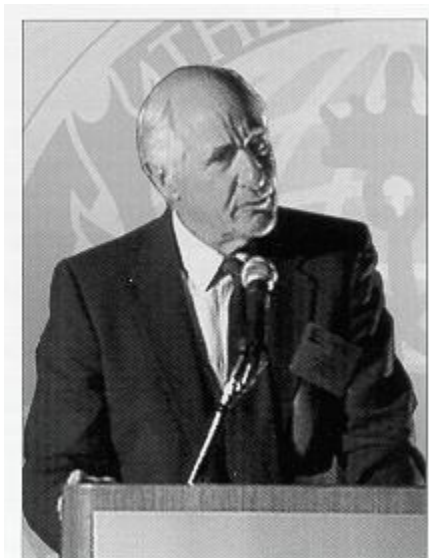


Dans ce numéro :

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



Commentaire principal

DIAGNOSTIC ET THÉRAPIE MÉCANIQUE : PASSÉ, PRÉSENT & FUTUR

ROBIN MCKENZIE, CNZM, O.B.E., FCSP (HON), FNZSP (HON), NZCP (HLM), DIP. MT, DIP. MDT

C'est un honneur et un plaisir pour moi d'être invité à contribuer à cette édition de la lettre d'information de l'Institut International McKenzie (MII)

On m'a demandé de partager mes impressions sur le développement du Diagnostic et Thérapie Mécanique (MDT) depuis ma rencontre avec « Mr Smith », ainsi que ma vision concernant le futur du MDT.

Il est apparemment commun dans ce contexte de parler d' « aller de l'avant » plutôt que du « futur ». Je n'utilise jamais l'expression « aller de l'avant », pas plus qu' « aller au charbon », « être sur un pied d'égalité », « j'aimerais partager avec vous » ou « être sur la même longueur d'onde ». Il existe de nombreuses autres phrases toutes faites, ou mots de ce genre. Cela inclut le substitut le moins approprié du mot « patient », à savoir « client ». Les patients ne sont pas des clients et, je l'espère, ne le deviendront jamais. Mais je m'éloigne du sujet.

J'ai décidé de diviser les 56 ans qui me séparent de ma rencontre avec Mr Smith. Les 28 premières années ont commencé avec Mr Smith. Au cours des 15 années qui ont suivi, j'ai involontairement construit la structure de base de ce qui est maintenant devenu le MDT. Certaines de ces fondations sont nées d'observations fortuites que j'ai décrites dans « Against the Tide » (À contre-courant), d'autres n'étaient simplement que des progressions logiques d'une évolution qui semblait tendre inexorablement vers le modèle discal.

A cette période, le fait de voir 20 nouveaux patients par semaine arriver avec des douleurs de dos ou de cou m'a permis d'identifier les patients présentant des modèles symptomatiques et mécaniques similaires. La plupart des cas, malheureusement pas tous, pouvaient être expliqués si le noyau du disque intervertébral était déplacé ou si l'anneau était fissuré. La cicatrisation provenant de la réparation du disque pouvait également être un facteur. Un article écrit en 1947 et publié dans le New Zealand Medical Journal (1) m'a beaucoup encouragé et conforté. Les auteurs sont trois neurochirurgiens de l'École de Médecine de l'université d'Otago (une source d'excellence). La lecture de cet article devrait être rendue obligatoire pour tous ceux d'entre nous qui sont impliqués dans la prise en charge de patients présentant des douleurs lombaires, en particulier ceux qui doutent encore de la validité du modèle discal.

Si j'avais su ce qui était en train d'évoluer à cette époque, j'aurais sûrement été très enthousiasmé par ces événements. Cependant, j'étais béatement inconscient de cette évolution et c'était plutôt une pensée récurrente – « je me demande si les autres ont remarqué... » ceci ou cela ou autre chose que je remarquais alors. Je pensais que quelqu'un, quelque part, avait réussi à faire le rapprochement entre le changement de position de la douleur et son intensité sous diverses charges.

À partir des années 1960 j'avais alors assez confiance pour montrer à mes collègues ce qui pouvait ressortir de mouvements répétés. En suivant la mise en pratique de ces mouvements, on peut identifier trois syndromes différents. Il est possible d'améliorer ou d'empirer la douleur, et de la centraliser.

Mes premiers pas en tant que conférencier furent si mauvais que j'ai toujours du mal à imaginer que quiconque ai pu en tirer quelque information utile que ce soit. Je n'avais ni notes, ni diaporama, mais je savais que la présentation de patients réels était le clou de ma présentation. À quoi bon avoir un diaporama ? On m'a finalement convaincu que les vrais maîtres de conférences utilisaient toujours un diaporama, et à fortiori des notes. Je m'y suis soumis. Mais je ne sais toujours pas si c'était les patients ou les notes qui ont permis à un public toujours plus nombreux de comprendre mon propos.

J'aimais beaucoup ce public précoce. Ils ont été les témoins de progrès très rapides et cela a créé des retours incroyables.

Incrédulité le premier jour. Timide croyance le deuxième jour, renforcée le troisième puis, le quatrième et dernier jour de ces colloques, je recevais tellement d'invitations à d'autres centres que je n'aurais pu les honorer toutes en une année. C'était le bon temps, et il n'a fait que s'améliorer dès lors que les partisans de la première heure se sont regroupés pour répondre à mon appel à l'aide.

Comme vous le savez tous, ces pionniers s'en allèrent répéter l'expérience. Tout d'abord aux États Unis puis en Europe peu de temps après. L'infection fut contagieuse et s'est répandue rapidement à travers le monde, pour atteindre également les pays asiatiques quelques années plus tard.

Suite au large succès du MDT, les premières études parmi des centaines à venir ont commencé à voir le jour afin de répondre à la nécessité de validation et de justification de l'application de cette méthode. Avec chaque nouvelle publication, les praticiens de plus en plus nombreux ont pu s'assurer que les preuves s'accumulaient pour soutenir leur pratique du MDT.

Dès 1985, en l'an 30 A.S. (Après Smith), il paraissait évident que le MDT était fait pour durer, et grâce au soutien du regretté Vert Mooney, une certaine crédibilité devenait évidente. Grâce à l'assistance de Vert, nous avons pu attirer des orateurs du monde entier à nos conférences. Beaucoup de personnes d'abord ouvertement sceptiques à la méthode McKenzie s'habituerent à l'idée que nos intentions étaient bonnes et pouvaient aider les personnes souffrant de maux de dos.

Les trente années qui ont suivi ont vu l'énorme expansion de la littérature scientifique. La plupart des études ont confirmé d'une manière ou d'une autre ce que nous avons déjà pu constater dans notre pratique courante. Certaines études n'étaient pas en notre faveur et il est devenu évident que le monde scientifique n'était pas infallible. Les études mal conçues et mal exécutées sont nombreuses. Mais je ne suis pas là pour désigner les coupables.

Je dirai simplement que je leur fais grâce de mon bienveillant silence.

L'expansion de notre institut a mis en avant des leaders exceptionnels. La plupart ont tenu des rôles prépondérants et sont responsables de la création de nouvelles branches dans leurs communautés et pays respectifs. 30 pays à travers le monde accueillent aujourd'hui des filiales de l'Institut International McKenzie (MII)

Aujourd'hui, le MII, régi par les membres du Conseil d'Administration et sous la tutelle de notre Président Directeur Général Lawrence Dott, est en plein développement. Helen Clare, originaire de Nouvelle Zélande (la source d'excellence), et sa commission ont mis en place un programme d'éducation sans précédent. Après 35 ans de services forts appréciés, Dan Kelley, des Etats-Unis, a annoncé son retrait du poste de Directeur du Conseil d'Administration avant la fin de l'année. C'est donc Uffe Lindstrom, du Danemark, qui prendra la suite de Dan sous peu. Uffe est également l'un des pionniers et je suis ravi de le voir prendre la barre.

Avec des fondations solides déjà en place, je suis certain que l'Institut continuera son essor pour devenir à terme un leader mondial et prestataire d'un traitement de premier choix pour tout désordre musculo-squelettique. Peut-être même le leader du diagnostic des désordres mécaniques spinaux.

Le futur semble en effet prometteur. Mais juste un conseil : L'institut a formé des milliers de praticiens à travers le monde – thérapeutes, chiropracteurs, ostéopathes, et de nombreuses personnes issues du monde médical et chirurgical. Où sont-ils maintenant ? Nous avons perdu contact avec la majorité des kinésithérapeutes ayant complété les parties A et B. Si rien n'est fait pour reprendre contact avec ces personnes, nous serons malheureusement obligés de constater que ces groupes pratiquent une version diluée du MDT. L'homéopathie est une

farce. Le MDT homéopathique est également une farce qui peut potentiellement endommager l'image pourtant bien établie du MDT si nous laissons cette situation persister.

L'année dernière, j'ai tenté de former une société internationale de MDT afin d'offrir un corps professionnel auquel tout le passé et le présent appartiendra. Ce fut un échec. Les futurs dirigeants se rendront peut-être compte de l'importance de cette omission et prendront les dispositions nécessaires afin de la rectifier.

Avec toute mon amitié. Croissez et multipliez.

Robin McKenzie

(1) Falconer MA, McGeorge M, Begg C. *Brit J. Surg.* Observations on the Cause and Mechanism of Symptom-production in Sciatica and Low-Back Pain

Réponse du MII au propos principal:

Le Conseil d'Administration de l'Institut International McKenzie prend en compte les préoccupations de Robin concernant le maintien du contact avec des cliniciens formés au MDT. Il prépare actuellement un plan stratégique quinquennal dans lequel les points concernant le maintien du haut niveau du MDT et la formation continue pour tous les praticiens seront abordés. Tout comme Robin, le CA souhaite s'assurer que les cliniciens se réclamant du MDT continuent à être formés régulièrement et ne puissent pas pratiquer une version « diluée » du MDT.

Helen Clare

Directrice de la Formation MII

Commentaires des invités

Conférence 2012 MII – Austin : Entretien avec l'intervenant principal

Dr. John Childs PT, PhD, MBA

A l'approche de la Conférence Internationale McKenzie, nous sommes très heureux de mener notre dernier entretien avec l'orateur et présentateur le Dr. John Childs, PT, PhD, MBA. Il est Professeur Associé et Directeur de Recherche Musculo-squelettique au sein du Baylor Doctoral Program in Physical Therapy de l'armée américaine à San Antonio, Texas. Le Dr Child a reçu de nombreuses bourses de recherche provenant d'organismes de financement fédéraux et professionnels et a publié plus de 100 articles évalués par des pairs dans des journaux scientifiques de pointe.

Il est actuellement Éditeur Associé à la fois pour le Physical Therapy Journal et le Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy. Lors de la conférence, il parlera de classification à l'aide de règles de prévisions cliniques ainsi que des bienfaits de la stabilisation. Nous nous réjouissons de sa venue à Austin et attendons avec impatience de redécouvrir la richesse de ses recherches et de son expertise lors de la conférence.

1. Qu'est-ce qui vous a conduit à vous présenter à la conférence MII d'Austin et qu'espérez-vous y accomplir ?

J'ai été enchanté de recevoir une invitation à participer à la conférence MII car j'ai toujours admiré l'attachement de l'Institut McKenzie à la recherche, ainsi que la mise en place systématique d'une base d'évidence pour améliorer les prises de décision dans la pratique de la kinésithérapie. J'espère continuer le dialogue sur l'importance d'identifier des sous-groupes de patient souffrant de lombalgies pour pouvoir procurer le bon traitement au bon patient au bon moment. Je souhaite également partager les résultats d'études récentes démontrant l'importance du timing dans la prise en charge kinésithérapique, ainsi que ses implications sur l'utilisation et le coût des prises en charge de santé par la suite. Lors d'interventions kinésithérapeutiques, nous nous soucions trop souvent du « quoi » et pas assez de « quand ».

2. Quel conseil donneriez-vous aux cliniciens qui s'intéressent à la littérature scientifique et à sa transposition en pratique clinique ?

Je pense que si j'ai pu retenir une seule chose avec le temps, c'est bien que « moins, c'est plus ». Il est très facile pour les cliniciens motivés de plonger dans les « friches » d'une étude particulière, au risque de passer à côté du sujet principal qui est de savoir comment cette étude influencera ou non la prise de décision. Il est très important d'avoir conscience du type d'études qui peuvent influencer la prise de décision dès le départ et de les différencier de celles qui serviront de guide à de futures recherches, mais qui ne sont pas utiles à la pratique clinique. La capacité à lire des sources de preuves secondaires comme des recommandations de pratique clinique et des revues systématiques est une compétence vitale pour tout praticien se basant sur les faits, ou, devrais-je dire, s'informant des faits.

3. Vos réunions seront consacrées à la classification et à la stabilisation. Recommandez-vous aux participants de lire des articles spécifiques à l'avance afin de mieux comprendre le contenu de vos discours ?

J'hésite toujours à donner trop de pré-lecture car mon expérience a prouvé que très peu de gens les lisent avant de venir (et cela me concerne aussi parfois) ! Afin de rester fidèle à mon thème du « plus, c'est moins », je propose de prendre simplement cet article en considération : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22466247>

4. Certaines de vos recherches se sont focalisées sur la classification des patients, une pratique recommandée dès le départ par Robin McKenzie. Quels défis pouvez-vous identifier dans le domaine de la recherche en ce qui concerne la classification ?

La plus grande difficulté dans le processus de classification, c'est de prendre en compte le fait que si l'on veut donner un sens à ces sous-groupes, ils doivent être aussi mutuellement exclusifs que possible. Cela est cependant très difficile à démêler chez les humains en raison de la variation inhérente entre chaque patient. Certains systèmes de classification sont plus efficaces dans le cas de patients aigus alors que d'autres correspondront mieux aux patients chroniques. Il incombe alors aux cliniciens d'apprécier le contexte dans lequel un système en particulier peut être utilisé. Bien que les systèmes de classification puissent aider lors des prises de décisions initiales, il est également important de prendre en compte le fait que la classification d'un patient peut et va changer en cours de traitement. Je pense également que la majeure partie de la recherche en classification actuelle se focalise beaucoup trop sur les aspects physiques du processus d'examen, et pas assez sur les problèmes biopsychosociaux qui influencent nos prises de décisions. De nouvelles stratégies, comme le STarT Back Screening Tool ou d'autres tentatives de déterminer quels sont les patients à risque de chronicité, offrent un immense potentiel pour améliorer davantage la prise de décision, au-delà des améliorations générées par une recherche portant uniquement sur les signes physiques et les symptômes.

5. Vous étiez impliqué dans la mise en place de règles de prédiction clinique. Qu'est-ce qui a inspiré le développement de cette recherche ?

La règle de prédiction clinique de manipulation, qui fut sans doute la première de ce genre dans la profession de kinésithérapeute, s'est en partie inspirée des travaux d'Ian Stiell et de ses règles pour la cheville d'Ottawa. Ces dernières permettaient de décider quels patients souffrant de lésions traumatiques de cheville nécessitaient une radiographie. Dans ce cas, le rôle de cette règle était d'établir un diagnostic. Nous avons donc pensé à utiliser le même type de concept pour « diagnostiquer » le résultat d'un traitement. Ainsi, nous avons établi que quelques changements étaient nécessaires au score d'Oswestry dans le cas de la règle prévisionnelle de manipulation afin de déterminer les patients pouvant bénéficier de la manipulation spinale. Cette recherche a également été inspirée par la frustration due aux systèmes excessivement complexes de prises de décisions en thérapie manuelle mis en place

par la plupart des précédents modèles biomécaniques. La plupart de ces systèmes ont d'ailleurs montré qu'ils manquaient à la fois de fiabilité et de validité.

Il devait exister une meilleure voie, d'où le développement de la règle prévisionnelle de manipulation.

6. Comment un clinicien normal peut-il bénéficier de l'utilisation des Règles de Prévisions Cliniques (RPC) dans leur pratique quotidienne ?

Je pense que la clé pour les cliniciens est de réaliser que les RPC ne doivent pas être la seule source de décision clinique. En effet, parmi les RPC existantes, très peu ont été validées. Cela ne veut pas dire qu'elles ne peuvent pas aider à prendre des décisions (il vaut en effet mieux avoir quelques preuves qu'aucune), mais elles doivent être utilisées avec parcimonie, et dans le contexte qui leur est imparti. A l'instar de nombreuses innovations dans la conception de la recherche, les RPC sont rapidement devenues « à la mode », « en vogue ». Elles semblaient représenter un concept d'étude apte à répondre à toute question de recherche. Tout le monde s'est mis à développer des « règles » pour chaque intervention possible. Bien que partant d'une bonne intention, cela a parfois encombré la littérature scientifique avec de nombreuses études de faible niveau qui n'ont pas vraiment contribué la prise de décision. La validation des études initiales de développement est également vitale. Malheureusement, rares sont les études qui sont validées. Je pense aussi que mettre l'accent sur une « règle » peut mener à une prise de décision algorithmique digne d'un robot, si ce dernier pouvait établir le statut du patient à l'aide de cette règle. Les RPC restent bien sûr des guides précieux dans la prise de décision, mais ils ne sont pas la solution, le « Saint Graal » de la prise en charge de santé. En effet, le terme « guide » de prévision clinique semble plus à la mode en ce moment et provient d'objections contre le fait que ces outils ont longtemps été considérés comme des « règles », qui ont une connotation de prise de décision « stricte ». En revanche, un « guide » suggère une plus grande flexibilité d'interprétation et une plus grande prise en compte des variations individuelles potentielles

7. Avec tous les systèmes de classification, les cliniciens ont parfois du mal à faire le tri. Quels conseils pourriez-vous donner à un clinicien qui chercherait à déterminer le système qui correspond à sa pratique clinique ?

Certaines décisions sont prises autour du type de patient majoritaire dans votre cabinet. J'ai tendance à penser que l'approche du MDT est fortement conseillée pour les patients présentant des symptômes distaux (par exemple un patient souffrant de radiculopathie classique). D'un autre côté, elle n'est pas forcément instructive pour des patients présentant des symptômes plus proximaux ou des patients souffrant de douleurs chroniques. L'important étant d'intégrer une combinaison des différents systèmes plutôt que de ne dépendre que d'un système de manière dogmatique comme solution pour tous leurs patients.

8. La majeure partie de la recherche concernant la classification de patients concerne les lombalgies. Y a-t-il eu des progrès en ce qui concerne la classification des patients pour d'autres parties du corps ?

En plus des lombalgies, les systèmes de classification pour les douleurs cervicales semblent également attirer l'attention. Les 8 à 10 dernières années ont vu de nombreux progrès, mais il faut reconnaître qu'il reste un long chemin à parcourir. Beaucoup de problèmes tels que les douleurs d'épaules ou les problèmes distaux n'ont que trop peu été adressés, il nous reste donc beaucoup de travail. La bonne nouvelle, c'est qu'avec le nombre croissant de doctorats chez les kinésithérapeutes, l'émergence de nouvelles évidences ne cesse de croître, ce qui est un bon présage pour notre futur, et surtout pour le bien-être des patients.

9. Les thérapeutes formés au MDT affirment que les patients correspondant aux critères des RPC peuvent arriver à un résultat semblable en utilisant le système de classification MDT et l'approche du traitement. JMMT (The Journal of Manual & Manipulative Therapy) a récemment publié un article de Ron Schenk et al. qui soutient ce point de vue, *Efficacité du diagnostic et thérapie mécanique chez les patients souffrant de douleurs dorsales correspondant à la règle de prévision clinique de manipulation spinale* (*Effectiveness of mechanical diagnosis and therapy in patients with back pain who meet a clinical prediction rule for spinal manipulation*). Quelle est votre opinion sur cette conclusion que le MDT peut arriver à des résultats semblables ?

Il n'existe pas vraiment d'étude de qualité comparant l'efficacité des différents systèmes de classification « en face à face », je ne suis donc pas sûr que qui que ce soit puisse prétendre qu'un système est nécessairement meilleur qu'un autre. De plus, chaque système possède ses propres points forts, et ses propres points faibles. Comme j'y ai fait allusion tout à l'heure, il existe une grande lacune dans la plupart des systèmes de classification actuels, et cette lacune concerne les patients présentant des douleurs chroniques, ainsi que la possibilité d'identifier des patients présentant des risques de chronicité. Ce sont ces patients qui consomment le plus de ressources de santé et qui devraient, selon moi, être au centre de nos préoccupations dans la recherche.

En effet, certains diront que notre débat actuel, qui est de savoir quel système de classification existant permet les prises de décisions pour les signes physiques et les symptômes, est complètement à côté du sujet principal, puisque ces systèmes sont surtout utiles pour des patients souffrant de syndromes aigus ou subaigus.

Etant donné l'immense problème que représente la douleur chronique aux Etats-Unis et à travers le monde, nous sommes loin d'avoir développé un système de classification exhaustif qui pourrait offrir une vue d'ensemble du large éventail des patients souffrant de maux de dos. Ceci étant dit, je pense que la comparaison entre le pour et le contre des différents systèmes de classification disponibles actuellement sera le temps fort de mon expérience à la conférence, et j'attends ce dialogue, ainsi qu'un débat sain, avec impatience.

10. Le terme stabilisation est utilisé par les kinésithérapeutes du monde entier. En se basant sur les preuves actuelles, quel sont les exercices de stabilisation les plus efficaces et quand doit-on les utiliser ?

Les études actuelles semblent suggérer que les patients qui bénéficient le plus des exercices de « stabilisation » ou de renforcement pour leurs douleurs de dos sont souvent les plus jeunes, et ceux qui présentent des déficits de contrôle neuromusculaires et/ou une faiblesse généralisée. Ces infirmités peuvent être manifestes lors de l'examen physique par un test d'instabilité à plat ventre (prone instability test) positif ou un « accroc » dans le mouvement lors du test de penché en avant (bending test). Par exemple, quelques-uns de ces patients présenteront une hyperflexibilité dans certains groupes musculaires, comme par exemple les ischio-jambiers. Un sujet de recherche intéressant serait d'évaluer si un exercice de stabilisation peut potentiellement empêcher les douleurs dorsales. Bien qu'il y ait des preuves de l'effet des exercices de stabilisation dans la prévention secondaire des douleurs de dos, peu de preuves existent quant à son rôle lors de la prévention primaire.

11. Les thérapeutes formés au MDT ont tendance à utiliser une approche de renforcement plus généralisée au lieu d'exercices de renforcements plus spécifiques aux tissus. Quelle est votre opinion sur cette pratique ?

Je dois admettre que de mon point de vue, une approche de renforcement plus généralisée est toute aussi efficace qu'une approche hautement « spécifique » qui mettrait en avant la capacité à réaliser une manœuvre préparatoire avant de commencer les exercices de stabilisation proprement dits. Cependant, le débat reste ouvert, et bien des recherches restent à faire sur le sujet. Fort heureusement, nous savons maintenant que les exercices de renforcement sont très efficaces pour certains patients présentant des douleurs de dos. En d'autres termes, nous avons au moins des évidences concernant son utilisation, et ces évidences sont également utilisées dans les recommandations récentes de pratique clinique. La prochaine étape sera de déterminer quelles formes d'exercices de renforcement sont les plus efficaces. Les organismes de financement s'intéressent en particulier aux questions relatives au nombre de séances nécessaires, en raison des soucis actuels d'économie du système médical.

12. Quelle évolution prévoyez-vous pour la pratique de la kinésithérapie, au vu des réformes du système de santé ?

Devant la recherche émergente, qui souligne l'importance d'un accès précoce à la kinésithérapie et le potentiel de réduction des soins – et donc des coûts – qui en résulterait, il faut espérer que les réformes du système de santé prennent enfin en compte ce que les kinésithérapeutes ont pu constater depuis longtemps, à savoir l'importance d'un accès direct à la kinésithérapie pour les patients. Cet accès doit se faire lors du stade précoce de la prise en charge, sans avoir à passer par des centres coûteux comme des structures de soins primaires ou chez des spécialistes, qui vont souvent prescrire des imageries, des médicaments ou toute autre procédure invasive superflue qui, souvent, va causer plus de mal que de bien.

Gros plan sur une filiale

McKenzie Institute New Zealand (MINZ)

Liz Kemp, PT, Cred. MDT

1. Quand avez-vous officiellement créé cette filiale, et où se situe-t-elle ?

La “New Zealand Division of the McKenzie Institute International” a été créée en 1987. Les bureaux sont situés à Raumati, en Nouvelle Zélande, et nous avons la chance de bénéficier du soutien de MII et, bien sûr, nous avons Robin à portée de main.

2. Quelle est la structure actuelle de votre filiale (C’est-à-dire le nombre de membres du personnel administratif, le conseil de direction, les facultés) ?

Notre filiale est gérée par le comité de direction, constitué des agents d’administration et des membres du comité. Les agents d’administration actuels sont la présidente, Liz Kemp et la vice-présidente, Inge Bahle. Il y a jusqu’à six autres membres du comité, qui sont actuellement Darrell Flynn, Martin King, et Rose Tait, notre représentant en faculté Greg Lynch et l’administratrice de la filiale et coordinatrice du programme Melonie De Roo.

3. Combien de cliniciens agréés et diplômés compte votre filiale ?

Nous avons pour l’instant 59 membres agréés de MINZ mentionnés sur notre site. Nous avons également 101 thérapeutes qui ont obtenu leur examen de compétence en Nouvelle Zélande. Cependant, ils ne sont malheureusement pas tous membres de MINZ.

4. Une adhésion est-elle nécessaire ? Si oui, combien y a-t-il de membres ?

Oui, nous proposons une adhésion à l’année et comptons 119 membres. C’est notre administratrice de filiale qui gère les adhésions, et c’est beaucoup de travail ! Nous perdons certains membres à l’étranger, car nos jeunes thérapeutes voyagent. Nous avons également eu des difficultés à garder nos membres en cette période de crise, où tout le monde économise où il le peut.

5. Quels sont les principaux attributs de votre filiale ?

MINZ a le privilège de compter Robin parmi ses membres. Son soutien, ainsi que ses vastes connaissances et son savoir-faire, nous ont ouvert à beaucoup d’opportunités.

En tant que filiale, nous avons une faculté très pointue et très prisée, ce qui est motivant et encourageant pour nos membres chaque année lors de nos mises à jour et de nos journées de séminaires.

6. Quel est le plus grand défi pour la méthode McKenzie en Nouvelle Zélande ?

Les défis sont les mêmes que dans tous les autres pays :

- A. Faire entrer des praticiens agréés dans les équipes pédagogiques des écoles de kinésithérapie.
- B. Sensibiliser les kinésithérapeutes et les docteurs aux publications MDT.
- C. Faire prendre conscience au public que les soins en MDT sont uniquement prodigués par des praticiens diplômés et agréés.
- D. La MDT ne peut pas faire partie des soins habituels si le clinicien n'est pas formé en MDT. Les patients doivent en être conscients.
- E. Maintenir la qualité des thérapeutes en MDT.

« Durant les deux années précédant mon départ en retraite, beaucoup de patients m'ont dit avoir vu des thérapeutes leur ayant assuré connaître la méthode MDT et pouvoir la dispenser. Or après vérification ce n'était pas le cas pour la majeure partie d'entre eux.

Cela est souvent une question d'éducation et il appartient à chacun d'entre nous de sensibiliser les patients. Faisons-nous chacun notre part ? » Robin McKenzie 2012.

Ici, en Nouvelle Zélande, il est parfois compliqué de répartir équitablement les thérapeutes agréés dans le pays. Il est très difficile de mettre en place des stages de formation dans les centres plus petits, ainsi que de faire venir les thérapeutes de petites villes à nos stages. Il arrive ainsi que des patients aient à parcourir de nombreux kilomètres pour voir un thérapeute de MDT.

7. Avez-vous d'autres commentaires ?

Notre filiale a également la grande chance d'avoir le soutien de Spinal Publications, avec qui nous travaillons sur de nombreux projets marketing – dont notre participation au premier « Salon des Lombalgies » de Nouvelle Zélande cette année.

Au nom de la filiale, le comité travaille également sur un grand nombre de projets : augmentation des moyens de communication pour nos membres ; création d'outils pour les groupes d'étude et de soutien destinés aux thérapeutes ; augmentation du marketing auprès des médecins et des autres professionnels de santé ; promotion de nos stages de formation auprès de chiropracteurs et d'ostéopathes.

ÉTUDE DE CAS : POINT DE VUE CLINIQUE

RNA : Faire le bon diagnostic grâce au MDT*Chris Chase DPT, Dip.MDT*

Mon travail en clinique MDT certifiée, entouré d'autres thérapeutes diplômés et accrédités, est une expérience que je n'ai jamais considérée comme acquise. Nous nous motivons sans cesse les uns les autres afin de fournir un traitement kinésithérapique qui soit à la fois d'excellente qualité et à moindre coût. Récemment, un patient intéressant a testé ma capacité à fournir ce type de service.

Ce patient était un homme âgé de 35 ans. Il était artisan indépendant dans le bâtiment, et s'est blessé sévèrement au rachis lombaire il y a deux ans, sans lésion apparente qui aurait pu être la source de sa douleur. Sur le coup, sa douleur était insoutenable et irradiait aux extrémités distales, il fut obligé de rester deux semaines alité. Son état s'arrangea grâce au repos et au temps, il put ainsi retourner au travail avec un niveau d'inconfort modéré. Il n'avait alors aucune assurance médicale, et n'a pas cherché à consulter. Nous voilà donc en 2012, il souffre maintenant de douleurs intermittentes des fessiers, de la cuisse et de la jambe. Ces douleurs s'aggravent de jour en jour en raison de son travail manuel et de ses nombreux mouvements d'inclinaison en avant. La position assise, lors de ses trajets de retour le soir (qui durent parfois jusqu'à une heure), déclenche une douleur sévère. En général, il se sent mieux lorsqu'il est en mouvement et la position assise n'est douloureuse que dans son camion après une journée de travail. Quel que soit le moment de la journée, cela ne semble pas avoir une quelconque influence sur sa douleur, et à part cela, il est en bonne santé, sans antécédent particulier.

A partir de cette description, il serait aisé de conclure que ce patient souffre d'un dérangement postérieur sous-jacent qui ne s'est jamais complètement résorbé et qu'il nécessite des exercices d'extension pour améliorer son état.

Cependant, être un clinicien formé au MDT implique avant tout de ne pas faire de supposition avant d'avoir procédé à un examen complet. Cela permet de classer le patient et de lui fournir le traitement le plus efficace. Selon l'ordonnance du médecin, la douleur provenait d'un syndrome du muscle pyriforme. Il a donc dirigé ce patient vers de la thérapie manuelle, des étirements et un programme d'exercice à domicile. Malgré cela, à l'instar de tous les patients qui franchissent la porte de notre clinique, il a subi une évaluation MDT rigoureuse.

Ce patient adoptait la position avachie typique dans la salle d'attente et lors de l'interrogatoire. Cependant, à l'issue des 20 minutes d'entretien, il ne ressentait aucune douleur. La correction de sa posture n'a eu aucun effet sur les symptômes et il a pu se relever sans douleur ni difficulté. Mis à part une Elévation Jambe Tendue (EJT) très raide, l'examen neurologique était normal. Lors de l'examen de la perte d'amplitude, il ne présentait qu'une légère perte d'extension lombaire, une légère perte de glissement bilatéral, et une perte majeure de flexion avec apparition de symptômes de la fesse, de la cuisse et de la jambe et

une importante déviation homolatérale. Il fallait alors prendre une décision concernant les tests devant être faits en premier, et établir les priorités quant aux classifications provisionnelles potentielles. Était-ce un dérangement, et, dans ce cas, était-ce réductible ? Était-ce une Racine Nerveuse Adhérente (RNA) ? Existait-il d'autres classifications qui pourraient correspondre à ces critères, et, le cas échéant, quelles étaient-elles ?

La durée des symptômes peut à la fois faire penser à la classification d'un dérangement ou d'une dysfonction (RNA), mais la douleur qui persistait dans sa jambe au repos après une journée de travail faisait plutôt penser à un dérangement postérieur. De plus, sa description d'une détérioration des symptômes correspond bien à un dérangement postérieur. C'est pourquoi nous avons tout d'abord mis en place le principe d'extension. J'ai placé le patient en procubitus en extension (sur les coudes) puis lui ai fait faire des Rep EEP.

J'ai repris les mesures de base, sa douleur demeurait inchangée pour les Fl dbt et les EJT. Il était alors nécessaire de prendre une décision. Je pouvais essayer de réduire un potentiel dérangement postérieur ou continuer avec des mouvements provocateurs. J'ai envisagé la suppression ou le REPEX (table de flexion extension répétée motorisée), mais dans ce cas c'est la flexion répétée qui allait nous donner un meilleur aperçu de la présentation biomécanique du patient. Sa légère perte de mouvement en extension sans description d'une quelconque obstruction venait soutenir le raisonnement clinique du test de la flexion. De plus, la déviation homolatérale et la douleur persistante en fin de course liée aux activités en flexion m'ont poussé à vérifier la possibilité d'un RNA. Je lui ai demandé de se placer en décubitus dorsal et de faire dix répétitions de FED. Compte tenu de la douleur causée en Fl dbt, j'ai été surpris de constater que la FED ne provoquait absolument aucune douleur. Après environ 50 répétitions de FED, l'extension restait inchangée. Son EJT était la même et il n'y avait aucun changement dans sa perte de mouvement en Fl dbt, ni sur sa douleur. Je l'ai classifié en RNA et l'ai renvoyé chez lui avec des exercices de Rep FED suivies de Rep EEP 5 à 6 fois par jour pendant une semaine. Je lui ai donné des conseils au cas où son état empirerait. Le patient n'était pas ravi d'entendre que son problème allait mettre des mois à se résoudre, mais il apprécia les explications concernant le **pourquoi** de sa douleur persistante et **comment** notre plan de traitement allait soigner ce problème et améliorer son état. Il m'expliqua qu'il ne pouvait pas consacrer trop de temps à la thérapie à cause de son travail, et que son assurance santé ne lui permettait pas de suivre un traitement trop long. Je lui ai expliqué que le principe de la méthode McKenzie est de passer le moins de temps en séances, la plus grande partie de la thérapie étant réalisée chez soi à travers les exercices. Je lui donnais donc mon mail et mon numéro de téléphone et l'encourageai à me contacter s'il avait des questions entre deux consultations.

Le patient est revenu une semaine plus tard dans le même état, moyennement enthousiaste. Il avait bien compris à la première séance que si les FED ne produisaient aucun symptôme jambier, on pouvait donc exclure un dérangement et se tourner vers des exercices de remodelage de la dysfonction. Lors de cette séance, je lui ai fait faire des exercices de Rep Fl dbt avec les genoux légèrement fléchis, suivi d'EEP en prenant les mêmes précautions. Il a pu

être éduqué à sentir une tension en fin d'amplitude à chaque séance d'auto-traitement, mais de manière à ce que la douleur ne persiste pas au-delà de dix minutes. Je lui ai demandé d'appeler si des changements de symptômes importants survenaient, et de continuer les Rep Fl dbt suivi de Rep EEP 5 à 6 fois par jour, puis de revenir deux semaines plus tard.

Deux semaines plus tard, le patient est revenu en disant que rien n'avait changé. Sa douleur était légèrement atténuée en fin de journée mais il souffrait toujours lorsqu'il se penchait en avant. En examinant sa perte d'amplitude d'origine, cependant, nous avons pu constater que la déviation était moindre et que la douleur en fin d'amplitude, bien que similaire, se produisait plus tard dans le mouvement. Nous avons revu les exercices qu'il faisait chez lui et avons rajouté une légère rotation du tronc lors des Rep Fl dbt afin d'augmenter la tension de fin d'amplitude lorsqu'il ferait ses exercices chez lui.

Cette fois-ci, je lui ai dit de revenir un mois plus tard, mais d'appeler en cas de changement important de sensation.

Lors de la séance qui suivit, la déviation avait presque disparu, la douleur était uniquement présente dans la région fessière et la douleur ressentie lors de la conduite n'était présente que les jours où il s'était beaucoup penché en avant.

Je lui ai alors enseigné les deux types de flexion, debout et sur une jambe afin d'alterner, puisque les deux types de flexion produisaient des tensions en fin d'amplitude. Je lui ai conseillé de continuer les exercices en flexion avec les Rep EEP et de surveiller tout signe de re-dérangement. Je ne l'ai pas officiellement libéré, je lui ai simplement dit que la prise d'un autre rendez-vous n'était nécessaire que s'il le jugeait utile, et qu'en attendant il pouvait me contacter par mail ou téléphone dans un mois pour me faire part des éventuels changements. Si tout se passait bien, les séances seraient alors officiellement terminées. Il avait conscience que la guérison d'une RNA pouvait prendre des mois et qu'une partie de son traitement consistait en une prophylaxie semblable à un dérangement complètement réduit.

Les résultats peuvent sembler longs à venir, mais une augmentation du nombre de séances n'aurait servi à rien pour accélérer le processus. De plus, tenter de réduire un dérangement qui est déjà guéri aurait été une perte de temps et d'énergie. A l'aide du système de classification MDT, et en recommandant une stratégie de soins appropriés dès le premier jour, ce patient a eu d'excellents résultats, tout en économisant à la fois du temps et de l'argent. De plus, il aura eu une expérience mémorable en tant que patient.

Voir fiche de bilan en pièce à part

REVUE DE PRESSE SCIENTIFIQUE

Résumé et point de vue sur les publications récentes

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

Efficacité de la gestion de préférence directionnelle pour les lombalgies : revue systématique (Efficacy of directional preference management for low back pain: a systematic review). **Surkitt LD, Ford JJ, Hahne AJ, Pizzari T, McMeeken JM. *Physical Therapy* 2012 doi: 10.2522/ptj.20100251**

Contexte

L'utilisation d'exercices de préférence directionnelle est courante, mais son efficacité sur le traitement des lombalgies n'est pas claire.

But

Déterminer l'efficacité des exercices de préférence directionnelle pour des patients souffrant de lombalgies et présentant des préférences directionnelles (PD).

Méthodes

Revue systématique, avec recherche depuis janvier 2012, et évaluation de la qualité des études utilisant l'outil d'évaluation GRADE.

Résultats

Six essais contrôlés randomisés ont été inclus, dont cinq jugés de haute qualité par le système GRADE. L'hétérogénéité excluait les méta-analyses. Il existe des preuves faibles à modérées montrant que les exercices de PD étaient plus efficaces que la stabilisation, le renforcement, les exercices courants, la thérapie manuelle et les conseils relatifs à la douleur, la fonction et le travail à court et long terme. Aucun test n'a démontré que le PD était moins efficace que les éléments de comparaison précités.

Conclusions

Bien que cette revue montre des résultats mitigés, il existe des évidences démontrant l'efficacité des exercices de PD. Cela justifie des essais de haute qualité supplémentaires.

Commentaires

Quatre études parmi les six incluses utilisaient la méthode McKenzie. Les résultats de cette étude correspondent plus aux autres revues systématiques ayant pris une approche d'examen plus novatrice qu'aux revues systématiques standardisées. Les revues systématiques standardisées récentes ne s'intéressant par exemple qu'aux cas aigus ou chroniques, en se focalisant sur une intervention spécifique comme l'exercice ou la manipulation.

Très souvent, de telles revues limitent la possibilité de tirer des conclusions claires de la littérature scientifique qu'elles ont examinée. Ces études ambivalentes ont permis de créer des directives également ambivalentes, ne présentant qu'une pertinence limitée à une population de patients spécifique.

De nombreux revues systématiques plus récentes ont effectué des recherches plus larges et plus utiles, observant par exemple si les exercices et/ou les interventions en thérapie manuelle basés sur le système de classification étaient supérieurs au groupe témoin (Cook et al. 2005; Fersum et al. 2010; Kent et al. 2010; Slater et al. 2012), ou commentant s'il est raisonnable de baser son raisonnement clinique sur le long terme en s'appuyant sur une seule séance de soins (Tuttle 2009). Beaucoup d'entre ces études font référence à des études sont en rapport avec le MDT, et rendent compte de résultats positifs en faveur de traitements basés sur la classification, malgré un degré varié de preuves à l'appui. Il est bon de prendre en compte ces recherches au vu des rapports souvent négatifs provenant à la fois d'examen systématiques standardisés et des nombreuses directives sur les lombalgies. Il sera intéressant de voir l'impact de ces preuves récentes de plus en plus nombreuses sur les directives à venir.

References

Cook C, Hegedus EJ, Ramey K (2005). Physical therapy exercise intervention based on classification using the patient response method: a systematic review of the literature. *J Man Manip Ther* 13:152-162.

Fersum KV, Dankaerts W, O'Sullivan PB, Maes J, Skouen JS, Bjordal JM, Kvale A (2010). Integration of subclassification strategies in randomised controlled clinical trials evaluating manual therapy treatment and exercise therapy for non-specific chronic low back pain: a systematic review. *Br J Sports Med* 44:1054-1062.

Kent P, Mjosund HL, Petersen DHD (2010). Does targeting manual therapy and/or exercise improve patient outcomes in nonspecific low back pain? A systematic review. *BMC Med* 8:22.

Slater SL, Ford JJ, Richards MC, Taylor NF, Surkitt LD, Hahne AJ (2012). The effectiveness of subgroup specific manual therapy for low back pain: a systematic review. *Manual Therapy* 17:201-212.

Tuttle N (2009). Is it reasonable to use an individual patient's progress after treatment as a guide to ongoing clinical reasoning? *J Manip Physiol Ther* 32:396-403.

Cet article a été traduit par l'AFMcK et est sur le site de l'association

■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■

Karayannis N, Jull GA, Hodges PW. Approches par la classification basée sur le mouvement en kinésithérapie pour les lombalgies : comparaison de sous-groupes au travers d'examens et d'expertise. (Physiotherapy movement based classification approaches to low back pain: comparison of subgroups through review and developer/expert survey). *BMC Musculo Dis* 2012;13:24

Contexte

Il existe de nombreux systèmes de classification de lombalgie permettant de catégoriser les patients afin de guider le traitement.

But

Cette recherche vise à clarifier les bases théoriques et le contenu des systèmes de classification des mouvements physiques par sondage auprès d'experts, et à déterminer leur fiabilité relative, leurs points communs et différences ainsi que leur intégration d'un cadre biopsychosocial.

Méthodes

Recherche sur bases de données électroniques ; sondage auprès des experts de différents systèmes de classification afin de confirmer les définitions opérationnelles, la fiabilité, la prise de décision, et les éléments convergents/divergents entre les systèmes.

Résultats

Cinq systèmes prédominants basés sur le mouvement ont été identifiés : Diagnostic et Thérapie Mécanique (MDT), Classification Basée sur le Traitement (TBC), Classification Patho-anatomique (PBC), Classification par Déficience du Système de Mouvement (MSI), Système de Classification O'Sullivan (OCS). Le MSI démontre une fiabilité conséquente, l'OCS une fiabilité modérée à excellente, Les MDT et TBC une fiabilité modérée, et le PBC une fiabilité pauvre à moyenne. Les catégories les plus fiables parmi les systèmes incluent les dérangements MDT, et le test le plus fiable pour le MDT et le TBC sont la détermination de la centralisation.

Il existe une diversité considérable entre les systèmes sur la façon dont le mouvement renseigne sur la division en sous-groupes, mais deux paradigmes de mouvements prédominants apparaissent : la mise en charge pour déterminer la centralisation (MDT, TBC, PBC) ; stratégies de mouvement modifiées visant à améliorer les limitations de mouvement (MSI, OCS). Tous les systèmes prennent en compte les facteurs psychosociaux, même si le procédé d'évaluation biomécanique reste au centre de la plupart des systèmes.

Conclusion

Dans la kinésithérapie, on retrouve cinq systèmes de classification prédominants basés sur le mouvement, dont la plupart adoptent une approche majoritairement biomécanique. Ces

systèmes se basent soit sur une stratégie de mise en charge afin d'obtenir une centralisation, soit sur une modification de stratégie de mouvements pour résoudre les limitations de mouvement.

Commentaires

Cette recherche reconnaît l'utilisation fréquente de stratégies basées sur le mouvement pour classer les patients souffrant de lombalgies et le fait que les plus utilisées et les plus recherchées parmi ces stratégies utilisent la répétition de mouvements et les préférences de directionnelles/centralisation comme composante principale de leur système de classification. Il est intéressant de constater que certains concepts originaux de McKenzie ont été utilisés par d'autres groupes de recherche, sans grande reconnaissance de leur part quant à sa contribution à la médecine musculosquelettique. Mais l'imitation n'est-elle pas la plus belle forme de flatterie (pour reprendre une expression familière) ?

.

Ford JJ Surkitt LD, Hahne AJ. Protocole de classification et de traitement pour les lombalgies Partie 2 – Gestion des préférences directionnelles dans la réduction des douleurs discogéniques. (A classification and treatment protocol for low back disorders Part 2 – Directional preference management for reducible discogenic pain). *Phys Ther Rev* 2011;16: 423-437.

Contexte

Il est fortement recommandé d'effectuer les essais de recherche en lombalgie en sous-groupes homogènes parmi la population de patient lombalgiques. L'approche de l'évaluation et du traitement McKenzie est potentiellement utile, mais il n'existe pas de protocole clinique détaillé qui en faciliterait l'usage auprès des thérapeutes non formés.

But

Développer un système de classification détaillé et un protocole de traitement pour les patients lombalgiques indiquant potentiellement une douleur discogénique réductible avec une préférence directionnelle, utilisable en examen.

Méthode

Revue narrative de la littérature scientifique et développement d'un protocole de traitement.

Résultats

Critères indiquant une douleur discogénique : douleur de dos avec/sans symptôme au membre inférieur ; aggravation en position assise ; flexion ; soulevé ; passage de la position assise à la position debout ; toux ou éternuements ; symptômes lourdement aggravés le jour suivant la crise ; manutention lourde ; mécanisme lésionnel en flexion/rotation et/ou compression en charge. Le patient doit présenter au moins quatre de ces neuf critères et répondre

favorablement aux mouvements répétés ou aux maintiens de postures dans le plan sagittal tout d'abord, mais sans réponse favorable dans le plan frontal ensuite. Une réponse favorable est définie comme l'une des réponses suivantes aux répétitions de mouvements :

- Augmentation d'amplitude d'au moins 50%
- Augmentation du mouvement intervertébral segmentaire.
- Centralisation ou diminution des symptômes pendant au moins une minute.
- Réduction du shift latéral pendant au moins une minute.

Pour résumer, le protocole de traitement se déroule en quatre étapes : au départ, identification d'un mouvement répété spécifique et d'une éducation (posturale) ; progression de la répétition de mouvement approprié suivi de plus d'éducation ; exercices de contrôle moteur ; réentraînement fonctionnel.

Conclusion

Le critère d'entrée et le protocole des essais de Traitement Spécifique pour les Problèmes Spinaux (STOPS) ont été décrits et justifiés.

■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■

Ford JJ, Hahne AJ, Chan AYP, Surkitt LD. Protocole de classification et de traitement pour les lombalgies Partie 3 – Restauration fonctionnelle des désordres liés aux disques intervertébraux (A classification and treatment protocol for low back disorders Part 3 – Functional restoration for intervertebral disc related disorders). *Phys Ther Rev* 2012;17:55-75.

Contexte

Il est fortement recommandé d'organiser les essais de recherche en lombalgie en sous-groupes homogènes parmi la population de patients lombalgiques. La restauration fonctionnelle peut être une intervention utile pour des sous-groupes présentant des douleurs discogéniques non réductibles.

But

Développer des critères de classification pour des douleurs discogéniques non réductibles ainsi qu'un protocole de traitement de ce groupe.

Méthode

Revue narrative de la littérature scientifique.

Résultats

Afin d'être classifié dans le groupe présentant des douleurs discogéniques non réductibles, les critères suivant doivent apparaître :

- Douleur, paresthésie ou engourdissement sous le genou dans le cas de hernies lombaires basses.
- Au moins l'un des critères suivants :
 - Test neurodynamique positif (élévation jambe tendue).
 - Réflexe absent ou réduit
 - Déficit lors des tests sensoriels
 - Déficit lors des tests moteurs
 - Rapport de scanner ou d'IRM d'un prolapsus discal
 - Ne présenter aucune des caractéristiques des autres sous-groupes lors des essais de STOPS.

Pour résumer, le protocole de traitement inclut : explication, gestion de l'inflammation, AINS, tape (strapping), programme de marche, les attentes (du patient), rythme, exercices de contrôle moteur, activités fonctionnelles, préparation à des programmes d'exercices au long court.

Conclusions

Les critères cliniques de présentation de douleurs discogéniques non réductibles ont été décrits, et un protocole a été mis en place pour les gérer, sur la base d'une réhabilitation fonctionnelle.

Commentaires

Ces deux revues narratives (Ford et al. 2011, 2012) sont en grande partie basées sur la littérature existante, dont beaucoup provenant d'articles McKenzie. Elles s'orientent vers des essais contrôlés aléatoires de sous-catégorisation à base patho-anatomique. Les deux revues narratives ci-dessus décrivent les critères cliniques de sous-groupes de douleurs discogéniques réductibles ou irréductibles, ainsi qu'un protocole de gestion, décrit plus en détail dans l'article original et dont la présente revue n'offre qu'un bref aperçu. Le protocole d'étude a déjà été publié ailleurs (Hahne et al. 2011), les sous-groupes étant décrits comme présentant des hernies discales avec radiculopathies, douleurs discogéniques réductibles et hernies discales irréductibles, dysfonctions articulaires zygapophysaires, et douleurs persistantes multifactorielles. Ces classifications sont basées sur une revue narrative de la littérature scientifique, sans validation à proprement parler de leur classification anatomique. Des preuves de fiabilité ont été avancées quant aux divers aspects du processus d'évaluation des articles étudiés, mais ils ne démontrent pas la fiabilité de leurs propres méthodes d'évaluation.

Ces travaux sont bien sûr en cours de production pour l'instant, et seules les justifications du protocole et le protocole lui-même ont été publiés à ce jour. Il existe un lien très fort entre la classification de dérangements réductibles et irréductibles du Diagnostic et Thérapie Mécanique (MDT) d'une part, et la classification des douleurs discogéniques réductibles et des hernies discales irréductibles d'autre part. L'auteur dit avoir clarifié et simplifié l'évaluation MDT et le processus de traitement, ce qui fait peut-être partie de leur système,

afin de les rendre accessibles à des thérapeutes avec une formation minimale, qui pourront alors probablement faire des interventions dans le RCT (essai contrôlé randomisé). Ils n'ont cependant pas démontré la fiabilité de leurs cinq sous-groupes de lombalgies, ce qui est un prérequis essentiel pour tout système de classification ou de diagnostic. Les articles précédents tendent à montrer au contraire qu'un plus haut niveau de formation correspond à une meilleure fiabilité au sein du système MDT.

Reference

Hahne AJ, Ford JJ, Surkitt LD, Ricahrds MC, Chan AY, Thompson SL et al (2011). Specific treatment of problems of the spine (STOPS): design of a randomised controlled trial comparing specific physiotherapy versus advice for people with subacute low back disorders. *BMC Muscul Dis* 12:104.

BUSINESS & MARKETING

« Campagne mondiale d'éducation au MDT »

Yoav Suprun DPT, Dip.MDT

Nous traversons actuellement une révolution des moyens de communication de l'information. Internet continue à tenir son rôle prépondérant, l'expansion des médias sociaux nous ayant offert un grand nombre de débouchés. Cela nous a permis de mettre nos idées en avant à une vitesse et auprès d'un public qu'il aurait été inimaginable d'atteindre il y a seulement dix ans. Nous vivons également dans une époque où le vieillissement de la population et le coût des soins augmentent de façon astronomique. Le MDT peut jouer un rôle crucial dans les soins de santé mondiaux, mais reste sous-médiatisé. Il nous faut répondre à cette situation en profitant au maximum de tous les moyens désormais à la portée des thérapeutes. Il nous faut répandre la nouvelle.

Lors de ma formation diplômante, je suis devenu très conscient de la nécessité de promouvoir la méthode McKenzie et le MDT comme soin de premier choix, avant toute autre intervention. Le MDT permet à nos patients d'être informés et actifs dans leur but de vivre une vie plus saine. Dans la plupart des cas, cette démarche peut également faire économiser des sommes non négligeables. En tant que thérapeutes McKenzie, nous savons que le MDT est la solution idéale pour les soins musculo-squelettiques. Il nous faut délivrer ce message au public à un niveau local, national et global. Nous avons désormais les moyens de le faire facilement et à moindre frais.

Le public doit connaître les nombreux avantages qu'offre le MDT. Grâce à internet, il est désormais courant que les patients demandent eux-mêmes certains médicaments spécifiques à leurs docteurs. Ne pourraient-ils pas demander également une ordonnance de soins en thérapie manuelle ? Comment peut-on laisser les gens passer sous le bistouri avant même d'avoir essayé la thérapie mécanique ? Ne pourraient-ils pas au moins se renseigner sur les répétitions de mouvements afin de décider si les soins mécaniques conservateurs sont la solution qu'ils cherchent ?

Il est de notre devoir de faire connaître aux professionnels et au public le MDT, les solutions qu'offre cette méthode en tant que système de classification, ainsi que la recherche appuyant la centralisation et la préférence directionnelle.

Partageons et encourageons plus que jamais notre profession !

Tout cela est possible grâce à la vision qui a poussé Robin McKenzie à mettre en place de nouveaux concepts professionnels. McKenzie – à qui nous devons de nombreux remerciements – est un homme à la perception unique, à la persévérance et au génie inégalés.

Le public doit savoir qu'avant les IRM, les médicaments, les injections ou la chirurgie, une évaluation mécanique doit être faite. En tant que consommateur, ils doivent savoir qu'il existe

une solution plus simple et moins chère aux douleurs spinales ou distales. Comment pouvons-nous le faire ? Comment pouvons-nous augmenter cette prise de conscience ?

C'est le but principal de cette rubrique. Je vais vous expliquer comment j'ai pu promouvoir le MDT aux États-Unis. En retour, je vous demande de trouver de nouvelles idées et de partager vos conseils en répandant ce message.

Ensemble, nous pouvons développer une campagne de prévention de la santé internationale et unie pour le MDT.

Au cours des quatre dernières années, j'ai pu accéder aux média électroniques et télévisuels et y apporter le message du MDT grâce à des contacts personnels et à des chargés de communication professionnels. Voici un exemple, sur la chaîne CBS TV :

<http://www.howtotreatmybackpain.com/home-remedies-back> .

Connaissez-vous des écrivains, producteurs TV ou personnalités des média que vous auriez soignés par le passé, et qui ont eu d'excellents résultats grâce au MDT ? Vous sentez-vous à l'aise à l'idée de vous adresser à votre radio d'informations locale ? Connaissez-vous des écrivains de blog à succès ?

Voici un autre exemple de la méthode McKenzie sur un blog touchant plus d'un million de visiteurs :

http://www.huffingtonpost.com/2012/03/04/how-to-fix-common-exercis_n_1317098.html .

Les nouvelles vont vite aujourd'hui, et leur vitesse ne fait que croître. Plus nous augmenterons l'intérêt du public en promouvant l'évaluation mécanique, plus nous attirerons l'attention sur notre domaine professionnel. Nous connaissons déjà bien la terminologie mécanique. Si nous communiquons à l'aide de cette terminologie dans des médias variés, nous pourrions créer un intérêt pour nos produits et nos solutions.

Les gens veulent être informés. Nous avons des informations qui peuvent répondre à cette demande en proposant les meilleures solutions, mais nous pouvons également permettre aux patients de se prendre eux-mêmes en charge. Comme vous le savez, des patients que vous avez traités en quelques séances seulement seront votre meilleure publicité auprès de leurs proches. Trop de gens en ont assez des thérapies sans fin.

Pensez à tous ces patients à qui vous avez rendu le sourire et qui vous ont dit « c'est magique ». Comment pouvons-nous mettre ces expériences au profit de la promotion du MDT ? Demandez-vous à vos patients de réécrire à leurs médecins traitants pour leur expliquer comment VOUS êtes plus efficace que les autres thérapeutes qu'ils ont pu voir auparavant ?

Dans notre revue, le *MDT World Press*, nous faisons le maximum pour collaborer avec des professionnels MDT du monde entier afin de développer des stratégies commerciales, des

idées de marketing et des campagnes de relation publique pour promouvoir la méthode de travail en MDT et augmenter sa notoriété !

N'hésitez pas à nous envoyer des articles concernant la différence que vous avez pu faire dans votre ville ou dans votre pays. Aidez-nous à partager ces informations et à promouvoir le MDT dans le monde entier.

Ensemble, créons une campagne d'information publique exceptionnelle !

Cordialement,

Yoav Suprun DPT, Dip.MDT