

ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE PRESCRITE

A – Programme détaillé

DUREE

Deux jours en présentiel :

- 14 heures de formation

NOMBRE DE STAGIAIRES

- Minimum : 8 (sauf cas exceptionnels)
- Maximum : 25

FORMATEURS

Gérard MOISAN – Masseur-Kinésithérapeute – Formateur IFMK de Rennes et organismes de formation.

1) OBJECTIFS

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 kinésithérapie en ce qui concerne l'activité physique sur ordonnance, 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).

Contenu :

Théorique (cognitif, conceptuel), technologique et pratique (Voir infra)

Objectifs généraux :

Le participant sera capable après une analyse de la pratique actuelle et des recommandations de bonne pratique clinique de :

- Mobiliser, en situation de soins, différents savoirs et capacités conformes aux données actuelles de la science et aux publications et recommandations de la HAS :

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

- Analyser et évaluer un patient, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique
- Concevoir et conduire un projet thérapeutique kinésithérapique, adapté au patient et à sa situation (incluant la dimension éducative)
- Concevoir, mettre en œuvre et évaluer la prise en charge kinésithérapique
- Intégrer l'aspect économique dans sa réflexion au quotidien lors des prises en charge des patients.

Objectifs spécifiques :

La formation création de cours collectif de Gym' santé vertébrale sur ordonnance, s'inscrit suite au décret d'application de la loi santé relatif à l'activité physique sur ordonnance, qui est entré en vigueur le 1 mars 2017 et également au PNAPS-plan national de prévention par les activités physiques ou sportives.

Les kinésithérapeutes lors du séminaire recevront une formation, basée sur des recommandations de la HAS, afin de présenter des éducatifs de prévention et réaliser un programme d'activité physique adapté aux **rachialgies chroniques** au cabinet de kinésithérapie et notamment les lombalgies chroniques ; suite à une prescription du médecin référent ou du médecin spécialiste.

A l'issue de la formation, le kinésithérapeute sera en capacité de :

- élaborer une offre collective d'activité physique adaptée à l'état de santé de patients atteints de rachialgies chroniques ;
- réaliser un bilan global initial du rachis avec l'utilisation d'échelles d'évaluation validées qui prend en compte la globalité c'est à dire un bilan physique psychologique et social ;
- concevoir et organiser un programme gymnique sur plusieurs séances en individuel ou en groupe, avec « des exercices clefs » définis par les experts de la conférence de consensus (bilan et protocole de restauration fonctionnel du rachis, pour les lombalgies chroniques).
- effectuer et rédiger un bilan final à remettre au médecin prescripteur, qui tiendra compte des progrès du patient.

2) RESUME

Premier jour : 9h00-12h30 & 14h00-17h30

Contenus :

Matin :

9h00-9h30

Tour de table, discussion à partir du pré-test, attentes des participants, présentation de l'enseignement

9h30-12h30

- Présentation de l'enseignant et législation concernant cette activité.
- L'approche marketing pour développer 3 cours de 1 heure/semaine, de 4 à 15 élèves /cours.
- Les éducatifs à enseigner pour prévenir les pathologies de la colonne vertébrale . poste de travail debout, assis, et les activités quotidiennes.
- Présentation des vidéos 3D, mise à disposition des stagiaires.
- Cours de gym'santé vertébrale, au niveau du rachis lombaire.
- Mise en situation pratique des stagiaires

Après-midi :

14h00-17h30

- Cours de gym'santé vertébrale, au niveau dorsal
- Mise en situation pratique des stagiaires.
- . nouvelles connaissances sur la fonction de la colonne vertébrale (recommandations de la H.A.S).
- Bilan global du rachis
- Statique et dynamique (pratique du bilan)

Objectifs de la première journée

A l'issue de la formation, le kinésithérapeute sera en capacité de :

- élaborer une offre collective d'activité physique adaptée à l'état de santé de patients atteints de rachialgies chroniques ;
- réaliser un bilan global initial du rachis avec l'utilisation d'échelles d'évaluation validées qui prend en compte la globalité c'est à dire un bilan physique psychologique et social.

Deuxième jour : 9h00-12h30 & 14h00-17h30

Matin :

9h00-10h30

- Cours de gym'santé vertébrale, au niveau cervico-dorsal

10h30-12h30

- Méthodologie concernant les étirements et le renforcement

Après-midi :

14h00-15h30

- Cours de gym'santé vertébrale de l'ensemble du rachis
- Mise en situation pratique sur le plan physique et pédagogique des stagiaires.

15h30-17h30

- Présentation de dossier d'exercices permettant de réaliser une année complète de cours au cabinet
- Présentation de modèle de courrier, aux médecins prescripteurs.
Synthèse de la formation et remise des supports pédagogique et techniques

Objectifs de la seconde journée :

A l'issue de la formation, le kinésithérapeute sera en capacité de :

- concevoir et organiser un programme gymnique sur plusieurs séances en individuel ou en groupe, avec « des exercices clefs » définis par les experts de la conférence de consensus (bilan et protocole de restauration fonctionnel du rachis, pour les lombalgies chroniques).
- effectuer et rédiger un bilan final à remettre au médecin prescripteur, qui tiendra compte des progrès du patient.

3) METHODOLOGIES

- Analyse des pratiques par grille d'évaluation « pré formation » (**pré-test**)
- 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 14 h comportant des échanges sur les résultats de l'évaluation pré-formation (**pré-test**), d'un face à face pédagogique de d'enseignement cognitif, selon les méthodes pédagogiques décrites ci-dessous, principalement centré sur les problèmes ou lacunes révélés par les évaluations.
- Analyse des pratiques par évaluation 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 œuvre

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 (pré-test)
- **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, élastiques, etc...).

C – Méthodes d'évaluation de l'action proposée

- Evaluation « pré » (pré-test) et « post formation » (post-test)
- Questionnaire de satisfaction immédiate
- Questionnaire de satisfaction à distance

D – Référence recommandation bibliographie

1. Balaguier, R., Madeleine, P., Rose-Dulcina, K., & Vuillerme, N. (2017). Effects of a worksite supervised adapted physical activity program on trunk muscle endurance, flexibility, and pain sensitivity among vineyard workers. *Journal of agromedicine*, 22(3), 200-214.
2. Brosseau L, Tugwell P, Wells GA, Robinson VA, Graham ID, Shea BJ, McGowan J, Peterson J, Tousignant M, Poulin L, Corriveau H, Morin M, Pelland L, Laferriere L, Casimiro L, Tremblay LE, Albright J, Allman R, Bonfiglio RP, Conill A, Dobkin B, Guccione AA, Hasson S, Russo R, Shekelle P, Susman JL [Philadelphia Panel] Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for low back pain *Physical Therapy* 2001 Oct;81(10):1641-1674
3. Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews (Cochrane review) [with consumer summary] *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017; Issue 4
4. Gladwell, V., Head, S., Haggard, M., & Beneke, R. (2006). Does a program of Pilates improve chronic non-specific low back pain?. *Journal of sport rehabilitation*, 15(4), 338-350.
5. Gladwell, V., Head, S., Haggard, M., & Beneke, R. (2006). Does a program of Pilates improve chronic non-specific low back pain?. *Journal of sport rehabilitation*, 15(4), 338-350.
6. Gordon, R., & Bloxham, S. (2016, June). A systematic review of the effects of exercise and physical activity on non-specific chronic low back pain. In *Healthcare* (Vol. 4, No. 2, p. 22). Multidisciplinary Digital Publishing Institute.
7. Harvey JF. Pour en finir avec le mal de dos, Editions Medicis 2015
8. Haute Autorité de Santé (HAS). Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Recommandation de bonne pratique - Mis en ligne le 04 avr. 2019.
9. Henchoz, Y., & So, A. K. L. (2008). Exercise and nonspecific low back pain: a literature review. *Joint Bone Spine*, 75(5), 533-539.
10. Heneweer, H., Vanhees, L., & Picavet, H. S. J. (2009). Physical activity and low back pain: a U-shaped relation?. *Pain*, 143(1-2), 21-25.
11. Kamina P. Atlas d'anatomie humaine, éditions Elsevier Masson, 2015
12. Kuukkanen, T., & Mälkiä, E. (1996). Muscular performance after a 3 month progressive physical exercise program and 9 month follow-up in subjects with low back pain. A controlled study. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 6(2), 112-121.
13. Kuukkanen, T., & Mälkiä, E. (2000). Effects of a three-month therapeutic exercise programme on flexibility in subjects with low back pain. *Physiotherapy research international*, 5(1), 46-61.
14. Lin, C. W. C., McAuley, J. H., Macedo, L., Barnett, D. C., Smeets, R. J., & Verbunt, J. A. (2011). Relationship between physical activity and disability in low back pain: a systematic review and meta-analysis. *PAIN®*, 152(3), 607-613.
15. Lindström, I., Ohlund, C., Eek, C., Wallin, L., Peterson, L. E., & Nachemson, A. (1992). Mobility, strength, and fitness after a graded activity program for patients with subacute low back pain. A randomized prospective clinical study with a behavioral therapy approach. *Spine*, 17(6), 641-652.
16. Mannion, A. F., Helbling, D., Pulkovski, N., & Sprott, H. (2009). Spinal segmental stabilisation exercises for chronic low back pain: programme adherence and its influence on clinical outcome. *European spine journal*, 18(12), 1881-1891.
17. Moffett, J. A. K., Carr, J., & Howarth, E. (2004). High fear-avoiders of physical activity benefit from an exercise program for patients with back pain. *Spine*, 29(11), 1167-1172.
18. Mouret F. S.O.S dos, éditions Frison-Roche,

19. Nguyen, C., Poirauudeau, S., Revel, M., & Papelard, A. (2009). Lombalgie chronique: facteurs de passage à la chronicité. *Revue du rhumatisme*, 76(6), 537-542.
20. Norris, C. M. (1995). Spinal stabilisation: 5. An exercise programme to enhance lumbar stabilisation. *Physiotherapy*, 81(3), 138-146.
- Proper, K. I., Koning, M., Van der Beek, A. J., Hildebrandt, V. H., Bosscher, R. J., & van Mechelen, W. (2003). The effectiveness of worksite physical activity programs on physical activity, physical fitness, and health. *Clinical journal of sport medicine*, 13(2), 106-117.
21. Pavlovic B. *Stretching*, éditions Amphora, 2014
22. Rainville, J., Sobel, J., Hartigan, C., Monlux, G., & Bean, J. (1997). Decreasing disability in chronic back pain through aggressive spine rehabilitation. *Journal of rehabilitation research and development*, 34, 383-393.
23. Schonstein, E., Kenny, D., Keating, J., Koes, B., & Herbert, R. D. (2003). Physical conditioning programs for workers with back and neck pain: a cochrane systematic review. *Spine*, 28(19), E391-E395.
24. Sinaki, M., Brey, R. H., Hughes, C. A., Larson, D. R., & Kaufman, K. R. (2005, July). Significant reduction in risk of falls and back pain in osteoporotic-kyphotic women through a Spinal Proprioceptive Extension Exercise Dynamic (SPEED) program. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 80, No. 7, pp. 849-855). Elsevier.
25. Smith, E. L., & Gilligan, C. (1991). Physical activity effects on bone metabolism. *Calcified tissue international*, 49(1), S50-S54.
26. Souccar T. *Soulager vos douleurs par les trigger points*, éditions, 2014, Vergèze
27. Staal, J. B., Hlobil, H., Twisk, J. W., Smid, T., Köke, A. J., & van Mechelen, W. (2004). Graded activity for low back pain in occupational health care: a randomized, controlled trial. *Annals of internal medicine*, 140(2), 77-84.
28. Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, Kongsted A, Aaboe J, Andersen M, Andersen MO, Fournier G, Hojgaard B, Jensen MB, Jensen LD, Karbo T, Kirkeskov L, Melbye M, Morsel-Carlsen L, Nordsteen J, Palsson TS, Rasti Z, Silbye PF, Steiness MZ, Tarp S, Vaagholt M [Danish Health Authority]. National clinical guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *European Spine Journal* 2018 Jan;27(1):60-75.
29. The Diagnosis and Treatment of Low Back Pain Work Group [Department of Veterans Affairs, Department of Defense]. VA/DoD clinical practice guideline for diagnosis and treatment of low back pain (version 2.0), 2017.
30. van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, Carter T, Gil del Real MT, Hutchinson A, Koes B, Kryger-Baggesen P, Laerum E, Malmivaara A, Nachemson A, Niehus W, Roux E, Rozenberg S [European Commission Research Directorate General, COST B13 working group on guidelines for the management of acute low back pain in primary care] European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care [with consumer summary]
31. Verfaillie, S., Delarue, Y., Demangeon, S., & Beuret-Blanquart, F. (2005, March). Évaluation à quatre ans d'un programme de reconditionnement à l'effort pour lombalgie chronique. In *Annales de réadaptation et de médecine physique* (Vol. 48, No. 2, pp. 53-60). Elsevier Masson.
32. Wai, E. K., Rodriguez, S., Dagenais, S., & Hall, H. (2008). Evidence-informed management of chronic low back pain with physical activity, smoking cessation, and weight loss. *The spine journal*, 8(1), 195-202.
- Taimela, S., Diederich, C., Hubsch, M., & Heinrich, M. (2000). The role of physical exercise and inactivity in pain recurrence and absenteeism from work after active outpatient rehabilitation for recurrent or chronic low back pain: a follow-up study. *Spine*, 25(14), 1809-1816.
33. Wieland LS, Skoetz N, Pilkington K, Vempati R, d'Adamo CR, Berman BM Yoga treatment for chronic non-specific low back pain (Cochrane review) [with consumer summary] *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017;Issue 1.



**MAISON
DES
KINES**
INK FORMATION

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 : 11 75 116 30 75



E – Grille d'évaluation pré-test / post-test (pré et post-formation)

Cf page suivante



DEVIENT



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.

Création de cours de Gym'santé vertébrale	OUI	NON	NC
01 - L'objectif des cours A.P.A, est-il de diminuer la chronicisation de la pathologie rachidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - Les recommandations de l'A.N.E.S. et de la H.A.S recommandent la dynamisation des rachialgiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - Les élèves du cours, connaissent bien la raison de leur douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 - Faut-il préparer des éducatifs visuels et pratique afin que l'élève devienne autonome ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 - Faut-il lors du bilan kinésithérapique initial évaluer la douleur (intensité) et sa cartographie (géographie de la douleur) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	NC
06 - Faut-il réaliser un bilan de la statique vertébrale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 - Faut-il réaliser une goniométrie du complexe lombo pelvi fémoral ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 - Faut-il réaliser une évaluation de la force musculaire des chaînes, postérieures et antérieures ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 - Chez les élèves rachialgiques chroniques du cours A.P.A, y a-t-il une composante psychologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - La douleur est-elle réduite par une prise en charge active et dynamique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - La cohérence du discours entre le médecin référent et le kinésithérapeute qui anime les cours de gym'santé vertébrale, est un facteur de réussite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>