerie. Une nouvelle ordonnance de physiothérapie a donc été prescrite. La patiente craint que cela ne l'aide pas à nouveau.

Utiliserez-vous un système de classification pour orienter la prise en charge de ce patient?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Ne sais pas

Quel système de classification utiliserez-vous?

En utilisant le système de classification sélectionné, quelle classification donneriez-vous à ce patient?

Utiliserez-vous un/des questionnaire(s) particulier(s) à l'instabilité d'épaule pour évaluer la clinique de la patiente ?

- ☐ Yes
☐ No

Le(s)quel(s)?

- ☐ WOSI (Western Ontario Shoulder Instability Index)
☐ OSIQ (Oxford Shoulder Instability Questionnaire)
☐ MISS (Melbourne Instability Shoulder Scale)
☐ ISIS (Instability Severity Index Score)
☐ Tempascale of kinesophobia
☐ Autre

Si autre, lequel?

Décrivez les pistes de traitement que vous exploreriez au fur et à mesure de l'évolution du traitement. (Veuillez inclure autant de détails que possible)

(Femme de 24 ans souffrant de douleurs d'épaules bilatérales, d'une sensation d'instabilité et d'antécédents de multiples luxations atraumatiques des deux épaules. Après une luxation (gauche ou droite), elle se rend parfois au service des urgences pour une aide au recentrage de la tête humérale mais est normalement capable de se la recentrer elle-même, bien que l'épaule se déboîte souvent à nouveau peu de temps après. Elle possède un chien, mais a du mal à le contrôler en laisse car elle a l'impression que son épaule va se déboîter. Elle est incapable de travailler depuis 6 mois en raison des symptômes. A commencé à faire du bénévolat dans un centre de secours pour chiens, mais ne peut pas promener les chiens à cause de son épaule. A suivi des séances de physiothérapie, d'hydrothérapie et de renforcement, mais estime que cela ne l'a pas aidé dans l'ensemble. Elle a vu un consultant qui lui a dit qu'elle n'était pas une candidate à la chirurgie, car il n'y avait pas de pathologie structurelle à l'imagerie. Une nouvelle ordonnance de physiothérapie a donc été prescrite. La patiente craint que cela ne l'aide pas à nouveau.)

Utiliserez-vous un protocole ou des guidelines pour guider votre prise en charge ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Ne sais pas

Quel protocole/guidelines utiliserez-vous ?

Si la patiente ne réagit pas à la prise en charge que vous avez décrite, envisageriez-vous l'une des options suivantes ?

- ☐ Des approches physiothérapiques différentes ou alternatives à celles décrites précédemment
- ☐ Examens complémentaires
- ☐ Orientation vers un autre professionnel de la santé
- ☐ Aucune de ces réponses
- ☐ Autre

Quelle autre option?

Vignette 3

Veuillez lire la mise en situation ci-dessous et répondre aux questions qui suivent.

Femme de 26 ans, employée de commerce. Antécédents d'instabilité atraumatique d'épaules bilatérales avec subluxations multiples. Elle bénéficie d'un bon soutien social mais mène une vie relativement sédentaire. On lui a dit qu'elle était hypermobile lorsqu'elle était plus jeune. Pas d'antécédents médicaux. Elle évite de soulever des charges et de lever les bras au-dessus de la tête car elle a l'impression que ses épaules vont se détacher. À l'examen, elle a une amplitude active de flexion réduite des épaules en raison de la douleur et se sent instable. L'amplitude de mouvement est totale en passif, avec une rotation externe de 90 degrés. Son score de Beighton est de 7/9. Elle présente plusieurs tests positifs: le signe du sulcus, le test de charge et de déplacement antérieur et postérieur, ainsi que l'anterior apprehension/relocation test.

Utiliseriez-vous un système de classification pour orienter la prise en charge de ce patient?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

Quel système de classification utiliseriez-vous?

En utilisant le système de classification sélectionné, quelle classification donneriez-vous à ce patient?

Utilisez-vous un/des questionnaire(s) particulier(s) à l'instabilité pour évaluer la clinique du patient ?

- ☐ Yes
- ☐ No

Le(s)quel(s)?

- ☐ WOSI (Western Ontario Shoulder Instability Index)
- ☐ OSIQ (Oxford Shoulder Instability Questionnaire)
- ☐ MISS (Melbourne Instability Shoulder Scale)
- ☐ ISIS (Instability Severity Index Score)
- ☐ Tempascale of kinesophobia
- ☐ Autre

Si autre, lequel?

Décrivez les pistes de traitement que vous exploreriez au fur et à mesure de l'évolution du traitement. (veuillez inclure autant de détails que possible)

(Femme de 26 ans, employée de commerce. Antécédents d'instabilité atraumatique d'épaules bilatérales avec subluxations multiples. Elle bénéficie d'un bon soutien social mais mène une vie relativement sédentaire. On lui a dit qu'elle était hypermobile lorsqu'elle était plus jeune. Pas d'antécédents médicaux. Elle évite de soulever des charges et de lever les bras au-dessus de la tête car elle a l'impression que ses épaules vont se détacher. À l'examen, elle a une amplitude active de flexion réduite des épaules en raison de la douleur et se sent instable. L'amplitude de mouvement est totale en passif, avec une rotation externe de 90 degrés. Son score de Beighton est de 7/9. Elle présente plusieurs tests positifs: le signe du sulcus, le test de charge et de déplacement antérieur et postérieur, ainsi que l'anterior apprehension/relocation test.)

Utiliseriez-vous un protocole ou des guidelines pour guider votre prise en charge ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Ne sais pas

Quel protocole/guidelines utiliseriez-vous ?

Si la patiente ne réagit pas à la prise en charge que vous avez décrite, envisageriez-vous l'une des options suivantes ? (Veuillez cocher la case et fournir des détails et justifier votre réponse)

- ☐ Des approches physiothérapiques différentes ou alternatives à celles décrites précédemment
☐ Examens complémentaires
☐ Orientation vers un autre professionnel de la santé
☐ Aucune de ces réponses
☐ Autre

Quelle autre option?

**Comment évaluez-vous votre taux de confiance dans la prise en charge des patients
présentant une instabilité atraumatique de l'épaule ?**

Aucune idée



Peu confiant



Confiant



Très confiant



Veuillez évaluer votre connaissance des techniques de prise en charge suivantes, appliquées aux patients souffrant d'une instabilité atraumatique de l'épaule.

	Aucune connaissance	Peu de connaissances	Assez de connaissances	Beaucoup de connaissances	Connaissances parfaites
Exercices de renforcement de la coiffe des rotateurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Renforcement des muscles stabilisateurs de l'omoplate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exercices posturaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exercices dans la "zone de sécurité"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exercices de la chaîne cinétique ouverte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exercices de la chaîne cinétique fermée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exercices d'équilibre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entraînement à la discrimination tactile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entraînement à la latéralité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exercices d'assouplissement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entraînement à la perception de la position de l'articulation (Joint Position Sense)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hydrothérapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facilitation neuromusculaire proprioceptive (PNF)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modification de l'activité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trigger points	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dry Needling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acupuncture	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bio feed-back	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kinesio Taping	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ultrasons thérapeutiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ondes de choc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimulation électrique fonctionnelle (FES)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimulation nerveuse transcutanée électrique (TENS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vêtements de compression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Education autogestion de la luxation atraumatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Education à la gestion de la douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Explication de la pathologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Veuillez évaluer votre degré d'utilisation des techniques de prise en charge suivantes pour les patients souffrant d'une instabilité atraumatique de l'épaule.

	Jamais	Rarement	Environ la moitié du temps	Habituellement	Toujours
Exercices de renforcement de la coiffe des rotateurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Renforcement des muscles stabilisateurs de l'omoplate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exercices posturaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exercices dans la "zone de sécurité"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exercices de la chaîne cinétique ouverte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exercices de la chaîne cinétique fermée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exercices d'équilibre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entraînement à la discrimination tactile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entraînement à la latéralité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exercices d'assouplissement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entraînement à la perception de la position de l'articulation (Joint Position Sense)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hydrothérapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facilitation neuromusculaire proprioceptive (PNF)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modification de l'activité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trigger points	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dry Needling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acupuncture	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bio feed-back	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kinesio Taping	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ultrasons thérapeutiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ondes de choc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimulation électrique fonctionnelle (FES)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimulation nerveuse transcutanée électrique (TENS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vêtements de compression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Education autogestion de la luxation atraumatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Education à la gestion de la douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Explication de la pathologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Envisageriez-vous d'autres stratégies de traitement pour prendre en charge un patient souffrant d'une instabilité atraumatique de l'épaule ?	<input type="radio"/> Yes
	<input type="radio"/> No

Quelle(s) stratégie(s) ?

Elargissement des connaissances sur l'instabilité atraumatique d'épaule

Selon vous, qu'est-ce qui pourrait améliorer la capacité des physiothérapeutes à prendre en charge les patients souffrant d'une instabilité atraumatique de l'épaule ?

- ☐ Podcast
- ☐ Cours en ligne
- ☐ Conférence
- ☐ Formation interne
- ☐ Formation continue
- ☐ Approfondissement dans la formation initiale
- ☐ Travail dans un environnement spécialisé
- ☐ Guidelines
- ☐ Autres

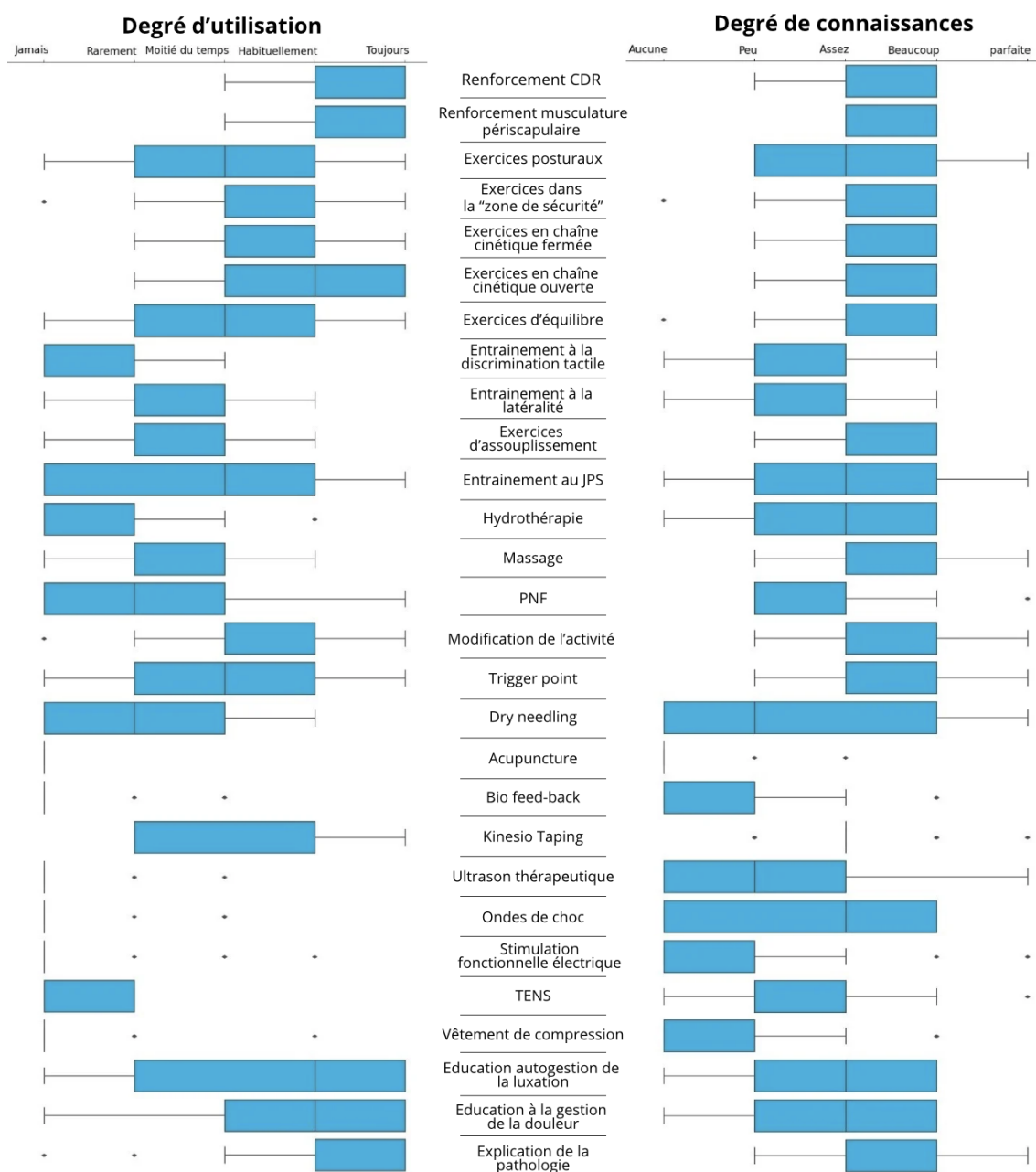
Si autres, quelle(s) proposition(s)?

Pensez-vous que de nouvelles recherches pourraient vous aider à orienter votre pratique clinique en ce qui concerne l'instabilité atraumatique de l'épaule ?

- ☐ Yes
- ☐ No

Quels seraient, selon vous, les principaux domaines de recherche ?

E. Connaissance et utilisation des stratégies de traitement



Abréviation : Entraînement à la perception de la position de l'articulation (JPS), stimulation électrique fonctionnelle (FES), stimulation nerveuse transcutanée électrique (TENS), proprioceptive neuromuscular facilitation (PNF)