

Programme de Formation

Thérapie manuelle du membre inférieur

ORGANISATION

- ❖ **Durée** : 21 heures
- ❖ **Mode d'organisation** : Présentiel

CONTENU PÉDAGOGIQUE



Public visé

Masseurs-kinésithérapeutes DE



Prérequis

E-learning Thérapie manuelle : aspects théoriques



Objectifs opérationnels et pédagogiques

1. **Identifier par la palpation et l'examen fonctionnel les limitations de mobilité** du pied, de la cheville, du genou, de la hanche et du bassin.
2. **Réaliser correctement les principales techniques de thérapie manuelle du membre inférieur**, avec un positionnement précis du patient et du thérapeute.
3. **Enchaîner les techniques de façon logique et efficiente**, en tenant compte des réactions tissulaires et de la symptomatologie.
4. **Adapter les techniques manuelles au contexte clinique**, en modulant les paramètres (direction, amplitude, grade, mise en charge).



Déroulé pédagogique

JOUR 1 – PIED ET CHEVILLE

Horaire	Intervenant	Contenu
9h00 – 9h15	Paul-Arnaud Boyse	Accueil pratique : organisation de la salle, rappels de sécurité et contre-indications intégrés à la pratique, constitution des binômes.
9h15 – 10h45	Paul-Arnaud Boyse	Techniques talo-crurales : mobilisation talo-crurale antéro-postérieure (Kaltenborn grades I à III), glissement postéro-antérieur selon Maitland pour l'amélioration de la flexion dorsale.



10h45 – 11h00	—	Pause
11h00 – 12h30	Paul-Arnaud Boyssé	Subtalaire et décompression : mobilisations subtalaires médiale et latérale, traction globale du pied (décompression articulaire), intégration dans des situations cliniques courantes.
12h30 – 13h30	—	Déjeuner
14h00 – 15h30	Paul-Arnaud Boyssé	Médio-pied et avant-pied : mobilisation cuboïdienne (« cuboid whip »), manipulation du médio-pied (naviculaire, cunéiformes), mobilisation des têtes métatarsiennes (MTP I à V).
15h30 – 15h45	—	Pause
15h45 – 17h30	Paul-Arnaud Boyssé	Neurodynamique et intégration clinique : techniques neurodynamiques du nerf tibial et du nerf fibulaire commun, enchaînements pratiques pied-cheville, ajustements selon le patient et la symptomatologie.

JOUR 2 – GENOU

Horaire	Intervenant	Contenu
9h00 – 10h45	Paul-Arnaud Boyssé	Mobilisations fémoro-tibiales : glissement postéro-antérieur du tibia (Maitland), mobilisation tibiale antérieure pour l'extension (Kaltenborn), mobilisations rotatoires tibiales (rotation médiale et latérale), décoaptation tibio-fémorale par traction.
10h45 – 11h00	—	Pause
11h00 – 12h30	Paul-Arnaud Boyssé	Mobilisations patellaires et fibulaires : mobilisation patellaire dans toutes les directions, mobilisation de la fibula proximale, enchaînement des techniques selon les limitations observées.
12h30 – 14h00	—	Déjeuner
14h00 – 15h30	Paul-Arnaud Boyssé	Recentrage fémoro-patellaire : techniques manuelles de

		recentrage, application pratique du taping (McConnell / Mulligan – optionnel), adaptation aux douleurs antérieures de genou.
15h30 – 15h45	—	Pause
15h45 – 17h30	Paul-Arnaud Boyssé	Cas cliniques pratiques : choix des techniques selon le bilan, séquences de traitement complètes, pratique supervisée avec feedback individualisé.

JOUR 3 – HANCHE, BASSIN ET SACRO-ILIAQUE

Horaire	Intervenant	Contenu
9h00 – 10h45	Paul-Arnaud Boyssé	Techniques de hanche : traction longitudinale (Kaltenborn grades II–III), glissement caudal pour la flexion, glissement antérieur pour l'extension, mobilisations en rotation interne et externe, technique de décoaptation en charge (ceinture de Mulligan), étirement capsulaire postérieur, relâchement du psoas.
10h45 – 11h00	—	Pause
11h00 – 12h30	Paul-Arnaud Boyssé	Sacro-iliaque et pubis : mobilisations sacro-iliaques associées, technique « shotgun » pubienne, mobilisation du sacrum en inclinaison latérale, technique de torsion innommée (Maitland ou MET).
12h30 – 14h00	—	Déjeuner
14h00 – 15h30	Paul-Arnaud Boyssé	Techniques complémentaires : étirement des ligaments sacro-tubéreux et sacro-épineux, décoaptation sacro-iliaque par traction, mobilisation douce du coccyx, techniques de correction par énergie musculaire (MET).
15h30 – 15h45	—	Pause
15h45 – 17h30	Paul-Arnaud Boyssé	Intégration globale du membre inférieur : enchaînements complets hanche–genou–pied, ajustements selon les profils de patients, pratique libre supervisée,

		bilan final et échanges.
--	--	--------------------------



Bibliographie

Les références bibliographiques sont présentées conformément aux normes APA (7e édition).

1. **Benedetti, F.** (2008). Mechanisms of placebo and placebo-related effects across diseases and treatments. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 48, 33–60.
<https://doi.org/10.1146/annurev.pharmtox.48.113006.094711>
2. **Bialosky, J. E., Bishop, M. D., Price, D. D., Robinson, M. E., & George, S. Z.** (2009). The mechanisms of manual therapy in the treatment of musculoskeletal pain: A comprehensive model. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 39(2), 135–147.
<https://doi.org/10.2519/jospt.2009.0103>
3. **Carnes, D., Mars, T. S., Mullinger, B., Froud, R., & Underwood, M.** (2010). Adverse events and manual therapy. *Manual Therapy*, 15(4), 355–363.
<https://doi.org/10.1016/j.math.2010.02.006>
4. **Cassidy, J. D., Boyle, E., Côté, P., He, Y., Hogg-Johnson, S., Silver, F. L., & Bondy, S. J.** (2008). Risk of vertebrobasilar stroke and chiropractic care. *Spine*, 33(4), S176–S183.
<https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e3181644600>
5. **Craig, A. D.** (2002). How do you feel? Interoception: The sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(8), 655–666.
<https://doi.org/10.1038/nrn894>
6. **Ericsson, K. A.** (2004). Deliberate practice and the acquisition of expert performance. *Psychological Review*, 100(3), 363–406.
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.100.3.363>
7. **Fuentes, J., Armijo-Olivo, S., Funabashi, M., Miciak, M., Dick, B., & Gross, D. P.** (2014). Enhanced therapeutic alliance modulates pain intensity and muscle pain sensitivity in patients with chronic low back pain. *Physical Therapy*, 94(4), 477–489.
<https://doi.org/10.2522/ptj.20130191>
8. **Hall, A. M., Ferreira, P. H., Maher, C. G., Latimer, J., & Ferreira, M. L.** (2010). The influence of the therapist–patient relationship on treatment outcome. *Physical Therapy*, 90(8), 1099–1110.
<https://doi.org/10.2522/ptj.20090245>
9. **Haute Autorité de Santé (HAS).** (2013). *Rééducation dans les cervicalgies non spécifiques sans atteinte neurologique*. HAS.
<https://www.has-sante.fr>
10. **Haute Autorité de Santé (HAS).** (2019). *Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune : Fiche mémo*. HAS.
<https://www.has-sante.fr>
11. **Haute Autorité de Santé (HAS).** (2024). *Prescription d'activité physique – Lombalgie commune chronique*. HAS.
<https://www.has-sante.fr>
12. **Hodges, P. W., & Tucker, K.** (2011). Moving differently in pain: A new theory to explain the adaptation to pain. *Pain*, 152(3), S90–S98.
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.10.020>
13. **Kuppens, K., et al.** (2021). Movement variability and pain. *Journal of Applied Physiology*, 130(5), 1450–1458.
<https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00958.2020>

14. **Latash, M. L.** (2012).
Fundamentals of motor control. Academic Press.
15. **Lederman, E.** (2010).
The fall of the postural–structural–biomechanical model in manual and physical therapies.
Journal of Bodywork and Movement Therapies, 14(2), 131–138.
<https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2009.04.001>
16. **McGlone, F., Wessberg, J., & Olausson, H.** (2014).
Discriminative and affective touch: Sensing and feeling. *Neuron*, 82(4), 737–755.
<https://doi.org/10.1016/j.neuron.2014.05.001>
17. **Moseley, G. L.** (2004).
Reconceptualising pain according to modern pain science. *Physical Therapy Reviews*, 9(4), 169–178.
<https://doi.org/10.1179/108331904X22353>
18. **Moseley, G. L., & Butler, D. S.** (2015).
Fifteen years of explaining pain: The past, present, and future. *Journal of Pain*, 16(9), 807–813.
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.05.005>
19. **Nijs, J., Clark, J., Malfliet, A., Ickmans, K., Voogt, L., Don, S., & Dankaerts, W.** (2021).
In the spine or in the brain? Recent advances in pain neuroscience applied in manual therapy.
Journal of Clinical Medicine, 10(4), 697.
<https://doi.org/10.3390/jcm10040697>
20. **O’Keeffe, M., Cullinane, P., Hurley, J., Leahy, I., Bunzli, S., O’Sullivan, P., & O’Sullivan, K.** (2016).
What influences patient–therapist interactions in musculoskeletal care? *European Journal of Pain*, 20(9), 1324–1334.
<https://doi.org/10.1002/ejp.866>
21. **Olausson, H., Wessberg, J., Morrison, I., McGlone, F., & Vallbo, Å.** (2010).
The neurophysiology of unmyelinated tactile afferents. *Nature Reviews Neuroscience*, 11(4), 229–239.
<https://doi.org/10.1038/nrn2782>
22. **O’Sullivan, P. B.** (2005).
Clinical reasoning in musculoskeletal pain. *Manual Therapy*, 10(4), 242–255.
<https://doi.org/10.1016/j.math.2005.05.005>
23. **Rushton, A., Rivett, D., Carlesso, L., Flynn, T., Hing, W., Kerry, R., ... Cook, C.** (2014).
International framework for examination of the cervical region. *Manual Therapy*, 19(3), 222–228.
<https://doi.org/10.1016/j.math.2013.11.005>
24. **Shepard, K. F., & Jensen, G. M.** (2002).
Handbook of teaching for physical therapists. Elsevier Health Sciences.
25. **Shumway-Cook, A., & Woollacott, M.** (2017).
Motor control: Translating research into clinical practice (5th ed.). Wolters Kluwer.
26. **Taylor, A. J., Kerry, R., & McCarthy, C.** (2022).
Cervical artery dysfunction: Current evidence. *Musculoskeletal Science and Practice*, 57, 102478.
<https://doi.org/10.1016/j.msksp.2021.102478>
27. **Vicenzino, B., Collins, D., & Wright, A.** (2011).
Mobilisation with movement: The art and the science. *Manual Therapy*, 16(2), 98–104.
<https://doi.org/10.1016/j.math.2010.11.001>
28. **Wright, A., Vicenzino, B., & Smith, A.** (2020).
Touch in physiotherapy practice: A framework. *Physiotherapy Theory and Practice*, 36(5), 557–567.
<https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1483544>



Modalités pédagogiques

Chaque stagiaire reçoit un **livret de formation**, remis en version papier et/ou numérique selon le format de la formation.

Ce support pédagogique comprend :

- les objectifs pédagogiques,
- les contenus théoriques abordés,
- les protocoles et techniques présentés,
- des schémas explicatifs et supports visuels,
- des repères cliniques facilitant la mise en application en pratique professionnelle.

Un **bloc-notes et un stylo** sont également remis aux participants afin de favoriser la prise de notes et la personnalisation des apprentissages.

Les supports remis permettent au stagiaire de conserver une trace durable des contenus et de faciliter le transfert des compétences acquises dans sa pratique quotidienne.



Moyens et supports pédagogiques

La formation s'appuie sur une **combinaison de moyens pédagogiques variés** visant à favoriser l'acquisition de compétences théoriques et pratiques, ainsi que leur transposition en situation clinique.

Les **apports théoriques** sont dispensés au moyen de présentations structurées, illustrées par des supports visuels et des exemples cliniques issus de la pratique professionnelle. Les **démonstrations pratiques** sont réalisées par le formateur, puis mises en œuvre par les stagiaires lors de séquences d'apprentissage actives et expérientielles.

Des **outils numériques interactifs** (Kahoot, Wooclap, Wooflash) sont utilisés tout au long de la formation afin de stimuler la participation, vérifier la compréhension des notions abordées et favoriser l'ancrage des connaissances.

Les formations **présentielles** bénéficient de **matériels professionnels adaptés** : tables d'examen, modèles anatomiques et supports de démonstration, permettant la mise en pratique immédiate des techniques enseignées.

Les **méthodes pédagogiques** mobilisées sont :

- expositive (apports théoriques),
- démonstrative (démonstration des gestes et techniques),
- interrogative (échanges et questionnements),
- active et expérientielle (mises en situation, pratiques supervisées, analyses de cas cliniques).



Modalités d'évaluation et de suivi

L'évaluation des acquis est réalisée tout au long du parcours de formation, selon plusieurs modalités complémentaires :

- **Évaluation initiale (pré-formation)** permettant d'identifier le niveau de départ des stagiaires et d'adapter les contenus pédagogiques.
- **Évaluation formative continue**, réalisée au fil de la formation à l'aide d'outils interactifs (Kahoot, Wooclap, Wooflash), de questionnements oraux et d'échanges avec le formateur.
- **Évaluation finale (post-formation)** visant à mesurer l'acquisition des connaissances et compétences à l'issue de la formation.

Une **évaluation de la satisfaction** est également mise en place :

- à chaud, en fin de formation,
- et à distance, afin d'évaluer l'impact de la formation sur la pratique professionnelle.



Informations sur l'admission

Pour toute demande, vous pouvez nous contacter par téléphone au **06.02.11.97.29** ou par e-mail à l'adresse suivante : contact@noria-sante.com.

Les demandes seront prises en compte à partir de l'ouverture des inscriptions sur notre site, et ce *jusqu'à 7 jours* avant le début de la formation, *sous réserve de places disponibles et de la validation du paiement*.



Informations sur l'accessibilité

Formations accessibles aux personnes en situation de handicap. Renseignement auprès du référent handicap :

- **06.02.11.97.29.**
- contact@noria-sante.com.

Pour toutes informations complémentaires : AGEFIPH (Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées) : <https://www.agefiph.fr/pays-de-la-loire> et FIPHFP (Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique) : <https://www.fiphfp.fr/contactez-nous> .