

SMARTEREHAB CEINTURE SCAPULAIRE EVALUATION DU MOUVEMENT, SOUS-CLASSIFICATION ET REÉDUCATION NEURO-MUSCU- LAIRE POUR LE CONTRÔLE DU MOUVEMENT FONCTIONNEL

**PRÉ-REQUIS : SMARTEREHAB SOUS-CLASSIFICATION
AVEC SEAN GIBBONS**
BSc (Hons) P.T., MSc Ergonomics, PhD (c), MCPA

SMARTEREHAB SHOULDER GIRDLE MOVEMENT ANALYSIS, SUB-CLASSIFICATION & NEUROMUSCULAR RETRAINING FOR FUNCTIONAL MOVEMENT CONTROL

**PREREQUISITE: SMARTEREHAB SUB-CLASSIFICATION
WITH SEAN GIBBONS**
BSc (Hons) P.T., MSc Ergonomics, PhD (c), MCPA

ACCREDITATION EN COURS

LES 2 et 3 OCTOBRE 2011



PHYSIOACTIF
PHYSIOTHÉRAPIE SPORTIVE

T 450 688-7497

F 450 688-0467

ACCREDITATION IN PROCESS

OCTOBER 2nd & 3rd, 2011

OFFERT EN ANGLAIS SEULEMENT. ORGANISÉ PAR PHYSIOACTIF.

OFFERED IN ENGLISH ONLY. ORGANIZED BY PHYSIOACTIF.

DESCRIPTION DE COURS

Des symptômes à la ceinture scapulaire peuvent se développer suite à un trauma mais sont fréquemment insidieux et récurrents pour plusieurs personnes. Ils sont souvent reliés aux patrons de mouvements et au contrôle neuromusculaire des articulations scapulo-thoracique et gléno-humérale.

Une altération dans l'activation de la musculature scapulo-thoracique peut aussi entraîner une omoplate en rotation inférieure créant une perte de contrôle dynamique de l'omoplate durant les mouvements fonctionnels du bras. Ceci peut entraîner de l'accrochage sous-acromial ou coracoïdien créant ou provoquant des symptômes au patient. L'articulation gléno-humérale présente souvent un patron de translation antérieure excessive, qui est fréquemment combinée à d'autres déficits neuromusculaires. Ce déficit de contrôle de la translation peut contribuer à l'accrochage et/ou autres pathologies de l'articulation gléno-humérale. C'est aussi souvent une interface neurodynamique.

Ce cours inclut une évaluation détaillée des déficits de contrôle neuromusculaire des articulations scapulo-thoracique et gléno-humérale. Des stratégies de rééducation du contrôle musculaire seront introduites, utilisant un processus de raisonnement clinique basé sur les évidences scientifiques. Ceci implique l'activation spécifique des muscles stabilisateurs appropriés pour le contrôle de la translation des articulations gléno-humérale et scapulo-thoracique, la rééducation des muscles spécifiques pour corriger les déficits de contrôle des patrons de mouvement, le contrôle dynamique de la scapula dans les mouvements fonctionnels et l'intégration de ces stratégies dans une vaste base d'option de réadaptation. Ceci permet de décharger les tissus et ainsi promouvoir le processus de guérison optimale. Évaluer et corriger les mouvements de l'articulation gléno-humérale et scapulo-thoracique peut aussi améliorer significativement les résultats post-opératoires.

Les relations entre le contrôle scapulaire et les déficits de contrôle du mouvement cervical sont aussi couvertes ainsi que la précision diagnostique des tests orthopédiques de la ceinture scapulaire. Quelques techniques de « taping » pertinentes sont aussi enseignées. Des progressions d'exercices sont décrites et les stratégies d'intégration dans la fonction sont discutées avec des exemples cliniques et des histoires de cas.

LES OBJECTIFS DU COURS APRÈS CE COURS, LE PARTICIPANT SERA EN MESURE DE :

- Faire un diagnostic précis au niveau du contrôle du patron de mouvement et le relier à l'histoire du client.
- Distinguer la source d'une douleur à l'épaule entre la scapula, l'articulation gléno-humérale et la colonne cervicale à l'aide de l'évaluation du contrôle du patron de mouvement.
- Comprendre la relation entre les dysfonctions scapulaires et cervicales.
- Utiliser les patrons de mouvements comme outil de raisonnement clinique pour se guider dans l'utilisation de la thérapie manuelle ou autres techniques.
- Intégrer le traitement des patrons de mouvements et du contrôle de la translation dans la pratique clinique.

QU'OBTIENDREZ-VOUS DE CE COURS QUE VOUS NE POSSÉDEZ PAS DÉJÀ?

LE TEST CINÉTIQUE DE ROTATION MÉDIALE est un nouveau test validé pour la fonction du complexe de l'épaule (Morrisey, 2005). Ce test différencie entre les problèmes liés à l'omoplate ou l'humérus au sein du complexe de l'épaule. Il nous permet de raffiner notre diagnostic et de prioriser en réadaptation.

LE TRAPÈZE SUPÉRIEURE EST UN BON MUSCLE, il ne fait pas que l'élévation de l'omoplate – il a un rôle de muscle local et stabilité globale pour le cou et la région scapulaire. Il est anticipatoire et est retardé en phase douloureuse – semblable au transverse. Il est sujet aux atrophies soudaines semblable au multifides. Il perd rarement sa souplesse donc sa rééducation doit être spécifique.

GLÈNE INFÉRIEURE ET ANTÉRIEURE (GIA) Ceci est la position que l'omoplate prends en phase douloureuse. La position est contrôlée par les muscles stabilisateurs de l'omoplate et de la région cervicale.

RELÂCHEMENT DES POINT GÂCHETTES Les muscles mobilisateurs tendent à se raccourcir et/ou deviennent dominants contribuant à des patrons de mouvements néfastes/patrons douloureux. L'application de techniques sur points gâchettes sur les muscles mobilisateurs peut créer une belle opportunité à changer la qualité des mouvements et diminuer les symptômes.

NEURODYNAMIQUE La réactivité du système neural peut altérer la façon que les gens bougent. Nous vous montrerons comment le mouvement peut être utilisé pour traiter la réactivité neurale. TAPING Il existe de très bonnes techniques de taping pour les problèmes de l'omoplate, de l'humérus ou de l'avant-bras.

LE RÉFLEXE PRIMITIF D'AGRIPPEMENT est présent chez 40% de la population. Ceci contribue à augmenter le tonus musculaire à l'épaule et au membre supérieur. Nous allons vous démontrer comment traiter ce réflexe et vous expliquer comment d'autres réflexes primitifs et déficits sensorimoteurs peuvent être reliés à des déficits de contrôle musculaire.

COURSE DESCRIPTION

Shoulder girdle symptoms can arise from trauma, but frequently it is an insidious, recurrent and an ongoing problem for many people. This is often related to their movement patterns and neuromuscular control around the scapula-thoracic and glenohumeral joints.

Alteration of muscle activation of the scapula-thoracic muscles can result in the scapula adopting a downwardly rotated resting position and / or a loss of dynamic control of the scapula in functional arm movements. This can cause tissue impingement under the subacromial arch or the coracoid causing or provoking the patient's pathology. The glenohumeral joint frequently displays a dysfunctional pattern of excessive anterior translation, which is often combined with other neuromuscular deficits. This translation control deficit can contribute to an impingement and / or glenohumeral joint pathology. It is also a common neurodynamic interface.

This course involves a detailed assessment of neuromuscular control deficits of the scapula-thoracic and glenohumeral joints. Motor control retraining strategies will be introduced using a comprehensive and evidence based clinical reasoning process. This involves; specific activation of the appropriate stability muscles to control segmental translation of the glenohumeral joint and scapulothoracic joints; the retraining of specific muscles to correct movement pattern control deficits; dynamic control of the scapula in functional movements; and the integration of these training strategies into a wider base of rehabilitation options. This can remove the tissue provocation and promote the normal healing process. Assessing and correcting scapula and glenohumeral movement can significantly improve post operative results as well.

Also covered are the relationship between scapular control and cervical movement control deficits and the diagnostic accuracy of shoulder girdle orthopaedic tests. Some beneficial taping techniques will also be used. The exercise progressions are described and strategies for the integration into function are discussed with participant examples and case studies.

COURSE OBJECTIVES AFTER THE COURSE THE PARTICIPANT WILL BE ABLE TO:

- Make an accurate movement pattern control diagnosis and relate this to the client's presentation.
- Distinguish shoulder pain between the scapula, glenohumeral joint and cervical spine with a movement pattern control assessment.
- Understand the relationship of scapular dysfunction and cervical dysfunction.
- Use movement patterns as a clinical reasoning tool to help guide manual therapy and other techniques.
- Integrate the treatment of movement patterns and translation control into clinical practice.

WHAT WILL YOU GET FROM THIS COURSE THAT YOU MAY NOT ALREADY HAVE?

GRASP REFLEX The grasp primitive reflex is present in about 40% of the population. This contributes to increased muscle tone in the shoulder girdle and upper limb. We will show you how to treat it and how other primitive reflexes and sensory motor deficits are related to ongoing motor control deficits.

KINETIC MEDIAL ROTATION TEST The Kinetic Medial Rotation test is a newly validated test of shoulder girdle function (Morrisey, 2005). This test differentiates between scapular and glenohumeral joint problems within the shoulder girdle. This helps give us a diagnosis and also lets us set priorities in rehabilitation.

UPPER TRAPEZIUS IS A GOOD GUY MUSCLE Upper trapezius does not elevate the scapula – it has a local and global stability role for the neck and shoulder girdle. It has a major stability influence on the neck, shoulder and thoracic spine. It has an anticipatory timing pattern and is delayed with pain – similar to Transversus. It also experiences sudden atrophy – similar to Multifidus. It rarely loses extensibility so assessment and retaining needs to be specific. Lower trapezius does not pull the inferior angle of the scapula down and in. There are better ways to train lower trapezius for scapular stability!

INFERIOR ANTERIOR GLENOID (IAG) The IAG is the position the scapula orientates following pain. This position is controlled by the stability muscles of the scapula and also helps stabilize the cervical spine.

MYOFASCIAL TRIGGER POINT RELEASE (MTPR) Mobilizer muscles tend to get short and/or dominate movements which contribute to faulty patterns and pain. MTPR to the mobilizer muscles can create a good window of opportunity to change movement quality and help manage symptoms.

NEURODYNAMICS Neurodynamic reactivity can significantly affect the way people move. We'll show how movement can be used to treat neurodynamic reactivity.

TAPING There are some great taping techniques for the shoulder girdle, forearm and neurodynamics!

BIOGRAPHIE DE SEAN GIBBONS

Sean Gibbons est gradué de l'université de Manchester en Grande-Bretagne en 1995. Il partage son temps entre la pratique clinique, l'enseignement et poursuit son doctorat à Memorial University de Terre-Neuve. Son doctorat porte sur les liens entre le contrôle moteur, les facteurs psychosociaux et les indicateurs de performance. Ses dissections et recherches ont apportées une nouvelle dimension sur la fonction musculaire et suscité d'autres recherches dans ce domaine. Les muscles étudiés étaient le psoas, le grand fessier et le trapèze supérieur. Ceci a entraîné de nouveaux protocoles de réadaptation pour plusieurs muscles. Le développement du « Motor Control Abilities Questionnaire » identifie les clients qui auront des échecs en réadaptation spécifique du contrôle musculaire et identifie d'autres options thérapeutiques. Sean a publié et a présenté ses résultats de recherche à plusieurs conférences nationales et internationales



■ SEAN GIBBONS
BSc (Hons) P.T., MSc Ergonomics, PhD (c), MCPA

BIOGRAPHY OF SEAN GIBBONS

Sean Gibbons graduated from Manchester University in the UK in 1995. He shares his time between clinical practice, teaching and is pursuing his PhD at Memorial University of Newfoundland. This involves the inter-relationship between motor control, psychosocial factors and outcome indicators. His dissection and research has provided new insight into muscle function and prompted research into the field. Specific muscles have included psoas major, gluteus maximus and upper trapezius. This has led to the development of new rehabilitation protocols for several muscles. His research has definite clinical implications for the management of musculoskeletal dysfunction.

The development of the Motor Control Abilities Questionnaire identifies clients who will unlikely do well with specific motor control rehabilitation and identifies alternative options. Sean has presented his research at national and international conferences and has several journal publications on related topics

RENSEIGNEMENTS

PRÉ-REQUIS SOUS-CLASSIFICATION SMARTEREHAB

OÙ PHYSIOACTIF
3224, avenue Jean-Béraud, bureau 220
Laval (Québec) H7T 2S4

QUAND Les 2 et 3 octobre 2011
de 8h30 à 16h30

COMBIEN 425 \$

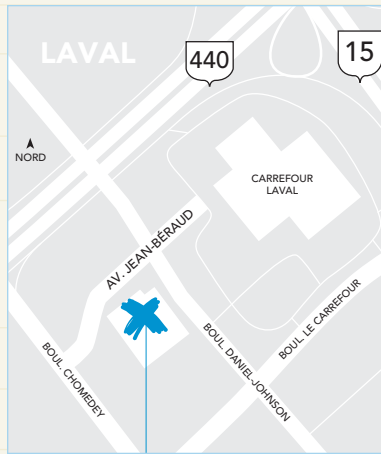
QUESTIONS Nicole Asselin
T : 450 688-7497 F : 450 688-0467
Courriel : laval@physioactif.com

DATE LIMITE D'INSCRIPTION Le 2 septembre 2011
(confirmation par téléphone/courriel)

POUR QUI Ces journées de formation s'adressent
aux physiothérapeutes.

POLITIQUES D'ANNULATION

Avant le 2 septembre 2011 remboursement complet
Entre le 2 septembre et le 16 sept. 2011. remboursement à 50%
Après le 16 septembre 2011. aucun remboursement



www.physioactif.com

GENERAL INFORMATION

PRE-REQUISITE SMARTEREHAB SUB-CLASSIFICATION

WHERE PHYSIOACTIF
3224 Jean-Béraud Avenue, Suite 220
Laval, Québec, H7T 2S4

WHEN October 2nd and 3rd, 2011
from 8h30 to 16h30

HOW MUCH \$425

QUESTIONS Nicole Asselin
T: 450 688-7497 F: 450 688-0467
E-mail: laval@physioactif.com

DEADLINE FOR REGISTRATION September 2nd, 2011
(confirmation by phone/email)

FOR WHO This 2 day course is for physiotherapists.

CANCELLATION POLICY

Before September 2nd, 2011. full reimbursement
Between Sept. 2nd and Sept. 16th, 2011 50% reimbursement
After September 16th, 2011. no reimbursement

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

REGISTRATION FORM

SMARTEREHAB CEINTURE SCAPULAIRE

FAITES PARVENIR VOTRE CHÈQUE (LIBELLÉ
À L'ORDRE DE PHYSIOACTIF) EN DATE DU
2 SEPTEMBRE 2011 ET VOTRE FORMULAIRE
D'INSCRIPTION À L'ADRESSE SUIVANTE :

PHYSIOACTIF
3224, AV. JEAN-BÉRAUD
BUREAU 220
LAVAL (QUÉBEC)
H7T 2S4

SMARTEREHAB SHOULDER GIRDLE

SEND YOUR REGISTRATION FORM
AND CHECK (PAYABLE TO PHYSIOACTIF)
DATED SEPTEMBER 2nd, 2011, TO THE
ADDRESS ABOVE.

NOM, PRÉNOM /// LAST NAME, FIRST NAME

ADRESSE /// ADDRESS

VILLE /// CITY

CODE POSTAL /// POSTAL CODE

LIEU DE TRAVAIL /// WORKPLACE

COURRIEL /// E-MAIL

TELEPHONE (MAISON /// HOME)

TELEPHONE (TRAVAIL /// WORK)

TELECOPIEUR /// FAX

SIGNATURE

DATE

