PROGRAMME DETAILLE

Entorse de la cheville : recherches de drapeaux rouges et de critères de réorientation suite aux traumatismes aigus

1 session de 2 jours
permettant ainsi d'optimiser les acquisitions basées sur les recommandations de l'HAS

Objectifs :

Les atteintes traumatiques et dégénératives de la cheville et du pied font partie des pathologies traitées quotidiennement par le kinésithérapeute compte tenu de leurs fréquences. Leur prise en charge se doit d'être précoce depuis l'établissement d'un diagnostic différentiel kinésithérapique jusqu'à la phase de reprise du sport, en limitant les récurrences.

Ainsi plusieurs atteintes seront traitées en lien avec les niveaux de preuve :

- Atteintes dégénératives de type : maladie de Morton, arthrose, tendinopathies et aponévrosite plantaire, hallux valgus et rigidus
- Atteintes traumatiques de type : entorses externes et internes, lésions tendineuses, fractures
- Syndrome du canal tarsien

Le stagiaire sera capable:

- d'identifier et d'évaluer les déficiences du complexe de la cheville et du pied du patient par l'intermédiaire du bilan diagnostic kinésithérapique (diagnostic différentiel et d'exclusion)
- de déterminer une démarche thérapeutique et adapter des techniques de rééducation appropriée dans le domaine des pathologies en lien avec les principes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP)

1. Déroulé pédagogique par étape

Etape 1 : non présentiel par e-learning (logiciel edoceo) via un login
Durée : 2 heures

-Evaluation préformation
-E-tutorat via notre spécialiste technique e-learning (soutien et commentaires personnalisés) (méthode collaborative)
-Apprentissage collaboratif (discussion en ligne, collaboration entre apprenants)

Evaluation Pré-Formation

Répondez au QCM

a) L'approche masso-kinésithérapique d'un patient aigu et chronique est-elle la même ?
   Oui
   Non
b) D'après vos connaissances, les techniques MK sont-elles particulièrement pertinentes dans la prise en charge des douleurs?
   Oui
   Non
c) Pour un patient présentant une entorse de cheville, les techniques MK sont-elles indiquées d'après l'HAS ?
   Oui
   Non
d) Pour un patient présentant une douleur de l'aponévrose plantaire, est-il recommandé d'utiliser l'inhibition ?
   Pas spécifiquement
   Oui exclusivement
e) D'après vos connaissances, l'approche en recentrage articulaire a-t-elle une utilité reconnue dans la prise en charge des séquelles d'entorse de cheville ?
   En association avec un reconditionnement
   Oui de manière exclusive
f) Existe t-il un référentiel concernant la prise en charge des entorses de cheville?
   Oui
   Non

Etape 2 : formation présentielle
Durée 14h

Jour 1 : 9h 12h
Généralités sur les douleurs du complexe « cheville pied » (Définition, différentes étiologies, rappels anatomiques et biomécaniques)
- Atteintes dégénératives de type : maladie de Morton, arthrose, tendinopathies et aponévrosite plantaire, hallux valgus et rigidus
- Atteintes traumatiques de type : entorses externes et internes, lésions tendineuses, fractures
- Syndrome du canal tarsien

Diagnostic d'exclusion, différentiel et mécanique en lien avec les atteintes possibles

Jour 1 : 13h 17h
Approche pratique du bilan en lien avec les échelles validées et l'évaluation mécanique
Protocole d'approche tissulaire différentielle et mise en pratique (tissus mous, approche articulaire) en lien avec le complexe du membre inférieur
- Abord du complexe de la cheville : tibio-fibulaires, talo-crurale et sub-talaire
- Abord du pied (interlignes)
- Abord du genou et de la hanche en lien avec les perturbations mécaniques possibles

Jour 2 : 9h 12h
Le renforcement musculaire en lien avec les différents schémas cliniques rencontrés:
- Pour qui ?
- Pourquoi ?
- Comment (en lien avec les protocoles validés dans la littérature) ?
- Modalités en fonction de l'atteinte « consolidée » ou « non consolidée »

Approche pratique de la mobilisation neuro-méningée : indications, principes techniques différenciées et mise en pratique sur le syndrome du canal tarsien
Liens avec les niveaux de preuve

Jour 2 : 13h 17h
Approche pratique des principes d'Education Thérapeutique du Patient dans l'optimisation de l'observance et la lutte contre le catastrophisme :
- Lutte contre la tendinopathie chronique (auto-prise en charge, précautions, hygiène de vie)
- Lutte contre les récidives d'entorse de cheville (auto-prise en charge, précautions, hygiène de vie)
- Grands principes de la gymnastique d'entretien

Mise en place des actions d'amélioration des pratiques professionnelles avec évaluation de l'impact de la formation mode « immédiat » et « à distance ») avec restitution des résultats de l'évaluation au professionnel, item décrits dans les pages suivantes) :

- Evaluation de fin de stage,
- Fiches mémo,
- Evaluation post-formation
- Evaluation de la qualité pédagogique,
- Test mesure d'impact de la formation

1) EVALUATION DE FIN DE STAGE

Une patiente de 25 ans se présente à votre cabinet avec une prescription mentionnant « 10 séances de rééducation pour séquelles d'entorse de cheville à 3 semaines». Le bilan morphostatique debout montre la présence d'un pied creux, les tests de mobilité montrent un déficit douloureux de flexion dorsale et la palpation met en évidence des contractures du tibial postérieur et du LFI

a) Le score d'Ottawa permet :

D'ELIMINER LES DRAPEAUX ROUGES
D'IDENTIFIER LES DYSFONCTIONS ARTICULAIRES

b) Citez les muscles qui peuvent concourir à la fixation de cette position

TIBIAL POSTERIEUR
LFI
FIBULAIRES

c) Citez une technique de traitement d'inhibition spécifique adaptée à son cas et utilisée en première intention

TIBILA POSTERIEUR
FIBULAIRES

d) Après le traitement d'inhibition, vous abordez la composante articulaire ; quelle dysfonction est caractéristique des douleurs de cheville

DECENTRAGE ANTERO LATERAL DU TALUS
DECENTRAGE POSTERIEUR DU TALUS

2) FICHES MEMO

A. Il est recommandé pour un patient présentant une laxité de cheville d'utiliser :
a) Le massage
b) Les techniques articulaires en manipulation
c) Les techniques de reconditionnement musculaire

B. Les techniques d'inhibition font appel au principe de « la douleur référée »:
a) Oui
b) Non

C. Les techniques d'inhibition sont basées sur le positionnement passif :
a) Oui
b) Non

D. Les techniques de Trigger Points utilisées sur le tibial postérieur peuvent donner des douleurs dans le territoire achiléen:
a) Oui
b) Non

E. L'ETP permet de lutter contre le catastrophisme :
a) Oui
b) Non

F. Le repos est fortement recommandé pour traiter un patient douloureux chronique:
a) Oui
b) Non

G. La mobilisation neuro-méningée au niveau du pied peut être associée en préalable aux techniques de Trigger:
a) Oui
b) Non

3) Evaluation post-formation

a) Quel est le modèle physiologique supposé des techniques d'inhibition?

Extinction sensitive

Sherrington

b) Pour optimiser une technique articulaire, quels sont les 2 paramètres cliniques manuels à réaliser?

Précision de l'applicateur et verrouillage passif

Contractions dynamiques du patient et thrust systématique

c) Quelle est la durée optimale de maintien en position de confort pour les techniques de strain counterstrain?

3 minutes

90 secondes

d) Si la douleur périphérise lors d'un mouvement, la technique est-elle adaptée?

Oui

Non

e) En présence d'une douleur de la plante du pied, quelle structure traiter?

Tibial antérieur

Aponévrose plantaire

f) Pour relâcher le tibial postérieur en strain, j'installe le pied en valgus ?

Non

Oui

g) Lors d'une levée de tension associant extension du genou et flexion dorsale de cheville, quel (s) muscle (s) est (sont) traité (s)?

Tibial postérieur

Gastrocnémiens

h) Quelle technique appliquer prioritairement pour mobiliser le nerf tibial postérieur?

Postures

Mobilisations répétées

i) Quels sont les muscles à renforcer prioritairement en général dans les séquelles douloureuses de pied plat ?

LFI et LFO

Releveurs

j) En présence d'une « cheville douloureuse chronique », quelles techniques choisir?

Techniques passives exclusivement

Reconditionnement musculaire

4) Evaluation de la qualité pédagogique

a) Ce stage m'a permis de mieux m'approprier les recommandations de l'HAS

Oui
Non
Ne sais pas

b) A l'issue de ce stage, mon approche des patients sera modifiée

Oui
Non
Ne sais pas

c) Je me sens beaucoup plus assuré(e) dans la réalisation de mes techniques

Oui
Non
Ne sais pas

d) J'ai une vision claire des indications des principales techniques

Oui
Non
Ne sais pas

e) J'ai la sensation d'avoir intégré les principales notions d'éducation en lien avec la technique

Oui
Non
Ne sais pas

Etape 3: Evaluation finale non présentielle par e-learning (logiciel edoceo) via un login
Durée : 2 heures

Mise en place et suivi d'actions d'amélioration

1) Impact de la **formation à distance**

Impact de la **formation à distance** avec restitution des résultats de l'évaluation au professionnel
Par l'intermédiaire de la Grille d'évaluation des pratiques professionnelles 1 mois après la formation.

POINTS A AMELIORER Ce que j'ai encore du mal à réaliser techniquement ou à ordonner dans une démarche logique	CAUSES DU PROBLEME Ai-je mal intégré les techniques ? me manque-t-il des connaissances ou ai-je mal compris les notions ?	QUE FAIRE POUR NE PLUS RENCONTRER CE PROBLEME Je me suis replongé dans mes supports PPS, vidéo, notes.. J'ai demandé conseil à un formateur ITMP, Je me suis inscrit€ à un module complémentaire de formation	REDIGEZ UNE PHRASE QUI COMMENCE PAR : « dans cette situation j'ai compris que …»
Bilan **Traitement global** **Utilisation de l'instrumentation**	**Incompréhensions** **Parties de cours non intégrées** **Manque de pratique**	**Je me suis replongé dans mes supports PPS, vidéo, notes..** **J'ai demandé conseil à un formateur ITMP** **Je me suis inscrit à un module complémentaire de formation**	**Je devais augmenter mon temps de pratique** **Que j'étais désormais opérationnel** **Qu'il me faut rencontrer des patients plus difficiles à traiter**

2) Test mesure d'impact post-formation

Les questions qui suivent ont pour objectif de mesurer les conséquences de votre parcours de formation sur la prise en charge des patients. Les réponses que vous fournirez à ce questionnaire nous permettront de mieux connaître l'impact de votre formation DPC sur votre prise en charge thérapeutique.

Merci de bien vouloir répondre à toutes les questions en mettant une croix X sur la frise, correspondant à la réponse choisie.

_____|_____
Pratique inefficace *Pratique efficace*

Ou en indiquant un chiffre entre 0 et 7, ou plus

0 1 2 3 4 5 6 7 plus

a) Depuis que vous utilisez les techniques apprises lors du séminaire, comment vos patients jugent-ils l'efficacité de votre pratique sur leurs douleurs ?

_____|_____
Pratique inefficace Pratique efficace

b) Depuis que vous utilisez les techniques apprises lors du séminaire, comment vos patients jugent-ils l'efficacité de votre pratique sur leur capacité à reprendre leurs activités habituelles?

_____|_____
Pratique inefficace Pratique efficace

c) Vous sentez-vous capable désormais d'analyser les origines possibles des douleurs du patient au travers de votre bilan ?

_____|_____
Pratique inefficace Pratique efficace

d) **Depuis que vous utilisez les techniques apprises lors du séminaire, comment évaluez-vous votre pratique à visée de traitement ?**

_____|_____
Pratique inefficace Pratique efficace

e) **Depuis que vous utilisez les techniques apprises lors du séminaire, les patients recommandent-ils votre prise en charge auprès de leur entourage en tant que :**

_____|_____
Pratique inefficace Pratique efficace

f) **Depuis que vous utilisez les techniques apprises lors du séminaire, combien de patients avez-vous traités en utilisant les techniques présentées ?**

0 1 2 3 4 5 6 7 plus

g) **Depuis que vous utilisez les techniques apprises lors du séminaire, combien de patients estimez-vous avoir améliorés ?**

0 1 2 3 4 5 6 7 plus

h) **Depuis que vous utilisez les techniques apprises lors du séminaire, vous sentez-vous désormais à l'aise dans votre pratique professionnelle (0 correspondant à « pas du tout ») ?**

0 1 2 3 4 5 6 7 plus

2. Méthodes pédagogiques mises en œuvre

-Supports utilisés : PPS, paper board, vidéos, squelette en plastique
-Modèle d'apprentissage béhavoriste concernant les enseignements fondamentaux
-Modèles d'apprentissage constructiviste et socio-constructiviste concernant les études de cas
- Evaluation formative (étude de cas) et sommative (connaissances fondamentales)

3. Méthodes d'évaluation de l'action proposée

-Via l'étape 1 et 3 par le parcours e-learning (pré et post formation présentiel)
-Via l'étape 2 au travers de l'analyse de situations

4. Références

LANDRUM et al – Immédiate effects of anterior-to-posterior talo-crural joint mobilization after prolonged ankle immobilization journal of manual and physical therapy- 2008 ;16(2):100-10

FRYER GA. MUDGE JM. McLAUGHLIN PA. The effect of talo-crural joint manipulation on range of motion at the ankle joint. Journal of manipulation and physiological therapy;2002; 25: 384-90

REID A, BIRMINGHAM TB, ALCOCK G. Efficacy of mobilization with movement for patients with limited dorsiflexion after ankle sprain: a crossover trial. Physiotherapy Canada, 2007 Summer;59(3):166-172

VICENZINO B, BRANJERPDORN M, TEYS P. Initial changes in posterior talar glide and dorsiflexion of the ankle after mobilization with movement in individual with recurrent ankle pain. Journal of Orthopedic and sports Physical Therapy, July 2006, Vol 36, N°7, pp 467-471

Marrón-Gómez, D., et al., The effect of two mobilization techniques on dorsiflexion in people with chronic ankle instability, Physical Therapy in Sport (2014), http://dx.doi.org/10.1016/j.ptsp.2014.02.001

Bahr, R., R. Karlsen, O. Lian, and R. V. Ovrebo. "Incidence and Mechanisms of Acute Ankle Inversion Injuries in Volleyball: A Retrospective Cohort Study." *The American Journal of Sports Medicine* 22.5 (1994): 595-600. Print.

Barg, Alexej, Yuki Tochigi, Annunziato Amendola, Phinit Phisitkul, Beat Hintermann, and Charles L. Saltzman. "Subtalar Instability: Diagnosis and Treatment." *Foot & Ankle International* 33.2 (2012): 151-60. Print.

Barrett, J. R., J. L. Tanji, C. Drake, D. Fuller, R. I. Kawasaki, and R. M. Fenton. "High- versus Low-top Shoes for the Prevention of Ankle Sprains in Basketball Players: A Prospective Randomized Study." *The American Journal of Sports Medicine* 21.4 (1993): 582-85. Print.

Bernier, Julie N., and David H. Perrin. "Effect of Coordination Training on Proprioception of the Functionally Unstable Ankle." *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* 27.4 (1998): 264-75. Print.

Beynnon, Bruce D., Per A. Renström, Denise M. Alosa, Judith F. Baumhauer, and Pamela M. Vacek. "Ankle Ligament Injury Risk Factors: A Prospective Study of College Athletes." *Journal of Orthopaedic Research* 19.2 (2001): 213-20. Print.

Bleakley, C. "The Use of Ice in the Treatment of Acute Soft-Tissue Injury: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials." *American Journal of Sports Medicine* 32.1 (2004): 251-61. Print.

Bullock-Saxton, J., V. Janda, and M. Bullock. "The Influence of Ankle Sprain Injury on Muscle Activation During Hip Extension." *International Journal of Sports Medicine* 15.06 (1994): 330-34. Print.

Docherty, Carrie L., and Katherine Rybak-Webb. "Reliability of the Anterior Drawer and Talar Tilt Tests Using the Ligmaster Joint Arthrometer." *Journal of Sport Rehabilitation* 18.3 (2009): 389-97. Print.
Hengeveld, Elly, Kevin Banks, and G. D. Maitland. *Maitland's Peripheral Manipulation*. Edinburgh: Elsevier/Butterworth Heinemann, 2005. Print.
Martin, Robroy L., Todd E. Davenport, Stephen Paulseth, Dane K. Wukich, and Joseph J. Godges. "Ankle Stability and Movement Coordination Impairments: Ankle Ligament Sprains." *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* 43.9 (2013). Print.
Milgrom, C., N. Shlamkovitch, A. Finestone, A. Eldad, A. Laor, Y. L. Danon, O. Lavie, J. Wosk, and A. Simkin. "Risk Factors for Lateral Ankle Sprain: A Prospective Study Among Military Recruits." *Foot & Ankle International* 12.1 (1991): 26-30. Print.
Milner, C. E., and R. W. Soames. "Anatomy of the Collateral Ligaments of the Human Ankle Joint." *Foot & Ankle International* 19.11 (1998): 757-60. Print.
Plisky, Phillip J., Mitchell J. Rauh, Thomas W. Kaminski, and Frank B. Underwood. "Star Excursion Balance Test as a Predictor of Lower Extremity Injury in High School Basketball Players." *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* 36.12 (2006): 911-19. Print.
Yildiz, Yavuz, Ufuk Sekir, Bulent Hazneci, Fatih Ors, Tolga Saka, and Taner Aydin. "Reliability of a Functional Test Battery Evaluating Functionality, Proprioception and Strength of the Ankle Joint." *Medicine & Science in Sports & Exercise* 39.Supplement (2007). Print