

LES 5ÈMES JOURNÉES DE L'AFMcK



29 et 30 Janvier 2016



Novotel de Montpellier, 125bis avenue de Palavas

8h30 Accueil des participants et remise des Welcome-Packs

9h00 David VANDEPUT (BEL)

« Les recommandations dans la lombalgie : 17 ans de persévérance »

9h30 Mike STEWART (UK) et Guillaume DEVILLE

« Comprendre la douleur : que cherchons nous à accomplir ? »

11h00 PAUSE

11H30 Ateliers MDT N° 1

Atelier 1 = « Diagnostic différentiel des brachialgies & MDT » groupe BLEU

par Patrice Boudot & Matthieu Guiraud

Atelier 2 « Quand faut-il s'arrêter ? » groupe ROUGE

par David Vandeput & Jean-Philippe Deneuille

Atelier 3 « Restauration de fonction pour les extrémités chez le sportif » groupe VERT

par Florence Morisseau & Gabor Sagi

Atelier 4 « Résolution de cas cliniques en MDT, réflexions et pratique en cabinet » groupe JAUNE

par Frédéric Steimer & Jérôme Ostalier

12h30 REPAS

14h00 Jean-Luc NEPHTALI

« Syndrome douloureux sous acromial : des séries de cas aux... séries de cas »

14h30 Ateliers MDT N° 2

Atelier 1 groupe ROUGE ; Atelier 2 groupe VERT ; Atelier 3 groupe JAUNE ; Atelier 4 groupe BLEU

15h30 PAUSE

16h00 Flavio BONNET

« Sur la route de Copenhague : Synthèse du Congrès MDT International »

16h30 Nicolas PINSAULT

« Potentialiser l'effet placebo de la méthode McKenzie »

17h00 Assemblée Générale

20h00 Soirée de Gala

9h00 Sylvain RIQUIER

«Intérêt de la physioscopie dans la pratique du MDT»

10h00 Sylvain PRADEL de LAMAZE

«Ergonomie de la station assise»

10H30 PAUSE

11h00 Ateliers MDT N° 3

Atelier 1 groupe **VERT** ; Atelier 2 groupe **JAUNE**; Atelier 3 groupe **BLEU** ; Atelier 4 groupe **ROUGE**

12h00 REPAS

13h30 Laurent PITANCE (BEL)

«Le Concept Mulligan: principes de base et évidences scientifiques»

14h30 Ateliers MDT N° 4

Atelier 1 groupe **JAUNE** ; Atelier 2 groupe **BLEU**; Atelier 3 groupe **ROUGE** ; Atelier 4 groupe **VERT**

15h30 PAUSE

16h00 Laurent ROUSSEAU

«McKenzie et douleurs persistantes, des principes de gestion étonnamment similaires»

16h30 Gabor SAGI

«Deux études de cas de drapeaux rouges: Un cas de compression médullaire cervicale, et un cas de sténose aortique cause de sciatalgie à la marche»

**17h00 CLÔTURE DES 5^{ème} JOURNÉES
de l'AFMcK**

RÉSUMÉS DES INTERVENTIONS

David VANDEPUT (BEL)

«Les recommandations dans la lombalgie : 17 ans de persévérance»



Résumé :

Les «recommandations de bonne pratique» (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme «des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données».

Elles n'ont pas vocation à décrire l'ensemble de la prise en charge d'un état de santé ou d'une maladie. Elles devraient se limiter aux points d'amélioration de cette prise en charge, identifiés à l'aide d'études de pratiques, ou en l'absence de telles études, à l'aide des avis et de l'expérience des professionnels de santé concernés par le thème.

Dans le cas des lombalgies la méthode MDT McKenzie fournit déjà pas mal d'études. Beaucoup se posent la question pourquoi on ne retrouve pas cette méthode dans les recommandations ?

Mike STEWART (UK) et Guillaume DEVILLE

«Comprendre la douleur : que cherchons nous à accomplir ?»



Résumé :

Le défi du management efficace de la douleur persistante semble un des plus intimidants à la fois pour les cliniciens mais aussi pour les patients. Ces derniers sont souvent frustrés après l'échec de traitements visant le court terme. Il s'avère difficile d'expliquer une douleur intense et prolongée en l'absence d'une traditionnelle cause tissulaire. Aider les gens à comprendre pourquoi ils continuent de souffrir, à un niveau qui a du sens, demande une connaissance des neurosciences de la douleur, des compétences pratiques adaptées à cette population spécifique, et une formation qui permet de développer ses compétences pédagogiques. L'éducation du patient constitue une composante majeure de l'offre de soin moderne. Pourtant de nombreux cliniciens ne se sentent pas équipés pour faciliter la compréhension du phénomène douloureux par leurs patients, et ainsi de favoriser les changements de comportement et de promouvoir les approches d'auto-traitement.

Cette présentation explore le rôle de l'éducation sur le fonctionnement de la douleur dans le système de santé. Elle aborde l'impact des métaphores et des compétences en communication sur la rééducation.

Jean-Luc NEPHTALI

«Syndrome douloureux sous acromial : des séries de cas aux... séries de cas»



Résumé :

Le modèle de la pratique en physiothérapie basée sur les faits prouvés (*Evidence Based Physiotherapy- EBP*) propose une hiérarchisation des niveaux de preuve en fonction du type d'études (séries de cas, études observationnelles, essais cliniques, revues systématiques, ...).

L'objectif de cette présentation est de passer en revue les « preuves » existantes (au sens de l'EBP) concernant la prise en charge des syndromes du conflit sous acromial et des tendinopathies de la coiffe des rotateurs (exercices, auto-rééducation, thérapie manuelle,...).

Flavio BONNET

«Sur la route de Copenhague : Synthèse du Congrès MDT International»



Résumé :

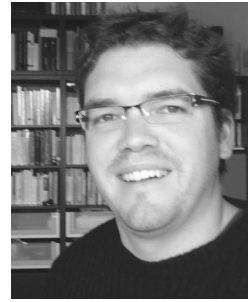
La conférence MDT internationale de septembre 2015 à Copenhague a rassemblé un nombre important de chercheurs et de cliniciens du monde entier.

Parmi eux, certains ont présenté des travaux de recherche remarquables qui ont le potentiel d'impacter notre pratique quotidienne au cabinet.

L'ambition de cette présentation n'est pas de présenter l'ensemble de ce qui a été vu à Copenhague mais plus de présenter des « morceaux choisis » pour garder en mémoire les informations les plus pertinentes de cet événement exceptionnel.

Nicolas PINSAULT

«Potentialiser l'effet placebo de la méthode McKenzie»



Résumé :

Surestimé, dénigré, omniprésent, inexistant, nécessaire, scandaleux, incontournable, nous avons tous un avis sur l'utilisation du placebo dans le domaine thérapeutique.

Cette notion fourre-tout est pourtant complexe à appréhender et nécessite pour cela l'éclairage des neurosciences et de la psychologie expérimentale.

Au cours de la présentation, nous essayerons de comprendre les différentes facettes du placebo et nous chercherons des moyens de les potentialiser dans le cadre d'une prise en charge de rééducation.

Si les preuves scientifiques de l'efficacité « propre » de la MDT est la cerise, il conviendra de s'interroger dans cette présentation sur le gâteau.

Sylvain RIQUEIR

«Intérêt de la physioscopie dans la pratique du MDT»



Résumé :

A l'aube d'une nouvelle ère dans le monde de la physiothérapie, il m'a semblé à la fois évident mais surtout essentiel de vous proposer une séance de partage sur l'intérêt d'une prise en charge en physioscopie® dans la pratique du MDT / Méthode McKenzie.

Ce virage fait suite aux projets des nouveaux décrets d'application, mais aussi à des champs de compétence aujourd'hui reconnus. Toutes ces évolutions impliquent que le physiothérapeute 2.0 doit avoir un véritable management de son patient, mais aussi une pratique de plus en plus fondée sur des techniques «evidence based practice». L'échographie fonctionnelle déjà utilisée dans de nombreux pays anglo-saxons, associée conjointement avec les tests cliniques et mécaniques, apporte un plus au niveau de la décision thérapeutique.

C'est également un support de choix stratégique pour le professionnel.

Au cours de cette intervention il sera expliqué les objectifs de la physioscopie® son management et son impact sur le patient. Des cas cliniques seront présentés et une démonstration « live » sur patient sera réalisée; Vous pourrez mieux appréhender les objectifs et l'intérêt dans votre pratique de vous approprier cette démarche et ces nouveaux outils car le physiothérapeute de demain c'est vous!

Sylvain PRADEL de LAMAZE

«Ergonomie de la station assise»



Résumé :

L'éducation de la correction posturale est une composante importante d'un traitement MDT. La réussite du traitement à court terme et la prévention des récurrences nécessitent que le patient comprenne les principes d'économie posturale, qu'il se les approprie, et qu'il puisse les réinvestir en fonction des situations auxquelles il sera confronté.

La vie dans notre société actuelle impose fréquemment le maintien de stations assises prolongées. Le maintien de la lordose lombaire peut être facilité, ou bien être rendu plus difficile en fonction du siège utilisé et de l'usage des éventuels réglages disponibles.

Voici les points de repères et consignes que l'on peut donner au patient pour qu'il puisse ajuster son matériel de bureau en fonction de ses mensurations :

Trois points essentiels :

- Conserver le bas du dos légèrement creusé (même creux que lorsque vous êtes debout).
- Ouvrir l'angle tronc cuisse à 105-110° (un angle de 90° est trop difficile à tenir).
- Varier les positions assises entre l'avant et l'arrière en fonction de ce que vous avez à faire.

Trois positions possibles :

- Penché en avant avec appui sur les avant-bras, les pieds sous l'assise.
- Vertical avec soutien actif musculaire.
- En arrière, pieds en avant, avec un soutien lombaire (repos musculaire).

Ne pas rester assis plus de 20 à 30 minutes de suite.

Changer de position (avant, milieu, arrière) toutes les 5 à 10 minutes (à chaque changement de tâche).

Poste informatique :

- Le fauteuil, le clavier et l'écran doivent être positionnés suivant le même axe.
- Distance œil - écran : membre supérieur tendu en avant.
- Hauteur de l'écran : le tiers supérieur de l'écran est à hauteur du regard à l'horizontale.

Procédure de réglage du fauteuil et de la hauteur du bureau (en fonction des réglages disponibles sur votre matériel) :

- *Hauteur de l'assise* : debout face au fauteuil, l'assise doit être juste sous la rotule.
- *Profondeur de l'assise* : assis, fesses au fond de l'assise, il doit rester deux ou trois travers de doigts entre la pliure du genou et l'avant de l'assise.
- *Angle du dossier* : 105-110°. L'assise étant à l'horizontale le dossier est légèrement plus en arrière que la verticale.
- *Hauteur du dossier ou du soutien lombaire* : le soutien lombaire doit être à la hauteur du creux lombaire. Un peu au dessus de la ceinture.
- *Épaisseur du soutien lombaire* : creuser le dos au maximum en étant en appui sur le dossier. Relâcher de "10%" du mouvement possible. Le soutien lombaire doit vous maintenir dans cette position.
- *Hauteur des accoudoirs* : assis, en appui sur le dossier, les coudes à l'extérieur des accoudoirs. La "pointe du coude" doit être à 1 ou 2 cm sous l'accoudoir (le bras étant plié).
- *Tension de basculement* : assis en arrière, le fauteuil doit vous ramener en avant simplement en étendant une des deux jambes en avant.

- *Hauteur du bureau* : le bureau doit être à hauteur des coudes lorsque vous êtes assis dos vertical et contre le dossier, les coudes pliés à 90°

Laurent PITANCE (BEL)

«Le Concept Mulligan: principes de base et évidences scientifiques»



Résumé :

Imaginé par Brian Mulligan, physiothérapeute Néo-Zélandais dans les années 80, le Concept Mulligan est actuellement largement utilisé dans l'évaluation et le traitement des patients souffrant de troubles neuro-musculo-squelettiques.

Ce concept est applicable aux différentes articulations du rachis et des membres périphériques.

Ces techniques de thérapie manuelle associent une mobilisation passive accessoire appliquée par le thérapeute à un mouvement actif réalisé par le patient. Elles sont non douloureuses et ont pour objectif de modifier le signe comparable du patient dès leur application.

A côté des techniques manuelles articulaires, le Concept Mulligan comprend également des techniques de taping et des exercices spécifiques à réaliser à domicile.

A l'origine, le Concept Mulligan est basé sur un modèle biomécanique combiné à une évaluation spécifique du patient présentant une limitation de la mobilité active due à la douleur ou la raideur.

Récemment, différents effets neurophysiologiques ont été associés aux mécanismes d'action des techniques du Concept Mulligan.

L'objectif de cette présentation est de décrire les principes de base du Concept Mulligan, les mécanismes d'action ainsi que les évidences scientifiques les plus probantes sur les effets cliniques des techniques du Concept Mulligan.

Laurent ROUSSEAU

«McKenzie et douleurs persistantes, des principes de gestion étonnamment similaires»



Résumé :

La méthode MDT s'intègre parfaitement dans la vision Biopsychosociale, prônée à ce jour dans la prise en charge du patient douloureux. En effet, malgré un premier abord mécanique, l'engagement du patient dans son traitement la rend plus globale qu'il n'y paraît. De même que la prise en charge du patient douloureux chronique prend en compte le patient, ses cognitions et le contexte, le bilan McKenzie met l'accent sur le vécu et la construction de la douleur pour en arriver à un traitement mutuellement consenti entre le thérapeute et son patient.

Cette présentation s'attachera à mettre en perspective certaines similitudes entre l'abord de la douleur en général, et la méthode MDT. Ces similitudes rendent les deux approches extrêmement complémentaires, tant sur la vision du mouvement («Motion is lotion»), que sur la progressivité des forces à mettre en œuvre.

Enfin les principes d'entretien et de maintien des acquis, sont clairement partagés dans les deux abords, de manière à prémunir le patient en cas de rechute et de lui donner toutes les capacités de prévenir la rechute ou de la gérer.

Gabor SAGI

«Deux études de cas de drapeaux rouges: Un cas de compression médullaire cervicale, et un cas de sténose aortique cause de sciatalgie à la marche»



Résumé :

Les drapeaux rouges sont des indices à l'interrogatoire et à l'examen d'un patient qui nous indiquent que des investigations supplémentaires sont nécessaires pour un patient donné.

Les kinésithérapeutes passent plus de temps avec leurs patients que les médecins, et les voient pour des séries de soins.

De ce fait il n'est pas exceptionnel que des patients présentant des drapeaux rouges soient identifiés lors de la rééducation.

Dans cette présentation, deux études de cas seront présentées : Celle d'un patient adressé pour radiculopathies cervicales et qui avait en fait une myélopathie.

Et celle d'un patient souffrant de sciatalgies d'origine vasculaire au niveau de l'abdomen.

Cette présentation permettra de passer en revue la pathologie de ces affections et de préciser les critères cliniques.

Ateliers MDT N° 1 – Patrice et Matthieu

«Diagnostic différentiel des brachialgies & MDT»



Résumé :

Les patients souffrant de brachialgies présentent fréquemment nombre de similarités dans leur tableau clinique : douleurs du membre supérieur et douleurs cervicales, présence variable de symptômes et signes neurologiques, présence variable de perte d'amplitudes cervicales et de fonction du membre supérieur.

Par conséquent quels critères de l'examen clinique permettent de différencier ces brachialgies dont l'origine est incertaine ? (dérangement cervical, sténose foraminale, syndrome de défilé thoracique, radiculopathie mécaniquement non réductible, etc...)

Cet atelier propose une réflexion sur l'intérêt du MDT dans la différenciation, la classification et le cas échéant une prise en charge thérapeutique des différentes formes de brachialgies.

ATELIER MDT 2 - David et Jean-Philippe

«Quand faut-il s'arrêter ?»



Résumé :

Toutes les bonnes choses ont une fin ! Même un traitement bien conduit.

Durant la formation de base en MDT, l'accent est surtout mis sur le bilan et le diagnostic du patient.

Les patients vus lors des cours servent d'exemple concret pour la pratique.

Il est rare que le traitement se termine en l'espace de 4 jours.

Il est donc rare d'avoir des exemples concrets de fin de traitement lors des cours.

Quand et comment réintroduire la fonction?

Jusqu'ou faut-il pousser?

Faut-il manager tous les patients de la même manière?

Quand reprendre le sport?

Voici les questions auxquelles vous pourrez répondre.

Atelier MDT 3 - Florence et Gabor

«Utilité et timing de la récupération de la pour le membre inférieur dans le cadre d'un dérangement ou d'une dysfonction contractile»



Résumé :

Pour le rachis il est devenu apparent pour tout le monde que la phase de récupération de fonction est essentielle pour tous les patients.

Non seulement pour ceux qui sont déconditionnés, mais aussi pour tous ceux qui sont à risque de surprotéger leur colonne, ce qui la fragilise sur le moyen et le long terme.

En ce qui concerne les extrémités, la place de cette phase du traitement sera probablement tout aussi essentielle.

Cet atelier a pour objet de mener une réflexion sur la façon pratique de récupérer la fonction dans deux scénarios distincts :

Dans le premier cas, un patient a un dérangement d'une articulation du membre inférieur, et il s'agira de récupérer la fonction tout en exposant de façon très graduelle l'articulation à la (les ?) direction(s) de mouvement(s) qui aggravaient initialement.

Dans le deuxième cas, pour un patient qui souffre d'une dysfonction contractile, la reprise d'activité bien programmée et la pliométrie pour les patients sportifs permettront de mener à terme le processus de remodelage de la partie du muscle qui était initialement affectée (généralement le tendon).

Atelier MDT 4 - Frédéric et Jérôme

«Résolution de cas cliniques en MDT,
pratique en cabinet»



Résumé :

La pratique quotidienne nous confronte souvent à des patients qui semblent au premier abord relativement simples à traiter mais qui s'avèrent par la suite beaucoup plus complexes ou tout simplement non répondants à une approche MDT. Un patient apparemment complexe peut tout aussi bien s'avérer plutôt simple à prendre en charge. La prise de décision thérapeutique devient alors naturellement la clef de la prise en charge.

En abordant les principales localisations de troubles musculo-squelettiques au travers de différents cas cliniques, cet atelier aura pour objectif de développer le raisonnement clinique de chacun. Il devrait permettre de poser un diagnostic provisoire, de le confirmer ou de l'infirmier et enfin, éventuellement, d'aborder une ébauche de traitement reposant sur l'approche MDT.

Nous tenterons de rendre cet atelier le plus interactif possible en proposant aux participants de s'impliquer, au travers de questions de rapidité, dans la résolution des cas cliniques exposés.

CONVOCATION

ASSEMBLEE GENERALE ORDINAIRE

AFMcK

Conformément à l'article 12 des statuts de l'AFMcK,
L'Assemblée Générale Ordinaire de l'AFMcK

Aura lieu à MONTPELLIER,

Hôtel NOVOTEL,
125bis avenue de Palavas,

Le **Vendredi 29 janvier 2016**
à 17h00.

L'ordre du jour est le suivant :

1. Emargement des participants et vérification des mandats
2. Désignation du secrétaire de séance
3. Approbation du rapport moral du président
4. Approbation du rapport financier présenté par le trésorier et approbation des comptes de l'exercice clos le 31/12/2015
5. Fixation du montant de la cotisation
6. Élection des membres du Conseil d'Administration
7. Questions diverses



COMPTABILITE GLOBALE 2015

COMPTE COURANT

Solde initial au 01/01/2015 3188,8

Solde final au 31/12/2015 6744,27

LIVRET A

Solde initial au 01/01/2015 29520,8

Solde final au 31/12/2015 24727,12

COMPTABILITE ENTREES 2015

	COTISATIONS	STAGES : Adhérents et Aides partenaires, remboursements	Inscription Antoine G.	Cartons RDV	ESSENTIEL MEDICAL	VIREMENTS DU LIVRET	TOTAL
JANVIER	360,00	130,00				5 000,00	5 490,00
FEVRIER	4 100,00	5 085,00	240,00			10 000,00	19 425,00
MARS	2 680,00	50,00			1 452,90		4 182,90
AVRIL	2 580,00	2 200,00					4 780,00
MAI	1 260,00						1 260,00
JUIN	1 080,00	555,00				2 000,00	3 635,00
JUILLET	980,00	112,80					1 092,80
AOUT	180,00						180,00
SEPTEMBRE	540,00	170,00			1 630,20		2 340,20
OCTOBRE	240,00	620,00					860,00
NOVEMBRE	1 490,00	1 200,00		130,00			2 820,00
DECEMBRE	670,00	241,50					911,50
TOTAL	16 160,00	10 364,30	240,00	130,00	3 083,10	17 000,00	46 977,40

Stages : Journée Juin Lyon : 555 E ; Journée Montpellier Nov. : 240 E; Journée Nantes Nov. : 1350 E ;

Journée Isère Déc : 200E

Journée Montpellier Mars : 400E . Rencontre Iséroise épaule : 15E. Congrès Montpellier : 400 E

Congrès Lille : 5250 E (les paiements par virement = 1100E ont été encaissés en 2014).

Aide Partenaires : Versement de l'Institut McKenzie= 1800 E

Remboursement Grand Palais Lille : 112,80. Remboursement AM Gastellu Magnum Champagne : 41,50

ENTREES SANS LES MOUVEMENTS DU LIVRET = 29 977,40

COMPTABILITE SORTIES 2015

	LOCATIONS	ASSU- RANCE	TRADUC- TIONS	CONGRES JOURNEES	Rembours- ements/ Avances	COMP- TABLE	KDO INTER- VENANTS	KDO ADHE- RENTS	PAPE- TERIE	CPA	DEPLA- CEMENTS	COTISA- TIONS CMK et SFP	FRAIS COMPTE	LOGICIEL	MAINTI- NANCE SITE	VIREMENTS LIVRET	TOTAL
JANVIER				4 830,30	240,00								11,86		255,00		5 337,16
FEVRIER	96,00			3 279,86	120,00		415,00	400,00		322,52	233,16	2 830,00		405,00			8 101,54
MARS			244,00	2 852,19												7 000,00	10 096,19
AVRIL			805,00	258,90								500,00	1,21	367,50	255,00	5 000,00	7 187,61
MAI	85,04													262,50			347,54
JUIN				5 518,74										180,00			5 698,74
JUILLET						360,00							1,21		255,00		616,21
AOUT			895,00		60,00												955,00
SEPT				420,00										262,50			682,50
OCT								80,57					1,21		255,00		336,78
NOV	170,00		600,00	2 310,45	20,00			500,09									3 600,54
DEC		105,97		115,00	30,00				12,15		199,00						462,12
TOTAL	351,04	105,97	2 544,00	19 585,44	470,00	360,00	415,00	980,66	12,15	322,52	432,16	3 330,00	15,49	1 477,50	1 020,00	12 000,00	43 421,93

LOCATIONS : OVH= 85,04 ; GESTASSO = 170 +96

JOURNEES STAGES CONGRES : Lille= loc Salle + tech. : 1714,78 ; AROMATES Traiteur : 3115,52+2379,86 ; Kdo Intervenants (champagne) : 415 ; Musiciens : 900 ;

KDO DIP :400 ; Enregistrements MEET PRO : 1728 ; Elec. Gd Palais : 321,79 ; Mob. Gd Palais : 302,40 ; Dossier Colloque : 500 ; ALEOU Site Inscriptions : 420 ;

Rbsement Inscrip. 120. Rbsment Bagage Gastellu : 15

Montpellier Mars = Loc Salle Novotel : 258,90

Lyon Juin = Loc. Salle : 472,50 ; Boissons + Kdo Intervenat : 158,79

Montpellier Novembre = Loc. Salle : 204,45

Nantes Novembre : Universal Pen KDO Participants : 500,09 ; Rbsement déplacement JP Deneuveville : 45. Remboursements 2 inscriptions:50 . D'autres frais payés en 2016.

Paris Novembre = Rbsement Déplacement Thomas DURAND : 154

Isère Décembre = Loc. Salle 100E.

REMBOURSEMENTS : Avance hôtel A. Gemayel : 240 ; 2 inscriptions Lille= 120 ; cotisation : 60(adhérent n'ayant pas fait de stage McKenzie) ;

2 Inscriptions payées par virement Nantes : 20+30=50.

CPA = Compensation de perte d'activité J.Otéro réunion CNO Paris : 322,52

SORTIES SANS LES MOUVEMENTS DU LIVRET : 31 421,93

COMPTABILITE LIVRET 2015

	VIREMENT A PARTIR DU COMPTE COURANT	VIREMENT VERS LE COMPTE COURANT	INTERETS
SOLDE INITIAL	29520,8		
JANVIER		5 000,00 €	
FEVRIER		10 000,00 €	
MARS	7 000,00 €		
AVRIL	5 000,00 €		
MAI			
JUIN		2 000,00 €	
JUILLET			
AOUT			
SEPTEMBRE			
OCTOBRE			
NOVEMBRE			
DECEMBRE			206,32 €
TOTAL	24 727,12 €		



Bulletin d'adhésion AFMcK

Année 2016

Montant de la cotisation Annuelle 2016 :

- ☐ ☐ Libéral : 60 €
☐ ☐ Salarié : 40 €
☐ ☐ Membre bienfaiteur : 100 € et +

A renvoyer à : Mme Adeline BRAGUIER,
32 cours Albert THOMAS,
69008 LYON

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone : Portable :

Niveau de formation MDT : Date :

Remplaçant potentiel MDT : Oui ☐ Non ☐

E mail (indispensable) :

En cas de **changement de coordonnées et / ou de niveau de formation** dans l'année, écrire à :
secretariat@afmck.fr

Fait à : le : Signature :

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association AFMcK.

En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 Janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectifications aux informations qui vous concernent.

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à : tresorerie@afmck.fr

Site internet = www.afmck.fr Adresse mail : contact@afmck.fr

Charte des praticiens de l'Association Française McKenzie

AFMcK

Un traitement par la méthode McKenzie, ou Diagnostic et Thérapie Mécanique (MDT), est une prise en charge spécifique.

Cette prise en charge ne peut se confondre avec une autre méthode de rééducation.

Tous les praticiens dont les coordonnées figurent sur le site de l'Association Française McKenzie s'engagent à respecter les règles de la présente Charte et à l'afficher dans leur salle d'attente.

Cet engagement implique :

- Une prise en charge individuelle et individualisée.
- La réalisation systématique d'un bilan MDT au premier rendez-vous, afin de définir le traitement. Ce bilan comprend notamment un interrogatoire exhaustif, la réalisation de mouvements répétés ou de postures de fin d'amplitude, ainsi que l'analyse de leurs effets sur la localisation et l'intensité de la douleur, et sur la mobilité articulaire. Il nécessite du temps et une compétence (validée par la certification).
- La conduite du traitement basé essentiellement sur la réalisation de mouvements spécifiques, de postures et/ou sur un contrôle postural, déterminés par le bilan.
- Une réévaluation de l'état du patient à chaque séance et le réajustement au besoin du traitement.
- Privilégier l'auto-traitement, guidé par le bilan et les réévaluations.
- L'utilisation de techniques manuelles (suppressions, mobilisations, manipulations) avec parcimonie : Potentiellement, elles créent une dépendance au thérapeute. Elles sont cependant parfois indispensables, ponctuellement, à certains stades du traitement.
- Le massage et la physiothérapie (électro-thérapie, ultrasons, infrarouges...) ne faisant pas partie de la méthode McKenzie, leur utilisation éventuelle ne se fera qu'en tant qu'adjuvant ponctuel.
- Donner le plus d'autonomie possible au patient, ainsi que les informations et les moyens indispensables pour :
 - Pérenniser le résultat obtenu.
 - Savoir agir face à une éventuelle rechute.
- Se tenir informé de l'actualité des connaissances concernant le MDT.

Association Française McKenzie

Accepté par

, le

Signature

www.afmck.fr

SONDAGE DE SATISFACTION

Merci de noter votre appréciation pour ce Congrès

(Note de 0 = nul à 10 = excellent)

Votre note :

Ce qui vous a le plus plu : (3 propositions possibles)

--

--

--

Ce qui vous a le moins plu : (3 propositions possibles)

--

--

--

Vos suggestions pour améliorer les futurs Congrès :

--

--

--

--

