

L'épaule douloureuse

Dr med. Patrick Goetti, MERc
Médecin associé
Chirurgie orthopédique
Médecin du sport (SEMS)
CHUV/UNIL
patrick.goetti@chuv.ch



Thursday, April 2nd 2026


UNIL | Université de Lausanne



Objectifs des 45 prochaines minutes

- Identifier les diagnostics fréquents
- Repérer les drapeaux rouges
- Faire un examen clinique efficace en 5 minutes
- Mettre en place un traitement adapté
- Savoir quand et quelle imagerie prescrire
- Savoir quand adresser au spécialiste

Douleur épaule en médecine de 1^{er} recours

Lucas et al. *BMC Musculoskeletal Disorders* (2022) 23:1073
<https://doi.org/10.1186/s12891-022-05973-8>

BMC Musculoskeletal
Disorders

RESEARCH

Open Access

A systematic review of the global prevalence and incidence of shoulder pain



J. Lucas^{1*}, P. van Doorn², E. Hegedus³, J. Lewis^{4,5} and D. van der Windt¹

Prévalence population générale :

- Médiane **16 %** (0,67–55 %)
- En soins primaires : (**≈ 1 patient sur 40**)
- Plus fréquent chez les **femmes** et dans les **pays à hauts revenus**

Table 1 Summary of findings of estimates of the prevalence and incidence of shoulder pain

	Prevalence (%)		Incidence (per 1000 person-years) ^a	
	Number of estimates	Median (range)	Number of estimates	Median (range)
Overall	61	14.5 (0.67 to 55.2)	8	37.8 (7.7 to 62)
<i>Setting</i>				
Primary care	7	2.36 (1.01 to 4.84)	6	37.8 (7.7 to 29.5)
Community/general population	54	16.0 (0.67 to 55.2)	2	11.4; 62
<i>Sex</i>				
Women	25	20.2 (2.0 to 62.3)	–	–
Men	25	12.5 (2.1 to 46.6)	–	–
<i>Economic status</i>				
High income nations	35	16.9 (1.01 to 55.2)	–	–
Upper-middle income nations	12	8.0 (3.56 to 24.0)	–	–
Lower-middle income nations	10	9.5 (2.0 to 22.7)	–	–
Low income nations	1	0.67	–	–
<i>Risk of bias (overall score)</i>				
Low	44	21 (1.01 to 42.4)	–	–
Moderate	17	10.34 (0.67 to 55.2)	–	–
<i>Case definition</i>				
COPCORD definition ^b	23	7.4 (0.67 to 22.7)	–	–
Definition similar to COPCORD	19	21.0 (9.0 to 55.2)	–	–
Definition requiring minimum symptom frequency/duration	12	20.49 (3.06 to 30.7)	–	–
<i>Primary health care records</i>	7	2.36 (1.01 to 4.84)	–	–
<i>Reference period</i>				
Point prevalence	3	21 (20.9 to 26)	–	–
7-day prevalence	24	8.6 (2.0 to 34.2)	–	–
2 to 6-week prevalence	9	21 (11.7 to 42.4)	–	–
12-month prevalence	17	16.0 (1.01 to 55.2)	–	–
Lifetime	1	22.3	–	–

^a No further subgroup analyses are presented for incidence estimates, given the small number of studies providing data on incidence

^b COPCORD definition: Pain, stiffness or swelling in the shoulder region. Marked on body map

Douleur épaule en médecine de 1^{er} recours

- 2ème motif de douleur musculosquelettique après la lombalgie
- Pic : 40–60 ans
- **Retentissement professionnel majeur**

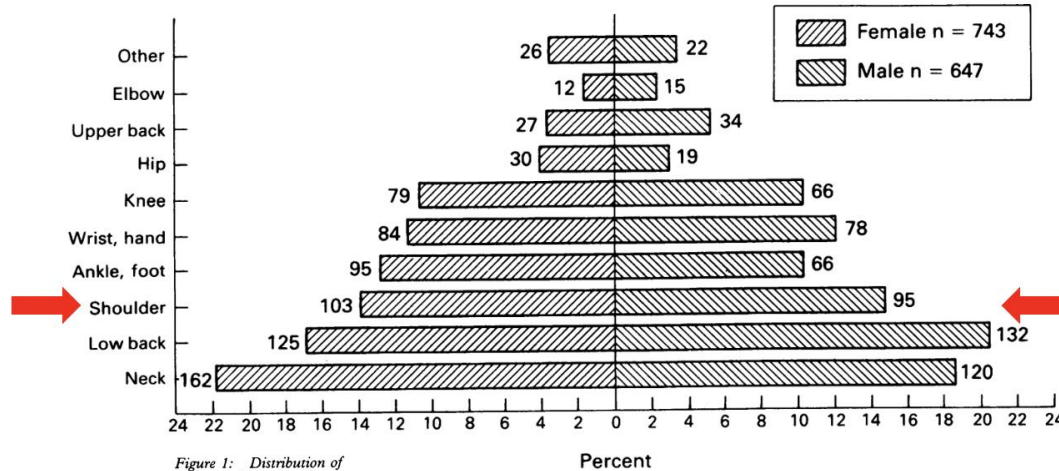
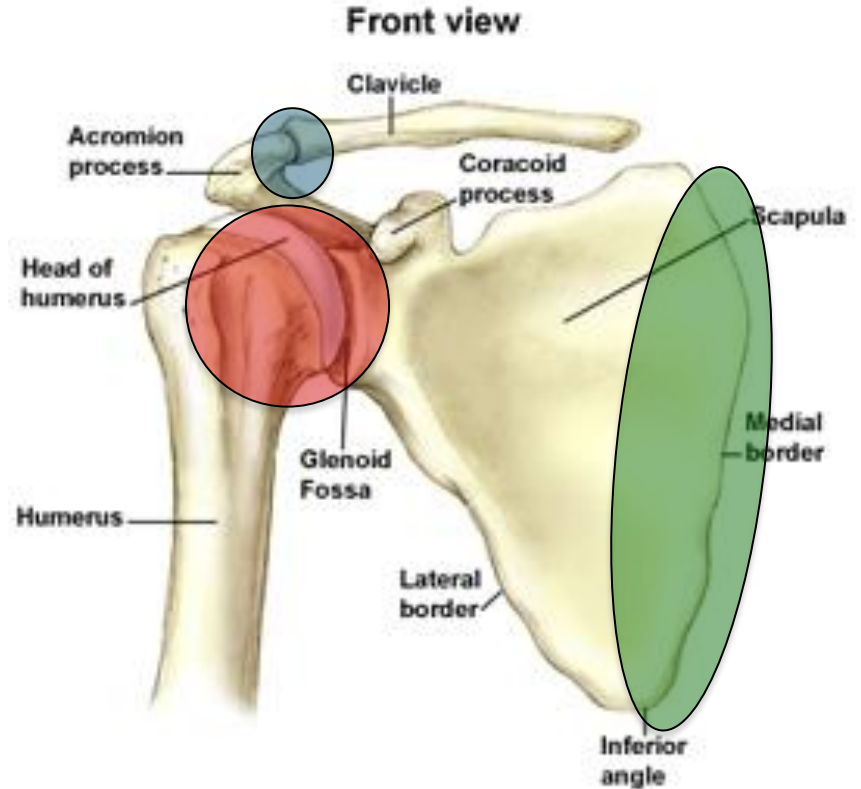


Figure 1: Distribution of patients visiting health centre doctors for different locations of musculoskeletal symptoms grouped by sex.

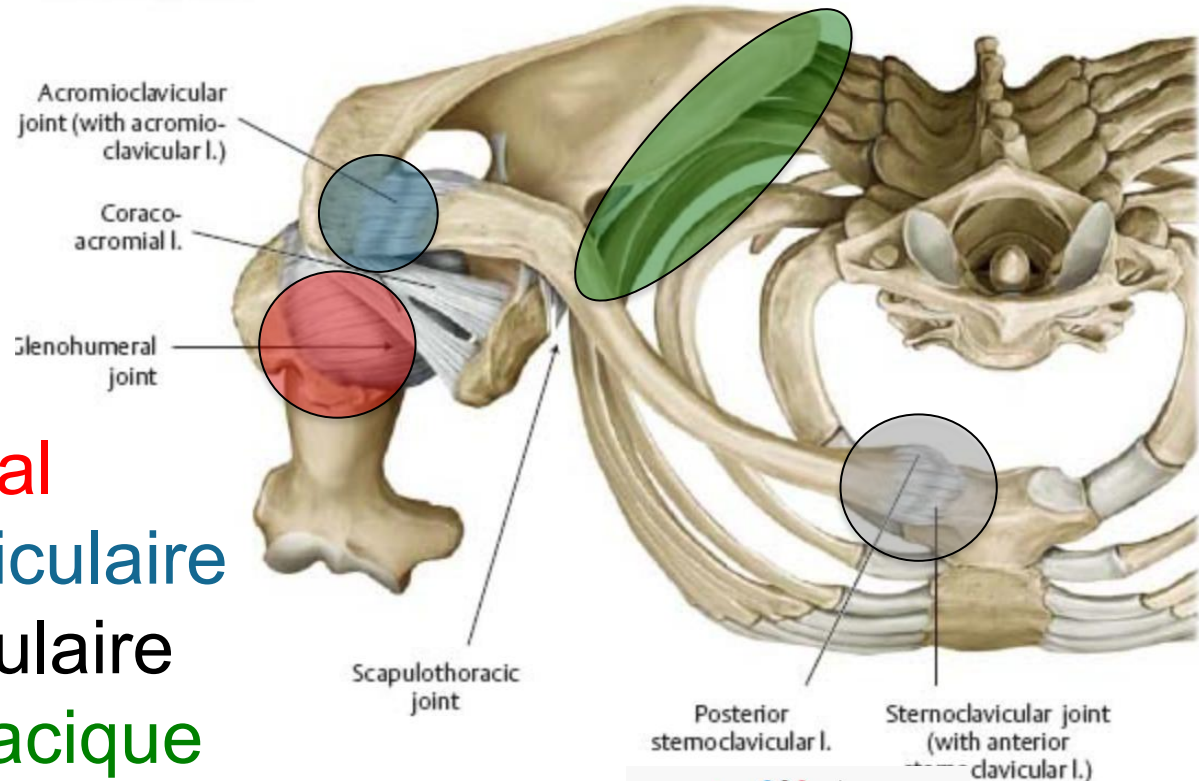
Rekola KE, et al. J Epidemiol Community Health 1993

Anatomie osseuse

- Gléno-huméral
- Acromio-claviculaire
- Scapulo-thoracique



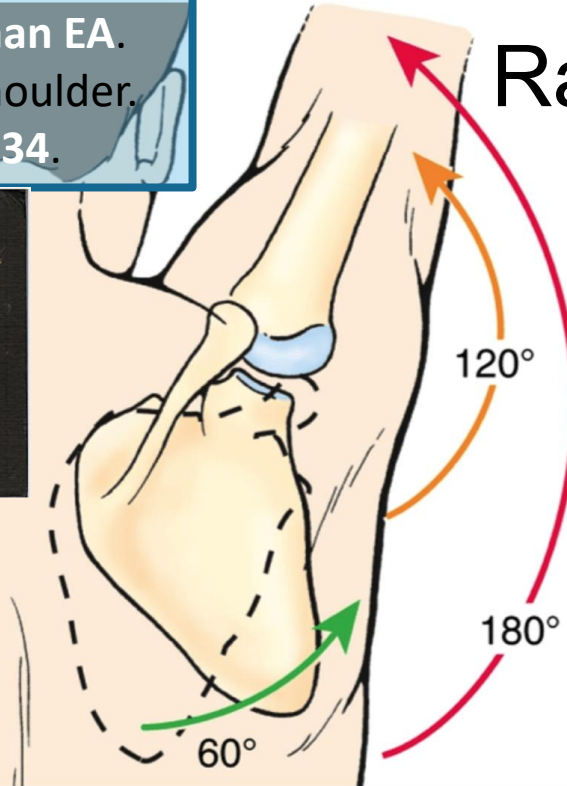
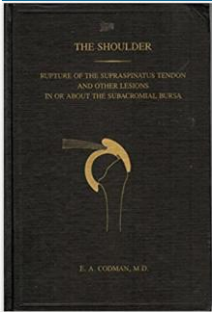
Anatomie osseuse



Gléno-huméral
Acromio-claviculaire
Sterno-claviculaire
Scapulo-thoracique

Ratio scapulo-huméral

Codman EA.
The shoulder.
1934.



Ratio scapula-thoracique 2:1

PERSPECTIVES IN SHOULDER RESEARCH: THE CLASSIC

Observations of the Function of the Shoulder Joint

Inman, Verne; Saunders, J.; Abbott, Leroy

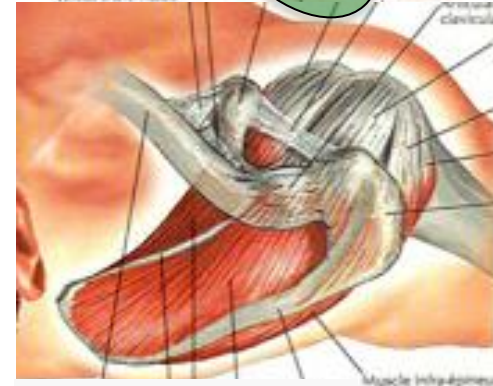
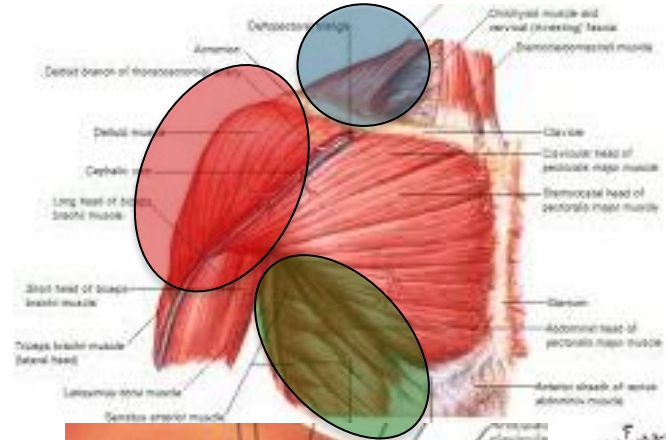
Section Editor(s): Bigliani, Louis [Author Information](#)

Clinical Orthopaedics and Related Research®: September 1996 - Volume 330 - Issue - p 3-12

Anatomie musculaire

Les + importants

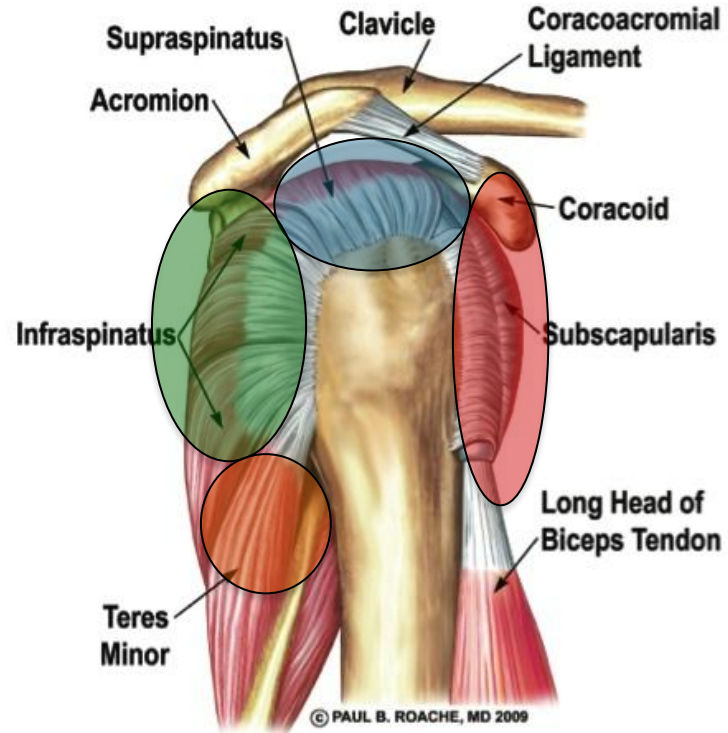
- Deltoïde
- Trapèze
- Dentelé antérieur
- Coiffe des rotateurs
 - Subscapulaire
 - Supra-épineux
 - Infra-épineux
 - Petit rond



Anatomie musculaire

Coiffes de rotateurs

- Subscapulaire
- Supra-épineux
- Infra-épineux
- Petit rond



© PAUL B. ROACHE, MD 2009

Les questions clés



L'âge



Mode d'apparition



Localisation des douleurs

Age oriente sur le diagnostic

< 40 ans	Instabilité (luxation ou micro-instabilité), tendinopathie débutante
40–60 ans	Tendinopathie de la coiffe (+/- calcifiante), capsulite inflammatoire
> 60 ans	Rupture de coiffe +++, omarthrose primaire ou secondaire

Lésion de coiffe et âge

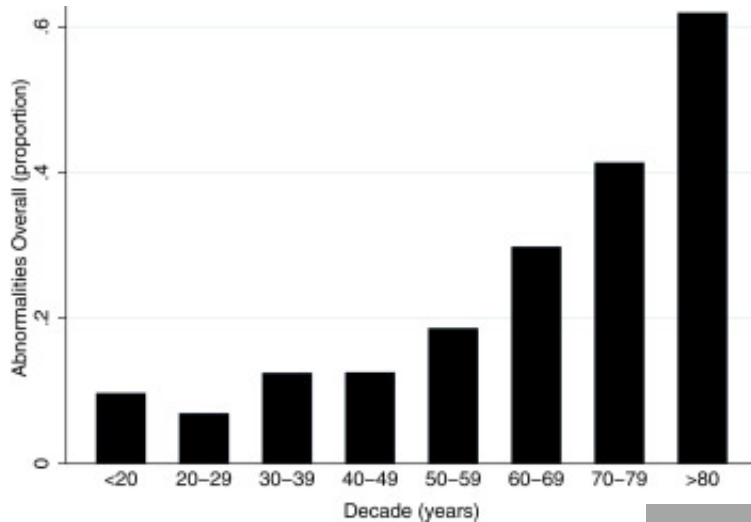


Journal of Shoulder and Elbow Surgery
Volume 23, Issue 12, December 2014, Pages 1913-1921



Review article

A systematic review and pooled analysis of the prevalence of rotator cuff disease with increasing age



- Population vieillit
- **Mais reste active!**



<https://www.itftennis.com/en/itf-tours/seniors-tennis-tour/>

Mode apparition

Traumatique



- Coiffe, luxation, fracture

Progressif, après l'effort

- Conflit, Tendinopathie, coiffe dégénérative

Apparition brutal atraumatique (nocturne?)

- Tendinite calcifiante, capsulite inflammatoire



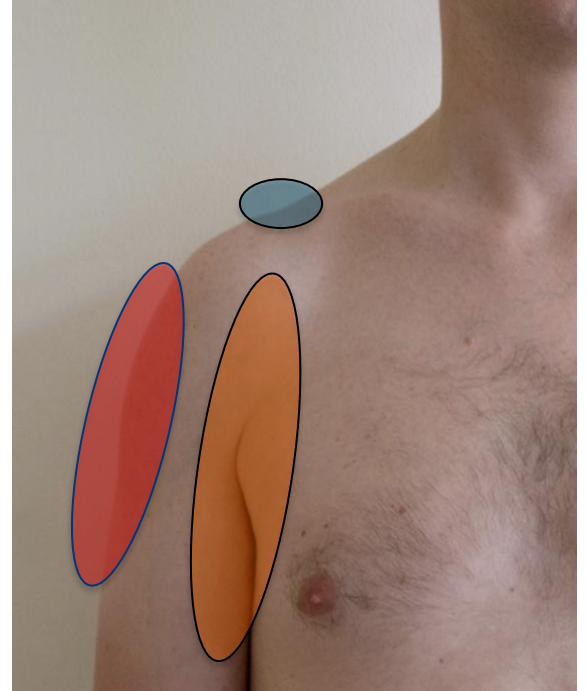
Localisation?

Face latérale bras → coiffe des rotateurs

Face antérieure → long chef du biceps

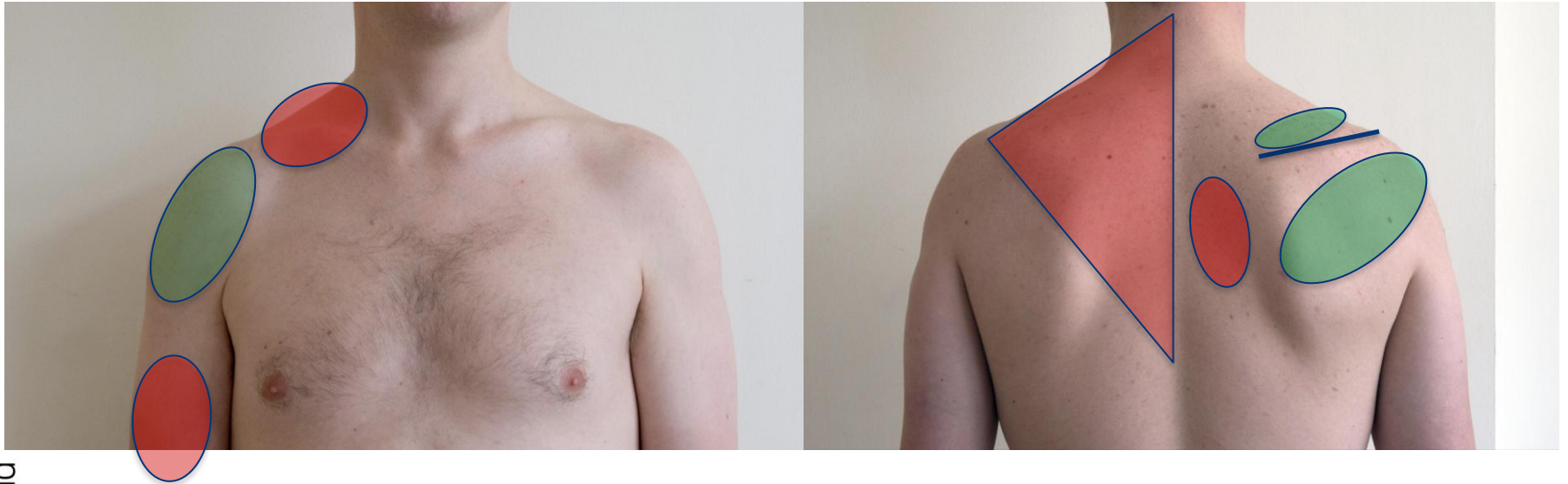
Sommet épaule → articulation acromio-claviculaire

DD: Les douleurs du trapèze, entre l'omoplate ou au niveau de la colonne cervicale ont rarement une origine dans l'épaule



Inspection

Toujours les deux côté, sans t-shirt!
Atrophie? Déformation? Hématome?



<https://www.medistudents.com/osce-skills/shoulder-examination>

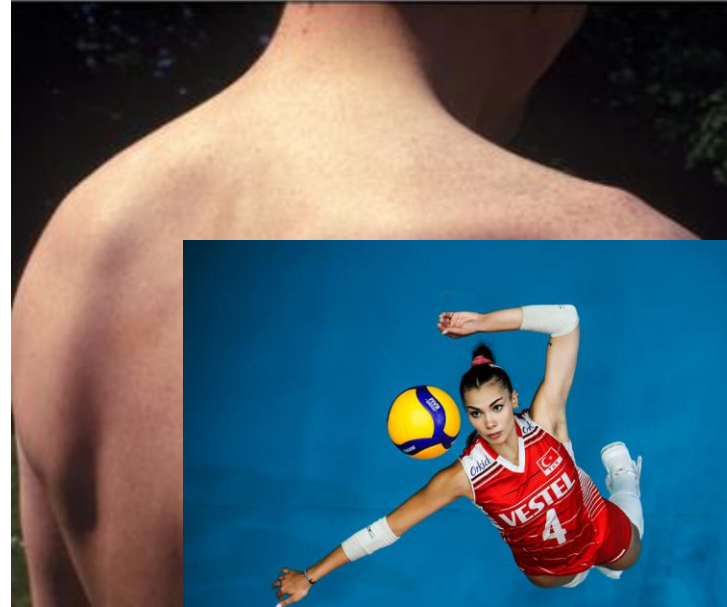
Gerber C. et al. JSES 1998

Présentation typique

79 ans

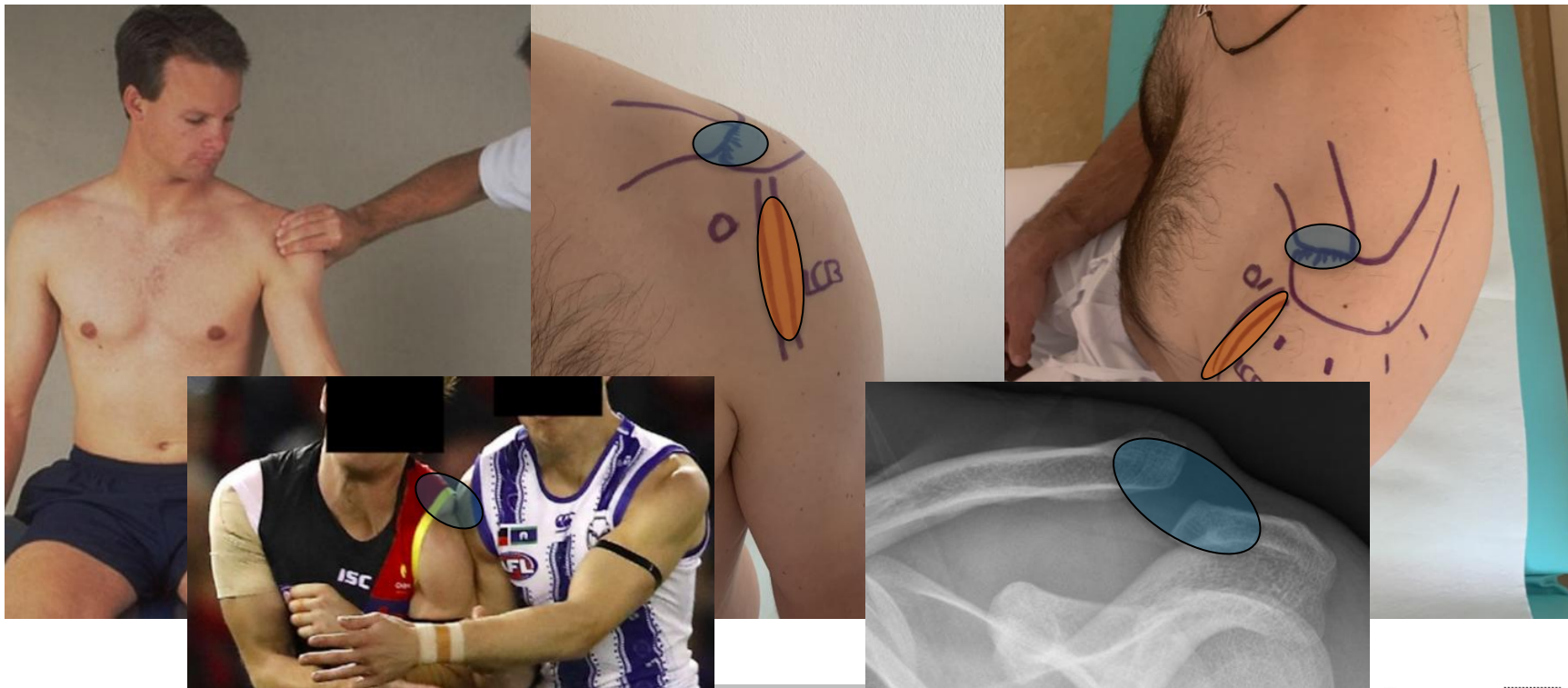


27 ans



Yoshida N et al. NEJM 2017; Lamontagne M et al JTS 2015

Palpation



Origine de l'épaule ou des cervicales?

Problème clinique fréquent, racines C5-C6
Radiculopathie déficitaire/myélopathie

Douleur sous le coude ? → Oui → Cervical

↓
Non → Arm Squeeze Test

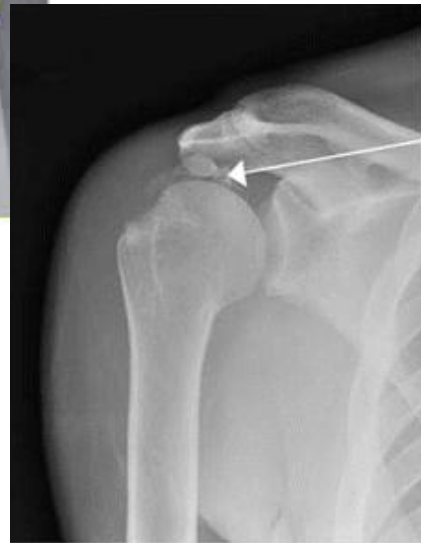
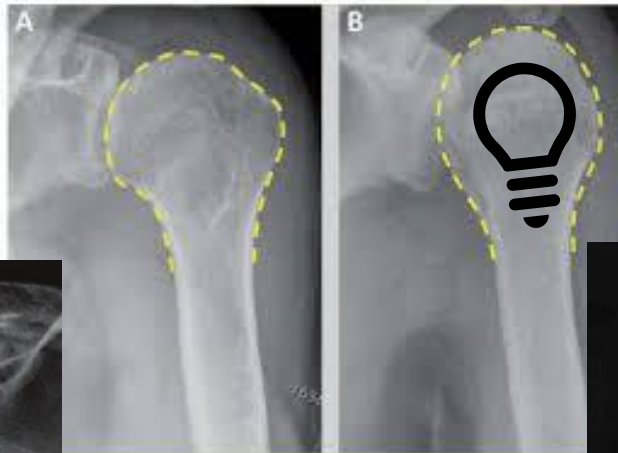
↓
Positif → Cervical
Négatif → Épaule

↓
Si doute → Spurling + Hawkins



Fig. 1 The Arm Squeeze Test

Si notion de traumatisme - Rx



Famhy et al BMJ CR 2011; Cunningham RMS 2011; AO surgery reference

Débuter par les amplitudes articulaires

Débuter en actif

- Flexion
- Abduction
- External rotation
- Internal rotation

Si asymétrique, est-ce meilleur en passif?

- Flexion
- Abduction
- External rotation
- Internal rotation

Rappel: Toujours les **deux** côté, **sans** t-shirt!



2 catégories diagnostique

Mobilité Active = Mobilité Passive	Mobilité Active < Mobilité Passive
Limitation induite par une structure passive	Limitation induite par une structure active
Limitation capsulaire <ul style="list-style-type: none">- Capsulite (Epaule gelée)- Post-opératoire	Atteinte musculotendineuse <ul style="list-style-type: none">- Coiffe des rotateurs- Hématome muscle deltoïde
Déformation surface articulaire <ul style="list-style-type: none">- Arthrose- Séquelle de fracture (cal vicieux)- Luxation postérieur (Epilepsie, électrocution?)	Atteinte neurologique (C5-6) <ul style="list-style-type: none">- Radiculopathie (atteinte cervicale)- Plexus brachial (ATCD luxation épaule)- Neuropathie périphérique (nerf suprascapulaire)- Parsonage Turner (rare...)

Mobilisation passive en décubitus dorsal

Aide à identifier une compensation scapulothoracique



Testing de la coiffe

Supra-épineux -> Jobe test

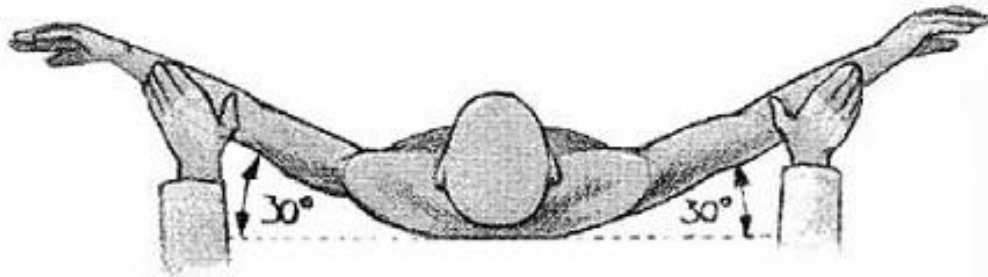


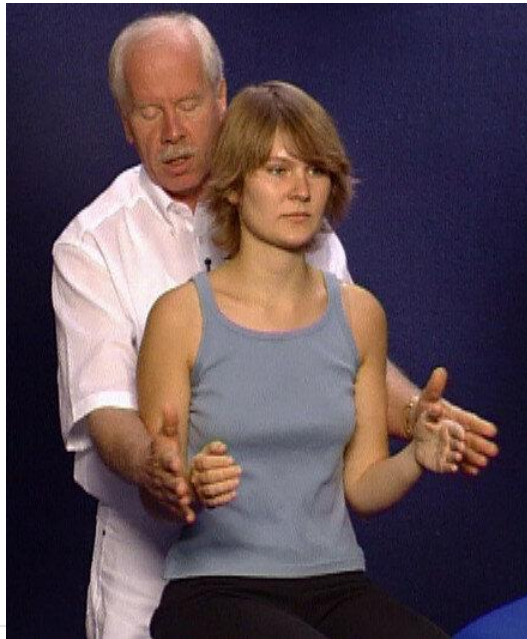
Abbildung 5: Jobe Test/Empty-Can-Test



Perte de force (\neq douleur)

Testing de la coiffe

Infra-épineux -> Force en rotation externe
coude au corps



Perte de force (\neq douleur)

Spallek M et al. J of Occupational Medicine and Toxicology 2007

Testing de la coiffe

Lift-off test



Testing de la coiffe

Belly press (patient n'arrive pas à passer la main dans le dos)



Hertel et al JSES 1996

Examen en urgence, patient algique+++

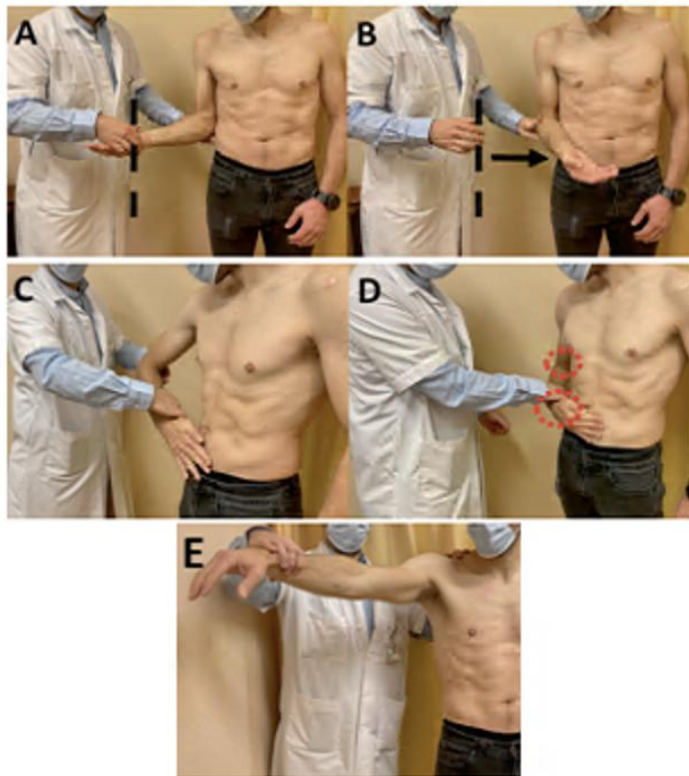


FIG 1

Examen clinique initial face à un patient algique

Signe du portillon. A.: L'avant-bras est porté passivement en rotation externe maximale avec le coude au corps, puis il est demandé au patient de tenir la position. B.: En cas de rupture massive de la coiffe postérieure, l'avant-bras part automatiquement en rotation interne.

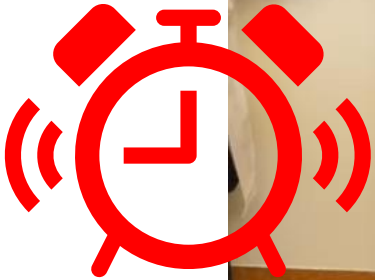
Test du belly press. C.: Après avoir placé le coude en avant, il est demandé au patient de comprimer son ventre contre résistance. D.: En cas de rupture massive du subscapulaire, le patient a un déficit de force et compense en réalisant de l'adduction et de l'extension du bras avec le coude qui part en arrière et/ou effectue de la flexion du poignet.

Test du drop arm. E.: Le bras est amené passivement à 90 degrés d'élévation dans le plan de l'omoplate (similaire à la manœuvre de Jobe). Puis est relâché brusquement. Le test est positif si le patient n'arrive pas à freiner la chute du bras contre la gravité.

Illustration clinique



Mobilité passive
complète,
impossibilité
d'atteindre la le
visage en actif.
Quel
diagnostique?



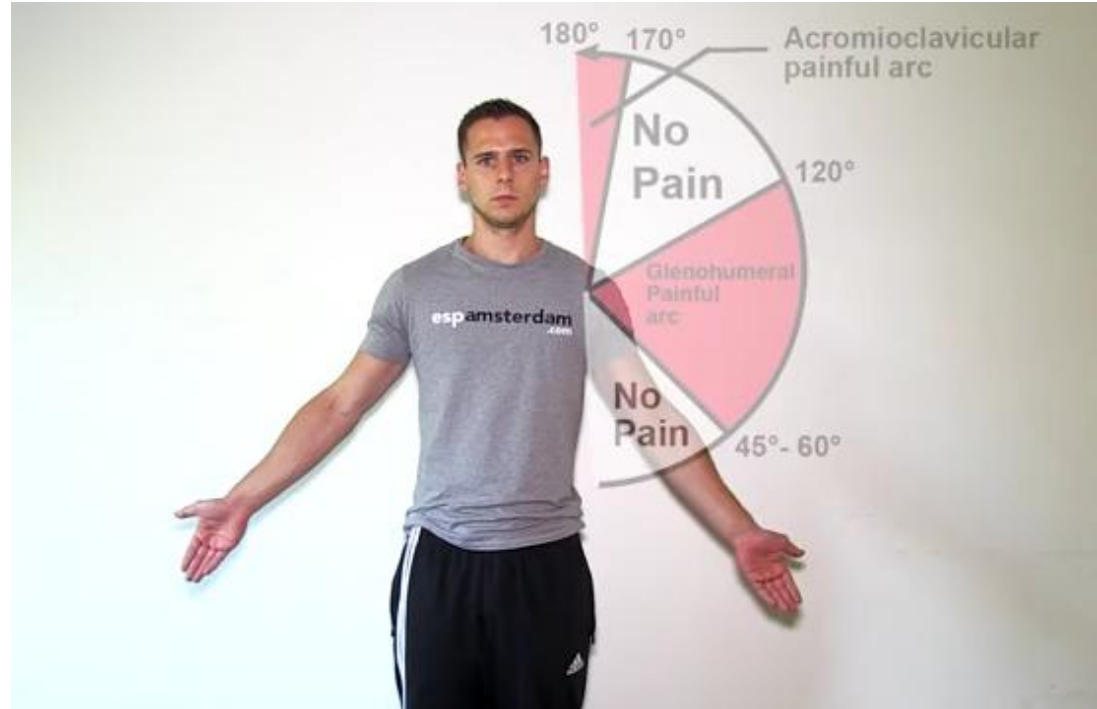
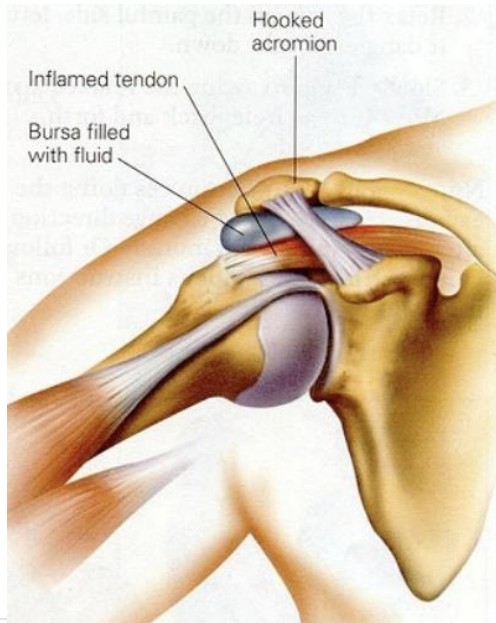
La force est conservée, que reste-il?

palm-up test



Conflit sous-acromial

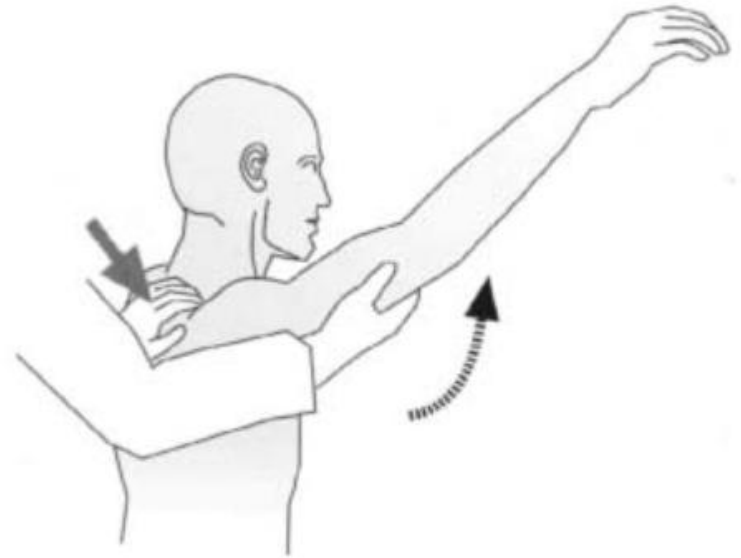
Arc douloureux 60-120°



<https://gfycat.com>

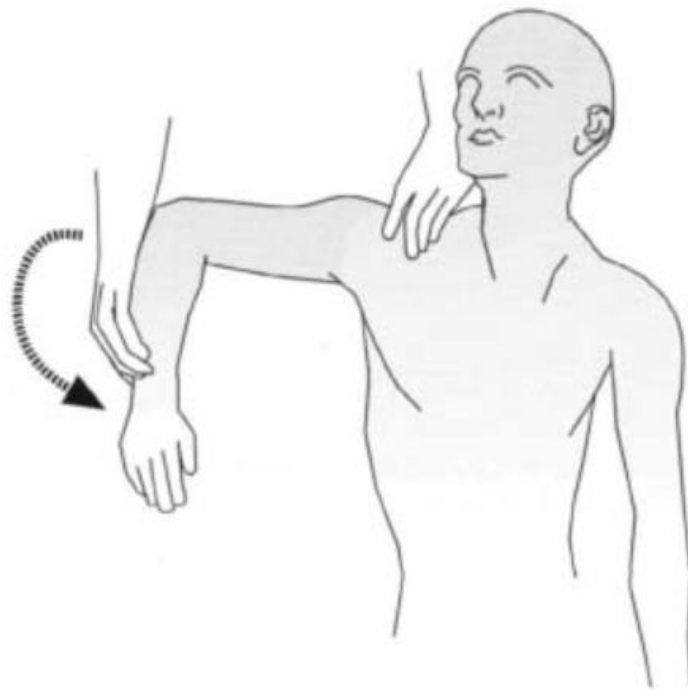
Conflit sous acromial: test de Neer

Douleur en flexion
passive entre 60-
120° augmenté
avec rotation
interne vs.
Rotation externe



Conflit sous acromial: Hawkins

Douleur en
rotation interne
passive à 90° de
flexion



Les 5 diagnostics les + fréquents hors trauma

- Tendinopathie de la coiffe
- Rupture de la coiffe
- Tendinite calcifiante
- Capsulite inflammatoire (= épaule gelée)
- Arthropathie acromio-claviculaire

Tendinopathie de la coiffe

- Douleur mécanique
- Arc douloureux
- Tests coiffe + mobilité passive normale
- Radio normale
- IRM/US épaissement tendon mais continuité des fibres +/- fissure longitudinale
- Antalgiques / AINS
- **Physiothérapie ACTIVE**
- Infiltration si échec et douleurs invalidantes



Traitement non chirurgical

- **Physiothérapie**
 - **75-80%** satisfaction (Moosmayer JBJS Br 2010)
 - «Plateau» à **6 mois** (Kuhn JSES 2013)
 - Auto-exercices -> capsules vidéos
- **Corticostéroïdes**
 - Effet transitoire (Mohamadi CORR 2017)
- **PRP/cellules souche**
 - Expérimental / évidence limitée (Zumstein JSES 2016)

<https://www.chuv.ch/fr/otr/otr-home>



The screenshot shows the CHUV website interface. The main heading is "Votre rééducation dans le cas d'une lésion de l'épaule non-opérée". Below this, there is a sub-heading "Atteinte de la coiffe des rotateurs non opérée". The page lists several exercise categories: "Exercices en cas de douleurs", "Exercices en cas de douleurs légères", and "Autres programmes d'exercices à utiliser en cas de douleurs ou de raideur de l'épaule". The page also features a navigation menu with options like "PATIENTS ET FAMILLES", "PROFESSEURS ET LE CADRE", "FORMATION", "RECHERCHE", "REPLUS", "LE SERVICE EN BRÈVE", and "ACTIVITÉS DIVERSES".



Rupture de la coiffe

>50 ans

Douleur + **FAIBLESSE**

Difficulté à lever le bras

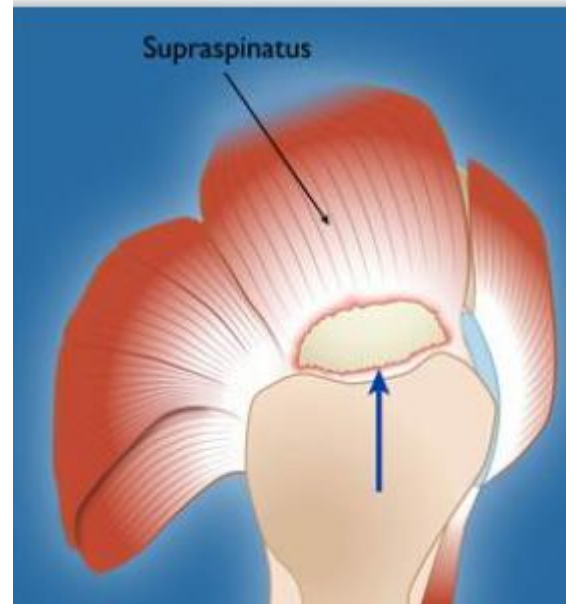
Test coiffe positif (supra-épineux le + fréquent)

Mobilité passive normale

IRM (év. US en dépistage)

Chirurgie si patient actif / critères de réparabilité

👉 **Différence clé vs. tendinopathie = FAIBLESSE**



<https://orthoinfo.aaos.org/>

Tendinite calcifiante

Douleur **très intense brutale** 30–50 ans

Pas de franc traumatisme

Radiographie = calcification

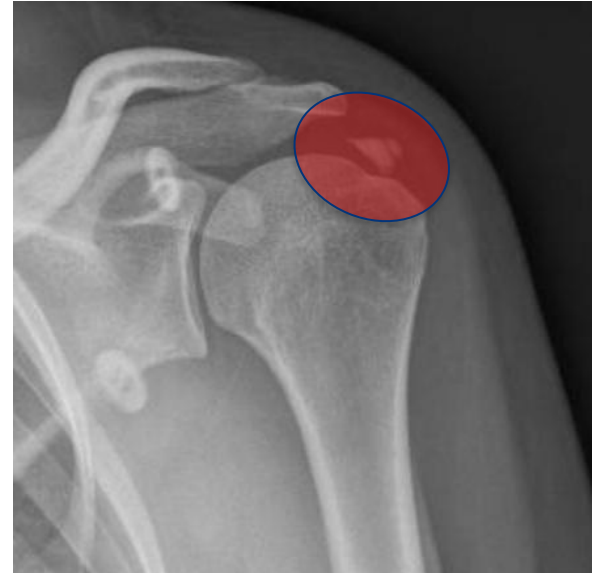
Cristaux d'hydroxyapatite

Douleurs à la phase resorptive

AINS

Infiltration (corticoïde)

Ponction-lavage si échec, chirurgie en dernier recours



Crise hyperalgique = penser calcification



Capsulite (épaule gelée)

Douleur nocturne + **RAIDEUR**

Mobilité Active ET passive diminuée

Rotation externe très diminuée

Terrain : diabète/thyroïde, 40–60 ans

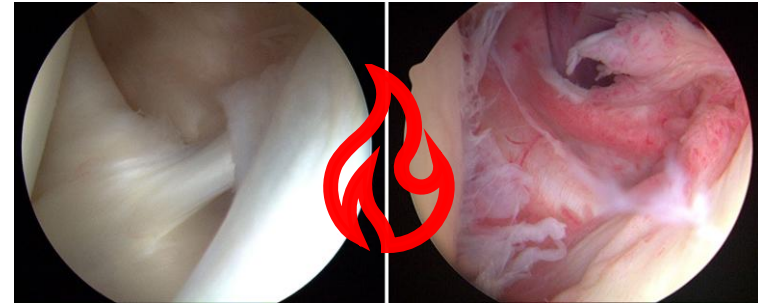
Imagerie normale (DD: arthrose)

Antalgiques

Infiltration GH

Physio douce avec respect seuil douloureux

Évolution spontanément favorable (12 mois)



<https://orthoinfo.aaos.org/>

Diagnostic = RAIDEUR PASSIVE

Arthropathie acromioclaviculaire

Douleur **localisée** au sommet épaule

Douleur au **body-cross test**

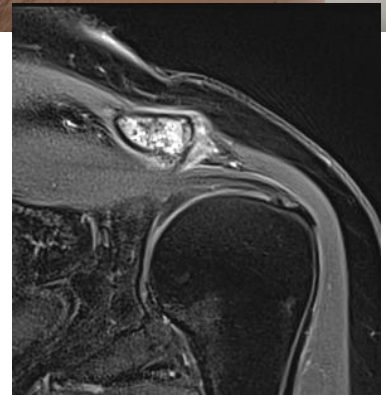
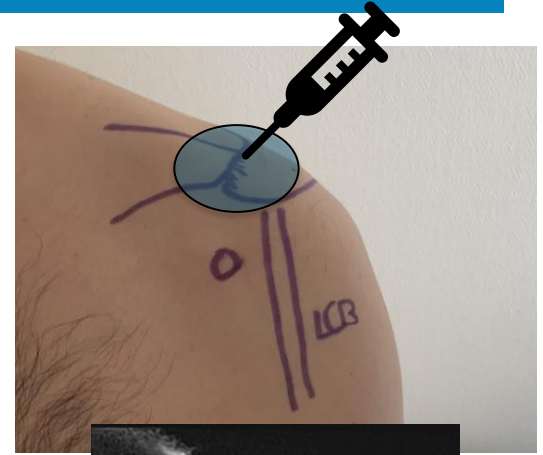
Douleur à la palpation AC

Radio/IRM: arthrose AC, inflammation clavicule

Antalgiques

Infiltration AC (corticoïdes)

Résection arthroscopique en cas de récurrence



Douleur très localisée = AC

En résumé

Pathologie	Douleur	Mobilité passive	Signe clé
Tendinopathie	Mécanique	Normale	Arc douloureux
Rupture	Mécanique	Normale	Faiblesse
Calcification	Hyperalgique	Limitée	Douleur brutale
Capsulite	Permanente (nuit +++)	Diminuée	Raideur
AC	Localisée	Normale	Cross-arm

En terme probabilistique



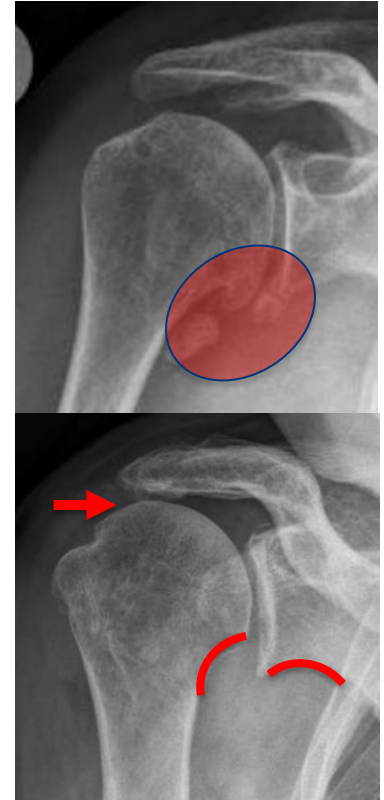
Question	Diagnostic
Raideur passive ?	Capsulite/arthrose
Faiblesse ?	Rupture coiffe
Douleur brutale ?	Tendinite Calcifiante
Douleur sommet épaule ?	Arthropathie AC
Sinon	Tendinopathie coiffe

Quand et quelle imagerie demander

Toujours débiter par des radiographies

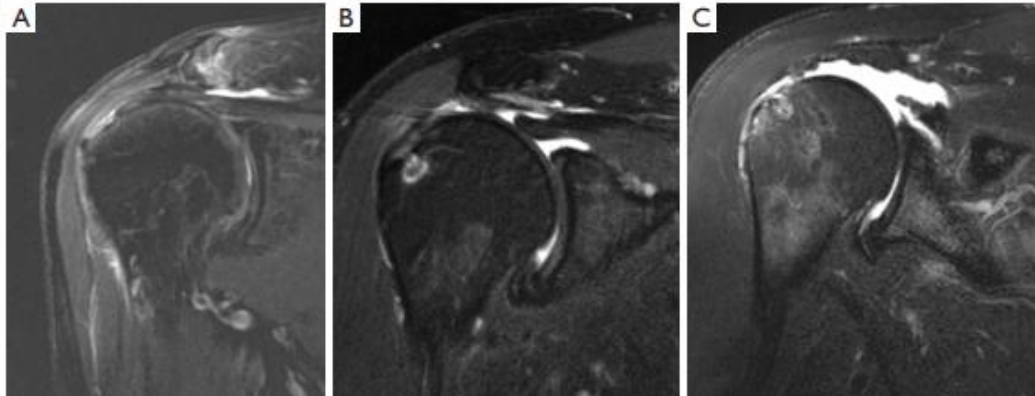
Face/Neer/Zanca:

- Fracture
- Arthrose GH ou AC (Zanca)
- Lésion chronique de la coiffe
- Tendinite calcifiante

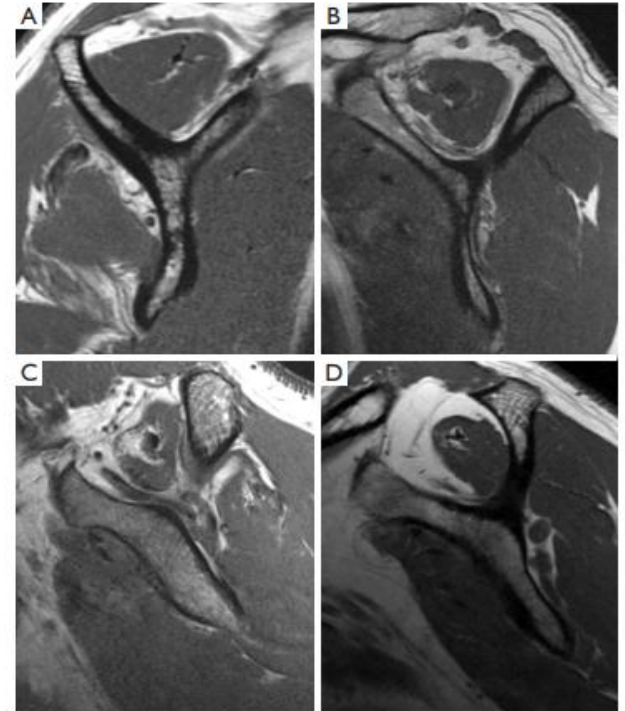


US vs. résonance magnétique

Si éventuelle sanction chirurgicale
En particulier si trauma -> IRM > US



Patte D. Clin Orthop Relat Res 1990



Goutallier D CORR 1994 Fuchs B. JSES 1999

Quand référer au spécialiste

Urgent

- Suspicion **rupture aiguë / traumatique** pour op dans les 3 mois
- Suspicion **infection**
- Suspicion **lésion neurologique** (déficit, paresthésies)

Semi-urgent

- **Luxations récidivantes / instabilité**
- **Épaule douloureuse avec impotence importante et SSV faible**

Non urgent

- **Échec traitement conservateur > 3 mois**
- Douleur persistante malgré physio + infiltration
- Raideur persistante

Fiche SUVA trauma épaule

Fiche documentaire après traumatisme de l'épaule



Remplir et envoyer ne fonctionnera pas correctement - Javascript est désactivé!
Acrobat Reader avec Javascript actif est nécessaire pour un traitement correct.

Numéro de sinistre:

Date de l'accident:

Employeur:

Nom:

Rue, NP lieu:

Patient:

*Prénom/ *nom:

N° AVS:

Rue:

*Date naiss.:

«* = champ obligatoire»

NP lieu:

Profession:

Premières constatations générales:

Date de l'examen:

Date et heure de l'accident:

/

Date de la première consultation:

chez le médecin:

Déroulement de l'accident (description la plus précise possible):

<https://www.suva.ch/fr-ch/accident/pour-les-fournisseurs-de-prestations/suva-medical/publications/2023/september/fiche-documentaire-sur-lepaule>

That's all folks!

Questions: patrick.goetti@chuv.ch

