

LES TENDINOPATHIES DE L'ÉPAULE : ACTUALITES, MANAGEMENT THERAPEUTIQUE ET AUTONOMISATION DU PATIENT.

DURÉE

Deux jours en présentiel :
- 13 heures de formation

NOMBRE DE STAGIAIRES

- Minimum : 10
- Maximum : 20

FORMATEUR

Éric MARTIN, masseur-kinésithérapeute. Formateur épaule depuis 2012.

CONTEXTE ET ENJEUX

La transformation de notre société : vieillissement, sédentarité, travail spécifique, loisir, génère de plus en plus de pathologies de l'épaule. L'incidence des douleurs de l'épaule est de 10/1000. L'épaule douloureuse est un motif très fréquent de consultation en pratique médicale. Elle représente la 3e symptomatologie algique musculo-squelettique après les douleurs du dos et les douleurs cervicales. Les besoins de soins croissants nécessitent une prise en charge spécifique des tendinopathies de l'épaule. La mise en place de traitements actifs et l'autonomisation du patient permettra et une amélioration de la qualité de soins en accord avec les recommandations actuelles.

RESUME DE L'ACTION

Cette formation permet d'organiser et de maîtriser le bilan de l'épaule. Avec ces éléments et la connaissance de la physiopathologie actuelle le participant sera en capacité de poser un diagnostic kinésithérapique et, en accord avec les attentes du patient, le participant sera en capacité de construire un traitement actif en prenant en compte les recommandations actuelles. A tous les stades, la participation active du patient est requise.

OBJECTIFS GENERAUX

- Améliorer les pratiques dans une thématique, « **les tendinopathies de l'épaule** », atteintes de l'appareil musculo squelettique très fréquemment rencontrées dans l'activité quotidienne des MK ;
- Proposer une prise en charge qui permette une autonomie la plus rapide possible du patient ;
- construire un programme de soins avec la participation active du patient, aux différentes phases.
- Prévenir les récurrences grâce à un programme d'auto rééducation et de prévention en fin de traitement



**MAISON
DES
KINES**
INK FORMATION

Institut National de la Kinésithérapie
www.maisondeskines.com

> 3, rue Lespagnol - 75020 Paris
tél. : 01 44 83 46 71

secretariat@ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 116 30 75

OBJECTIFS SPECIFIQUES

Cette formation présentielle permettra aux kinésithérapeutes de :

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

CONTENU

- Contexte et anatomie
 - ✓ Connaître l'épidémiologie des tendinopathies de la coiffe des rotateurs.
 - ✓ Connaître l'organisation fonctionnelle de l'épaule.
 - ✓ Connaître la fonction de la coiffe des rotateurs.
- Le bilan
 - ✓ Connaître les éléments constitutifs permettant de réaliser une anamnèse.
 - ✓ Savoir observer une épaule en statique et en dynamique.
 - ✓ Savoir réaliser les tests spécifiques.
 - ✓ Savoir conduire les tests de modifications de symptômes (SSMP).
 - ✓ Connaître l'évaluation de la force musculaire.
 - ✓ Être capable de réaliser un score de Constant.
- Le renforcement musculaire
 - ✓ Connaître les principes généraux.
 - ✓ Les utiliser dans le cadre des pathologies de coiffe.
 - ✓ Produire des exercices pertinents.
- Physiopathologie
 - ✓ Identifier, reconnaître, comprendre la pathologie de la coiffe des rotateurs.
 - ✓ Gérer le management thérapeutique des tendinopathies de la coiffe des rotateurs.
 - ✓ Connaître et comprendre la chirurgie de la coiffe et des prothèses inversées avec leurs implications thérapeutiques.
- Proposition d'un programme de prévention.
 - ✓ Identifier les exercices de préventions.
 - ✓ Être capable de proposer des exercices de prévention adaptés aux patients
- Cas cliniques
 - ✓ Mise en applications des savoirs.
 - ✓ Construire des traitements à partir de cas cliniques.
 - ✓ Être capable de proposer des exercices d'auto-rééducation pertinents en fonction des différentes phases du traitement.

METHODES ET MOYENS PEDAGOGIQUES

Notre partie formation continue utilisera les standards de la pédagogie en formation d'adulte. Les savoirs et savoir-faire portant sur notre thématique ont énormément évolués au cours des dernières années. Les recommandations se sont-elles aussi développées et harmonisées permettant des consensus plus marqués de prise en charge.

Les stagiaires n'arrivent pas « vierges de savoirs », mais avec des savoirs souvent obsolètes. Afin de résoudre cette problématique, différentes méthodes pédagogiques sont employées en alternance, au fur et à mesure du déroulement de la formation :



**MAISON
DES
KINES**
INK FORMATION

Institut National de la Kinésithérapie
www.maisondeskines.com

> 3, rue Lespagnol - 75020 Paris
tél. : 01 44 83 46 71
secretariat@ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 116 30 75

Méthode participative - interrogative : les stagiaires échangent sur leurs pratiques professionnelles.

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 de mise en application pratique

Méthode active : les stagiaires reproduisent les gestes techniques, entre eux, par binôme.

Afin d'optimiser la mise en œuvre de ces méthodes, Les formateurs sont également inciter à utiliser au cours de la formation des outils favorisant l'interactivité et le travail collaboratif, tel que les applications **Kahoot**, et **poll everywhere**.

Les supports et matériels mis à disposition sont :

- Projection PPT du cours, supports de cours imprimés et / ou clé USB reprenant le PPT
- Tables et matériels de pratiques

Par ailleurs, la formation est ouverte aux professionnels de profils variés exerçant dans des structures libérales ou des institutions de santé, avec pour objectif de favoriser les échanges et les débats entre les stagiaires et discussions. Chaque stagiaire pouvant être contributeur de la formation du groupe.

METHODES D'EVALUATION DE L'ACTION PROPOSEE

- Questionnaire sur les pratiques professionnelles « pré » (pré-test) et « post formation » (post - test)
- Une analyse partagée des résultats du pré test est effectuée au cours des différents temps de la formation, avec analyse des écarts entre les réponses des participants et les réponses attendues en référence aux différentes recommandations
- Questionnaire de satisfaction immédiate
- Questionnaire à distance sur la satisfaction et le transfert des connaissances et compétences acquises en situation de soins

TEXTES DE REFERENCE

Recommandation de l'HAS :

- Recommandations de la Haute Autorité de Santé janvier 2008
- Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite ou de réadaptation après chirurgie des ruptures de coiffe et arthroplasties d'épaule Janvier 2008
- Synthèse des recommandations de la Haute Autorité de Santé janvier 2008
- Critères de qualité dans la prise en charge en kinésithérapie des épaules opérées novembre 2008
- Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR après chirurgie des ruptures de coiffe ou arthroplastie d'épaule janvier 2008
- Prise en charge chirurgicale des tendinopathies rompues de la coiffe des rotateurs de l'épaule chez l'adulte mars 2008
- Conduite diagnostique devant une épaule douloureuse de l'adulte non traumatique et prise en charge de la tendinopathie non rompue Octobre 2019

Bibliographie :

1.Andersson SH, Bahr R, Clarsen B, Myklebust G. Preventing overuse shoulder injuries among throwing athletes: a cluster-randomised controlled trial in 660 elite handball players. Br J Sports Med. juill 2017;51(14):1073-80.

2.Boettcher CE, Cathers I, Ginn KA. The role of shoulder muscles is task specific. J Sci Med Sport. nov 2010;13(6):651-6.

3. Cadogan A, McNair PJ, Laslett M, Hing WA. Diagnostic Accuracy of Clinical Examination and Imaging Findings for Identifying Subacromial Pain. PLoS One [Internet]. 9 déc 2016 [cité 8 avr 2020];11(12). Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5147961/>
4. Chalmers PN, Ross H, Granger E, Presson AP, Zhang C, Tashjian RZ. The Effect of Rotator Cuff Repair on Natural History: A Systematic Review of Intermediate to Long-Term Outcomes. JBJS Open Access. 29 mars 2018;3(1):e0043.
5. D'mello R, Eapen C, Shenoy M, Dineshbhai PV. The relationship between handgrip and rotator cuff muscle strength in shoulder pain: a cross-sectional study. International Journal of Therapy and Rehabilitation. 19 sept 2022;1-11.
6. Edwards P, Ebert J, Joss B, Bhabra G, Ackland T, Wang A. EXERCISE REHABILITATION IN THE NON-OPERATIVE MANAGEMENT OF ROTATOR CUFF TEARS: A REVIEW OF THE LITERATURE. Int J Sports Phys Ther. avr 2016;11(2):279-301.
7. Farooq MN, Mehmood A, Amjad F, Syed J. Shoulder pain and functional disability in type 1 diabetic patients: A cross-sectional survey. Pak J Med Sci. 2021;37(4):1211-4.
8. George SZ, Beneciuk JM, Lentz TA, Wu SS, Dai Y, Bialosky JE, et al. Optimal Screening for Prediction of Referral and Outcome (OSPRO) for Musculoskeletal Pain Conditions: Results From the Validation Cohort. J Orthop Sports Phys Ther. juin 2018;48(6):460-75.
9. Gismervik SØ, Drogset JO, Granviken F, Rø M, Leivseth G. Physical examination tests of the shoulder: a systematic review and meta-analysis of diagnostic test performance. BMC Musculoskelet Disord [Internet]. 25 janv 2017 [cité 23 nov 2019];18. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5267375/>
10. Greenspoon JA, Petri M, Warth RJ, Millett PJ. Massive rotator cuff tears: pathomechanics, current treatment options, and clinical outcomes. J Shoulder Elbow Surg. sept 2015;24(9):1493-505.
11. Hegedus EJ, Cook C, Lewis J, Wright A, Park JY. Combining orthopedic special tests to improve diagnosis of shoulder pathology. Phys Ther Sport. mai 2015;16(2):87-92.
12. Hickey D, Solvig V, Cavalheri V, Harrold M, Mckenna L. Scapular dyskinesis increases the risk of future shoulder pain by 43% in asymptomatic athletes: a systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med. janv 2018;52(2):102-10.
13. Hogan C, Corbett JA, Ashton S, Perraton L, Frame R, Dakic J. Scapular Dyskinesis Is Not an Isolated Risk Factor for Shoulder Injury in Athletes: A Systematic Review and Meta-analysis. Am J Sports Med. 19 nov 2020;0363546520968508.
14. Huri G, Kaymakoglu M, Garbis N. Rotator cable and rotator interval: anatomy, biomechanics and clinical importance. EFORT Open Rev. févr 2019;4(2):56-62.
15. Jeong J, Shin DC, Kim TH, Kim K. Prevalence of asymptomatic rotator cuff tear and their related factors in the Korean population. J Shoulder Elbow Surg. janv 2017;26(1):30-5.
16. Karjalainen TV, Jain NB, Heikkinen J, Johnston RV, Page CM, Buchbinder R. Surgery for rotator cuff tears. Cochrane Database Syst Rev. 9 déc 2019;12:CD013502.
17. Klintberg IH, Cools AMJ, Holmgren TM, Holzhausen ACG, Johansson K, Maenhout AG, et al. Consensus for physiotherapy for shoulder pain. Int Orthop. avr 2015;39(4):715-20.
18. Lähdeoja T, Karjalainen T, Jokihaara J, Salamh P, Kavaja L, Agarwal A, et al. Subacromial decompression surgery for adults with shoulder pain: a systematic review with meta-analysis. British Journal of Sports Medicine. 15 janv 2019;bjsports-2018-100486.

19. Littlewood C, Bateman M, Connor C, Gibson J, Horsley I, Jaggi A, et al. Physiotherapists' recommendations for examination and treatment of rotator cuff related shoulder pain: A consensus exercise. *Physiotherapy Practice and Research*. 1 janv 2019;40(2):87-94.
20. Minagawa H, Yamamoto N, Abe H, Fukuda M, Seki N, Kikuchi K, et al. Prevalence of symptomatic and asymptomatic rotator cuff tears in the general population: From mass-screening in one village. *J Orthop*. 26 févr 2013;10(1):8-12.
21. Moosmayer S, Tariq R, Stiris M, Smith HJ. The Natural History of Asymptomatic Rotator Cuff Tears: A Three-Year Follow-up of Fifty Cases. *The Journal of Bone & Joint Surgery*. juill 2013;95(14):1249-55.
22. Naimark M, Robbins CB, Gagnier JJ, Landfair G, Carpenter J, Bedi A, et al. Impact of smoking on patient outcomes after arthroscopic rotator cuff repair. *BMJ Open Sport Exerc Med*. 2018;4(1):e000416.
23. Pieters L, Lewis J, Kuppens K, Jochems J, Bruijstens T, Joossens L, et al. An Update of Systematic Reviews Examining the Effectiveness of Conservative Physiotherapy Interventions for Subacromial Shoulder Pain. *J Orthop Sports Phys Ther*. 15 nov 2019;1-33.
24. Reed D, Cathers I, Halaki M, Ginn KA. Shoulder muscle activation patterns and levels differ between open and closed-chain abduction. *J Sci Med Sport*. mai 2018;21(5):462-6.
25. Requejo-Salinas N, Lewis J, Michener LA, La Touche R, Fernández-Matías R, Tercero-Lucas J, et al. International physical therapists consensus on clinical descriptors for diagnosing rotator cuff related shoulder pain: A Delphi study. *Braz J Phys Ther*. 2022;26(2):100395.
26. Richardson E, Lewis JS, Gibson J, Morgan C, Halaki M, Ginn K, et al. Role of the kinetic chain in shoulder rehabilitation: does incorporating the trunk and lower limb into shoulder exercise regimes influence shoulder muscle recruitment patterns? Systematic review of electromyography studies. *BMJ Open Sport Exerc Med*. avr 2020;6(1):e000683.
27. Ryösä A, Laimi K, Äärimala V, Lehtimäki K, Kukkonen J, Saltychev M. Surgery or conservative treatment for rotator cuff tear: a meta-analysis. *Disabil Rehabil*. 2017;39(14):1357-63.
28. Sciascia A, Cromwell R. Kinetic chain rehabilitation: a theoretical framework. *Rehabil Res Pract*. 2012;2012:853037.
29. Seroyer ST, Nho SJ, Bach BR, Bush-Joseph CA, Nicholson GP, Romeo AA. The Kinetic Chain in Overhand Pitching. *Sports Health*. mars 2010;2(2):135-46.
30. Vandvik PO, Lähdeoja T, Ardern C, Buchbinder R, Moro J, Brox JI, et al. Subacromial decompression surgery for adults with shoulder pain: a clinical practice guideline. *BMJ*. 6 févr 2019;364:l294.
31. Wattanaprakornkul D, Cathers I, Halaki M, Ginn KA. The rotator cuff muscles have a direction specific recruitment pattern during shoulder flexion and extension exercises. *J Sci Med Sport*. sept 2011;14(5):376-82.
32. Wattanaprakornkul D, Halaki M, Cathers I, Ginn KA. Direction-specific recruitment of rotator cuff muscles during bench press and row. *Journal of Electromyography and Kinesiology*. déc 2011;21(6):1041-9.
33. Yamamoto A, Takagishi K, Osawa T, Yanagawa T, Nakajima D, Shitara H, et al. Prevalence and risk factors of a rotator cuff tear in the general population. *J Shoulder Elbow Surg*. janv 2010;19(1):116-20.



**MAISON
DES
KINES**
INK FORMATION

Institut National de la Kinésithérapie
www.maisondeskines.com

> 3, rue Lespagnol - 75020 Paris
tél. : 01 44 83 46 71

secretariat@ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 116 30 75

DEROULE PEDAGOGIQUE DE LA FORMATION

- 1^{ère} Journée.

09:00 – 09:30 : Accueil et échange autour des besoins en formation – Présentation de la formation.

09:30 – 10:30 : Le contexte, Anatomie fonctionnelle

10:30 – 12:30 : Questionnement et construction collaborative du bilan de l'épaule

12:30 – 14:00 : Pause déjeuner

14:00 – 16:00 : Apport théorique, critique des tests spéciaux, la modification de symptômes, évaluation de la force musculaire de la coiffe des rotateurs (Karen Ginn)

16:00 - 16:45: Le renforcement musculaire et programme de prévention des récives

16:45 - 17:00 : Evaluation formative (Kahoot)

- 2^{ème} Journée.

09:00 – 10:15 : Révision du bilan

10:15 – 12 :00 : Recherche collaborative et proposition d'exercice de la coiffe des rotateurs recherche et proposition d'exercice à réaliser en par le patient afin de le rendre autonome.

12 :00– 12 :30 : Physiopathologie

12:30 – 14:00 : Pause déjeuner

14:00 – 15 :00 : Physiopathologie et critères d'évaluation de fin de rééducation.

15:00 – 16 :30 : Mises en situation résolution collaborative de cas clinique construction de programmes d'auto-rééducation post soins

16:30 – 17:00 : Bilan de la formation – Evaluation de la formation.

SCENARIO PEDAGOGIQUE

• TITRE SEANCE • Objectifs • Présence /distance	Activités pédagogiques	Suivi et exploitation pédagogique des travaux / exercices / évaluations	Durée	Supports/ou tils	Consignes
SEANCE 1 : Le contexte L'anatomie de l'épaule ostéologie, myologie, anatomie fonctionnelle. <i>Objectifs pédagogiques (compétences)</i> ✓ Citer les muscles de l'épaule. ✓ Décrire leurs fonctions. ✓ Décrire les articulations et leurs interactions.	Activité 1 : Présentation des intervenants et leurs attentes.	Icebreaker.	20mn	Poll everywhere	Constitution de binômes et présentation Lecture du QR code Lister ses attentes par un mot.
	Activité 2 : Présentation du formateur ainsi que du plan chronologique de la formation.			10mn	Diaporama

	Activité 3 : Le contexte de l'épaule douloureuse.	Exposé. Apport théorique.	15mn	Diaporama	
	Activité 4 : Anatomie fonctionnelle.	Questionnement. Exposé. Apport théorique.	45mn	Diaporama	Dérivez le rôle de la coiffe des rotateurs.
<p>SEANCE 2 : Le bilan de l'épaule.</p> <p><i>Objectifs pédagogiques (compétences)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Construire un bilan. ✓ Organiser un bilan. ✓ Conduire une anamnèse. ✓ Observer un patient en statique et en dynamique. ✓ Utiliser des tests spécifiques. ✓ Avoir un regard critique. ✓ Évaluer les faiblesses musculaires. ✓ Proposer un diagnostic kiné. 	Activité 1 : travail collaboratif pour définir un bilan d'épaule complet.	Tableau collaboratif Organiser les résultats. Créer différents groupes (anamnèse, mobilité, tests, force, l'imagerie).	30mn	Tableau collaboratif post it.	Trouvez les éléments constitutifs du bilan de l'épaule.
	Activité 2 : après le travail collaboratif et réflexif de l'activité 1 créer 5 groupes de travail sur les thèmes ressorti	Travail réflexif et présentation.	2H00	Présentation orale devant les autres groupes.	Décrire le fond la forme avoir un regard critique présentation des résultats de chaque groupe.
	Activité 3 : construction d'un bilan judicieux et cohérent, en intégrant la production des apprenants aux données actuelles Introduction à la modification de symptômes.	Pratique du bilan à partir des apports théoriques (Exposé).	2H00	Diaporama	Pratique par binôme.
<p>SEANCE 3 : Le renforcement musculaire.</p> <p><i>Objectifs pédagogiques (Compétences)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Connaître les principes du renforcement musculaire. ✓ Connaître les effets de la fatigue musculaire sur l'espace sous acromiale. ✓ Identifier les critères de la bonne réalisation d'un exercice 	Activité 1 : Comment et pourquoi faire un renforcement adapté de la coiffe des rotateurs.	Exposé.	30mn	Diaporama	
	Activité 2 : Programme de prévention des récurrences Exercices d'autonomisations	Exposé	15mn	Diaporama Vidéo	

SEANCE 4 : Evaluation de la journée.	Evaluation formative en ligne via leur smartphone		15mn	Kahoot	Consignes et explications d'un Kahoot.
FIN DE LA PREMIERE JOURNEE 6 H 30					
SEANCE 5 : Révision du bilan.	Construction du bilan de l'épaule douloureuse de façon collaborative	Mise en situation Présentation par un apprenant et son cobaye d'une partie du bilan à l'ensemble du groupe.	1h15	Paper board	Rotation des apprenants et des cobayes.
<i>Objectifs pédagogiques (compétences)</i>					
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proposer un bilan. ✓ Organiser un bilan. ✓ Reproduire les tests. 					
SEANCE 6 : Proposition d'exercices.	Activité 1 : à partir de la consigne, proposer des exercices intégrant une progression logique.	Travail collaboratif par groupe de 3.	15mn		
<i>Objectifs pédagogiques (compétences)</i>					
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifier et appliquer les courses musculaires ✓ Identifier et appliquer les modes de contraction. ✓ Reconnaître les différentes fonctions de la coiffe. ✓ Proposer une progression d'exercices. ✓ Identifier l'exercice adapté. 	Activité 2 : présentation à l'ensemble des groupes du travail de l'activité 1 et justification de vos choix	Travail collaboratif. Correction collaborative. Discussion des choix. Autres propositions.	1H30	Présentation orale. Utilisation du matériel disponible (table, ballon, poids, élastique...).	L'animateur présente le travail et le cobaye fait les exercices.
SEANCE 8 : Physiopathologie des tendinopathies de l'épaule .	Activité 1 : Les 9 vérités sur les tendinopathies. Présentation de l'article de Peter Malliaras.	Exposé.	15mn	Diaporama	
<i>Objectifs pédagogiques (compétences)</i>					
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconnaître les symptômes. ✓ Comprendre la pathologie. ✓ Décrire la pathologie tendineuse. ✓ Décrire la chirurgie de la coiffe. ✓ Décrire la chirurgie des prothèses inversées. 	Activité 2 : Patho-étiologie <ul style="list-style-type: none"> • Tendinopathies calcifiantes. • Tendinopathies non rompues. • Tendinopathies rompues. 	Exposé.	30mn	Diaporama	
	Activité 3 : classification des tendinopathies.	Exposé.	15mn	Diaporama	
	Activité 4 : la chirurgie de la coiffe et de la prothèse inversée.	Travail réflexif et collaboratif global.	30mn	Diaporama vidéos	Echanges sur l'actualité chirurgicale de l'épaule



**MAISON
DES
KINES**
INK FORMATION

Institut National de la Kinésithérapie
www.maisondeskines.com

> 3, rue Lespagnol - 75020 Paris
tél. : 01 44 83 46 71
secretariat@ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 116 30 75

SEANCE 9 : cas cliniques. <i>Objectifs pédagogiques (Compétences)</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Adopter les mécanismes du raisonnement clinique. ✓ Construire un traitement et de justifier ses choix. ✓ Co-construction avec le patient un programme thérapeutique essentiellement actif ✓ Être capable de construire et de donner des exercices d'auto-rééducation. ✓ Construire un programme d'auto rééducation post soins adaptés. 	Activité 1 : Cas clinique 1 Proposition de traitement. Discussion.	Travail réflexif et collaboratif global. Mise en situation	45mn	Diaporama Vidéo	
	Activité 2 : Cas clinique 2 Proposition de traitement. Discussion.	Travail réflexif et collaboratif global. Mise en situation	45mn	Diaporama Vidéo	
SEANCE 10 : Evaluation de la formation.	Activité 1 : Evaluation formative en ligne via leur smartphone.		15mn	Kahoot	Consigne et explication d'un Kahoot
	Activité 2 : Synthèse et perspectives du management thérapeutique de l'épaule	Retour d'expérience de chacun et partage sur notre thème.	15mn	Poll everywhere	
FIN DE LA DEUXIEME JOURNEE 6H30, FIN DE LA FORMATION					

Nom :	Phase :	Patient :	Date :	Formulaire :
-------	---------	-----------	--------	--------------

Vous devez cocher une case en face de chacune des propositions faites dans ce document, en fonction de vos connaissances actuelles :

- O = OUI, la réponse est conforme

- N = NON, la réponse est non conforme

- NC = non concerné, ne pas cocher (valide une réponse fausse)

Vous n'avez pas eu de patient au cours des 2 derniers mois, ou vous n'avez pas d'expérience pour cette pathologie : répondez quand même par OUI ou NON en fonction de vos connaissances actuelles.

PHYSIO-PATHOLOGIE	OUI	NON	NC
01 - La première fonction de la coiffe est de réaliser les rotations de l'articulation gléno-humérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - Les lésions transfixiantes des tendons de la coiffe doivent toujours être réparées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - Le dentelé antérieur et le trapèze inférieur sont généralement moins actifs chez les patients atteints d'une tendinopathie de la coiffe que chez les sujets sains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 - Les courbures rachidiennes augmentées favorisent le conflit sous-acromial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 - La raideur du grand dorsal permet de diminuer le conflit sous-acromio-coracoïdien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIAGNOSTIC MASSO-KINESITHERAPIQUE	OUI	NON	NC
06 - Le score fonctionnel de Constant présente un intérêt lors de la réalisation du BDK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 - Des tests de mobilité spécifiques de l'articulation gléno-humérale permettent de savoir si la tête humérale est bien centrée sur la glène scapulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 - Les tests tendineux et de conflits font partie du BDK d'une épaule douloureuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 - Une dyskinésie de la scapula peut être une cause et/ou une conséquence d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Les contractures musculaires du petit pectoral et du subclavier ne doivent pas être recherchées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROTOCOLE DE TRAITEMENTS-REFERENTIELS	OUI	NON	NC
11 - La HAS recommande d'intégrer des techniques de renforcement musculaire lors des séances de rééducation dans la pathologie de la coiffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - La physiothérapie antalgique est recommandée pour traiter les tendinopathies de la coiffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - La bascule postérieure et la sonnette latérale de la scapula permettent de limiter le conflit sous-acromial lors de l'élévation du bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - Le trapèze supérieur doit être renforcé pour favoriser le mouvement d'élévation du bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - Les mouvements de rotations coude au corps provoquent des contraintes de cisaillement délétères dans le tendon du supra-épineux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TECHNIQUES PARTICULIERES DE TRAITEMENT	OUI	NON	NC
16 - Une manœuvre de recentrage gléno-huméral en chaîne cinétique fermée permet de corriger simultanément les trois composantes des décentrages de la gléno-humérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - La rééducation active de l'épaule selon le concept 3 c est précédée d'une phase de rééducation passive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - Les mobilisations passives visant à étirer la capsule postérieure de l'articulation gléno-humérale remplacent la correction du décentrage antérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 - Le travail de la coiffe dans sa globalité est bien toléré même en phase douloureuse, sous certaines conditions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - Il est possible de réaliser un recentrage gléno-huméral, un renforcement musculaire de la coiffe, du deltoïde, du trapèze inférieur et du dentelé antérieur, en ayant un effet antalgique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>