LATITUDE KINÉ
PRENDRE UNE NOUVELLE DIRECTION DANS VOTRE PRATIQUE

FORMATION CONTINUE — MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

ÉPAULE 2.0
DÉCRYPTAGE ET RAISONNEMENT CLINIQUE

Évaluation et prise en charge des dysfonctions de l'épaule

Pierre Meurisse · Latitude Kiné · 10 rue des vendanges, 66200 Latour-Bas-Elne · Tél : 06 73 34 80 36 · contact@latitudekine.fr

DOCUMENT D'INFORMATION — À LIRE ET À CONSERVER — AUCUN RETOUR NÉCESSAIRE

DURÉE	MODALITÉ	LIEU	TARIF
14 h / 2 jours	Présentiel	Saint-Cyprien	580 € TTC

Du raisonnement clinique à l'exercice thérapeutique

L'évaluation et la prise en charge des dysfonctions de l'épaule nécessitent bien davantage que la connaissance des structures anatomiques, la réalisation de tests orthopédiques ou l'application de protocoles thérapeutiques.

Le kinésithérapeute doit être capable de recueillir et d'analyser les informations pertinentes, de formuler des hypothèses diagnostiques, de sélectionner les procédures d'examen adaptées et d'interpréter les résultats afin de construire une stratégie thérapeutique cohérente.

Cette formation propose une approche structurée du raisonnement clinique appliqué exclusivement à l'épaule, en suivant le déroulement d'une première consultation, depuis l'entretien initial jusqu'à la planification et au suivi du traitement.

L'anatomie fonctionnelle, la biomécanique, l'exploration clinique, les tests orthopédiques et neurologiques ainsi que la prescription de l'exercice thérapeutique sont abordés dans une perspective pratique et intégrative, toujours en lien avec les décisions à prendre face au patient.

Une attention particulière est accordée à l'actualisation des connaissances et à la compréhension de la pertinence clinique des différents outils d'évaluation et de traitement. L'objectif est de permettre aux participants de mieux intégrer les données scientifiques disponibles dans leur pratique quotidienne et de développer une approche individualisée, adaptée aux caractéristiques et aux besoins de chaque patient.

La formation privilégie ainsi la compréhension des tableaux cliniques, l'identification des facteurs modifiables et la prescription raisonnée de l'exercice thérapeutique, dans le but de favoriser une prise en charge pertinente, sûre et bénéfique pour le patient.

Le formateur

David Barceló García, masseur-kinésithérapeute D.E., diplômé de l'Université de Murcie (2000). Il exerce en France depuis 2003 et en cabinet libéral à Argelès-sur-Mer depuis 2006. Son parcours s'est progressivement orienté vers la prise en charge des troubles musculosquelettiques, avec un intérêt particulier pour les pathologies de l'épaule et du membre supérieur. Sa pratique associe évaluation clinique approfondie, thérapie manuelle, analyse du mouvement et prescription d'exercice thérapeutique.

Formateur auprès de kinésithérapeutes, il a notamment dispensé la formation « Traitement de l'épaule par l'exercice thérapeutique » (2017-2019, Córdoba, Lugo, Valence et Saragosse) et, avec Vicente Lloret, trois éditions de la formation « ABC : directives pour l'efficacité du traitement du complexe de l'épaule » organisées par le Colegio de Fisioterapeutas de Andalucía (2015-2017). Il est intervenu dans des congrès et journées cliniques consacrés à l'épaule (SETRADE 2017, Madrid 2015, Valence 2019).

Sa formation continue comprend notamment des enseignements consacrés à l'épaule et à la coiffe des rotateurs (Robert Donatelli, Chris Littlewood, Paris Shoulder Summit), aux tests cliniques pour le diagnostic différentiel (Chad Cook) et aux concepts Maitland, McKenzie (MDT), Mulligan et McConnell. Son CV est disponible sur demande.

Objectifs de la formation

Objectif général. Développer les compétences du kinésithérapeute dans l'évaluation et la prise en charge des dysfonctions de l'épaule, en s'appuyant sur un raisonnement clinique structuré afin de proposer des interventions adaptées et individualisées, qui répondent aux besoins du patient, préservent sa sécurité et favorisent l'amélioration de sa santé et de sa fonction.

Objectifs spécifiques

À l'issue de la formation, le participant sera capable de :

- Réaliser un entretien clinique permettant de recueillir les informations utiles et de repérer les situations nécessitant un avis médical.
- Identifier les signes d'alerte, les précautions et les contre-indications pour assurer la sécurité du patient.
- Formuler des hypothèses diagnostiques à partir des informations recueillies et de l'examen clinique.

- S’appuyer sur ses connaissances en anatomie et en biomécanique pour mieux comprendre les symptômes et les limitations du patient.
- Choisir et réaliser les tests cliniques adaptés, puis interpréter leurs résultats en tenant compte de leurs limites.
- Établir un diagnostic kinésithérapique et définir des objectifs de traitement en fonction des besoins et des attentes du patient.
- Construire une prise en charge adaptée, en choisissant les interventions et les exercices thérapeutiques les plus pertinents.
- Adapter les exercices et leur progression en fonction des capacités, de la tolérance et de l’évolution du patient.
- Évaluer les résultats du traitement et ajuster la prise en charge si nécessaire, tout en favorisant l’autonomie du patient.

Public concerné et prérequis

Public	Masseurs-kinésithérapeutes diplômés d’État
Prérequis	Diplôme d’État de masseur-kinésithérapeute

Déroulement et durée de la formation

La formation se déroule sur **14 heures**, réparties en deux journées de 7 heures. Elle alterne cours théoriques, pratique entre participants, présentation de cas cliniques et échanges en groupe.

Déroulement pédagogique

- **1. Cours théoriques.** Présentation des connaissances à l’aide de supports PowerPoint. Cette partie permet d’actualiser les connaissances sur les dysfonctions de l’épaule et d’apporter les bases nécessaires à la compréhension des examens et des traitements abordés pendant la formation.
- **2. Partie pratique.** Présentation et explication des différentes procédures d’examen et des techniques utilisées dans la prise en charge. Les participants les mettent en pratique par binômes, avec les corrections et les conseils de l’enseignant. L’objectif est de développer les compétences nécessaires à l’examen du patient, à l’analyse du mouvement et à la compréhension de ses liens avec la douleur.
- **3. Présentation et analyse de cas cliniques.** Travail en groupe à partir de situations cliniques réelles. Les participants sont amenés à utiliser les connaissances acquises, à formuler des hypothèses, à interpréter les résultats de l’examen et à réfléchir aux choix thérapeutiques.
- **4. Questions et échanges.** Des temps d’échange sont prévus tout au long de la formation, individuellement et en petits groupes. Ils permettent de répondre aux questions, de vérifier la compréhension et d’adapter le contenu aux besoins des participants. L’enseignant veille à suivre les connaissances, les compétences et le raisonnement clinique des participants afin d’adapter le rythme et le niveau de détail des différents sujets abordés.
- **5. Évaluation des compétences.** Un questionnaire est proposé en début et en fin de formation afin d’évaluer les connaissances initiales des participants et les acquis à l’issue de la formation.

Programme détaillé

Module 1 — Comprendre le patient

Comprendre le patient avant de rechercher des réponses.

- Rôle du kinésithérapeute dans le diagnostic et la prise en charge des dysfonctions de l’épaule.
- L’entretien clinique : méthodologie et structure de l’anamnèse.
- Identification du motif de consultation et évolution du problème.
- Caractéristiques et comportement des symptômes.
- Antécédents, facteurs contributifs et contexte biopsychosocial.
- Attentes et besoins du patient.
- Identification des drapeaux rouges et critères de réorientation.
- Définition des objectifs de l’évaluation.

Module 2 — Construire le raisonnement clinique

Construire des hypothèses avant de réaliser des tests.

- Fondements du raisonnement clinique appliqué à l’épaule.
- Du symptôme à la formulation des hypothèses diagnostiques.
- Relations entre structures anatomiques, mouvement, douleur et fonction.
- Diagnostic différentiel et classification des tableaux cliniques.
- Identification des patrons cliniques et des réponses reconnaissables.
- Intégration des données selon le principe « Make the features fit ».
- Biais cognitifs, erreurs de raisonnement et conclusions prématurées.
- Sélection des informations nécessaires pour orienter l’examen.

Module 3 — Explorer et évaluer

Chaque procédure d'examen doit répondre à une question clinique.

- Méthodologie de l'examen physique de l'épaule.
- Inspection visuelle et analyse du mouvement.
- Identification et interprétation de la dyskinésie scapulaire.
- Analyse de la mobilité gléno-humérale et scapulo-thoracique.
- Examen musculaire et évaluation de la force.
- Tests orthopédiques : sélection, valeur diagnostique, réalisation et interprétation.
- Sensibilité, spécificité et utilité clinique des tests.
- Examen cervical et neurologique.
- Examen neurodynamique : ULNT 1 et ULNT 2a.
- Mesures de référence et évaluation fonctionnelle.
- Précautions et contre-indications lors de l'examen.

Module 4 — Interpréter et décider

Transformer les résultats de l'examen en décisions cliniques.

- Intégration des informations recueillies lors de l'entretien et de l'examen.
- Corrélation entre symptômes, mouvement et résultats cliniques.
- Identification des principaux tableaux cliniques de l'épaule.
- Identification des facteurs modifiables, mesures de référence.
- Établissement du diagnostic de kinésithérapie.
- Définition des objectifs thérapeutiques.
- Élaboration du pronostic et orientation de la prise en charge.

Module 5 — Prescription du traitement

- Principes de prescription de l'exercice thérapeutique dans les dysfonctions de l'épaule.
- Sélection des stratégies thérapeutiques selon le tableau clinique et les objectifs.
- Conception et planification de l'exercice thérapeutique.
- Dosage de l'exercice : intensité, volume, fréquence et charge.
- Paramètres de progression et adaptation des exercices.
- Gestion des symptômes et surveillance de la réponse au traitement.
- Place de la thérapie manuelle dans la stratégie thérapeutique.
- Prise en charge des principales dysfonctions de l'épaule.
- Précautions et critères de sécurité pendant l'intervention.

Module 6 — Réévaluer et adapter

- Enregistrement de la situation clinique initiale et mesures de référence.
- Suivi des objectifs thérapeutiques.
- Interprétation de la réponse au traitement.
- Critères de réorientation de l'intervention.
- Élaboration et adaptation d'un programme d'exercices à domicile.
- Suivi et autonomisation du patient.

Répartition du programme par heures sur les deux journées

Demi-journée	Contenu	Durée
Vendredi 14 mai 2027 · matin	**Module 1 — Comprendre le patient (1h30)** : rôle du kinésithérapeute, entretien clinique et identification des éléments essentiels à l'évaluation. **Module 2 — Construire le raisonnement clinique (2h)** : formulation des hypothèses diagnostiques, identification des principaux patrons cliniques, intégration des données selon le principe « Make the features fit » et prévention des erreurs de raisonnement.	3 h 30
Vendredi 14 mai 2027 · après-midi	**Module 3 — Explorer et évaluer (3h30)** : examen physique de l'épaule et examen cervical, analyse du mouvement, identification de la dyskinésie scapulaire, évaluation de la mobilité articulaire et musculaire, tests orthopédiques et mesures de référence.	3 h 30
Samedi 15 mai 2027 · matin	**Module 3 — Explorer et évaluer (1h)** : examen neurologique et neurodynamique du membre supérieur (ULNT 1 et ULNT 2a). **Module 4 — Interpréter et décider (1h)** : intégration des résultats, identification des tableaux cliniques et établissement du diagnostic de kinésithérapie. **Module 5 — Prescription du traitement (1h30)** : principes de prescription et choix des stratégies thérapeutiques.	3 h 30
Samedi 15 mai 2027 · après-midi	**Module 5 — Prescription du traitement (2h30)** : conception, dosage et progression de l'exercice thérapeutique, gestion des symptômes et mise en pratique. **Module 6 — Réévaluer et adapter (1h)** : réévaluation, suivi des résultats et adaptation du programme thérapeutique.	3 h 30

Méthodes pédagogiques et encadrement

Différentes méthodes sont mobilisées en alternance tout au long de la formation, afin de relier en permanence les connaissances aux décisions à prendre face au patient :

- **Méthode expositive :** apports théoriques du formateur à l'aide de supports PowerPoint, pour actualiser les connaissances.
- **Méthode démonstrative :** présentation et explication des procédures d'examen et des techniques de prise en charge.
- **Méthode active :** mise en pratique des procédures d'examen par binômes, avec corrections et conseils de l'enseignant.
- **Étude de cas cliniques :** travail en groupe à partir de situations cliniques réelles, avec formulation d'hypothèses et réflexion sur les choix thérapeutiques.
- **Méthode participative-interrogative :** temps de questions et d'échanges, individuellement et en petits groupes, tout au long de la formation.

Moyens techniques et d'encadrement

- Formation encadrée par un masseur-kinésithérapeute D.E. spécialisé dans la prise en charge des dysfonctions musculosquelettiques de l'épaule.
- Salle de formation équipée pour la projection des supports et la pratique par binômes.
- Groupe à effectif limité afin de garantir un suivi individualisé des compétences et du raisonnement clinique.

Modalités d'évaluation

- **Positionnement en amont :** questionnaire de pré-formation permettant d'analyser les besoins et le niveau de départ, puis questionnaire proposé en début de formation pour évaluer les connaissances initiales.
- **Évaluation continue :** suivi par l'enseignant des connaissances, des compétences et du raisonnement clinique à travers les mises en pratique par binômes, l'analyse de cas cliniques et les temps d'échange.
- **Évaluation des acquis :** questionnaire proposé en fin de formation, comparé aux connaissances initiales.
- **Évaluation de la satisfaction :** questionnaire de satisfaction à chaud, exploité dans une démarche d'amélioration continue.

Attestations délivrées. Une attestation de participation et une attestation de fin de formation, mentionnant les objectifs, la nature et la durée de l'action ainsi que les résultats de l'évaluation des acquis, sont remises à chaque stagiaire à l'issue de la formation, conformément à l'article L.6353-1 du Code du travail.

Informations pratiques

Durée	14 heures réparties sur 2 jours (2 journées de 7 heures)
Modalité	Présentiel
Lieu	Saint-Cyprien, hôtel Les Bulles de Mer
Dates de session	Vendredi 14 mai et samedi 15 mai 2027
Horaires	9h00 – 12h30 et 13h30 – 17h00
Effectif	18 stagiaires maximum
Tarif	580 € TTC
Délai d'accès	Inscriptions acceptées dans la limite des places disponibles, sous réserve du respect des délais légaux applicables, des prérequis et des possibilités d'organisation de la formation.
Financement	Formation susceptible d'être prise en charge par le DPC (Agence nationale du DPC), sous réserve des critères en vigueur et du solde ou crédit disponible sur le compte DPC du stagiaire au moment de son inscription.

Accessibilité aux personnes en situation de handicap. Cette formation est ouverte aux personnes en situation de handicap. Les modalités d'accueil et les adaptations pédagogiques, matérielles ou organisationnelles peuvent être étudiées au cas par cas : merci de nous contacter en amont de votre inscription afin que nous puissions échanger sur vos besoins. Référent handicap : Pierre Meurisse, masseur-kinésithérapeute D.E.

Contact et référent pédagogique

Formateur	David Barceló García, masseur-kinésithérapeute D.E.
Référent pédagogique	Pierre Meurisse, masseur-kinésithérapeute D.E.
Organisme de formation	Latitude Kiné
Adresse	10 rue des vendanges, 66200 Latour-Bas-Elne
Téléphone	06 73 34 80 36
E-mail	contact@latitudekine.fr
Déclaration d'activité	Enregistrée sous le numéro 76660302966. Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'État.
SIRET	52137963600033
Indicateurs de résultats	Latitude Kiné est un organisme nouvellement créé : les indicateurs propres à cette formation (satisfaction, réussite aux évaluations, assiduité) seront publiés après la première session des 14 et 15 mai 2027.

Notre démarche qualité

- Positionnement et évaluation des acquis en amont, en cours et en fin de formation.
- Questionnaire de satisfaction et exploitation des retours dans une logique d'amélioration continue.
- Prise en compte des situations de handicap dès la phase d'inscription.
- Délivrance d'une attestation de fin de formation et d'une attestation de participation.

Références scientifiques du formateur

Bibliographie sur laquelle s'appuie le contenu de la formation, communiquée par le formateur.

1. Jones MA. Clinical reasoning in manual therapy. Phys Ther. 1992 Dec;72(12):875-84. doi:10.1093/ptj/72.12.875.
2. Fondevila Suárez E. Clinical Reasoning in Physical Therapy: Conceptual Framework and Modern Definition. Fisio Divulg. 2015;3(3):5-18.
3. Nijs J, van Wilgen CP, Van Oosterwijck J, van Ittersum M, Meeus M. How to explain central sensitization to patients with 'unexplained' chronic musculoskeletal pain: Practice guidelines. Manual Therapy. 2011 Oct;16(5):413-8. doi:10.1016/j.math.2011.04.005.
4. Vergouw D, et al. Prediction of persistent shoulder pain in general practice: Comparing clinical consensus from a Delphi procedure with a statistical scoring system. BMC Fam Pract. 2011 Jun 30;12:63.
5. Hultenheim Klintberg I, Cools AM, Holmgren TM, Gunnarsson Holzhausen AC, Johansson K, Maenhout AG, Moser JS, Spunton V, Ginn K. Consensus for physiotherapy for shoulder pain. International Orthopaedics. 2015 Apr;39(4):715-20. doi:10.1007/s00264-014-2639-9.
6. Struyf F, Nijs J, Mottram S, Roussel NA, Cools AM. Clinical assessment of the scapula: a review of the literature. Br J Sports Med. 2014 Jun;48(11):883-90.
7. Wassinger CA, Williams DA, Milosavljevic S, Hegedus EJ. Clinical reliability and diagnostic accuracy of visual scapulohumeral movement evaluation in detecting patients with shoulder impairment. Int J Sports Phys Ther. 2015 Aug;10(4):456-63.
8. Uhl TL, Kibler WB, Gecewich B, Tripp BL. Evaluation of clinical assessment methods for scapular dyskinesis. Arthroscopy. 2009 Nov;25(11):1240-8.
9. Kibler WB, Ludewig PM, McClure PW, Michener LA. Clinical implications of scapular dyskinesis in shoulder injury: the 2013 consensus statement from the 'scapular summit'. Br J Sports Med. 2013 Sep;47(14):877-85.
10. Nee RJ, Jull GA, Vicenzino B, Coppieters MW. The Validity of Upper-Limb Neurodynamic Tests for Detecting Peripheral Neuropathic Pain. J Orthop Sports Phys Ther. 2012 May;42(5):413-24.
11. Albert-Lucena D, Navarro-Santana MJ, Díaz-Arribas MJ, Rabanal-Rodríguez G, Valera-Calero JA, Fernández-de-Las-Peñas C, Cook C, Plaza-Manzano G. Diagnostic accuracy of neurodynamic tests in upper-limb entrapment neuropathies: A systematic review and meta-analysis. Musculoskelet Sci Pract. 2025 Jun;77:103317. doi:10.1016/j.msksp.2025.103317.
12. Apelby-Albrecht M, Andersson L, Kleiva IW, Kvåle K, Skillgate E, Josephson A. Concordance of upper limb neurodynamic tests with medical examination and magnetic resonance imaging in patients with cervical radiculopathy: a diagnostic cohort study. J Manipulative Physiol Ther. 2013 Nov-Dec;36(9):626-32.
13. Legakis A, Boyd BS. The influence of scapular depression on upper limb neurodynamic test responses. J Man Manip Ther. 2012 May;20(2):75-82.
14. Coppieters MW, Stappaerts KH, Staes FF, Everaert DG. Shoulder girdle elevation during neurodynamic testing: an assessable sign? Man Ther. 2001 May;6(2):88-96.
15. Coppieters MW, Stappaerts KH, Wouters LL, Janssens K. Aberrant protective force generation during neural provocation testing and the effect of treatment in patients with neurogenic cervicobrachial pain. J Manipulative Physiol Ther. 2003 Feb;26(2):99-106.
16. Thoomes EJ, Arvanitidis M, van Geest S, van der Windt DA, Verhagen AP, de Graaf M, Kuijper B, Scholten-Peeters GGM, Vleggeert-Lankamp CL, Falla D. Diagnostic accuracy of physical examination tests for painful cervical radiculopathy: update of a systematic review and meta-analysis. BMC Musculoskelet Disord. 2026;27:338. doi:10.1186/s12891-026-09551-0.
17. Hegedus EJ, Goode AP, Cook CE, Michener L. Which physical examination tests provide clinicians with the most value when examining the shoulder? Update of a systematic review with meta-analysis of individual tests. Br J Sports Med. 2012 Nov;46(14):964-78.
18. Gismervik SØ, Drogset JO, Granviken F, Rø M, Leivseth G. Physical examination tests of the shoulder: a systematic review and meta-analysis of diagnostic test performance. BMC Musculoskelet Disord. 2017;18:41.
19. Zhao Q, Palani P, Kassab NS, Terzic M, Olejnik M, Wang S, Tomassini-Lopez Y, Dean C, Shellenberger RA. Evidence-based approach to the shoulder examination for subacromial bursitis and rotator cuff tears: a systematic review and meta-analysis. BMC Musculoskelet Disord. 2024;25:1028. doi:10.1186/s12891-024-08144-z.
20. Chronopoulos E, Kim TK, Park HB, Ashenbrenner D, McFarland EG. Diagnostic value of physical tests for isolated chronic acromioclavicular lesions. Am J Sports Med. 2004 Apr-May;32(3):655-61.
21. Park HB, Yokota A, Gill HS, El Rassi G, McFarland EG. Diagnostic accuracy of clinical tests for the different degrees of subacromial impingement syndrome. J Bone Joint Surg Am. 2005 Jul;87(7):1446-55.
22. Biederwolf NE. A proposed evidence-based shoulder special testing examination algorithm: Clinical utility based on a systematic review of the literature. Int J Sports Phys Ther. 2013 Aug;8(4):427-40.
23. Barreto RPG, Braman JP, Ludewig PM, Ribeiro LP, Camargo PR. Bilateral magnetic resonance imaging findings in individuals with unilateral shoulder pain. J Shoulder Elbow Surg. 2019 Sep;28(9):1699-1706. doi:10.1016/j.jse.2019.04.001.
24. Tran G, Cowling P, Smith T, Bury J, Lucas A, Barr A, Kingsbury SR, Conaghan PG. What Imaging-Detected Pathologies Are Associated With Shoulder Symptoms and Their Persistence? A Systematic Literature Review. Arthritis Care Res (Hoboken). 2018 Aug;70(8):1169-1184. doi:10.1002/acr.23554.
25. Schellingerhout JM, Verhagen AP, Thomas S, Koes BW. Lack of uniformity in diagnostic labeling of shoulder pain: Time for a different approach. Man Ther. 2008 Dec;13(6):478-83.
26. Huisstede BM, Miedema HS, Verhagen AP, Koes BW, Verhaar JA. Multidisciplinary consensus on the terminology and classification of complaints of the arm, neck and/or shoulder. Occup Environ Med. 2007 May;64(5):313-9.
27. Somerville L, Bryant D, Willits K, Johnson A. Protocol for determining the diagnostic validity of physical examination maneuvers for shoulder pathology. BMC Musculoskelet Disord. 2013 Feb 8;14:60.
28. Braman JP, Zhao KD, Lawrence RL, Harrison AK, Ludewig PM. Shoulder impingement revisited: evolution of diagnostic understanding in orthopedic surgery and physical therapy. Med Biol Eng Comput. 2014 Mar;52(3):211-9.
29. McFarland EG, Maffulli N, Del Buono A, Murrell GAC, Garzon-Muvdi J, Petersen SA. Impingement is not impingement: the case for calling it "Rotator Cuff Disease". Muscles Ligaments Tendons J. 2013 Jul-Sep;3(3):196-200.
30. Beard DJ, Rees JL, Cook JA, Rombach I, Cooper C, Merritt N, Shirkey BA, Donovan JL, Gwilym S, Savulescu J, Moser J, Gray A, Jepson M, Tracey I, Judge A, Wartolowska K, Carr AJ; CSAW Study Group. Arthroscopic subacromial decompression for subacromial shoulder pain (CSAW): a multicentre, pragmatic, parallel group, placebo-controlled, three-group, randomised surgical trial. Lancet. 2018 Jan 27;391(10118):329-38. doi:10.1016/S0140-6736(17)32457-1.
31. Kanto K, Bäck M, Ibounig T, Björkenheim R, Malmivaara A, Czuba T, Inkinen J, Kalske J, Savolainen V, Sinisaari I, Toivonen P, Taimela S, Järvinen TLN, Paavola M; Finnish Shoulder Impingement Arthroscopy Controlled Trial (FIMPACT) Investigators. Arthroscopic subacromial decompression versus placebo surgery for subacromial pain syndrome: 10 year follow-up of the FIMPACT randomised, placebo surgery controlled trial. BMJ.

2025;391:e086201. doi:10.1136/bmj-2025-086201.

32. Lewis J. Frozen shoulder contracture syndrome: Aetiology, diagnosis and management. Man Ther. 2015 Feb;20(1):2-9. doi:10.1016/j.math.2014.07.006.

33. Lee BC, Kim BS, Lee BJ, et al. Clinical Practice Guidelines for Diagnosis and Non-Surgical Treatment of Primary Frozen Shoulder. Ann Rehabil Med. 2025 Jun;49(3):113-38. doi:10.5535/arm.250057.

34. Challoumas D, Biddle M, McLean M, Millar NL. Comparison of Treatments for Frozen Shoulder: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2020 Dec;3(12):e2029581. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.29581.

35. Wong CK, Levine WN, Deo K, Kesting RS, Mercer EA, Schram GA. Natural history of frozen shoulder: fact or fiction? A systematic review. Physiotherapy. 2017 Mar;103(1):40-47.

36. Cook JL, Rio E, Purdam CR, Docking SI. Revisiting the continuum model of tendon pathology: what is its merit in clinical practice and research? Br J Sports Med. 2016 Oct;50(19):1187-91. doi:10.1136/bjsports-2015-095422.

37. Lewis JS. Rotator cuff tendinopathy: a model for the continuum of pathology and related management. Br J Sports Med. 2010 Oct;44(13):918-23.

38. Littlewood C. Contractile dysfunction of the shoulder (rotator cuff tendinopathy): an overview. J Man Manip Ther. 2012 Nov;20(4):209-13.

39. Lafrance S, Charron M, Roy JS, Dyer JO, Frémont P, Dionne CE, Macdermid JC, Tousignant M, Rochette A, Doiron-Cadrin P, Lowry V, Bureau N, Lamontagne M, Sandman E, Coutu MF, Lavigne P, Desmeules F. Diagnosing, Managing, and Supporting Return to Work of Adults With Rotator Cuff Disorders: A Clinical Practice Guideline. J Orthop Sports Phys Ther. 2022 Oct;52(10):647-664. doi:10.2519/jospt.2022.11306.

40. Haute Autorité de Santé. Conduite diagnostique devant une épaule douloureuse non traumatique de l'adulte et prise en charge des tendinopathies de la coiffe des rotateurs. Recommandation de bonne pratique. HAS; août 2023.

41. Desmeules F, Roy JS, Lafrance S, Charron M, Dubé MO, Dupuis F, Beneciuk JM, Grimes J, Kim HM, Lamontagne M, McCreesh K, Shanley E, Vukobrat T, Michener LA. Rotator Cuff Tendinopathy Diagnosis, Nonsurgical Medical Care, and Rehabilitation: A Clinical Practice Guideline. J Orthop Sports Phys Ther. 2025 Apr;55(4):235-74. doi:10.2519/jospt.2025.13182.

42. Maestroni L, Read P, Bishop C, Papadopoulos K, Suchomel TJ, Comfort P, Turner A. The Benefits of Strength Training on Musculoskeletal System Health: Practical Applications for Interdisciplinary Care. Sports Med. 2020 Aug;50(8):1431-1450. doi:10.1007/s40279-020-01309-5.

43. Wu D, Wen Z, Ke H, Zhang J, Zhong S, Teng J, Xu L, Li J, Shao Y, Zeng C. Specific modes of exercise to improve rotator cuff-related shoulder pain: systematic review and meta-analysis. Front Bioeng Biotechnol. 2025 Apr 8;13:1560597. doi:10.3389/fbioe.2025.1560597.

44. Zhang B, Raguzzi IA, Dupuis F, Gianola S, Morgan-Daniel J, Roy JS, Pozzi F. Addressing Shoulder Weakness in Individuals With Rotator Cuff-Related Shoulder Pain: A Systematic Review With Meta-analysis. J Orthop Sports Phys Ther. 2026 Feb;56(2):67-84. doi:10.2519/jospt.2025.13445.

Programme mis à jour le 18/11/2026