

## Dans ce numéro :

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



## COMMENTAIRE PRINCIPAL

### SEPT RAISONS QUI FONT DU MDT LE FUTUR DE LA MÉDECINE SPORTIVE

ALLAN BESSELINK, PT, DIP. MDT

Le monde de l'orthopédie commence progressivement à accepter le MDT comme un standard de soin musculo-squelettique. Mais si les progrès sont lents en orthopédie, ils sont virtuellement gelés en médecine du sport.

La recherche en STAPS indique que les blessures sont rarement dues aux asymétries, aux déséquilibres musculaires ou biochimiques ; Elles sont une fonction de l'entraînement. Autrement dit, l'entraînement sportif est simplement une série de mouvements répétés et de postures maintenues.

Après plusieurs années de travail auprès d'une population d'athlètes, il n'y a aucun doute pour moi que le MDT propose une approche globale, centrée sur les athlètes et basée sur les exercices de soins des lésions musculo-squelettiques liées au sport. Cela étant dit, voici les sept raisons qui me poussent à croire que le MDT représente le futur de la médecine sportive, avec des aspects du MDT susceptibles d'intéresser à la fois les cliniciens, les athlètes et les entraîneurs.

#### 1. Une évaluation mécanique correspondant aux demandes du sport.

La plupart des blessures dans les sports d'endurance et un grand nombre de blessures de sports de puissance et d'équipe sont directement liées à des problèmes d'entraînement. Les activités sportives sont l'exemple parfait de « contraintes mécaniques ». Le MDT utilise la répétition de mouvement lors du procédé d'évaluation mécanique afin de comprendre pleinement les effets des contraintes mécaniques produites lors du processus d'entraînement, un facteur important dans la survenue de blessures sportives.

#### 2. Un procédé de raisonnement clinique.

Le MDT est plus qu'un simple outil, c'est un procédé de raisonnement clinique. Les définitions opérationnelles du MDT offrent une compréhension constante des effets des contraintes mécaniques et de l'entraînement sportif sur le problème présenté par l'athlète.

#### 3. Des étapes et des phases rigoureuses de soin.

Le MDT utilise des étapes et des phases de soin très rigoureuses, comprenant des évaluations mécaniques, des diagnostics mécaniques, des stratégies d'auto-traitement, la récupération des fonctions et la prévention des blessures. Ces étapes correspondent parfaitement à un modèle exhaustif de la médecine du sport, ce procédé étant également en accord avec la littérature scientifique sportive.

#### 4. Une progression de traitement basée sur les réponses aux contraintes mécaniques.

Une progression appropriée ne se fonde pas sur des règles arbitraires. Elle se base sur la réponse aux contraintes mécaniques, ainsi que sur des indicateurs de pronostic fiables mis en place lors de l'évaluation. Le retour à l'entraînement est, de fait, une progression de force.

#### 5. Concentration sur les soins en auto-traitement

La plupart des athlètes ne veulent pas être des participants passifs dans leur récupération. D'un point de vue psychosocial, la concentration sur l'auto-traitement est positive pour la population athlétique. Cette concentration sur les stratégies d'auto-traitement peut naturellement et efficacement être intégrée dans le programme d'entraînement, qu'il s'agisse d'un entraînement modifié ou d'un retour complet à l'entraînement.

#### 6. Le succès de l'athlète passe par la récupération de la fonction.

McKenzie souligne particulièrement l'importance de la « récupération de la fonction ». Il a mis en place un contexte pour que cette récupération ait lieu et des principes pour sa mise en œuvre. Nous pouvons évaluer les programmes de biomécanique, de techniques sportives et d'entraînement – tous ces aspects étant bien implantés à la pointe de la recherche scientifique sportive. Nous pouvons utiliser ces principes solides et reconnus de la science du sport afin de développer un programme de « récupération de la fonction » pour les athlètes, basé sur les principes de l'entraînement et de la progression de la force. Le MDT offre simplement un contexte au sein duquel il est possible d'aborder le problème de la récupération de la fonction et du retour au sport.

#### 7. La prévention des blessures.

L'un des éléments primordiaux du MDT, la prévention des blessures, est l'une des caractéristiques principales des approches efficaces de la médecine du sport. Permettre la

résolution d'un problème est une chose, mais c'en est une autre d'offrir des conseils stratégiques permettant de prévenir efficacement ce problème dans le cadre d'un programme d'entraînement de l'athlète.

Le MDT est le futur de la médecine du sport. Le MDT n'est pas une intervention de traitement arbitraire appliquée à un athlète. Il offre aux cliniciens, aux athlètes et aux entraîneurs une approche globale des blessures sportives grâce à une évaluation appropriée, une organisation et une progression du traitement, et un contexte dans lequel poursuivre efficacement la récupération de la fonction et le retour à l'entraînement sportif.

## COMMENTAIRE DES INVITES

### L'aventure MDT dont vous êtes le héros !

Jared Mallory, DPT, Dip. MDT

Lorsque j'étais enfant, j'étais un fan de bandes dessinées. J'adorais suivre toute cette action, ces aventures, mais souvent, je m'arrêtais et me demandais « pourquoi est-ce que Spiderman a fait ça ? Est-ce qu'il n'aurait pas dû utiliser son sixième sens d'araignée plus tôt pour attraper le Bouffon Vert ? Enfin Spiderman ! À ta place je n'aurais jamais fait ça ! ». Mais hélas, je reprenais ma lecture et assistais à la suite des aventures des super héros, en sachant que s'ils m'avaient écouté, toutes ces histoires auraient été résolues bien plus tôt. Vous pouvez donc imaginer ma joie le jour où ma mère m'a rapporté un « livre dont vous êtes le héros ». Les personnages allaient enfin faire ce que je voulais qu'ils fassent. Je contrôlais totalement la situation. J'étais aux anges !

Je vous imagine déjà en train de chercher le rapport entre cette histoire et le MDT. Et bien, une conversation récente avec un autre Diplômé m'a rappelé cette anecdote. Nous parlions du fait qu'il arrive souvent d'entendre des cliniciens poser des questions similaires concernant l'utilisation clinique du MDT. Ces questions peuvent venir de novices en MDT, de ceux qui regardent le MDT de l'extérieur, parfois même de cliniciens MDT expérimentés. Vous est-il arrivé de vous demander « quand puis-je conseiller des mouvements latéraux. Avec un latéral pertinent, quand puis-je revenir sur le plan sagittal ? Quand est-ce que j'ajoute de la suppression plutôt que d'augmenter le nombre de répétitions ? » Voici des exemples courants de questions que nous entendons, ou que nous nous posons. La réponse, mesdames et messieurs, est très simple : dès que possible !

Je ne pense pas que ce soit la réponse que les cliniciens veulent entendre, mais c'est pourtant la bonne réponse. La beauté du MDT réside dans sa simplicité. Cependant, la simplicité ne signifie pas toujours noir ou blanc. La plupart du temps, lorsqu'on traite un patient en clinique, le MDT prend plutôt des tons gris. Bien que le système comporte ses choses à faire et à éviter, le traitement au quotidien et le contact avec le patient sont très individualisés. Cette individualisation concerne non seulement les patients, mais aussi les cliniciens.

Nous savons tous que la ligne droite est le plus court chemin pour aller d'un point à un autre, mais lorsqu'on traite un patient, on ne trouve pas souvent de lignes droites. Tout dépend. Ça dépend de ce que perçoit le clinicien. Des questions que pose le clinicien. De ce que le patient répond. Si dix Diplômés MDT écoutaient l'histoire d'un seul patient et commençaient à évaluer ce dernier, on pourrait penser qu'ils se retrouveraient tous au même point à la fin. C'est du moins ce que sous-entendent la littérature et la recherche. Le MDT a fait ses preuves de fiabilité. Cependant, lorsqu'on observe des cliniciens MDT évaluer et traiter un patient, on obtient une multitude de réponses et de raisons différentes quant aux choix de leurs actions.

Comment un système peut-il donc être fiable, tout en permettant l'individualisation ? C'est là toute la beauté du MDT. Il n'existe pas de prototype spécifique de clinicien MDT auquel nous devons nous conformer pour traiter nos patients avec ce système. Le seul prérequis est de comprendre le système. Et l'une des étapes pour comprendre le système est de réaliser et d'accepter qu'il n'existe pas de carte précise montrant le chemin entre le point A et le point B. Au lieu de cela, comme l'explique notre consœur clinicienne MDT Michelle Miller, PT, Dip MDT, « traiter un patient avec le MDT ressemble plus à l'utilisation d'un GPS qui changerait d'itinéraire à chaque nouveau tournant. »

Lorsqu'on parle avec des cliniciens hors du monde du MDT, la plupart semblent très heureux d'expliquer leur logique dans un système d'étape par étape, en passant de l'étape 1 à l'étape 2 et ainsi de suite. « Je commence par mobiliser ceci, puis je fais cela... » Je pense que cette approche fonctionne très bien jusqu'à ce qu'une roue se décroche et que l'on fonce vers la falaise en criant au secours. Parfois, les choses ne se déroulent pas comme prévu, et nous savons tous que lorsque l'on s'occupe de patients, les imprévus arrivent fréquemment. Cependant, avec l'utilisation du MDT, tout n'est pas perdu si vous savez utiliser le système.

Au cours de mon placement clinique, et peu de temps après, j'ai reçu un conseil que je n'ai jamais oublié. Afin d'utiliser le système correctement, il faut anticiper trois coups à l'avance.

Il faut planifier les prochaines étapes en fonction des différentes réponses possibles. Lors de l'anamnèse de l'évaluation initiale, vous êtes déjà en train de rassembler des données sur la façon de procéder à l'examen, puis lors de l'examen, vous rassemblez des données vous permettant de mettre en place les répétitions de mouvement, et ainsi de suite.

Souvent, les cliniciens MDT sont perçus comme distants, et presque désintéressés du patient, car nous ne faisons pas « activement » quelque chose au patient. Je pense que cela vient du fait qu'une grande partie du système, pour ne pas dire tout le système, se passe simplement entre les oreilles. C'est un système qui demande au clinicien d'être continuellement actif. Il doit écouter activement le patient et fonder son examen sur la réponse du patient. Il doit également regarder son patient de manière active lorsqu'il effectue les tests de perte de mouvement afin de prévoir les répétitions de mouvement à mettre en place.

Cela vaut également lorsque le patient revient pour une séance de suivi. Selon le résultat de la séance précédente, le clinicien doit avoir un algorithme en tête avant l'arrivée du patient : « si le patient arrive et dit « X », alors je pourrai faire ceci, si le patient dit « Y », alors je ferai cela ». C'est le fait qu'il soit un procédé d'évaluation perpétuel qui rend ce système unique. A chaque réponse du patient ou évaluation de mouvement, l'algorithme peut radicalement changer. Chaque patient avec son dérangement, sa dysfonction, son syndrome postural ou sa classification « autre » apporte au clinicien une nouvelle aventure à chaque visite. Je choisirai peut être d'essayer ceci, et vous choisirez cela. Mais à la fin nous devrions tous arriver au même endroit.

On peut répondre qu'il existe des façons plus simples d'arriver au même résultat. Je pense que c'est justement là qu'il est important de discuter des méthodes avec d'autres collègues et cliniciens MDT. Demander des conseils à d'autres et partager des histoires ou des études de cas est un bon départ. Nous avons une équipe de cliniciens MDT dans le monde entier qui ont sûrement vu les mêmes choses que vous. Cependant, rappelez-vous que chaque patient est différent et que ce que les autres ont fait peut ne pas marcher dans votre cas. C'est pourquoi, tout comme dans ces livres que j'adorais lire, c'est vous qui contrôlez et qui êtes responsable. Il y a une bonne réponse, mais il y a plusieurs façons d'obtenir un résultat positif. La clé est d'y arriver. Certains d'entre nous prendront le chemin le moins fréquenté, d'autre non. L'expérience nous aidera à affiner nos savoir-faire et nous permettra d'obtenir un résultat plus rapide. En fin de compte, il faut simplement faire confiance au système et décider du but à atteindre. Ainsi donc, allez de l'avant, cliniciens MDT... et choisissez l'aventure MDT dont vous êtes le héros !

## GROS PLAN SUR UNE FILIALE

### L'institut McKenzie en République Tchèque

Eva Novakova PT, Dip. MDT, Jana Letakova, MD, Cert. MDT et Hana Solcova, MD, Cert. MDT

#### Questions et réponses

La république tchèque est un petit pays d'Europe Centrale, dont la population s'élève à dix millions d'habitants, parmi lesquels on compte environ 5 000 kinésithérapeutes. Elle est quatre fois plus petite que la Pologne et 122 fois plus petite que les USA.



#### Repère

Fondée en 2003 par Eva Novakova, kinésithérapeute, Jana Letakova, neurologue et Hana Solcova, médecin physique et de réadaptation, la branche tchèque fête ses 10 ans. Sans les cours de McKenzie dispensés par Scott Herbowy en 1995, nous utiliserions encore la thérapie manuelle, le PNF ou la méthode Vojta, comme beaucoup d'autres thérapeutes dans ce pays. Dans les années 2000, nous travaillions toutes les trois dans un des meilleurs hôpitaux, le Centre Hospitalier Universitaire Militaire de Prague, et nous étions frappées par la différence entre le département de neurologie, où Eva avait présenté la méthode McKenzie, et le département de médecine musculo-squelettique qui utilisait les concepts traditionnels. Les mêmes patients, souffrant pour la plupart de discopathies, ont obtenu des résultats totalement différents : une guérison complète, plutôt qu'une guérison partielle avec des améliorations qui n'étaient que temporaires.



La branche officielle est située à Prague, capitale de la République Tchèque, souvent appelée le Cœur de l'Europe.

L'institut McKenzie CZ est une association à but non lucratif. Le Conseil de direction est constitué d'Eva Novakova, présidente, Hana Solcova, vice-présidente, et Jana Letakova, trésorière. Eva Novakova Jr, et Eva Mendlova se partagent actuellement les responsabilités d'administratrice/secrétaire de filiale et Jan Novak aide sur toutes les tâches nécessaires, parmi lesquelles le développement internet.





## Continuité

Nous sommes fiers de nos 250 adhérents, ce qui représente une croissance énorme par rapport à seulement cinq adhérents en 2003. Nous espérons continuer chaque année à accueillir de nouveaux fans de MDT. Tous les cours sont organisés avec l'accord de l'association de kinésithérapie. Ces cours se déroulent principalement à Prague, mais ces deux dernières années, nous avons également fait cours à Brno (Moravie) après nous être assurés du support financier pour l'éducation des personnes de cette région. En tout, nous avons deux séries de cours des parties A à D mises en place tous les deux ans. Nous avons en général environ 40 personnes inscrites pour la partie A et 25 personnes inscrites pour la partie D. Il existe un certain intérêt pour l'ancienne partie E ainsi que pour les cours avancés pouvant accueillir environ 30 participants. Nous avons également mis en place deux cours spéciaux d'une journée chacun destinés aux médecins, dirigés par Thomas Stengert.

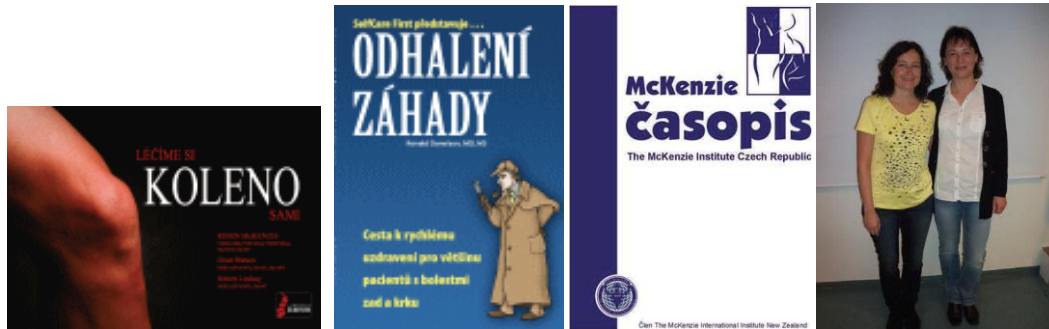


Seule Eva est habilitée à enseigner les cours A et B. Les autres cours sont enseignés par les Instructeurs Internationaux Nico de Bruine, Jenny Ross, Sara Luetchford, Barbara Zrnek et Grant Watson.

Quelles sont les meilleures caractéristiques de cette filiale ?

- Mise en place d'un groupe d'étude se rencontrant une fois par mois pour essayer de résoudre les problèmes rencontrés par les kinésithérapeutes.
- Obtention de l'accréditation et de la ré-accréditation de l'éducation MDT auprès du ministère de la Santé (bien que ces 20 dernières années aient vu un nouveau ministre de la santé tous les ans).
- Des kinésithérapeutes enseignant à la 1<sup>ère</sup> et 3<sup>ème</sup> Faculté de Médecine de l'Université de Charles à Prague.
- Traduction des ouvrages suivants : Soignez votre dos vous-même, Soignez votre cou vous-même, Soignez vos épaules vous-même, Soignez vos genoux vous-même et Solving the mystery.
- Une vidéo de présentation sur la méthode McKenzie [ici](http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=qBY1GVQ5DvM) [http://www.youtube.com/watch?feature=player\\_embedded&v=qBY1GVQ5DvM](http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=qBY1GVQ5DvM)
- Un essai randomisé – Exercices dans une direction spécifique ou exercices de stabilisation pour des patients souffrant de lombalgies chroniques.
- Une conférence sur les lombalgies à l'Hôpital Militaire Central avec Ron Donelson.
- Des webinaires.
- Le journal McKenzie tchèque.
- Une assistance pour l'ouverture d'une branche slovaque en 2008 et une coopération

rapprochée avec son président, PhDr. Michaela Kotrbancova Cert.MDT.



## Difficultés

Les participants tchèques passent leurs examens en tchèque depuis 6 ans, et utilisent tous les manuels en tchèque pendant neuf ans. Cependant, le problème principal pour les participants est le poids financier des frais d'examens. Le coût des examens représente environ deux tiers d'un salaire moyen dans notre pays. La branche tchèque compte maintenant 41 praticiens MDT qualifiés, dont cinq issus de Slovaquie, et un Diplômé MDT.

Quels sont les plus grands défis pour votre filiale ?

- Augmenter le nombre de patients satisfaits du traitement McKenzie.
- Former plus de thérapeutes McKenzie expérimentés.
- Encourager plus d'experts médicaux à nous écouter.
- Incorporer la méthode McKenzie dans l'éducation élémentaire des kinésithérapeutes, de manière à ce qu'ils ne soient pas déstabilisés par la différence entre l'école et la réalité.
- Promouvoir le MDT pour le diagnostic initial et l'approche du traitement auprès de patients présentant des pathologies musculo-squelettiques.

## Eva – du début à la fin...

Eva travaille en continu pour faire passer le feu au vert dans nos SNC (cerveaux), pour nous convaincre de donner des conférences pour les médecins et les kinésithérapeutes, mais le feu est trop souvent à l'orange...

De manière souvent trop passive, nous surfons sur la vague avec elle. Nous l'aimons, nous l'admirons, nous la remercions pour son travail et essayons de la soutenir par des petits gestes, mais c'est tout ce que nous arrivons à faire... et nous en sommes très désolés. Nous croisons les doigts pour tous ses efforts, et pour vous tous qui avez ces mêmes capacités !



## POINT DE VUE CLINIQUE

### Le jeu en vaut-il la chandelle ?

Josh Kidd, PT, DPT, OCS, Dip. MDT, CSCS

Il y a environ douze mois, j'ai décidé de contribuer à l'avancée du Diagnostic et Thérapie Mécanique (MDT) dans le domaine du traitement des douleurs articulaires périphériques. Alors que je cherchais le meilleur moyen d'arriver à mes fins, j'en ai conclu que la rédaction d'une étude de cas serait sans doute la manière la plus efficace et la plus stimulante de toucher un grand nombre de personnes ne pratiquant pas le MDT. N'ayant que peu, voire pas d'expérience dans l'écriture d'une étude de cas, je ne savais pas vraiment où, ni comment commencer. Étant membre de Mobility International USA (MIUSA), j'ai accès au Journal de Thérapie Manuelle et Manipulative (JMMT), le journal officiel de l'Institut International McKenzie. Sur le site internet du JMMT, on peut trouver une explication claire des critères et du procédé complet pour écrire et soumettre une étude de cas.

Dans la mesure où c'était mon premier essai, j'ai mis un peu de temps à compléter l'étude. L'étude de cas a duré deux mois en tout, du début à la fin. Paradoxalement, le traitement du patient n'a duré que deux semaines ! La partie la plus longue du cas d'étude était de mettre en place la revue de littérature et de synthétiser l'information. Cependant, c'était pour moi la partie la plus gratifiante. Cela m'a poussé à observer l'efficacité d'autres approches de traitement et m'a remis à niveau sur la majeure partie de la recherche actuelle sur la rééducation de l'épaule. Il arrive parfois que nous, les praticiens, soyons tellement focalisés sur notre méthode spécifique de traitement que nous oublions que d'autres approches sont également utilisées. J'aimerais ajouter que pendant cette période, Stephen May, PhD, MA, FCSP, Dip. MDT, MSc (GB) et Richard Rosedale, PT, Dip. MDT ont été des aides précieuses, tous deux ayant bien voulu m'assister chaque fois que j'en ai eu besoin. En effet, si l'idée de compiler une revue de littérature peut paraître intimidante, je peux vous assurer que la faculté McKenzie sera à même de vous proposer des indications et des conseils.

Lorsque j'ai soumis mon étude de cas au JMMT, le comité de rédaction m'a donné des instructions claires sur les recommandations et le format. Après avoir soumis l'article, j'ai reçu une réponse du comité. Les rédacteurs du journal m'ont donné des recommandations très claires qui ont amélioré mon article.

Bien que cette démarche ait pris du temps, dans l'ensemble, cette expérience a été bénéfique. Si vous êtes des praticiens MDT engagés, je vous mets au défi de tenter vous aussi cette expérience. Ceux qui me connaissent personnellement savent que lorsqu'il s'agit d'écrire, le simple fait de former une phrase complète m'est difficile. Ne laissez pas ce que vous percevez comme un manque de talent littéraire ou tout autre aspect de l'écriture d'une étude de cas vous décourager, il existe des ressources disponibles pour vous guider sur l'ensemble du processus.

Si vous n'êtes pas membre de votre branche de l'institut McKenzie, je vous encourage à le devenir ! Les membres de MIUSA et MICanada reçoivent des courriers du JMMT quatre fois par an, et de nombreuses autres branches internationales proposent un [accès en ligne au JMMT](#) pour tous les membres.

Pour ceux qui n'ont pas encore lu mon étude de cas, je mets à votre disposition un bref résumé ci-dessous, ainsi qu'un lien vers l'étude complète.

### Résumé de l'étude de cas

L'étude de cas décrit l'efficacité du Diagnostic et Thérapie Mécanique (MDT) dans la prise en charge de patients adressés suite à un diagnostic de tendinite d'épaule. Le patient était un homme de 56 ans, avec une histoire de douleur antérieure gauche de l'épaule depuis trois mois. Lors de l'évaluation initiale, il présentait des tests tendineux de Jobe et de Gerber ainsi qu'un test de conflit de Hawkins-Kennedy positifs. Une évaluation MDT a rapidement éliminé l'implication des cervicales et a identifié une perte de mobilité de l'épaule en fin d'amplitude ainsi que des douleurs lors des mouvements actifs d'épaule. Suite à un examen de mouvements répétés et à des traitements basés sur la réponse aux mouvements en fin d'amplitude sur trois séances, sa douleur d'épaule a complètement disparu et sa mobilité a été totalement restaurée. Malgré des signes positifs de tendinopathie et de conflit sous-acromial, ce patient a été soigné efficacement grâce à des répétitions de mouvements en fin

d'amplitude sur une période courte de deux semaines. Le but de cette étude de cas est de démontrer que le traitement basé sur les principes de classification MDT est une manière efficace de prendre en charge les douleurs d'épaule.

Accès à l'étude de cas complète :

<http://www.ingentaconnect.com/content/maney/jmt/2013/00000021/00000003/art00007>

## REVUE DE PRESSE SCIENTIFIQUE

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

Celia Monk, PT, Dip. MDT et Stephen May, PhD, MA, FCSP, Dip. MDT, MSc (GB)

**Coombes BK, Bisset L, Brooks P, Khan A, et Vicenzino B (2013). Effet des injections de corticoïde, de la kinésithérapie ou des deux sur les résultats cliniques chez des patients atteints d'épicondylalgie latérale unilatérale. Un essai contrôlé randomisé. Journal de l'Association Médicale Américaine, 2013; 309:461-469.**

### Objectif

Cette étude de patients atteints d'épicondylalgie latérale unilatérale présente deux objectifs principaux :

1. Évaluer l'efficacité clinique à un an des injections de corticoïdes comparées à des injections placebo.
2. Évaluer l'efficacité clinique à un an de la kinésithérapie comparée à l'absence de kinésithérapie.

### Conception

Essai contrôlé randomisé

### Cadre

Clinique de kinésithérapie et de pratique médicale de Brisbane, Australie. Nous ne connaissons malheureusement pas le cadre spécifique.

### Patients

Des adultes de plus de 18 ans souffrant d'épicondylalgie latérale unilatérale depuis plus de six semaines ont répondu à une annonce publique pour participer à l'étude. Les patients potentiels ont alors été triés suite à un entretien téléphonique puis un examen physique, effectué par un des chercheurs et confirmé ensuite par un second chercheur.

### Critères d'inclusion :

- Douleur en regard de l'épicondyle humérale latérale
- Sévérité de la douleur supérieure à 30 mm sur une échelle EVA de 100mm.
- Douleur provoquée par au moins l'une des actions suivantes :
  - Préhension.
  - Palpation.
  - Extension du poignet ou du majeur contre résistance.
  - Étirement des muscles extenseurs de l'avant avec une préhension indolore réduite.

### Critères d'exclusion :

- Injection reçue au cours des six derniers mois.
- Traitement kinésithérapique reçus dans les 3 derniers mois.
- Symptômes suggérant une condition radiculaire, neurologique ou arthritique systémique.
- Grossesse.
- Allaitement.
- Contre-indication aux injections.

### Intervention

Les patients ont été répartis aléatoirement dans l'un des quatre groupes de traitement suivants :

1. Injection de corticoïde.
2. Injection placebo.
3. Injection de corticoïde et kinésithérapie multimodale.
4. Injection placebo et kinésithérapie multimodale.

Les deux groupes d'injections seules ont reçu une seule injection, effectuée par l'un des cinq praticiens médicaux en dix jours de randomisation. Les injections étaient soit placebo (0.5 ml à 0.9% de liquide physiologique) ou un traitement à base de corticoïdes et d'anesthésiant local (10 mg/ml ou triamcinolone acétonide et 1 ml de lidocaïne à 1%). Il a été demandé aux patients d'éviter les activités

aggravantes pendant les deux semaines suivant l'injection puis d'augmenter progressivement leur niveau d'activité. Les participants ont pu suivre un traitement à base d'antalgique ou d'anti-inflammatoire, de chaud, de froid ou du port d'une attelle, mais ils devaient éviter tout autre traitement.

Les deux groupes de kinésithérapie ont effectué huit séances de trente minutes de traitement sur une période de huit semaines, avec une première séance prévue avant l'injection initiale. Le traitement dispensé était basé sur un protocole ayant fait l'objet d'une recherche antérieure, et les onze kinésithérapeutes participants ont reçu une formation de deux heures afin de garantir la standardisation. Les programmes ont ensuite été individualisés en fonction des possibilités fonctionnelles et des niveaux d'intensité de la douleur de chaque participant. La composante de thérapie manuelle était composée de mobilisations avec mouvements, combinées à la préhension. Le programme d'exercice était composé de travail concentrique et excentrique contre résistance élastique permettant de mettre progressivement en charge les tendons des extenseurs, ce travail étant à effectuer deux fois par jour. Les participants remplissaient un journal d'exercices permettant de vérifier leur adhésion au programme. Les patients ont été suivis à quatre, huit, douze, vingt-six et cinquante-deux semaines.

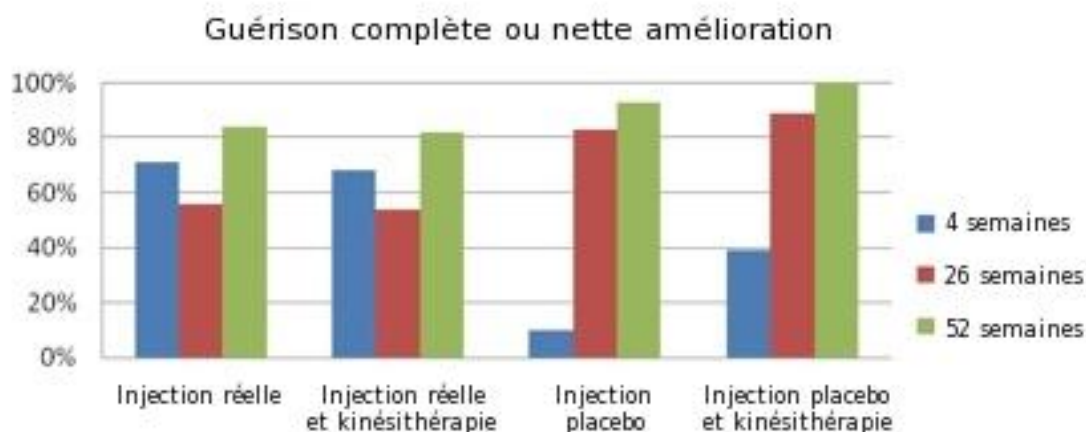
## Mesure principale du résultat

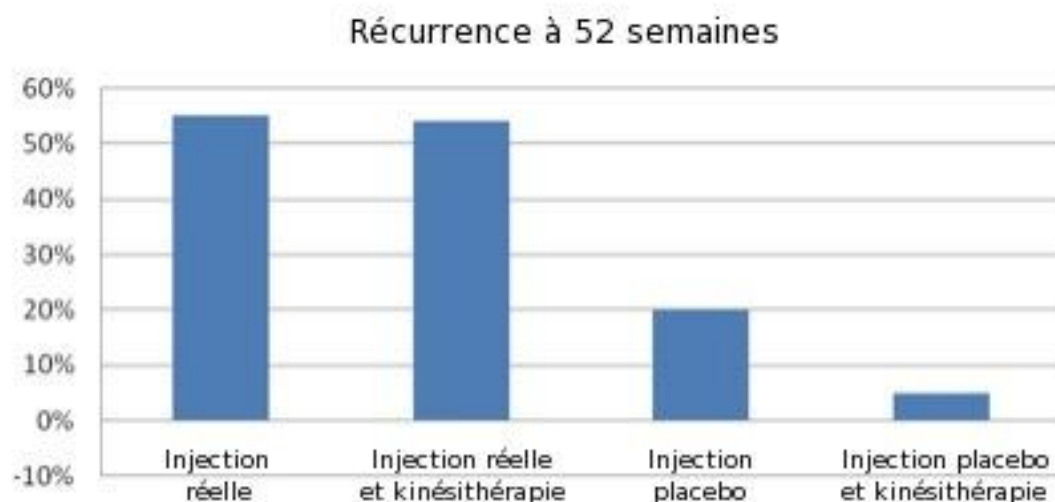
1. Scores de changement global sur un an rempli par le patient attestant d'une guérison totale ou d'une nette amélioration.
2. Récurrence sur un an – définie par une guérison complète ou une nette amélioration à quatre ou huit semaines mais pas à huit, douze, vingt-six ou cinquante-deux.

## Résultats principaux

Parmi les 165 participants recrutés sur douze mois, seul sept ont abandonné. Il n'y avait pas initialement de différence significative entre les quatre groupes. La durée médiane des symptômes était de seize semaines et pour 76 % des patients, il s'agissait du premier épisode.

Lors du suivi à quatre semaines, les groupes d'injections de corticoïdes ont présenté un taux d'amélioration plus élevé que les groupes sans injection de stéroïdes. Cependant, à 26 et 52 semaines, les groupes d'injections placebo ont présenté un taux d'amélioration plus élevé, le groupe placebo avec kinésithérapie présentant un taux de « guérison complète ou de nette amélioration » de 100 %.





De même, le taux de récurrence à 52 semaines atteint 55 % pour les deux groupes ayant reçu une injection de corticoïdes (y compris le groupe ayant également reçu des soins kinésithérapiques) et seulement 5 % pour le groupe ayant reçu une injection placebo et huit semaines de soins kinésithérapiques.

## Conclusion

Parmi les patients souffrant d'épicondylalgie latérale unilatérale chronique, l'utilisation d'injections de corticoïdes a produit de moins bons résultats cliniques que les injections placebo au bout d'un an, la kinésithérapie n'ayant pas produit de différence significative.

## Commentaires

Mon commentaire initial est le suivant : les conclusions tirées par les auteurs semblent contredire les résultats. Dans l'article publié, les résultats du deuxième tableau montrent clairement l'effet positif du programme de kinésithérapie lié à l'injection placebo. En effet, lors du suivi à un an, le taux de récurrence n'est que de 5 %, comparé à 55 % pour le groupe d'injection de corticoïde. A mon avis, cela représente une différence significative et plaide en faveur de l'utilisation d'un programme de travail concentrique et excentrique.

Le fait que l'utilisation d'injections de corticoïdes ait entraîné de moins bons résultats que l'injection placebo est un facteur intéressant. L'injection de corticoïdes a entraîné de meilleurs résultats initiaux que les injections placebo, mais au début seulement. Au bout de six mois, les effets de l'évolution naturelle (injection placebo seule) et de la kinésithérapie ont été bien meilleurs. Cela remet en question l'utilisation d'injections de corticoïdes pour les patients présentant des douleurs du coude.

Malheureusement, nous ne savons pas si ces patients ont continué les exercices kinésithérapiques au-delà de cette période de huit semaines. Il est possible que cela ait influencé le faible taux de récurrence, il est donc difficile de reproduire les mêmes résultats dans un autre cadre clinique.

Dans l'ensemble, cette étude a été bien conçue, bénéficiant d'un faible taux d'abandon pour le suivi et d'un échantillon de taille importante. La randomisation et la mise en aveugle étaient adéquates, et les auteurs ont tenté d'assurer la standardisation de l'injection et du traitement administré à l'aide d'un protocole prédéterminé. Le problème principal, cependant, est la conclusion qui en est tirée. L'approche combinée à la kinésithérapie semble avoir été efficace, selon le tableau des résultats.

En termes d'ajout de valeur au champ de la MDT, dans le traitement de la dysfonction contractile, nous utilisons une approche combinée mettant progressivement en charge les tissus endommagés selon la réponse symptomatique et mécanique. Le protocole utilisé pour le traitement kinésithérapique dans cette étude semble suivre les mêmes principes. Il serait intéressant de voir si le taux de récurrence à un an suite à un traitement MDT avec ce type de population de patients serait aussi bas que dans cette étude.



**Cullinane FL, Boocock MG, & Trevelyan FC. (2013). Les exercices excentriques sont-ils un bon traitement pour les épicondylites latérales ? Une revue systématique. Rééducation clinique. Publié en ligne le 23 juillet 2013.**

DOI: 10.1177/0269215513491974

## Objectif

Examiner l'efficacité des exercices excentriques lors d'interventions en kinésithérapie chez des patients présentant une épicondylite latérale.

## Conception

Revue systématique.

## Cadre

Université AUT, Auckland, Nouvelle Zélande.

## Intervention

Revue systématique suite à une recherche dans six bases de données électroniques.

Critères d'inclusion :

- Essais contrôlés randomisés.
- Essais cliniques contrôlés.
- Au moins un programme de traitement impliquant une thérapie par exercices excentriques.
- Des patients ayant reçu un test de diagnostic pour une épicondylite latérale ou ayant été diagnostiqués par un médecin généraliste.
- Au moins une mesure fonctionnelle ou d'incapacité.
- Articles en texte intégral en anglais.

Critères d'exclusion :

- Patients ayant reçu une injection de corticoïdes avant l'intervention ou durant leur traitement.

La qualité méthodologique des études satisfaisant les critères d'inclusion/exclusion a été évaluée à l'aide de la grille de score de Cochrane.

## Mesure principale du résultat

Changement de l'intensité de la douleur et de la force de préhension ; mesure du résultat fonctionnel et d'incapacité.

## Résultats principaux

Parmi les 392 études trouvées lors de la recherche initiale, 32 ont été revues en intégralité. 12 études ont finalement répondu aux critères d'inclusion.

616 sujets ont pris part à ces 12 études, dont 336 femmes et 280 hommes.

326 sujets ont effectué des exercices excentriques dans le cadre de leur rééducation. Aucune de ces 12 études n'a justifié ses choix de paramètres d'exercices utilisés dans les programmes de soins.

Parmi ces 12 études, seul trois ont été considérées comme ayant une « haute » qualité méthodologique.

Ces études ont été regroupées en quatre catégories :

1. Programme d'exercice excentrique isolé comparé à une thérapie différente.
2. Exercice excentrique et thérapie jointe comparés à cette même thérapie jointe.
3. Exercice excentrique et thérapie jointe comparés à une thérapie différente.
4. Programme d'exercice excentrique identique avec différents paramètres d'étude.

Parmi les neuf études impliquant des exercices excentriques dans leurs programmes de thérapie multimodale, sept ont montré une amélioration du résultat pour la douleur, la fonction et/ou la force de préhension, en comparaison à d'autres programmes de traitement combinés.



Une étude de faible qualité ayant étudié les exercices excentriques isolés n'a pas trouvé d'amélioration significative de la douleur en comparaison avec un programme de traitement multimodal.

Dans l'ensemble, ces 12 études ont montré un manque d'homogénéité dans les critères de diagnostic pour les épicondylites latérales, ainsi qu'un manque de suivi à long terme, avec seulement trois études évaluant l'efficacité du traitement au-delà de 24 semaines, et un manque de clarté dans les descriptions des interventions de traitement effectuées. Aucune étude n'a montré d'effet négatif pour les exercices excentriques.

## Conclusions

L'absence d'effet négatif, ainsi que les preuves d'amélioration de la douleur et de la récupération de la fonction comparées à d'autres thérapies de soins, plaide en faveur de l'inclusion d'exercices excentriques dans les programmes de soins multimodaux pour la rééducation de patients présentant une épicondylite latérale.

## Commentaires

Cette revue systématique révèle les limites de la recherche sur l'épicondylite latérale, et en particulier sur l'apparent manque de consensus sur les critères de diagnostic pour cette pathologie. Malheureusement, les auteurs ne spécifient pas ce qu'ils incluent dans le terme « épicondylite latérale », ni ne proposent de discussion sur son étiologie complexe – s'agit-il de tendinopathie chronique des tendons extenseurs du poignet, de tendinopathie réactive ou d'un problème d'enthèse ? Il est intéressant de noter que l'un des critères d'inclusion est un diagnostic d'épicondylite latérale par un médecin généraliste, surtout lorsqu'on prend en compte la complexité de cette pathologie et le manque de critères de diagnostic.

Il est surprenant de noter l'absence d'effet négatif des exercices excentriques. L'expérience clinique laisse à penser que le patient verrait sa douleur augmenter et ses capacités fonctionnelles diminuer si le travail excentrique est effectué trop tôt dans le processus de rééducation, surtout en présence de tendinopathie réactive. Les auteurs précisent que les études manquent d'une description claire des interventions de traitement mises en place. Si l'on ajoute à cela le manque de définition et de critère de diagnostic, il est difficile d'appliquer ces résultats à la population générale des patients.

En termes de valeur apportée au champ du Diagnostic et Thérapie Mécanique (MDT), les auteurs parlent de l'importance d'augmenter progressivement l'intensité des exercices afin de promouvoir le stimulus nécessaire au remodelage du tendon. Ils en concluent également que les interventions multimodales incluant le travail en excentrique sont plus efficaces que celles qui ne l'incluent pas. Si les auteurs entendent par les termes « épicondylite latérale » une tendinopathie chronique des extenseurs du poignet, le diagnostic mécanique de cette pathologie est une dysfonction contractile. Le traitement consistera alors en un programme de mise en charge progressive qui pourra inclure du travail en excentrique et une augmentation progressive de la charge sur les tissus concernés, en fonction de la réponse mécanique et symptomatique. C'est pourquoi on peut en conclure que cette étude est favorable à l'approche MDT du traitement. Cependant, en raison du manque de définition et des autres restrictions précitées, l'utilisation de ces recherches pour valider le traitement en MDT des « épicondylites latérales » est à considérer avec précaution.

◆◆◆◆

**Malliaras P, Barton CJ, Reeves ND, & Langberg H. (2013). Programmes de travail de mise en charge sur tendinopathies achilléennes et patellaires. Une revue systématique comparant les résultats cliniques et identifiant les mécanismes potentiels d'efficacité. Médecine du sport. 43:267-286 DOI 10.11007/s40279-013-0019-z**

## Objectif

1. Évaluer les preuves dans les études comparant deux ou plus de deux programmes de travail de mise en charge dans les tendinopathies achilléennes et patellaires.
2. Vérifier les résultats non cliniques, tels que l'amélioration des résultats d'imagerie, associés aux résultats cliniques.

## Conception

Revue systématique.

## Cadre

Le Centre de Médecine du Sport et de l'Exercice, hôpital Mile End, Université Queen Mary de Londres, Londres, GB et l'Institut pour la Recherche Biomédicale du Mouvement Humain et de la Santé, Manchester, GB

## Intervention

Les études incluses utilisent tous type de travail de mise en charge des éléments musculo-tendineux :

- Excentrique.
- Concentrique.
- Mixte excentrique et concentrique.
- Isométrique.
- Pliométrique.
- Travail de mise en charge impliquant une alternance rapide d'exercices excentriques et concentriques sur un élément musculo-tendineux (ex : saut, cloche-pied).

Autres critères d'inclusion :

- Études humaines.
- Période de suivi minimum de quatre semaines.
- Études et essais de cohorte simples comparant deux groupes ou plus.
- Les études randomisées et non-randomisées ont toutes été incluses.

Critères d'exclusion :

- Études n'incluant aucun patient présentant une tendinopathie.
- Études sur le travail en charge suite à une autre intervention primaire, telle une injection ou une opération chirurgicale.
- Études non-anglophone.
- Résumés, études non évaluées par des pairs, revues et rapports de cas.

Nous avons cherché dans les bases de données électroniques de MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Current Contents et SPORTDiscus™ jusqu'à juin 2012 et avons inclus 403 études lors de la première recherche.

Suite au processus de revue, 33 études ont finalement été retenues :

- Dix études comparant les programmes de travail en charge.
- 29 études recherchant au moins un résultat non-clinique (mécanisme potentiel d'efficacité).

Les programmes de mise en charge présentés dans cette étude sont les suivants :

Programme de mise en charge	Études du tendon achilléen	Études du tendon patellaire
Modèle excentrique d'Alfredson	70 %	60 %
Modèle excentrique-concentrique de Stanish et Curwin	4 %	20 %
Modèle combiné de Silbernagel	17 %	
Résistance lourde et lente (HSR)		20 %

## Mesures principales du résultat

1. Comparaison des programmes de mise en charge des tendinopathies achilléennes et patellaires.

2. Identification de mécanismes potentiels d'efficacité des programmes de travail en charge :
  - a. Résultats de performances de saut et neuromusculaires.
  - b. Résultat de l'imagerie, des propriétés structurelles et mécaniques.
  - c. Résultats biochimiques et vasculaires.

## Résultats principaux

### 1. Comparaison des programmes de mise en charge :

Dix études ont comparé les programmes de mise en charge pour les tendinopathies achilléennes ou patellaires :

	Études achilléennes	Études patellaires
Nombre d'études	4	6
Nombre total de participants	139	112
Age moyen	44 ans	27 ans
Pourcentage d'hommes	39 %	77 %
Participation au sport	57 – 100 %	100 %

Des preuves limitées provenant de trois études de basse qualité sur les tendinopathies achilléennes ont démontré les points suivants :

1. les mises en charge excentriques sont plus efficaces que les mises en charge concentriques concernant la satisfaction des patients et le retour aux activités pré-lésionnelles.
2. Les résultats d'EVA de la douleur et de satisfaction des patients étaient meilleurs avec le programme de travail de mise en charge combiné de Silbernagel qu'avec les exercices d'élévation du triceps sural et d'étirements.
3. Les résultats d'EVA et de retour au sport étaient meilleurs avec la méthode de Stanish et Curwin qu'avec le travail de mise en charge isotonique.

Une étude de tendinopathie achilléenne de haute qualité présentait des preuves montrant que l'amélioration fonctionnelle suite au programme de travail de mise en charge combiné de Silbernagel était identique avec ou sans reprise du sport.

Des preuves provenant de deux études de haute qualité ont montré les points suivants :

1. L'amélioration fonctionnelle est semblable mais la satisfaction des patients est plus élevée avec les résistances lourdes et lentes qu'avec le travail en charge excentrique.
2. Il n'y a aucune différence de changement de score fonctionnel VISA (Victorian Institute of Sport Assessment) lors d'une saison de volleyball avec et sans l'ajout de travail en charge excentrique.

Des preuves limitées provenant de trois études de basse qualité ont montré les points suivants :

1. Les résultats cliniques sont supérieurs avec le travail de mise en charge excentrique qu'avec le travail de mise en charge de Stanish et Curwin ou concentrique.
2. Les résultats d'EVA et du retour au sport sont supérieurs avec le travail de mise en charge de Stanish et Curwin qu'avec le travail en charge isotonique.

### 2. Identification de mécanismes potentiels d'efficacité

29 études présentent des recherches sur les mécanismes non-cliniques potentiels des programmes de travail en charge :

	Études achilléennes	Études patellaires
Nombre d'études	21	8

Nombre total de participants	293	163
Age moyen	47 ans	28 ans
Pourcentage d'hommes	59 %	81 %
Participation au sport	79 %	98 %

a. Résultats des performances neuromusculaires et de saut.

1. Programmes de mise en charge du tendon d'achille :

- Preuves modérées de trois études de basse qualité montrant que le travail excentrique améliore le travail du triceps sural.
- Le travail en charge combinée de Sibernagel améliore les performances de saut et la puissance du triceps sural.

2. Programmes de mise en charge du tendon patellaire :

- Preuves modérées de deux études de haute qualité que les améliorations cliniques à l'aide du travail excentrique sont liées à un travail accru du quadriceps.
- Preuves avérées de deux études de haute qualité que les améliorations cliniques à l'aide de résistances lourdes et lentes (HSR) sont associées à une augmentation du couple des extenseurs de genoux.
- Preuves limitées d'une étude de basse qualité que le programme de mise en charge de Stanish et Curwin augmente le couple des fléchisseurs de genou mais pas celui des extenseurs.

b. Résultats des propriétés d'imagerie, structurelles et mécaniques

1. Programme de mise en charge du tendon d'achille :

- Preuves modérées d'une étude de haute qualité et de quatre études montrant qu'un changement sur imagerie ne signifie pas un changement de symptôme suite à un travail en charge excentrique.
- Les mêmes études ont montré que de meilleurs résultats cliniques suite à un travail isocinétique étaient associés à une réduction d'intensité des signaux intratendineux.

2. Programme de mise en charge du tendon patellaire :

- Preuves modérées d'une étude de haute qualité montrant que les résultats cliniques améliorés suite à un travail excentrique ne sont pas liés aux changements de rigidité du tendon ni à une zone Doppler réduite.
- Preuves modérées de deux études de haute qualité du programme de résistance lourde et lente montrant que les résultats cliniques améliorés étaient associés à une zone Doppler réduite ainsi qu'à une augmentation de la densité de fibrilles et une diminution de la zone moyenne de fibrilles. On observe des preuves contradictoires de deux études de haute qualité montrant la corrélation entre l'amélioration des résultats cliniques et la baisse d'enraidissement des tendons.

c. Résultats biochimiques et vasculaires :

1. Programme de mise en charge du tendon d'achille

- Deux études de basse qualité ont montré que les résultats cliniques venant d'exercices excentriques étaient associés à une hausse de la synthèse de collagène de type I mais pas avec la réduction de concentration du glutamate. On trouve également une réduction de la vascularisation capillaire et de la pression post-capillaire.

2. Programme de mise en charge du tendon patellaire

- Preuves modérées d'une étude de haute qualité montrant que les résultats cliniques ne sont pas liés aux changements biochimiques faisant suite au travail excentrique.
- Preuves modérées d'une étude de haute qualité montrant une hausse dans le ratio HP/BP et une diminution de la concentration de pentosidine lors du travail en résistance lourde et lente.

Certaines études rapportent des déficits continus neuromusculaires et de performance au saut à 12 mois et à 5 ans pouvant être liés à programme de progression des charges inadéquat ou à un manque de maintien approprié de l'application de charges.

## Conclusions

Les preuves montrant que les programmes de travail en excentrique sont supérieurs aux autres programmes de travail en terme de résultats cliniques sont limitées en ce qui concerne les tendinopathies achilléennes et patellaires.

Il en est de même pour l'approche combinée de Silbernagel pour le tendon d'Achille, mais les preuves sont plus conséquentes pour le programme de résistance lourde et lente pour le tendon patellaire.

Il existe plus de preuves d'amélioration des performances neuromusculaires et de l'imagerie suite aux exercices de type excentrique-concentrique que pour les exercices excentriques isolés.

Les auteurs suggèrent donc de remettre en question l'approche clinique actuelle de travail en excentrique.

## Commentaires

Lors des dix dernières années, beaucoup d'importance a été accordée aux programmes d'exercices excentriques pour le traitement des tendinopathies. Ceci constitue la première revue systématique permettant de vérifier si les exercices excentriques sont effectivement supérieurs aux autres programmes d'exercices utilisés et méritent ainsi d'être envisagés comme option de soin optimale. La conclusion tirée par les auteurs est qu'il faut questionner l'utilisation des exercices excentriques seuls car les preuves de son efficacité sont limitées et contradictoires.

Le traitement des dysfonctions contractiles en MDT comprend un travail de mise en charge progressif du tendon concerné, l'utilisation de toutes les formes de contraction – active, contre résistance, concentrique, excentrique, spécifique à un sport, *et cætera*. Le programme d'exercice et de progression des charges auquel chaque patient est soumis dépend de la réponse symptomatique et mécanique à cette charge, qui évolue à mesure que le traitement progresse. Le travail excentrique peut avoir un rôle à jouer dans la guérison du patient, mais ce rôle est déterminé sur une base individuelle indiquée par une évaluation régulière et un raisonnement clinique. Cette revue systématique ajoute de la valeur au procédé MDT en révélant le manque de preuve pour l'isolation du travail excentrique isolé et l'application d'une approche uniforme pour la prise en charge des tendinopathies.

Il est cependant bon de rappeler le faible nombre d'études ayant pu être incluses dans cette revue systématique et le manque de recherches de haute qualité. Les conclusions sont donc limitées et des recherches supplémentaires sont nécessaires. Une étude potentiellement intéressante serait de comparer l'approche du travail de mise en charge progressif du MDT à d'autres programmes de travail de mise en charge pour tendinopathies. Cependant, cela peut être rendu difficile, car la nature même du programme de travail de progression des charges du MDT est individualisée pour chaque patient et la standardisation nécessaire à la recherche serait difficile à maintenir sans perdre l'efficacité clinique du programme.

## COIN MARKETING & BUSINESS

### Le Marketing « Entier »

Kay Scanlon, PT, Dip. MDT

Lorsque Yoav Suprun, DPT, Dip. MDT, m'a proposé d'effectuer un mini-séminaire au supermarché de produits biologiques Whole Foods, je l'ai pris pour un fou !!! Qui viendrait écouter une discussion sur les douleurs de cou et de dos alors qu'ils viennent faire leurs courses ?

Cela fait maintenant plus d'un an que je fais ces présentations et je peux dire que cela a amélioré ma pratique. Il a fallu de la persévérance et un certain temps pour convaincre la responsable du magasin que j'étais un atout pour aider ses clients à garder un mode de vie sain. Le MDT correspond assez bien à la mission de Whole Foods : « Whole Foods, une nourriture entière, des gens entiers, une planète entière et la vision d'être plus qu'un simple grossiste en alimentation ».

Le magasin a une petite pièce pour la pause que nous utilisons pour les séminaires. J'ai mis en place une séance de 18h00 à 19h00, une fois par mois, que j'ai nommée « l'heure Kiné ». Mes séminaires sont présentés dans la lettre d'information du magasin, sur le bulletin d'activité et sont annoncées juste avant le début de la séance. Il m'est arrivé de n'avoir qu'une personne, et jusqu'à 15 personnes lors de mes présentations. Les participants ont de nombreuses questions, ce qui fait bouger les choses et rend ces séances informatives.

J'ai créé des dépliants colorés précisant la date, le lieu et le thème de chaque séminaire mensuel, que j'ai placés à divers endroits du bâtiment où je pratique, ainsi que dans le magasin où ont lieu mes séminaires. Le cadre informel et détendu permet une discussion saine et productive. Les questions concernant la validité des IRM, la présence d'arthrose ou d'arthropathie chronique dégénérative sévère, ainsi que la « stabilisation profonde » reviennent très régulièrement lors des discussions.

Le thème abordé varie chaque mois. On pourra parler lors d'un séminaire de douleurs dorsales, puis, le mois suivant, de douleurs de cou, puis de douleurs du genou ou des épaules. Je me suis aperçu que beaucoup de personnes avaient des idées reçues, et il arrive souvent qu'un ami ou un membre de la famille bien intentionné recommande un exercice ou un traitement contre-productif. La quantité de fausses informations sur internet ne fait qu'augmenter la confusion et la frustration.

Mes séminaires offrent donc à ces personnes un lieu pour répondre à leurs questions et leur expliquer simplement l'anatomie et la cinésiologie. Ils sont très intéressés lorsque je leur explique l'approche MDT, surtout lorsque je leur dis que la plupart des patients ressentent un bénéfice dès les premières séances et que la durée du traitement ne dépasse habituellement pas les huit ou dix séances. La plupart de ces personnes sont frustrées par la prescription excessive de médicaments et d'injections périodurales de stéroïdes, par le caractère temporaire des soulagements éprouvés lors de manipulations de chiropractie et d'acupuncture.

Lorsque je leur explique que l'évaluation et le traitement MDT sont spécifiques et ciblés, leur humeur s'éclaircit. Les gens en ont assez de recevoir des feuilles d'exercices à effectuer sans en comprendre le but. Cela fait plaisir de voir leur intérêt grandir lorsque je leur dis qu'ils ne recevront qu'UN exercice et qu'ils apprendront à gérer eux-mêmes leurs symptômes. Je n'hésite pas à leur dire que beaucoup de mes patients ont « raté » la kinésithérapie classique mais réussissent pourtant très bien avec le programme MDT. Cela aide à dissiper le mythe selon lequel toutes les thérapies physiques sont génériques et semblables.

J'ai depuis étendu mes activités, proposant ces séminaires à la chambre de commerce locale, au Rotary, dans des librairies publiques et même dans des complexes de résidences senior. J'ai également commencé à écrire une lettre d'information trimestrielle dans l'immeuble de mon cabinet, en plus des mails d'information mensuels que j'envoie à mes anciens patients. Chaque fois que j'envoie ces mails d'information, je reçois des appels d'un ou deux patients me disant : « Je comptais vous appeler, mais en recevant votre lettre je suis passé à l'action ».

Pour conclure, je dirais simplement que l'information auprès du public fonctionne ! Je démarche



rarement les médecins. Il existe quelques médecins « éclairés » qui prescrivent des séances de MDT à leurs patients, mais convaincre les autres de modifier leur vision demande trop de travail. Je contourne les conditions de prescription de la sécurité sociale américaine en effectuant l'évaluation, puis en envoyant mes résultats et recommandations au médecin pour qu'il valide le plan de traitement. J'ai rarement rencontré de problèmes pour obtenir l'accord des médecins me permettant de commencer les soins dès la deuxième séance.

Si vous n'avez jamais promu le MDT de cette manière, je vous suggère d'essayer. Le public a faim de réponses et nous avons de nombreuses solutions !