



**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



EPAULE TENDINEUSE : RAISONNEMENT CLINIQUE, KINESITHERAPIE ET THERAPIE MANUELLE

A – Programme détaillé

DUREE

Deux jours en présentiel :

- 14 heures de formation

NOMBRE DE STAGIAIRES

- Minimum : 8 (sauf cas exceptionnels)

- Maximum : 25

FORMATEUR

- Sébastien GUERARD, MKDE

Membre de la Société Française de Rééducation de l'Epaule (SFRE)

Président du Collège de la masso-kinésithérapie (CMK)

1) OBJECTIFS

La compréhension et la rééducation des tendinopathies de l'épaule ont évoluées profondément et très rapidement ces dernières années, notamment sous l'impulsion de la recherche internationale. La visée de ce stage est de permettre une remise à jour complète des savoirs et savoir-faire afin de les rendre conformes aux connaissances actuelles de la biomécanique à la physiopathologie. Ce stage permettra d'améliorer les compétences des stagiaires du bilan au traitement grâce notamment à des travaux pratique.

Contenu :

Théorique, conceptuel, technologique et pratique (Voir infra)

Objectifs généraux :

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

- 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

Objectifs spécifiques :

A l'issue de la formation, le kinésithérapeute aura acquis des savoirs et des savoir-faire processuels et techniques, il saura :

- Utiliser des savoirs anatomiques et biomécaniques, utiles à la prise en charge
- Maîtriser les spécificités de l'ensemble de pathologies de coiffe rencontrées dans la pratique courante
- Maîtriser à travers le raisonnement clinique la prise en charge de l'épaule tendineuse (traitement fonctionnel et/ou post opératoire)
- Maîtriser les « clés » conceptuelles et théoriques pour comprendre, diagnostiquer et rééduquer le complexe scapulo-huméral
- Réaliser un Bilan-Diagnostic Kinésithérapique (BDK) et établir un diagnostic kinésithérapique et un diagnostic de contre-indication
- Construire et mettre en œuvre une rééducation adaptée en fonction du type de lésion et des particularités du patient



DEVIENT



- Maîtriser les techniques et les technologies de recentrage articulaire, de levées de tensions musculaires, et les exercices de reprogrammation neuro-musculaire
- Informer et d'éduquer le patient à des règles d'hygiène de vie et de prophylaxie en lui prodiguant des conseils et exercices d'auto-rééducation
- Effectuer une évaluation continue de sa pratique professionnelle et de l'évolution de l'état de santé du patient

2) RESUME

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

Contenus :

Matin :

9h00-9h30

- Restitution des grilles « Pré-formation » (**pré-test**) et tour de table
- Retour sur les auto-évaluations de la pratique professionnelle

9h30-10h30

- Rappels anatomiques et biomécaniques

10h30-12h30

- Repères morphologiques et palpatoires
- Physio-pathologie de l'épaule dégénérative

Objectifs

- Utiliser des savoirs anatomiques et biomécaniques, utiles à la prise en charge
- Maîtriser les spécificités de l'ensemble de pathologies de coiffe rencontrées dans la pratique courante
- Maîtriser à travers le raisonnement clinique la prise en charge de l'épaule tendineuse (traitement fonctionnel et/ou post opératoire)
- Maîtriser les « clés » conceptuelles et théoriques pour comprendre, diagnostiquer et rééduquer le complexe scapulo-huméral

Après-midi :

13h30-15h00

- Bilan-diagnostic kinésithérapique : testing de coiffe, manœuvres de conflits, évaluation des décentrages et des dyskinésies de la scapula

15h00-17h00

- L'épaule dégénérative : rééducation fonctionnelle et/ou traitement pré-opératoire
- Techniques de recentrage articulaire et points-clés

Objectifs :

- Réaliser un Bilan-Diagnostic Kinésithérapique (BDK) et établir un diagnostic kinésithérapique et un diagnostic de contre-indication
- Construire et mettre en œuvre une rééducation adaptée en fonction du type de lésion et des particularités du patient
- Maîtriser les techniques et les technologies de recentrage articulaire, de levées de tensions musculaires, et les exercices de reprogrammation neuro-musculaire

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

Contenus :

Matin :

9h00-10h30

- Chirurgie de la coiffe des rotateurs

10h30-12h30

- Culture médicale : prise en charge médicale, outils diagnostics (imagerie) et indications (médicamenteuses, rééducation, revue de protocoles, infiltrations, PRP...)

Objectifs :

- Connaître les traitements médicaux et chirurgicaux et en maîtriser les conséquences en rééducation, notamment en post-chirurgical

**Après-midi :
13h30-15h00**

- Rééducation post-opératoire de la coiffe des rotateurs

15h00-17h00

- Syndrome Dououreux Régional Complexe et capsulite rétractile : adaptation de la rééducation
- Synthèse –évaluation « post-formation » (**post-test**)

Objectifs :

- Maîtriser la rééducation de formes physiopathologiques particulières
- Informer et d'éduquer le patient à des règles d'hygiène de vie et de prophylaxie en lui prodiguant des conseils et exercices d'auto-rééducation
- Effectuer une évaluation continue de sa pratique professionnelle et de l'évolution de l'état de santé 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



**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



D – Référence recommandation bibliographie

- Abouhali M. Anatomie chirurgicale de l'épaule et principales voies d'abord Thèse pour l'obtention du Doctorat en Médecine 2010 (p.63-74)
- Bohsali, K. I.; Wirth, M. A.; and Rockwood, C. A., Jr.: Complications of total shoulder arthroplasty. J Bone Joint Surg Am, 2006.
- Boileau P, Walch G. The three-dimensional geometry of the proximal humerus. Implications for surgical technique and prosthetic design. J Bone Joint Surg
- Boileau, P., et al., Grammont reverse prosthesis: design, rationale, and biomechanics. J Shoulder Elbow Surg, 2005
- Bonnel F., Marc T. Le muscle : Nouveaux concepts Sauramps médical 2009
- Carr AJ, Cooper CD, Campbell MK, Rees JL, Moser J, Beard DJ, Fitzpatrick R, Gray A, Dawson J, Murphy J, Bruhn H, Cooper D and Ramsay CR. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of open and arthroscopic rotator cuff repair [the UK Rotator Cuff Surgery (UKUFF) randomised trial Health Technology Assessment Volume 19 Issue 80 October 2015 ISSN 1366-5278
- Chester R, Jerosch-Herold C, Lewis J, Shepstone L. Physiological factors are associated with the outcome of physiotherapy for people for shoulder pain : a multicentre longitudinal cohorte study B JSM Online First, published on July 21, 2016 as 10.1136/bjsports-2016-096084
- Chiradejnant Adit, Christopher G Maher, Jane Latimer and Nicholas Stepkovitch Efficacy of "therapist-selected" versus "randomly selected" mobilisation techniques for the treatment of low back pain: A randomised controlled trial Australian journal of physiotherapy · February 2003 DOI: 10.1016/S0004-9514(14)60139-2 · Source : PubMed
- Crépon F. Electrostimulation et débordement d'énergie KS 2012 juil
- Enjalbert A et al. Reprogrammation sensori-motrice, EMC 26-060-A-10. 1997.
- Geraets J.J.X.R., Goosens M.E.J.B., De Grooti.J.M., De Bruijn C.P.C., De Bier.A., Dinantg.J., Van Der Heijden G., Van Den Heuvelw.J.A. Effectiveness of a graded exercise therapy program for patients with chronic shoulder complaints. Aust. J. Physiother.2005
- Gerber C., S.D. Pennington, and R.W. Nyffeler, Reverse total shoulder arthroplasty. J Am Acad Orthop Surg, 2009.
- Grammont, P.M. and E. Baulot, Delta shoulder prosthesis for rotator cuff rupture. Orthopedics, 1993.
- Green S., Buchbinder R., Glazier R., Forbesa. Interventions for shoulder pain. The Cochrane Library, 2002, issue 2. Oxford : Update Software.
- Haahr JP, Ostergaard S, Dalsgaard. Effect of specific exercise strategy on need for surgery in patients with subacromial impingement syndrome : randomised controlled study Holmgren T., Bjornsson H., Oberg B., Adolfson L., Johansson K. BMJ 2012
- Haahr JP, S Ostergaard, J Dalsgaard, K Norup, P Frost, S Lausen, EA Holm, JH Anderson Exercises versus arthroscopic decompression in patients with subacromial impingement : a randomised, controled study in 90 cases with a one year follow up. Ann Rheum Dis 2005 ;64 : 760-764
- Haute Autorité de Santé (HAS). Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR après chirurgie de coiffe et arthroplastie d'épaule Recommandations 2008 jan
- Haute Autorité de Santé (HAS). Pathologies non opérées de la coiffe des rotateurs et masso-kinésithérapie. HAS, avril 2001.
- Hurov J. Anatomy and mechanics of the shoulder : review of current concepts Journal of Hand Therapy october 2009, 22 : 328-343



DEVIENT



- Ketola S., Lehtinen J., Rousi T., Nissinen M. & al Does arthroscopic acromioplasty provide any additional value in the treatment of shoulder impingement syndrome ? A two years randomised controlled trial JBJS vol. 91 n° 10 octobre 2009
- Ketola S., Lehtinen J., Rousi T., Nissinen M. & al, No evidence of long-term benefits of arthroscopic acromioplasty in the treatment of shoulder impingement syndrome – Five years results of a randomised controlled trial BJR Vol2. N°7- July 2013
- Kibler WB., Ludewig P., Mc Clure P., Michener L., Bak K., Sciascia A. Clinical implications of scapular dyskinesis in shoulder injury : the 2013 consensus statement from the scapular summit B JSM April 2013
- Kuhn John E., Exercise in treatment of rotator cuff impigement : a systematic review and a synthesized evidence-based rehabilitation protocol Elsevier JSE Surg 2009 (18, 138-160)
- Lewis L., Shi T., Bradley Edwards Review Article The Role of Acromioplasty for Management of Rotator cuff Problems : Where Is the Evidence? Hindawi Publishing Corporation Advances in Orthopedics (Article ID 467571) 2012
- Lori A. Michener et Al. American Shoulder Elbow Surgeon Score Standardized Assessment Form, patient self report section (ASES) : Reliability, validity and responsiveness J. Shoulder Elbow Surg., 2002 Nov-Dec
- Ludewig P.M., Borstadj.D. Effects of a home exercise programme on shoulder pain and functional status in construction workers. Occup. Environ. Med.2003
- Madis Rahu, Ivo Kolts, Elle Põldoja, Kristo Kask Rotator cuff tendon connections with the rotator cable Knee Surg Sports Traumatology & Arthroscopy - mai 2016
- Martin E. Tableau récapitulatif sur les étirements, le stretching, les levées de tension, les postures et les assouplissements KS n° 518 2011 fév
- McCreesh Karen, Alan Donnelly, Jeremy Lewis Immediate response of the supraspinatus tendon to load in RC tendinopathy. Poster presented at the 3rd International Scientific October 2015 (10.13140/RG.2.1.4849.0327)
- Molé D. et Favard L. et Col. Symposium de la SOFCOT 2006
- Neer, C. S.; Watson, K. C.; and Stanton, F. J.: Recent experience in total shoulder replacement. J Bone Joint Surg Am, 64
- Nyffeler, R.W., C.M. Werner, and C. Gerber, Biomechanical relevance of glenoid component positioning in the reverse Delta III total shoulder prosthesis. J Shoulder Elbow Surg, 2005.
- Péan JE: Des moyens prothétiques destinés à obtenir la réparation des parties osseuses, Gazette de l'hôpital. Paris.1894
- Rio E, Moseley L, Purdam C, Samiric T, Kidgell D, Pearce AJ, Jaberzadeh S, Cook J. The Pain of Tendinopathy: Physiological or Pathophysiological? Sports Med DOI 10.1007/s40279-013-0096- Springer International Publishing Switzerland 2013
- Robertson V.J., Bakerk.G. A review of therapeutic ultrasound : effectiveness
- Ryogo I, Sano H, Kishimoto K, Sakamoto N. Alteration of the material properties of the normal supra-spinatus tendon by nicotine treatment in a rat model Acta Orthopaedica 2010 ; 81 (5) : 634 : 638
- Simovitch, R.W., et al., Predictors of scapular notching in patients managed with the Delta III reverse total shoulder replacement. J Bone Joint Surg Am, 2007.
- Smith B., Hendrick P., O Smith T, Bateman M., Mffatt F., Rathleff M. & al. Should exercises be painful in the management of chronic musculoskeletal pain ? A systematic review and meta-analysis BJSM juin 2017
- Vaillant J. Diagnostic Kinésithérapique KS N° 427 2002 nov
- Van Der Windtd.A., Bouter L. Physiotherapy or corticosteroid injection for shoulder pain ? Ann. Rheum. Dis.2003
- Walch G, Edwards TB, Boulahia A, Boileau P, Mole D, Adeleine P. The influence of glenohumeral prosthetic mismatch on glenoid radiolucent lines: results of a multicenter study. J Bone Joint Surg Am 2002

- Young DC, Rockwood CA, Jr. Complications of a failed Bristow procedure and their management. J Bone Joint Surg Am 1991

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

Cf page suivante

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

Vous devez cocher une case en face de chacune des propositions faites dans ce document :

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

Epaule présentant une douleur de coiffe non-opérée

	OUI	NON	NC
01 - Je réalise un bilan, que je consigne systématiquement par écrit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - Je réalise un score de Constant régulièrement afin d'évaluer la progression du patient ainsi que la pertinence des soins proposées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - J'effectue un test de Neer pour évaluer la force du supra-épineux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 - Je réalise de façon systématique un traitement d'électrothérapie antalgique tant que les manoeuvres de conflits sont douloureuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 - Je demande à mon patient d'effectuer des exercices de renforcement des muscles « abaisseurs » (Grand-Dorsal, Grand-Pectoral et Grand-Rond) afin d'augmenter l'espace sous-acromiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 - Je propose au patient des exercices de renforcement des muscles rotateurs d'épaule visant à équilibrer le ratio RE/RI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 - Le patient présentant une rupture du sus-épineux, je lui propose des exercices de renforcement du deltoïde pour compenser le déficit et restituer l'abduction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 - Le patient devant se faire opérer, je lui explique les exercices de base qu'il aura à effectuer en post-opératoire immédiat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Epaule après chirurgie de la coiffe des rotateurs

	OUI	NON	NC
09 - La priorité de mon traitement durant les 1er jours post-opératoires est la mobilité gléno-humérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - A J+1, je propose au patient des exercices d'auto-mobilisation active de la scapulo-thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Je mobilise précocement l'acromio-claviculaire, bien que chirurgien ait réalisé une acromioplastie et une résection du ¼ externe de clavicule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - A J+10, je propose au patient, après élévation passive, de tenir le bras à 180° d'élévation en actif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - A J+45, je réalise un test de Jobe pour m'assurer de la bonne contractilité du supra-épineux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - Je propose un traitement Ultra-son afin d'améliorer la qualité de la cicatrisation du tendon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - Je déconseille au patient de reproduire les exercices chez lui afin d'éviter les complications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>