

Thérapie manuelle rachidienne et EBP

A – Programme détaillé

Durée = 63h00

Nombre de stagiaires = 20 maximum

Formateur = Gilles BARETTE – Masseur-Kinésithérapeute

1 – Résumé et Objectifs :

Contexte :

Cette formation est organisée en trois séminaires de trois jours chacun, permettant au praticien de découvrir, d'appréhender ou se perfectionner dans les techniques de thérapie manuelle. Elle s'adresse préférentiellement au rachis dans son ensemble et aux ceintures scapulaire et pelvienne.

L'approche proposée se veut être une synthèse des différents champs de la thérapie manuelle. Les techniques étudiées et proposées sont choisies en fonction de leur efficacité au regard de la littérature dans le cadre d'une démarche EBP.

Le raisonnement clinique aura une part prépondérante dans ce cursus et permettra aux kinésithérapeutes de gagner en autonomie dans le traitement de leurs patients. Le temps se partage entre 1/3 de théorie et 2/3 de pratique. Les supports théoriques remis aux étudiants leur permettent de se libérer d'une prise de note complète pour se concentrer sur la compréhension des concepts et techniques énoncées.

Les physiothérapeutes pourront appliquer les techniques apprises dans le champ des troubles musculo-squelettiques. Le champ sportif peut aussi bénéficier de ce type de traitement.

Objectif :

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

- Comprendre les neurosciences de la douleur, le modèle BPS, l'EBP, la clinimétrie
- Connaître les différentes régions rachidiennes et leur physiopathologie
- Analyser les recommandations générales de prise en charge de ces différentes régions
- Maîtriser le diagnostic et les bilans
- Moduler le symptôme par les différentes techniques de thérapie manuelle
- Aborder l'éducation thérapeutique en fonction de la région
- Manager la poursuite rééducative

Résumé :

1. Rappels anatomiques, biomécaniques, et physiopathologiques.
2. Apport théorique concernant la région étudiée.
3. Examen clinique avec un triage préalable (diagnostic différentiel et d'exclusion), des tests classés par niveau de preuve.
4. Examen palpatoire régional
5. Présentation théorique des différentes techniques de thérapie manuelle mise en œuvre par région.
6. Techniques s'adressant aux tissus mous (étirements, levées de tension, techniques d'inhibition, points triggers).
7. Techniques articulaires (mobilisation en leviers court, techniques avec et sans impulsion).
8. Techniques neuro-dynamiques (massage neural, sliding, tonsoning...)
9. Approche raisonnée de la phase active, de la reprogrammation sensori-motrice, des exercices

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 63h 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 :

Module 1 : Colonne Cervicale

1^{ère} journée

Matin - 9h00-12h00 :

- Présentation du cursus. (1h)
- Les différentes approches en thérapie manuelle. (1h)
- L'Evidence Based Medicine : définition, avancées et limites. (1h)

Après-midi - 13h00-18h00 :

- Rappels anatomiques et biomécaniques (1h)
- Palpation de la région cervicale (1h)
- Rappels sur la douleur (2h)

- Rappels de physiopathologie du complexe cervical (1h)

2ème journée

Matin – 9h00-12h00 :

- Examen clinique, triage, tests palpatoires, tests de mobilités, tests spécifiques. (3h)

Après-midi 13h00-18h00 :

- Raisonnement clinique et démarche de traitement. (2h)
- Apport technique régional (1h)
- Techniques musculo-aponévrotiques (2h)

3ème journée

Matin – 9h00-12h00 :

- Raisonnement clinique et démarche de traitement. (1h)
- Techniques articulaires appliquées à la région cervicale. (2h)

Après-midi 13h00-17h00 :

- Techniques articulaires appliquées à la région cervicale. (2h)
- Cas cliniques, jeux de rôle (2h)

Module 2 : Colonne thoracique et lombaire

1ère journée

Matin - 9h00-12h00 :

- Questions relatives au premier séminaire (1h)
- Reprise des techniques vues dans le séminaire n°1. (2h).

Après-midi - 13h00-18h00 :

- Rappels anatomiques et biomécaniques de la colonne dorsale. (1h)
- Présentation de la physiopathologie en rapport avec la région. (1h)
- Examen clinique, triage, tests palpatoires, tests de mobilités, tests spécifiques. (1h)
- Techniques musculo-aponévrotiques appliquées à la région dorsale (2h)

2ème journée

Matin – 9h00-12h00 :

- Rappels anatomiques et biomécaniques des côtes et des charnières. (1h)
- Présentation de la physiopathologie en rapport avec la région. (1h)
- Examen clinique, triage, tests palpatoires, tests de mobilités, tests spécifiques. (1h)

Après-midi 13h00-18h00 :

- Examen clinique, triage, tests palpatoires, tests de mobilités, tests spécifiques. (2h)
- Raisonnement clinique et démarche de traitement. (2h)
- Cas cliniques (1h)

3ème journée

Matin – 9h00-12h00 :

- Rappels anatomiques et biomécaniques de la colonne lombale. (1h)
- Les liens avec le membre inférieur, présentation des chaînes musculaires. (1h)
- Présentation de la physiopathologie en rapport avec la région. L'approche articulaire de la région lombaire. (1h)

Après-midi 13h00-18h30 :

- Examen clinique, triage, tests palpatoires, tests de mobilités, tests spécifiques. (3h)
- Raisonnement clinique et démarche de traitement. (1h)
- Techniques musculo-aponévrotiques appliquées à la région lombaire (1h)

Module 3 : Colonne lombo-pelvienne

1ère journée

Matin - 9h00-12h00 :

- Retour sur le séminaire colonne lombales 1. (1h)
- Retour sur l'anatomie et la biomécanique discale, viscérale et nerveuse. (1h)
- Présentation de la physiopathologie en rapport avec la région (1h)

Après-midi - 13h00-18h00 :

- Examen clinique, triage, tests palpatoires, tests de mobilités, tests spécifiques. (3h)
- Raisonnement clinique et démarche de traitement. (1h)
- Apport technique régional (1h)

2ème journée

Matin – 9h00-12h00 :

- Rappels anatomiques et biomécaniques de la sacro-iliaque. (1h)
- Présentation de la physiopathologie en rapport avec la région. (1h)
- Examen clinique, triage, tests palpatoires, tests de mobilités, tests spécifiques. (1h)

Après-midi 13h00-18h00 :

- Examen clinique, triage, tests palpatoires, tests de mobilités, tests spécifiques. (2h)
- Raisonnement clinique et démarche de traitement. (2h)
- Apport technique régional (1h)

3ème journée

Matin – 9h00-12h00 :

- Rééducation : exercices thérapeutiques et reprogrammation. (3h)

Après-midi 13h00-18h30 :

- Cas cliniques (1h),
- Jeux de rôle (1h)

- Approche de l'articulation temporo-mandibulaire (3h)

Les durées de chaque chapitre sont données à titre indicatif et peuvent varier en fonction des demandes du groupe et de son avancée dans la compréhension de l'approche régionale

B – Méthodes pédagogiques mises en œuvre

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.

