

MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITKERAPIE
DE NANCY

LES ARTHROSCOPIES D'EPAULE :
EDUCATION DU PATIENT.

ELABORATION D'UN LIVRET :

« EPAULEZ VOTRE EPAULE »

Rapport de travail écrit personnel

présenté par Sarah BAZIN

étudiante en 3^{ème} année de kinésithérapie

en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat

de Masseur-Kinésithérapie

2006-2007

SOMMAIRE

RESUME	pages
1. INTRODUCTION.....	1
2. ANATOMO-PATHOLOGIE.....	2
2.1. Structures mises en cause dans le conflit sous acromial.....	2
2.1.1. La coiffe des rotateurs (CDR).....	2
2.1.2. La voûte acromio-coracoïdienne.....	4
2.2. De la tendinite à la rupture.....	5
3. ELABORATION DU LIVRET : « EPAULEZ VOTRE EPAULE ».....	6
3.1. Intérêts, objectifs, méthode.....	6
3.2. Première partie : auto-rééducation.....	8
Les facteurs de risque.....	8
Le relâchement de l'épaule.....	9
Le pendulaire.....	9
L'automobilisation.....	9
Les patinettes.....	10
Entretien musculaire et trophique.....	10
Les douleurs.....	11
3.3. Deuxième partie : hygiène de vie.....	12
3.3.1. Présentation des questionnaires.....	12
3.3.2. Distribution des questionnaires.....	12
3.3.3. Résultats des questionnaires.....	13
3.3.4. Proposition de conseils.....	16

Les plans de travail.....	16
La toilette et l’habillage.....	16
Les moyens de déplacement.....	17
Le ménage.....	18
Le travail.....	19
Le port de charge.....	19
Les loisirs.....	20
3.4. Version corrigée du livret :.....	20
Une impression trop coûteuse.....	21
Une mise en page désorganisée.....	21
4. DISCUSSION.....	22
5. CONCLUSION.....	23

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

1. INTRODUCTION

D'après les travaux de l'INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité) (17), « les TMS (troubles musculo-squelettiques) des épaules connaissent une croissance plus importante que celle des TMS du membre supérieur pris dans leur ensemble ».

Ils apparaissent généralement après 40 ans, c'est à dire lorsque les patients ont pris des mauvaises habitudes statiques et dynamiques lésant prématurément leur épaule.

Ceux-ci sont amenés à consulter et à envisager une intervention, souvent sous forme d'arthroscopie. Le chirurgien décide du geste opératoire : suture de coiffe, acromioplastie, résection ligamentaire, ablation de calcifications, d'ostéophytes. (13, 27) Les complications sont rares et inférieures à la chirurgie conventionnelle. Le syndrome douloureux régional complexe post-arthroscopique n'a pas de caractère particulier par rapport à la chirurgie conventionnelle. En cas de délabrement majeur de la coiffe des rotateurs, le chirurgien peut décider d'une réparation à ciel ouvert. (24, 26)

L'hospitalisation est courte s'il n'existe pas de complications. L'équipe soignante a peu de temps pour donner un maximum d'informations utiles. Le patient est parfois submergé de conseils, de mises en garde qu'il ne retient pas toujours : celui-ci doit pouvoir gérer son réveil, sa douleur, sa rééducation et son retour à domicile.

« Les résultats de l'étude prospective de la SFA (Société Française d'Arthroscopie) en matière de qualité de vie montrent que la souffrance, le caractère d'anxiété et de dépression sont beaucoup plus marqué chez les patients ayant bénéficiés d'une arthroscopie d'épaule que chez ceux ayant bénéficiés d'une arthroscopie de genou. Il s'agit des complications les plus fréquentes de l'arthroscopie d'épaule et semblent être rencontrées plus volontiers après chirurgie de l'espace sous-acromial. » (26)

Comme les autres soignants, le kinésithérapeute a peu de temps pour apprendre les exercices au patient et le corriger.

Comme le montrent les recommandations de l'ANAES (5), il existe encore beaucoup d'efforts à faire en terme de prévention et d'éducation de ces patients. C'est pourquoi il nous paraît utile de construire un document écrit, renforçant le discours des soignants, et accompagnant le patient à domicile.

2. ANATOMO-PATHOLOGIE

2.1. Structures mises en cause dans le conflit sous acromial

2.1.1. La coiffe des rotateurs (CDR) (8, 9)

Elle est constituée de 5 muscles. D'avant en arrière, nous avons : le subscapulaire, la longue portion du biceps, le supra-épineux, l'infra-épineux, le petit rond. Quatre de ces muscles (le supra-épineux, l'infra-épineux, le petit rond, le subscapulaire) se terminent sur la tête humérale en un véritable tendon commun aplati d'avant en arrière offrant une promiscuité favorable à leur action mais donnant des lésions rapidement étendues en avant ou en arrière. Le supra-épineux possède un tendon, oblique en avant et en dehors, qui se constitue avant son passage sous la voûte acromiale. Celui-ci est renforcé par des fibres entrecroisées pour résister aux frottements sous la voûte (fig. 1). Il est généralement le premier touché lors du conflit car il est le plus exposé dans les gestes de la vie courante.

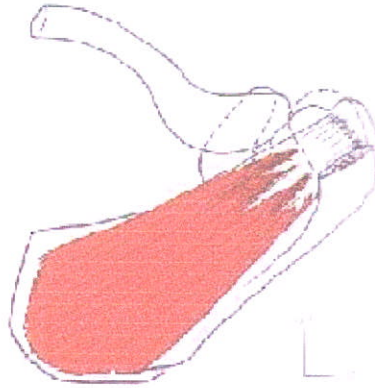


Figure 1 : vue supérieure du supra-épineux (acromion sectionné) (8)

Le chef long du biceps : il se détache du corps charnu du biceps sous la gouttière bicipitale qu'il parcourt et où il subit des frottements pouvant donner des phénomènes inflammatoires voir des lésions anatomiques. Il est intra-capsulaire et extra-articulaire. Il se termine sur le tubercule supra-glénoïdien et le labrum pouvant donner des SLAP lésions (superior labrum anterior to posterior : désinsertion du bourelet à proximité de l'insertion bicipitale). (12)

L'action essentielle de la CDR est de coapter et de recentrer la tête humérale dans la glène pour lutter contre la composante ascensionnelle du deltoïde. (fig.2)

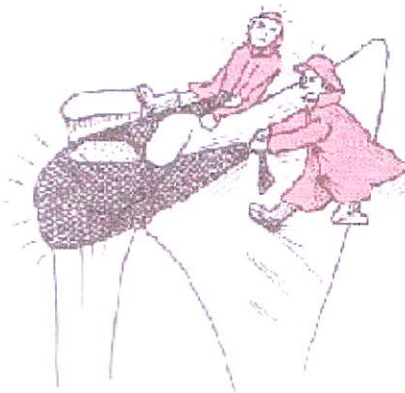


Figure 2 : la coiffe forme un filet de rétention de la tête humérale , assurant la continence (9)

2.1.2. La voûte acromio-coracoïdienne (8, 9, 12)

Elle est constituée de l'articulation acromio-claviculaire en dedans, de la face inférieure de l'acromion en arrière, du ligament acromio-coracoïdien et de l'apophyse coracoïde en avant. (fig.3)

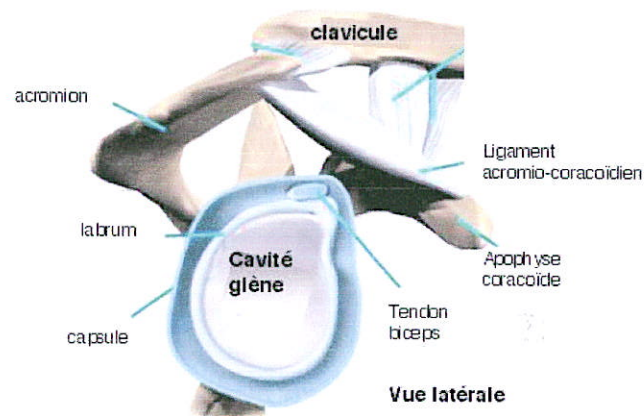


Figure 3 : vue latérale de l'épaule droite (sans l'humérus)

La voûte est entièrement comblée par la bourse sous acromiale (tissu synovial) permettant d'optimiser le glissement des muscles de la CDR.

En cas de calcification de cette bourse ou d'immobilisation du membre supérieur, celle-ci ne joue plus son rôle et transmet de fortes contraintes sur les tendons de la CDR.

Du fait de sa faible congruence, l'articulation gléno-humérale est facilement soumise à des désaxations. En effet, la glène presque plane n'offre pas de butée à la tête humérale pour son maintien. Celui-ci se fait donc par les muscles suspenseurs et abaisseurs dont la tension réciproque doit amener la tête humérale en face de la glène scapulaire. Certains auteurs vont jusqu'à assimiler l'épaule à un « muscle ».

2.2. De la tendinite à la rupture

Plusieurs facteurs peuvent favoriser les microtraumatismes : (5, 9, 11, 12, 13, 24)

La forme de l'acromion est le premier facteur à rechercher : plat, courbe ou crochu. Sa pente d'inclinaison antérieure a tendance à augmenter avec l'âge. Une arthrose acromio-claviculaire peut donner naissance à des ostéophytes qui frottent sur le tendon. De même dans le cas de calcifications du ligament coraco-acromial.

Il existe une zone critique dans laquelle la vascularisation du tendon du supra-épineux (provenant de l'artère supra-scapulaire) est pauvre. Le faible débit sanguin, encore diminué en cas de contraction statique, freine la bonne cicatrisation des fibres tendineuses lésées lors du conflit et provoque leur vieillissement précoce. De plus le renouvellement sanguin ne permet pas un apport d'oxygène et une chasse des déchets en phase avec les besoins.

Une insuffisance de force de la coiffe des rotateurs va provoquer l'ascension de la tête humérale par le deltoïde, avec parfois des troubles statiques. Cette situation est visible dans les atteintes neurologiques C5-C6, du tronc supérieur du plexus brachial, ou simplement par non utilisation des muscles. (Annexe I)

Il existe un travail mal réparti entre les différentes fibres musculaires du supra-épineux. Certaines travaillent trop, n'ont pas le temps de se reposer et se fatiguent précocement : c'est ce que montre l'hypothèse des fibres de Cendrillon. Cette fatigue va modifier l'équilibre établi avec le deltoïde augmentant le conflit mécanique entre le supra-épineux et la voûte acromio-coracoïdienne.

Au fur et à mesure des frottements et parallèlement au vieillissement physiologique, le tendon se remanie, perd progressivement ses propriétés élastiques, et présente des lésions intra-tendineuses qui vont progressivement s'étendre.

Un traumatisme même mineur sur un terrain dégénératif va accentuer le processus de perforation.

Quoiqu'il en soit, il semble que l'évolution de ces lésions tendineuses se fassent spontanément vers l'aggravation. La tendinite puis la rupture de la coiffe des rotateurs modifient la répartition des contraintes osseuses provoquant une omarthrose secondaire. Celle-ci est dite centrée quand la coiffe garde un rôle d'abaisseur suffisant. Par contre, en cas de rupture étendue, le centre instantané de rotation de la tête humérale est ascensionnée et provoque une arthrose décentrée, plus prononcée au pôle supérieur des surfaces articulaires.

3. Elaboration du livret : « Epaulez votre épaule » (Annexe II)

3.1. Intérêts, objectifs, méthode (4, 10, 21)

INTERETS :

c'est un support supplémentaire à l'information médicale et paramédicale. L'intérêt est de pouvoir être emporté à domicile et donc de pouvoir s'y référer au besoin.

Il permet de rappeler les points essentiels à respecter pendant la rééducation faite à domicile puis, par la suite de donner des indications d'économie musculaire et articulaire.

OBJECTIFS :

J0 à 1 mois : la rééducation par le patient lui-même : description des exercices.

Les objectifs principaux de cette phase sont d'éviter la capsulite rétractile en récupérant les amplitudes articulaires hautes, de ne pas laisser le patient adopter une attitude permanente en protection et de contrôler la réalisation des exercices.

Après 1 mois : les conseils à adopter pour préserver les bienfaits de l'intervention.

Le but est d'éduquer à l'économie articulaire et surtout musculaire pour repousser au maximum une omarthrose secondaire.

METHODE :

nous avons voulu respecter, dans la mesure du possible, les recommandations de l'ANAES (4).

Dans un premier temps, le travail vise à réunir des recommandations portant sur les pathologies de coiffe des rotateurs, spécialement en terme d'éducation et d'exercices. Ceci nous permet de rédiger la première partie sur l'auto-rééducation.

Ensuite, nous avons souhaité faire participer les patients concernés en leur faisant remplir deux questionnaires : le Quick Dash et le SST (Simple Shoulder Test).

Ainsi nous pouvons cibler les activités qui posent problèmes et méritaient des conseils.

3.2. Première partie : auto-rééducation

LES FACTEURS DE RISQUE (5, 15, 7)

La première action à mettre en place en matière de prévention est l'évaluation et la suppression des facteurs de risque. Il était donc indispensable de présenter dans notre livret les principales activités concernées sur lesquelles le patient pouvait agir.

Nous savons que de nombreux facteurs biomécaniques, psychosociaux, personnels et professionnels favorisent les troubles musculo-squelettiques (TMS). (fig. 6)

Est-il possible de limiter, seul, l'ensemble de ces facteurs ? Cela nous semble difficile. C'est pourquoi nous n'avons cité, dans ce guide, que les facteurs de risque réductibles par la personne elle-même, ce qui ne signifie nullement que l'action de prévention doit s'arrêter à ce niveau.

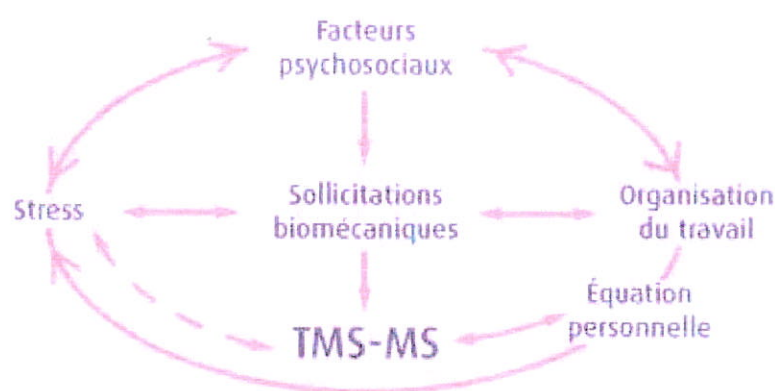


Figure 6- Synthèse sur la dynamique d'apparition des TMS-MS (14)

LE RELACHEMENT DE L'EPAULE (6, 20)

Nous avons constaté que les patients étaient en général nerveux, stressés, angoissés et surtout algiques. Ceci se caractérise par le haussement de l'épaule opérée par contraction du trapèze, surtout lors des exercices enseignés. La première étape de cette rééducation était donc une prise de conscience de la mauvaise attitude par le patient.

Une consigne « difficile » à réaliser est donnée : se détendre, relâcher au maximum les épaules pour les faire redescendre.

LE PENDULAIRE (11, 12)

Décrit comme « l'aspirine de l'épaule », c'est l'exercice antalgique incontournable. L'intérêt est double : plus le patient est incliné en avant, plus l'élévation est importante. De plus, il doit se détendre au maximum pour que l'exercice soit le plus passif et antalgique possible.

Cela dit, même si les patients apprécient l'exercice, le relâchement n'est pas toujours évident. Il faut pouvoir adapter l'exercice si la personne a des douleurs rachidiennes, se plaint de céphalées, de vertiges (position assise sur une chaise avec le bras pendant, fractionner l'exercice).

L'AUTOMOBILISATION (6, 12)

Elle permet la récupération des amplitudes en élévation antérieure. L'avantage est que le patient contrôle et gère sa douleur. Le patient est allongé et prend son coude côté opéré avec sa main saine et le soulève jusqu'à un seuil supportable de douleur.

L'inconvénient est que le relâchement du membre est souvent incomplet et peut créer des tiraillements. De plus, dans le cas de troubles bilatéraux, il peut y avoir des difficultés à

soulever le bras opéré avec l'autre bras lésé. Dans ce cas, le patient ira le plus loin possible. Le MK veillera à limiter les compensations notamment l'hyperlordose.

Nous avons remarqué que les douleurs étaient surtout présentes à la descente du bras ce qui peut s'expliquer par un travail excentrique de la coiffe des rotateurs. En effet, en recommandant au patient de pousser vers le bas, ces douleurs cessent grâce au principe de l'innervation réciproque de Sherrington.

De plus nous demandons d'y associer la respiration en expirant profondément lors de l'élévation.

LES PATINETTES (9)

Le membre est placé passivement grâce à la main saine sur un tissu glissant posé sur une table. Le patient se penche vers l'avant puis l'arrière en gardant le dos droit pour mobiliser ses épaules sans « jamais » tirer dessus. C'est le dos qui pousse les bras vers le bout de la table et non les bras qui s'étendent. Pour optimiser la détente, nous demandons de garder les coudes posés sur la table.

ENTRETIEN MUSCULAIRE, ARTICULAIRE ET TROPHIQUE (13)

Pour éviter une amyotrophie trop importante due à la non utilisation de tout le membre supérieur nous conseillons de malaxer une balle en mousse plus ou moins dure selon les possibilités pré-opératoires du sujet. Ainsi nous effectuons un entretien musculaire global ainsi qu'une chasse veineuse due à la compression des vaisseaux par l'ensemble de la musculature mise en jeu.

L'entretien intéressera également les amplitudes du coude, du poignet et des doigts.

LES DOULEURS (23)

Le patient est en phase d'immobilisation relative. Les douleurs rencontrées en post-opératoire sont généralement de type inflammatoire, avec une épaule encore gonflée, rouge et chaude. Une étude portant sur 20 patients et une population placebo, ayant tous bénéficié d'une arthroscopie d'épaule, montre une diminution des douleurs, de l'administration d'analgésiques et de l'inflammation suite à un traitement cryothérapique de type Cryotron®.

Nous connaissons la puissance de ce type de machine comparée à celle de la glace. Cela dit, dans l'attente d'étude portant sur l'application de froid par des moyens plus traditionnels, nous conseillons d'appliquer du froid par des moyens accessibles par tous.

Le souci majeur dans ce type d'intervention est le profil anxieux, la peur d'avoir mal, le stress du retour à domicile.

De plus, les patients ont peu de temps pour préparer le retour à domicile et être attentifs aux consignes de l'équipe soignante.

Il nous semble donc important de prendre le temps nécessaire pour les rassurer sur la façon de pratiquer les exercices, de revivre au quotidien pendant cette phase d'immobilisation relative.

Suite à cette première période, le chirurgien revoit son patient et lui donne ses consignes. Les amplitudes doivent être libres pour réutiliser le membre supérieur.

Le patient et son entourage auront pu anticiper cette nouvelle phase grâce aux conseils du livret distribué lors de l'intervention.

3.3. Deuxième partie : hygiène de vie

3.3.1. Présentation des questionnaires

L'étude de 2 questionnaires nous a permis de mettre en valeur les difficultés majeures des patients :

- ♦ questionnaire numéro 1 : le Quick Dash : (7) (Annexe III)

dérivé du questionnaire Dash, le Quick Dash est plus concis mais regroupe tout de même des questions portant sur les activités de la vie quotidienne, le travail, les loisirs et les douleurs.

- ♦ questionnaire numéro 2 : le SST : (22) (Annexe VI)

utilisé comme bilan pré-opératoire à la Clinique de Traumatologie et d'Orthopédie (CTO) de Nancy, il pose 12 questions d'ordre fonctionnel sur les mouvements possibles et impossibles.

3.3.2. Distribution des questionnaires

Ces questionnaires ont été distribués au cours du stage à la CTO, les patients devaient se baser sur leur situation pré-opératoire.

Ils ont été déposés dans les cabinets des masseurs-kinésithérapeutes libéraux qui ont accepté de se joindre au projet, les patients décrivant leur situation présente.

3.3.3. Résultats des questionnaires

LE QUICK DASH

La population est composée de 33 personnes d'âge moyen de 55 ans (écart type = 15).

L'âge maximal est de 80 ans, le minimal est de 31 ans.

La proportion de femmes est de 57,6%.

42,4% de la population exercent une profession manuelle, 24,2% sont employés de bureau, le reste de la population était sans profession. Les personnes à la retraite ont été catégorisées selon leur profession antérieure.

15,2% pratiquent un loisir à risque (sport de lancer, nécessitant de la force) alors que 51,5% n'ont aucun loisir déterminé.

Les réponses sont données en moyenne sur 5 : 1 étant la facilité et 5 la difficulté maximale

Le tableau 1 montre les activités pour lesquelles la moyenne est supérieure à 2,5/5

L'ensemble des statistiques est consultable en Annexe V

Tableau 1 : base de données QuickDash

VARIABLE	MOYENNE
Faire le ménage	3,34
Porter des sac	3,19
Se laver le dos	3,56
Difficulté dans les loisirs	3,78
Limitation dans travail	2,97
Douleurs	3,24
Gène dans le sommeil	3,09
Problèmes techniques au travail	3,04
Douleurs au travail	3
Qualité du travail	2,76
Problèmes techniques dans les loisirs	3,58
Douleurs dans les loisirs	3,31
Qualité dans les loisirs	3,62
Endurance dans les loisirs	3,77

Le SST

La population étudiée est composée de 15 personnes dont la moyenne d'âge est de 59 ans (écart type=9).

L'âge maximum est de 76 ans, le minimum est de 43 ans.

La proportion d'homme est de 53%.

Nous avons sélectionné les propositions posant problèmes. (tab. II)

L'ensemble des résultats statistiques de ce questionnaire est consultable en Annexe VI.

Tableau II : base de donnée SST

Epaule indolore au repos	53%
Sommeil inconfortable	82,3%
Ne peut pas mettre la main dans le dos	64,7%
Ne peut mettre la main derrière la tête, coude sur le coté	70,6%
Ne peut tenir la main en avant, coude tendu, à hauteur d'épaule avec une charge de 500grammes	64,7%
Ne peut soulever 4 kg à hauteur de la tête sur le coté	88,2%
Ne peut porter une valise (environ 10kg)	70,6%
Ne peut lancer une balle en mousse à la manière d'une boule de pétanque	76,5%
Ne peut lancer une balle en mousse à la façon d'une fléchette	88,24%
Ne peut laver l'arrière de l'épaule opposée	76,5%
Ne peut plus travailler normalement	64,7%

3.3.4. Proposition de conseils

LES PLANS DE TRAVAIL (1, 16, 20, 28)

Selon les travaux de l'INRS et de l'AFNOR, le travail situé entre la plan de l'épaule et celui du bassin ne surcharge pas l'épaule. En effet, il n'est pas besoin de lever les bras pour aller chercher un objet en hauteur, ou de se baisser et d'avoir à tracter une charge pour la soulever.

Nous conseillons d'adapter les placards de la maison et le lieu de travail de cette façon : les objets lourds dans cette zone de confort, les objets plus légers au dessus ou en dessous en tenant également compte de la notion de fréquence d'utilisation des objets ou dossiers.

LA TOILETTE, L'HABILLAGE (6, 14, 20, 28)

Pour la toilette, nous conseillons :

- l'utilisation d'une brosse longue pour se laver le dos sans utiliser la rotation interne d'épaule.
- d'accrocher le pommeau de douche au lieu de le tenir en l'air le temps de la toilette. Ainsi nous évitons une posture d'abduction prolongée.
- de s'asseoir devant le lavabo, plus ou moins haut pour se voir dans la glace (sur une chaise ou sur le bord de la baignoire), et de poser les coudes pour atteindre le visage et la tête plus facilement.

Le patient, avec douleurs et diminutions d'amplitudes articulaires, devra compenser ses déficits d'épaule grâce à son coude qu'il utilisera au maximum au début du mouvement. Il finira le mouvement jusqu'à la cible en utilisant à minima son l'épaule.

Par exemple, pour amener la main derrière la nuque, il fléchira au maximum son coude puis montera légèrement son épaule pour atteindre son cou.

En ce qui concerne l'habillement, nous recommandons les vêtements larges qui s'enfilent sans problèmes, en commençant par le côté douloureux. A l'inverse, nous proposons d'ôter le vêtement en commençant par le membre sain.

Pour mettre un soutien gorge, nous conseillons de l'agrafer en avant sous la poitrine puis de le faire tourner pour ne pas avoir à mettre les mains derrière le dos, les épaules en rotation interne.

Nous conseillons de nouer les vêtements (tablier), ou de les boutonner en avant plutôt que dans le dos pour les mêmes raisons.

LES MOYENS DE DEPLACEMENT (14, 18, 25)

En voiture, nous recommandons d'avancer légèrement le siège et si possible de le surélever pour garder les coudes au plus près du corps en conduisant. Ainsi nous limitons l'élévation antérieure et conservons une position de moindres contraintes pour l'épaule.

Nous signalons qu'il peut être utile d'opter pour une direction assistée et une boîte de vitesse automatique sous réserve de pouvoir investir dans ce type d'option.

Nous déconseillons les sacs ou paniers tenus dans une seule main, surtout du côté douloureux (ou du côté le plus douloureux si la pathologie est bilatérale), ainsi que les sacs à dos. Nous proposons d'utiliser un sac en bandoulière croisée dans le dos pour orienter les contraintes en dedans de la voûte acromio-coracoïdienne.

Nous recommandons d'utiliser un caddie pour faire les courses plutôt qu'un panier. Il est donc indispensable de donner des indications sur l'ergonomie rachidienne notamment lors du transfert des charges du caddie au coffre de la voiture et du coffre au domicile.

Nous voyons souvent des personnes téléphoner en maintenant le téléphone entre l'épaule et l'oreille. Ceci est possible principalement grâce au trapèze qui ferme l'angle formé par le cou et l'épaule et contribue à refouler l'acromion vers le bas, sur les tendons de la CDR.

Dans les transports en commun, il est préférable de se tenir aux barres verticales offrant une prise sur toute la hauteur du véhicule. La personne peut, selon ses douleurs, poser la main à la hauteur qui lui convient le mieux.

LE MANCHE (LA, AL, AR)

Nous utilisons un escabeau ou un manche long standard pour toute activité domestique en hauteur. Le choix d'une de ces aides se fait selon la stabilité du terrain et la surface de travail en hauteur. Pour nettoyer un lustre, changer une ampoule ou nettoyer des vitres nous utilisons un escabeau. Pour peindre ou nettoyer un plafond, couper des branches d'arbre le manche long standard permet de se déplacer plus facilement en travaillant.

Dans le cas du repassage nous proposons une solution consistant à faire 2 tas de linge selon le textile. En se basant sur les travaux de l'INRS inclus dans le livret, le patient connaît la hauteur de travail optimale à l'activité qu'il désire effectuer. Ainsi, le travail en force sur les matières rigides est plus facile en descendant le plan de travail. Au contraire, pour les textiles délicats qui nécessitent de la précision, la table à repasser est placée plus haut.

Dans un souci d'économie articulaire, nous conseillons de limiter le port de charge et donc d'utiliser une centrale vapeur plutôt qu'un fer à repasser rempli d'eau.

A titre plus exhaustif, nous proposons, si des aménagements sont prévus, de rapprocher au maximum les 3 points clé de la cuisine : le réfrigérateur, le four et l'évier pour avoir un minimum de trajet à faire en soulevant les plats.

LE TRAVAIL (3, 5, 13, 15, 19, 28)

Pour les professions manuelles, nous encourageons à consulter le médecin du travail pour un aménagement de poste ou un reclassement professionnel.

Si ceux-ci ne sont pas envisageables, nous conseillons d'éviter le port de charges trop lourdes. Nous conseillons de s'accorder des temps de pauses, courtes mais répétées dans la journée et d'optimiser ces pauses en relâchant l'épaule, en s'étirant tout en évitant de porter les bras en adduction, flexion, rotation interne, pour éviter les phénomènes douloureux et la reproduction du conflit.

Pour le travail sur ordinateur, nous recommandons de poser les coudes sur les accoudoirs du fauteuil ou sur le bureau pour ne pas surcharger l'épaule. Il faut également, selon l'INRS, pouvoir manipuler le clavier et la souris sans bouger le bras. Comme dans le cas du travail manuel, les membres supérieurs sont très sollicités. Il sera donc nécessaire de s'accorder des pauses réparties dans la journée.

Pour les professions de bureau, nous conseillons d'organiser les rangements comme le domicile. (CF plans de travail p. 16)

LE PORT DE CHARGE (2, 13, 18, 20, 28)

Pour voyager nous conseillons de tirer une valise à roulettes, paume de la main en avant ce qui sollicite le biceps et sa fonction d'abaissement (dans le cas où celui-ci n'est pas atteint).

Pour bricoler ou jardiner, il est préférable de transporter les charges dans une brouette plutôt qu'à mains nues. Il convient de limiter le port de charges lourdes (inférieure à 25 kg pour l'homme, 15 kg pour la femme, moins de 5 fois par minute) en fractionnant au maximum la charge en question.

Il apparaît indispensable de former ces patients aux gestes essentiels d'ergonomie rachidienne. Le but n'est pas de déplacer le problème de l'épaule au rachis !

LES LOISIRS (20)

Nous déconseillons les sports de combats, de force, de lancer qui pourraient surcharger la musculature de l'épaule ou créer un conflit.

Nous voulons mettre l'accent sur l'échauffement et la récupération de l'activité sportive plutôt que de donner un programme type d'activité. Nous précisons le type d'exercice à faire avant et après l'effort en laissant libre cours aux préférences sportives des patients. Nous incitons à demander des conseils aux kinésithérapeutes sur le choix du matériel sportif ou les gestes adaptés.

Pour lire, nous signalons qu'il faut éviter les postures prolongées sur les coudes, en procubitus (position du Sphinx) ou en décubitus ce qui refoulerait l'humérus sous l'acromion, comprimant les tendons de la CTR.

Version corrigée du livret

Suite à la rédaction d'un premier livret, nous avons distribué un exemplaire du guide à des personnes averties, essentiellement masseurs-kinésithérapeutes, et non averties.

Ceci nous a permis de reformuler certains passages, d'expliquer de façon différente les exercices.

UNE IMPRESSION TROP COUTEUSE

Le livret initial représentait 41 pages. Dans un souci financier, nous avons dû diminuer l'épaisseur du livret. Nous avons donc supprimé :

- ♦ les rappels anatomo-pathologiques
- ♦ la partie « testez vos connaissances »
- ♦ le sommaire
- ♦ le résumé

De plus nous avons dû réduire les illustrations et prendre en compte leur qualité lors des impressions en noir et blanc qui seront certainement utilisées en majorité.

UNE MISE EN PAGE DESORGANISEE

Nous voulions organiser le livret selon la journée type d'un patient. Or, nous nous sommes aperçu que nous perdions beaucoup de place à répéter des grands principes d'hygiène de vie valables pour des activités très différentes.

Nous avons donc préféré regrouper les conseils selon les aides techniques que nous pouvions trouver, le réglage des plans de travail quels qu'ils soient puis les activités incontournables de la journée.

5. DISCUSSION

Devant le peu de bibliographie concernant l'hygiène de vie relative à l'épaule dégénérative, nous avons surtout mené une réflexion pour trouver des adaptations acceptables par le patient. Certaines sont plus anecdotiques que d'autres et il ne faut pas oublier qu'elles représentent parfois un coût qui n'est pas négligeable et par conséquent pas abordable par tous.

Les entretiens réalisés n'ont pas permis d'interroger tous les patients compte tenu de la courte durée d'hospitalisation. De fait, la population étudiée est réduite et il faut imaginer d'autres activités problématiques.

Il semble indispensable de mettre en place une éducation précoce de la population à risque au même titre que l'école du dos. N'oublions pas que les derniers degrés d'amplitude de l'épaule se font dans le rachis. Le but est d'éviter les mauvaises postures, les mouvements compensatoires et les asynergies musculaires. Il est possible de sensibiliser les populations en expliquant les bases anatomiques et pathologiques, les facteurs de risque et les moyens d'éviter les troubles musculo-squelettiques.

Pour cela, il faudra travailler en collaboration avec les dirigeants d'entreprises, qui devront eux aussi être sensibilisés. L'information devra mettre un point d'honneur à prouver que les dépenses en terme d'arrêt de travail excèdent largement les aménagements de postes et éviteraient l'absentéisme grandissant.

Selon l'INRS, « pour chaque dollar que nous dépensons dans les formations à l'ergonomie, nous économisons 4 dollars sur le coût des indemnités aux opérateurs ». (14)

Les meilleures conditions de travail amélioreraient l'état psychologique et donc l'état de stress des travailleurs, augmentant ainsi leur productivité et diminuant les TMS. (fig.6 page 8)

5. CONCLUSION :

Nous avons construit ce livret pour les personnes ayant bénéficié d'une arthroscopie d'épaule, à but curatif, en nous inscrivant dans une démarche participative du patient qui est l'acteur principal de la rééducation.

Ce guide pourrait également être utile dans le cas d'autres affections concernant l'épaule étant donné la simplicité des exercices et des conseils, en complément d'un travail adapté à chaque patient.

Restent à tester l'impact du livret, l'utilisation ou non des conseils, les bénéfices apportés face aux contraintes de la distribution.

N'oublions pas que ce livret ne peut constituer une action de prévention à lui seul. Le patient qui reprendra une activité professionnelle ne pourra appliquer ces conseils que si son poste est adapté, si son employeur est sensibilisé à ce type d'action. L'information doit donc se poursuivre à tous les niveaux.

BIBLIOGRAPHIE :

[1] AFNOR, N° X35-104, 1983

[2] AFNOR, N° X35-109

[3] AFNOR, N° X35-122-9, 1998

[4] ANAES. Guide méthodologique, élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. Guide méthodologique. Mars 2005
Consultable sur le site : **www.has-sante.fr**

[5] ANAES. Pathologies non opérées de la coiffe des rotateurs et masso-kinésithérapie. Avril 2001, p. 55

Consultable sur le site : **www.has-sante.fr**

[6] DAUZAC C. ; BOURGINE P.- Pathologies de la coiffe : kinésithérapie (2) - KINESITHER.SCI., 2002, n° 422.- p.59-60.

[7] DUBERT T ; VOCHE P ; DUMONTIER C.-Le questionnaire DASH. Adaptation française d'un outil d'évaluation international.- CHIR.MAIN, 2001, vol. 20, n° 4.- p.294-302

[8] DUFOUR M.-Anatomie de l'appareil locomoteur : membre supérieur (tome 2).- PARIS : MASSON, 2002.- 447 P.

[9] DUFOUR M ; PILLU M.- Biomécanique fonctionnelle : membres, tête, tronc.- PARIS : MASSON, 2005.-566 p.

[10] Education nationale, jeunesse et sports : évaluations et prospective.- Nomenclature des déficiences, incapacités, handicap.- Arrêté du 9 janvier 1989.

[11] FORTHOMME B.- Rééducation raisonnée de l'épaule opérée et non opérée- PARIS, FRISON-ROCHE, 2002- 190 p.

[12] GAZIELLY DF.- Rééducation et chirurgie de l'épaule au quotidien- MONTPELLIER : SAURAMPS MEDICAL, 2006- 284 p.

[13] GOUILLY P ; PETITDANT B.- Comprendre la kinésithérapie en rhumatologie- PARIS : MASSON, 2006- 315 p.

[14] HOULEZ G. ; BRUN-MEYER M.- Aides techniques et affections invalidantes de l'épaule.- 1978

[15] INRS, Ecrans de visualisation, ED N° 924, juin 2005

[16] INRS, Gestes et postures, ED N° 139, septembre 2003

[17] INRS.- Les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur (TMS-MS) Guide pour les préventeurs.- 2005

[18] INRS, Méthode d'analyse des manutentions dans les activités de chantier et du BTP, ED N° 917, 2003

[19] INRS, Mieux vivre avec votre écran, ED N° 922, 2004

[20] IZARD M.H. ; KALFAT H. ; NESPOVLOUS R. ; SIMON L.- La recherche et expériences en ergothérapie.- Rencontre en médecine physique et de réadaptation n°9- 6^e série, 2003.- 225 P.

[21] LANZEROTI F.- Proposition de livret d'informations pour les patients porteurs d'une prothèse totale de genou.- D.E. masso-kinésithérapie- Nancy, ILFMK : 2004-2005. 21 p.

[22] LIPPITT SB. HARRYMAN DT. MATSEN TA.- Simple shoulder test.- In : the shoulder = a balance of mobility and stability, Matsen and Hawkins (eds), Williams and Wilkins.-1981

[23] MEEUSEN R. HANDELBERG F. FRAMHOUT L. DAEMS S. – Influence de la cryothérapie (Cryotron) sur la douleur et l'inflammation après arthroscopie de l'épaule – KINESITHER SCI, 2004, n°450, p. 11-17

[24] NOVE-JOSSERAND L.- Arthroscopie de l'épaule. Rupture partielle de la coiffe des rotateurs- CHIR. MAIN, 2006, vol.25, suppl.1, p. S50-S59

[25] PETITDANT B. GOURLAOUEN E.- Conseils à l'automobiliste cervicalgique (un cou sûr à coup sûr) - PARIS : ESF, 2001.- p.11-16.

[26] ROURE P. FONTES D.- Complications et prévention de l'arthroscopie du membre supérieur- CHIR. MAIN, vol. 25, suppl. 1, p. S274-S279

[27] VALENTI P.- Décompression sous-acromiale sous arthroscopie- CHIR. MAIN, 2006, vol.25, suppl. 1, p.S22-S28

[28] ZERBIB O. HEBERT F. – Comportement du deltoïde lors du port manuel de charge : intérêts en rééducation fonctionnelle- KINESITHER. SCI, 2003, n°431- p.5-16

ANNEXES

ANNEXE I : BIOMECHANIQUE DU CONFLIT (9)

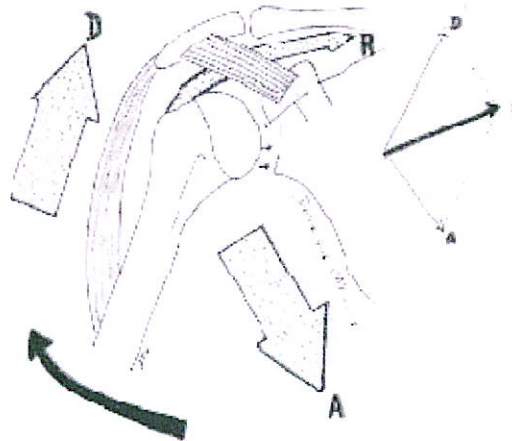


Figure 4- L'équilibre entre la force ascensionnelle du deltoïde (D) et les muscles abaisseurs de la tête humérale (A) permet une élévation antérieure physiologique du bras grâce à l'action d'une force résultante (R) , qui correspond à la direction du muscle et du tendon supraspinatus

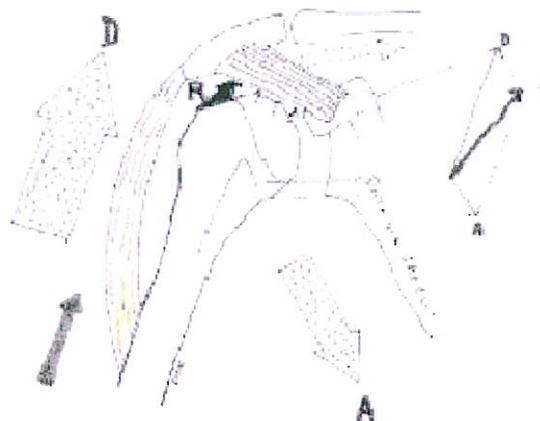
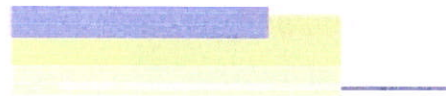


Figure 5- Un déséquilibre entre la force ascensionnelle du deltoïde (D) et les muscles abaisseurs de la tête humérale (A) modifie la direction de la force résultante (R) et peut provoquer une ascension de la tête humérale sous la voûte acromio-coracoïdienne.

ANNEXES II: LIVRET



**EPAULEZ
VOTRE
EPAULE**

Conseils pour économiser
votre épaule au quotidien

ANNEXES III : QUESTIONNAIRE QUICK DASH

Veillez évaluer vos possibilités d'effectuer les activités suivantes au cours des 7 derniers jours en entourant le chiffre placé sous la réponse appropriée

	Aucune difficulté	Difficulté légère	Difficulté moyenne	Difficulté importante	Impossible
1. Dévisser un couvercle serré ou neuf	1	2	3	4	5
2. Effectuer des tâches ménagères lourdes (nettoyage des sols ou des murs)	1	2	3	4	5
3. Porter des sacs de provisions ou une mallette	1	2	3	4	5
4. Se laver le dos	1	2	3	4	5
5. Couper la nourriture avec un couteau	1	2	3	4	5
6. Activités de loisir nécessitant une certaine force ou avec des chocs au niveau de l'épaule du bras ou de la main. (bricolage, tennis, golf, etc..)	1	2	3	4	5

	Pas du tout	Légèrement	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
7. Pendant les 7 derniers jours, à quel point votre épaule, votre bras ou votre main vous a-t-elle gêné dans vos relations avec votre famille, vos amis ou vos voisins ? (entourez une seule réponse)	1	2	3	4	5

	Pas du tout limité	Légèrement limité	Moyennement limité	Très limité	Incapable
8. Avez-vous été limité dans votre travail ou une de vos activités quotidiennes habituelles en raison de problèmes à votre épaule, votre bras ou votre main?	1	2	3	4	5

	Aucune	Légère	Moyenne	Importante	Extrême
9. Douleur de l'épaule, du bras ou de la main	1	2	3	4	5
10. Picotements ou fourmillements douloureux de l'épaule, du bras ou de la main	1	2	3	4	5

	Pas du tout perturbé	Un peu perturbé	Moyennement perturbé	Très perturbé	Tellement perturbé que je ne peux pas dormir
11. Pendant les 7 derniers jours, votre sommeil a-t-il été perturbé par une douleur de votre épaule, de votre bras ou de votre main ? (entourez une seule réponse)	1	2	3	4	5

Le score QuickDASH n'est pas valable s'il y a plus d'une réponse manquante.

Calcul du score du QuickDASH = (somme des n réponses) - 1) X 25, où n est égal au nombre de réponses.

MODULE PROFESSIONNEL (OPTIONNEL)

Les questions suivantes concernent la gêne occasionnée par votre épaule, votre bras ou votre main au cours de votre travail (y compris les travaux ménagers s'il s'agit de votre activité principale).

Précisez la nature de votre travail/métier : _____

☐ Je ne travaille pas (Vous pouvez sauter cette partie du questionnaire)

Entourez la réponse qui décrit le plus précisément vos possibilités durant les 7 derniers jours.

Avez-vous eu des difficultés :

	Aucune difficulté	Difficulté légère	Difficulté moyenne	Difficulté importante	Impossible
1. Pour travailler en utilisant votre technique habituelle ?	1	2	3	4	5
2. Pour travailler comme d'habitude à cause de la douleur de votre épaule, de votre bras ou de votre main ?	1	2	3	4	5
3. Pour travailler aussi bien que vous le souhaitez ?	1	2	3	4	5
4. Pour passer le temps habituellement consacré à votre travail ?	1	2	3	4	5

MODULE SPORTS/ACTIVITES ARTISTIQUES (OPTIONNEL)

Les questions suivantes concernent la gêne occasionnée par votre épaule, votre bras ou votre main lorsque vous jouez d'un instrument ou que vous pratiquez un sport ou les deux. Si vous pratiquez plusieurs sports ou plusieurs instruments (ou les deux), vous êtes priés de répondre en fonction de l'activité qui est la plus importante pour vous.

Indiquez le sport ou l'instrument qui est le plus important pour vous : _____

☐ Je ne pratique aucun sport ni aucun instrument. (Vous pouvez sauter cette partie du questionnaire)

Entourez 1 seule réponse par ligne, considérant vos possibilités durant les 7 derniers jours.

Avez-vous eu des difficultés :

	Aucune difficulté	Difficulté légère	Difficulté moyenne	Difficulté importante	Impossible
1. Pour pratiquer votre sport ou jouer de votre instrument avec votre technique habituelle ?	1	2	3	4	5
2. Pour pratiquer votre sport ou jouer de votre instrument à cause des douleurs de votre épaule, de votre bras ou de votre main ?	1	2	3	4	5
3. Pour pratiquer votre sport ou jouer de votre instrument aussi bien que vous le souhaitez ?	1	2	3	4	5
4. Pour passer le temps habituel à pratiquer votre sport ou jouer de votre instrument ?	1	2	3	4	5

Calcul du score pour les modules optionnels : Additionner les valeurs obtenues pour chaque réponse ; diviser par 4 (nombre de réponses) ; soustraire 1 ; multiplier par 25

Le score n'est valable pour les modules optionnels qu'en l'absence de réponse manquante.

ANNEXES IV : QUESTIONNAIRE SST

NOM :

Prénom :

date de naissance :

SCORE S.S.T.

Questionnaire à remplir par le patient

Délai : pré-opératoire

révision

45 jours

3 mois

6 mois

1 an

2 ans

3 ans

Votre épaule est-elle indolore lorsque votre bras est au repos sur le côté ?

oui

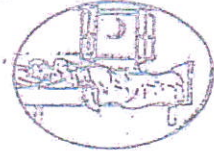
non



Votre épaule vous permet-elle de dormir confortablement ?

oui

non



Pouvez-vous mettre la main dans le dos pour enfiler votre chemise dans votre pantalon ou votre jupe ?

oui

non



Pouvez-vous mettre votre main derrière la tête en mettant complètement le coude sur le côté ?

oui

non



Pouvez-vous mettre une pièce de monnaie à hauteur de votre épaule sans plier le coude ?

oui

non



Pouvez-vous soulever 500 g (1 boîte de conserve) à hauteur de votre épaule sans plier le coude ?

oui

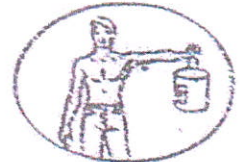
non



Pouvez-vous soulever 4 kilos (1 baril de lessive) jusqu'au niveau de votre tête sans plier le coude ?

oui

non



Pouvez-vous porter, du côté atteint, une valise ou un équivalent de 10 kilos ?

oui

non



Pensez-vous être capable de lancer une balle de caoutchouc à la façon d'une boule de pétanque à une distance de 10 mètres ?

oui

non



Pensez-vous être capable de lancer une balle de caoutchouc à la façon d'une fléchette à une distance de 20 mètres ?

oui

non



Pouvez-vous laver l'arrière de l'épaule opposée avec le bras atteint ?

oui

non



Votre épaule vous permet-elle de travailler normalement toute la journée dans votre métier ou à la maison ?

oui

non



ANNEXE V : RESULTATS DU QUESTIONNAIRE QUICK DASH

Recueil des données : (suite des données page suivante)

[illegible]

[illegible]

Résultats statistiques :

Variable	Niveau	Nombre	Proportion				
				travail	1	7	21,21212
sexe	1	14	42,42424		2	2	6,060606
	2	19	57,57576		3	11	33,33333
					4	11	33,33333
couvercle	1	12	37,5		5	2	6,060606
	2	5	15,625				
	3	6	18,75	douleur	1	1	3,030303
	4	5	15,625		2	4	12,12121
	5	4	12,5		3	14	42,42424
					4	14	42,42424
menage	1	5	15,625				
	2	2	6,25	picotement	1	16	50
	3	8	25		2	5	15,625
	4	11	34,375		3	7	21,875
	5	6	18,75		4	4	12,5
sac	1	3	9,375	sommeil	1	6	18,18182
	2	4	12,5		2	4	12,12121
	3	13	40,625		3	8	24,24242
	4	8	25		4	11	33,33333
	5	4	12,5		5	4	12,12121
dos	1	1	3,125	Tech travail	1	5	20
	2	8	25		2	3	12
	3	3	9,375		3	5	20
	4	12	37,5		4	10	40
	5	8	25		5	2	8
Couper nourriture	1	20	62,5	Douleurs travail	1	6	23,07692
	2	6	18,75		2	1	3,846154
	3	2	6,25		3	8	30,76923
	4	3	9,375		4	9	34,61538
	5	1	3,125		5	2	7,692308
Gène loisirs	1	3	9,375	Qualité travail	1	7	28
	2	3	9,375		2	3	12
	3	4	12,5		3	7	28
	4	10	31,25		4	5	20
	5	12	37,5		5	3	12

Gène relations	1	11	33,33333	Durée travail	1	8	33,33333
	2	10	30,30303		2	4	16,66667
	3	9	27,27273		3	7	29,16667
	4	2	6,060606		4	3	12,5
	5	1	3,030303		5	2	8,333333
Tech loisirs	1	3	25	Qualité loisirs	1	3	23,07692
	3	1	8,333333		3	2	15,38462
	4	3	25		4	2	15,38462
	5	5	41,66667		5	6	46,15385
Douleurs loisirs	1	3	23,07692	Durée loisirs	1	3	23,07692
	2	1	7,692308		3	2	15,38462
	3	2	15,38462		5	8	61,53846
	4	3	23,07692				
	5	4	30,76923				

variable	nombre	moyenne	Ecart type	minimum	maximum
couvercle	32	2,5	1,45912	1	5
ménage	32	3,34375	1,310242	1	5
porter sac	32	3,1875	1,119836	1	5
laver dos	32	3,5625	1,216486	1	5
Couper nourriture	32	1,71875	1,14256	1	5
Gène loisirs	32	3,78125	1,313316	1	5
Gène relations	33	2,151515	1,064225	1	5
travail	33	2,969697	1,237054	1	5
douleurs	33	3,242424	0,791766	1	4
picotement	32	1,96875	1,121185	1	4
sommeil	33	3,090909	1,307757	1	5
Tech travail	25	3,04	1,306395	1	5
Douleur travail	26	3	1,296148	1	5
Qualité travail	25	2,76	1,392839	1	5
Durée travail	24	2,458333	1,318074	1	5
Tech loisirs	12	3,583333	1,676486	1	5
Douleur loisirs	13	3,307692	1,601282	1	5
Qualité loisirs	13	3,615385	1,660244	1	5
Durée loisirs	13	3,769231	1,739437	1	5

Concernant l'atteinte ou non du coté dominant, les résultats trouvés pour cette population ne sont pas significatifs étant donné la faible proportion de gaucher :

		COTE DOMINANT		
		DROIT	GAUCHE	TOTAL
Coté pathologique	Droit : nombre %	18 54,6	2 6	20 60,6
	Gauche : nombre %	10 30,3	3 9,1	13 39,4
	Total : nombre %	28 84,9	5 15,1	33 100

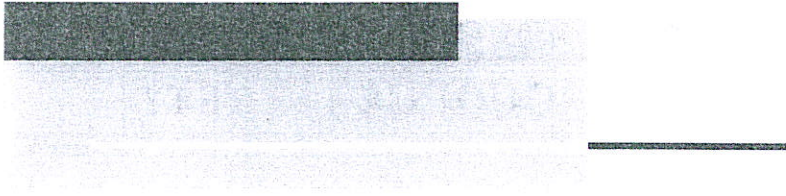
ANNEXE VI : RESULTATS DU QUESTIONNAIRE SST

Recueil de données :

[illegible]

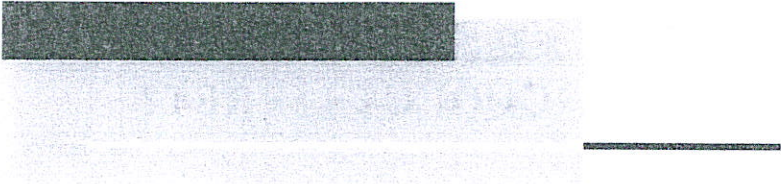
Résultat statistiques :

Variable	Niveau	Nombre	Proportion
sexe	homme	9	52,94
	femme	8	47,06
Douleur au repos	non	8	47,06
	oui	9	52,94
Epaule indolore pendant le sommeil	non	14	82,35
	oui	3	17,65
Mettre la main dans le dos	non	11	64,71
	oui	6	35,29
Mettre la main derrière la tête	non	12	70,59
	oui	5	29,41
Tendre le bras et le coude en avant à hauteur d'épaule	non	4	23,53
	oui	13	76,47
Soulever 500g en avant, à hauteur d'épaule, sans plier le coude	non	11	64,71
	oui	6	35,29
Soulever 4kg sur le coté, à hauteur d'épaule, sans plier le coude	non	15	88,24
	oui	2	11,76
Porter une valise (10kg)	non	12	70,59
	oui	5	29,41
Lancer une balle de caoutchouc comme une boule de pétanque	non	13	76,47
	oui	4	23,53
Lancer une balle de caoutchouc comme une fléchette	non	15	88,24
	oui	2	11,76
Laver l'arrière de l'épaule opposée avec le bras atteint	non	13	76,47
	oui	4	23,53
Pouvez vous travailler normalement	non	11	64,71
	oui	6	35,29



EPAULEZ VOTRE EPAULE

Conseils pour économiser
votre épaule au quotidien



EPAULEZ VOTRE EPAULE

Conseils pour économiser
votre épaule au quotidien

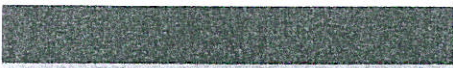
4: Auto-mobilisation:

Assis sur une chaise, saisissez l'avant bras du côté opéré avec l'autre main pour l'amener vers le haut, sans jamais dépasser le seuil de la douleur. L'exercice doit tirer raisonnablement sur votre épaule mais n'essayez pas de faire monter le bras opéré seul. Attention de ne pas creuser le bas du dos!



5: Entretien articulaire, musculaire et trophique:

Malaxez une balle en mousse (vendue en magasin de sport), plus ou moins dure selon vos possibilités. Cela permettra de garder la force de votre bras et de limiter l'œdème post-opératoire. Faites également des mouvements de coude, du poignet, des doigts dans tous les sens pour éviter l'enraidissement.

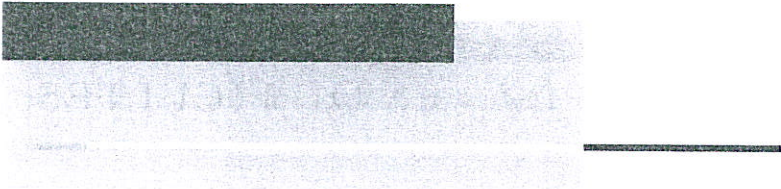


Les douleurs:

Si vous avez l'impression d'avoir l'épaule ou le bras chaud, rouge, gonflé, appliquez du froid.

Vous pouvez utiliser un sac rempli de glaçons, de petits pois congelés (qui s'adaptent mieux à la forme de votre épaule), ou des packs de gel vendus en pharmacie ou dans les magasins de sport.

Attention! Vous devrez toujours interposer un linge humide entre le froid et votre épaule pour éviter des brûlures.



2ème partie:

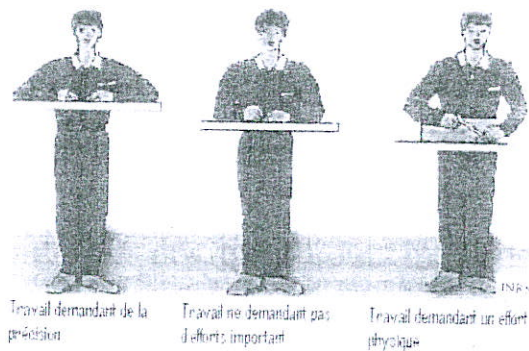
CONSEILS POUR ECONOMISER VOTRE EPAULE

Vous avez vu votre chirurgien qui vous a donné l'autorisation d'utiliser votre bras. Vous pouvez maintenant appliquer les conseils suivants.

ANTICIPEZ LES DIFFICULTES:

Les hauteurs de travail:

De façon générale, vous devrez éviter de trop fortes contraintes au dessus de votre épaule, et en dessous de votre bassin pour n'avoir ni à tracter ni à soutenir une charge en hauteur.



- Ainsi, rangez les plats lourds, les gros outils, les objets que vous utilisez fréquemment à hauteur confortable.
- Utilisez un escabeau pour changer une ampoule, décrocher des rideaux, nettoyer un lustre, tailler des arbres.
- Adaptez un manche long standard sur vos pinceaux, raclette à vitre, utilisez une brosse longue pour vous laver le dos.

QUELQUES AIDES TECHNIQUES:

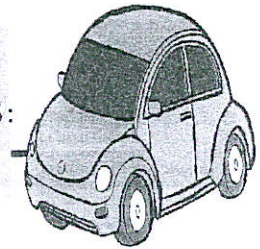
Certaines adaptations représentent un investissement mais elles peuvent vous faciliter grandement la vie:

- si vous travaillez à un endroit précis: un escabeau pourra vous éviter d'avoir à travailler avec les bras en hauteur (nettoyer un lustre, décrocher des rideaux) ,
- si vous travaillez sur une grande distance: un manche long standard vous évitera d'avoir à déplacer l'escabeau (peindre un mur, laver des carreaux) ,
- pensez à l'installation de volets électriques.
- si vous possédez un garage, utilisez une porte électrique,
- si vous déménagez ou que vous faites des travaux dans votre cuisine, rapprochez au maximum les 3 points-clé que sont: le four, l'évier et le réfrigérateur, ceci vous évitera de parcourir trop de chemin en transportant des plats lourds.

HABILLAGE, TOILETTE:

- Accrochez le pommeau de douche au lieu de le tenir continuellement.
 - Utilisez une brosse longue pour vous laver le dos.
 - Descendez la glace de la salle de bain pour pouvoir vous laver assis sur une chaise devant le lavabo et ainsi effectuer tous les gestes (vous laver, vous coiffer, vous raser, vous maquiller) avec les coudes posés.
-
- Pour vous habiller, enfiler le coté douloureux en premier puis la tête et l'autre bras. Par contre, pour ôter un vêtement, commencez par le coté sain.
 - Fixez les agrafes de votre soutien gorge en avant, sous la poitrine, et faites le tourner pour les emmener dans le dos. Puis enfiler les bretelles.
 - Préférez les vêtements larges et qui se boutonnent ou se nouent sur le devant.

LORS DE VOS DEPLACEMENTS:



■ En voiture, lorsque vous tenez le volant, il faut que vos mains soient à la même hauteur que vos épaules. Si votre voiture le permet, il suffit de surélever et d'avancer légèrement le siège. Ainsi vous gardez les coudes au plus près de votre corps. Optez pour une direction assistée, voir pour une boîte de vitesse automatique lors de l'achat de votre voiture.

Attention! La priorité reste votre vision de la route!

■ A pieds, utilisez un sac en bandoulière croisée dans le dos plutôt qu'un sac à main.

■ En transport en commun, évitez de vous tenir aux sangles en hauteur et préférez les barres verticales.

■ Pour faire vos courses, évitez les paniers tenus à une main et prenez un caddie. Restez tout de même vigilant lors du remplissage du caddie et du coffre de votre voiture: serrez les coudes au plus près de votre corps.

■ Lorsque vous téléphonez, si vous avez les mains occupées, utilisez un kit main libre mais ne coincez pas l'appareil entre l'oreille et l'épaule.

POUR FAIRE LE MENAGE:

- Pour repasser, vous pouvez faire 2 tas de linge:
 - un pour les textiles rigides et épais
 - un autre pour les textiles délicats

Ainsi, vous repasserez les textiles délicats demandant de la précision en montant la table à repasser au niveau de la taille comme expliqué pour dans le chapitre « plan de travail ».

Les textiles plus rigides demandant de la force seront repassés sur une table à repasser à hauteur de bassin.

- Utilisez une centrale vapeur pour ne pas avoir à soulever un fer à repasser rempli d'eau.
- Pour nettoyer vos carreaux, montez sur un escabeau pour atteindre la partie haute de la vitre. Si vous avez de grandes surfaces à laver, fixez un manche long standard à la raclette, vous pourrez ainsi vous déplacer plus facilement.

POUR TRAVAILLER:

Vous exercez un travail manuel:

- Évitez au maximum le port de charge prolongé, répété, ou fractionnez les charges autant que possible.
- Accordez à votre épaule des temps de pause et optimisez ces pauses en vous étirant:
 - croisez les doigts de vos 2 mains l'un dans l'autre et amenez les paumes loin en avant et en bas, progressivement et sans à-coups, en soufflant.
- Pensez à relâcher votre épaule quand vous sentez que vous vous crispez.
- N'hésitez pas à contacter le médecin du travail si vous pensez que votre poste nécessite d'être adapté.

Si vous êtes amené à voyager:

Évitez les sacs à dos, les valises à soulever, les sacoches sur l'épaule. Utilisez une valise à roulettes que vous tirerez avec le bras sain ou avec la paume de la main en avant.

Vous exercez une
profession de bureau:



- Organisez les étagères comme votre domicile selon le poids des dossiers et leur fréquence d'utilisation.
- Sur ordinateur, évitez de travailler les coudes suspendus, dans le vide: posez les sur les accoudoirs de votre fauteuil ou sur votre bureau.
- Vous devez pouvoir manier la souris et le clavier sans avoir à déplacer le bras.

Pour lire au lit:

Évitez de lire allongé sur le ventre ou sur le dos en appui sur les coudes. Allongez vous sur le dos, un oreiller derrière la tête.



PRATIQUEZ VOS LOISIRS:

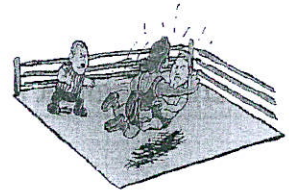
Pour jardiner:

- Transportez les charges lourdes dans une brouette.
- Adaptez un manche long standard sur vos outils.

Pour pratiquer un sport:

■ Il est fortement déconseillé de pratiquer les sports suivants:

- sports de combat: risque de coups, de chute sur l'épaule
- sports de lancé: handball, tir à l'arc, javelot
- sports de force: gymnastique, musculation



■ N'oubliez jamais de vous échauffer: (5 à 10 minutes)

- courez quelques minutes sur place, amenez les talons aux fesses, les genoux en avant, écartez puis rapprochez les pieds.

- étirez vous en amenant, comme expliqué lors des pauses au travail, les paumes des mains en avant et en bas, progressivement et en soufflant.

■ Terminez l'activité sportive par un temps de récupération (5 minutes):
dans lequel vous pourrez reprendre les exercices de l'échauffement à moindre effort.

■ Attention aux mauvais gestes sportifs ou au matériel inadapté. N'hésitez pas à demander conseils à votre kinésithérapeute.

REMARQUES:

Si vous avez des questions, des difficultés, des attentes spécifiques, notez les ci-dessous pour ne pas oublier d'en parler à votre chirurgien.
