

FORMATION AMD POSTUROLOGIE EN REEDUCATION

Prise en charge de la douleur par l'approche posturale clinique et instrumentale

Institut National de la Kinésithérapie
www.maisondeskines.com

> 3, rue Lespagnol - 75020 Paris
tél. : 01 44 83 46 71
secretariat@ink-formation.com
N° de déclaration d'activité : 1175 116 30 75



A – Programme détaillé

DUREE

Deux jours en présentiel

- 1 heure d'évaluation des pratiques
- 14 heures de formation

NOMBRE DE STAGIAIRES

- Minimum : 8 (sauf cas exceptionnels)
- Maximum : 20

FORMATEUR

Stéphane FABRI – Masseur-Kinésithérapeute – Kinésithérapeute du Sport

1) OBJECTIFS

Généraux :

L'intention générale du projet, du point de vue de la pratique libérale et institutionnelle est, pour le kinésithérapeute formé :

- d'acquérir ou de perfectionner ses techniques de prise en charge de la douleur par l'approche posturale, permettant d'améliorer l'offre de soins et leur accès par des prestations de meilleure qualité réalisées par un plus grand nombre de professionnels.
- d'amener le professionnel à mobiliser, en situation de soins, différents savoirs et capacités conformes aux données actuelles de la science et aux publications et recommandations de l'HAS :

- savoir de connaissances ;
- savoir de techniques pratiques ;
- savoir-faire opérationnel ;
- savoir relationnel.

- De sensibiliser le professionnel au contexte socio-économique de la santé afin qu'il intègre l'aspect économique dans sa réflexion au quotidien lors des prises en charge des patients.

Spécifiques :

Objectif principal :

- Approfondir les connaissances fondamentales des mécanismes de régulation posturale
- Connaître les récentes notions sur la douleur et les thérapeutiques adaptées en rééducation
- Comprendre les phénomènes de régression posturale et les évolutions de l'appareil locomoteur liées à la sédentarité
- Effectuer un bilan postural clinique et/ou instrumental chez un patient douloureux
- Pour déterminer les sources sensorielles de perturbation de la posture du patient
- Savoir mettre en place une thérapeutique rééducative moderne, adaptée aux données actuelles de la science.

Objectif secondaire :

- Se confronter à une vision globale de la rééducation, complémentaire de la kinésithérapie analytique et segmentaire.
- Dépasser le soin du symptôme pour mettre en place une thérapeutique kinésithérapique orientée sur la cause de la pathologie
- Définir les limites de la rééducation et savoir évoluer vers une prise en charge pluridisciplinaire
- S'approprier les techniques pour effectuer un bilan morphostatique et un bilan postural clinique

- Connaître les différents outils instrumentaux du bilan postural et savoir sélectionner celui qui est adapté.
- Mettre en place un programme de rééducation avec un appareillage accessible qui favorise la reproduction des exercices au domicile du patient (éducation).

2) RESUME

Premier jour : 9h00-13h00 & 14h00-17h30

- Restitution des grilles EPP 1 et tour de table
- Les mécanismes neurophysiologiques de régulation posturale
- Les syndromes de régression fonctionnelle et pathologies douloureuses associées de l'appareil locomoteur (lombalgie, cervicalgie, tendinopathie, douleurs articulaires, fibromyalgie, ...) : raisonnement APC
- Le bilan morphostatique : analyse clinique du sujet debout. Relation avec les plaintes douloureuses
- Evaluation posturale clinique : verticale de Barré, Fukuda

Deuxième jour : 9h00-12h30 & 13h30-17h30

- Evaluation posturale instrumentale : plateforme de force, examen stabilométrique, analyse vidéo
- La prise en charge pluri-professionnelle
- Techniques de mobilisations de points charnières : cheville/pied
- Les options de rééducations : protocole progressif de prise en charge du patient douloureux
- Méthodes de retonification musculaire posturale
- Protocole de progression et programme d'éducation du patient douloureux
- Synthèse – préparation EPP 2

3) METHODOLOGIES

- Analyse des pratiques par grille EPP pré formation
- Restitution au formateur des résultats de ces grilles d'analyse des pratiques préformation, question par question au groupe et à chaque stagiaire
- Partie présentielle d'une durée de 15 h comportant des échanges de 30 minutes sur les résultats des grilles pré-formation, d'un face à face pédagogique de 14h d'enseignement cognitif, selon les méthodes pédagogiques décrites ci-dessous, principalement centré sur les problèmes ou lacunes révélés par les EPP et d'une préparation de 30 minutes des EPP post formation
- Analyse des pratiques par EPP post formation
- Restitution individuelle au stagiaire de l'impact de la formation sur la pratique professionnelle
- Restitution statistique, au formateur, de l'impact de sa formation sur la pratique.

B – Méthodes pédagogiques mises en oeuvre

Les différentes méthodes pédagogiques sont employées en alternance, au fur et à mesure du déroulement de la formation :

- **Méthode participative - interrogative** : les stagiaires échangent sur leurs pratiques professionnelles, à partir de cas cliniques et des résultats des grilles pré-formation
- **Méthode expérientielle** : modèle pédagogique centré sur l'apprenant et qui consiste, après avoir fait tomber ses croyances, à l'aider à reconstruire de nouvelles connaissances
- **Méthode expositive** : le formateur donne son cours théorique, lors de la partie cognitive
- **Méthode démonstrative** : le formateur fait une démonstration pratique, sur un stagiaire ou un modèle anatomique, devant les participants lors des TP

- **Méthode active** : les stagiaires reproduisent les gestes techniques, entre eux, par binôme.

Afin d'optimiser la mise en œuvre de ces méthodes, les supports et matériels mis à disposition sont :

- Projection PPT du cours, photocopié et / ou clé USB reprenant le PPT
- Si besoin et en fonction du thème de la formation : tables de pratiques (1 pour 2), tapis, coussins, modèles anatomiques, consommables (bandages, tapes, etc...).

C – Méthodes d'évaluation de l'action proposée

- EPP pré et post formation présentielle
- Questionnaire de satisfaction immédiate
- Questionnaire de satisfaction à distance

D – Référence recommandation bibliographie

Haute Autorité de Santé (HAS). Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. HAS : Recommandations professionnelles; 2008 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_argumentaire.pdf

Haute Autorité de Santé (HAS). Analyse de la posture statique et/ou dynamique sur plateforme de force (posturographie) statokinésigraphie informatisée. HAS : Recommandations professionnelles; 2007 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_analyse_de_la_posture.pdf

Bouisset, S. et Do, M.C. Posture, dynamic stability, and voluntary movement. *Clinical Neurophysiology* ; 38: 345-362, 2008.

Gedda M, Risch N. Douleurs : nouvelles compréhensions sur ces réalités inexplicables. *Kinesither Rev* 2017(17):186.

Lieberman, D.E. Venkadesan, M. Werbel, W.A. et al. Foot strike patterns and collision forces in habitually barefoot versus shod runners. *Nature* ; 463 : 531-536, 2010.

Risch N, Pointeau F, Poquet N. Nociception. *Kinesither Rev* 2017(17):186.

Osinski T, Lallemand A, Russo T. Modulation et dérèglements neurophysiologiques des voies de la douleur. *Kinesither Rev* 2017(17):186.

Dupui, P. et Montoya, R. Approche physiologique des analyses posturographiques statique et dynamique. In:

Posture et Equilibre: Physiologie, Techniques, Pathologies (Marseille: éditions Solal): 15-28, 2003.

Berthoz A. Le sens du mouvement. éd. Odile Jacob, 2008.

Namer B, Schick M, Kleggetveit TP, Orstavik K, Schmidt R, Jorum E, et al. Differential sensitization of silent nociceptors to low pH stimulation by prostaglandin E2 in human volunteers. *EJP* 2015;19:159–66.

Rousseau L, Bacelon M. Facteurs psychosociaux, douleur et kinésithérapie. *Kinesither Rev* 2017(17):186.

Horak, F.B. et Nashner, L.M. Central programming of postural movements: adaptation to altered support surface configurations. *Journal of Neurophysiology* ; 55(6): 1369-1381, 1986.

Acapo S, Seyrès P., Savignat É. Définition et évaluation de la douleur. *Kinesither Rev* 2017(17):186.

Maître JH, Crouan A. Approches thérapeutiques de la douleur en kinésithérapie. Kinesither
Rev 2017(17):186.

Moscoso J. Histoire de la douleur XVIe–XXe siècle. Paris: Les prairies ordinaires; 2015.

E – Grille d'évaluation des pratiques professionnelles

Cf page suivante

Formation AMD Posturologie en rééducation

Nom :	Phase :	Patient :	Date :	Formulaire :
-------	---------	-----------	--------	--------------

Vous devez cocher une case en face de chacune des propositions faites dans ce document, en fonction de vos connaissances actuelles :

- O = OUI, la réponse est conforme
- N = NON, la réponse est non conforme
- NC = non concerné, ne pas cocher (valide une réponse fausse)

Vous n'avez pas eu de patient au cours des 2 derniers m

Formation AMD Posturologie en rééducation : Prise en charge de la douleur par l'approche posturale clinique et instrumentale

Un patient prend rendez-vous avec vous sans prescription médicale pour une évaluation posturale. Quelle est votre pratique ?	OUI	NON	NC
01 - Je l'adresse chez son médecin pour qu'il se procure une prescription médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - Je peux effectuer ce bilan avec une facturation libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - Je réalise ce bilan et je lui remets un document qui mentionne le diagnostic médical, la pathologie dont souffre le patient et le traitement adapté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 - Je facture ce bilan et je produis une feuille de soin que je donne au patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Un autre patient prend rendez-vous avec prescription médicale pour une rééducation dans le cadre d'une lombalgie chronique évoluant depuis 6 ans	OUI	NON	NC
05 - Je pratique une évaluation posturale surtout s'il y a d'autres douleurs associées à distance et si le patient a déjà pratiqué d'autres traitements qui n'ont pas donné de résultats satisfaisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 - Mon examen clinique postural doit impérativement être complété par une évaluation instrumentale sur plate-forme de force	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 - Si j'observe, lors de mon examen morphostatique, un iliaque haut à gauche, c'est forcément que mon patient a une inégalité de longueur de jambe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 - Les examens complémentaires (imagerie) de mon patient peuvent être discordants avec la symptomatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 - Pour faire comprendre à mon patient sa pathologie, je lui montre sur les examens complémentaires (imagerie) l'endroit exact où se situent les lésions (arthrose, hernie...) et interprète l'imagerie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Si mon patient souffre de son dos, c'est probablement qu'il existe des lésions au niveau de son dos et qu'il faut effectuer des techniques de rééducation au niveau du site de douleur pour un soulagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Si les performances de mon patient sont diminuées avec les yeux ouverts (par rapport à la situation Yeux fermés), je suspecte une perturbation posturale d'origine oculomotrice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Pour mettre en évidence une dysfonction somesthésique d'origine podale, j'évalue la posture de mon patient sur un tapis en mousse (au moins 2 cm) avec les yeux fermés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans le cadre de la rééducation posturale de ce patient lombalgique	OUI	NON	NC
13 - J'utilise principalement la physiothérapie antalgique pour la lutte contre la douleur et soulager mon patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - Pour débiter ma prise en charge posturale, je propose dans un premier temps une prise en charge de la cheville et du pied pour optimiser la somesthésie du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - J'introduis dans mon programme de rééducation des étirements des muscles sous-pelviens et de la jambe pour soulager mon patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - En complément de ma rééducation, je prends du temps pour discuter avec mon patient des éventuels problèmes personnels (affectifs, professionnels) et je lui donne des outils thérapeutiques pour qu'il se sente mieux sur le plan psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - Il est nécessaire que je propose des exercices de reconditionnement musculaire et cardio-respiratoire globaux (vélo, vélo elliptique, tapis de marche...) pour lutter contre la fatigue périphérique et centrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - Si le sport réalisé par mon patient est indolent mais toxique pour le rachis, je lui conseille de l'abandonner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 - En dehors des séances de rééducation, si mon patient perçoit des douleurs, il est nécessaire qu'il respecte un maximum de repos en position allongée pour soulager son dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - Si mon patient, lors du bilan intermédiaire, a une amélioration de ses capacités fonctionnelles dans les activités quotidiennes et que ses douleurs sont identiques à celles du bilan initial, je peux considérer que c'est un bon résultat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>