



Protocole My Shoulder

Rééducation après réparation de la coiffe des rotateurs

Dr Yannick Roussanne — Chirurgien orthopédiste de l'épaule · Centre de chirurgie orthopédique spécialisé **Orthodoc** Méditerranée, Montpellier · orthodoc.fr

Protocole en **6 phases** conforme aux recommandations **HAS 2008 et 2023**, aux principes de la **SFRE** (Société Française de Rééducation de l'Épaule) et au consensus **SOFCOT**. *Feuille de route — les kinésithérapeutes spécialisés restent libres d'adapter selon l'individu, la taille de la rupture observée en peropératoire et leur expérience clinique.*

Note sur l'immobilisation par attelle. L'attelle coude au corps est portée pendant **4 à 6 semaines** selon la **taille de la rupture** et la **qualité de la réparation** observées en peropératoire. L'attelle peut donc être conservée pendant la **phase 1 (J0 → J21)** et tout ou partie de la **phase 2**, selon les indications du chirurgien.

Les 6 phases du protocole My Shoulder

Phase	Période	Objectif & ce qu'on fait	Ce qu'on évite
Phase 1 Immobilisation et auto-rééducation My Shoulder	J0 à J21 <i>Patient seul</i>	Cicatrisation initiale, antalgie, prévention de la raideur. Attelle coude au corps jour et nuit . Programme My Shoulder 5 min × 5 fois/jour . Mobilisation libre du poignet, du coude et de la main. Pendulaire de Codman doux. Sorties brèves du bras de l'attelle en position assise pour repas et habillage.	Kiné externe, mobilisation active de l'épaule, rotation externe, port de charge, conduite.
Phase 2 Rééducation passive guidée par le kiné	J21 à 6 sem <i>petite/moyenne</i> ou J21 à 8 sem <i>large/massive</i> Kinésithérapeute	Restaurer les amplitudes articulaires passives sans solliciter mécaniquement la suture. La durée dépend de la taille de la rupture évaluée en peropératoire . Mobilisation passive manuelle douce, élévation progressive 90° puis 120° puis 150°, rotations passives, massages cervico-scapulaires myorelaxants, travail postural et stabilisateurs scapulaires.	Travail actif ou contre-résistance, élastiques, poulies, kinetec, port de charge.
Phase 3 Récupération active progressive	6-8 sem à 3 mois <i>Kiné + patient</i>	Réveil musculaire actif sans résistance , restauration de la commande motrice du sus-épineux et des stabilisateurs scapulaires. Mouvements actif-aidés, actif sans poids, travail postural, renforcement doux des rhomboïdes et trapèze moyen/inférieur. Reprise de la conduite à 6 semaines .	Contre-résistance, élastiques résistants, charges > 1 kg, sport, poulies.
Phase 4 Renforcement contre résistance	3 mois à 4 mois <i>Kiné + auto-réé</i>	Force musculaire et endurance des rotateurs externes, du sus-épineux et des stabilisateurs scapulaires. Élastiques de résistance croissante, charges 1 puis 2 puis 3 kg, gestes professionnels légers (clavier, écriture, conduite prolongée), travail proprioceptif.	Sports d'impact, lancers, charges > 5 kg, port axial lourd.
Phase 5 Reprise des activités complètes	4 mois à 6 mois <i>Patient + suivi kiné</i>	Retour à la vie quotidienne complète et sports doux à faible contrainte sur la coiffe. Activités professionnelles complètes selon métier, marche soutenue, vélo droit, natation brasse, golf-putting.	Sports de contact, lancers, charges axiales lourdes (surtout rupture initialement large ou massive).
Phase 6 Reprise sportive complète et compétition	6 mois à 12 mois <i>Suivi M6 et M12</i>	Récupération de la force maximale. Tous sports selon profil (voir tableau délais sportifs). Reprise des sports en compétition et pour les sportifs professionnels : programme de réathlétisation avec travail du geste spécifique au sport pratiqué, sous supervision médicale et kiné du sport. Force définitive vers 12 mois.	Reprise précoce sans validation clinique préalable à la consultation des 6 mois.



Modalités à respecter durant toute la rééducation

Au-delà des spécificités de chaque phase, plusieurs **principes transversaux** structurent le protocole My Shoulder. Ces principes sont partagés par les **données scientifiques actuelles** et les **référentiels nationaux** (HAS, SFRE, SOFCOT) et reposent sur des données biomécaniques validées.

Pas d'utilisation de poulies	Les poulies imposent une élévation passive non contrôlée et favorisent des compensations vicieuses du complexe scapulaire.
Pas de mobilisation passive continue par machine (kinetec)	La mobilisation manuelle douce du kinésithérapeute reste irremplaçable car elle s'adapte en temps réel à la tolérance tissulaire du patient.
Pas de travail actif avant 6 à 8 semaines	La fragilité mécanique de la suture impose une protection stricte durant la phase précoce de cicatrisation.
Pas de contre-résistance avant 12 semaines (3 mois)	Le renforcement progressif ne débute qu'après restauration des amplitudes articulaires passives.
Pas de port de charge supérieur à 5 kg avant 4 mois	Le délai biologique de cicatrisation tendineuse complète est de 4 à 6 mois.
Pas d'anti-inflammatoires sans avis médical pendant la cicatrisation tendineuse	Les AINS peuvent ralentir la cicatrisation du tendon réinséré durant les premières semaines post-opératoires. Le paracétamol reste utilisable.
Protection spécifique du long biceps en cas de ténodèse associée	Si une ténodèse du long biceps a été réalisée pendant l'intervention, la flexion du coude contre résistance est à éviter pendant 4 à 6 semaines, la période la plus délicate étant jusqu'à la 4e semaine où la nouvelle insertion cicatrise.

Soins de physiothérapie (TENS, ultrasons, ondes de choc) : ces techniques peuvent être utiles à titre **antalgique d'appoint**, notamment pour soulager les contractures cervico-scapulaires en début de prise en charge. Elles ne constituent toutefois **pas une rééducation à elles seules**. Substituer la physiothérapie passive au travail kinésithérapique actif compromet la récupération fonctionnelle de l'épaule.



Délais de reprise des activités sportives

Délais minimums fondés sur la biologie de la cicatrisation tendineuse et le consensus SFRE / SOFCOT. Ils peuvent être allongés en cas de rupture initialement large ou massive, ou si la récupération est plus lente que prévue. Une consultation à 3 mois et à 6 mois permet d'adapter ces recommandations à votre profil.

Activité sportive	Délai minimum	Niveau de prudence
Marche (en portant l'attelle)	Dès J7 (1 semaine)	Sûr
Vélo d'appartement, vélo droit	15 à 20 jours (cicatrisation cutanée)	Sûr
Marche nordique légère	6 semaines	Sûr
Conduite automobile	6 semaines	Progressive
Natation brasse uniquement	3 mois	Progressive
Golf : putting et chip	3 mois	Progressive
Course à pied (sans contre-mouvement bras)	3 mois	Progressive
Vélo route, VTT chemin	4 mois	Progressive
Musculation membre sup. (charges légères)	4 mois	Avis médical
Natation crawl, dos crawlé, papillon	4 à 6 mois	Avis médical
Golf : swing complet	4 à 6 mois	Avis médical
Tennis : fond de court sans service	4 à 6 mois	Avis médical
Tennis : service complet	6 mois minimum	Avis impératif
Ski alpin piste	6 mois minimum	Avis impératif
Sports de contact (rugby, judo, arts martiaux)	6 mois minimum	Avis impératif
Musculation lourde (développé, traction)	6 mois minimum	Avis impératif
Sports de lancer (handball, javelot, baseball)	6 à 9 mois	Avis impératif
Escalade, sports portés bras	6 à 9 mois	Avis impératif
Compétition / sportifs professionnels	Après réathlétisation spécifique	Avis impératif

Sûr : reprise possible sous réserve de récupération attendue. **Progressive** : reprise graduelle sous supervision kinésithérapique. **Avis impératif** : reprise conditionnée à un examen clinique de validation par le chirurgien.

Référentiels scientifiques et institutionnels

HAS — Critères de suivi en rééducation après chirurgie de coiffe et arthroplasties (2008) · Fiche de synthèse Prise en charge des tendinopathies de la coiffe des rotateurs (2023) · Prise en charge chirurgicale des tendinopathies rompues (mise à jour 2024 en cours) · Avis HAS sur les référentiels masso-kinésithérapie après suture de coiffe.

SFRE (Société Française de Rééducation de l'Épaule) — La rééducation des ruptures de coiffe opérées.

SOFCOT — DPC immobilisation et mobilisation post-opératoire de la coiffe des rotateurs.

Littérature internationale — Méta-analyse en réseau des protocoles post-opératoires de réparation de coiffe (*Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, 2022) · Retour au sport après réparation de coiffe : revue systématique et méta-analyse (EM-Consulte).

Information médicale grand public. Conformément à la loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner), les informations présentées dans ce document ont une vocation pédagogique et ne se substituent en aucun cas à une consultation médicale. Seul un examen clinique réalisé par un chirurgien orthopédiste permet d'établir un diagnostic. **Version PDF complémentaire de orthodoc.fr/protocole-myshoulder-coiffe.html — révisée juin 2026.**