



Raisonnement clinique et démarche thérapeutique dans les troubles de la sensibilité du membre supérieur

FORMATEUR :

Alexandra Perret MK DE / Orthésiste

DUREE

Formation de 2 jours + 2 jours en présentiel

DESCRIPTION

De nos jours, les aspects sensitifs en rééducation ne se cantonnent plus uniquement à gérer des troubles affectant l'interaction avec son environnement de type hypoesthésie mais ouvrent de réelles stratégies thérapeutiques. Les connaissances et recherches actuelles ont permis d'analyser et de comprendre de nouvelles étiologies entraînant pertes de mobilités et douleur. Les cibler dans nos prises en charges permet sinon de débloquer certaines situations douloureuses, d'améliorer et d'ainsi accélérer la récupération de nos patients.

Cette double formation vise à apporter aux rééducateurs :

- Dans le module 1 :

- Les fondamentaux de l'examen sensitif : évaluation de l'hypoesthésie, de la dysesthésie, et de l'allodynie mécanique statique rencontrés lors de lésions axonales et à en tirer une synthèse qui l'orientera vers des techniques de prise en charge adaptées.
- La rééducation sensitive ciblée à proposer.

- Dans le module 2 :

- Les moyens de réaliser des diagnostics différentiels plus poussés de la mécanosensitivité, des névromes jusqu'aux troubles d'origine centrale, en comprenant leur action sur la mobilité et le ressenti douloureux.
- Aborder de nouveaux outils thérapeutiques tels le taping, la dermoneuromodulation, les vibrations et des techniques ciblant le central.
- Fort de l'ensemble de ces outils diagnostiques et thérapeutiques, permettre une compréhension et une prise en charge « sur-mesure » de nos patients SDRC.

DATES ET INSCRIPTIONS

Il est possible de s'inscrire à un ou deux modules.

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

<https://www.iftm-btz.com/formationsreeducationorthesemainpoignet.html>

Les inscriptions se font directement sur le site ou par contact mail secretariat@iftm-btz.com.

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



TARIF

Formation sur 2 jours au tarif de 550€ H.T..

Pour les 2 modules : 1000€ H.T

ACCESSIBILITE

Toutes nos formations sont accessibles aux personnes en situation de handicap. Nous vous invitons à prendre contact avec nous afin de nous faire part de vos besoins. Nous nous engageons à les étudier afin de vous faciliter l'accès à nos services (lieux, horaires, supports pédagogiques, autre...).

Contact :

secretariat@iftm-btz.com

06 33 24 55 21

OBJECTIFS DE LA FORMATION

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

PREREQUIS

-Etre kinésithérapeute DE

-Etre Ergothérapeute DE

- **Inscription uniquement au module 2** : avoir suivi la formation initiale (antérieure à 2024) **Raisonnement clinique et démarche thérapeutique dans les troubles de la sensibilité du membre supérieur** avec Alexandra Perret, avoir suivi le module 1 ou être formé à cette pratique



DÉROULÉ PÉDAGOGIQUE

Étape 1 : Non présentielle - 1 heure

En amont de la formation présentielle : Connaissances anatomiques élémentaires des principaux territoires sensitifs du membre supérieur. 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 + 2 jours

MODULE 1 :

Journée 1 : matin

8h30 - 9h00 : Temps d'échange et de présentation des participants, permettant d'identifier les besoins et attentes de chaque participant

9h00 - 10h00 : Rappels anatomiques et de physiopathologie des différentes atteintes sensitives de lésion axonale du membre supérieur.

PAUSE

10h15 - 13h00 : Examen clinique de la sensibilité (théorie et pratique) : Évaluation des signes et symptômes, bilan, diagnostics différentiels, algorithmes décisionnels.

Journée 1 : après-midi

14h00 - 15h30 : Synthèse de l'examen clinique - raisonnement clinique et pratiques

PAUSE

15h45 - 17h30 : Pratique : bilan et rééducation des troubles sensitifs de base

Journée 2 : matin

8h30 - 9h00 : Tour de table : Échanges et questions diverses / J1 9h00 - 10h00 : Rappels d'anatomie et de physiopathologie des différentes atteintes sensitives du membre supérieur (allodynie mécanique statique)

PAUSE

10h15 - 13h00 : Examen clinique de la sensibilité (théorie et pratique)

Journée 2 : après-midi

14h00 - 15h30 : Synthèse de l'examen clinique - raisonnement clinique - pratiques

PAUSE

15h45 - 17h30 : Analyse de cas pratiques, Pratiques bilan et rééducation dans le cadre de l'allodynie mécanique statique.

MODULE 2 :

Journée 1 : matin

8h30 - 9h00 : Temps d'échange et de présentation des participants, permettant d'identifier les besoins et attentes de chaque participant

9h00 - 10h00 : Rappels anatomiques et de physiopathologie dans le cadre de la mécanosensibilité, de la peau et de son contenu (Cicatrices, Terminaisons libres, axones...) du membre supérieur.

PAUSE

10h15 - 13h00 : Examen clinique de la mécanosensibilité et du névrome (théorie et pratique) : Évaluation des signes et symptômes, bilan, diagnostics différentiels, algorithmes décisionnels.



Journée 1 : après-midi

14h00 - 15h30 : Synthèse de l'examen clinique - Les outils thérapeutiques dans les troubles de la mécanosensitivité et des névromes

PAUSE

15h45 - 17h30 : Pratique : bilan et rééducation des troubles de la mécanosensitivité : taping, dermoneuromodulation ...et des névromes : désensibilisation ...

Journée 2 : matin

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

9h00 - 10h00 : Rappels d'anatomie et de physiopathologie des douleurs centrales et du SDRC

PAUSE

10h15 - 13h00 : Examen clinique du SDRC (théorie et pratique)

Journée 2 : après-midi

14h00 - 15h30 : Synthèse de l'examen clinique - raisonnement clinique - pratiques

PAUSE

15h45 - 17h30 : Analyse de cas pratiques, Pratiques bilan et rééducation dans le cadre du SDRC

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 [IFTM](#).

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, ateliers, travail en groupe et en binôme, utilisation de power point, menti, 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



BIBLIOGRAPHIE LIVRES

- A.S.H.T Clinical Assessment Recommendations, 3rd Edition
G. Lundborg, Nerve injury and repair regeneration, reconstruction, and cortical remodeling. Philadelphia, Pa.: Elsevier/Churchill Livingstone, 2004.
D. Purves, G. et al., Neurosciences. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur, 2015.
Spicher, C. J. et al. Atlas of Cutaneous Branch Territories for the Diagnosis of Neuropathic Pain. Springer International Publishing, 2020.
Spicher C. et al., Douleurs neuropathiques : évaluation clinique et rééducation sensitive : des troubles de base aux complications des troubles de la sensibilité cutanée. Montpellier: Sauramps médical, 2020.
Wall and Melzack. Textbook of Pain. 6th edn. Philadelphia: Elsevier Saunders.

BIBLIOGRAPHIE ARTICLES

- D. Bouhassira, et al. « Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4) »; Pain, vol. 114, n° 1, p. 2936, mars 2005.
S. Bruehl, et al., « External validation of IASP diagnostic criteria for Complex Regional Pain Syndrome and proposed research diagnostic criteria. International Association for the Study of Pain », Pain, vol. 81, n° 12, p. 147154, mai 1999.
D. Chambi. et al. (2017) 'Effets de la rééducation sensitive sur la douleur, la sensibilité cutanée et la fonction chez des personnes avec lésion nerveuse périphérique affectant la main', p. 1.
M. Devor, « Ectopic discharge in A β afferents as a source of neuropathic pain », Experimental Brain Research, vol. 196, n° 1, p. 115128, juin 2009.
N. B. Finnerup, et al., « Segmental hypersensitivity and spinothalamic function in spinal cord injury pain », Exp. Neurol., vol. 207, n° 1, p. 139149, sept. 2007.
N. B. Finnerup et al. - 2016 - Neuropathic pain an updated grading system for rehabilitation.
H. Flor, « Cortical reorganisation and chronic pain: implications for rehabilitation », J Rehabil Med, n° 41 Suppl, p. 6672, mai 2003.
IASP Task force on Taxonomy, « Classification of Chronic Pain », IASP Publication, vol. 2, 2011.
Inbal, R. et al. (1987) 'Collateral sprouting in skin and sensory recovery after nerve injury in man', Pain, 28(2), pp. 141–154.
I. Kohama, Ishikawa, K. and Kocsis, J. D. (2000) 'Synaptic Reorganization in the Substantia Gelatinosa After Peripheral Nerve Neuroma Formation: Aberrant Innervation of Lamina II Neurons by A β Afferents', The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience, 20(4), pp. 1538–1549.
G. Lundborg, Rosén, B. & Lindberg, S. Hearing as substitution for sensation: A new principle for artificial sensibility. The Journal of Hand Surgery 24, 219–224 (1999).
S. Marchand, « Basic neurophysiology of the development, persistency and treatment of pain », E news Somatosens Rehab, vol. 11, n° Marchand S., p. 317, 2014.
S. K. A. O van Hecke, « Neuropathic pain in the general population: A systematic review of epidemiological studies », Pain, vol. 155, n° 4, 2013.
Mackel, R., et al. (1985) 'Properties of cutaneous mechanosensitive afferents during the early stages of regeneration in man', Brain Research, 329(1–2), pp. 49–69.
B. Pleger, et al., « Patterns of cortical reorganization parallel impaired tactile discrimination and pain intensity in complex regional pain syndrome », Neuroimage, vol. 32, n° 2, p. 503510, août 2006.
B. Pleger, et al., « Sensorimotor retuning [corrected] in complex regional pain syndrome parallels pain reduction », Ann. Neurol., vol. 57, n° 3, p. 425429, mars 2005.
I. Quintal, L. Noël, et al., « Méthode de rééducation sensitive de la douleur », EMC - Kinésithérapie - Médecine physique - Réadaptation, vol. 9, n° 1, p. 116, janv. 2013.
Rosén, B., Balkeniu, C. & Lundborg, G. Sensory Re-education Today and Tomorrow: A Review of Evolving Concepts. The British Journal of Hand Therapy 8, 48–56 (2003).
A.-C. Schmid et al. / Scandinavian Journal of Pain 15 (2017) 30–37
C. J. Spicher, et al., « L'allodynie mécanique masque une hypoesthésie : observations topographiques de 23 patients douloureux neuropathiques chroniques », Douleur analg, vol. 21, n° 4, p. 239251, nov. 2008.
[R.-D. Treede, et al., « Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes », Neurology, vol. 70, n° 18, p. 16301635, avr. 2008.
Vittaz, Marion, E. Behar, et S. Clement-favre, « Traitement d'un CRPS par la méthode de rééducation sensitive de la douleur », E news Somatosens Rehab, vol. 1, n° 10, p. 2025, 2013.