



**MAISON  
DES  
KINES**  
INK FORMATION

Institut National de la Kinésithérapie  
[www.maisondeskines.com](http://www.maisondeskines.com)

> 3, rue Lespagnol - 75020 Paris  
tél. : 01 44 83 46 71

[secretariat@ink-formation.com](mailto:secretariat@ink-formation.com)

N° de déclaration d'activité : 11 75 116 30 75



# DOULEURS CERVICO-SCAPULO-HUMERALES

## Examen clinique, diagnostic différentiel, traitement

### 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**

Jean-Renaud CERTHOUX – MKDE – D.I.U. de posturologie clinique – exerce en centre de rééducation spécialisé (responsable Pôle Rachis)

### 1) OBJECTIFS

#### Général :

L'intention générale du projet, du point de vue de la pratique libérale et institutionnelle, est pour le kinésithérapeute formé, de faire le point des connaissances actuelles afin d'améliorer la capacité d'analyse, de prise de décision et d'argumentation de la masso-kinésithérapie en ce qui concerne le rachis cervical et ses pathologies, et donc d'améliorer l'offre de soins, d'une part par la qualité de la prestation mais d'autre part, par un plus grand nombre de professionnels formés (accès aux soins).

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.

Par ailleurs, 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 :

Le stagiaire pourra :

- Parfaire sa connaissance en anatomie, biomécanique et palpation du rachis cervical.
- Réaliser un diagnostic différentiel : cervicalgie, traversée thoraco-brachiale, névralgie cervico-brachiale, pathologie de l'épaule en utilisant des outils validés (bilans, tests) lors de l'examen clinique.
- Diagnostiquer par des tests de mobilité spécifiques toutes les dysfonctions ostéo-articulaires du rachis cervical et dorsal.
- Maîtriser un ensemble de techniques de thérapie manuelle simples, efficaces et adaptées au rachis cervical et dorsal.
- Elaborer à partir de ce diagnostic un programme de rééducation adapté à ces pathologies.
- Mettre en place un programme de prévention par des exercices d'auto-rééducation afin d'éviter tout récurrence.



DEVIENT





**MAISON  
DES  
KINES**  
INK FORMATION

Institut National de la Kinésithérapie  
[www.maisondeskines.com](http://www.maisondeskines.com)

> 3, rue Lespagnol - 75020 Paris  
tél. : 01 44 83 46 71

[secretariat@ink-formation.com](mailto:secretariat@ink-formation.com)

N° de déclaration d'activité : 11 75 116 30 75



## 2) RESUME

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

Matin

- Restitution des grilles EPP 1 et tour de table
- Auto-évaluation de la pratique professionnelle du traitement des pathologies du rachis cervical et dorsal.
- Epidémiologie et santé publique, analyse des facteurs de risque. Intérêt de la prévention et de la formation.
- Perfectionnement des connaissances sur l'anatomie, la physiopathologie, les techniques kinésithérapiques adaptées au traitement des pathologies du rachis cervical.

Après-midi

- Réalisation d'un bilan diagnostique à l'aide d'outils validés permettant de faire le point sur les capacités fonctionnelles et l'état structurel.
- Examen clinique - Mise en évidence des dysfonctions ostéo-articulaires des déficits de glissements et des compensations.

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

Matin

- Apprentissage des manœuvres de correction des dysfonctions ostéo-articulaires mises en évidence lors du bilan.
- Révision et enchaînement de l'ensemble d'une séance du bilan au traitement.

Après-midi

- Etude de cas cliniques.
- Auto-évaluation post-formation
- 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



DEVIENT



- **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

### 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

Albert HB, Manniche C, Sorensen JS, and Deleuran BW. Antibiotic treatment in patients with low-back pain associated with Modic changes Type 1 (bone oedema): a pilot study. *Br J Sports Med* 2008;42(12):969-73.

Albert HB, Sorensen JS, Christensen BS, and Manniche C. Antibiotic treatment in patients with chronic low back pain and vertebral bone edema (Modic type 1 changes): a double-blind randomized clinical controlled trial of efficacy. *Eur Spine J* 2013;22(4):697-707.

Barrett E, McCreesh K, and Lewis J. Reliability and validity of non-radiographic methods of thoracic kyphosis measurement: A systematic review. *Man Ther* 2014;19(1):10-7.

Bettany-Saltikov J, Parent E, Romano M, Villagrasa M, and Negrini S. Physiotherapeutic scoliosis-specific exercises for adolescents with idiopathic scoliosis. *Eur J Phys Rehabil Med* 2014;50(1):111-21.

Brochwicz P, von Piekartz H, and Zalpour C. Sonography assessment of the median nerve during cervical lateral glide and lateral flexion. Is there a difference in neurodynamics of asymptomatic people? *Manual Therapy* 2013;18(3):216-9.

Brooks JT, and Sponseller PD. What's New in the Management of Neuromuscular Scoliosis. *J Pediatr Orthop* 2015;

Bruyere O, Demoulin M, Brereton C, Humblet F, Flynn D, Hill JC, et al. Translation validation of a new back pain screening questionnaire (the STarT Back Screening Tool) in French. *Arch Public Health* 2012;70(1):12.

Caby I, Vanvelcenaher J, Letombe A, and Pelayo P. Effects of a five-week intensive and multidisciplinary spine-specific functional restoration program in chronic low back pain patients with or without surgery. *Ann Phys Rehabil Med* 2010;53(10):621-31.

Cunin V. Early-onset scoliosis - current treatment. *Orthop Traumatol Surg Res* 2015;101(1 Suppl):S109-18.

Davidson M, and Keating JL. A Comparison of Five Low Back Disability Questionnaires: Reliability and Responsiveness. *Phys Ther* 2002;82(1):8-24.

Delitto A, George SZ, Van Dillen LR, Whitman JM, Sowa G, Shekelle P, et al. Low back pain. *J Orthop Sports Phys Ther* 2012;42(4):A1-57.

Denis I, and Fortin L. Development of a French-Canadian version of the Oswestry Disability Index: cross-cultural adaptation and validation. *Spine (Phila Pa 1976)* 2012;37(7):E439-44.

Diaz-Arribas MJ, Kovacs FM, Royuela A, Fernandez-Serrano M, Gutierrez-Fernandez L, San Martin-Pariente O, et al. Effectiveness of the Godelieve Denys-Struyf (GDS) Method in People With Low Back Pain: Cluster Randomized Controlled Trial. *Phys Ther* 2015;95(3):319-36.

Dupeyron A, Demattei C, Kouyoumdjian P, Missenard O, Micallef JP, and Perrey S. Neuromuscular adaptations after a rehabilitation program in patients with chronic low back pain: case series (uncontrolled longitudinal study). *BMC Musculoskelet Disord* 2013;14(1):277.

Dupeyron A, Ribinik P, Gélis A, Genty M, Claus D, Hérisson C, et al. Education in the management of low back pain. Literature review and recall of key recommendations for practice. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 2011;54(5):319-35.

- El-Hawary R, and Chukwunyerenna C. Update on evaluation and treatment of scoliosis. *Pediatr Clin North Am* 2014;61(6):1223-41.
- Fabian KM, and Rozek-Piechura K. Exercise tolerance and selected motor skills in young females with idiopathic scoliosis treated with different physiotherapeutic methods. *Ortop Traumatol Rehabil* 2014;16(5):507-22.
- Fritz JM, Kim J, and Dorius J. Importance of the type of provider seen to begin health care for a new episode low back pain: associations with future utilization and costs. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2015 in press;
- Gremion G, Mahler F, and Chantraine A. Mesures isocinétiques de la force musculaire du rachis: influence de l'âge, de l'activité physique et des lombalgies. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique* 1996;39(1):43-9.
- Guermazi M, Ghroubi S, Kassis M, Jaziri O, Keskes H, Kessomtini W, et al. Validité et reproductibilité du Spinal Mouse® pour l'étude de la mobilité en flexion du rachis lombaire. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique* 2006;49(4):172-7.
- Kim HJ, Blanco JS, and Widmann RF. Update on the management of idiopathic scoliosis. *Curr Opin Pediatr* 2009;21(1):55-64.
- Kongsted A, Kent P, Hestbaek L, and Vach W. Patients with low back pain had distinct clinical course patterns that were typically neither complete recovery nor constant pain. A latent class analysis of longitudinal data. *Spine J* 2015;15(5):885-94.
- Korbel K, Kozinoga M, Stolinski L, and Kotwicki T. Scoliosis Research Society (SRS) Criteria and Society of Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation Treatment (SOSORT) 2008 Guidelines in Non-Operative Treatment of Idiopathic Scoliosis. *Pol Orthop Traumatol* 2014;79(118-22.
- Kotwicki T, Chowanska J, Kinel E, Czaprowski D, Tomaszewski M, and Janusz P. Optimal management of idiopathic scoliosis in adolescence. *Adolesc Health Med Ther* 2013;4(59-73.
- Kuru T, Yeldan I, Dereli EE, Ozdinciler AR, Dikici F, and Colak I. The efficacy of three-dimensional Schroth exercises in adolescent idiopathic scoliosis: A randomised controlled clinical trial. *Clin Rehabil* 2015;
- Laliberte S, Lamoureux J, Sullivan MJ, Miller JM, Charron J, and Bouthillier D. French translation of the Multidimensional Pain Inventory: L'inventaire multidimensionnel de la douleur. *Pain Res Manag* 2008;13(6):497-505.
- Lewis C, Diaz R, Lopez G, Marki N, and Olivio B. A preliminary study to evaluate postural improvement in subjects with scoliosis: active therapeutic movement version 2 device and home exercises using the Mulligan's mobilization-with-movement concept. *J Manipulative Physiol Ther* 2014;37(7):502-9.
- McMaster ME, Lee AJ, and Burwell RG. Physical activities of Patients with adolescent idiopathic scoliosis (AIS): preliminary longitudinal case-control study historical evaluation of possible risk factors. *Scoliosis* 2015;10(6).
- Mintken PE, Cleland JA, Carpenter KJ, Bieniek ML, Keirns M, and Whitman JM. Some factors predict successful short-term outcomes in individuals with shoulder pain receiving cervicothoracic manipulation: a single-arm trial. *Phys Ther* 2010;90(1):26-42.
- Negrini S, Atanasio S, Zaina F, and Romano M. Rehabilitation of adolescent idiopathic scoliosis: results of exercises and bracing from a series of clinical studies. Europa Medicophysica-SIMFER 2007 Award Winner. *Eur J Phys Rehabil Med* 2008;44(2):169-76.
- Negrini S, Aulisa AG, Aulisa L, Circo AB, de Mauroy JC, Durmala J, et al. 2011 SOSORT guidelines: Orthopaedic and Rehabilitation treatment of idiopathic scoliosis during growth. *Scoliosis* 2012;7(1):3.
- Negrini S, De Mauroy JC, Grivas TB, Knott P, Kotwicki T, Maruyama T, et al. Actual evidence in the medical approach to adolescents with idiopathic scoliosis. *Eur J Phys Rehabil Med* 2014;50(1):87-92.
- Negrini S, Fusco C, Minozzi S, Atanasio S, Zaina F, and Romano M. Exercises reduce the progression rate of adolescent idiopathic scoliosis: results of a comprehensive systematic review of the literature. *Disabil Rehabil* 2008;30(10):772-85.
- Negrini S, Hresko TM, O'Brien JP, Price N, Boards S, and Committee SRSN-O. Recommendations for research studies on treatment of idiopathic scoliosis: Consensus 2014 between SOSORT and SRS non-operative management committee. *Scoliosis* 2015;10(8).

Pugacheva N. Corrective exercises in multimodality therapy of idiopathic scoliosis in children - analysis of six weeks efficiency - pilot study. *Stud Health Technol Inform* 2012;176(365-71).

Rabin A, Shashua A, Pizem K, Dickstein R, and Dar G. A Clinical Prediction Rule to Identify Patients With Low Back Pain Who Are Likely to Experience Short-Term Success Following Lumbar Stabilization Exercises: A Randomized Controlled Validation Study. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* 2013;44(1):6-B13.

Resnik L, and Dobrzykowski E. Guide to outcomes measurement for patients with low back pain syndromes. *J Orthop Sports Phys Ther* 2003;33(6):307-16; discussion 17-8.

Rezvani A, Ergin O, Karacan I, and Oncu M. Validity and reliability of the metric measurements in the assessment of lumbar spine motion in patients with ankylosing spondylitis. *Spine (Phila Pa 1976)* 2012;37(19):E1189-96.

Romano M, Minozzi S, Bettany-Saltikov J, Zaina F, Chockalingam N, Kotwicki T, et al. Exercises for adolescent idiopathic scoliosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;8(CD007837).

Schenk R, Dionne C, Simon C, and Johnson R. Effectiveness of mechanical diagnosis and therapy in patients with back pain who meet a clinical prediction rule for spinal manipulation. *J Man Manip Ther* 2012;20(1):43-9.

Swinkels RA, and Swinkels-Meewisse IE. Normal values for cervical range of motion. *Spine (Phila Pa 1976)* 2014;39(5):362-7.

Tousignant M, Poulin L, Marchand S, Viau A, and Place C. The Modified – Modified Schober Test for range of motion assessment of lumbar flexion in patients with low back pain: A study of criterion validity, intra- and inter-rater reliability and minimum metrically detectable change. *Disability & Rehabilitation* 2005;27(10):553-9.

Vogler D, Paillex R, Norberg M, de Goumoens P, and Cabri J. Cross-cultural validation of the Oswestry disability index in French. *Ann Readapt Med Phys* 2008;51(5):379-85.

Wajchenberg M, Martins DE, and Lazar M. What is the best way to determine the cause of adolescent idiopathic scoliosis? *Ann Transl Med* 2015;3(4):48.

Yoo WG. Effect of Individual Strengthening Exercises for Anterior Pelvic Tilt Muscles on Back Pain, Pelvic Angle, and Lumbar ROMs of a LBP Patient with Flat Back. *J Phys Ther Sci* 2013;25(10):1357-8.

Zerkak D, Metivier JC, Fouquet B, and Beaudreuil J. Validation of a French version of Roland-Morris questionnaire in chronic low back pain patients. *Ann Phys Rehabil Med* 2013;56(9-10):613-20.

#### Recommandations HAS

- Masso kinésithérapie après chirurgie des ruptures de coiffe et arthroplasties d'épaule  
Série de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles  
Novembre 2008
- Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite ou de réadaptation après chirurgie des ruptures de coiffe et arthroplasties d'épaule  
Janvier 2008
- Score de Constant

### **E – Grille d'évaluation des pratiques professionnelles**

Cf pages suivantes

**Douleurs cervico scapulo humérales**

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 mois, ou vous n'avez pas d'expérience pour cette pathologie : répondez quand même par OUI ou NON en fonction de vos connaissances actuelles.*

	OUI	NON	NC
01 - La mobilité articulaire de C1-C2 est conservée lors du vieillissement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - La lombalgie est un facteur de risque de la cervicalgie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - De C2 à C7 c'est la première loi de Fryette qui s'applique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 - Le spurling test est un test spécifique du conflit disco-radulaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 - Le double crush syndrome est uniquement proximo-distal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	NC
06 - Le NPDS est un questionnaire d'évaluation utilisé pour les cervicalgies.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 - Pour les muscles sous-occipitaux les étirements musculaires sont de bonne indication.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 - Le territoire sensitif du nerf radial est le plus fréquemment atteint lors d'un STTB.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 - La lutte contre les phénomènes douloureux est du ressort médicamenteux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Les formes neurologiques pures sont très rares dans les STTB.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	NC
11 - Les amplitudes articulaires au niveau C0-C1 sont essentiellement des rotations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Les amplitudes articulaires au niveau C1-C2 sont essentiellement des inclinaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - Pour les techniques de relâchement par mise en position courte, il faut toujours effectuer un retour actif.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - Au niveau du rachis dorsal on peut retrouver des dysfonctions ostéo-articulaires en rotation et inclinaison opposées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - Au niveau du rachis cervical on peut retrouver des dysfonctions ostéo-articulaires en rotation et inclinaison opposées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	NC
16 - Un programme d'auto-rééducation est donné au patient en fin de traitement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - Pour travailler la proprioception du patient il faut le stimuler avec une charge supérieure à 20 % de sa charge maximale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - Devant une augmentation de la douleur, vous conseillez au patient la prise de médicaments antalgiques et/ou anti-inflammatoires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 - Devant une diminution de la mobilité de votre patient, vous intensifiez le renforcement musculaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - Vous utilisez un indicateur de progression.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>