

**Dans ce numéro :**

- Commentaire principal
- Gros plan sur une filiale
- Point de vue clinique
- Revue de presse scientifique
- Coin Marketing & Business



---

## COMMENTAIRE PRINCIPAL

### PROJET POUR LE FUTUR : L'INSTITUT MCKENZIE INTERNATIONAL REGARDE VERS L'AVENIR

DR. THOMAS E. (TED) DREISINGER, PHD, FACSM

Le Conseil d'Administration (CA) de l'Institut McKenzie International (MII) s'est réuni en 2011 à Ramauti Beach en Nouvelle-Zélande. C'est lors de cette réunion que le plan stratégique de l'actuel MII s'est mis en place. Robin McKenzie s'est rendu à cette réunion et était favorable à la direction que prenait le plan du CA.

L'année suivante, à travers de nombreuses réunions et beaucoup d'échanges de courriels, un plan stratégique sur cinq ans a été mis en place. En septembre 2012, le CA s'est réuni à San Francisco pour sa réunion annuelle et a approuvé le plan. Le MII a mis en place ses initiatives, ses objectifs, ses buts et ses mesures pour les cinq années à venir.

Les plans stratégiques sont des outils utilisés par les sociétés pour créer un objectif d'entreprise et pour fixer les buts et les objectifs de l'organisation. De manières diverses, ils ouvrent un chemin vers la croissance. Ils se focalisent en général sur des buts financiers afin d'aider les entreprises à s'orienter vers des opérations rentables.

Les Dr David Norton et Robert Kaplan de l'Harvard Business School ont reconnu un besoin de prendre en considération des mesures d'entreprise qui ne soient pas juste financières. Ils ont reconnu que d'autres procédés participaient à la réussite. Les professeurs ont développé un modèle prenant en compte des perspectives supplémentaires qui, selon eux, reflétaient de manière plus réaliste une entité d'entreprise. Ce modèle incluait l'efficacité des procédés internes, les capacités d'organisation (produit), et les clients/intervenants. Ils ont appelé cette approche le « tableau de bord prospectif équilibré » afin d'illustrer l'importance d'une réflexion plus complète sur la croissance d'une entreprise.

Sous la direction du PDG Lawrence Dott, le développement d'un plan de stratégie internationale a été mis en avant alors que le président du CA, Uffe Lindstrøm, a développé le modèle et l'a simplifié de manière à pouvoir l'enseigner et le mettre en œuvre facilement à travers les filiales, si ces dernières le souhaitent. Les quatre perspectives sont devenues : le processus interne, l'enseignement et l'apprentissage (notre produit), les clients et finalement les finances. Bien sûr, si les trois premières perspectives sont implémentées avec succès, la croissance financière suivra.

Le MII était intéressé par l'implémentation du modèle de tableau de bord prospectif dans les filiales à travers le monde, mais ne savait pas si les filiales elles-mêmes seraient intéressées par cette implémentation. Durant l'été 2013, lors de la rencontre européenne d'Helsinki en Finlande, Uffe Lindstrøm et Ted Dreisinger – Membre itinérant du CA – ont introduit le modèle pour toutes les filiales européennes. Lors de cette rencontre, une grande partie du plan stratégique du MII a été présenté sur un diaporama offrant une vue d'ensemble de ce modèle. Les filiales ont été interrogées pour savoir si elles voulaient utiliser le tableau de bord prospectif afin de développer leurs propres plans stratégiques.

La réponse a été extrêmement positive. A tel point qu'en novembre 2013, un atelier de deux jours a été mis en place à Frankfort, en Allemagne, afin d'enseigner le modèle de tableau de bord prospectif à toutes les filiales européennes. La branche brésilienne a également participé à cette formation. Cet atelier a connu un grand succès avec des conférences et des ateliers interactifs en petits groupes. Cela a permis d'assurer la bonne compréhension du modèle afin de permettre à chaque filiale de retourner chez elle développer ses propres plans.

Durant l'hiver et au début du printemps de cette année (2014), Lindstrøm et Dreisinger ont fait des appels de suivi par internet avec chacune des filiales via GoToMeeting, un service de réunion en ligne permettant aux participants de se voir sur leurs écrans d'ordinateurs depuis des lieux éloignés. Les plans des filiales ont été étudiés, des réponses apportées aux questions et les retours sur d'éventuels problèmes techniques ont été pris en comptes.

Conjointement avec cette initiative en Europe, l'Amérique du nord travaillait déjà sur ses plans stratégiques. MIUSA et RMIC (Canada) ont développé leurs plans à l'aide du même modèle, et tous les plans de filiales ont été envoyés au siège international pour une vérification finale d'uniformité. Lors de l'Eurometing de Toulouse les 4 et 5 juin de cette année, chacune des filiales a présenté une très brève vue d'ensemble de l'une de leurs initiatives aux autres.

Seules quatre filiales n'ont pas encore été formées au modèle de tableau de bord prospectif. A la fin du mois d'août, un atelier de formation se tiendra à Wellington, en Nouvelle Zélande pour les filiales australienne, néo-zélandaise, japonaise et indienne. Cela signifie que d'ici la fin de l'année 2014, toutes les régions du monde auront reçu une formation permettant d'utiliser le même modèle de planification stratégique.

Chaque filiale aura des objectifs, des initiatives, des buts et des mesures adaptées à leur pays ou à leur région. Le but de développer un modèle commun n'est pas de créer un objectif commun, mais de permettre à chaque filiale d'utiliser le même modèle, simplifiant ainsi les communications sur la croissance des filiales.

Le futur ? MII prévoit un développement des comités régionaux de planification stratégique en 2015 pour aider à la création de plans stratégiques par région. Ces plans proviendront des plans de filiales actuels. Cela aidera le MII à développer sa planification stratégique à venir.

Les plans stratégiques sont comme l'horizon : vous pouvez les voir, mais à mesure que vous vous approchez, ils s'éloignent un peu plus. Cela signifie qu'un plan stratégique sur cinq ans reste chaque année un plan stratégique sur cinq ans. À mesure que les objectifs et les initiatives sont accomplis, d'autres s'y ajoutent. Ainsi, le plan et la croissance restent à la fois présents et futurs.

Le futur et l'horizon de l'Institut McKenzie International sont effectivement radieux.

## GROS PLAN SUR UNE FILIALE

### Robin McKenzie Institute Canada

Aileen Conway, RMIC Administrator



McKenzie  
INSTITUTE  
CANADA



La filiale canadienne a ouvert ses portes pour la première fois en juin 1992. Cependant, Colin Davies et Robin McKenzie avaient déjà commencé à enseigner la méthode McKenzie au Canada depuis le début des années 80.

La filiale est une association déclarée à but non lucratif et doit donc légalement se conformer à toutes les clauses établies par la loi canadienne sur les organisations à but non lucratif. Elle est gérée par un conseil d'administration solide et extrêmement dévoué, composé par Hugh Murray (Président & membre de la faculté MIUSA), Richard Rosedale (Vice-Président/Secrétaire & membre de la faculté MICanada), Bonny O'Hare (Trésorière & propriétaire/Directrice de Pro Motion Physiotherapy & OsteoCircuit) et Yannick Tousignant-Laflamme (Membre, Cert. MDT & Professeur, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec).



Colin Davies, Phil Burchell, Riki Yamada et Mark Miller ont été les pionniers de la faculté canadienne au départ. A présent, la filiale canadienne est composée d'un total de quatre facultés proposant des formations d'une côte à l'autre, ce qui n'est pas rien lorsque l'on considère que la superficie du Canada est de 9,984,670 kilomètres carrés, ou 3,855,103 miles carrés. Il arrive parfois aux enseignants de prendre une journée entière uniquement pour se rendre sur le lieu de formation. En raison des grandes distances à couvrir, le temps de trajet de la faculté vers les lieux de formation doivent être pris en considération dans le processus d'organisation des formations. Les facultés sont respectivement situées dans les lieux suivants, d'ouest en est : Colin Davies - Vancouver, British Columbia ; Audrey Long - Calgary, Alberta ; Richard Rosedale - London, Ontario du Sud ; Anja Franz, Région de Barrie, Ontario central.

Aileen Conway, administratrice de la filiale canadienne depuis juin 2011, est originaire d'Écosse. Avant d'intégrer la filiale, Aileen était depuis longtemps chef d'entreprise et organisatrice de conférences internationales. Elle s'occupe de l'ensemble de la coordination et de la promotion de la formation, ainsi que d'autres responsabilités liées à la filiale. Travaillant en concertation avec l'équipe de MIUSA, Aileen est très activement impliquée dans la planification de la conférence MDT des Amériques.

Carol Boaks, désormais retraitée et installée dans une maison de campagne au Canada, était l'administratrice de la filiale depuis son lancement en 1992 et jusqu'en mai 2011. Pendant plus de 18 ans, Carol s'est consacrée à la construction de la filiale et à la promotion de la méthode McKenzie à travers le Canada. Carol a dû revoir ses projets de retraite lorsqu'Aileen lui a demandé de représenter la filiale en tant qu'exposante pour des événements et des conférences à travers les différentes régions du Canada. Son expérience et ses connaissances en tant que kinésithérapeute et thérapeute MDT certifiée, ainsi que ses connaissances administratives de la filiale restent inestimables alors qu'elle noue les relations à travers le pays.



La filiale canadienne se situe désormais à Dorchester, dans l'Ontario. Elle compte environ 3000 membres actifs, dont 13 diplômés en MDT et 243 certifiés en MDT.

### **Formations et événements canadiens :**

Cette année, la filiale canadienne compte organiser environ 36 formations avec un total de participants estimés à 570. Les formations ont essentiellement lieu dans les centres principaux, à travers neuf des dix provinces que compte le Canada. La plupart des formations ont lieu en Ontario, au Québec, en Alberta et dans le New Brunswick. La bonne nouvelle est que depuis quelques années, nous avons constaté une croissance significative du nombre de participants progressant dans la série de formations. Cette croissance peut largement être attribuée à la vaste planification et à la publicité faite pour les formations ultérieures auprès des inscrits aux formations existantes, avant le début de chacune des formations. Cette annonce préalable semble bien fonctionner et permet aux participants potentiels de s'organiser professionnellement et personnellement autour de ces formations.

La forte capacité de la faculté à attirer les étudiants d'une côte à l'autre est continuellement reflétée dans les retours positifs que nous recevons lors des évaluations de fin de formation. Nous recevons régulièrement des commentaires du type « c'est le meilleur formateur que j'aie jamais eu » et « excellente formation et excellent formateur ». Les formateurs canadiens donnent toujours généreusement de leur temps afin de guider les étudiants qui souhaitent apprendre. Un grand bravo à la faculté canadienne, un petit groupe d'individus extrêmement impliqués et immensément talentueux !

De plus, la maîtrise de la langue française par la formatrice Anja Franz nous a permis de proposer des formations entièrement francophones. Cela a été très apprécié des kinésithérapeutes majoritairement francophones du Québec. Bien que la partie interactive de la formation soit conduite en français, les supports utilisés, support informatique inclus (le cas échéant), n'existent qu'en anglais. Cependant, le fait que nous n'ayons pas réussi jusqu'ici à proposer tous les supports en français n'a pas semblé poser de problème. Nous allons toutefois devoir faire face à cette question si nous continuons de proposer des formations en français.

Chaque année, la filiale canadienne récompense un praticien certifié MDT canadien méritant avec la très convoitée Bourse de Diplôme MDT Phil Burchell, en l'honneur de notre cher membre de la faculté MICanada Phil Burchell, récemment disparu. Les années de dévouement et la contribution de Phil à l'Institut illustrent bien l'esprit McKenzie. Cette bourse annuelle est attribuée dans l'espoir d'encourager plus de praticiens certifiés en MDT à continuer vers le programme diplômant.



Par ailleurs, après de nombreuses années, les associations de santé canadiennes reconnaissent finalement la faculté MICanada pour sa recherche et son expertise dans le domaine du MDT. Anja Franz a été invitée à parler de la centralisation à l'occasion du 40<sup>ième</sup> congrès annuel du Québec en octobre 2014, auquel sont attendus 600 kinésithérapeutes !

#### **Les plus grands défis de la filiale :**

- Obtenir un parrainage des cliniques et des hôpitaux pour les formations – en particulier pour les formations de 4 jours.
- Lutter contre la réputation de thérapie manuelle de la méthode McKenzie, surtout dans l'ouest du Canada.
- Offrir un soin MDT de qualité aux patients situés hors des grandes villes canadiennes.
- Limiter la taille des formations en raison de la taille habituelle des cliniques privées.
- Pouvoir offrir une continuité de formation pour tous les niveaux avec seulement quatre formateurs, dans un pays aussi grand que le Canada.

Les avantages les plus précieux de la filiale :

Notre plus grand avantage est le dévouement, la passion, les connaissances et l'expérience de tous ceux qui sont directement impliqués dans la mise en œuvre des formations et dans le fonctionnement de la filiale. De notre faculté dont le dévouement est inépuisable à notre conseil d'administration et au personnel administratif, le but est de répandre le message MDT et de rendre les formations disponibles à tout le personnel de santé concerné au Canada.

Nous considérons également la filiale USA comme un autre atout précieux. La filiale MIUSA n'est pas seulement notre sympathique voisin, juste au sud de la frontière, elle offre surtout une équipe de soutien incroyable à la filiale canadienne. MICanada a beaucoup de chance d'avoir une équipe d'individus qualifiés et d'une grande gentillesse qui soient aussi dévoués et qui aient toujours su soutenir la filiale canadienne dans ses efforts de croissance. Nous avons le plus grand respect et la plus grande admiration pour MIUSA et la filiale canadienne est très reconnaissante pour leurs conseils et leur soutien sans faille.



## POINT DE VUE CLINIQUE

### Le MDT à la rescousse !

Audrey Long PT, BSc, Dip. MDT

Le Diagnostic et Thérapie Mécanique : il nous dirige vers de bons résultats, mais nous aide également à identifier les patients que nous ne devrions pas traiter. Fréquemment, la force du MDT m'apparaît à nouveau lorsque je suis capable d'identifier ceux dont le problème n'est pas mécanique. Les patients non-mécaniques ont tendance à rester vivement gravés dans ma mémoire et renforcent le sentiment que le MDT est une évaluation et réévaluation continue de la présentation clinique du patient. En 2013, j'ai rencontré trois cas qui illustrent bien les patients non mécaniques, que l'on voit rarement à la clinique.

### Contexte

Plusieurs fois par mois, les médecins de l'AT-MP (Accidents du travail - Maladies professionnelles) m'envoient des patients en consultation. Ces patients ont déjà subi plusieurs étapes de traitement auprès d'autres professionnels de santé (médecins, kinésithérapeutes et/ou chiropraticiens), des programmes multidisciplinaires, ou sont candidats à une opération chirurgicale. J'aime beaucoup évaluer ces cas « complexes ». Il peut s'agir de patients n'ayant pas réagi au traitement mais qui ont réagi favorablement à l'évaluation initiale du MDT, ou des cas dont les problèmes psychosociaux ou les problèmes de sensibilisation centrale occultent la réponse mécanique. Quelle qu'en soit la raison, ces patients sont rarement ravis de venir me voir. Les deux premiers cas que je vais vous présenter m'ont été envoyés par les médecins de l'AT-MP.

### Cas n.1

Un manutentionnaire de 37 ans a développé une douleur de dos suite à un travail répétitif consistant à soulever des cartons de poids variés pour les mettre sur des palettes. Il était payé au nombre de commandes remplies, ce qui l'encourageait à travailler vite. Ma première impression fut « quel homme réservé » (timide, déprimé, ou qui ne se sent pas très bien ?). Il ne présentait aucune attitude antalgique ni ne s'est plaint du système comme les autres patients le faisaient souvent. Il pouvait à nouveau travailler de manière allégée trois heures par jour mais n'avait pas fait d'autres progrès. Les rapports de son programme de retour au travail indiquaient qu'il se montrait volontaire pour porter jusqu'à 20 kilos, mais qu'il ne semblait pas très motivé de retourner au travail. Comme il ne s'améliorait pas, il a passé une IRM qui a révélé un « bombement du disque ».

*Résumé des points clé de son anamnèse :* aucune préférence directionnelle n'a pu être clairement établie. Sa douleur était constante, empirée le matin, en fin de journée, après plusieurs heures passées à se pencher et à porter des charges, et suite à la marche prolongée. Son sommeil était perturbé. Il était au mieux environ une heure après s'être levé. La douleur était toujours située entre T12 et L5, souvent pire à gauche qu'à droite. Il n'a jamais ressenti de douleur référée dans la fesse ou distale. Il est intéressant de noter qu'il venait de terminer une cure d'antibiotiques pour une infection chronique récurrente de la vessie dont il souffrait depuis l'âge de 15 ans et dont il connaissait bien les signes et les symptômes. Cette douleur de dos semblait bien différente. J'ai senti qu'il ne souhaitait pas aborder cet aspect de son histoire. Je ne me souviens pas avoir déjà vu un homme de trente ans, par ailleurs sain, présenter une infection récurrente de la vessie.

*Résumé de l'examen :* l'examen physique n'a également pas été concluant. Son expression était assez vide. Il a expliqué qu'il était fatigué, il avait l'air pâle. Correction posturale : SE. Il présentait une limitation modérée dans ses amplitudes de flexion et d'extension et une perte symétrique de glissement latéral. Il a coté sa douleur à 3/10, constante et pouvait tolérer un grand nombre de répétitions en flexion et en extension, sans changement convainquant d'intensité ou de localisation de la douleur, ni d'amplitudes. Il a signalé qu'il avait déjà effectué des exercices d'extension, sans pour autant avoir été aussi loin que nous l'avions fait ce jour-là. Il avait également complété une batterie d'exercices variés dans des plans de mouvement multiples sans effets ni symptômes.

*Évolution du soin :* Nous avons passé une semaine à explorer le principe d'extension et il a commencé à se sentir « un peu mieux » (pas très convaincant). Nous avons ensuite effectué une semaine en principe de flexion qui n'a pas donné plus de résultat sur la présentation générale du trouble. Il a

complété une séance de renforcement sans se plaindre. Pendant ce temps, j'ai pu construire un début de relation et obtenir plus de renseignements sur ses problèmes vésicaux. Ses plaintes principales portaient de plus en plus clairement sur la douleur nocturne et le manque de sommeil, mais il avait tendance à attribuer le manque de sommeil à ses deux enfants, âgés de moins de quatre ans. Il m'a expliqué qu'il voyait un urologue annuellement. De plus, son dos avait été évalué par deux thérapeutes de l'AT-MP, et de nombreux médecins généralistes. Personne n'a semblé se poser la question d'une éventuelle situation non-mécanique. Tous semblaient se satisfaire d'un diagnostic initial d'une « élongation lombaire » dans la mesure où l'IRM semblait confirmer la source de cette lombalgie par ce « bombement du disque ».

Je l'ai renvoyé vers son médecin traitant qui m'a confirmé l'absence d'infection en cours. Nous avons essayé de l'envoyer chez son urologue, mais comme la situation n'était pas urgente ni aiguë, nous n'avons pas pu obtenir de rendez-vous avant sa visite annuelle, deux mois plus tard. Les médecins de l'AT-MP ont adressé ce « problème médical » au généraliste, qui l'a transmis à l'urologue, qui ne pouvait pas le voir avant plusieurs mois. Ce cycle s'est produit pendant plusieurs semaines, et j'avais la conviction croissante que sa douleur n'était pas mécanique. J'ai fait ce que j'ai pu pour obtenir un examen médical. Il a continué à augmenter ses heures et ses ports de charges au travail, motivé par l'arrivée imminente d'un troisième bébé. À juste titre, il souhaitait gagner plus d'argent. En raison de ses « progrès » manifestes au travail, l'AT-MP était satisfaite. Cependant, sa douleur restait constante, mieux en début/milieu de journée et pire la nuit et le matin.

Lors de sa quatrième semaine de soin environ, il est arrivé avec un air malade. Il a déclaré que c'était à cause d'une nouvelle infection vésicale. La clinique était alors déserte et il m'a demandé si nous pouvions aller au fond de la pièce afin de parler confidentiellement. Il m'a avoué souffrir d'un défaut de naissance du système génito-urinaire qui avait nécessité plusieurs interventions chirurgicales dans son enfance. Il ne l'avait pas mentionné auparavant car il ne pensait pas que ce problème était lié à ses douleurs de dos, et qu'il ne partage pas facilement cette information. Une de ces opérations consistait en l'insertion d'une valve artificielle dans la vessie, qui lui demande de se baisser afin d'ouvrir la valve et de libérer l'urine. Ainsi, il doit toujours uriner assis.

*Avance rapide :* Il a finalement reçu un examen diagnostic par ultrasons révélant une lésion et un rétrécissement de l'urètre à cause de l'infection récurrente. En position horizontale la nuit, l'urine ne peut pas s'écouler dans la vessie et stagne dans les reins, expliquant la douleur nocturne et matinale. Une fois debout, l'urine s'écoule en quelques heures et sa douleur diminue.

**Merci au MDT :** Le MDT a permis d'identifier que la douleur n'était pas de nature mécanique et que le patient devait être envoyé vers un spécialiste pour plus d'évaluations. Quel dommage qu'il ait eu à subir des mois de traitements inutiles et inefficaces.

## Cas n.2

Ce monsieur de 48 ans m'a également été envoyé par l'AT-MP après des mois de kinésithérapie sans progrès dans d'autres cabinets. Contrairement au patient précédent, cette personne s'est présenté avec le bagage complet de plaintes diverses et variées sur le traitement qu'il a subi de la part des médecins. Il était difficile à interroger, en colère et très anxieux à cause des résultats de son IRM montrant une dégénérescence sévère du disque et des changements de classification de Modic au niveau L4-L5.

Il était contrarié car tout le monde lui disait qu'il n'y avait pas de compression nerveuse, et « qu'ils ne me référeront donc pas à un spécialiste, alors que même moi je vois bien qu'il y a un sérieux problème ». Heureusement, son kinésithérapeute lui avait dit du bien à mon propos, sa colère n'était donc pas tournée contre moi. Il était bruyant, bavard, frustré, et fort peu plaisant.

*Résumé de l'anamnèse :* Quel défi d'essayer d'obtenir des informations utiles ! Tout lui faisait mal et la douleur était insoutenable (9/10). Sa douleur est apparue il y a cinq mois après une longue journée passée à déblayer des graviers à la pelle. Il présentait plusieurs signes apparents de comportement antalgique. Il est arrivé avec une seule béquille mais il l'utilisait en disant « ça me ralentit mais parfois je ne peux pas bouger sans elle ». Il m'a montré sa hanche latérale gauche (fesse, partie antérieure de l'aîne et cuisse) comme siège principal de la douleur. Puis vient la douleur de la « sciatique », référée dans la jambe gauche. Cette douleur apparaît et disparaît respectivement lors de mouvement et du repos. La douleur à la fesse est constante et les autres douleurs de la hanche sont intermittentes mais



aigues, et le « coïncident parfois ». Ses descriptions sont si animées que j'ai commencé à me dire qu'il s'agissait là d'un cas que je ne pourrais pas prendre en charge dans cet environnement. Il lui fallait un programme multidisciplinaire complexe.

*Résumé de l'examen* : et bien ! Quel schéma de marche étrange pour un patient diagnostiqué avec une « sciatique ». Il avait une large base de sustentation et sa jambe restait en rotation externe. Mon impression était qu'il n'étendait pas sa hanche. Pour quelqu'un qui décrit l'intensité de sa sciatique à 8-10/10, sa mobilité lombaire était étonnamment bonne ! De fait, sa flexion lombaire était presque complète, limitée par des douleurs de hanche/jambe (ses doigts étaient à 15cm de ses orteils). Il se déplaçait rapidement lors des transitions répétées assis – debout, allongé – debout, semi-assis – debout etc., en fléchissant aisément le rachis et en portant son poids sur la jambe droite. Il s'aidait toujours de sa main gauche lors des déplacements mettant en jeu sa jambe gauche dans différentes positions, d'une façon qui me faisait beaucoup penser aux patients ayant eu une prothèse totale de hanche pendant les deux premières semaines postopératoires.

Ses réflexes et ses sensations étaient normaux. L'examen des myotomes n'était pas possible en raison de l'inhibition de la douleur. La correction posturale l'empirait et déclenchait la douleur de la hanche et de la jambe. Alors que nous essayions une évaluation de répétition de mouvements lombaires, il était PE pour les FI debout ; les amplitudes en Ext debout paraissaient asymétriques car il ne voulait pas mettre trop de poids sur sa jambe gauche. La répétition d'Ext debout l'empirait. Nous avons dû arrêter les glissements latéraux en raison d'une douleur vive dans la fesse et la partie antérieure de la hanche. Il s'est effondré en position assise sur le bord de la table. Une fois sur le dos, il ne pouvait plus allonger sa jambe. Ses attitudes antalgiques se sont accentuées alors qu'il essayait les FED. La flexion de la hanche droite a mis en évidence un test de Thomas positif à gauche. En s'aidant de sa main gauche, il a effectué une flexion de hanche gauche et est arrivé à environ 70 degrés. Je lui ai demandé si je pouvais l'aider, mais n'ai réussi à obtenir qu'une absence de butée et un cri perçant ! Je l'avais à peine touché. Il ne pouvait pas non plus adducter sa hanche jusqu'à sa ligne médiane. Il était coincé à environ 30 degrés de rotation externe et d'abduction. Et ne pouvait pas effectuer de rotation interne pour revenir en position neutre. Il m'a dit ne pas pouvoir se coucher sur le ventre, même sur des coussins, ce qu'il avait déjà essayé de faire en kinésithérapie. Il avait besoin de repos (tout comme moi !). C'était une évaluation difficile, tout comme sa personnalité était « difficile ». Il était frustré par son état de santé, en colère contre l'AT-MP et il était difficile de discuter avec lui. Après l'avoir installé relativement confortablement sur le côté avec des coussins, je me suis retirée dans mon bureau pour souffler un peu et réfléchir.

Je me suis demandé ce qu'il se passait dans cette hanche. Je suis retourné le voir en lui demandant de faire une radio de sa hanche gauche et lui ai dit que je ne voulais pas le revoir à la clinique tant que cette radio n'était pas faite. Il m'a regardé comme si j'étais folle et a levé les yeux au ciel, mais a accepté de passer la radio.

La lendemain matin, le rapport de sa radio était sur mon bureau : « nécrose avasculaire de la tête fémorale ». Il a été transféré directement aux urgences pour une consultation immédiate en orthopédie puis renvoyé chez lui avec des béquilles et une interdiction d'appui sur cette hanche. Il a été opéré après quelques jours.

**Merci au MDT** : Malgré son diagnostic de trouble discal et de sciatique, le MDT a permis de le classer dans la catégorie « autre » et d'arrêter l'évaluation mécanique jusqu'à ce que d'autres tests aient été effectués. Bien souvent, ces patients « difficiles » (personnalité) sont mis d'office dans la catégorie « patient douloureux chronique » par les professionnels de santé.

### Cas n.3

Ce cas ne fait pas partie des patients que m'envoie l'AT-MP. Cette grand-mère active de 68 ans est arrivée en août 2013 avec une histoire de quatre ou cinq mois d'« élongation de l'aîne » qu'elle se souvient avoir ressenti en balayant lors d'une partie de curling plus tôt dans l'année. Les adductions-abductions de hanche d'un côté à l'autre nécessaires pour avancer sur la glace étaient un mécanisme potentiellement lésant. Au départ, il ne s'agissait que d'une douleur légère et intermittente qu'elle a « bichonnée » pendant quelque temps. Un mois ou deux plus tard, elle a parlé de cette douleur à son médecin puis s'est rendue à une clinique de kinésithérapie locale où un traitement de base et quelques

étirements l'ont soulagée temporairement. Elle se présentait comme une sénior en forme et active souffrant d'une douleur intermittente à l'aine qui irradiait parfois de 20 centimètres dans le haut de la cuisse. Lorsqu'elle est retournée voir son médecin traitant pour demander plus d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, il s'est demandé si la douleur ne provenait pas de son dos. Elle avait eu deux ou trois épisodes dans les dernières années et des imageries antérieures montraient de multiples modifications dégénératives dont un spondylolisthésis de grade 1.

*Résumé de l'anamnèse :* Pas de douleur au repos, allongée ou assise. La douleur était parfois vive ou se déclenchait lorsqu'elle essayait de marcher vite et lors de certains mouvements de hanche (par exemple lever un genou sur une chaise, rentrer et sortir d'une voiture, monter les escaliers bien plus que de les descendre, pendant la phase d'oscillation de la jambe atteinte). Quel plaisir d'obtenir un historique aussi clair. Nous étions maintenant en été et elle ne faisait donc pas de curling. Elle pouvait faire du vélo quotidiennement sans douleur, mais dans l'ensemble la douleur devenait plus intense et plus fréquente.

*Résumé de l'examen :* Correction posturale SE. Pas de perte des amplitudes lombaires, la répétition de mouvement était SE. La flexion active de hanche et l'adduction étaient douloureuses et légèrement limitées. L'amplitude passive était complète et sans douleur. Pour résumer, il n'a pas fallu longtemps pour exclure le rachis lombaire et exclure un dérangement de hanche. La douleur était clairement produite par la flexion ou l'adduction de hanche contre résistance. La classification provisionnelle était une dysfonction contractile.

*Plan de traitement :* La douleur était trop vive pour permettre à la patiente de contrôler les charges excentriques, nous avons donc commencé avec des exercices isométriques sur la zone cible, assez faciles à réaliser en position assise et consistant à serrer un ballon entre les genoux. Elle est repartie chez elle avec toutes les explications et les instructions habituelles – les exercices peuvent provoquer une douleur, PE après l'exercice, et deviennent plus facile à réaliser sur les deux semaines suivantes.

Une semaine plus tard, la patiente trouvait les exercices « un peu plus faciles » (peu convaincant), mais en tout cas PE. Le concept de « PE » était maîtrisé, nous avons donc augmenté les résistances en isométrique. Nous avons également ajouté quelques mouvements en excentrique aidé en flexion dans la zone cible avec le résultat PE escompté. Elle est revenue une semaine plus tard, empirée malgré sa perception de ne rien avoir fait de fatigant. En raison des courbatures, elle avait déjà arrêté complètement les exercices quelques jours avant de venir me voir. Il lui était plus difficile de monter les escaliers, de rentrer de sa voiture ou d'en sortir, mais elle continuait de bien dormir et n'avait pas de douleur au repos.

J'ai revérifié qu'il n'y avait pas de dérangement de hanche et n'ai pas trouvé de signe d'obstruction du mouvement. Avais-je fait progresser la patiente trop rapidement la semaine dernière ? Elle était favorable à un retour aux exercices concentriques. La semaine suivante, lors de sa quatrième visite, elle est revenue empirée sans raison apparente. S'il s'agissait d'une dysfonction contractile, pourquoi s'empirait-elle alors qu'elle ne faisait pas d'exercice ou d'activité trop intense ? Je me suis demandé si sa pathologie tendineuse n'était pas une avulsion ou une déchirure plus importante qui ne répondrait pas à la mise en charge. Il lui semblait que sa cuisse était un peu enflée. Elle paraissait en effet un peu plus large que l'autre (elle mesurait 1,5 cm de plus que la jambe gauche, avec une jambe droite dominante). Je me suis dit que je n'avais jamais vu d'« élancement de l'aine » chez une sénior auparavant (ce type de lésion arrive généralement chez des athlètes plus jeunes avec un mécanisme lésionnel plus clair). Son seul drapeau rouge était son âge > 55 ans, mais sa réponse à la mise en charge était atypique, elle était empirée, avec une suspicion de gonflement de la zone ciblée. J'ai décidé de demander un diagnostic par ultrason, en mettant fort heureusement son médecin traitant en copie de ma demande. Je partais en effet en déplacement pour quelques jours. Je suis revenu la semaine suivante et ai trouvé un rapport décrivant des tendons normaux mais des nodules lymphatiques avec une recommandation de biopsie. Heureusement, lorsque je lui ai téléphoné, son médecin traitant était passé à l'action et tous les tests nécessaires étaient en cours. En quelques jours, les résultats sont arrivés et il s'agissait en effet d'un cancer, bien que le type n'ait pas encore été confirmé.

**Merçi au MDT :** Cette dame n'avait pas eu de perte de poids, pas de douleur nocturne, pas d'antécédent de cancer et une douleur intermittente d'apparence mécanique. Au départ, cela ne ressemblait pas à un cas de « drapeau rouge ». La méthode MDT de classification provisionnelle et de réévaluation en cours de traitement afin de confirmer ou d'infirmer cette classification en trois à cinq visites, et la nature prévisible de ces classifications, m'ont permis d'éviter de traiter un cas que je n'avais pas à traiter.

Pour conclure, ces trois cas l'année dernière, et bien d'autres auparavant, m'ont donné un grand respect pour le MDT, qui va bien au-delà de la réponse magique que nous obtenons en cas de dérangement.

## REVUE DE PRESSE SCIENTIFIQUE

### Résumé et point de vue sur les publications récentes

*Stephen May, PhD, MA, FCSP, Dip. MDT, MSc (UK)*

**Van Helvoirt H, Appeldorm AT, Ostelo RW, Knot DL, Arts MP, Kamper SJ, van Tulder MW. (2014). Injection transforaminale périodurale de stéroïdes suivie de MDT en vue d'éviter la chirurgie sur hernie discale lombaire (Transforaminal epidural steroid injections followed by Mechanical Diagnosis and Therapy to prevent surgery for lumbar disc herniation). *Pain Medicine* ; En cours de publication.**

### Objectif

Relater le parcours clinique de patients présentant une hernie discale non centralisante confirmée par IRM, ayant reçu une injection transforaminale périodurale de stéroïdes (ITPS) et une évaluation MDT.

### Conception

Etude de cohorte prospective.

### Participants

Les patients présentaient une hernie discale confirmée par IRM, avaient deux signes neurologiques ou plus, n'avaient pas obtenu de réponse favorable aux traitements conservateurs et ne centralisaient pas après deux séances de MDT.

132 patients ont été considérés au départ. 69 correspondaient aux critères d'inclusion, ont été inclus et n'ont pas abandonné. Les critères d'exclusion étaient les suivants : moins de 12 semaines de douleur (8) ; centralisation des douleurs lors des séances de MDT (41) ; problème de langage (4) ; refus de l'injection (5) ; raison indéfinie ou abandon (5).

Les caractéristiques au départ sont les suivantes : âge moyen : 47 ans ; 49 % d'hommes ; durée médiane de la douleur dorsale de neuf mois ; douleur constante dans la jambe 58 % ; employé et au travail 51 % ; Employé mais en congé maladie 44 %.

### Intervention

La première intervention était une ITPS guidée par fluoroscopie à un niveau déterminé par les signes cliniques et l'IRM. Si le soulagement de la douleur était de 50 à 80 % ou si le patient refusait, aucune injection supplémentaire n'était administrée. Sinon, le patient pouvait recevoir jusqu'à quatre injections. 80 % ont reçu une ou deux injections. Environ deux semaines après la dernière injection, l'évaluation en MDT et le traitement (le cas échéant) ont été mis en place, les patients ont été re-classifiés dans les quatre groupes suivants : 1) Symptômes abolis ; 2) diminution significative de la douleur avec une centralisation ; 3) diminution significative de la douleur, mais toujours pas de centralisation ; 4) toujours pas de centralisation et un niveau élevé de douleur et/ou de handicap. Le traitement était respectivement : 1) Conseil selon les principes du MDT ; 2) Prise en charge MDT avec des exercices directionnels spécifiques ; 3) Conseil selon les principes du MDT et conseil de rester aussi actif que possible ; 4) Intervention chirurgicale de hernie discale.

### Mesure principale du résultat

Les résultats principaux sont la mesure de la douleur du membre inférieur sur une échelle numérique d'évaluation de la douleur cotée de 0 à 100 ; l'Echelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Evaluation des Lombalgies (EIFEL) cotée de 0 à 23 ; et l'échelle de Likert sur 7 points pour l'effet global perçu. Cette dernière est divisée en satisfaction (1 et 2) et insatisfaction (3 à 7). Les résultats secondaires sont la douleur lombaire actuelle (0-100), l'anxiété et la dépression (HADS), l'utilisation de médicaments, le statut professionnel et les autres traitements. Les données ont été recueillies au départ, à court terme (entre quatre et sept semaines), et à long terme (12 mois).

Une définition stricte de la réussite du traitement a été utilisée : pas d'opération à 12 mois et > 50 % de réduction à la fois de la douleur dans les membres inférieurs et pour le handicap depuis l'évaluation initiale.

## Résultats principaux

La classification décrite ci-dessus a donné les résultats suivants : 1) 16 % ; 2) 46 % ; 3) 16 % ; 4) 22 %. Le nombre de séances MDT est le suivant : 1) 1,2 en moyenne ; 2) 3,6 en moyenne ; 3) 2,7 en moyenne ; et 4) le groupe chirurgical avait un niveau plus élevé de douleur initiale et de handicap que le groupe ayant répondu favorablement aux traitements conservateurs (figure 1 et 2). Le groupe sans symptômes (1) et le groupe centralisant amélioré (2) ont obtenu des niveaux d'amélioration semblable en termes de douleur des membres inférieurs (figure 1), mais le groupe sans symptômes (1) a obtenu des résultats plutôt meilleurs en termes de handicap que le groupe de centralisation (2) (Figure 2). Le groupe de non-centralisation (3) a obtenu un taux d'amélioration plus long à la fois pour la douleur du membre inférieur et pour le handicap (Figure 1 et 2).

Le taux de réussite, tel que défini ci-dessus, était le suivant à la sortie et à 12 mois : 1) 100%, 100% ; 2) 100%, 90% ; 3) 27%, 50%. Les résultats secondaires ont été améliorés significativement pour les groupes 1 et 2, mais pas pour le groupe 3.

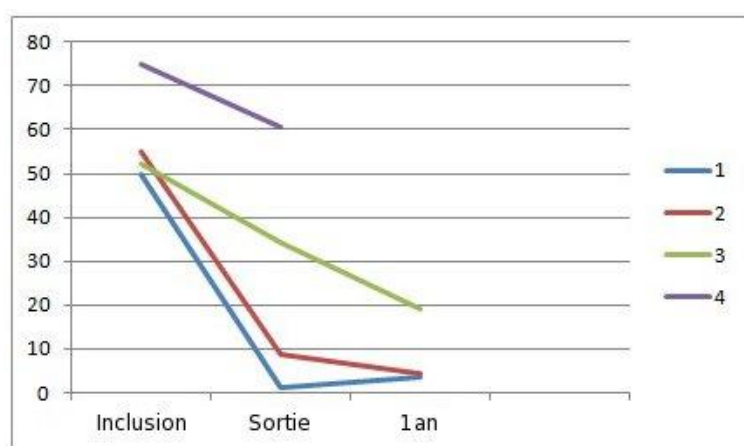
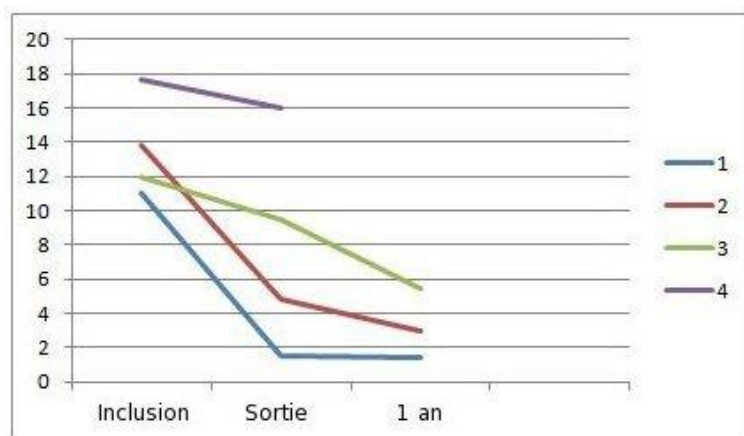


Figure 1. Douleur du membre inférieur par groupe.



Figures 1 et 2 - 1) Symptômes abolis ; 2) diminution significative de la douleur avec une centralisation ; 3) diminution significative de la douleur, mais toujours pas de centralisation ; 4) toujours pas de centralisation et un niveau élevé de douleur et/ou de handicap.

Figure 2. Scores EIFEL par groupe

## Conclusions

Les résultats indiquent qu'un traitement par ITPS suivi de MDT peut aider à éviter les interventions chirurgicales chez une proportion importante de candidats à l'intervention chirurgicale de hernies discales.

## Discussion

L'élément le plus intéressant de cette étude est qu'elle se centre sur des patients présentant une hernie discale et n'ayant pas répondu favorablement aux traitements conservateurs. Ces patients n'ont répondu ni aux soins des médecins ni à ceux des kinésithérapeutes et n'ont pas obtenu de centralisation en réponse aux répétitions de mouvements. Ils semblaient nécessiter une intervention chirurgicale. Cependant, une injection transforaminale de stéroïdes et une prise en charge MDT ont permis à la majorité de ces patients d'éviter l'intervention.

En raison de l'évolution naturelle généralement positive, le traitement conservateur est habituellement recommandé au départ pour les patients présentant une sciatique, dont beaucoup évoluent favorablement durant les trois premiers mois. Le recours à une intervention chirurgicale n'est utilisé qu'en l'absence d'amélioration (Valat et al. 2010). Cependant, bien que les interventions chirurgicales semblent être associées à un meilleur soulagement immédiat chez des patients soigneusement sélectionnés, le traitement conservateur a également montré de bons résultats à court terme.

La question du choix de traitement conservateur à fournir aux patients sciatalgiques reste cependant peu claire. Les recommandations sont les suivantes : réconfort quant à l'évolution naturelle positive sans intervention spécifique ; conseil de rester actif ; médication, avec d'abord du paracétamol puis des anti-inflammatoires non stéroïdiens, puis de la codéine et finalement de la morphine ; orientation auprès d'un neuro-chirurgien uniquement en cas de syndrome de la queue de cheval ou de parésie progressive, ou après six à huit semaines de traitement conservateur sans effet (Koes et al. 2007). Cependant, le niveau de preuve pour ces interventions, ainsi que pour la kinésithérapie, l'acupuncture, la manipulation, les tractions, le TENS et les injections de corticoïdes est inconnu ou faible (Valat et al. 2010). Une revue systématique d'« interventions non-chirurgicales » pour les douleurs radiculaires a pris en compte différents types d'injections, mais aucune intervention en kinésithérapie (Chou et al. 2009). Dans une autre revue, les injections de corticoïdes et les tractions n'étaient pas recommandées, car des preuves attestaient l'absence d'effet, mais il n'y avait également aucune preuve de l'efficacité de la kinésithérapie, le repos alité, la manipulation, l'acupuncture ou la médication (Luijsterburg et al. 2007). Ce rapport suggère que des injections soigneusement ciblées combinées à du MDT sont une nouvelle façon d'améliorer les résultats.

## Références

Chou R, Atlas SJ, Stanos SP, Rosenquist RW. (2009). Nonsurgical interventional therapies for low back pain. *Spine*; 34:1078-1093.

Jacobs WCH, van Tulder M, Arts M, Rubinstein SM, van Middlekoop M, Ostelo R, Verhagen A, Koes B, Peul WC. (2011). Surgery versus conservative management of sciatica due to a lumbar herniated disc: a systematic review. *Eur Spine J*; 20:513-522.

Koes BW, van Tulder MW, Peul WC. (2007). Diagnosis and treatment of sciatica. *Br Med J*; 334:1313- 1317.

Luijsterburg PAJ, Verhagen AP, Ostelo RWJG, van Os TAG, Peul WC, Koes BW. (2007). Effectiveness of conservative treatments for the lumbosacral radicular syndrome: a systematic review. *Eur Spine J*; 16:881- 899.

Valat JP, Genevay S, Marty M, Rozenberg S, Koes B. Sciatica. (2010). Best Practice & Research *Clin Rheum*; 24:241-252.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pme.12450/abstract>





**Clar C, Tsertsvade A, Court R, Hundt GL, Clarke A, Sutcliffe P. (2014). Efficacité clinique de la thérapie manuelle pour la prise en charge de conditions musculosquelettiques et non-musculosquelettiques : revue systématique et mise à jour d'un rapport de preuve de Grande-Bretagne** (Clinical effectiveness of manual therapy for the management of musculoskeletal and non-musculoskeletal conditions: systematic review and update of UK evidence report). **Chiropractic and Manual Ther**; 22:12.

## Objectif

Mise à jour et extension du rapport de preuve précédent (Bronfort et al. 2010) sur l'efficacité de la thérapie manuelle pour les patients présentant des troubles musculo-squelettiques et non-musculo-squelettiques.

## Conception

Revue systématique d'études supplémentaires parues depuis la revue précédente.

## Inclusions

Recherche sur dix bases de données et inclusion d'articles supplémentaires sur la thérapie manuelle depuis la revue précédente. 187 articles supplémentaires ont été identifiés : 72 revues systématiques, 96 essais contrôlés randomisés, et dix études pilotes non-randomisées.

## Intervention

Toute forme de manipulation ou mobilisation pour tout type de trouble.

## Mesure principale du résultat

Résultats pertinents tels que la douleur, la fonction, ou les effets indésirables.

## Résultats principaux

Il existe des preuves peu concluantes mais légèrement favorables pour le traitement de la sciatique, ces preuves n'étant cependant pas meilleures que la chirurgie, avec la méthode McKenzie ou des conseils seuls. Il existe des preuves peu concluantes mais légèrement favorables pour le traitement des douleurs cervicales et thoraciques, ces preuves n'étant cependant pas meilleures que d'autres traitements actifs. Il existe des preuves peu concluantes mais légèrement favorables pour le traitement des entorses de chevilles, le syndrome du canal carpien, l'épicondylite latérale, les troubles temporo-mandibulaires et la fibromyalgie. Il existe des preuves positives modérées pour le traitement des problèmes d'épaule, si ces traitements sont associés à des exercices, et pour le traitement des céphalées. Pour la plupart des autres troubles inclus dans cette étude, la conclusion indique que les preuves de l'effet de la manipulation ou de la mobilisation ne sont pas concluantes.

## Conclusions

Dans l'ensemble, le nombre de preuves de qualité reste limité en ce qui concerne la thérapie manuelle. La majorité des preuves passées en revue étaient de qualité faible ou modérée et inconstantes en raison de l'importante diversité méthodologique et clinique. Le champ d'application de cette revue était très large et a identifié, évalué et résumé de nombreux articles, les conclusions peuvent donc être considérées comme valides.

## Discussion

Cette large revue systématique de haute qualité démontre qu'il n'existe que des preuves limitées de l'efficacité de la thérapie manuelle pour un éventail de troubles musculo-squelettiques et non-musculosquelettiques. Cela contraste avec les preuves de l'importance de l'exercice qui, par exemple, est conseillé par plusieurs recommandations sur les lombalgies. (van Middelkoop et al. 2011; Delitto et al. 2012).

## Références

Delitto A, George SZ, van Dillen L, Whitman JM, Sowa G, Shekelle P, Denninger TR, Godges JJ. (2012). Low back pain. Clinical Practice Guidelines linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sports Phys Ther*; 42:A1-A57.

Van Middelkoop M, Rubinstein SM, Kuijpers T, Verhagen AP, Ostelo R, Koes BW, van Tulder MW. (2011). A systematic review of the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. *Eur Spine J*; 20:19-39.

<http://www.chiromt.com/content/22/1/12>



**Russell S, Jariwala A, Conlon R, Selfe J, Richards J, Walton M. (2014). Essai contrôlé randomisé en aveugle pour l'évaluation des stratégies de traitements conservateurs pour une capsulite rétractile. (A blinded, randomized, controlled trial assessing conservative management strategies for frozen shoulder). *J Shoulder Elbow*; 23:500-507.**

## Objectif

Evaluer l'efficacité des stratégies actuelles de kinésithérapie pour les épaules gelées, les preuves concernant le traitement conservateur optimal étant rares.

## Conception

Essai contrôlé randomisé dans lequel l'évaluation du résultat est réalisée par un kinésithérapeute indépendant, en aveugle par rapport au groupe de traitement.

## Participants

Début spontané d'épaule raide et douloureuse datant d'au moins trois mois, avec une perte d'amplitude active et passive de l'épaule ; aucune évidence clinique de trouble du rachis cervical, pas d'injection de stéroïde ni de prise en charge en kinésithérapie dans les trois derniers mois.

## Intervention

Les patients correspondant aux critères d'inclusion/exclusion et consentant à participer ont été randomisés dans l'un des trois groupes de traitement : cours collectif d'exercice (deux fois par semaine pendant six semaines) plus exercices à domicile ; kinésithérapie multimodale individuelle (deux fois par semaine pendant six semaines) plus exercices à domicile ; exercices à domicile uniquement.

## Mesure principale du résultat

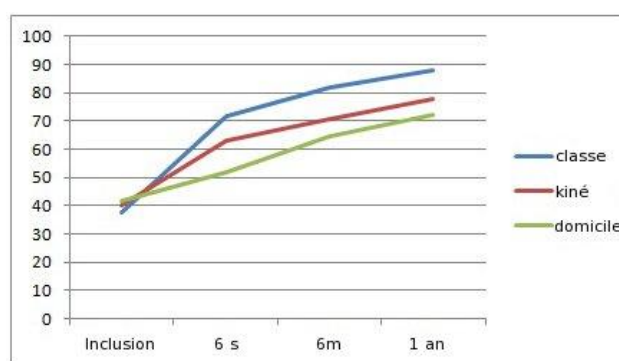
Le résultat principal est le score de Constant-Murley, coté de 0 à 100 et comprenant 4 paramètres : activité de la vie quotidienne, amplitudes, douleur et force. Une modification de 15 points est considérée par l'auteur comme étant cliniquement importante. Les mesures secondaires correspondent au score d'épaule d'Oxford, au SF-36 et à l'échelle HAD (Echelle de Handicap et d'Anxiété à l'Hôpital). Les mesures des résultats ont été prises à l'inclusion, à six semaines, à six mois et à un an.

## Résultats principaux

75 patients ont été recrutés pour l'étude et randomisés. L'âge moyen était de 51 ans, la durée moyenne des symptômes de 5,8 mois et il n'y avait pas de différence entre les groupes à l'inclusion. Une différence significative s'est installée entre tous les groupes au fil du temps. Le groupe d'exercice a obtenu un score significativement meilleur que le groupe de kinésithérapie individuelle et le groupe d'exercices à domicile ( $p < 0.001$ ) pour les scores de Constant et d'Oxford.

## Conclusions

Une classe d'exercice située à l'hôpital peut produire un rétablissement rapide de capsulite rétractile avec un nombre minimum de visites et est plus efficace que la kinésithérapie individuelle ou qu'un programme d'exercices à domicile.



**Figure 3. Score de Constant moyen**

### Discussion

Dans cet essai clinique randomisé en aveugle pour des patients souffrant de capsulite rétractile, tous les patients traités avec une classe d'exercice, une kinésithérapie individuelle ou des exercices à domicile ont été améliorés au bout de six semaines, six mois et un an. Cependant, cette amélioration était plus importante dans le groupe d'exercices collectifs que dans les deux autres groupes. Le cours d'exercice physique durait 50 minutes et comprenait 20 stations, avec des exercices conçus pour faciliter le mouvement de l'épaule et du rachis thoracique. Tous les groupes ont également effectué des exercices à domicile. La classe d'exercice n'était pas seulement plus efficace cliniquement, mais il est possible qu'elle ait été plus rentable comparée à la kinésithérapie individuelle qui nécessite plus d'heures passées par le thérapeute avec son patient. Cependant, aucune évaluation économique n'a été menée parallèlement à cet essai.

Des revues précédentes ont mis en valeur la nature limitée de la recherche basée sur les preuves pour la capsulite rétractile (Kelly et al. 2009 ; Hanchard et al. 2012). Cette étude répond à ce besoin et soutient le rôle de la kinésithérapie dans la prise en charge de la capsulite rétractile. Un changement de 15 point sur le score de Constant-Murley, le résultat principal, a été défini comme la différence d'importance clinique minimale. Ce seuil a été atteint par 91 % de patients du groupe d'exercices, 68 % dans le groupe de kinésithérapie individuelle, et 41 % dans le groupe d'exercices à domicile.

Le résultat du HADS est resté inchangé dans le groupe d'exercice à domicile, alors qu'il s'est significativement amélioré dans la classe d'exercice et le groupe de kinésithérapie individuelle. Cela indique que l'anxiété et la dépression sont des composantes pertinentes de la capsulite rétractile et que ces troubles s'améliorent au contact direct d'un kinésithérapeute, mais pas avec le contact minimal proposé par les exercices à domicile uniquement.

Un autre aspect intéressant mis en valeur par cette étude est la sur-utilisation apparente du diagnostic de capsulite rétractile. Sur les douze mois qu'a duré l'étude, les patients ont été référés en kinésithérapie par leurs généralistes avec un diagnostic de capsulite rétractile. Il y avait 850 références de ce type, 705 ne correspondaient pas aux critères d'inclusion détaillés plus haut. 70 n'ont pas voulu participer. Ainsi, seulement 75 patients ont été recrutés. Seuls 17 % (N=145) des patients référés pour une capsulite rétractile correspondaient effectivement aux critères, ce qui suggère la sur-utilisation de ce diagnostic. En général, la plupart des études suggèrent que le classement le plus fréquent pour l'épaule est le suivant : pathologie de la coiffe des rotateurs / syndrome de conflit / dysfonction contractile.

### Références

Hanchard N, Goodchild L, Thompson J, O'Brien T, Davison D, Richardson C. (2012). Evidence-based clinical guidelines for the diagnosis, assessment and physiotherapy management of contracted (frozen) shoulder: a quick reference summary. *Physiotherapy*; 98:117-120.

Kelley MJ, McClure PW, Leggin BG. (2009). Frozen shoulder: evidence and a proposed model guiding rehabilitation. *J Orth Sports Phys Ther*; 39:135-148.

[http://www.jshoulderelbow.org/article/S1058-2746\(14\)00005-6/abstract](http://www.jshoulderelbow.org/article/S1058-2746(14)00005-6/abstract)

## COIN MARKETING & BUSINESS

### MDT et CrossFit : Une association intéressante... voire nécessaire !

*Lee Poston PT, Dip. MDT*

CrossFit est une entreprise de fitness controversée en pleine croissance. En kinésithérapie, si vous n'utilisez pas le MDT, vous aurez tendance à penser que le MDT n'est pas une méthode aussi utile que les autres. De la même manière, si vous n'êtes pas un « CrossFiteur », vous aurez tendance à penser que « c'est trop difficile » et que « ça provoque trop de blessures », etc. De fait, avec un encadrement approprié, il s'agit d'une méthode parfaitement sûre car il s'agit uniquement de mouvements fonctionnels.

A l'instar de Robin McKenzie, Greg Glassman, le créateur de CrossFit, avance « à contre-courant » des méthodes d'exercice traditionnelles (les exercices qui stimulent naturellement une augmentation de la production d'hormones de croissance et de testostérone). Si vous êtes un CrossFitter, vous savez que CrossFit est également une question de communauté et d'hygiène de vie plus saine, pas uniquement un entraînement sportif.

Il y a quelques années, j'ai contacté sur Facebook Dave Lipson, un CrossFitter connu. J'ai vu une vidéo où il a dû abandonner un événement CrossFit en raison d'un trouble dorsal récurrent qui lui posait problème depuis six mois. Il a subi plusieurs traitements non-MDT et n'a jamais pu récupérer complètement. Nous avons parlé au téléphone et avons poursuivi par des messages. Il répondait à l'extension simple et s'est amélioré relativement rapidement.

Curieusement, Dave était extrêmement gainé au moment où il s'est fait mal au dos. Mis à part ses impressionnantes tablettes de chocolats, il a passé un an à faire des squats avec une charge d'au moins 210 kg TOUS LES JOURS (soit 365 jours !). Il a fait cela pour sensibiliser le public au cancer pour un ami CrossFitter décédé du cancer. Il a accompli cette tâche sans douleur. Quelque mois plus tard, il s'est fait mal au dos en faisant des épaulés-jetés (soulevé de terre jusqu'au épaulés en squat avant). Sans surprise, il a beaucoup plus voyagé et a passé plus de temps en position assise durant cette période. Cependant, l'un de ses médecins traitant lui a demandé, entre autre, de « faire du gainage ! »

Jusqu'à ce qu'un courriel d'une personne en Suède m'en informe, je ne savais pas que Dave avait écrit un article sur son expérience six à douze mois suivant nos séances, dans lequel il mentionnait mon nom. En conséquence, j'ai eu la chance de travailler sur les blessures de dos de nombreux athlètes de CrossFit qui n'ont pas pu se soigner eux-mêmes, ou dont les soins jusqu'alors étaient loin d'être idéaux, et ce à travers les Etats-Unis et dans une dizaine de pays différents, par téléphone, Skype, SMS et/ou emails. Cela montre en soi la puissance d'Internet, ainsi que l'influence globale du CrossFit, qui compte presque 10 000 affiliés à travers le monde. Cela montre également le manque de thérapeutes MDT certifiés disponibles. La plupart des patients disent qu'ils sont d'abord allés voir des kinésithérapeutes non-qualifiés en MDT, des chiropraticiens ou des masseurs. Sans surprise, ils rapportent la même histoire de traitement : « étirez ceci, renforcez cela, modalités par-ci, modalités par-là. » Oh, et du gainage, du gainage, du gainage !

Donc, pour ceux d'entre vous qui lisez ceci et pensez que les personnes qui pratiquent le CrossFit sont des fous, détrompez-vous ! Ils méritent une évaluation mécanique, et qui pourrait mieux les aider qu'un clinicien MDT ? Beaucoup d'entre eux n'ont pas d'assurance, ce qui explique que certains ne se sont pas soignés. D'autres sont désabusés par les soins proposés. La plupart des CrossFiteurs sont des fonceurs, qui ont tendance à penser qu'ils « peuvent bien prendre soin d'eux-mêmes », vont sur internet, cherchent « Crossfit » et « mal de dos » et me trouvent.

A vrai dire, il est possible d'obtenir un certificat CrossFit en un weekend et d'ouvrir une entreprise. Cela permet à de nombreux entrepreneurs de s'accrocher à la marque grandissante CrossFit sans avoir les compétences nécessaires à l'enseignement des mouvements corrects. J'ai le sentiment que de nombreux propriétaires/entraîneurs s'intéressent plus à leur enrichissement personnel qu'au bien-être de leurs membres, et de nombreuses techniques incorrectes sont ainsi autorisées. Sans parler du fait que de nombreux participants sont assez âgés, assis toute la journée derrière un bureau et n'ont pas fait d'entraînement depuis des années. Très souvent, ils ne commencent pas en douceur, mais se lancent au

contraire trop rapidement, ce qui les amène droit dans le mur ! Cela n'est pas un problème propre à CrossFit, mais plutôt lié à l'encadrement et à la responsabilité individuelle. C'est certes un problème, mais cela vous donne une opportunité en or pour vous présenter comme une solution à leurs blessures. Le MDT est une excellente solution pour tous les domaines sportifs.

Désormais, j'ai des clients au Canada, en Grande Bretagne, à Moscou, et beaucoup aux Etats-Unis. Je suis très reconnaissant de voir que ma formation diplômante MDT facilite l'évaluation de patients que je ne vois pas « en personne » à l'aide de cinq questions. Le programme de mon diplôme m'ayant enseigné à penser hors du cadre et à savoir comment le mouvement influe sur la douleur, j'aide désormais ces sportifs insatiables à apprendre à soigner leurs propres maux.