

# PERFECTIONNEMENT EN REEDUCATION DE LA CHEVILLE

---

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 : 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

### ENSEIGNANT

Stéphane FABRI – Masseur-Kinésithérapeute – Kinésithérapeute du Sport

#### 1) OBJECTIFS

Généraux :

Améliorer la prise en charge rééducative des pathologies traumatiques de la cheville et du pied.

Spécifiques :

- \* Connaître les nouveaux concepts anatomiques et biomécaniques tridimensionnel de la cheville
- \* Analyser physiologiquement le rôle de chaque structure (os, ligament, muscles...) dans la fonction de la cheville et du pied
- \* Etablir un bilan précis et rigoureux dans le cadre d'un traumatisme de cheville pour déterminer les déficits et les incapacités du patient. Pouvoir établir une prescription de dispositifs médicaux
- \* Maîtriser les techniques de thérapie manuelle au niveau du bilan et des corrections
- \* Faire une mise au point sur les évolutions de prise en charge d'un traumatisme de la cheville et du pied et mettre en place la thérapeutique éducative et rééducative
- \* Exposer les bases des recommandations de la HAS et décrire un programme et des techniques de rééducation accessible à tous les kinésithérapeutes quel que soit l'équipement de leur cabinet (mobilisation, renforcement musculaire, reprogrammation neuro-musculaire...)
- \* Connaître les ligamentoplasties de cheville et les réparations du tendon d'Achille ainsi que les prises en charge rééducatives post-opératoire
- \* Mettre en avant l'importance de la cheville et du pied dans l'équilibre postural pour une meilleure compréhension de l'étiologie et de la rééducation des syndromes douloureux du pied et de la cheville.

#### 2) RESUME

##### **Premier jour : 9h00-12h30 & 13h30-17h30**

- Restitution des grilles EPP 1 et tour de table
- Généralités et nouveaux concepts mécaniques, anatomiques et physiologiques
- Repérage anatomique, biomécanique. Physiologie et approche globale des mécanismes de régulation de la posture et de la stabilité articulaire (passive et active) TP
- Physiopathologie des lésions traumatiques articulaires de la cheville et du pied : mécanismes, classification des lésions.
- Bilans cliniques de la cheville et du pied : Décentrage articulaire, laxité ligamentaire, extensibilité musculaire... TP

- Rééducation et éducation (référentiels). Mise au point sur la proprioception et la reprogrammation neuromusculaire.

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

- Les différents traitements chirurgicaux de la cheville et du pied : ligamentoplastie, réparation du tendon d'Achille, ostéosynthèse...
- Prise en charge postopératoire en cabinet libéral. Rééducation associée à l'auto-rééducation
- Mobilisation spécifique de la cheville et du pied, recentrage articulaire et techniques de normalisation
- Moyens de contention, strapping et taping.
- Mise au point sur les pathologies de l'avant-pied : métatarsalgie, aponévrosite...
- Approche du pied postural
- Synthèse – table ronde autour des grilles EPP 2

Support pédagogique : présentation power-point, support vidéo, image et animation 3 D, support anatomique, bandes de contention élastique, outils d'évaluation (accéléromètre).

### 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, polycopié 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

### **Bibliographie Perfectionnement en rééducation de la cheville – S Fabri**

Bellaud.E ; Une façon (re)pensée d'agir. Les entorses de cheville peuvent-elles être prévenues ? *Kinesither Rev* 2006;(59):33-41

Bellaud.E ; Les étirements musculaires : résultats d'une enquête de pratique auprès des étudiants de Licence 1 en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives ; *Kinesither Rev* 2006;(53):19-23

Berthe A. Mobilisation passive de l'articulation sub-talaire (sous-astragalienne) *Kinésithérapie, les cahiers* n°5-6- Mai-Juin 2002 /p. 50-2

Bertini N, Bleichner G, Cannamela A, Curvale G, Faure C, Jean Ph, Kopferschmitt J, Senez B, Vermeulen B. L'entorse de cheville au service d'accueil et d'urgence : V Conférence de consensus en médecine d'urgence, Réan. Urg. 1995, 4 (4 ter), 491-501

Bonnel.F, Toullec.E, Mabit.C, Tourné.Y, et la SOFCOT ; L'instabilité chronique de cheville : biomécanique et pathomécanique des lésions ligamentaires et associées ; *Revue de chirurgie orthopédique et traumatologique* (2010) 96, 493—502

Bonnin.M, Peyramond.Y. Les entorses de cheville et leurs séquelles. *Sport et rééducation du membre inférieur*. 2000 : 131-144

Exacoustos.A ; Education proprioceptive : quelques principes d'utilisation des PEP appliqués à la cheville et au genou. *Kinésithérapie scientifique* n°391. Juillet 1999 :18-26

Forestier N, Toschi P. (2005).The effects of an ankle destabilization device on muscular activity while walking. *Int J Sports Medicine*, 26; 464-470

Ghossoub.P, Dufour.X, Barette.G, Montigny.J.P, Mobilisations spécifiques de la cheville et du pied *Kinesither Rev* 2009;(92-93):21-4

Kouvalchouk.J.F, Rodineau.J, Watin Agouard.L ; Les ruptures du tendon d'Achille. Comparaison des résultats du traitement opératoires et non opératoire. *Revue de Chirurgie Orthopédique*, 1984, 70, 473-478.

Mabit.C, Tourné.Y, Besse.J.L, Bonnel.F, Toullec.E, Giraud.F, Proust.J, Khiami.F, Chaussard.C, Genty.C ; Instabilité chronique de cheville\_ *Revue de chirurgie orthopédique et traumatologique* (2009) 95, 673—681

Rouvillain.J.L, Navarre.T, Labrada-Blanco.O, Garron.E, Daoud.W ; Suture percutanée de ruptures fraîches du tendon calcanéen, à propos de 60 cas. *Journal de Traumatologie du Sport* 25, Elsevier Masson 2008 75-79.

Thonnard J.L, Plaghki L, Willems P, Benoit J.C, De Nayer J, Pathogenesis of ankle sprain: testing of hypothesis, *Acta. Belg. Med. Phys.* 1986 ; 9 :141-5.

Toschi P, Forestier N, Chanussot J.C. Nouvelle approche de la rééducation proprioceptive de la cheville. *Kinésithérapie scientifique*, N° 437, octobre 2003: 19-22

Tourné.Y, Besse.J.L, Mabit.C, la Sofcot ; L'instabilité chronique de cheville. Quel bilan lésionnel ? Quelles solutions thérapeutiques ? *Revue de chirurgie orthopédique et traumatologique* (2010) 96, 503—518

Viton.J.M, Mesure.S, Bensoussan.L, Mattei.J.P, Coudreuse.J.M, Delarque.A ; Analyse de la posture et du mouvement et médecine du sport ; Annales de réadaptation et de médecine physique 47 (2004) 258–262

Whitman JM, Childs JD, Walker V; The use of manipulation in a patient with an ankle sprain injury not responding to conventional management: a case report. *Manual Therapy* 2005;10:224-31.

Willems.Marieke.T, Witvrouw.E, Delbaere.K, Mahieu.N, De Bourdeaudhuij.I, Intrinsic Risk Factors for Inversion Ankle Sprains in Male Subjects. A Prospective Study. *Am. Journ. Sports Med* ; March 2005 ; 33 : 415-423

Wolf et al. A controlled prospective case control study of a prevention training program in female team handball players: the german experience. *Arch Orthop Trauma Surg*, volume 125, number 9, Novembre 2005, 614-621

### Travaux personnels

Constantinides.A, Fabri.S, Pereira.Y, Domenech.Y, Lacaze.F ; HAS et ligamentoplastie de cheville ; *Kinésithérapie Sci* ; n° 503 ; octobre 2009 ; p. 26-28

Constantinides.A, Fabri.S, Marc.T, Lacaze.F ; Réparation percutanée VS classique du tendon calcanéen :Avantages et inconvénients en rééducation *Kinésithérapie.Sci.*, 2008, n° 492. - 94-98

Fabri.S, Duc.A, Constantinides.A, Pereira.Y, Marc.T, Lacaze.F ; Evaluation prédictive des entorses de cheville. *Journal de Traumatologie du Sport* ; Volume 26, septembre 2009, numéro 3, pp 139-147

Fabri.S, Dolin.R, Marc.T, Cudel.A, Lacaze.F, Gaudin.T ; Rééducation de la ligamentoplastie de cheville au lambeau périosté ; Paris : Expansion scientifique française, 2006. – 157-166

Fabri.S, Certhoux.J.R, Marc.T, Lacaze.F, Gaudin.T ; Le bilan stabilométrique : un nouveau critère de reprise du sport ; *Journal de Traumatologie du Sport* ; Vol 23 – N°1 – mars 2006 ; p 42

Fabri.S, Marc.T, Dolin.R, Lacaze.F, Gaudin.T Concept de renforcement musculaire en charge dans la reeducation de l'instabilite cheville ; *Kinésithérapie* 2005, no 459, pp. 93-98

### Recommandations de pratiques professionnelles :

A.N.A.E.S. Rééducation de l'entorse externe de la cheville. Texte de recommandations pour les pratiques de soins Jan 2000: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recosentors.pdf>

A.N.A.E.S. Rééducation de l'entorse externe de la cheville. Rapport complet Jan 2000: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/entorse\\_rap.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/entorse_rap.pdf)

A.N.A.E.S. RÉFÉRENTIEL D'AUTO-ÉVALUATION DES PRATIQUES EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE Rééducation de l'entorse externe de la cheville, Novembre 2004 , [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/reeducation\\_de\\_lentorse\\_externes\\_de\\_la\\_cheville\\_referentiel\\_2004.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/reeducation_de_lentorse_externes_de_la_cheville_referentiel_2004.pdf)

H.A.S. Recommandations de la Haute Autorité de santé, établies par consensus formalisé, portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient justifiant des soins de masso-kinésithérapie, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation mentionnés à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique ; Mars 2006 ; <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Art29.pdf>

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

Cf page suivante



## LA CHEVILLE TRAUMATIQUE

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)

Un patient prend rendez-vous avec vous sans prescription médicale pour l'évaluation de sa cheville pour des sensations d'instabilités chroniques. Quelle est votre pratique ?

	OUI	NON	NC
01 - Je lui montre des exercices de proprioception qu'il devra pratiquer chez lui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - Un bilan est réalisé. Je lui remets ce document afin qu'il soit consulté par un médecin pour établir le diagnostic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - A la suite de ce bilan, je débute d'emblée la rééducation adaptée en attendant qu'il me ramène la prescription	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Un autre patient prend rendez-vous avec vous avec prescription médicale précisant le diagnostic d'instabilités chroniques de cheville. Quelle est votre pratique lors de la première séance ?	OUI	NON	NC
04 - Je débute la rééducation sans faire de bilan car le diagnostic a été fait par le médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 - J'effectue un bilan et je débute la rééducation dans la même séance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 - Je ne fais pas de DEP car 10 séances sont possibles sans DEP, au-delà il faut faire une DAP avec un argumentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Concernant la création du bilan.	OUI	NON	NC
07 - Je note la présence d'une ecchymose et je mesure l'épanchement par la prise de périmètre bimalléolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 - J'évalue la force musculaire grâce au testing coté de 0 à 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 - La flexion dorsale est mesurée en décharge avec le genou fléchi et/ou en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Une évaluation fonctionnelle validée complète le bilan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Il n'est pas nécessaire que ce bilan soit archivé dans le dossier du patient, il suffit juste que je le fasse et que je puisse m'en souvenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Concernant la rééducation	OUI	NON	NC
12 - Elle doit débiter lorsque le patient n'a plus de douleur et lorsque les ligaments ont cicatrisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - La reprise d'appui s'effectue en fonction des douleurs et des phénomènes inflammatoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Concernant les techniques de rééducation.	OUI	NON	NC
14 - La lutte contre les phénomènes inflammatoires se fait par l'utilisation de physiothérapie (ultra-son, ionisation, laser, TENS...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - Pour diminuer l'épanchement, les techniques mécaniques manuelles et/ou instrumentales (massage manuelle, pressothérapie, Drainage lymphatique manuelle...) sont utilisées principalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - La récupération de toutes les mobilités articulaires se fait le plus tôt possible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - Le renforcement musculaire se fait dans un premier temps en analytique puis en global en intégrant l'ensemble des muscles du membre inférieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - La reprise sportive ne dépend pas principalement de la cicatrisation ligamentaire (6 semaines post-traumatique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 - Le nombre, la fréquence des séances et la durée sont variables et dépendent du bilan initial et de l'évolution du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - A la fin des séances, un programme d'exercices à domicile (éducation) est nécessaire. Il doit être donné au patient sous forme papier ou numérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>