

Rééducation des pathologies du coude et du poignet de l'adulte : De la réharmonisation articulaire à l'autonomisation du patient

Durée de la formation :

2 jours (14 heures)

Nombre de stagiaires minimum : 5

Nombre de stagiaires maximum : 20

Accessibilité : Contactez-nous en vous inscrivant de manière à anticiper au mieux l'adaptation de l'environnement, de la pédagogie, du contenu et des évaluations de votre formation

Coût de la formation (repas inclus) :

782€ si vous envisagez une prise en charge DPC

590€ si vous envisagez une prise en charge FIF PL ou sans prise en charge

Prise en charge sous réserve de validation par l'ANDPC et le FIF PL

Pré-requis :

Masseurs-Kinésithérapeutes DE

Pré-requis techniques :

Lors de la formation, merci de vous munir d'un smartphone, une tablette ou un ordinateur afin de remplir les évaluations en ligne

Dates, lieux, disponibilité :

Consulter notre calendrier : tminstitute.fr

Objectifs de la formation :

- Etablir un bilan diagnostique kinésithérapique, en tenant compte des recommandations de l'HAS, pour tout cas pouvant se présenter au kinésithérapeute libéral en s'appuyant sur la connaissance approfondie des concepts anatomiques du coude et du poignet, centré sur le patient, son histoire, ses centres d'intérêts, ses objectifs.

Ce bilan permet de suivre l'évolution et d'adapter le programme de rééducation ; il est un outil capital de communication Patient/Médecin/Kiné.

- Elaborer à partir de ce bilan un programme de rééducation pertinent conforme aux connaissances actuelles de biomécanique et adapté aux évolutions physiopathologiques du patient (démarche EBP).

Développer la maîtrise des mobilisations spécifiques et la récupération des mouvements mineurs pour restaurer une cinématique la plus normale possible, ainsi que les techniques dévolues au renforcement musculaire et au développement neuromusculaire par reprogrammation.

Adapter ce programme de façon personnalisée, en fonction de l'évolution de chaque patient ;

- Eduquer le patient en lui prodiguant les informations et conseils nécessaires à une hygiène de vie lui permettant d'éviter les complications ou les récives.
- Elaborer un programme d'auto-rééducation ajusté qui permettra d'inverser la courbe de la régression fonctionnelle qui mène à la sédentarité.

Ces informations devront être délivrées tout au long de la prise en charge en utilisant des techniques pédagogiques et de communication adaptée à chaque patient. Le choix des outils sera simple et accessible afin que le patient puisse les utiliser en toute autonomie de façon prolongée.



En 2021/2022

Nombre de MK formés
59

Note de satisfaction
9.07/10

Thème adapté aux besoins
96.61%

DOC-8.3.5-21 Z 16/01/2023

Intervenante :



Agnès CAUBEL - MKDE - Exerce en centre de rééducation spécialisée Pôle membre supérieur
Membre actif de la SFRE - Formatrice en thérapie manuelle depuis 2007 - Préventrice TMS

Méthodologie pédagogique :

Afin d'atteindre les objectifs définis, de permettre un apprentissage efficace et durable, tout en se conformant aux recommandations de l'HAS, **deux méthodes complémentaires** ont été choisies :

- **La méthode affirmative :**

Exposé des contenus théoriques par la formatrice à travers la présentation de diaporamas et de vidéos.

Intervention illustrée et complétée par la remise de documents aux participants à télécharger et/ou de supports papier tels que supports de cours, bibliographie, vidéos, etc.

Démonstrations telles que repérages anatomiques, réalisation des gestes de bilan ou de rééducation....

- **La méthode participative :**

Participation active des masseurs-kinésithérapeutes dans le cadre d'ateliers visant à créer une dynamique de groupes, à l'interrogation de chacun sur ses propres pratiques, à la confrontation entre praticiens, à la mise en application des enseignements théoriques et pratiques.

Modalités d'évaluation et de suivi :

Evaluation des connaissances réalisée à partir d'un questionnaire en début et en fin de formation.

Evaluation de la pratique par les pairs en fin de formation.

Evaluation de la satisfaction à chaud réalisée à la fin de la formation.

Evaluation à froid réalisée à 6 mois.

Une **attestation de présence** est remise aux participants à l'issue de la formation.



Programme détaillé de la formation :

JOUR 1
<p>Evaluation des connaissances pré-formation</p> <p>Présentation</p> <p>Inclusion – Auto-évaluation de la pratique professionnelle de la prise en charge des pathologies du coude et du poignet.</p> <p>Epidémiologie : rappels de spécificités quant aux populations concernées (enfants et cartilage de croissance ; personnes âgées et autonomie ; professionnels et activités ; sportifs et performances)</p> <p>Santé publique : coût des différents types de prise en charge, référentiels HAS</p>
<p>Educatifs</p> <p><u>Objectifs pédagogiques</u> : Eduquer la qualité gestuelle afin de mettre kinésithérapeute et patient en bonnes conditions de soins. Être capable d'obtenir le relâchement du patient.</p>
<p>Anatomie palpatoire</p> <p><u>Objectifs pédagogiques</u> : Voir les éléments essentiels de l'anatomie qui impactent la prise en charge rééducative</p>
<p>Biomécanique</p> <p><u>Objectifs pédagogiques</u> : connaître les études cinématiques et dynamiques nécessaires à la compréhension de la physiologie pour la mise en place d'un programme de rééducation adapté à la pathologie</p>
<p>Evaluation clinique</p> <p><u>Objectifs pédagogiques</u> : maîtriser les outils d'évaluation nécessaires à la formalisation d'un bilan diagnostique kinésithérapique (BDK)</p> <p>Faire comprendre l'intérêt de ce bilan comme marqueur de l'évolution et base de la communication patient/médecin/kiné.</p> <p>Développer les capacités d'écoute du kiné pour prendre en compte le patient dans sa globalité</p> <p>Analyser son parcours de soins, définir des objectifs concordants</p> <p>Corréler le ressenti du patient avec les résultats du bilan par une approche fonctionnelle réflexive</p>

Programme détaillé de la formation :

JOUR 2
<p>Révision des mobilisations spécifiques <i>Objectifs pédagogiques</i> : affiner la maîtrise gestuelle</p>
<p>Physiopathologie <i>Objectifs pédagogiques</i> : apporter les éléments nécessaires à la compréhension de la physiopathologie Selon une démarche EBP : appliquer les nouvelles données scientifiques, les techniques apprises et les adapter à chaque patient</p>
<p>Rééducation <i>Objectifs pédagogiques</i> : co-construire un plan de traitement structuré et adapté aux différentes situations de soins ; développer les liens entre l'analyse du bilan et les capacités du patient Maîtriser les techniques de corrections de la cinématique articulaire Adapter à l'état de chaque patient les techniques de renforcement musculaire et de stabilisation pour le rendre acteur de son traitement Utiliser des outils simples et accessibles que le patient pourra utiliser en toute autonomie Prescrire un protocole d'auto-rééducation, le faire évoluer pour diminuer les risques de récives</p>
<p>Enchaînement de l'ensemble d'une séance du bilan au traitement</p>
<p>Rééducations adaptées <i>Objectifs pédagogiques</i> : être capable d'élaborer un bilan spécifique, un plan de traitement structuré et l'adapter à chaque patient. Définir les critères de fin de rééducation</p>
<p>Cas cliniques <i>Objectifs pédagogiques</i> : mettre en application les connaissances acquises, analyser les différentes pathologies et leurs particularités</p>
<p>Evaluation de la pratique par les pairs</p>
<p>Synthèse de la formation et déclusion Evaluation des connaissances post-formation Evaluation de la formation</p>

Bibliographie :

Allieu Y. Instabilité du carpe. Principes thérapeutiques généraux. Ann. Chir. Main 1984;3:364-7.

Asfazadourian H. Biomécanique du coude. Kinesithér. Scient. 2001;415:7-11.

Besch S, et al. Épicondylalgies d'origine tendineuse. J Traumatol Sport (2011), doi:10.1016/j.jts.2011.04.010

Bisset LM, Vicenzino B. Physiotherapy management of lateral epicondylalgia. J Physiother. (2015)

Boisauvert B, Brousse C, Zaoui A, Montigny JP. Les traitements non chirurgicaux de la tendinopathie des épicondyliens. Ann Réadapt Méd Phys 2004;Aout;47(6): 346-55.

Brasseur JL., Zeitoun-Eiss D. Cinésiologie et conflits. J Radiol 2007; 88:172-83

Chourasia AO, et al. Effect of Lateral Epicondylitis on Grip Force Development. J Hand Ther. 2012 January ; 25(1): 27–37.

Chourasia AO, et al. Relationships between Biomechanics, Tendon Pathology, and Function in Individuals with Lateral Epicondylitis. J Orthop Sports Phys Ther 2013

Clavert P., Lutz JC., Adam P., Wolfram-Gabel R., Liverneaux P., Kahn JL. Frohse's arcade is not the exclusive compression site of the radial nerve in its tunnel. Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research (2009) 95, 114–118

Cullinane FL, Boocock MG, Trevelyan FC. Is eccentric exercise an effective treatment for lateral epicondylitis? A systematic review. Clinical Rehabilitation 2013 Jul 23:

Davidson PA, Pink M, Perry J, et al. Functional anatomy of the flexor pronator muscle group in relation to the medial collateral ligament of the elbow. Am J Sports Med 1995; 23:245-50.

De Vos R-J, Windt J, Weir A. Strong evidence against platelet-rich plasma injections for chronic lateral epicondylar tendinopathy. Br J Sports Med 2014; 48:952–956.

Diméglio A., Hérisson C., Simon L. Le coude traumatique de l'enfant. Collection de pathologie locomotrice et de médecine orthopédique. Ed. Masson, 2001.

Diméglio A., Hérisson Ch., Simon L. les traumatismes du sport chez l'enfant et l'adolescent. Collection de pathologie locomotrice et de médecine orthopédique. Ed. Masson, 1997.

Dorf ER, Chhabra AB, Golish SR, McGinty JL, and Pannunzio ME. Effect of Elbow Position on Grip Strength in the Evaluation of Lateral Epicondylitis. The Journal of Hand Surgery 2007;32(6):882-6.

Dufour M, Pillu M. Biomécanique fonctionnelle. Ed. Elsevier Masson 2007

Dufour M. et coll. Recherche de mobilités en glissements sagittaux dans l'articulation radio-ulnaire supérieure. Kinésithérapie, Les Annales 2005; n°37:35-40.

Dumontier C. Instabilités du coude. *Kinésithér. Scient.* 2001; 415:34-40.

Esplugas M., Garcia-Elias M., Lluch A., Llusá Pérez M. : Role of muscles in the stabilization of ligament-deficient wrists . *Journal of Hand Therapy* 29 (2016) 166e174

Fichez O. Épicondylites : « les nouveautés en 2007 » *Journal de Traumatologie du Sport* 24 (2007) 227–233

Fouquet B., Roquelaure Y., Hérisson C. Coudes et pathologies professionnelles. Coll. pathologie locomotrice et médecine orthopédique. Elsevier Masson, 2008

Fyfe I, Stanish WD. The use of eccentric training and stretching in the treatment and prevention of tendon injuries. *Clin Sports Med* 1992;11: 601-23.

Garcia-Elias M., Alomar Serrallach X. and Monill Serra J. Dart-throwing motion in patients with scapholunate instability: a dynamic four-dimensional computed tomography study. *J Hand Surg Eur Vol* 2014 ; 39: 346

Glaws K, Juneau C, Becker L, et al. Intra and inter-rater reliability of the Selective Functional Movement Assessment (SFMA) *Int J of Sports Phys Ther* 2014 ;9 (2) :195-207

Ghossoub P., Dufour X., Barette G., Montigny J.-P. Mobilisations spécifiques. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-071-A-10, 2009.

Haddad A. , Tendinopathies du coude. *Revue du rhumatisme monographies* (Elsevier Masson SAS) 2012 ; 79 : 64–71

Hagert E, Persson JKE, Werner M, Ljung B-O. Evidence of wrist proprioceptive reflexes elicited after stimulation of the scapholunate interosseous ligament. *J Hand Surg Am.* 2009;34:642–51.

Hagert E, Forsgren S, Ljung BO. Differences in the presence of mechanoreceptors and nerve structures between wrist ligaments may imply differential roles in wrist stabilization. *J Orthop Res.* 2005;23:757–63.

Hérisson C., Rodineau J. Le coude microtraumatique. Coll. de pathologie locomotrice et de médecine orthopédique. Ed. Masson, 2006.

Husson JL, Chauveaux D, Rochongar P. Généralités sur les tendinites ou tendinopathies. In: Catonne Y, Saillant G (éds.) *Lésions traumatiques des tendons chez le sportif.* Paris : Éditions Masson, 1992 : 3-22.

Judet T., Peyre M., Marmorat JL., Besch S. Examen clinique d'un coude post-traumatique *Journal de Traumatologie du Sport* (2009) 26, 123–126.

Kapandji I.-A. Physiologie articulaire. Tome 1 : Membre supérieur. 6e éd. Paris : Maloine, 2005.

Karbach L.E, Elfar J. Elbow Instability : Anatomy, Biomechanics, Diagnostic, Maneuvers, and Testing. *J Hand Surg Am.* 2017 February ; 42(2): 118–126.

Kuhlmann J.-N., Tubiana R. Mécanisme du poignet normal. Monographie du Groupe d'Etude de la Main n° 12 : Le poignet.

Kuhlmann J-N. La stabilité et les instabilités radio et médio-carpiennes. Sauramps Médical, 2002.

Kun-Long Ma , Hai-Qiang Wang. Management of Lateral Epicondylitis: A Narrative Literature Review. Hindawi Pain Research and Management Vol. 2020.

Laulan J. Lésions ligamentaires du carpe : de la physiopathologie à la radiographie. Ann. Orthop. Ouest - 2007 - 39 - 41 à 48

LaStayo P, Weiss Susan. The GRIT : a quantitative measure of ulnar impaction syndrome. Journal of Hand Therapy. 2001;14:173-179.

Lazennec J.-Y., Cabannal J., Besnehard J., Cordesse G., Dubard V. Les mouvements associés du radius et de l'ulna dans la flexion-extension du coude. Journée de Médecine Physique et de Rééducation 1990. Expans. Scient. Franç. : pp.69-71.

Lenoir H. et al. Management of lateral epicondylitis. Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research 105 (2019) 241–246

Lindscheid RL. Lésions ligamentaires scapho-lunariennes. *Ann. Chir. Main* 1984;3,4:323-30.

Linscheid RL. and Dobyns JH. Mechanical basis of carpal stability. *Keio J Med* 2002; 51 (3): 140–147

Mac Dermid JC, Wessel J, Humphrey R, Ross D, Roth JH. Validity of self-report measures of pain and disability for persons who have undergone arthroplasty for osteoarthritis of the carpometacarpal joint of the hand. *Osteoarthritis Cartilage*. 2007 May; 15 (5):524-30.

Mac Dermid JC, Tottenham V. Responsiveness of the disability of the arm, shoulder, and hand (DASH) and patient-rated wrist/hand evaluation (PRWHE) in evaluating change after hand therapy. *J Hand Ther*. 2004 Jan-Mar;17(1):18-23.

Mac Dermid JC, Turgeon T, Richards RS, Beadle M, Roth JH. Patient rating of wrist pain and disability: a reliable and valid measurement tool. *J. Orthop. Trauma*. 1998 Nov-Dec; 12(8):577-86.

Maffiuletti N.A. Neuromuscular electrical stimulation : principles and applications. Neuromuscular Research Laboratory, Schulthess Clinic, Lengghalde 2, 8008 Zurich, Suisse.

Masquelet A.-C. Examen clinique du poignet. *Ann. Chir. Main* 1989;8,2:159-75.

Mesplié G. Rééducation de la main. Tome 1. Sauramps médical 2011

Mesplie G, Grelet V, Léger O, Lemoine S, Ricarrère D, Geoffroy C. Rehabilitation of distal radioulnar joint instability. *Hand Surg Rehabil* 2017; 36: 314–21.

Moritomo H, Viegas SF, Nakamura K, DaSilva MF, Patterson RM. The scaphotrapezio-trapezoidal joint. Part 1: an anatomic and radiographic study. *J Hand Surg* 2000;25A: 899–910.

Moritomo H, Viegas SF, Elder K, Nakamura K, DaSilva MF, Patterson RM. The scaphotrapezio-trapezoidal joint. Part 2: a kinematic study. *J Hand Surg* 2000;25A:911–920.

Moritomo H., Goto A., Sato Y., Sugamoto K., Murase T., Yoshikawa H. The triquetrum-hamate joint: an Anatomic and *In Vivo*