

Techniques articulaires du rachis et ceintures : une approche transversale

A – Programme détaillé

Durée = 15h00

Nombre de stagiaires = 20 maximum

Formateur = Gilles BARETTE – Masseur-Kinésithérapeute

1 – Résumé et Objectifs :

Contexte :

Techniques articulaires appliquées au Rachis et aux ceintures.

Le modèle bio-psycho-social a ouvert de grandes perspectives dans l'approche rééducative du patient. Les techniques articulaires gardent une place de choix mais nous devons les considérer à la lumière des neurosciences.

Les notions de dysfonction, de blocage articulaire, d'effets mécaniques sont peu à peu abandonnées.

Les techniques articulaires sont mises à profit pour déterminer un marqueur symptomatique lors du bilan et pour modifier ce marqueur lors du traitement. Leurs effets sont essentiellement neurophysiologiques et de courte durée, l'approche articulaire s'inscrit par conséquent dans un ensemble fait, entre autres, d'éducation thérapeutique et d'exercices actifs.

Objectif :

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

- D'expliquer la place des techniques articulaires et leurs effets neurophysiologiques
- De déterminer les contre-indications
- D'apprendre à utiliser les techniques articulaires dans le bilan diagnostic
- D'apprendre à choisir la bonne technique dans le traitement
- De maîtriser leur réalisation

Résumé :

Le premier jour sera consacré au rachis cervico-thoracique, avec les notions de base sur la physiologie de la douleur et le rôle des techniques articulaires dans la prise en charge de la douleur.

Une part importante des 2 jours sera donnée à l'anatomie palpatoire, au diagnostic différentiel, au diagnostic kinésithérapique et aux techniques manuelles appliquées au rachis cervico-thoracique et lombo-pelvien.

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 :

1^{er} Jour :

Objectifs de la 1^{ère} journée :

- Acquérir les bases des techniques articulaires appliquées au rachis cervico-thoracique
- Améliorer les notions d'anatomie palpatoire pour affiner le diagnostic kinésithérapique
- Acquérir les notions nouvelles sur la physiologie de la douleur et sa prise en charge adaptée en fonction de la pathologie et de sa localisation au rachis cervico-thoracique

Matin : 9h00-12h30 = 3h30 dont 0h30 dédiée à l'analyse des EPP 1

9h00 – 10h00 : Le modèle bio-psycho-social, place des techniques articulaires, effets des techniques articulaires, contre-indications, revue de littérature

10h00 – 10h30 : Palpation osseuse et musculaire du rachis cervico-thoracique

10h30 – 10h45 : Pause

10h45 – 11h15 : Bilan neurologique de la région cervico-thoracique

11h15 – 12h30 : Différenciation des douleurs en rotation de la région cervico-thoracique

Après-midi : 14h00-17h00 = 3h00

13h30 – 14h30 : Traitement des douleurs en rotation de la région cervico-thoracique

14h30 – 15h45 : Différenciation et traitement des douleurs en flexion/extension du rachis cervico-thoracique

15h45 – 17h00 : Différenciation et traitement des douleurs en inclinaison du rachis cervico-thoracique

2^{ème} Jour :

Objectifs de la 2^{ème} journée :

- Acquérir les bases des techniques articulaires appliquées au rachis lombo-pelvien
- Améliorer les notions d'anatomie palpatoire pour affiner le diagnostic kinésithérapique
- Acquérir les notions nouvelles sur la physiologie de la douleur et sa prise en charge adaptée en fonction de la pathologie et de sa localisation au rachis lombo-pelvien

Matin : 8h30-12h30 = 4h00

9h00 – 10h00 : Reprise des techniques vues la veille

10h00 – 10h30 : Palpation osseuse et musculaire du rachis lombaire et du bassin

10h30 – 10h45 : Pause

10h45 – 11h15 : Bilan neurologique de la région lombo-pelvienne

11h15 – 12h30 : Différenciation des douleurs en rotation de la région lombo-pelvienne

Après-midi : 14h00-17h00 = 3h00

13h30 – 14h30 : Traitement des douleurs en rotation de la région lombo-pelvienne

14h30 – 15h45 : Différenciation et traitement des douleurs en flexion/extension du rachis lombo-pelvien

15h45 – 17h00 : Différenciation et traitement des douleurs en inclinaison du rachis lombo-pelvien

B – Méthodes pédagogiques mises en œuvre

Les savoirs et savoir-faire portant sur la prise en charge des pathologies rachidiennes 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

1. Reconceptualising manual therapy skills in contemporary practice. Rabey M, Hall T, Hebron C, Palsson TS, Christensen SW, Moloney N, Musculoskelet Sci Pract. 2017 Jun;29:28-32. doi: 10.1016
2. The neurophysiological effects of a single session of spinal joint mobilization: does the effect last? Hegedus EJ1, Goode A, Butler RJ, Slaven E. J Man Manip Ther. 2011 Aug;19(3):143-51
3. The relative effectiveness of segment specific level and non-specific level spinal joint mobilization on pain and range of motion: results of a systematic review and meta-analysis. Emily Joan Slaven, Adam P Goode, Rogelio A Coronado, Charles Poole, and Eric J Hegedus. J Man Manip Ther. 2013 Feb; 21(1): 7–17.
4. Evidence and recommendations for the use of segmental motion testing for patients with LBP – A systematic review. Maïke Stolz, Harry von Piekartz, Toby Hall, Anne Schindler, Nikolaus Ballenberger. Musculoskeletal Science and Practice. Volume 45, February 2020, 102076
5. The efficacy of manual therapy and exercise for different stages of non-specific low back pain: an update of systematic reviews. Hidalgo B, Detrembleur C, Hall T, Mahaudens P, Nielens H. J Man Manip Ther. 2014 May;22(2):59-74
6. Clinical Reasoning in the Health Professions. 3rd Edition Reviewed by Phillip Ebrall, BAppSc(Chiropractic), Grad Cert Tert Learning Teaching, PhD, FICC, FACC, Associate Professor of Chiropractic Education and Head. J Chiropr Educ. 2008 Fall; 22(2): 161–162.
7. The fall of the postural-structural-biomechanical model in manual and physical therapies: exemplified by lower back pain. Lederman E. J Bodyw Mov Ther. 2011 Apr;15(2):131
8. Entrapment Neuropathies: Challenging Common Beliefs With Novel Evidence. Schmid AB, Hailey L, Tampin B. J Orthop Sports Phys Ther. 2018 Feb;48(2):58-62.
9. Maitland's Vertebral Manipulation: Management of Neuromusculoskeletal Disorders. Hengeveld E, MSc BPT OMT SVOMP, Banks K, BA MCSP SRP – 9 octobre 2013
10. The Canadian C-spine rule for radiography in alert and stable trauma patients. Stiell IG1, Wells GA, Vandemheen KL, Clement CM, Lesiuk H, De Maio VJ, Laupacis A, Schull M, McKnight RD, Verbeek R, Brison R, Cass D, Dreyer J, Eisenhauer MA, Greenberg GH, MacPhail I, Morrison L, Reardon M, Worthington J. JAMA. 2001 Oct 17;286(15):1841-8
11. Clustered clinical findings for diagnosis of cervical spine myelopathy Chad Cook, Christopher Brown, Robert Isaacs, Matthew Roman, Samuel Davis, and William Richardson. J Man Manip Ther. 2010 Dec; 18(4): 175–180.
12. Laslett M. The Diagnostic Accuracy of the Clinical Examination Compared to Available Reference Standards in Chronic Low Back Pain Patients [thesis]. Faculty of Health Sciences, Linköpings universitet, Linköping, Sweden, 2005.
13. McKenzie RA, May S. Mechanical Diagnosis and Therapy: The Lumbar Spine. 2nd ed. Waikanae, NZ: Spinal Publications; 2003.
14. Tenhula JA, Rose SJ, Delitto A. Association between direction of lateral lumbar shift, movement tests, and side of symptoms in patients with low back pain. Phys Ther. 1990;70:480–486.
15. Donahue MS, Riddle D, Sullivam MS. Intertester reliability of a modified version of McKenzie's lateral shift assessments obtained on patients with low back pain. Phys Ther. 1996;76:706–726.



16. Matsui H, Ohmori K, Kanamori M, Ishihara H, Tsuji H. Significance of sciatic scoliotic list in operated patients with lumbar disc herniation. Spine. 1998;23:338–342. 7. Falconer MA, McGeorge M, Begg AC. Surgery of lumbar intervertebral disc protrusion: A study of principles and results based upon 100 consecutive cases submitted to operation. Br J Surg. 1948;35:225–249.
17. Chronic Neck Pain: Making the Connection Between Capsular Ligament Laxity and Cervical Instability. Danielle Steilen, Ross Hauser, Barbara Woldin, Sarah Sawyer. Open Orthop J. 2014; 8: 326–345.
18. Thoracic spine manipulation for the management of mechanical neck pain: A systematic review and meta-analysis. Michael Masaracchio, Kaitlin Kirker, Rebecca States, William J. Hanney, Xinliang Liu, Morey Kolber. PLoS One. 2019; 14(2): e0211877. Published online 2019 Feb 13
19. Effect of cervical manipulation on vertebral artery and cerebral haemodynamics in patients with chronic neck pain: a crossover randomized controlled trial. Nicholas Moser, Silvano Mior, Michael Noseworthy, Pierre Côté, Greg Wells, Michael Behr, John Triano. BMJ Open. 2019; 9(5): e025219. Published online 2019 May 28.

