

AMD Posturologie en rééducation : Prise en charge de la douleur par l'approche posturale clinique et instrumentale

A – Programme détaillé

Durée = 15h00

Nombre de stagiaires = 20 maximum

Formateur = Stéphane FABRI – Masseur-Kinésithérapeute

1 – Résumé et Objectifs :

Contexte :

La douleur est l'une des principales causes de consultation en masso-kinésithérapie. Le rééducateur est souvent confronté à des difficultés dans la prise en charge de ses patients dont certains, évoluent vers la chronicité. L'incidence de ces pathologies est fréquente. Pour exemple, selon certains auteurs, 90% de la population aura au moins une fois dans sa vie un épisode de lombalgie. En fonction des traitements, 9 épisodes sur 10 régressent en 6 semaines mais 8 à 10% passent à la chronicité. Après 6 mois d'absence au travail, la probabilité de reprendre est estimée à 40%, 20% après 1an et quasi nulle après 2ans. Dans le cadre du syndrome fémoro-patellaire, c'est 20 à 25% de la population qui est atteint de cette pathologie et 70 à 90% des patients évoluent vers la chronicisation des symptômes. Ces chiffres sont transposables aux autres pathologies douloureuses de l'appareil locomoteur (épaules, chevilles, rachis cervical,...). La littérature scientifique, pour toutes ces pathologies, met en avant des troubles de la posture qui ne sont que rarement évalués et pris en charge dans le cadre de la rééducation. En effet, l'approche posturale est enseignée de manière trop partielle lors de la formation initiale, ce qui limite les possibilités thérapeutiques de prise en charge par les masseurs-kinésithérapeutes.

Objectifs :

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 prise en charge de la douleur par l'approche posturale, et donc d'améliorer l'offre de soins de par la qualité de la prestation mais aussi du plus grand nombre de professionnels formés (meilleur accès aux soins).

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 douloureux .

Objectifs spécifiques

Objectif principal :

- Approfondir les connaissances fondamentales des mécanismes de régulation posturale
- Connaître les récentes notions sur la douleur et les thérapeutiques adaptées en rééducation
- Comprendre les phénomènes de régression posturale et les évolutions de l'appareil locomoteur liées à la sédentarité.
- Effectuer un bilan postural clinique et/ou instrumental chez un patient douloureux
- Pour déterminer les sources sensorielles de perturbation de la posture du patient
- Savoir mettre en place une thérapeutique rééducative moderne, adaptée aux données actuelles de la science.

Objectif secondaire :

- Se confronter à une vision globale de la rééducation, complémentaire de la kinésithérapie analytique et segmentaire.
- Dépasser le soin du symptôme pour mettre en place une thérapeutique kinésithérapique orientée sur la cause de la pathologie
- Définir les limites de la rééducation et savoir évoluer vers une prise en charge pluridisciplinaire
- S'approprier les techniques pour effectuer un bilan morphostatique et un bilan postural clinique
- Connaître les différents outils instrumentaux du bilan postural et savoir sélectionner celui qui est adapté.
- Mettre en place un programme de rééducation avec un appareillage accessible qui favorise la la reproduction des exercices au domicile du patient (éducation)

Résumé :

Dans une première partie, un échange avec les participants permettra d'apprécier les difficultés auxquelles les praticiens sont confrontés dans leur pratique quotidienne et les attentes de la formation. Ensuite, les mécanismes neurophysiologiques de la régulation posturale seront abordés, ainsi que les nouvelles connaissances sur la douleur aiguë et chronique. Cette partie théorique se poursuivra par les phénomènes de régression posturale et les conséquences pathologiques sur l'appareil locomoteur. Une large phase pratique est consacrée à l'examen morphostatique suivi de l'évaluation posturale, clinique et instrumentale. Après avoir présenté toutes les possibilités thérapeutiques pluridisciplinaires, la prise en charge kinésithérapique sera proposée avec une démarche novatrice, avec une technologie accessible, en rapport avec l'expérience du formateur et les récentes publications scientifiques. Cette rééducation moderne sera complétée par des protocoles d'éducation du patient.

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 :

Matin : 9h00-12h30 = 3h30

- Les mécanismes neurophysiologiques de régulation posturale.
- Les syndromes de régression fonctionnelle et pathologies douloureuses associées de l'appareil locomoteur (lombalgie, cervicalgie, tendinopathie, douleurs articulaires, fibromyalgie...) : raisonnement APC.

Après-midi : 13h30-17h30 = 4h00

- Le bilan morphostatique : analyse clinique du sujet debout. Relation avec les plaintes douloureuses
- Evaluation posturale clinique : verticale de Barré, Fukuda.

2^{ème} Jour :

Matin : 8h30-12h30 = 4h00

- Evaluation posturale instrumentale : plateforme de force, examen stabilométrique, analyse vidéo.
- La prise en charge pluri-professionnelle
- Techniques de mobilisations de points charnières : cheville/pied

Après-midi : 13h30-17h00 = 3h30

- Les options de rééducations : protocole progressif de prise en charge du patient douloureux
- Méthodes de retonification musculaire posturale
- Protocole de progression et programme d'éducation du patient douloureux

B – Méthodes pédagogiques mises en œuvre

Les savoirs et savoir-faire portant sur les prises en charge de la douleur en général, et plus particulièrement sur l'origine posturale de nombreuses symptomatologies, 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

Haute Autorité de Santé (HAS). Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. HAS : Recommandations professionnelles; 2008 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_argumentaire.pdf

Haute Autorité de Santé (HAS). Analyse de la posture statique et/ou dynamique sur plate-forme de force (posturographie) statokinésigraphie informatisée. HAS : Recommandations professionnelles; 2007 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_analyse_de_la_posture.pdf

Haute Autorité de Santé (HAS). Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. HAS : Recommandations professionnelles; 2019 https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune

Bouisset, S. et Do, M.C. Posture, dynamic stability, and voluntary movement. Clinical Neurophysiology ; 38: 345-362, 2008.

Gedda M, Risch N. Douleurs : nouvelles compréhensions sur ces réalités inexplicables. Kinesither Rev 2017(17):186.

Lieberman, D.E. Venkadesan, M. Werbel, W.A. et al. Foot strike patterns and collision forces in habitually barefoot versus shod runners. Nature ; 463 : 531-536, 2010.

Risch N, Pointeau F, Poquet N. Nociception. Kinesither Rev 2017(17):186.

Osinski T, Lallemand A, Russo T. Modulation et dérèglements neurophysiologiques des voies de la douleur. Kinesither Rev 2017(17):186.

Dupui, P. et Montoya, R. Approche physiologique des analyses posturographiques statique et dynamique. In:

Posture et Equilibre: Physiologie, Techniques, Pathologies (Marseille: éditions Solal): 15-28, 2003.

Berthoz A. Le sens du mouvement. éd. Odile Jacob, 2008.

Namer B, Schick M, Kleggetveit TP, Orstavik K, Schmidt R, Jorum E, et al. Differential sensitization of silent nociceptors to low pH stimulation by prostaglandin E2 in human volunteers. EJP 2015;19:159–66.

Rousseau L, Bacelon M. Facteurs psychosociaux, douleur et kinésithérapie. Kinesither Rev 2017(17):186.

Horak, F.B. et Nashner, L.M. Central programming of postural movements: adaptation to altered support surface configurations. Journal of Neurophysiology ; 55(6): 1369-1381, 1986.

Acapo S, Seyrès P., Savignat É. Définition et évaluation de la douleur. Kinesither Rev 2017(17):186.

Maître JH, Crouan A. Approches thérapeutiques de la douleur en kinésithérapie. Kinesither Rev 2017(17):186.

Moscoso J. Histoire de la douleur XVIe–XXe siècle. Paris: Les prairies ordinaires; 2015.