

Rééducation de la main en pratique courante

A – Programme détaillé

DUREE

Deux jours en présentiel :
- 14 heures de formation

NOMBRE DE STAGIAIRES

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

FORMATEUR

Claude LE LARDIC – Masseur-Kinésithérapeute – Formateur en rééducation de la main
Secrétaire général de la Société française de rééducation de la main (GEMMSOR)

1) OBJECTIFS

La compréhension et la prise en charge rééducative des lésions de la main et de leur impact sur le fonctionnement du membre supérieur ont évolué profondément et très rapidement ces dernières années, notamment sous l'impulsion de la recherche française et 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 sera également l'occasion pour le stagiaire de développer ses compétences du bilan au traitement notamment grâce à la réalisation de travaux pratiques.

Contenu :

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

Objectifs généraux :

L'objectif général est d'acquérir les connaissances nécessaires à l'évaluation et à la rééducation kinésithérapique de la main traumatique et rhumatismale et leurs impacts sur la fonctionnalité du membre supérieur.

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, recommandées et validées par la HAS (ou par les recommandations internationales)
- Améliorer la prise en charge avec une approche globale, novatrice, conforme à l'EBP et mieux adaptée.
- Contribuer à améliorer l'offre de soins et leur accès par des prestations pertinentes, réalisées par un plus grand nombre de professionnels.
- 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



**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



- 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 :

- Connaître l'actualité en chirurgie, rééducation et orthèse de la main.
- Savoir réaliser et utiliser un Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK), d'entrée, intermédiaires et final, en particulier :
- Savoir évaluer et tracer la nécessité et les objectifs de rééducation via le BDK
- Savoir évaluer le niveau d'autonomie au sein d'un BDK
- Maitriser et savoir transmettre les principes de la rééducation de la main et du poignet

2) RESUME

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

Matin

Contenus :

9h00-10h00

- Restitution des grilles « Pré-formation » (pré-test) et tour de table
- Evaluation initiale des connaissances, tour de table et attentes de chacun

10h00-12h30

- Anatomie-physiologie des chaînes digitales

Après-midi

Contenus :

13h30-15h00

- Examen clinique et bilan de la main
- Remplir une fiche de synthèse

15h00-17h00

- Rééducation de la main traumatique :
 - Lésions tendineuses : fléchisseurs, extenseurs

Objectifs de la première journée :

- Connaître l'actualité en chirurgie, rééducation et orthèse de la main.
- Savoir réaliser et utiliser un Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK), d'entrée, intermédiaires et final, en particulier :
- Savoir évaluer et tracer la nécessité et les objectifs de rééducation via le BDK
- Savoir évaluer le niveau d'autonomie au sein d'un BDK
- Maitriser et savoir utiliser et transmettre les principes de la rééducation de la main et du poignet :
 - Massage
 - Mobilisation
 - physiothérapie
 - Orthèses

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

Contenus :

Matin

9h00-10h30

- Lésions osseuses : fractures des métacarpiens et des phalanges
- Lésions ligamentaires : MP du I, IPP

10h30-12h30

- Electrostimulation des muscles de la main
- Mobilisations spécifiques articulaires
- Rééducation de la main rhumatismale :
 - Maladie de Dupuytren opérée



DEVIENT



Après-midi
13h30-15h00

- Rééducation de la main rhumatismale (suite) :
 - Arthroses digitales – Rhizarthrose
 - Syndrome du canal carpien
 - Algodystrophie

15h00-17h00

- Table ronde – Présentation de cas cliniques
- Initiation aux orthèses statiques et dynamiques
- Présentation de la bibliographie et des sites de recherche documentaire
- Synthèse

Objectifs de la seconde journée :

- Connaitre l'actualité en chirurgie, rééducation et orthèse de la main.
- Savoir réaliser et utiliser un Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK), d'entrée, intermédiaires et final, en particulier :
- Savoir évaluer et tracer la nécessité et les objectifs de rééducation via le BDK
- Savoir évaluer le niveau d'autonomie au sein d'un BDK
- Maîtriser et savoir pratiquer et transmettre les principes de la rééducation de la main et du poignet :
 - Massage
 - Mobilisation
 - physiothérapie
 - Orthèses

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 présente 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 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



**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



- 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. Bellemere P, Chaise F, Friol Jp, Gaisne E, Le Lardic C. Résultats de la Mobilisation Active Précoce après réparation primitive des tendons fléchisseurs. La Main 1998 – 3, p 221-234.
2. Bigorre, N., Delaquaize, F., Degez, F., & Celerier, S. (2018). Primary flexor tendons repair in zone 2: Current trends with GEMMSOR survey results. Hand surgery and rehabilitation, 37(5), 281-288.
3. Boulan Predseil P. : Diagnostic clinique et traitements médicamenteux des SDRC
4. Boutan M., Casoli V. : Mains et Préhensions. Editions Sauramps Médical
5. Brasseur L. : Réflexions sur les «algodystrophies» 4 ème Journée de Rééducation de la main et du membre supérieur Urgences mains de l'est parisien
6. Breger Stanton DE, Lazaro R, Macdermid JC. A systematic review of the effectiveness of contrast baths. J Hand Ther. 2009 Jan-Mar;22(1):57-69; quiz 70. Epub 2008 Oct 22.
7. Can, F., & Erdem, E. U. (2016). Do wrist proprioceptive exercises improve sense of force for hand grip?. Physiotherapy, 102, e255.
8. Celerier, S., Andreu, D., Degez, F., Le Lardic, C., & Tourniare, H. (2011). Place de la physiothérapie dans la rééducation de la main : états des lieux versus revue de la littérature. Chirurgie de la main, 6(30), 480.
9. Chabaud M.. La main brûlée. Cahier d'Enseignement Chirurgie Main N° 13, 2001, p 121-122
10. Chaise F. Réparations primaires des plaies des tendons Fléchisseurs des doigts. Cahier d'Enseignement de la SOFCOT 2001 N° 78 : 225-240
11. Chammas M. Lésions traumatiques récentes de l'appareil extenseur digital au poignet et à la main. Cahier d'enseignement de la SFCM 1999 N°11 p 45-50
12. Chase R. : Anatomy of the thumb. P 15-29 Hand and Upper Limb. The thumb. Edited by James W. Strickland. Churchill Livingstone Ed.
13. Chedal-Bornu, B., Corcella, D., Forli, A., Moutet, F., & Bouyer, M. (2017). Long-term outcomes of proximal row carpectomy: A series of 62 cases. Hand surgery and rehabilitation, 36(5), 355-362.
14. Daniels L., Williams M, Worthingham C. - Evaluation de la fonction musculaire - 3ème éditions - Librairie Maloine S.A. Paris VI
15. Dap F.; Merle M. ; Issel M. ; Celerier S.: Entorses et luxations des doigts. La main traumatique 1 urgence 3rd P41- 52. Edition Masson 2010
16. De Chevigne C. – Anatomie et physiologie des chaînes digitales Cahiers d'Enseignement de la Société Française de Chirurgie de la main n°3 1991, p 1-15
17. Delaquaize F. : Réorganisation corticale post-traumatique et plasticité cérébrale : Rééducation par les techniques d'imagerie. Rééducation de la main et du poignet. Anatomie fonctionnelle et techniques. Elsevier Masson. 2013. P 187-217
18. Delprat J., Mansat M. Et Erhler S. - Bilans articulaires. Le poignet et la main.
19. Dias Garson M.T., E. Dantzer. Traitement orthétique de la main brûlée : une stratégie incontournable. Les Feuilles du GEMMSOR, publication sous la responsabilité de la SFRM. 2002, Trauma-D-3, p 1-5



DEVIENT



20. Dubert T, Voche P, Osman N, Dinh A. Lésions récentes des tendons fléchisseurs des doigts. Encycl Méd Chir.(Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris Techniques chirurgicales. Orthopédie-Traumatologie, 44-388,2003, p 1-16
21. Editions techniques - Encyclo. Méd. Chir. (Paris, France), Kinésithérapie, 26008 D10, 5-1990
22. Egal V. : Kiné Scientifique mars 97 : Entorses et luxations des doigts longs.
23. Escobar C, Le Nen D, Lefevre C. Mobilisation assistée de l'appareil extenseur des doigts après lésions traumatiques fraîches. A propos de 119 cas. La Main 1998 Vol 3 p 33-43
24. Evans R. Immediate active short arc motion following extensor tendon repair. Hand Clin; 1995 11 : 483-512.
25. Gerlac, D., & Moutet, F. (2015). Fractures de métacarpiens et phalanges: utilisation des vibrations pour faciliter les mobilisations précoces. Kinésithérapie, la Revue, 15(158), 50.
26. Girbon J.P, Oddou L. La mobilité cutanée du dos de la main lors de la flexion-enroulement des doigts longs. Annales de Kinésithérapie 2000 ; 27 : 348 -352
27. Groupe d'étude de la Main (GEM).Table Ronde G.E.M. - GEROMS : Evaluation de la main - Congrès du G.E.M. 1996
28. Hammond, A., & Prior, Y. (2016). The effectiveness of home hand exercise programmes in rheumatoid arthritis: a systematic review. British medical bulletin, 119(1), 49-62.
29. Hayton, M., Ng, C. Y., Funk, L., Watts, A., & Walton, M. (Eds.). (2019). Sports injuries of the hand and wrist. Springer International Publishing.
30. Hung L K, Pang K W, Yeung P L C, Cheung L, et al. Active mobilisation after flexor tendon repair: comparison of results following injuries in zone 2 and other zones. Journal of Orthopaedic Surgery, Aug 2005
31. Ithurbide M. Rééducation de la sensibilité dans les traumatismes de la main. Rééducation de la main et du poignet. Anatomie fonctionnelle et techniques. Elsevier Masson. 2013. P 175-184
32. Jänig W. Bases physiologiques du rôle du système nerveux sympathique dans le contrôle de la douleur
33. Jansen Rg, Schwartz Da, Velleman Pf. A randomized controlled study of contrast baths on patients with carpal tunnel syndrome J Hand Ther. 2009 Jul-Sep;22(3):200-7; quiz 208. Epub 2009 Apr 16.
34. Kapandji I.A. : Physiologie articulaire, Fascicule I, 4^{ème} édition, Mbre Sup. Lib. Maloine
35. Kavuncu, V., & Evcik, D. (2004). Physiotherapy in rheumatoid arthritis. Medscape General Medicine, 6(2).
36. Khan, H., & Sivakumar, B. (2016). Soft Tissue Injuries of the Hand. Textbook of Plastic and Reconstructive Surgery, 155.
37. Labandter, H., Kaplan, I., & Shavitt, C. (1976). Burns of the dorsum of the hand: conservative treatment with intensive physiotherapy versus tangential excision and grafting. British journal of plastic surgery, 29(4), 352-354.
38. Laffargue C. Morel-Fatio M. : Algodystrophie et rééducation 4 ème Journée de rééducation de la main et du membre supérieur de l'est parisien
39. Le Lardic C : Rééducation après suture des fléchisseurs des doigts, 40 ans d'évolution. Kinésithérapie Scientifique 492 Octobre 2008 p77-88.
40. Le Lardic C. : Appareillage de l'épaule à la main : les matériaux -P340-346- Cours européen de pathologie chirurgicale du membre supérieur de la main- 2012. Sauramps médical
41. Le Lardic C. : Kinésithérapie des entorses et des instabilités du poignet. Kinésithérapie Scientifique 459 Octobre 2005. p61-65.
42. Le Lardic C. : Rééducation après suture des tendons fléchisseurs digitaux. Rééducation de la main et du poignet. Anatomie fonctionnelle et techniques. Elsevier Masson. 2013. P 313-321

43. Le Lardic C. : Rééducation du syndrome douloureux complexe de type 1. Kinésithérapie scientifique 2014 ; 552 ; P17-25
44. Le Lardic C. Laffargue C. : Principes généraux de rééducation après une plaie de la main. Plaies de la main. Cahiers d'enseignement de la SOFCOT Elsevier Masson 93 p216-233.
45. Le Nen D. C.Escobar C.Lefevre : La Main 1998 3: 33-43 : Mobilisation assistée de l'appareil extenseur des doigts après lésions traumatiques fraîches A propos de 119 cas.
46. Libersa C.: Myologie Angiologie Névrologie, Fascicule III, Vigot Frères Paris
47. Masmejean E. : Kiné Scientifique mars 97 : Entorses et luxations de l'articulation interphalangienne proximale des doigts longs
48. Mc Gouther D.A, Colditz J.C., Harris J.M.,David W. Stoller : Interactive Hand 2nd Edition Primal Pictures ltd.
49. Merle M, Daudel G, Dumontier C : Comment améliorer la chirurgie des tendons de la main. Maîtrise Orthopédique 1998, 75 : p 1-20
50. Merle M, Dautel G. La main Traumatique. I. L'urgence. Lésions des tendons fléchisseurs. Masson Paris 1997, 2ème édition p 212-232
51. Moutet F., Forli A., Corcella D., Martin Des Pallieres Th.: Entorse de la MCP du pouce. P 295-303. Cours européen de pathologie chirurgicale du membre supérieur et de la main -2010. Sauramps médical.
52. Niederberger T. Frasson N., Oversteyns B., Guilhemat B., Boissezonh., Comhaire M., et al. Les brûlures de la main. Rééducation et appareillage. Masson Paris2005, vol 5 N° 40, p 25-27
53. O'brien, A. V., Jones, P., Mullis, R., Mulherin, D., & Dziedzic, K. (2005). Conservative hand therapy treatments in rheumatoid arthritis—a randomized controlled trial. *Rheumatology*, 45(5), 577-583.
54. Orset G. Les tests d'évaluation sensitive cutanée de la main après lésion des nerfs périphériques. Les Feuillettes du GEMMSOR, publication sous la responsabilité de la SFRM. 2002 Eva-A-3, p 1-7
55. Pandey, R., Soni, N., Bhayana, H., Malhotra, R., Pankaj, A., & Arora, S. S. (2019). Hand function outcome in closed small bone fractures treated by open reduction and internal fixation by mini plate or closed crossed pinning: a randomized controlled trail. *Musculoskeletal surgery*, 103(1), 99-105.
56. Peolsson, A., Hedlund, R., & Öberg, B. (2001). Intra-and inter-tester reliability and reference values for hand strength. *Journal of rehabilitation medicine*, 33(1), 36-41.
57. Rochet J.M., Leclercq C. Rééducation et mains brûlées. Monographie de la Société Française de Chirurgie de la Main (GEM), Réadaptation de la main. Expansion Scientifique Publications, 26, 1999, p 345-364
58. Romain M, Allieu Y, Durand P.A, Pellegrin R. Rééducation des lésions traumatiques des tendons extenseurs de la main. Monographie du GEM N°26 Réadaptation de la main 1999, p 143-149
59. Rouzaud J.C. Lésions traumatiques des tendons fléchisseurs et extenseurs à la main Cahiers d'Enseignement de la Société Française de Chirurgie de la main n°3 1991, p 30-34
60. Rouzaud. J.C. Lésions traumatiques des tendons fléchisseurs et extenseurs de la main. Enseignement de la chirurgie de la main. Expansion Scientifique Française 1991, p18-30
61. Smith R.J., Buterbaugh G.A., Function and kinesiology of the thumb. . Hand and Upper Limb. The thumb. P 31-43 Edited by James W. Strickland. Churchill Livingstone Ed.
62. Société française de rééducation de la main, Groupe d'étude de la main en orthèse et rééducation (GEMMSOR),(2013) Rééducation de la main et du poignet. Coordonné par Michel Boutan, Dominique Thomas, Sylvain Célérier, Vincent Casoli, François Moutet. Elsevier, Paris.

63. Spicher C., Manuel de rééducation sensitive du corps humain. Editions Médecine et Hygiène, Paris. 2003 p 123-130
64. Stack, H. G., & Vaughan-Jackson, O. J. (1971). The zig-zag deformity in the rheumatoid hand. *Hand*, 3(1), 62-67.
65. Tayon B, Azmy C. : Cicatrisation des tendons et ligaments. *Kiné Scientifique* n°438 Nov 2003
66. Thaury M.N., Cauquil C., Sterf, Delprat J. . Rééducation Sensitive. Monographie de la Société Française de Chirurgie de la Main : Réadaptation de la main. Expansion Scientifique Publications Vol 26, 1999, p 267-270
67. Thomas D. : Prise en charge rééducatif du SDRC. Rééducation de la main et du poignet. Anatomie fonctionnelle et techniques. Elsevier Masson. 2013. P 297-306
68. Thomas D.: Rééducation des entorses de la MCP du pouce par traitement fonctionnel ou après traitement orthopédique et chirurgical. P 66-74 *Kiné scientifique* 459 Octobre 2005
69. Thomas D; Moutet F.: rééducation des lésions articulaire et des lésions de la main. P 119-121 Réadaptation de la main. Monographie de la Société Française de Chirurgie de la Main. Expansion Scientifique Publications
70. Tromel M.F., Leclerc J. Rééducation de la main brûlée. *Annals of the Mediterranean Burns Club*, 1992; 4: p 153-157
71. Vidal, A. C., Sequeira, A., Costa, C., & Pinto, S. (2019). Neuromodulation and physiotherapy: state of art. *Annals of Medicine*, 51(sup1), 33-33.
72. Wakefield, A. E., & McQueen, M. M. (2000). The role of physiotherapy and clinical predictors of outcome after fracture of the distal radius. *The Journal of bone and joint surgery*. British volume, 82(7), 972-976.

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

Cf page suivante

Rééducation de la main en pratique courante

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)

Bilans :	OUI	NON	NC
01 - Vous réalisez systématiquement un bilan de la main avant de débiter la rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - Vous mesurez les amplitudes principalement des mouvements actifs de la main et du poignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - Vous utilisez le DASH pour le bilan fonctionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tendons :	OUI	NON	NC
04 - Vous utilisez les postures pour gagner en fermeture des doigts après sutures des plaies des tendons extenseurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entorse de la MP du pouce :	OUI	NON	NC
05 - Vous travaillez principalement la flexion passive de la MP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 - Vous privilégiez le glissement actif du LEP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fractures au niveau de la main et du poignet :	OUI	NON	NC
07 - La mobilisation après fractures ostéo-synthésées des 1ères phalanges des doigts débutent au 21ème jour post-opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 - Après fracture consolidée du scaphoïde vous mobilisez le poignet en flexion - inclinaison Ulnaire et en extension – inclinaison radiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maladie de Dupuytren opérée :	OUI	NON	NC
09 - Vous débutez la rééducation après cicatrisation complète de la main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Vous rééduquez la main en ouverture des 3 arches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Arthrose de la TM :	OUI	NON	NC
11 - L'immobilisation nocturne du pouce est en rétroposition et abduction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Le renforcement des muscles 1er IOD et opposant se font en synergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Polyarthrite :	OUI	NON	NC
13 - L'immobilisation et la stabilisation du poignet se fait en inclinaison radiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - La rééducation est principalement fonctionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SDRC :	OUI	NON	NC
15 - Vous utilisez le DN4 pour évoquer le SDRC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - Vous pratiquez le DLM et le massage réflexe dans la rééducation d'un SDRC du membre supérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Orthèses :	OUI	NON	NC
17 - Dans la plupart des pathologies de la main l'immobilisation doit mettre les MP à 80°, les IP à 0°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - Vous êtes autorisés à réaliser des orthèses d'immobilisation ou d'aide à la rééducation pour la main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Physiothérapie appliquée à la rééducation du membre supérieur :	OUI	NON	NC
19 - Le « gate control » est un type de courant utilisé pour ses effets excito-moteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

20 - Les US ont un effet anti-inflammatoire

21 - L'électrostimulation sur les tendons fléchisseurs ou extenseurs est utilisé pour renforcer le muscle