
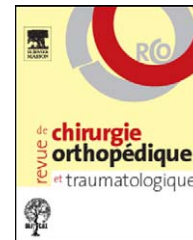




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



MÉMOIRE ORIGINAL

Retentissement professionnel de la chirurgie pour rupture de coiffe des rotateurs par accident de travail ou maladie professionnelle : une série de 262 cas[☆]

Occupational outcome after surgery in patients with a rotator cuff tear due to a work-related injury or occupational disease: A series of 262 cases

L. Nové-Josserand*, J.-P. Liotard, A. Godeneche, L. Neyton, F. Borel, B. Rey, E. Noel, G. Walch

Unité de l'épaule, Centre orthopédique, 24, avenue Paul-Santy, 69008 Lyon, France

Acceptation définitive le : 4 février 2011

MOTS CLÉS

Coiffe des rotateurs ;
Rupture ;
Réparation ;
Accident de travail ;
Maladie professionnelle ;
Travail

Résumé

But. – L'objectif de l'étude était d'établir le devenir professionnel des patients opérés d'une réparation de la coiffe des rotateurs en accident de travail (AT) ou maladie professionnelle (MP) et de mettre en évidence les facteurs influençant la reprise du travail et ses conditions. **Hypothèse :** la reprise du travail est possible pour cette catégorie de patients.

Patients et méthodes. – L'étude, sur questionnaire renvoyé par courrier, portait sur 262 épaules chez 254 patients en AT/MP opérés entre 2000 et 2005. L'âge moyen était de $50,5 \pm 6,4$ ans. Les critères analysés étaient : la situation professionnelle (régime général, profession indépendante, fonction publique), la catégorie professionnelle (non-manuelle, manuelles, manuelle lourde), la lésion tendineuse et la technique chirurgicale (ciel ouvert, mini-open, arthroscopie). **Résultats.** – La reprise du travail était observée dans 59,5% des cas. Les causes d'absence de reprise (40,4%) étaient : départ à la retraite (14,1%), arrêt pour une autre raison médicale (10,3%), conséquence de l'épaule opérée (16%). L'âge influençait la reprise du travail ($p < 5,10^{-4}$). La catégorie professionnelle, la lésion tendineuse n'influençaient pas la reprise du travail mais la durée d'arrêt de travail. La situation professionnelle, la technique chirurgicale influençaient la reprise du travail mais pas la durée d'arrêt de travail.

DOI de l'article original : [10.1016/j.otsr.2011.01.012](https://doi.org/10.1016/j.otsr.2011.01.012).

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant..

Adresse e-mail : lnovejosserandpro@wanadoo.fr (L. Nové-Josserand).

Conclusion. – L'âge est le facteur déterminant pour la reprise du travail. Le départ à la retraite semble l'option la plus courante à partir de 55 ans. L'arthroscopie semble permettre une diminution de l'influence de l'AT sur le résultat en particulier sur la durée de l'arrêt de travail. Il faut savoir évaluer en préopératoire qu'un patient pourra reprendre son travail ou non en fonction des caractéristiques professionnelles et lésionnelles et savoir accepter un délai de reprise plus long en fonction de la catégorie professionnelle (travail manuel) et de la lésion tendineuse. La connaissance des facteurs influençant la reprise du travail et ses conditions améliore la prise en charge des patients.

Niveau de preuve. – Niveau IV – étude rétrospective.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

La pathologie de l'épaule est une cause fréquente de déclaration d'accident de travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP). Les ruptures de la coiffe des rotateurs, référencées au tableau 57-A de l'assurance maladie, sont très fréquentes et concernent le plus souvent l'adulte masculin d'âge mûr exposé notamment dans les professions manuelles. Problématique déjà évoquée par Codman en 1934 [1], la prise en charge chirurgicale des ruptures de la coiffe des rotateurs dans le cadre de l'AT ou MP est pénalisée par une mauvaise réputation en termes de résultat et de reprise du travail [2–8]. La différence porte surtout sur le résultat subjectif [5,7] bien que cela soit discuté [9–13]. Pour certains auteurs, la raison serait une population exposée différente de la population standard [2,7,14] alors que pour d'autres, c'est la notion même d'accident du travail ou de MP qui représente un facteur indépendant [8].

Nous avons voulu savoir ce que deviennent, sur le plan professionnel à moyen terme, les patients opérés d'une rupture de la coiffe des rotateurs dans le cadre d'un AT ou d'une MP, quelle que soit la lésion tendineuse et quelle que soit la technique chirurgicale. Notre hypothèse était que la reprise du travail était possible pour cette population définie et spécifique. L'objectif était également de mettre en évidence les facteurs influençant la reprise du travail et ses conditions afin d'améliorer la prise en charge de ces patients.

Patients et méthodes

Pendant la période allant de l'année 2000 à 2005 inclus, 1155 patients ont été opérés pour une réparation de la coiffe des rotateurs par un même opérateur (LNJ), quelle que soit la technique. Sur ce total, 290 patients, soit 25,1% de la population, relevaient d'un accident du travail ou de MP (tableau 57-A de l'Assurance maladie).

Pour connaître leur devenir professionnel et leur résultat subjectif, les 290 patients ont été contactés afin de remplir un questionnaire. Il était demandé aux patients de renvoyer le questionnaire par courrier. Deux patients sont décédés (0,7%), 34 patients ont été perdus de vue (11,7%) et 254 patients ont répondu en renvoyant le questionnaire assurant un taux de réponse de 87,6%. Huit patients ont été opérés de façon bilatérale. Le total du nombre d'épaules incluses dans cette étude était de 262.

Il y avait 183 hommes (72%) et 71 femmes (28%). Le côté droit était concerné dans 69% des cas. L'âge moyen au moment de l'intervention était de $50,5 \pm 6,4$ ans. Il n'existait pas de différence d'âge selon le sexe. Une patiente ne travaillait pas au moment de l'intervention du fait d'un licenciement préopératoire (0,4%). Les emplois salariés représentaient 75,2% de la population, les professions indépendantes représentaient 12,6% et les emplois de la fonction publique représentaient 11,8%. Les catégories professionnelles étaient réparties en trois groupes : les professions non manuelles représentaient 6,1% des cas, les professions manuelles 25,5% des cas et les professions manuelles lourdes représentaient 68,3%. Étaient considérées comme professions manuelles lourdes, toutes les professions manuelles comportant une activité de force avec mouvements répétitifs en particulier bras en l'air (plâtrier-peintre, maçon, coiffeur, transporteur routier...). La répartition des différentes lésions tendineuses est exposée dans le Tableau 1. Les ruptures étaient soit transfixiantes, soit partielles nécessitant une réparation chirurgicale. Les ruptures isolées du supraspinatus représentaient les cas les plus fréquents. Les lésions d'un seul tendon de la coiffe des rotateurs représentaient 64,1% de l'ensemble des lésions. Les lésions de deux tendons représentaient 28,2% des cas. Les lésions des trois tendons représentaient 7,6% des cas. La rupture était déclarée en AT dans 67% des cas et en MP dans 33% des cas.

La réparation tendineuse était réalisée à ciel ouvert dans 185 cas (70,6%), par voie mini-open dans 24 cas (9,2%) et sous arthroscopie dans 53 cas (20,2%). Les réparations sous arthroscopie correspondaient aux premières réparations sous arthroscopie de l'opérateur incluant la courbe d'apprentissage.

Dans huit cas, la réparation était bilatérale. Il s'agissait de sept hommes et une femme pour un âge moyen de $50,9 \pm 4,9$ ans. Dans tous les cas, la profession était manuelle et manuelle lourde dans deux cas. Il s'agissait de deux professions indépendantes (profession manuelle lourde) et de six salariés (profession manuelle).

Les questionnaires ont été envoyés au minimum deux ans après l'intervention chirurgicale. Le délai entre l'intervention et la réponse varie entre deux et sept ans.

Les statistiques ont été réalisées avec le logiciel Statview 5 de SAS Institute (Cary North Carolina, États-Unis). Pour les données qualitatives, le test du Chi² a été pratiqué. Pour les données quantitatives, nous avons réalisé des analyses multi variées. Pour les effectifs faibles, des tests non paramétriques ont été utilisés.

Tableau 1 Incidence des lésions tendineuses dans la population opérée d'une réparation de la coiffe des rotateurs dans le cadre du tableau 57-A.

Supraspinatus isolé 131 cas	Subscapularis isolé 37 cas	Supra + infraspinatus 20 cas	Supra + subscapularis 54 cas	Supra + infra + subscapularis 20 cas
50%	14,1%	7,6%	20,6%	7,6%
64,1%			28,2%	7,6%

Tableau 2 Devenir professionnel des patients en fonction de la reprise ou de l'absence de reprise du travail.

Reprise du travail	59,5%		Absence de reprise du travail 40,5%	
Reprise du travail identique 45,8%	Reprise d'un travail différent 13,7%	Retraite 14,2%	Autre cause médicale 10,3%	À cause de l'épaule 16%

Dans tout les cas, le seuil de significativité à été fixé à 0,05.

Résultats

Résultats globaux

La reprise du travail était observée dans 156 cas (59,54%) alors qu'il n'y avait pas de reprise du travail dans 106 cas (40,45%). Le **Tableau 2** récapitule le devenir des patients en terme de reprise du travail. L'absence de reprise du travail était indépendante de la pathologie de l'épaule dans 24,4% des cas et la conséquence directe de la pathologie de l'épaule opérée dans 16% des cas.

Reprise du travail

Au moment de la reprise du travail, l'âge moyen était de $48,08 \pm 0,8$ ans. Les hommes représentaient 75% de cette population. Le sexe n'avait d'influence ni sur la reprise du travail, ni sur la durée de l'arrêt de travail. La répartition entre AT et MP était de 75,6 et 24,4%.

La reprise du travail s'est fait sur un poste identique dans 120 cas soit 45,8% de la population globale. La durée moyenne de l'arrêt de travail à temps complet était de $9,8 \pm 6,2$ mois. À l'issue de cette période d'inactivité professionnelle, la reprise s'est fait à temps partiel dans 37,5% des cas.

La reprise a été réalisée avec un travail différent dans 36 cas soit 13,7% de la population globale. Il s'agissait d'un poste adapté dans le même contexte professionnel dans 25% des cas et d'une réorientation professionnelle dans 75% des cas. Dans cette dernière catégorie, la reprise du travail était réalisée dans une catégorie professionnelle identique ou moins manuelle pour une durée moyenne d'arrêt de travail à temps plein de $12,4 \pm 6,5$ mois.

Absence de reprise du travail

Les causes d'absence de reprise du travail étaient variables. La première cause était le départ à la retraite dans 37 cas soit 14,1% de la population globale avec un âge moyen de $57,3 \pm 5,6$ ans. L'absence de reprise du travail était due à un arrêt pour une autre raison médicale dans 27 cas soit 10,3% de la population globale avec un âge moyen de $51,8 \pm 5$ ans.

L'absence de reprise du travail était en relation directe avec l'épaule opérée dans 42 cas soit 16% de la population globale. Il s'agissait soit d'un arrêt prolongé (13 cas) soit d'un licenciement sans reprise professionnelle à l'issue (29 cas) pour un âge moyen de $50,2 \pm 5,6$ ans. Le délai moyen avant licenciement était de 20 mois (1–48).

Facteurs influençant la reprise du travail

L'âge influençait significativement la reprise du travail ($p < 10^{-4}$) ainsi que la reprise d'un travail identique

Tableau 3 Résultats en terme de reprise de travail et de résultat subjectif en fonction de l'âge.

	≤ 50 ans 111 cas	50–55 ans 75 cas	≥ 55 ans 76 cas	p
Reprise du travail	82,8%	64%	21%	$< 10^{-4}$
Changement de travail	20,7%	5,3%	0	$< 10^{-4}$
Retraite	1,8%	6,7%	42%	$< 10^{-4}$
Amélioration subjective	88,8%	88,8%	82,6%	NS

NS : non-significatif.

Tableau 4 Résultats en terme de reprise de travail et de résultat subjectif en fonction de la catégorie accident de travail ou maladie professionnelle.

	AT175 cas	MP87 cas	<i>p</i>
Reprise du travail	63,7%	43,6%	0,0005
Reprise d'un travail identique	52%	28%	$< 10^{-4}$
Durée arrêt de travail temps plein en mois	9,8 ± 6,3	12 ± 6,4	0,07
Amélioration subjective	85,7%	81,6%	NS

NS : non-significatif.

Tableau 5 Résultats en terme de reprise de travail et de résultat subjectif s en fonction de la catégorie professionnelle.

	Non manuel 16 cas	Manuel 67 cas	Manuel lourd 179 cas	<i>p</i>
Reprise du travail	75%	58,2%	58,6%	0,42
Changement de travail	0	8,9%	11,7%	NS
Durée arrêt travail	7 ± 2,5	9,2 ± 6	11,2 ± 6	0,05
Amélioration subjective	81,2%	86,5%	83,8%	NS

NS : non-significatif.

($p < 10^{-4}$). En revanche, l'âge n'avait pas d'influence sur la durée de l'arrêt de travail ($p = 0,89$). Le **Tableau 3** montre qu'en dessous de 50 ans, la reprise du travail était la règle alors qu'au-delà de 55 ans, la reprise du travail se faisait une fois sur cinq et que le départ à la retraite dépassait 40% des cas.

La notion accident/MP avait une influence significative sur la reprise du travail ($p = 5,10^{-4}$) ainsi que sur la reprise d'un travail identique ($p < 10^{-4}$) (**Tableau 4**). La durée de l'arrêt de travail à temps plein n'était pas significativement différente malgré une tendance à l'allongement de la durée de l'arrêt dans le cadre de la MP: 12 ± 6 mois contre 9,8 ± 6 mois ($p = 0,07$). Le groupe «MP» se caractérisait par une population plutôt féminine (36,8% vs 23%), d'âge équivalent (50 ans), plutôt salariée (88% vs 69%), avec une profession plu-

tôt manuelle lourde (74% vs 65%) mais présentant des lésions plutôt moins importantes (lésion d'un tendon 71% vs 60%).

La catégorie professionnelle n'influait pas la reprise du travail ($p = 0,42$) mais influait significativement la durée de l'arrêt de travail qui était allongée proportionnellement au caractère manuel de la profession ($p = 0,05$) (**Tableau 5**).

La situation professionnelle influait de façon significative la reprise du travail ($p = 0,0015$) au détriment de l'emploi salarié ainsi que la reprise d'un travail identique ($p = 0,0004$). Les populations de travailleurs indépendants et fonction publique évoluaient de façon similaire. La durée moyenne de l'arrêt de travail à temps plein était plus longue pour le régime général mais de façon non significative (**Tableau 6**).

Tableau 6 Résultats en terme de reprise de travail et de résultat subjectif en fonction de la situation professionnelle.

	Salarié 198 cas	Indépendant 33 cas	Fonction publique 31 cas	<i>p</i>
Reprise du travail	53%	78,8%	80,6%	0,0015
Changement de travail	39%	70%	68%	0,0004
Durée arrêt travail	11 ± 7	8,5 ± 5	9,9 ± 5	NS
Amélioration subjective	82,8%	91%	87%	NS

NS : non-significatif.

Tableau 7 Résultats en terme de reprise de travail et de résultat subjectif en fonction de la lésion tendineuse.

	Lésion 1 tendon 168 cas	Lésion 2 tendons 74 cas	Lésion 3 tendons 20 cas	p
Reprise du travail	62,5%	54%	55%	0,21
Durée arrêt travail	9,3 ± 4	12 ± 7	15,3 ± 4	0,04
Amélioration subjective	85,1%	86,5%	70%	0,06
Âge moyen	49,4 ± 7	52,2 ± 5	54 ± 4	NS

NS : non-significatif.

La lésion anatomique n'influait pas la reprise du travail ($p=0,21$) mais influait de façon significative la durée de l'arrêt de travail ($p=0,04$) (Tableau 7). Il faut souligner que l'âge moyen des différents groupes augmente parallèlement à la complexité des lésions tendineuses.

La technique chirurgicale influait la reprise du travail au profit de la chirurgie à ciel ouvert ($p=0,004$). La technique chirurgicale n'influait pas la durée de l'arrêt de travail même s'il existait un allongement de cette durée avec la chirurgie à ciel ouvert (Tableau 8). Il existait une différence de l'âge moyen des trois populations correspondant aux techniques chirurgicales.

Pour les atteintes bilatérales, la reprise du travail a été possible deux fois pour les travailleurs indépendants (une reprise sur poste identique et une reprise sur poste adapté). Aucun salarié n'a repris le travail (un départ à la retraite, un arrêt pour une autre cause et quatre licenciements pour inaptitude au travail).

L'amélioration subjective était significativement associée à la reprise du travail ($p=0,0005$) et à la durée de l'arrêt à temps plein ($p=0,0003$). Elle était indépendante de l'âge, de l'atteinte tendineuse et de la technique chirurgicale.

Discussion

La notion d'AT ou MP est classiquement reconnue comme un facteur péjoratif en terme de résultat et de reprise du travail après réparation de la coiffe des rotateurs depuis Codman [1–8].

Hawkins et al. [2], en 1985, comparent les résultats des réparations de la coiffe des rotateurs dans une population de 100 patients dont 30 en AT. La reprise du travail est peu fréquente, deux fois sur 30 patients concernés et dans un délai deux fois supérieur à la population standard. Les résultats sont globalement inférieurs sauf pour les mobilités qui sont identiques dans les deux populations. Les auteurs suspectent une motivation différente avec

recherche de bénéfices secondaires en particulier financier. Misamore et al. [3] comparent les résultats des réparations de coiffe opposant une population standard et AT en terme de résultat fonctionnel et de retour au travail. L'AT interfère significativement sur le résultat global de même que sur les critères d'évaluation subjective. La reprise du travail était effective dans 42% des accidents de travail contre 94% dans la population standard mais sans différence de durée d'arrêt de travail. La différence était d'autant plus significative qu'il s'agissait de métier plus manuel. Shinnors et al [6] rapportent les résultats de 41 patients opérés de réparation de coiffe en mini-open avec un recul de 36 mois. Le groupe AT (11 patients) avait un résultat global inférieur. La reprise du travail était possible dans 82% des cas mais avec restriction ou changement de travail. Le délai de reprise était allongé de façon significative. McKee et Yoo [4] mettent en évidence, par une étude prospective, l'influence négative du statut AT sur le résultat des réparations de ruptures de coiffe. Ils montrent également la corrélation négative de ce statut avec l'état préopératoire. Watson et Sonnabend [5] analysent les facteurs influençant les résultats des réparations de coiffe sur une série de 667 épaules opérées entre 1983 et 1996. Les patients sont interrogés par questionnaire avec un délai postopératoire moyen de 3,8 ans (minimum 6 mois). Les patients en AT, 14,5%, ont un résultat subjectif satisfaisant mais inférieur à la population standard (71% contre 90%). Balyk et al [7] proposent une étude prospective à trois et six mois pour évaluer les résultats entre AT et population standard. À caractéristiques préopératoires identiques, les différences péjoratives de l'AT (26% de la population) s'estompent sur le résultat à six mois et portent surtout sur les facteurs subjectifs. Henn et al [8] montrent, par une analyse multivariable des différents facteurs affectant les populations AT et standard, que le facteur reconnaissance en AT est un facteur péjoratif indépendant.

Néanmoins, ce caractère péjoratif reste discuté. Ianotti et al [9] ne retrouvent pas de différence significative sur le score de Constant ni sur les évaluations subjectives alors que

Tableau 8 Résultats en terme de reprise de travail en fonction de la technique chirurgicale.

	Ciel ouvert 185 cas	Mini-open 24 cas	Arthroscopie 53 cas	p
Reprise du travail	66%	41,6%	45,3%	0,004
Durée arrêt travail	10,9 ± 7	8,7 ± 2,5	8,75 ± 4	NS
Âge moyen	49,8 ± 6	50,3 ± 5	53,2 ± 5	NS

NS : non-significatif.

la durée d'arrêt de travail était plus longue dans le cadre de l'accident du travail (7,8 mois contre deux mois). Krishnan et al [12] montrent qu'après réparation de la coiffe chez des sujets jeunes, la récupération fonctionnelle est très bonne même en AT avec 90% de retour au travail dans les mêmes conditions pour une lésion tendineuse plus importante en moyenne qu'en chronique. O'Holleran et al [10] ne retrouvent pas d'influence de l'âge, du sexe et de l'AT sur la satisfaction des patients après réparation de la coiffe par arthroscopie ou mini-open. Après réparation sous arthroscopie, les résultats ne semblent pas être influencés par l'AT [11–13]. Les populations étudiées par Krishnan et al. [12] et Burns et Snyder [13] se caractérisent par un âge jeune de moins de 50 ans en moyenne.

Alors que la cicatrisation tendineuse n'est pas influencée par la notion d'AT [15,16], une des hypothèses expliquant le caractère péjoratif de l'AT pourrait être la caractéristique préopératoire de la population concernée.

Les différentes études montrent qu'il s'agit d'une population plus jeune, plutôt célibataire, plutôt tabagique, avec un statut social bas, un cursus universitaire bas et qui présente une attente moins forte dans le résultat chirurgical [7,8,14]. Cette population se différencie également par un travail plus physique et manuel ainsi qu'un nombre d'heures travaillées plus important favorisant l'exposition au risque [2,8,14]. Opérée plus tôt, la lésion tendineuse est considérée tantôt identique [2,8] tantôt plus importante que dans la population standard [12]. Néanmoins, ces populations ne sont pas différentes en terme de sexe et de co-morbidités [8,17]. Ainsi l'influence de l'AT sur l'état préopératoire du patient reste très discutée [4,18,19].

Henn et al [20] montrent que l'attente ou la motivation du patient dans le résultat de son intervention est un facteur prédictif positif fort et indépendant sur le résultat des réparations de la coiffe des rotateurs. Cet élément participe à expliquer l'influence négative de l'AT dont la population aurait une perception aggravée de son problème d'épaule et une attente moindre dans le traitement chirurgical [8,17]. Quoi qu'il en soit, les études récentes, prenant en compte l'ensemble des critères évoqués en particulier préopératoires, concluent que l'AT représente un facteur péjoratif indépendant, en particulier sur les critères subjectifs du résultat [7,8].

Le taux de reprise du travail de notre série est de 60% avec le plus souvent reprise d'un travail identique. La reprise du travail est évaluée, suivant les auteurs, à 7% avec des délais deux fois supérieurs [2], à 42% contre 94% dans la population standard [3], à 68% dans les populations manuelles [21], à 82% avec modification fréquente du poste de travail [6], à 90% pour les populations les plus jeunes opérées sous arthroscopie [12,13], ou même une absence de différence [9]. L'atteinte bilatérale semble néanmoins réhibitoire chez le salarié.

Notre étude ne permet pas d'analyser et de comparer le caractère préopératoire de la population accident du travail étudiée. D'après notre étude, l'âge semble le facteur déterminant pour la reprise du travail, partageant ainsi les résultats de plusieurs études [12,13]. La catégorie professionnelle et la lésion tendineuse n'influencent pas la reprise du travail mais plutôt le délai de reprise qui est logiquement allongé pour les métiers les plus manuels [2,9] et les lésions

tendineuses les plus importantes bien que cela reste discuté [3].

La disparité de ces résultats peut s'expliquer, en partie, par les lois du travail propre à chaque pays. La législation Française du travail est différente selon la situation professionnelle (régime général, travailleurs indépendants, fonction publique). Travailleurs indépendants et salariés de la fonction publique se comportent de façon identique par opposition aux salariés du régime général. Les conditions locales peuvent interférer sur les possibilités de reprise et leurs conditions: taille de l'entreprise, plan social, absence de licenciement dans la fonction publique, mise en invalidité... L'absence de reprise du travail ne signifie pas systématiquement un échec dans la mesure où dans un quart des cas, l'absence de reprise du travail n'est pas due à l'épaule elle-même. Le départ à la retraite est proposé de façon anticipée aux patients les plus âgés. L'âge légal de la retraite est 60 ans en France mais en pratique l'âge moyen de la retraite est 58,5 ans pour les hommes et 59,5 ans pour les femmes. Après 55 ans, le départ à la retraite ou préretraite est envisagé de façon préférentielle. La reconnaissance en MP a une influence néfaste sur la reprise du travail par rapport à l'AT soulignant probablement le caractère chronique de la lésion tendineuse. De même, la reconnaissance en MP diminue logiquement la reprise d'un travail identique reconnu comme étant à l'origine de la pathologie.

Notre étude semble en faveur de la chirurgie à ciel ouvert mais il faut souligner que le groupe de réparation sous arthroscopie correspondait au début de l'expérience de l'opérateur incluant la courbe d'apprentissage. Notre hypothèse était que l'arthroscopie permettrait, sinon un taux de reprise supérieur, un délai de reprise professionnelle amélioré. Nos résultats vont dans ce sens sans être significatifs, l'effet étant probablement « gommé » par un âge moyen artificiellement élevé dans le groupe arthroscopie (courbe d'apprentissage). Il est intéressant de noter que la plupart des études récentes qui atténuent l'influence du facteur AT sur le résultat concernent des techniques de réparation sous arthroscopie [10–13].

Considérant que l'attente ou la motivation du patient en préopératoire est un facteur positif prédictif fort et indépendant du résultat [20], il paraît nécessaire, avant l'intervention, d'informer le patient le plus précisément possible sur les suites postopératoires et son devenir professionnel. Nos résultats permettent d'appréhender les possibilités de reprise en fonction de l'âge, des caractéristiques professionnelles et lésionnelles. Il faut savoir dire qu'un patient pourra reprendre son travail ou non en fonction des critères étudiés. Il faut savoir accepter un délai de reprise plus long en fonction de la catégorie professionnelle (profession manuelle lourde), de la lésion tendineuse voire un reclassement professionnel.

Conclusion

La réparation de la coiffe des rotateurs dans le cadre de l'AT ou MP permet la reprise du travail sur un poste identique ou modifié dans près de 60% des cas. Dans près d'un quart des cas, l'absence de reprise du travail est indépendante de l'épaule opérée. Au total l'échec de reprise du

travail à cause de l'épaule concerne 16% de la population étudiée.

L'âge représente le premier facteur influençant la reprise du travail. La situation professionnelle, au détriment de l'emploi salarié, la notion de MP et la technique chirurgicale influence la reprise du travail. La catégorie professionnelle, la lésion anatomique, la technique chirurgicale et à un degré moindre, la maladie plutôt que l'accident professionnel influencent la durée d'AT. La connaissance des facteurs influençant la reprise du travail et ses conditions doit aider à donner une meilleure information préopératoire aux patients facilitant par la suite le retour à la vie professionnelle.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements

Les auteurs remercient tout particulièrement le docteur JF SAFAR pour son aide précieuse et professionnelle dans l'analyse statistique qui a permis à ce travail d'aboutir.

Références

- [1] Codman EA. Rupture of the supraspinatus tendon. In: *The Shoulder*. Boston: Thomas Todd Publishing Company; 1934. p. 175.
- [2] Hawkins RJ, Misamore G, Hobeika PE. Surgery for full thickness rotator cuff tears. *J Bone Joint Surg* 1985;67-A:1349–55.
- [3] Misamore GW, Ziegler DW, Rushton 2rd JL. A comparison of results in two populations of patients. *J Bone Joint Surg* 1995;77-A:1335–9.
- [4] McKee MD, Yoo DJ. The effect of surgery for rotator cuff disease on general health status. Results of a prospective trial. *J Bone Joint Surg* 2000;82-A:970–9.
- [5] Watson EM, Sonnabend DH. Outcome of rotator cuff repair. *J Shoulder Elbow Surg* 2002;11:201–11.
- [6] Shinnors TJ, Noordsij PG, Orwin JF. Arthroscopically assisted mini-open rotator cuff repair. *Arthroscopy* 2002;18:21–6.
- [7] Balyk R, Luciak-Corea C, Otto D, Baysal D, Beaupre L. Do outcomes differ after rotator cuff repair for patients receiving worker's compensation. *Clin Orthop Relat Res* 2008;466:3025–33.
- [8] Henn RF3rd, Kang L, Tashjian RZ, Green A. Patients with worker's compensation claims have worse outcomes after rotator cuff repair. *J Bone Joint Surg* 2008;90-A:2105–13.
- [9] Iannotti JP, Bernot MP, Kuhlman JR, Kelley MJ, Williams GR. Postoperative assessment of shoulder function: a prospective study of full-thickness rotator cuff tears. *J Shoulder Elbow Surg* 1996;5:449–57.
- [10] O'Holleran JD, Kocher MS, Horan MP, Briggs KK, Hawkins RJ. Determinants of patient satisfaction with outcome after rotator cuff surgery. *J Bone Joint Surg* 2005;87-A: 121–6.
- [11] Lafosse L, Brozka R, Toussaint B, Gobezie R. The outcome and structural integrity of arthroscopic rotator cuff repair with use of the double-row suture anchor technique. *J Bone Joint Surg* 2007;89-A:1533–41.
- [12] Krishnan SG, Harkins DC, Schiffert SC, Pennington SD, Burkhead WZ. Arthroscopic repair of full-thickness tears of the rotator cuff in patients younger than 40 years. *Arthroscopy* 2008;24:324–8.
- [13] Burns JP, Snyder SJ. Arthroscopic rotator cuff repair in patients younger than fifty years of age. *J Shoulder Elbow Surg* 2008;17:90–6.
- [14] Sallay PI, Hunker PJ, Brown L. Measurement of baseline shoulder function in subjects receiving worker's compensation versus noncompensated subjects. *J Shoulder Elbow Surg* 2005;14:286–97.
- [15] Boileau P, Brassart N, Watkinson DJ, Carles M, Htazidakis AM, Krishnan SG. Arthroscopic repair of full-thickness tears of the supraspinatus: does the tendon really heal? *J Bone Joint Surg* 2005;87-A:1229–40.
- [16] Cole BJ, McCarty LP, Kang RW, Alford W, Lewis PB, Hayden JK. Arthroscopic rotator cuff repair: prospective functional outcome and repair integrity at minimum 2-years follow-up. *J Shoulder Elbow Surg* 2007;16:579–85.
- [17] Viola RW, Boatright KC, Smith KL, Sidles JA, Matsen 3rd FA. Do shoulder patients insured by workers' compensation present with worse self-assessed function and health status. *J Shoulder Elbow Surg* 2000;9:368–72.
- [18] Tashjian RZ, Henn RF, Kang L, Green A. The effect of comorbidity on self-assessed function in patients with a chronic rotator cuff tear. *J Bone Joint Surg* 2004;86-A:355–62.
- [19] Oh LS, Wolf BR, Hall MP, Levy BA, Marx RG. Indications for rotator cuff repair, a systematic review. *Clin Orthop Relat Res* 2007;455:52–63.
- [20] Henn III RF, Tashjian RZ, Kang L, Green A. Patient's preoperative expectations predict the outcome of rotator cuff repair. *J Bone Joint Surg* 2007;89-A:1913–9.
- [21] Thomazeau H, Boukobza E, Morcet N, Chaperon J, Langlais F. Prediction of rotator cuff repair results by magnetic resonance imaging. *Clin Orthop Relat Res* 1997;344:275–83.