

TRIGGERS POINTS (POINTS GACHETTES), MASSAGE et DOULEURS

A – Programme détaillé

DUREE

Deux jours en présentiel :
- 14 heures de formation

NOMBRE DE STAGIAIRES

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

FORMATEUR

Vincent JACQUEMIN, Kinésithérapeute, Ostéopathe, Chargé de cours à l'Université de Lyon

1) OBJECTIFS

La compréhension et la prise en charge de la douleur ont évolué profondément et très rapidement ces dernières années, notamment sous l'impulsion de la recherche française et internationale. Parmi l'arsenal thérapeutique, l'approche thérapeutique à partir des points myo-faciaux permet à la fois une approche diagnostique kinésithérapique et une prise en charge kinésithérapique. 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 anatomiques, physiologiques, physiopathologiques et kinésithérapiques (du bilan au traitement).

Contenu :

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

Objectifs généraux :

L'objectif général est d'acquérir les connaissances nécessaires à

A l'issue de la formation, le participant sera capable après une analyse de la pratique actuelle et des recommandations de :

- Réaliser des tests et évaluations simples et rapides, recommandés et validés conformes aux avis du Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes et du Collège de la Masso-Kinésithérapie afin d'améliorer leur prise en charge avec une approche globale, novatrice et mieux adaptée.

- 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.

- 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 :

A l'issue de ce stage, le stagiaire sera en capacité de :

- Actualisation des connaissances et remise en cause des savoirs dépassés ou éronés
- Acquisition des connaissances socles nécessaires à l'évaluation et à l'analyse des douleurs d'origine myo-fasciale au niveau du rachis cervical, du rachis thoracique et du rachis lombaire
- Savoir évaluer et tracer sa reprise en charge et définir les objectifs via le BDK
- Acquisitions de la technique de massage et d'étirement,
- Acquérir les connaissances nécessaires à l'évaluation et à l'analyse des douleurs d'origine myo-fasciale des membres
- Savoir évaluer et tracer sa reprise en charge

2) RESUME

Premier jour : 9h00-12h30 & 13h30-18h00

Contenus

Matin

9h00-12h30 (dont pause de 30 minutes)

Contenus :

- Restitution des grilles « Pré-formation » (pré-test) et tour de table
- Evaluation initiale des connaissances, tour de table et attentes de chacun
- Introduction, *
- Qu'est-ce que les points triggers
- Les indications et les contre-indications.
- Place des agents physiques pour les contractures
- Complications possibles et preuves scientifiques
- Démarche diagnostique

Après-midi

13h30-16h30

- Analyse palpatoire, diagnostic et traitement des points gâchettes et repérage du rachis cervical (sub occipitaux, élévateur de la scapula, scalène).
- Diagnostic et traitement des points gâchettes et repérage du rachis thoracique (trapèze, rhomboïde, grand dorsal, les dentelés, pectoraux)

17h00-18h00

- Diagnostic et traitement des points gâchettes et repérage du rachis lombaire (masse sacro épineuse, transversaire épineux,)
- Acquisition des batteries de tests diagnostique (clusters)
- Synthèse de la journée, temps de partage

Objectifs de la première journée :

- Actualisation des connaissances et remise en cause des savoirs dépassés ou éronés
- Acquisition des connaissances socles nécessaires à l'évaluation et à l'analyse des douleurs d'origine myo-fasciale au niveau du rachis cervical, du rachis thoracique et du rachis lombaire
- Savoir évaluer et tracer sa reprise en charge et définir les objectifs via le BDK

Deuxième jour : 9h00-12h45 & 13h30-18h00

Contenus :

Matin

9h00-12h30 (dont pause de 30 minutes)

- Révision des acquis de la veille, temps de partage
- Technique de palpation, massage et étirement pour les muscles principaux du membre supérieur (épitrochléens, épicondyliens, biceps, brachio-radial, muscles court abducteur 1, supra épineux, infra épineux, deltoïde)

Après-midi

13h30-16h30

- Technique pour les muscles principaux du membre inférieur: piriforme, grand fessier, obturateurs, ischio-jambiers, muscles fibulaires, court fléchisseur du gros orteil, tibial antérieur)

17h00-18h00

- Rappel des précautions et des contre-indications,
- Tour de table sur évaluation des pratiques et sur le dossier patient (EPP)
- Synthèse
- Explicitation des pré-tests
- Diapositive du lundi

Objectifs de la seconde journée :

- Acquisitions de la technique de massage et d'étirement,
- Acquérir les connaissances nécessaires à l'évaluation et à l'analyse des douleurs d'origine myo-fasciale des membres
- Savoir évaluer et tracer sa reprise en charge

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
- Tables de pratiques (1 pour 2), tapis, coussins...

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

- Bakar, Y., Sertel, M., Öztürk, A., Yümin, E. T., Tatarli, N., & Ankarali, H. (2014). Short term effects of classic massage compared to connective tissue massage on pressure pain threshold and muscle relaxation response in women with chronic neck pain: a preliminary study. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, 37(6), 415-421.
- Berggreen, S., Wiik, E., & Lund, H. (2012). Treatment of myofascial trigger points in female patients with chronic tension-type headache—a randomized controlled trial. *Advances in Physiotherapy*, 14(1), 10-17.
- Brosseau, L., Wells, G. A., Poitras, S., Tugwell, P., Casimiro, L., Novikov, M., ... & Kresic, D. (2012). Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines on therapeutic massage for low back pain. *Journal of bodywork and movement therapies*, 16(4), 424-455.
- Castro-Sánchez, A. M., Matarán-Peñarrocha, G. A., Granero-Molina, J., Aguilera-Manrique, G., Quesada-Rubio, J. M., & Moreno-Lorenzo, C. (2011). Benefits of massage-myofascial release therapy on pain, anxiety, quality of sleep, depression, and quality of life in patients with fibromyalgia. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2011.
- Cheng, Y. H., & Huang, G. C. (2014). Efficacy of massage therapy on pain and dysfunction in patients with neck pain: a systematic review and meta-analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2014.
- de las Peñas, C. F., Campo, M. S., Carnero, J. F., & Page, J. C. M. (2005). Manual therapies in myofascial trigger point treatment: a systematic review. *Journal of bodywork and movement therapies*, 9(1), 27-34.
- Furlan, A. D., Giraldo, M., Baskwill, A., Irvin, E., & Imamura, M. (2015). Massage for low-back pain. *Cochrane database of systematic reviews*, (9).
- Furlan, A. D., Imamura, M., Dryden, T., & Irvin, E. (2009). Massage for low back pain: an updated systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. *Spine*, 34(16), 1669-1684.
- Gam, A. N., Warming, S., Larsen, L. H., Jensen, B., Høydalsmo, O., Allon, I., ... & Mathiesen, B. (1998). Treatment of myofascial trigger-points with ultrasound combined with massage and exercise—a randomised controlled trial. *Pain*, 77(1), 73-79.
- Gerwin, R. D., Shannon, S., Hong, C. Z., Hubbard, D., & Gevirtz, R. (1997). Interrater reliability in myofascial trigger point examination. *Pain*, 69(1-2), 65-73.
- Hong, C. Z., & Simons, D. G. (1998). Pathophysiologic and electrophysiologic mechanisms of myofascial trigger points. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 79(7), 863-872.
- Hong, C. Z., Chen, Y. C., Pon, C. H., & Yu, J. (1993). Immediate effects of various physical medicine modalities on pain threshold of an active myofascial trigger point. *Journal of musculoskeletal Pain*, 1(2), 37-53.
- Hubbard, D. R., & Berkoff, G. M. (1993). Myofascial trigger points show spontaneous needle EMG activity. *Spine*, 18(13), 1803-1807.
- Kong, L. J., Zhan, H. S., Cheng, Y. W., Yuan, W. A., Chen, B., & Fang, M. (2013). Massage therapy for neck and shoulder pain: a systematic review and meta-analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013.
- Lavelle, E. D., Lavelle, W., & Smith, H. S. (2007). Myofascial trigger points. *Anesthesiology clinics*, 25(4), 841-851.
- Lewis, M., & Johnson, M. I. (2006). The clinical effectiveness of therapeutic massage for musculoskeletal pain: a systematic review. *Physiotherapy*, 92(3), 146-158.
- Pommerol, P., & Captier, G. (2012). *Thérapie manuelle. KS-Kinesithérapie Scientifique*, (528), 55.
- Puustjärvi, K., Airaksinen, O., & Pöntinen, P. J. (1990). The effects of massage in patients with chronic tension headache. *Acupuncture & electro-therapeutics research*, 15(2), 159-162.



DEVIENT



- Rayegani, S. M., Bayat, M., Bahrami, M. H., Raeissadat, S. A., & Kargozar, E. (2014). Comparison of dry needling and physiotherapy in treatment of myofascial pain syndrome. *Clinical rheumatology*, 33(6), 859-864.
- Reeves, J. L., Jaeger, B., & Graff-Radford, S. B. (1986). Reliability of the pressure algometer as a measure of myofascial trigger point sensitivity. *Pain*, 24(3), 313-321.
- Shah, J. P., Danoff, J. V., Desai, M. J., Parikh, S., Nakamura, L. Y., Phillips, T. M., & Gerber, L. H. (2008). Biochemicals associated with pain and inflammation are elevated in sites near to and remote from active myofascial trigger points. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 89(1), 16-23.
- Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Dahlen, H. G., Ee, C. C., & Suganuma, M. (2018). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
- Travell, J. G., & Simons, D. G. (1983). *Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual* (Vol. 2). Lippincott Williams & Wilkins.
- Van den Dolder, P. A., & Roberts, D. L. (2003). A trial into the effectiveness of soft tissue massage in the treatment of shoulder pain. *Australian Journal of Physiotherapy*, 49(3), 183-188.
- van den Dolder, P. A., Ferreira, P. H., & Refshauge, K. M. (2014). Effectiveness of soft tissue massage and exercise for the treatment of non-specific shoulder pain: a systematic review with meta-analysis. *Br J Sports Med*, 48(16), 1216-1226.
- Vernon, H., & Schneider, M. (2009). Chiropractic management of myofascial trigger points and myofascial pain syndrome: a systematic review of the literature. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, 32(1), 14-24.
- Vernon, H., Humphreys, K., & Hagino, C. (2007). Chronic mechanical neck pain in adults treated by manual therapy: a systematic review of change scores in randomized clinical trials. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 30(3), 215-227.

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

Cf page suivante

TRIGGER POINTS

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 - Le syndrome du Piriforme est un syndrome canalaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - Les trigger points multiples s'intègrent dans le cadre d'un syndrome appelé syndrome myofascial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - Seuls les trigger points « actifs » peuvent donner une douleur référée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 - Les trigger points actifs du semispinalis capitis dans les cervicalgies post-traumatiques sont fréquents ainsi que dans les céphalées d'origine cervicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 - Les carences métaboliques (fer) ou vitaminiques (D, C, B12, Folates) peuvent être à l'origine de trigger points	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 - Pour le diagnostic, CINQ critères diagnostiques suivants sont présents : 1 = le signe du retrait (ou du sursaut); 2 = le signe de reproduction de la douleur ; 3 = le signe de reproduction de troubles neurovégétatifs ; 4 = le signe de la secousse (12 à 76 ms) ; 5 = le signe de la douleur prolongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 - Pour un diagnostic, il faut une différence à l'algomètre avec le côté opposé de 4 kg/cm2 au moins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 - Les douleurs pseudo-nevralgie cervicobrachiale: Les muscles candidats sont l'infraspinatus (un tiers des cas présentant une suspicion clinique de canal carpien), biceps, pronator teres et subscapularis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 - Pour faire un diagnostic différentiel entre sciatique et douleurs myofasciales, on fait un EJT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Les scalènes donnent des douleurs référées dans le pouce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Le traitement consiste en première intention à étirer le muscle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Le petit pectoral donne des douleurs référées dans le pouce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - Pour le piriforme, la douleur a un caractère irradiant sur la partie postérieure de la cuisse et ne dépasse pratiquement jamais le genou (sciatique tronquée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - La contracture du muscle grand oblique ou oblique inférieur de la tête donne des douleurs dans l'oeil et dans le visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - Le dentelé postéro supérieur ne donne jamais de douleurs référées dans l'avant bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - La contracture du rond pronateur peut provoquer des douleurs type canal carpien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - Les points triggers correspondent souvent à des points d'acupuncture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - Il existe un point trigger pour le psoas dans l'abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 - La contracture du transversaire épineux est toujours présent dans un syndrome facettaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - Le dry needling est la puncture du point trigger et a des preuves modérées d'efficacité à court terme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>