



Mobilisation avec plateau Canadien : Introduction et techniques articulaires (Module 1)

FORMATEUR: Vicenç Punzola MK DE / orthésiste

Formation de 2 jours

Qu'est-ce que la Mobilisation analytique progressive et séquentielle ? Il s'agit de la thérapie de la main à travers l'innovation en mécanothérapie. C'est une méthode de traitement, pour la rééducation fonctionnelle de la main et du membre supérieur, qui consiste à utiliser la mécanothérapie pour faciliter la mobilisation.

Cette technique a vu le jour pour répondre aux besoins que les thérapeutes de la main peuvent avoir dans la pratique clinique : elle s'inspire des connaissances sur les techniques de mobilisation, tant dans le domaine de la thérapie de la main que dans la thérapie manuelle contemporaine et dans la rééducation fonctionnelle. Des exercices analytiques permettant d'aborder de manière spécifique les structures à traiter peuvent être créés pour atteindre les objectifs thérapeutiques souhaités.

Les techniques de mobilisation sont axées sur les besoins mécaniques de chaque structure en fonction de leur état biologique et du moment où la lésion apparaît, offrant ainsi une grande variété d'applications de différentes intensités, allant des techniques actives en phase aiguë aux techniques appliquées à la rigidité basées sur les principes du Low load prolonged stretch (LLPS).

L'utilisation du plateau canadien facilite l'organisation du traitement grâce à des séquences d'exercices permettant d'optimiser les résultats de votre travail : elle améliore les performances de votre clinique en permettant de traiter simultanément différents patients sans nuire à la qualité du service. Elle améliore également les performances des séances. En effet, le patient pourra travailler plus longtemps sans que cela ne suppose pour autant plus de travail pour le thérapeute. Elle permet de personnaliser la thérapie grâce aux nombreuses possibilités d'ajuster le traitement qu'elle propose. Elle renforce l'autonomie des patients en leur donnant les outils leur permettant de faire les exercices de rééducation de manière plus autonome. Ce type de travail est le complément idéal pour effectuer un traitement en clinique mais aussi pour réaliser le traitement en ligne.

DATES ET INSCRIPTIONS

Pour connaître le programme et les des dates de sessions, se référer au site internet :

<http://www.formation-reeducation-ortheses-main-poignet.com>.

Les inscriptions se font directement sur le site ou par contact mail: isamms.formation@gmail.com.

Le nombre de participants est au minimum de 12, et maximum de 20.



TARIF

Formation sur 2 jours (14h) au tarif de 600€ H.T..

OBJECTIFS DE LA FORMATION

- 1- Être capable de réaliser un examen clinique complet de la main et du poignet en s'appuyant sur les connaissances anatomiques et biomécaniques acquises.
- 2- Être capable d'adapter les techniques de rééducation à la synthèse de l'examen réalisé.

PREREQUIS

- Etre kinésithérapeute DE
- Etre Ergothérapeute DE

DÉROULÉ PÉDAGOGIQUE

Étape 1 : Non présentielle - 1 heure

En amont de la formation présentielle : Connaissances anatomiques et biomécaniques élémentaires des régions de la main et du poignet. Réalisation d'un bilan des savoirs préexistants sur le thème proposé à partir d'une grille QCM.

Documents à remplir en ligne sur le site ISAMMS Formation avant le début de la formation présentielle.

Étape 2 : Formation présentielle - 2 jours

Journée 1 : matin

9h00 – 9h30 : Temps d'échange et de présentation des participants, permettant d'identifier les besoins et attentes de chaque participant

9h30 – 10h30 : La raideur de la main / Les techniques de mobilisation en thérapie de la main

10h30 – 12h : La mobilisation passive et la thérapie de la main

Journée 1 : après-midi

13h00 - 14h30 : Cinématique de la main

PAUSE

14h30 - 17h00 : Patho-cinématique de la main

Journée 2 : matin

8h30 - 9h00 : Tour de table : Échanges et questions diverses sur J1

9h00 - 10h00 : Séquences de mobilisation de la main

10h00 - 11h00 : Options techniques de la mobilisation instrumentale



11H00 – 12h : Techniques articulaires de base autour du poignet

Journée 2 : après-midi

13h00 - 14h00 : Techniques articulaires avancées autour du poignet

PAUSE

14h00 - 15h30 : Techniques articulaires autour des articulations métacarpophalangiennes

15h30 – 17h : Techniques articulaires autour des articulations interphalangiennes

17h00 – 17h 30 : Techniques articulaires autour du pouce

Les journées s'articulent entre temps théoriques et pratiques tout au long de la formation présentielle.

Étape 3 : Non présentielle - 1 heure

Reprise de la grille initiale pour évaluer les acquis post formation selon les mêmes indicateurs. À remplir en ligne sur le site ISAMMS Formation.

Suivi à distance par Dropbox avec études de cas cliniques afin d'évaluer la transposition des acquis à la pratique professionnelle (impact « externe » de la formation).

MÉTHODES PÉDAGOGIQUES

Méthode affirmative : expositive (en cours) et démonstrative (en atelier pratique). Les moyens pédagogiques sont variés et adaptés à la formation : cours atelier travail en groupe et en binôme, utilisation de power point, vidéos, dropbox...).

MÉTHODES D'ÉVALUATION

Bilan à chaud : à la fin de la formation présentielle (bilan de satisfaction des participants)
Grille QCM ou cas clinique en amont et en aval de la formation : pour mesurer les connaissances/compétences acquises lors de la formation.

A distance de la formation : étude des changements dans sa pratique par suivi Dropbox (questionnaire, étude de cas cliniques, lecture, revue...) Bilan à froid : dans les 3 mois suivant la fin de la formation- Retour d'expérience correspondant à l'impact externe de la formation.

ACCESSIBILITE

La formation est accessible aux personnes en situation de handicap.



Nous vous invitons à prendre contact avec nous afin de nous faire part de vos besoins en lien avec un éventuel handicap. Nous nous engageons à les étudier afin de vous faciliter l'accès à nos services (lieux, horaires, supports pédagogiques, autre...).

BIBLIOGRAPHIE

- 1.- Dufour Michel. Biomechanique Fonctionnelle. Membres Tête Tronc. Elsevier Inc; 2006.
- 2.- Kapandji I. Physiologie articulaire, 1. Membre supérieur. 5th ed. Maloine; 2000.
- ¹ Brand PW, Hollister AM. Clinical Mechanics of the hand. 3rd ed. St Louis Missouri: Mosby; 1999.
- 3.- Gerlac D, Histoire de la rééducation de la main en France, DIU Rééducation et appareillage en chirurgie de la main, Grenoble, 2003
- 4.- Cyriax J. The diagnosis of soft tissue lesions. Textbook of orthopædic medicine. Bailliere Tindall; 1982. p. 43–69.
- 5.- Fess EE. A History of splinting: To understand the present, view the past. J Hand Ther. 2002;15(June):97–132.
- 6.- Jones MA, Rivett D. Clinical reasoning for manual therapist. Butterworth Heinemann; 2004.
- 7.- Evans RB. Managing the injured tendon: Current concepts. Journal of Hand Therapy. 2012. p. 173–90.
- 8.- Flowers KR, LaStayo P. Effect of Total End Range Time on Improving Passive Range of Motion. J Hand Ther. Hanley & Belfus, Inc.; 1994 Jul ;7(3):150–7.
- 9.- Prosser R. Splinting in the management of proximal interphalangeal joint flexion contracture. J Hand Ther. Hanley & Belfus, Inc.; 1996 Oct;9(4):378–86.
- 10.- Brand PW. Mechanical Factors in Joint Stiffness and Tissue Growth. J Hand Ther. 1995;(June):91–6.
- 11.- Bell-Krotoski J a., Figarola JH. Biomechanics of Soft-tissue Growth and Remodeling with Plaster Casting. J Hand Ther. Hanley & Belfus, Inc.; 1995 Apr;8(2):131–7.
- 13.- Khan KM, Scott A. Mechanotherapy: how physical therapists prescription of exercise promotes tissue repair Br J Sports Med 2009;43:247–251
- 14.- Quilici V “Le plateau candien”. dans “Rééducation de la main et du poignet” Boutan M et al, Elsevier Masson, Ch 14 pp137-141
- 15.- Thomas D. Electrostimulation des muscles fléchisseurs des doigts et du poignet, proposition d’une nouvelle cartographie. Cah kinésithérapie. 1996;78(2):37–42.
- 16.- Sohier R, Haye M, Seel F. Du concept sohier a la biologie mecanogene, les fondements de la kiné analytique. kinésithérapie Sci. 2001;407:34–6.
- 17.- Maitland GD. Vertebral Manipulation . Elsevier Science; 2013.
- 18.- Kaltenborn FM. Fisioterapia manual extremidades. 10th ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España; 2001.
- 19.- Moseley L, Butler D Explain pain . Ed. Noigroup, 2003.
- 20.- Comerford MJ, Mottram SL. Functional stability re-training: principles and strategies for managing mechanical dysfunction. Manual Therapy. 2001 ; 6(1):3-14
- 21.- Riemann BL, Lephart SM. The sensorymotor system. Part 1: the joint physiologic basis of the functional joint stability. J athletic Training. 2002;37(1):71-79.
- 22.- Butler D, Mobilisation of the nervous system. 1st Ed Churchill Livingstone 2001.
- 23.- Shacklock M. Clinical Neurodynamics. 1st ed , Elsevier lim, 2007.
- 24.- Wehbé M, Tendon Gliding exercices. American Journal of Occupational Therapy. 1987.41(3):164-167
- 25.- Garcia-Elias M, Geissler WB. Carpal instability. Green’s operative hand surgery. 2005;1:535-604
- 26.- Salva-Coll G, Garcia-Elias M, Leon-Lopez MM, Llusà-Perez M, Rodríguez-Baeza A. Role of the extensor carpi ulnaris and its sheath on dynamic carpal stability. Journal of Hand Surgery (European Volume). 2012 Jul 1;37(6):544-8.