

Epaule Méthode CGE[©] - Module 2

Rééducation des épaules dégénératives et des raideurs

Traitement fonctionnel et chirurgical : ruptures de coiffe, capsulite, arthrose

Durée de la formation :

2 jours (14h) de présentiel et 3h de théorie en e-learning

Théorie à distance sur plateforme e-learning, accès illimité pendant 6 semaines

Nombre de stagiaires minimum : 7

Nombre de stagiaires maximum : 20

Accessibilité : Nous contacter

Coût de la formation et prise en charge :

545€ non soumis à la TVA

Possibilité de prise en charge ANDPC sous condition : Réf 10542000002

Action de formation susceptible d'être prise en charge par le FIF PL

Spécialités concernées :

Masseurs-Kinésithérapeutes DE

Pré-requis :

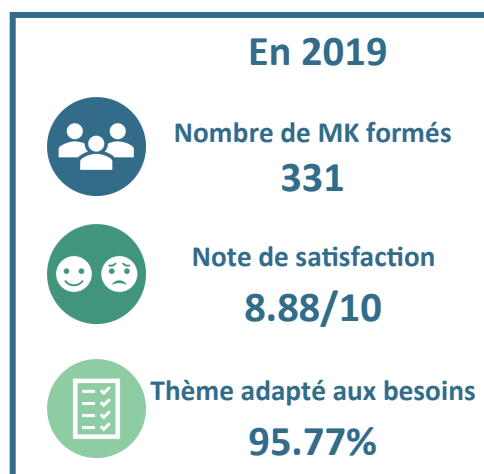
Avoir suivi la formation CGE 1

Dates, lieux, disponibilité :

Consulter notre calendrier : tminstitute.fr

Objectifs de la formation :

- Réaliser un bilan et la mise en place d'un programme de rééducation chez des patients présentant différents types de rupture de la coiffe des rotateurs permettant d'éviter un recours à la chirurgie,
- Élaborer, en fonction des nouvelles techniques et des données du bilan, un programme de rééducation post-opératoire des réparations de la coiffe des rotateurs,
- Adapter la rééducation postopératoire aux différents types de prothèses d'épaule,
- Informer, rééduquer, accompagner les patients présentant des capsulites rétractiles (démarche EBP),
- Eduquer et enseigner au patient à des règles d'hygiène de vie, de protection de l'épaule, de réalisation d'exercices d'auto-rééducation pour éviter les récurrences,
- Grâce au bilan enseigné, qui sera répété au cours du traitement, effectuer une auto-évaluation de sa pratique professionnelle en suivant l'évolution du patient et en évaluant l'efficacité du traitement.



DOC-8.3.5-6 T 12/05/2020

Intervenants (suivant les sessions) :



Thierry Marc - MKDE, Cadre de Santé - Expert HAS Epaule
Président de la Société Française de Rééducation de
l'Epaule (SFRE) - Fondateur de la Méthode CGE®
Préventeur TMS



Sonia LOPEZ - MKDE - Ostéopathe - Formatrice depuis 2011
Membre actif de la SFRE



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



Luis PUIG - MKDE - Responsable du Service de Kinésithérapie de
l'Hôpital de l'Esprit Saint de Santa Coloma de Gramenet (Barcelone)
Membre actif de la SFRE et de l'European Society for Shoulder and
Elbow Rehabilitation (EUSSER)



Solenn GAIN - MKDE- Exerce au sein de l'unité épaule au
Centre Hospitalier Privé St Grégoire (35) - Enseignante
vacataire à l'IFMK de Rennes - Enseignante en formation
continue sur la rééducation de l'épaule depuis 2005
Secrétaire de la SFRE



Frédéric THIZY - MKDE depuis 1996 - Responsable kiné au Clos
Champirool, Centre de Rééducation, SSR-MPR - Enseignant depuis
2008 à l'IFMK Saint-Michel - Saint-Etienne (42)



Véronique JOUSSE - MKDE - Formatrice depuis 2014
Préventrice TMS Membre actif de la SFRE

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 :**

Les e-leçons visent à exposer certains aspects théoriques qui seront ensuite approfondis ou complétés lors de la partie présentielle. Sous forme de diaporamas commentés, de vidéos et d'animation, elles ont été conçues pour créer un contexte d'apprentissage souple et efficace. La durée d'accès à ces supports, 6 semaines, permet aux professionnels de santé d'accéder en toute autonomie aux différents contenus proposés. Des quizz permettent de vérifier la bonne compréhension et acquisition des savoirs présentés.

Lors de la partie présentielle, exposé des contenus théoriques par le formateur à travers la présentation de diaporamas et de vidéos.

Intervention illustrée et complétée par la remise de documents aux participants sous forme de Clés USB et/ou de supports papier tels que supports de cours, bibliographie, différents travaux et articles scientifiques, 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.

Différents produits et matériels pourront être mis à disposition des participants pour la réalisation de ces travaux pratiques : Supports anatomiques, élastiques, barres vibrantes, électrostimulation....

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 satisfaction à chaud réalisée à la fin de la formation.

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



Programme détaillé :

Formation à distance via plateforme d'e-learning
Sujets traités
Traitement fonctionnel de la rupture de coiffe
Traitement chirurgical de la coiffe
Arthroplasties
Raideurs et capsulites
Evaluation de l'acquisition des connaissances théoriques
Présentiel - Jour 1
<p>Evaluation individuelle des connaissances par un questionnaire</p> <p>Présentation du formateur</p> <p>Inclusion—faire le point sur l'état de leur pratique</p> <p><i>Objectifs pédagogiques :</i> Identifier les attentes et difficultés, les amener à prendre conscience des besoins de révision/perfectionnement des gestes puis exposé du déroulé de la formation</p>
<p>Traitement fonctionnel des ruptures de coiffe</p> <p><i>Objectifs pédagogiques :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Revoir le bilan en l'appliquant aux ruptures de coiffe <ul style="list-style-type: none"> Analyser les risques lors de la réalisation des tests de cinématique, de bursite et de tendons Analyser les causes de déverrouillage lors des tests tendineux ; faire la différence face à une coiffe fonctionnelle et non fonctionnelle Quelle stratégie doit-on mettre en place face à un déverrouillage ? - La rééducation des ruptures <ul style="list-style-type: none"> Les ruptures partielles Les ruptures transfixiantes : les coiffes fonctionnelles, les coiffes non fonctionnelles Les raideurs douloureuses associées à une rupture
<p>Réflexion autour des cas cliniques</p> <p><i>Objectifs pédagogiques :</i></p> <p>1 - Bilan : s'exercer au raisonnement et à l'interprétation des tests à partir de cas cliniques</p> <p>Réaliser un bilan diagnostique à l'aide d'outils validés permettant de faire le point sur les capacités fonctionnelles et l'état structurel : tests tendineux, de bursites, articulaires et score de Constant</p> <p>2- Rééducation : adapter la rééducation aux différents cas cliniques de 1 à 5</p>
<p>Traitement chirurgical des ruptures de coiffe</p> <p><i>Objectifs pédagogiques :</i></p> <p>Maîtriser les principes de rééducation et les gestes techniques de la rééducation postopératoire ; faire évoluer la rééducation en fonction des phases, réaliser une séance type, information thérapeutique du patient</p>
Présentation de Films de J+0 à J+45

Présentiel - Jour 2

Rééducation des différents types d'arthroplasties

Objectifs pédagogiques :

Maîtriser la rééducation des différents types d'arthroplasties avec leur spécificité

- 1 - La PTA : le subscapulaire (réfléchir aux différents types de mobilisations en protection)
- 2 - la PTI : spécificités en fonction de la géométrie, des voies d'abord, attention aux fractures de l'acromion, l'électrostimulation
- 3- la P post-trauma : la consolidation des tubérosités (contrôle RX)

Fracture et acromio-claviculaire dégénérative

Objectifs pédagogiques :

- 1 - Adapter la rééducation aux différents types de fractures Immobilisation, mobilisation, les complications (raideurs, pseudarthroses, cals vicieux)
- 2- Les acromio-claviculaires : les douleurs, la rééducation, les douleurs résiduelles, les solutions

Raideurs et capsulites

Objectifs pédagogiques :

Etre capable de dénombrer les différentes causes de raideurs, les identifier lors du bilan et/ou du traitement (surfaces articulaires, capsule, muscles, capsulite), le cas particulier des capsulites. La rééducation en phase 1 et 2.

Diagnostic différentiel : Epaules et cervicales

Objectifs pédagogiques :

Être capable d'identifier l'origine des douleurs à partir de l'examen clinique et de l'interrogatoire

Synthèse de la formation et déclusion

Evaluation des connaissances post-formation

Evaluation de la formation

Bibliographie :

Baulot E., Chabernaude D., Grammont P.M.: Résultats de la prothèse inversée de Grammont pour des omarthroses associées à de grandes destructions de la coiffe. Acta Orthopaedica Belgica Vol 61 Suppl.1 :112-119, 1995

Blaimont P., Taheri A. : Contribution à la biomécanique de l'épaule. Acta Orthopaedica Belgica, Vol 61 Suppl.1 :43-47, 1995

Boileau P., Liotard J.P., Walch G. : Que peut-on attendre de la prothèse d'épaule aujourd'hui. Kin. Scient., 321, mars 1993

N. Douglas Boardman, III MD, Robert H. Cofield MD, Keith A. Bengtson MD, Richard Little MD, Maureen C. Jones PT and Charles M. Rowland Rehabilitation after total shoulder arthroplasty*1The Journal of Arthroplasty Volume 16, Issue 4 , June 2001, Pages 483-486

Brems, J J Rehabilitation following total shoulder arthroplasty Clinical Orthopaedics And Related Research Issue 307, October 1994, Pages 70-85.

Bunker T. Time for a New Name for Frozen Shoulder—Contracture of the Shoulder. Shoulder & Elbow 2009;1:4-9.

Bunker TD, Reilly J, Baird KS, Hamblen Karduna, A.R. ; Williams, G.R. ; Williams J.L. ; Ianotti J.P. : Glenohumeral joint translations before and after Total Shoulder Arthroplasty. J. Bone and Joint Surgery.,79-A:1166-1174, August 1997

Kelley MJ, Shaffer MA, Kuhn JE, Michener LA, Seitz AL, Uhl TL, et al. Shoulder pain and mobility deficits: adhesive capsulitis. The Journal of orthopaedic and sports physical therapy 2013;43:A1-A31.

Kilian O, Kriegsmann J, Berghäuser K, Stahl JP, Horas U, Heerdegen R. Die frozen shoulder. Der Chirurg 2001;72:1303-8.

Lewis J. Frozen shoulder contracture syndrome - Aetiology, diagnosis and management. Manual therapy 2015;20:2-9.

Marc T, Gianni G, Gaudin T, Teissier P, Teissier J. Rééducation des prothèses inversées. Dans Sauramps Medical (Eds) : Les muscles de l'épaule. Nouvelle anatomie - Biomécanique - Rééducation (2016), F. Bonnel & T. Marc, 191-96.

Marc T, Rifkin D, Gaudin T, Teissier P, Teissier J. Rééducation après chirurgie de la coiffe des rotateurs. Dans Sauramps Medical (Eds) : Les muscles de l'épaule. Nouvelle anatomie - Biomécanique - Rééducation (2016), F. Bonnel & T. Marc, 185-90.

Marc T, Rifkin D, Gaudin T, Teissier P, Teissier J. Rééducation des prothèses d'épaule mises en place après fracture. Dans Sauramps Medical (Eds) : Les muscles de l'épaule. Nouvelle anatomie - Biomécanique - Rééducation (2016), F. Bonnel & T. Marc, 197-200.

Harryman D.T., Sidles J.A., Harris S.L., Lippitt S.B., Matsen F.A.: The effect of articular conformity and the size of the humeral head component on laxity and motion after glenohumeral arthroplasty. J. Bone and Joint Surgery.,77-A:555-563, April 1995

William L. Healy, Richard Iorio, and Mark J. Lemos: Athletic Activity after Joint Replacement. Am. J Sports Med, 2001;29:377-388.

Hutchinson JW, Tierney GM, Parsons SL, Davis TR. Dupuytren's disease and frozen shoulder induced by treatment with a matrix metalloproteinase inhibitor. The Journal of bone and joint surgery British volume 1998;80:907-8.

Kenneth D. Stone, John J. Grabowski, Robert H. Cofield, Bernard F. Morrey, and Kai N: Stress analyses of glenoid components in total shoulder arthroplasty. J Shoulder Elbow Surg, 1999;8:151-158.

D.J. Magermans, E.K.J. Chadwick, H.E.J. Veeger, and F.C.T. van der Helm Requirements for upper extremity motions during activities of daily living Clinical Biomechanics Volume 20, Issue 6 , July 2005, Pages 591-599

Mao CY, Jaw WC, Cheng HC. Frozen shoulder: Correlation between the response to physical therapy and follow-up shoulder arthrography. Archives of physical medicine and rehabilitation 1997;78:857-9.

Miller MDA, Thomas A. Joseph MD, Thomas J. Noonan MD, Marilee P. Horan BSc and Richard J. Hawkins MD Rupture of the subscapularis tendon after shoulder arthroplasty: Diagnosis, treatment, and outcome Bruce S. Journal of Shoulder and Elbow Surgery Volume 14, Issue 5 , September-October 2005, Pages 492-496

Neviaser JS. Adhesive capsulitis of the shoulder. Study of the pathological findings in periartthritis of the shoulder. J Bone Joint Surg Am, 1945;27(2):211-22.

Neviaser AS, Hannafin JA. Adhesive Capsulitis: A Review of Current Treatment. The American Journal of Sports Medicine 2010;38:2346-56.

Page MJ, Green S, Kramer S, Johnston RV, McBain B, Chau M, et al. Manual therapy and exercise for adhesive capsulitis (frozen shoulder). The Cochrane database of systematic reviews 2014;8:CD011275.

Poppen N.K., Walker P.S. : Forces at the glenohumeral joint in abduction. Clin. Orthop., 1978, 135, 165-170

Russell S, Jariwala A, Conlon R, Selfe J, Richards J, Walton M. A blinded, randomized, controlled trial assessing conservative management strategies for frozen shoulder. Journal of Shoulder and Elbow Surgery 2014;23:500-7.

Shaffer B, Tibone JE, Kerlan RK. Frozen shoulder. A long-term follow-up. J Bone Joint Surg Am 1992;74:738-46.

Ide J, Takagi K. Early and long-term results of arthroscopic treatment for shoulder stiffness. Journal of Shoulder and Elbow Surgery 2004;13:174-9.

Vermeulen HM, Rozing PM, Obermann WR, le Cessie S, Vliet Vlieland TP. Comparison of High-Grade and Low-Grade Mobilization Techniques in the Management of Adhesive Capsulitis of the Shoulder: Randomized Controlled Trial. Physical Therapy 2006;86:355-68.

Wong PL, Tan HC. A review on frozen shoulder. Singapore medical journal 2010;51:694-7.

Zuckerman JD, Rokito A. Frozen shoulder: a consensus definition. J Shoulder Elbow Surg 2011;20(2):322-5.