

## L'épaule au quotidien Niveau 2 : perfectionnement bilan, conflits, instabilités

### A – Programme détaillé

Durée = 15h00

Nombre de stagiaires = 18 maximum

Formateur = Eric MARTIN – Masseur-Kinésithérapeute

**Pré-requis : Avoir suivi la formation l'épaule au quotidien niv1: de la tendinopathie aux arthroplasties**

### 1 – Résumé et Objectifs :

#### Contexte :

L'évolution, le développement de la pratique sportive moderne, la popularité de l'activité physique et des nouveaux sports peuvent être traumatisant pour les épaules. Les conflits, tendinopathies, bursites, lésions de l'acromio-claviculaire, luxations, instabilités, fractures, lésions du bourrelet sont les principales problématiques de l'épaule douloureuse du sportif. La compréhension, l'identification et la gestion de ces pathologies vous permettront de répondre efficacement à la demande de vos patients. Cette formation pratique et interactive s'appuie sur des connaissances validées et des techniques actuelles.

#### Objectifs :

**Généraux :** L'intention générale du projet, du point de vue de la pratique libérale et institutionnelle est, pour le kinésithérapeute formé, d'acquérir ou de perfectionner les techniques de kinésithérapie appliquées aux pathologies de l'épaule douloureuse du sportif et donc d'améliorer l'offre de soins et leur accès par des prestations de meilleure qualité réalisées par un plus grand nombre de professionnels.

Amener le professionnel à 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.

Par ailleurs, sensibiliser le professionnel au contexte socio-économique de la santé afin qu'il intègre l'aspect économique dans sa réflexion au quotidien lors des prises en charge des patients.

L'objectif général est donc de donner tous les atouts au MK libéral pour prendre en charge précocement les suites opératoires de chirurgie de l'épaule

### Spécifiques :

A l'issue de la formation, le stagiaire sera en capacité de :

- Connaître et comprendre la physiopathologie des différentes pathologies de l'épaule : conflits, instabilités.
- Avoir une vision globale de l'épaule du sportif (posture, ceinture scapulaire ...)
- Savoir réaliser et maîtriser un bilan validé de l'épaule douloureuse du sportif.
- Etre capable d'analyser le bilan et de construire une stratégie thérapeutique cohérente.
- Etre capable d'orienter son patient vers de l'imagerie complémentaire et/ou vers le chirurgien si nécessaire en accord avec le médecin.
- Connaître les protocoles de rééducation (instabilité non opérée et opérée, luxation acromio-claviculaire non opérée et opérée) et les adapter en fonction du bilan, des possibilités du sujet tout en respectant la physiologie, la cicatrisation.
- Aborder la prévention, l'éducation thérapeutique et les exercices d'entretiens adaptés

### Résumé :

Après un temps d'échanges sur nos pratiques professionnelles, sur la prise en charges d'une épaule douloureuse du sportif nous effectuerons une révision du module 1 « des tendinopathies aux arthroplasties » .

Nous construirons un bilan kinésithérapique adapté à l'épaule du sportif (bursites, tendinopathies, conflits, lésions de l'acromio-claviculaires, instabilité ) ce qui vous permettra de développer une stratégie thérapeutique adaptée à la problématique de votre patient.

Nous prendrons connaissance de la physiopathologie des lésions de l'acromio-claviculaire, des conflits et de l'instabilité .

Nous aborderons la chirurgie de ces lésions.

Nous construirons de façon collaborative les protocoles de traitements.

Nous discuterons des critères de reprise de l'activité physique ou sportive.

## 2 – Déroulé pédagogique :

### Méthodologie :

- Questionnaire pré-formation (Q1) dans le mois qui précède la formation présentielle
- Restitution au formateur des résultats de ce questionnaire, question par question, au groupe et à chaque stagiaire
- Partie présentielle d'une durée de 15h comportant :
  - des échanges sur les résultats du questionnaire pré-formation,
  - 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 questionnaires,
- Questionnaire post-formation (Q2) dans le mois qui suit la formation présentielle
- 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 des stagiaires

### Programme

#### 1er Jour :

#### Objectifs de la 1<sup>ère</sup> journée

- Revoir les acquisitions du module 1 concernant le traitement des tendinopathies
- Réaliser un bilan d'une épaule douloureuse chez un sportif
- Prendre en charge les lésions acromio claviculaires

#### **Matin : 9h00-12h30 = 3h30**

- **Présentation de la formation**
- Présentation des participants, vos motivations, vos attentes
- Analyse en commun des résultats de la grille d'évaluation, détermination des points forts, points faibles.
- Quels sont les buts et objectifs de cette formation
- **Révision module 1 L'épaule au quotidien : de la tendinopathie aux arthroplasties (Théorie et pratique)**
- Manœuvres de correction de la gléno humérale en chaine cinématique ouverte et fermée
- Réponse à vos questions, à vos difficultés concernant le module 1

#### **Après-midi : 13h30-17h30 = 4h00**

- **Bilan de l'épaule douloureuse du sportif (théorie et pratique)**
- Morphostatique
- Imagerie
- Examen et signes cliniques
- Rythme scapulo-huméral
- Evaluation de la gléno-humérale et de la scapulo-thoracique (dyskinésies)
- Evaluation de l'acromio-claviculaire
- Les tests tendineux, de conflits, laxités, instabilités
- **Les lésions de l'acromio-claviculaire**

Rappels anatomiques  
Physiopathologie, classification entorse et luxation  
Traitement conservateur et chirurgical

- Synthèse **de la journée**

## 2ème Jour :

### Objectifs de la 2ème journée

- Traiter les instabilités
- Prendre en charge les conflits
- Savoir reprogrammer une épaule en dysfonctionnement

### **Matin : 8h30-12h30 = 4h00**

- **Révision du bilan**
- **L'instabilité gléno-humérale**  
Définition instabilité laxité  
Rappels anatomiques épidémiologie  
Physiopathologie  
Traitement conservateur et chirurgical (Banckart , butée)

### **Après-midi : 13h30-17h00 = 3h30**

- **les conflits** (Postéro-supérieur, antéro-supérieur, antérieur, Bicipital.)  
Physiopathologie  
Traitements
- **Reprogrammation neuro-sensori-motrice de l'épaule**
- **Post-test fin de formation**

### **Synthèse de la formation**

## **B – Méthodes pédagogiques mises en œuvre**

Les savoirs et savoir-faire portant sur les tendinopathies de la coiffe des rotateurs , sur les instabilités et sur les conflits de l'épaule ont énormément évolué sous l'effet de la recherche médicale et la recherche en kinésithérapie. Les stagiaires n'arrivent pas "vierges de savoirs", mais avec des savoirs partiellement (voire en grande partie) obsolètes.

Afin de résoudre cette problématique, 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.
- Méthode par "Présentation de cas cliniques interactifs " : Le format pédagogique se fonde sur l'intérêt d'analyser en groupe la situation clinique d'un patient. Les stagiaires résolvent le cas en élaborant par petits groupes une analyse et des propositions en réponse.

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, modèles anatomiques osseux et musculaires.

### C – Méthodes d'évaluation de l'action proposée

- Évaluation « Q1 » (pré-test) et « Q2 » (post test)
- Questionnaire de satisfaction immédiat et à distance

### D – Référence recommandation bibliographie

Auteurs	titre	année de parution	maison d'édition	pagination
T. Marc, T. Gaudin, J.Teissier, F. Bonnel,	Les dyskinesies de la scapula	mai-11	KS n°521	
J-L. Nephtali, F. Billuart	Rôle de la scapula dans la rééducation de l'épaule	2011	JFK	
Dromer C.	Epidémiologie des lésions de la coiffe des rotateurs.	1996	Rev.Rum	
D. Huguet L .Favard, S. Laitman,F. Sirveaux, Y. Kerjean, D. Oudet	Epidemiology, radiology and classification of shoulder arthritis with massive non réparable cuff tear		Sauramps	233-241
J. Nizard, D. Huguet, Y. Maugard	Traitement médical des tendinopathies calcifiantes de l'épaule	1995	Rhumathologie	337-340
Bonnel F.	Le Muscle, nouveaux concepts.	2009	Sauramps	
Marc T	Le C test, un nouvel indicateur pathomécanique et fonctionnel de prescription et de suivi de kinésithérapie.	2006	K S n° 462	59-60
Marc Th, Kedad N., Gaudin T., Teisser J	Evaluation de l'épaule.	1997	Ann. Kinésithér.	146-151

Marc T, Gerardi JL, Vittori MJ et al.	Tendinopathies de la coiffe des rotateurs et décentrages articulaires scapulo-huméraux.	1992	Expansion Scientifique Française	174-181
Jaskarndip Chantal, Jeff leiter, Michael D. McKee	Generalized ligamentous laxity as predisposing factor for primary traumatic anterior shoulder dislocation	2010	J Shoulder Elbow Surgery	1238-1242
Debski R., Sakane M., Woo S., Wong E., Fu F., Warner J.	Contribution of passive properties of the rotator cuff to glenohumeral stability during anterior-posterior loading	1999	J Shoulder Elbow Surgery	324-329
Ward SR, et coll	Rotator cuff muscle architecture: implications for glenohumeral stability	2006	Clin Orthop Relat Res n° 448	157
Fabri S., Aubert D., Rifkin D., Morana C.	Le muscle en rééducation : Ce que l'on fait et ce qu'il faudrait faire.	2015	KS n°569	19-27
Marc T., Gaudin T., Teissier J., Bonnel F.	Rééducation d'une épaule douloureuse : faire simple ou compliqué.	2010	Revue du rhumatisme monographie 77(3)	246-252
M. Dufour, M. Pillu.	Biomécanique Fonctionnelle	2007	Masson	291-236
Labriola JE, Lee TQ, Debski RE.	Stability and instability of the glenohumeral joint: the role of shoulder muscles	2005	J Shoulder Elbow Surgery	Vol. 14
Pallot A.	Le rythme scapulo-huméral de la scaption, pattern et facteurs influents,	2011	Kinésither Rev, N°11	41-47
Marc T, Rifkin D, Gaudin T.	Rééducation de l'épaule instable	2010	Encycl Med Chir, Kinésithérapie- Médecine physique- Réadaptation	209
Walch G, Sirveaux F, Molé D.	Instabilité et luxation gléno-humérales		Encycl Med Chir. Appareil Locomoteur	
Boileau P, Balg F	Quelles limites pour le Bankart arthroscopique ? Intérêt d'un score pronostique pré opératoire : le score ISIS (Instability Severity Index Score)	2008	Maitrise Orthopédique N°174	
Barth JR, Burkhart SS and De Beer JF	The bear-hug test: a new and sensitive test for diagnosing a subscapularis tear	2006	Arthroscopy N°22	1076-1084
Viel E	Le point sur la rééducation par la proprioception	2001	J Traumatol Sport. Paris, Masson N°18	93-120

Kibler WB, et al.	Clinical implications of scapular dyskinesis in shoulder injury: the 2013 consensus statement from the" scapular summit"	2013	Bjsports	
-------------------	--	------	----------	--