



ACCES DIRECT DES ENTORSES DE CHEVILLE PAR LES KINESITHERAPEUTES

A distance

Contexte :

Le pacte de refondation des urgences présenté par Agnès Buzyn le 9 septembre 2019 prévoit l'accès direct au kinésithérapeute pour les entorses de cheville (<http://www.ordremk.fr/actualites/kines/acces-direct/>).

Dans ce contexte, il s'avère nécessaire de proposer une formation permettant aux kinésithérapeutes d'affiner le diagnostic différentiel référencé insistant sur les motifs d'exclusion (drapeaux rouges) ainsi qu'une actualisation des recommandations en terme de prise en charge.

Pour cela, ITMP propose un parcours entièrement en visioconférence présentant les principaux tests à pratiquer en lien avec la clinique ainsi que les techniques adaptées de prise en charge.

Cette formation se veut interactive dans la mesure où le participant sera amené à répondre à des questions via le site pédagogique de visioconférence et pourra aussi en poser au webmaster qui transmettra aux formateurs compétents.

Résumé/Objectifs pédagogiques :

Les atteintes traumatiques de type entorse de la cheville 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.

2 volets sont indispensables à aborder :

- Le diagnostic initial mené par le praticien : dans quel but ? Selon quels critères validés ? pour faire quoi ?
- Les techniques de traitement manuel et instrumental et le recours à l'éducation thérapeutique

Le participant sera capable de :

- Mener un examen clinique précis et documenté lui permettant de poser un diagnostic fiable et exploitable n'omettant pas les tests d'exclusion
- Maîtriser les techniques de traitement manuel (mobilisations tissulaires, renforcement, coaching) et instrumental (matériel de renforcement, techniques instrumentales)
- D'avoir recours à des principes d'éducation thérapeutique en lien avec l'observance notamment (modèles de l'apprentissage, communication professionnelle, empowerment...)

**Compétences visées :**

Le praticien se doit d'acquérir des compétences techniques (mobilisations, renforcement...) mais aussi d'éducateur et d'expert (identification des limites et des exclusions).

En outre, il sera capable de mener un diagnostic d'exclusion et de réorientation avec communication vers le médecin traitant, mais aussi différentiel

Public concerné : Masseurs kinésithérapeutes

Prérequis : Être titulaire du diplôme d'état de Masseur kinésithérapeute

Durée de la formation en présentiel : 14 heures en visioconférence

Programme (14 heures)

Enchaînement des séquences : 4 séquences **PROGRESSIVES** permettant de redéfinir les contextes physiopathologiques, les principes, les modalités, les indications et contre-indications de l'approche de l'entorse de cheville en fonction du contexte des troubles fonctionnels.

La durée des séquences correspond au temps nécessaire pour assimiler les notions indispensables afin de répondre au questionnaire QCM en ligne. Le participant peut accéder à tout moment à ce questionnaire.

Le participant exploite de manière chronologique les différentes séquences qui comportent des apports théoriques puis des notions de bilan et de traitement, selon les chapitres

Etape 1

Objectif : Bien identifier les notions théoriques indispensables à la compréhension du contexte législatif et des troubles fonctionnels relevant d'une prise en charge kinésithérapique dans un contexte d'entorse de cheville

Contenus :

Cadre réglementaire : définition de la profession, annonce A. Buzyn, protocole URPS, « primum non nocere » (1h)

Présentation du bilan et du diagnostic : notion d'hypothèse étiologique, de diagnostic différentiel et de démarche diagnostic

Notions de clinimétrie des tests (2h)

Intégration de vidéos

Durée : 3h

Méthode : pédagogie de type explicative et démonstrative, vidéos intégrées



Evaluation : QCM accessible en ligne

Objectif : Bien identifier les notions théoriques indispensables à la compréhension des signes cliniques spécifiques et ceux relevant d'une exclusion

Contenus :

Les données de l'interrogatoire : mécanismes, localisation (1h)

Les tests validés : Ottawa, tests d'instabilité

Point détaillé sur les drapeaux rouges : fracture, tumeur, inflammation, neurologique et vasculaire (3h)

Durée : 4h

Méthode : pédagogie de type explicative et démonstrative, vidéos intégrées

Evaluation : QCM accessible en ligne

Etape 2

Objectif : Bien maîtriser la démarche de l'examen clinique

Contenus :

Examen clinique :

- interrogatoire, questionnaires,
- test du diapason,
- tests spécifiques (2h)

Place des examens complémentaires : imagerie, droit à la prescription (1h)

Intégration de vidéos

Durée : 3h

Méthode : pédagogie de type explicative et démonstrative, vidéos intégrées

Evaluation : QCM accessible en ligne

Objectif : Bien maîtriser la démarche de traitement kinésithérapique en évitant « les pièges »

Approche du traitement par l'exploitation de cas cliniques (4h) :

- entorse de cheville
- arrachement osseux
- médio-pied
- luxation des fibulaires
- phlébite

Intégration de vidéos

Durée : 4h



Méthode : pédagogie de type explicative et démonstrative, vidéos intégrées

Evaluation : QCM accessible en ligne

Moyens pédagogiques :

Les cours sont sur supports informatiques riches en iconographies. Un support de cours illustré détaillant les différentes techniques et reprenant les connaissances acquises est disponible en ligne sur le parcours.

Chaque séquence correspond à un chapitre du parcours à distance.

Encadrement :

Les cours sont élaborés par nos formateurs (formés, évalués et certifiés). Le temps passé et la validation du parcours est visible par le webmaster.

Type de support pédagogique remis au stagiaire et contenu : articles et revus de littérature, diaporama PPT, plateforme visioconférence

Type d'évaluation pratiquée par l'organisme de formation :

- QCM au décours

Bibliographie

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.

Beynon, 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