

Les épicondylalgies de l'adulte, de la rééducation à l'autonomisation du patient

A – Programme détaillé

Durée = 14h00

Nombre de stagiaires = 20 maximum

Formateur = Frédéric DEGEZ – Masseur-Kinésithérapeute

Orientation n°269

1 – Résumé et Objectifs :

Contexte :

Les troubles musculo-squelettiques, et les épicondylalgies de l'adulte en particulier, sont responsables de 200 jours d'arrêt de travail, dans les cas de maladies professionnelles en France, et touchent globalement 3% de la population.

Si cette « mise en panne » des épicondyliens a de nombreuses racines bio-psycho-sociales, elle est aussi un bon révélateur d'une faillite de l'entretien des aptitudes physiques globales du patient (souplesse, endurance, posture...). Les compensations et les douleurs retrouvées à distance lors de nos bilans sont-elles la conséquence ou à l'origine de ces épicondylalgies ? En tous cas, elles en font le lit ainsi que le point de départ de leurs récives et de la contagion à d'autres troubles musculo-squelettiques.

Quel que soit le traitement de l'épicondylalgie envisagé, la proactivité du patient à son domicile est indispensable tant dans les exercices spécifiques au traitement de l'épicondylalgie qu'à la maintenance globale de son corps, avec de nombreux bénéfices sur d'autres fonctions (mentale, respiratoire, cardiaque, circulatoire, digestive...)

La prise en charge des épicondylalgies doit s'accompagner d'une proactivité du patient, lors de son traitement, et devra se poursuivre dans une routine physique pour asseoir au quotidien sa réconciliation avec un corps non douloureux et plus disponible, et ainsi en assurer la maintenance, facteur de bien-être et de prévention des troubles musculo-squelettiques.

Il s'agit donc pour nous de pouvoir engager cette proactivité, chez nos patients atteints d'épicondylalgie, et leur transmettre l'envie de poursuivre une routine d'activité physique adaptée en leur donnant les clés de leur propre autonomisation par la gestion de leurs besoins ressentis. L'expérience thérapeutique doit pouvoir servir à engager ce processus de maintenance indispensable à la prévention des troubles musculo-squelettiques, au reconditionnement et au retour en santé de nos patients.

Objectifs :

Les troubles neuro musculo-squelettiques sont contagieux, d'un tissu à l'autre, d'une articulation et voire même d'un membre supérieur à l'autre. Les chiffres de la CNAM depuis 30 ans l'expriment clairement. Nombreux sont les patients cumulant les maladies professionnelles. Avoir l'opportunité de traiter un patient pour une épicondylalgie latérale, c'est aussi prévenir l'arrivée de la décompensation suivante. En donnant les clés de compréhension et les moyens d'action au patient, nous lui permettons de prendre en charge, par sa proactivité, non seulement sa pathologie du coude, son éventuelle récurrence mais aussi la prévention des troubles musculo-squelettiques à venir. L'autonomisation du patient est donc indispensable, pendant et après sa rééducation. Elle sera réorientée en cours de prise en charge pour lui servir au long cours dans la gestion de sa santé physique et mentale.

Les épicondylalgies sont des pathologies marquées essentiellement par la douleur qui, devenue chronique, est un facteur de désocialisation et de déconditionnement important. Le nomadisme médical et les durées de soins retrouvés dans la littérature montrent que le diagnostic différentiel et la prise en charge ne sont pas toujours optimaux et conformes aux données de la science. Un raisonnement clinique fondé sur les données de la littérature permet d'orienter le patient dans sa prise en charge en rééducation et de le guider dans sa gestion lors de son activité professionnelle, de loisir ou à la maison quant à son ressenti et les exercices à effectuer. L'analyse des retours et les échanges autour de sa proactivité donne aussi l'occasion de moduler, de corriger mais aussi souvent d'encourager le patient dans cette voie qu'il associe légitimement à l'amélioration de sa fonction et de sa douleur.

Il est donc indispensable de savoir impliquer le patient dans son traitement et de requérir sa proactivité pour la conduite du traitement, comme pour la reprise dans de bonnes conditions. La prise en charge globale doit intégrer la stabilisation proximale du membre supérieur et une correction de la posture rachidienne. Ce travail, initié lors de la rééducation au cabinet, doit être reproduit par des exercices pluriquotidiens et entretenu par des routines de feedbacks et d'autocorrection.

Objectifs Généraux :

Les séances de rééducation, si elles ont pour objectif initial le traitement de cette épicondylalgie, ont besoin de l'autonomisation du patient pour sa proactivité lors de ses soins spécifiques mais aussi pour changer ses habitudes posturales, de sédentarité, d'activités physiques, de diététique ou d'hydratation... et ainsi cela permet aussi de prévenir les autres troubles neuro-musculo-squelettiques.

L'intention générale du projet, du point de vue de la pratique libérale et institutionnelle, est, pour le kinésithérapeute formé, de modifier sa pratique afin de proposer des techniques actives de rééducation facilement appropriables et réalisables par le patient à son domicile.

Lors de l'élaboration du diagnostic kinésithérapique, le participant devra savoir mettre en place une démarche réflexive qui dépasse la pathologie et surtout qui analyse le contexte bio-psycho-social du patient, afin de déterminer au cas par cas les facteurs de risques et les critères d'adhésion et d'observance à la thérapeutique active.

Le participant sera en mesure d'apprécier les limites des thérapies strictement passives et saura co-construire un programme de rééducation selon la démarche EBP avec des outils simples et accessibles au patient afin de permettre la reproduction des exercices à domicile.

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 à l'intérêt de l'autonomisation du patient et son impact sur le contexte socio-économique de la santé afin qu'il intègre l'aspect économique dans sa réflexion au quotidien lors des prises en charge des épicondylalgies .

Objectifs Spécifiques :

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

- a. Améliorer les techniques de kinésithérapie appliquées aux épicondylalgies
- b. Réaliser et maîtriser un bilan validé.
- c. Reconnaître les symptômes, les signes cliniques et de décrire la pathologie des épicondylalgies.
- d. Produire un raisonnement clinique.
- e. Mettre en place une stratégie thérapeutique avec une participation active du patient.
- f. Construire un traitement à partir du bilan en proposant des exercices adaptés.
- g. De proposer des exercices d'auto-rééducation afin d'autonomiser le patient.
- h. De mettre en œuvre une action de prévention des récurrences grâce à un programme d'auto-rééducation post soin.

Résumé :

Les épicondylalgies de l'adulte sont responsables de 200 jours d'arrêt de travail, par épisode, dans les cas de maladies professionnelles en France et touchent globalement 3% de la population.

Si leurs diagnostics différentiels requièrent un raisonnement clinique précis, le traitement nécessite l'entière participation du patient. Cette proactivité initiée et adaptée au fur et à mesure du traitement devra se transformer en autonomisation pour lutter contre une désadaptation plus globale sur l'ensemble du corps majorée bien souvent par la sédentarité. Le traitement kinésithérapique de ces épicondylalgies doit donc inclure cette autonomisation du patient en le guidant le temps du traitement afin qu'il puisse l'installer durablement dans son quotidien et ainsi prévenir les récurrences d'épicondylalgies et des pathologies connexes du membre supérieur et du rachis cervico-dorsal.

Après un rappel des incidences des troubles musculo-squelettiques, nous aborderons les différents facteurs de risques. Nous centrerons la formation sur les différentes épicondylalgies en élaborant ensemble le raisonnement clinique conduisant aux diagnostics différentiels. En effet chacun d'entre eux demande une prise en charge en rééducation et en proactivité différente selon les tissus concernés (tendon, nerf, capsulo-ligamentaire).

En parallèle de la rééducation, nous construirons dans un premier temps avec le patient un programme adapté à ses besoins curatifs. Puis nous établirons en fonction de bilans plus globaux un programme d'exercices pour corriger et entretenir sa santé physique. L'autonomisation du patient est l'objectif principal de cette prise en charge. Elle permettra la guérison de l'épicondylalgie et la prévention des récurrences ou l'apparition d'autres troubles musculo-squelettiques. Cette autonomisation dans une routine d'exercices et d'entretien sera aussi une aide précieuse pour le reconditionnement et le retour à une vie sociale et professionnelle.

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 14h 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

1^{er} Jour : 9h - 17h30, dont 15' de pause matin et après midi

Type d'action	Durée	Objectifs	Titre	Contenu	Méthode pédagogique	Méthode d'évaluation
Présentielle cours magistral et pratique échange sur les pratiques	9h00 10h45	Comprendre l'enjeu de santé publique	Introduction sur les troubles neuro- musculo- squelettiques	<ul style="list-style-type: none">• Les chiffres,• Les conditions physiques pour rester en santé,• La iatrogénie des troubles musculo-squelettiques,• quelle stabilité pour quelle fonction ?	Echanges sur les pratiques professionnelles annoncées dans le QCM avant la formation présentielle Exercices pratiques à la recherche de stabilité Cours magistral	Questionnaire et correction orale immédiate
Présentielle cours magistral et pratique échange sur les pratiques	11h00 12h30 13h30 15h30	Savoir faire le bilan d'une épicondylalgie Savoir poser un diagnostic différentiel	les épicondylalgies des tableaux cliniques différents pour orienter la proactivité du patient	<ul style="list-style-type: none">• Diagnostic différentiel des épicondylalgies,• Le bilan complet du patient pour recenser les besoins,• Quelle douleur pour quel exercice à la maison ?•	Diaporama, travail en binôme sur des cas cliniques synthèses des bilans, réalisation de fiches cliniques	Questionnaire et correction orale immédiate
Présentielle cours magistral et pratique échange sur les pratiques	15h45 17h30		rappel des objectifs traitements des épicondylalgies	<ul style="list-style-type: none">• Les traitements conservateurs,• Les traitements chirurgicaux,• Conditions de leurs réussites.	Diaporama Revue de la bibliographie, Dernière recommandations	Questionnaire et correction orale immédiate

2ème jour : : 9h - 17h 30, dont 15' de pause matin et après midi

Type d'action	Durée	Objectifs	Titre	Contenu	Méthode pédagogique	Méthode d'évaluation
Présentielle cours magistral et pratique sur techniques spécifiques	9h00 10h45	Comprendre l'arbre décisionnel pour proposer, suivre et évaluer la proactivité du patient pendant et après le traitement en fonction du type d'épicondylalgie	Quel programme à la maison avant pendant après l'épicondylalgie	<ul style="list-style-type: none"> • La proactivité, • L'activité physique de base quotidienne, • L'activité physique adaptée à la pathologie, • La gestion de la douleur, du stress et du déconditionnement 	Diaporama, démonstration par l'enseignant, apprentissage gestuel en binôme des exercices	Mise en situation pratique par groupe avec raisonnement clinique sur un cas, restitution à l'ensemble du groupe
Présentielle essentiellement pratique	11h00 12h30 13h30 15h00	La prévention primaire et secondaire des troubles neuro musculo squelettiques Savoir mettre en place l'auto rééducation et la proactivité	la prévention de la récurrence	<ul style="list-style-type: none"> • Se créer une routine d'activité physique plus générale, • S'évaluer pour adapter et compléter les besoins. 	Diaporama, démonstration par l'enseignant, apprentissage gestuel en binôme échanges sur les techniques partage d'une fiche d'exercices autour du travail musculaire proposé autour de la ceinture scapulaire	Evaluation pratique par groupe sur le bilan, l'étirement ou un renforcement d'un groupe musculaire (contrôle par le kinésithérapeute et auto contrôle par le patient de l'exercice)
Présentielle cours magistral	15h15 17h30	Autonomiser le patient pour la gestion de ses douleurs, la prévention de leur survenue, lui créer un ensemble d'alerte et y associer des réponses appropriées	Conclusions et échanges	<ul style="list-style-type: none"> • Retrouver la santé physique et la conserver, • Les impacts bio-psycho-sociaux, • Les diapos du lundi 	Diaporama Echanges sur les pratiques et les cas cliniques rapportés	Evaluation globale de la formation par l'évaluation des pratiques professionnelles à distance du temps présentiel

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.

Les formateurs sont également incités à utiliser au cours de la formation des outils favorisant l'interactivité et le travail collaboratif, tel que les applications Kahoot, et poll everywhere.

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. Amako M. and coll, Japanese Orthopaedic Association (JOA) clinical practice guidelines on the management of lateral epicondylitis of the humerus - Secondary publication, J Orthop Sci. 2022 May;27(3):514-532.
2. Andersen et al. Protocol for Shoulder function training reducing musculoskeletal pain in shoulder and neck : a randomized controlled trial BMC Musculoskeletal Disorders 2011
3. Ardoin A., Bénéfices physiques et psychologiques de l'activité sportive adaptée dans une cohorte de malades chroniques, Science & Sports, Volume 34, Issue 1, February 2019, Pages 10-15
4. Bernstein, N. A. About dexterity and its development. In M. L. Latash & M. T. Turvey (Eds.), Dexterity and its development , with On dexterity and its development by Bernstein N.A, 1996, p 1-244,
5. Claudon L. et coll, Pratique d'exercices physiques au travail et prévention des TMS : revue de la littérature. Références en santé au travail, 2018, 153 (153), pp.25-40
6. Cools AMJ, et al. Rehabilitation of scapular dyskinesis: from the office worker to the elite overhead athlete Br J Sports Med 2014;48:692–697.
7. Cooney J.K. and coll, Benefits of exercise in rheumatoid arthritis, J Aging Res . 2011 Feb 13;2011:681640.
8. Degez F. Gascoin M, la prise en charge de TMS, Promanu 2016
9. Dufour M et Pillu M, Biomécanique fonctionnelle, Editions Masson, 2005,
10. HAS : Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte, juillet 2022
11. Hérisson C., Membre supérieur et pathologie professionnelle (troubles musculosquelettiques), pathologies locomotrices et médecine orthopédique, éditions Masson, 2001, page 179
12. Kay TM, Gross A, Goldsmith CH, Hoving JL, Brønfort G, Exercices for mechanical neck disorders (Review), The Cochrane Library 2009, Issue 4
13. Kibler, MD, and Livingston, MS, PT, Closed-Chain Rehabilitation for Upper and Lower Extremities, J Am Acad Orthop Surg 2001 ; 9:412-421
14. Kuhn J.E., Exercise in the treatment of rotator cuff impingement: a systematic review and a synthesized evidence-based rehabilitation protocol, J Shoulder Elbow Surg . 2009 Jan-Feb;18(1):138-60.
15. Linton S.J., Preventive interventions for back and neck pain problems: what is the evidence?, Spine (Phila Pa 1976). 2001 Apr 1;26(7):778-87.

16. Masquelet A.C., Les risques du tabagisme périopératoire en chirurgie orthopédique. Résultats de l'enquête SoFCOT 2012 sur la prise en charge du tabagisme en milieu chirurgical, *Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique*, Volume 99, Issue 4, June 2013, Pages 406-410
17. Miramont de la Roquette, *Etude anatomique et mécanique de la ceinture scapulaire*, éditions Masson, 1909
18. Organisation Mondiale de la Santé : *Recommandations activité physique*, 2020
19. Organisation Mondiale de la Santé : *plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 : des personnes plus actives pour un monde plus sain*
20. Picco B., Fischer S, Dickerson C., Quantifying scapula orientation and its influence on maximal hand force capability and shoulder muscle activity, *Clinical Biomechanics* 25 (2010) 29–36 Reiner M and coll, Long-term health benefits of physical activity--a systematic review of longitudinal studies, *BMC Public Health* . 2013 Sep 8;13:813.
21. Reiner M and coll, Long-term health benefits of physical activity--a systematic review of longitudinal studies, *BMC Public Health* . 2013 Sep 8;13:813.
22. Van Tulder M.W. and coll, Behavioral treatment for chronic low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group, *Spine (Phila Pa 1976)*. 2001 Feb 1;26(3):270-81.