

LA REATHLETISATION DU GENOU OPTIMISER LE RETOUR AU SPORT

A – Programme détaillé

DUREE

- Deux jours en présentiel
- 1 heure d'évaluation des pratiques
- 14 heures de formation

ENSEIGNANTS

Pierre CHAMBAT – Chirurgien orthopédique
Grégory VIGNE – Préparateur physique
Damien DRICOT – Masseur-Kinésithérapeute

Pré-requis : praticiens professionnels bénéficiant d'une expérience professionnelle d'au moins 12 à 24 mois, et ayant été confrontés à la prise en charge de genoux (LCA, SDR, ...).

1) OBJECTIFS

Généraux

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

- répondre à un besoin de santé publique
- placer l'utilisateur en auteur privilégié de sa prévention
- participer, en priorité, à la prévention des TMS
- valoriser les compétences préventives des MK
- proposer une démarche volontaire vers une prévention personnalisée (Co-construction des outils)
- favoriser le développement de recherches

Spécifiques

Le stagiaire sera capable de renseigner sur :

1. Des « Drapeaux rouges » : ce sont des problèmes évoqués ou dépistés nécessitant une consultation médicale ; ils justifient une orientation vers le médecin mais n'empêchent pas la poursuite du bilan...
2. Des éléments pouvant émerger du bilan ne répondant pas à un questionnement systématique :
 - Problèmes psycho sociaux
 - État de stress
3. Des éléments non spécifiques MK devant être renseignés.
 - Identification
 - Attentes et motivations
 - Qualité de vie perçue et hygiène de vie évoquée
 - Antécédents
 - Biomédical
 - Travail
 - Savoirs préexistants – représentations
4. Des éléments spécifiques MK
 - Bilan assis
 - Équilibre
 - Comportement gestuel
 - Déficiences musculo-squelettiques
 - Respiration

2) RESUME

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

Restitution des grilles EPP 1 et tour de table

CHAPITRE 1 : Présentation de la méthodologie de Réathlétisation ATHLETIC

1.1 Constats et origines de la méthodologie

1.2 Mise en place de la réathlétisation

1.3 Choix stratégiques (nombre de séances, durée, qualité de la prise en charge à 3,5 mois, à 6 mois)

CHAPITRE 2 : Anatomie et physiopathologie du genou

2.1 Rappels anatomiques, physiologiques et biomécaniques

2.2 Détection et classification des pathologies courantes du genou

2.3 Choix et intérêts de la plastie lors d'une ligamentoplastie du LCA

CHAPITRE 3 : L'iso cinétisme en évaluation

CHAPITRE 4 : le genou à 3 mois post-opératoire

CHAPITRE 5 : La réathlétisation (3 phases)

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

CHAPITRE 6 : Ateliers pratique de mise en situation

6.1 Mise en place du « Test d'Aptitude à la Réathlétisation » TAR*

6.2 Détermination des objectifs individuels

6.3 Acquisition de la « boîte à outils »

6.4 Planification de la réathlétisation

6.5 Cas concrets : mise en place de séances**

*1^{ère} séance avec analyse de celle-ci pour orienter le travail à venir. Pas d'utilisation de machine (uniquement du petit matériel).

** Travail de planification et de mise en application de la méthodologie.

CHAPITRE 7 : évaluation, synthèse, préparation EPP 2 et conclusion

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 oeuvre 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

Recommandations HAS

18.Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite ou de réadaptation après ligamentoplastie du croisé antérieur du genou

Recommandation de bonne pratique - Mis en ligne le 1/4/2008

Ces recommandations complètent celles publiées par la HAS en mars 2006 (cf. "en savoir plus" : Recommandations portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ...).

L'objectif de ces différents travaux de la HAS est d'éviter les hospitalisations inappropriées en soins de suite ou de réadaptation (SSR) après certains traitements orthopédiques ou chirurgicaux.

Les objectifs des présentes recommandations sont de :

- proposer une aide à la décision au médecin qui prescrit des soins de masso-kinésithérapie après ligamentoplastie du croisé antérieur du genou, afin de lui permettre d'apprécier l'opportunité de recourir ou non, pour son patient, à une hospitalisation en SSR en vue de la réalisation de ces soins
- définir les éléments de transmission entre chirurgien et masseur-kinésithérapeute nécessaires à la mise en oeuvre de la prise en charge de rééducation et de suivi du patient, quel que soit le lieu où s'effectue la rééducation

15.Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC)

Recommandation de bonne pratique - Mis en ligne le 3/10/2016

Depuis son émergence dans les années 1990 par l'équipe danoise du Pr. Henrik Kehlet, la récupération améliorée après chirurgie (RAAC) est une approche de prise en charge globale du patient favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après la chirurgie. Le rapport d'orientation est conçu pour aider les professionnels à mettre en place de programmes RAAC et à préparer leurs futures évaluations.

19. Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite ou de réadaptation après arthroplastie totale du genou

- Recommandation de bonne pratique - Mis en ligne le 3/3/2008

Ces recommandations complètent celles publiées par la HAS en mars 2006 (cf. "en savoir plus" : Recommandations portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ...). L'objectif de ces différents travaux de la HAS est d'éviter les hospitalisations inappropriées en soins de suite ou de réadaptation (SSR) après certains traitements orthopédiques et chirurgicaux.

Les objectifs des présentes recommandations sont de :

- proposer une aide à la décision au médecin qui prescrit des soins de masso-kinésithérapie après arthroplastie de genou, afin de lui permettre d'apprécier l'opportunité de recourir ou non, pour son patient, à une hospitalisation en SSR en vue de la réalisation de ces soins
- définir les éléments de transmission entre chirurgien et masseur-kinésithérapeute nécessaires à la mise en œuvre de la prise en charge de rééducation et de suivi du patient, quel que soit le lieu où s'effectue la rééducation.

Ces recommandations sont complétées par des séries de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles.

Bibliographie

[Isokinetic profile in female athletes with and without patellofemoral pain syndrome after anterior cruciate ligament reconstruction.](#)

Le Guen M, Monnot D, Rogowski I, Vigne G, Sevez V.

Comput Methods Biomech Biomed Engin. 2015;18 Suppl 1:1948-9. doi: 10.1080/10255842.2015.1069623. Epub 2015 Aug 14. No abstract available.

PMID: 26274876

[Physical outcome in a successful Italian Serie A soccer team over three consecutive seasons.](#)

Vigne G, Dellal A, Gaudino C, Chamari K, Rogowski I, Alloatti G, Wong PD, Owen A, Hautier C.

J Strength Cond Res. 2013 May;27(5):1400-6. doi: 10.1519/JSC.0b013e3182679382.

PMID: 22820208

[Activity profile in elite Italian soccer team.](#)

Vigne G, Gaudino C, Rogowski I, Alloatti G, Hautier C.

Int J Sports Med. 2010 May;31(5):304-10. doi: 10.1055/s-0030-1248320. Epub 2010 Mar 18.

PMID: 20301042

E – Grille d'évaluation des pratiques professionnelles

Cf page suivante

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.

REATHLETISATION GENOU – OPTIMISER LE RETOUR AU SPORT	OUI	NON	NC
01 - La coordination intra et inter musculaire ne peut être travaillée qu'à poids de corps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - Un genu valgum dynamique implique-t-il seulement un renforcement des quadriceps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - La force excentrique optimale comparée à la force concentrique doit-elle être au moins de 30% ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 - Le leg extension peut-il être utilisé à 4,5 mois après une opération du LCA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 - Faut-il absolument travailler la course interne des ischios jambiers dans le cadre d'une rééducation après LCA par DIDT ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OUI	NON	NC
06 - A la reprise de la compétition, le ratio fonctionnel (IJexc30/Qconc240) doit-il être supérieur ou égal à 0,9 pour prévenir le risque de blessure musculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 - Le Syndrome douloureux rotulien apparait dans plus de 30% des genoux opérés par DIDT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 - Les femmes sportives ont deux fois plus de chances d'avoir une 1ère rupture du LCA que les hommes sportifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 - Le test de Lachman se pratique-t-il genou vers 90° de flexion ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - La résistance à la rupture du LCA normal est-elle, en moyenne, de 500 Newtons ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OUI	NON	NC
11 - La plastie du LCA associée à une réfection chirurgicale du ligament collatéral latéral (ou ligament collatéral fibulaire) autorise-t-elle un appui dynamique progressif à la marche au 45ème jour postopératoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Au cours de la musculation du quadriceps, en chaine cinétique ouverte, la résistance placée au niveau de la tubérosité tibiale antérieure (comparativement à une résistance placée à l'extrémité distale du membre) annule-t-elle la contrainte sur le LCA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - Les exercices de rééducation en chaine cinétique fermée (comparativement à la chaine cinétique ouverte) entraînent-ils une diminution des contraintes sur le pivot central ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - Les exercices de proprioception en appui se réalisent-ils sur un genou verrouillé en extension à 0° ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - Le fait de supprimer les cannes à la marche aide-t-il à la récupération d'un flexum préexistant du genou ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>