

Rééducation du Syndrome Dououreux Régional Complexe de type 1 et éducation thérapeutique pour une meilleure autonomie du patient

DURÉE

Deux jours en présentiel :
- 14 heures de formation

NOMBRE DE STAGIAIRES

- Minimum : 10
- Maximum : 20

FORMATEUR

Claude LE LARDIC, Masseur Kinésithérapeute, Orthésiste, Formateur

CONTEXTE et ENJEUX :

Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) ou algodystrophie est une complication d'un traumatisme, parfois même minime, avec des conséquences très importantes sur l'autonomie du patient. Il touche plus souvent les personnes âgées (moyenne 51-75 ans).

Il existe toujours des mythes et croyances sur ce syndrome, parfois retransmis par des soignants. Il est important d'expliquer au patient la physiopathologie, les avancées médicales et les traitements adaptés aux symptômes., alors que les conséquences fonctionnelles, et les séquelles peuvent être très importantes.

Un consensus existe pour reconnaître l'importance de la rééducation fonctionnelle pour les personnes souffrant d'un SDRC. Il faut prendre en charge très rapidement ces patients afin qu'ils ne s'enferment pas dans leur douleur. L'éducation thérapeutique du patient va diminuer ses doutes et ses craintes, et lui permettre de participer activement à son traitement.

Le rééducateur doit par des techniques appropriées conserver ou restaurer la fonction. L'apprentissage d'une gymnastique douce empêche les raideurs capsulaires, améliore la trophicité de la région atteinte et progressivement apporte une diminution de la douleur.

RÉSUMÉ :

Cette formation abordera la physiologie du système nerveux central et autonome, la fonction des neurotransmetteurs, pour comprendre les dysfonctionnements biologiques et physiques de l'algodystrophie.

Elle évoquera les différents traitements médicaux et paramédicaux.

Elle permettra d'étudier chaque symptôme du Syndrome Dououreux Régional Complexe (SDRC), et d'adapter le traitement à chaque stade de la pathologie, et à chaque spécificité des régions atteintes.

L'enseignement se centrera sur le diagnostic kinésithérapique, sur les bilans de la douleur et des dysfonctionnements. Il expliquera le raisonnement clinique pour élaborer l'arbre décisionnel des soins. Il développera les techniques appropriées à chaque étape du syndrome et à chaque spécificité en fonction de la région atteinte. Les techniques d'Imagerie et de thérapie miroir pour influencer sur la plasticité cérébrale seront mises en pratique.

L'éducation thérapeutique incitera le patient à lutter contre l'exclusion du mouvement et de la fonction, le guidera dans le traitement de sa douleur. A la phase de la diminution, voire de la disparition de la douleur, l'auto-rééducation et l'apprentissage d'une gymnastique globale lui permettra de retrouver son autonomie plus rapidement. Un programme de fin de traitement sera co-construit et proposé au patient.

OBJECTIFS GENERAUX

- Améliorer les pratiques dans une thématique, « LE SYNDROME DOULOUREUX COMPLEXE de TYPE 1 », qui englobe des atteintes de l'appareil musculo squelettique très fréquemment rencontrées dans l'activité quotidienne des MK et source de séquelles fonctionnelles importantes ;
- Proposer une prise en charge qui permette une autonomie la plus rapide possible du patient dans cette pathologie particulière qui favorise un certain « désengagement du patient » ;
- Construire un programme de soins adapté aux spécificités des atteintes et de la région intéressée, toujours en sollicitant la participation active du patient, aux différentes phases.
- Prévenir les récurrences, et limiter les séquelles grâce à un programme d'auto rééducation et de prévention en fin de traitement

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Comprendre le SDRC : physiologie du système nerveux central et autonome, rôle des neurotransmetteurs. Physiopathologie et conséquences sur la fonction corporelle.
- Lister les traitements associés
- Bilanter les différents symptômes du SDRC
- Mettre en place un arbre décisionnel pour le choix et la mise en œuvre des techniques de rééducation les plus appropriées en fonction des symptômes et de la région atteinte :
- Les actions sur la plasticité cérébrale par l'imagerie, la thérapie miroir, la neurostimulation.
- Les mobilisations aidées et gymnastique douce
- L'ergothérapie
- Faciliter l'autonomisation du patient, en développant l'éducation thérapeutique :
 - Motiver le patient, solliciter son adhésion au traitement
 - Apprentissage de l'auto-rééducation avec des exercices en complément des séances
 - Proposer des Aides techniques pour aider la fonction
 - Expliquer la surveillance et l'adaptation des orthèses indiquées (statiques ou dynamiques)
 - Proposer un programme d'auto rééducation de fin de traitement

➤ 3 rue Lespagnol
75020 PARIS

tél : 01 44 83 46 71

secretariat@ink-formation.com
www.ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 489 83 75
ce numéro ne vaut pas agrément de l'état
Libeller les chèques à l'ordre de sarl INK



INSTITUT NATIONAL
DE LA KINÉSITHÉRAPIE

Contenu	Objectifs	Durée	Supports et méthodes pédagogiques	Ratio formateur /apprenant
1er jour matinée : 9H00 - 12H30				
Accueil des participants Présentation de la formation	Présentation du programme et de ses objectifs Définir les attentes des participants	30 mn	Tour de table	30/70
1^{ère} partie : Épidémiologie du SDRC <ul style="list-style-type: none"> • Incidences sociales et financières • Historique de l'algodystrophie • Définitions et critères de Budapest (IASP) • Étiologie du syndrome 	Connaître les contextes et enjeux	60 mn	PowerPoint Méthode expositive	80/20
2^{ème} partie : <ul style="list-style-type: none"> • Le système nerveux central • Le système nerveux périphérique • Le système nerveux autonome 	Maîtriser les éléments de physiologie qui ont une incidence sur les techniques de rééducation	60 mn	PowerPoint Vidéo Méthode expositive	80/20
3^{ème} partie : <ul style="list-style-type: none"> • Physiopathologie du SDRC <ul style="list-style-type: none"> - Physiologie de la douleur - Symptomatologie : douleur, raideur articulaire, troubles trophiques et sensitifs 	Comprendre les dysfonctions liées au SDRC pour mieux adapter les soins	60 mn	PowerPoint Méthode expositive Vidéo	80/20
1er jour après-midi : 14H00 - 17H30				
4^{ème} partie : <ul style="list-style-type: none"> • Les différents traitements • La chaîne thérapeutique (les différents soignants) • Les examens médicaux appropriés • Accès multidisciplinaires et parcours des soins 	Faire le point sur les traitements validés	30 mn	PowerPoint Méthode expositive Vidéo	60/40
5^{ème} partie : <ul style="list-style-type: none"> • Recommandations diagnostique et prises en charge thérapeutiques • Informations à donner au patient 	Connaître les recommandations Favoriser l'autonomisation du patient en le faisant adhérer à sa pris en charge	30 mn	PowerPoint Méthode expositive	80/20



INSTITUT NATIONAL
DE LA KINÉSITHÉRAPIE

Contenu	Objectifs	Durée	Supports et méthodes pédagogiques	Ratio formateur /apprenant
<p><i>6ème partie :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Éducation thérapeutique du patient <ul style="list-style-type: none"> - Explication du syndrome - Pronostic de la maladie - Auto-évaluation de la douleur et de la fonction - Conseils et surveillance des traitements prescrits - La chaine thérapeutique : à qui doit-il s'adresser - Orientation du patient vers des aides psycho-sociales - Information de l'entourage du patient - Aides techniques (orthèses et ergothérapie) 	<p>Favoriser l'autonomisation du patient en le faisant adhérer et participer à sa prise en charge (Suite)</p> <p>Mettre le patient au centre des soins</p> <p>Lui fournir un ensemble d'informations utiles que ce soit sur les techniques ou sur les conséquences de la pathologie</p>	45 mn	Tour de table Méthode expositive	40/60
<p><i>7ème partie :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Les bilans adaptés au SDRC <ul style="list-style-type: none"> - Douleur - Mobilité - Trophicité - Sensibilité - Les questionnaires d'évaluations fonctionnelles - L'auto-évaluation 	<p>Évaluer, mesurer les dysfonctions pour mieux les prendre en charge</p> <p>Donner au patient les moyens de s'évaluer</p>	90 mn	Mise en pratique	40/60
Contenu	Objectifs	Durée	Supports et méthodes pédagogiques	Ratio formateur /apprenant
<i>2ème jour matinée : 9H00 - 12H30</i>				
Accueil des participants et tour de table des interrogations de la veille	Questions / retour sur la journée précédente	30 mn	Tour de table	30/70



INSTITUT NATIONAL
DE LA KINÉSITHÉRAPIE

Contenu	Objectifs	Durée	Supports et méthodes pédagogiques	Ratio formateur /apprenant
<p><i>8ème partie :</i> LA RÉÉDUCATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Choix des techniques kinésithérapiques et physiothérapiques : <p>Massage - mobilisation - mouvements gymniques</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'ergothérapie - Les orthèses, les aides techniques - Le schéma corporel : Imagerie - Imagerie Miroir – Vibrations - Hypnose (autosuggestion) 	<p>Maitriser les spécificités de la pathologie pour mieux adapter les techniques de la prise en charge en fonction des éléments du bilan</p>	120 mn	Tour de table PowerPoint	80/20
<ul style="list-style-type: none"> • Rééducations spécifiques au SDRC : <p>Techniques de massage et automassage La mobilisation et l'auto-mobilisation Physiothérapie adaptée et apprentissage au patient</p> <p>Protocole exercices graduels (en fonction de la douleur)</p> <p>Protocole PEPT (exercices physiques sans tenir compte de la douleur)</p>	<p>Savoir adapter les techniques de prise en charge</p> <p>Favoriser l'autonomisation du patient</p> <p>Apprendre l'auto-rééducation</p>	60 mn	Brainstorming PowerPoint Méthode expositive	80/20
2 ^{ème} jour après-midi : 14H00 - 17H30				
<p><i>9ème partie :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en pratique des techniques de rééducation - Pour le membre supérieur - Pour le membre inférieur 	<p>Maitriser les techniques de rééducation et d'auto-rééducation en fonction des spécificités de chaque régions anatomiques</p>	1h30	Travaux pratiques par petits groupes	10/90



INSTITUT NATIONAL
DE LA KINÉSITHÉRAPIE

Contenu	Objectifs	Durée	Supports et méthodes pédagogiques	Ratio formateur /apprenant
<ul style="list-style-type: none"> Le programme de fin de traitement 	Proposer au patient un programme de fin de prise en charge pour les éventuelles séquelles	30 mn	Méthode expositive	80/20
<p><i>10ème partie :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Vignettes cliniques : Les arbres décisionnels 	Favoriser le transfert des savoirs acquis en situation de soins, à travers l'analyse partagée de plusieurs cas cliniques qui « balayent » les différents tableaux cliniques possibles et les stratégies de prise en charge rééducative et d'auto rééducation qui correspondent.	60mn	Brainstorming et analyse partagée modération par le formateur	10/90
Conclusion synthèse de la formation	Reprendre les éléments principaux de la prise en charge	30mn	Méthode expositive	90/10

MÉTHODES PÉDAGOGIQUES MISES EN OEUVRE

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 évolué 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 :

- 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 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**.

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 masseurs-kinésithérapeutes 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.

MÉTHODES D'ÉVALUATION DE L'ACTION PROPOSÉE

- 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

BIBLIOGRAPHIE

1. ADAM P. Place de l'électrothérapie dans la prise en charge du SDRC de type I. Kinésithérapie Scientifique 2014 : 552 : P 27-32
2. AÏM F, KLOUCHE S, FRISONA, BAUER T, HARDY P. ; Efficacy of vitamin C in preventing complex regional pain syndrome after wrist fracture: A systematic review and meta-analysis. Orthop Traumatol Surg Res. 2017 May;103(3):465-470. doi: 10.1016/j.otsr.2016.12.021. Epub 2017 Mar 4. Review.



INSTITUT NATIONAL
DE LA KINÉSITHÉRAPIE

3. ARANDA G. Le programme d'imagerie motrice. Nouvelle approche dans la rééducation du SDRC. *Kinésithérapie Scientifique* 2014 : 552 : P 33-39
4. BARNHOORN K., STAAL J B., Van DONGEN R., FRÖLKE JP, KLOMP F., Van de MEENT H., ADANG E., NIJHUIS van der SANDEN M. Pain Exposure Physical Therapy versus conventional treatment in complex regional pain syndrome type 1—a cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 2018, Vol. 32(6) 790–798
5. BARNHOORN K., Van de MEENT H., Van DONGEN R., KLOMP F., GroENEWOUD H., SAMWEL H., NIJHUIS van der SANDEN M., FRÖLKE JP., STAAL J B. Pain exposure physical therapy (PEPT) compared to conventional treatment in complex regional pain syndrome type 1: a randomised controlled trial. *BMJ OPEN* December 2015, <https://bmjopen.bmj.com/>.
6. BENSIGNOR M, DUCROT P. Algodystrophies et syndromes apparentés : prise en charge thérapeutique. *Le praticien en anesthésie – réanimation*, 1997, 1, 2 : P 89-94
7. BESSE JL, GADEYNE S, GALAND-DESMÉ S, LERATJL, MOYEN B., Effect of vitamin C on prevention of complex regional pain syndrome type I in foot and ankle surgery. *Foot Ankle Surg.* 2009;15(4):179-82. doi: 10.1016/j.fas.2009.02.002. Epub 2009 Apr 5.
8. BOUHARISSA D, ATTAL N, ALCHAAR H, BOUREAU F, BROCHET F, BRUXELLE J, CUNIN G, FERMUNIAN J, GINIES P, GRUN-OVERDYKING A, JAFARI-SCHLUEP H, LANTERI-MINET M, LAURENT B, MICK G, SERRIE A, VALADE D, VICAUT E. Comparaison de syndromes algiques liés à des lésions neurologiques ou somatiques et mise au point d'un nouveau questionnaire diagnostique de la douleur neuropathique (DN4). *PAIN, journal of the IASP* ; Vol 114, n°162, Mars 2005.
9. BREGER STANTON DE, LAZARO R, MACDERMISD JC. A systematic review of the effectiveness of contrast baths. *Journal of Hand Therapy.* 2009 Jan-Mar;22(1): P 57-69
10. BREIVIK H. . Complex Regional Pain Syndrome : Hoh risk of CRPS after trauma in another limb in patients who already have CRPS in one hand or foot: lasting changes in neural pain modulating systems? *Scand J Pain.* 2017 Jan;14:82-83. doi: 10.1016/j.sjpain.2016.11.013. Epub 2016 Dec 9
11. BRINCAT R. The impact of Complex Regional Pain Syndrome Type I on the Individual's Occupational Performance. *British Journal of Hand Therapy* 2004 vol 9 N°3. P 96-104
12. DEGEZ F, REDONDO P. Physiothérapie spécifique à la rééducation de la main : la fluidisation et l'hydromassage à billes. *Rééducation de la main et du poignet. Anatomie fonctionnelle et techniques.* Elsevier Masson 2013. P 123-126
13. DELAQUAIZE F. Réorganisation corticale post-traumatique et plasticité cérébrale. *Rééducation de la main et du poignet. Anatomie fonctionnelle et techniques.* Elsevier Masson. Ed 2013. P 187-201
14. DIDIERJEAN A. Aspect psychologique de la dystrophie réflexe. *L'algodystrophie de la main.* Spinger Verlag France.1995. P 19-22
15. DODANE E., CHRISTOPHE L., JACQUIN-COURTOIS S., ROSSETTI Y. : Altération des référentiels spatiaux dans le SDRC : nouveaux concepts et perspectives thérapeutiques. *Kinésithérapie Scientifique* 2014 ; 552 : P11-16
16. ELOMAA M., HOTTAA J., C DE C WILLIAMS A, FORSS N., ÄYRÄPÄÄ A., KALSO E., HARNON H., Symptom reduction and improved function in chronic CRPS type 1 after 12-week integrated, interdisciplinary therapy. *Scand J Pain.* 2019 Apr 24;19(2):257-270. doi: 10.1515/sjpain-2018-0098.
17. FERNANDEZ JC. Œdème traumatique de la main et du membre supérieur. *Rééducation de la main et du poignet. Anatomie fonctionnelle et techniques.* Elsevier Masson 2013. P 85-87
18. FERNANDEZ JC, THEYS S. Drainage lymphatique manuel et algodystrophie. *L'algodystrophie post-traumatique des membres.* SPEK 2002. P 95-107
19. GAY A., INIESTA A., DEGARDIN N., PHILANDRIANOS C., BERTRAND B., LEGRE R. Syndrome Régional Complexe. *Cours européen de pathologie chirurgicale du membre supérieur et de la main – 2015.* Sauramps Médical : P 221-237
20. GIERTHMÜHLEN J., BINDER A., BARON R., Mechanism-based treatment in complex regional pain syndromes. *Nat Rev Neurol.* 2014 Sep;10(9):518-28. doi: 10.1038/nrneurol.2014.140. Epub 2014 Aug 19. Review.
21. Groupe de projet spécifique (GPS) de la SFETD. Recommandations diagnostiques et de prise en charge thérapeutique des syndromes douloureux régionaux complexes : les recommandations de Lille
22. Diagnostic Recommendations and Treatment Management for Complex Regional Pain Syndromes: the Lille Recommendations
23. GRUNERT N, HUFSCHEMID U, SANTSCHE L, GRUNERT J. Mirror Therapy in hand rehabilitation: A review of the literature. *The St Gallien protocol for Mirror Therapy and evaluation of a case series of 52 patients.* *British Journal of Hand Therapy* 2008 vol 13 n°1. P 4-11

3 rue Lespagnol
75020 PARIS

tél : 01 44 83 46 71

secretariat@ink-formation.com
www.ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 489 83 75
ce numéro ne vaut pas agrément de l'état
Libeller les chèques à l'ordre de sarl INK



INSTITUT NATIONAL
DE LA KINÉSITHÉRAPIE

24. H.A.S. Recommandations professionnelles Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Consensus formalisé. HAS argumentation Décembre 2008
25. H.A.S. Référentiel d'auto-évaluation des pratiques professionnelles en masso-kinésithérapie. Janvier 2006
26. JANSEN RG, SCHWARTZ DA, VELLEMAN PF. A randomized controlled study of contrast baths on patients with carpal tunnel syndrome *Journal of Hand Therapy*. 2009 Jul-Sep; 22(3): P202-207
27. LAHALLE S. SDRC de type I : Clinique et examens complémentaires. *Kinésithérapie Scientifique* 2014 ; 552 : P 5-9
28. LE LARDIC C. Rééducation du SDRC de type I. *Kinésithérapie Scientifique* 2014 ; 552 : P 17-25
29. LINNMAN C., BECERRA L., BORSOOK D., Inflaming the Brain: CRPS a model disease to understand Neuroimmune interactions in Chronic Pain. *J Neuroimmune Pharmacol*. 2013 Jun;8(3):547-63. doi: 10.1007/s11481-012-9422-8. Epub 2012 Nov 29. Review.
30. MELZACK R. Pain measurement and assessment. Ed Melzack, Raven Press, New York 1983.
31. MOSELEY GL, HERBERT RD, PARSONS T, LUCAS S, HILTEN JJ, MARINUS J. Intense pain soon after fracture strongly predicts who will develop complex regional pain syndrome: prospective cohort study. *J Pain*. 2014 Jan; 15(1), P 16-23
32. MOSELEY GL. Graded motor imagery is effective for long-standing complex regional syndrome: a randomized controlled trial. *Pain* 2004. P 192-198
33. PACHAM T., HOLY J., Mechanism-specific rehabilitation management of complex regional pain syndrome: Proposed recommendations from evidence synthesis. *J Hand Ther*. 2018 Apr - Jun;31(2):238-249. doi: 10.1016/j.jht.2018.01.007. Epub 2018 Feb 13. Review.
34. PACHAM TL., SPICHER C.J. MACDERMID J.C., MIICHLOVITZ S., BUCKLEY D.N.
35. Somatosensory rehabilitation for allodynia in complex regional pain syndrome of the upper limb: A retrospective cohort study. *J Hand Ther*. 2018 Jan - Mar;31(1):10-19. doi: 10.1016/j.jht.2017.02.007. Epub 2017 Mar 24.
36. QUESNOT A ; RIBINIK P. BLARROIS B. Prise en charge par la kinésithérapie des patients présentant des douleurs neuropathiques. Douleur provoquée par les soins, 4ème journée du CNRD – 16 octobre 2009. www.cnrdr.fr › Journées du CNRD › 2009
37. ROLL JP. Rééducation proprioceptive par vibration tendineuse. *Profession Kinésithérapeute* n° 23, 2009. P 11-16
38. RUSSO M., GEORGIUS P., SANTARELLI D.M., A new hypothesis for the pathophysiology of complex regional pain syndrome. *Med Hypotheses*. 2018 Oct;119:41-53. doi: 10.1016/j.mehy.2018.07.026. Epub 2018 Jul 29.
39. SMART KM, WAND BM, O'CONNELL NE. .Physiotherapy for pain and disability in adults with complex regional pain syndrome (CRPS) types I and II. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Feb 24;2:CD010853. doi: 10.1002/14651858.CD010853.pub2. Review.
40. TANG C., TAI WL., YAO W., ZHAO B., HONG J., SHI S., WANG S., XIA Z., Sex differences in complex regional pain syndrome type I (CRPS-I) in mice. *J Pain Res*. 2017 Jul 31;10:1811-1819. doi: 10.2147/JPR.S139365. eCollection 2017.
41. THOMAS D. Prise en charge rééducative du SDRC de type I. Rééducation de la main et du poignet. Anatomie fonctionnelle et techniques. Elsevier Masson 2013. P 297-208
42. TORTA DM, LEGRAIN V, ROSSETTI Y, MOURAUX A., Prisms for pain. Can visuo-motor rehabilitation strategies alleviate chronic pain? *Eur J Pain*. 2016 Jan;20(1):64-9. doi: 10.1002/ejp.723. Epub 2015 Jun 11. Review.
43. WATSON HK, CARLSON L. Treatment of reflex sympathetic dystrophy of the hand with an active « stress loading » program. *Journal of Hand Surgery* 1987; 12 A. P 779-785

➤ 3 rue Lespagnol
75020 PARIS

tél : 01 44 83 46 71

secretariat@ink-formation.com
www.ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 489 83 75
ce numéro ne vaut pas agrément de l'état
Libeller les chèques à l'ordre de sarl INK



INSTITUT NATIONAL
DE LA KINÉSITHÉRAPIE

Grille d'évaluation pré / post formation

INK - 01/03/2023		Syndromes Dououreux Régionaux Complexes			1
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.

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 01 - Au cours d'une rééducation, décelez-vous à coup sûr une complication algogène ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 - Le DN4 permet de mettre en évidence un SDRC ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 - Changez-vous le protocole initial de rééducation lors d'une survenue d'un SDRC ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 - Le SDRC est-il une complication inhérente à un profil psychologique du patient ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05 - Est il nécessaire de s'assurer de l'observance du patient ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06 - Adaptez-vous un programme de rééducation spécifique selon la phase de l'algodystrophie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07 - Le repos est indiqué en dehors des séances ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 08 - Utilisez-vous La rééducation cognitive systématiquement dans le traitement du SDRC ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 09 - La méthode du miroir et le protocole de Moseley sont-ils applicables en même temps ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 - Utilisez-vous le DLM dans le traitement de l'oedème chez les personnes algodystrophiques ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 - Utilisez-vous de préférence la mobilisation passive pour lutter contre les rétractions capsulaires ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 - Est il souhaitable que le patient s'auto évalue aux différents stades de l'évolution ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 - Utilisez-vous parfois la Stimulation Transcutanée Antalgique comme analgésiant ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 - Faut-il conseiller les bains alternés dans le traitement des perturbations vasomotrices du SDRC ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 - Préconisez-vous les postures par orthèses pour empêcher les raideurs articulaires ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 - Une fiche d'exercice doit être distribuée en fin de traitement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

➤ 3 rue Lespagnol
75020 PARIS

tél : 01 44 83 46 71

secretariat@ink-formation.com
www.ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 489 83 75
ce numéro ne vaut pas agrément de l'état
Libeller les chèques à l'ordre de sarl INK