Réparation de la coiffe des rotateurs

Dr David Blanchette – Dr Patrick Lavigne - Dr Benjamin Léger-St-Jean

Lignes directrices pour le suivi post-opératoire en physiothérapie

Structures touchées : Supra-épineux et/ou infra-épineux.

* **Si réparation massive ou reconstruction capsulaire supérieure :** Protocole idem, retardé de 2 semaines
* **Si réparation sous-scapulaire :** vérifier avec chirurgien pour indications supplémentaires.

Port attelle : 4 semaines pour le confort
Sevrage graduel

Contre-indications

Pour 6 semaines : Aucun mouvement actif
Aucune mise en charge sur le membre supérieur (MEC)

Pour 8 semaines : Aucun soulèvement de charge/ renforcement musculaire
Aucune adduction horizontale (ADDh)
Aucune rotation interne active/passive

Pour 12 semaines : Aucune main dans le dos

Précautions Aucune mobilisation passive avec surpression en fin de ROM
Travailler au besoin les diminutions de mobilité cervicale/thoracique et les facteurs de risque au syndrome de conflit sous-acromial : posture inadéquate, raccourcissement petit pectoral, raccourcissement de la capsule postérieure, problème de contrôle gléno- huméral

Phase 1 (0 –4 semaines) - Protection
But : Promouvoir la guérison, protéger les structures touchées/réparation, contrôler douleur et inflammation, promouvoir la circulation distale, prévenir l'ankylose

- Éducation sur les contre-indications, conseils posturaux, positionnement, hygiène, débuter programme d'exercice à la maison
- Modalités antalgiques, cryothérapie (4-6x/jour)
- Surveiller la guérison des cicatrices
- Mobilisation et désensibilisation des cicatrices au besoin lorsque complètement fermées

- Débuter mobilité active cervical-coude-poignet-doigts. Vérifier les contre-indications mobilité active du coude si ténodèse biceps (se référer au protocole ténodèse biceps)
- Débuter mobilité passive épaule en flexion et RE selon tolérance. Débuter scaption et abduction < 90° (à partir de la semaine 2).
- Débuter mobilité active et passive de la scapula avec emphase sur la rétraction et l'abaissement

Critères pour passer à la prochaine phase :

- Douleur bien contrôlée avec mobilisation passive
- Mobilité passive épaule 120° en flexion, 25-45° en RE à 0-20° d'ABD, 90° ABD.

Phase 2 (4 –12 semaines) - Mobilité

But : Améliorer mobilité passive, améliorer contrôle neuromusculaire, améliorer activation musculaire, initier renforcement

4-6 semaines

- Poursuivre mobilité passive épaule et débuter mobilité active-assistée selon les contre-indications
- Débuter renforcement coude-poignet-doigts. Vérifier les contre-indications renforcement biceps si ténodèse biceps (se référer au protocole ténodèse biceps)
- Débuter activation et renforcement scapulaire. Continuer éducation conscience posturale pour prévenir/éviter conflit sous-acromial

6-8 semaines

- Poursuivre mobilité passive de l'épaule selon les contre-indications
- Débuter mobilité active de l'épaule (DD/DV → incliné → assis → debout)
- Débuter renforcement isométrique sous-maximal de l'épaule en position de repos
- Débuter proprioception de l'épaule en DD

8-12 semaines

- Débuter mobilité passive de l'épaule en adduction horizontale (ADDh) et RI
- Poursuivre mobilité passive, active-assistée et active de l'épaule
- Débuter renforcement isotonique de l'épaule selon tolérance en chaîne fermée et chaîne ouverte (lorsque renforcement isométrique est non-douloureux)
- Débuter chaîne fermée de la scapula
- Progresser proprioception de l'épaule

Critères pour passer à la prochaine phase :

- Absence de douleur
- Mobilité passive et active de l'épaule complète
- Absence de dyskinésie scapulaire

Phase 3 (12- 16 semaines) - Renforcement
But : Améliorer la force musculaire, optimiser le contrôle neuromusculaire, améliorer la fonction

- Débuter main dans le dos (MDD)
- Poursuivre renforcement musculaire épaule
- Travailler endurance l'épaule (nombre de répétitions élevé et charge légère)

Critères pour passer à la prochaine phase :

- Absence de douleur dans les activités quotidiennes
- Absence de douleur avec les exercices de renforcement
- Besoins fonctionnels/sportifs plus élevés

Phase 4 (>16 semaines) - Renforcement avancé
But : Améliorer renforcement musculaire, optimiser fonction, initier gestes sportifs

- Progresser renforcement de l'épaule et péri-scapulaire (avec emphase sur les musculaires stabilisateurs de la scapula).
- Cibler renforcement spécifique aux activités fonctionnelles, professionnelles et sportives
- Débuter pliométrie du membre supérieur

Critères pour retour aux sports :

- Selon les recommandations de l'orthopédiste
- Absence de douleur
- Mobilité complète
- Force musculaire 80% côté sain
- Cinématique de mouvement adéquate

Rédaction : Anne Ducharme, pht
Myriam Drapeau, pht (révision 2026)

Révision : Jean-François Cantin, pht
Raffaele Simeone, pht
Marie-Ève Toussaint, pht
Benjamin Léger-St-Jean, MD, FRCSC, chirurgien orthopédiste

Publication : 2016 (Révision 2026)

Références

1. Arthroscopic rotator cuff repair protocol. Boston, MA: Brigham and Women's Hospital, Department of Rehabilitation Services; 2016. 34 p.
2. Ezell DJ, Malcarney HL. Rotator cuff repair rehabilitation considerations and respective guidelines: a narrative review. JSES Rev Rep Tech. 2021 May 13;1(3):179-185. doi: 10.1016/j.xrrt.2021.04.009. PMID: 37588949; PMCID: PMC10426574.
3. Jung C, Tepohl L, Tholen R, Beitzel K. Rehabilitation following rotator cuff repair: A work of the Commission Rehabilitation of the German Society of Shoulder and Elbow Surgery e. V. (DVSE) in collaboration with the German Association for Physiotherapy (ZVK) e. V., the Association Physical Therapy, Association for Physical Professions (VPT) e. V. and the Section Rehabilitation-Physical Therapy of the German Society for Orthopaedics and Trauma e. V. (DGOU). Obere Extrem. 2018;13(1):45-61. doi: 10.1007/s11678-018-0448-2. Epub 2018 Feb 22. PMID: 29527239; PMCID: PMC5834570.
4. Neitzelt R, Wilson D. Small-medium rotator cuff repair guideline. Columbus, OH: Ohio State University, Wexner Medical Center; 2015. 5 p. Roy J-S, Desmeules F.
5. Nikolaidou O, Migkou S, Karampalis C. Rehabilitation after Rotator Cuff Repair. Open Orthop J. 2017 Feb 28;11:154-162. doi: 10.2174/1874325001711010154. PMID: 28400883; PMCID: PMC5366376.
6. Sciarretta FV, Moya D, List K. Current trends in rehabilitation of rotator cuff injuries. SICOT J. 2023;9:14. doi: 10.1051/sicotj/2023011. Epub 2023 May 23. PMID: 37222530; PMCID: PMC10208043.
7. Rééducation après une réparation chirurgicale de la coiffe des rotateurs de l'épaule. Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation. 2016(143). 8 p. Wilcox RB.

Tous droits réservés
© Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal - Universitaire, HMR, 2026