

## Rééducation des capsulites, des lésions de coiffe et de l'arthrose chez l'adulte :

### Du traitement fonctionnel et chirurgical à l'autonomisation du patient

#### Durée de la formation :

2 jours (14h) de présentiel et 2h de théorie en e-learning  
Théorie à distance sur plateforme e-learning, accès illimité pendant 6 semaines

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

Avoir suivi la formation « Rééducation des bursites et tendinopathies de la coiffe des rotateurs »

Maîtriser les techniques de récupération de l'amplitude de l'épaule en flexion et abduction de l'articulation scapulo-humérale

#### Pré-requis techniques :

Pour la partie e-learning : PC ou Mac (tablette et smartphone déconseillé pour la partie e-learning), connexion internet haut débit

*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](http://tminstitute.fr)

#### Objectifs de la formation :

À l'issue de la formation et en tenant compte des recommandations de l'HAS de 2008, les participants seront capables de :

- Réaliser un bilan diagnostique considérant le patient dans sa globalité (utilisation du score SFMA Selective Fonctionnal Movement Assessment) et adapté aux épaules dégénératives
- Prendre en charge les différents types de raideurs d'épaule (omarthrose, postopératoire, capsulite, etc.)
- Co-construire avec le patient, en fonction des données du bilan, un programme de rééducation adapté au traitement post-opératoire des arthroplasties et des réparations de coiffe. L'accompagnement du patient, en progressant du passif à l'actif, doit lui permettre d'être acteur de sa prise en charge.
- Adapter cette rééducation en fonction du patient (âge, sexe, activité, mode et hygiène de vie, etc.) et du type de lésion de la coiffe des rotateurs (lésion partielle, rupture d'un tendon ou rupture massive)
- Informer et éduquer le patient à des règles d'hygiène de vie en lui prodiguant informations et conseils
- Enseigner des exercices d'auto-rééducation basés sur des outils simples et accessibles pour favoriser l'autonomisation du patient, stabiliser le résultat et éviter les récives
- Grâce au bilan enseigné, qui sera répété au fil des séances, effectuer une évaluation continue de sa pratique professionnelle tout en suivant l'évolution du patient au jour le jour.



## Rééducation des capsulites, des lésions de coiffe et de l'arthrose de l'adulte :

### Du traitement fonctionnel et chirurgical à l'autonomisation du patient

#### Intervenants (suivant les sessions) :



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



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



**Lluís 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)



**Sonia LOPEZ** - MKDE - Ostéopathe - Formatrice depuis 2011  
Membre actif 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)

#### 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 la 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.

**Evaluation à froid** réalisée à 6 mois.

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
<p><b>Traitement fonctionnel de la rupture de coiffe</b></p> <p><u>Objectifs pédagogiques</u> : comprendre l'anatomie, la biomécanique, la physiopathologie et les principes de rééducation des lésions de la coiffe des rotateurs</p>
<p><b>Traitement chirurgical de la coiffe</b></p> <p><u>Objectifs pédagogiques</u> : comprendre l'anatomie, la biomécanique, la physiopathologie et les principes de rééducation des réparation de la coiffe des rotateurs</p>
<p><b>Arthroplasties</b></p> <p><u>Objectifs pédagogiques</u> : comprendre l'anatomie, la biomécanique, la physiopathologie et les principes de rééducation des différents types d'arthroplasties prothétiques</p>
<p><b>Raideurs et capsulites</b></p> <p><u>Objectifs pédagogiques</u> : comprendre l'anatomie, la biomécanique, la physiopathologie et les principes de rééducation des différents types de raideur d'épaule.</p>
<p>Evaluation de l'acquisition des connaissances théoriques</p>
Présentiel - Jour 1
<p><b>Avertissement</b> : les sujets transversaux tels que la prise en charge du patient dans sa globalité, l'autonomisation, l'information thérapeutique, l'auto-rééducation seront répartis dans les différents sujets de la formation pour éviter toutes redondances.</p> <p>Evaluation pré-formation individuelle des connaissances par un questionnaire</p> <p>Inclusion</p> <p><u>Objectifs pédagogiques</u> : Identifier les attentes et difficultés, amener à prendre conscience des besoins de révision/perfectionnement des gestes puis exposer le déroulé de la formation</p>
<p><b>Traitement fonctionnel des ruptures de coiffe</b></p> <p><u>Objectifs pédagogiques</u> :</p> <p>1 - Revoir le bilan en l'appliquant aux ruptures de coiffe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Analyser les risques lors de la réalisation des tests de cinématique, de bursite et de tendons</li> <li>Analyser les causes de déverrouillage lors des tests tendineux ; faire la différence entre une coiffe fonctionnelle et non fonctionnelle</li> <li>Quelle stratégie doit-on mettre en place face à un déverrouillage ?</li> </ul> <p>2 - Appréhender le patient dans sa globalité grâce à l'utilisation du score SFMA (Selective Functionnal Movement Assessment)</p> <p>3 - La rééducation des ruptures</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les ruptures partielles</li> <li>Les ruptures transfixiantes : les coiffes fonctionnelles, les coiffes non fonctionnelles</li> <li>Les raideurs douloureuses associées à une rupture</li> </ul> <p>Savoir adapter des techniques de mobilisations passives, actives aidées et actives, techniques de renforcement pour amener le patient vers l'autonomie</p>

**Réflexion autour des cas cliniques**

Objectifs pédagogiques :

- 1 - Bilan : s'exercer au raisonnement et à l'interprétation des tests à partir de cas cliniques
- 2 - Rééducation : adapter la rééducation aux différents cas cliniques présentés

Débuter par des manœuvres commentées, mettre en place un programme d'auto-rééducation à partir d'outils simples et accessibles permettant d'autonomiser le patient

**Traitement chirurgical des ruptures de coiffe**

Objectifs pédagogiques :

Être capable de faire comprendre au patient les différents enjeux : délai de cicatrisation, délai de récupération fonctionnelle, écoute des signaux corporels, communication avec son thérapeute

**Présentation de Films de J+0 à J+45**

**Traitement chirurgical des ruptures de coiffe**

Objectifs pédagogiques :

Être capable de faire comprendre au patient les différents enjeux : délai de cicatrisation, délai de récupération fonctionnelle, écoute des signaux corporels, communication avec son thérapeute

Maîtriser les principes de rééducation et les gestes techniques de la rééducation postopératoire ; faire évoluer la rééducation en fonction des phases

Adaptation du protocole à des patients se trouvant à différentes phases

Adaptation des techniques de mobilisations passives, actives aidées et actives, physiothérapie antalgique

**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, adaptation des techniques de rééducation

- 1 - La PTA
- 2 - la PTI
- 3- la P post-trauma

**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 : identifier es douleurs, la rééducation, les douleurs résiduelles, les solutions

**Raideurs et capsulites**

Objectifs pédagogiques :

Raideurs : Etre capable de dénombrer les différentes causes de raideurs, les identifier lors du bilan et/ou du traitement (surfaces articulaires, capsule, muscles, capsulite)

Capsulites : techniques de rééducation adaptées à la 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 :**

**Recommandations HAS :**

Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite ou de réadaptation après chirurgie des ruptures de coiffe et arthroplasties de l'épaule

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_613749/fr/criteres-de-suivi-en-reeducation-et-d-orientation-en-ambulatoire-ou-en-soins-de-suite-ou-de-readaptation-apres-chirurgie-des-ruptures-de-coiffe-et-arthroplasties-de-l-epaule](https://www.has-sante.fr/jcms/c_613749/fr/criteres-de-suivi-en-reeducation-et-d-orientation-en-ambulatoire-ou-en-soins-de-suite-ou-de-readaptation-apres-chirurgie-des-ruptures-de-coiffe-et-arthroplasties-de-l-epaule)

Prise en charge chirurgicale des tendinopathies rompues de la coiffe des rotateurs de l'épaule chez l'adulte

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_658445/fr/prise-en-charge-chirurgicale-des-tendinopathies-rompues-de-la-coiffe-des-rotateurs-de-l-epaule-chez-l-adulte](https://www.has-sante.fr/jcms/c_658445/fr/prise-en-charge-chirurgicale-des-tendinopathies-rompues-de-la-coiffe-des-rotateurs-de-l-epaule-chez-l-adulte)

Baulot E., Chabernaud 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 Saunamps 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 MDb, Thomas J. Noonan MDc, 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 peri-arthritis 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.