

Association Française McKenzie



www.afmck.fr

ORIGINES

- **Réunion des premiers certifiés MDT en France**
- **Création de l'association en novembre 2010**
- **Composition :**
 - Un conseil d'administration de 12 membres
 - Un bureau de 6 membres
- **Renouvelés par tiers lors d'une AG annuelle.**



OBJECTIFS

- **Favoriser les échanges entre praticiens.**
- **Promouvoir la méthode McKenzie** tant auprès du grand public, que des professionnels de santé.
- **Favoriser la recherche** en France.
- **Entamer des discussions avec les organismes nationaux** Conseil de l'ordre, Syndicats, Caisses ...
- **Obtenir des avantages.**



ATTENTES DES PRATICIENS

- **Pouvoir échanger entre eux** afin d'améliorer leur pratique.
- **Des outils pour mieux expliquer la méthode aux patients**
(documents à laisser, pour salle d'attente, fiches d'exercices...)
- **Des outils pour mieux informer les médecins** sur la méthode.
- **Des outils pour faciliter la gestion administrative** des soins
(Bilans, fiches de synthèse ...)
- **Des informations récentes** sur l'évolution de la méthode
(articles en français, en anglais, recherches et résultats...)
- **Des avantages** à être adhérent d'une association.



ATTENTES DES PATIENTS

- **Mieux comprendre** la méthode.
- **Trouver facilement un praticien** formé à la méthode.
- **Être certain de la qualité des soins** et de la **fiabilité de la prise en charge**.
- **Des fiches d'exercices personnalisées** pour ne pas « oublier ».



LES OUTILS QUE L'AFMcK PROPOSE

■ Un site internet : www.afmck.fr

Visiteur

The screenshot shows the AFMcK website's visitor homepage. At the top, there is a dark blue header with the AFMcK logo, a navigation bar with links like "Accueil", "Méthode MDT", "Praticiens", "Liens", "Connexion", and "S'inscrire". A dropdown menu for "Visiteurs" is open over the "Accueil" link. Below the header, a large welcome message "Bienvenue sur le site de l'Association Française McKenzie !" is displayed. In the center, there is a section titled "Association Française McKenzie" with a logo featuring a person in a dynamic pose. Below this is a button labeled "Télécharger le document de présentation". A message from the association expresses hope that the site will help visitors and practitioners. It also mentions that a login is required for members, certified individuals, and M.D.T diploma holders. A final message at the bottom encourages visitors to "Bonne navigation à tous !".

Adhérent

The screenshot shows the AFMcK website's member homepage. The layout is similar to the visitor version but includes additional links in the top navigation bar: "Travaux de l'association", "Outils de travail", "Kiosque", "Certification", "Actualités en région", and "Divers". The "Outils de travail" link is highlighted. Below the navigation, there are sections for "Les documentations" (with links to "Fiches Bilan", "Fiches d'exercices", and "La com") and "Autres outils" (with links to "Matériel" and "Logiciels"). A central message welcomes members to the new site and promises future features. A "Actualités" sidebar on the right lists news items such as "Lombalgie prévalence des syndromes McKenzie - Jacky OTERO" and "MDT WORLD PRESS Newsletter Vol 3 N°4".

LES OUTILS QUE L'AFMcK PROPOSE

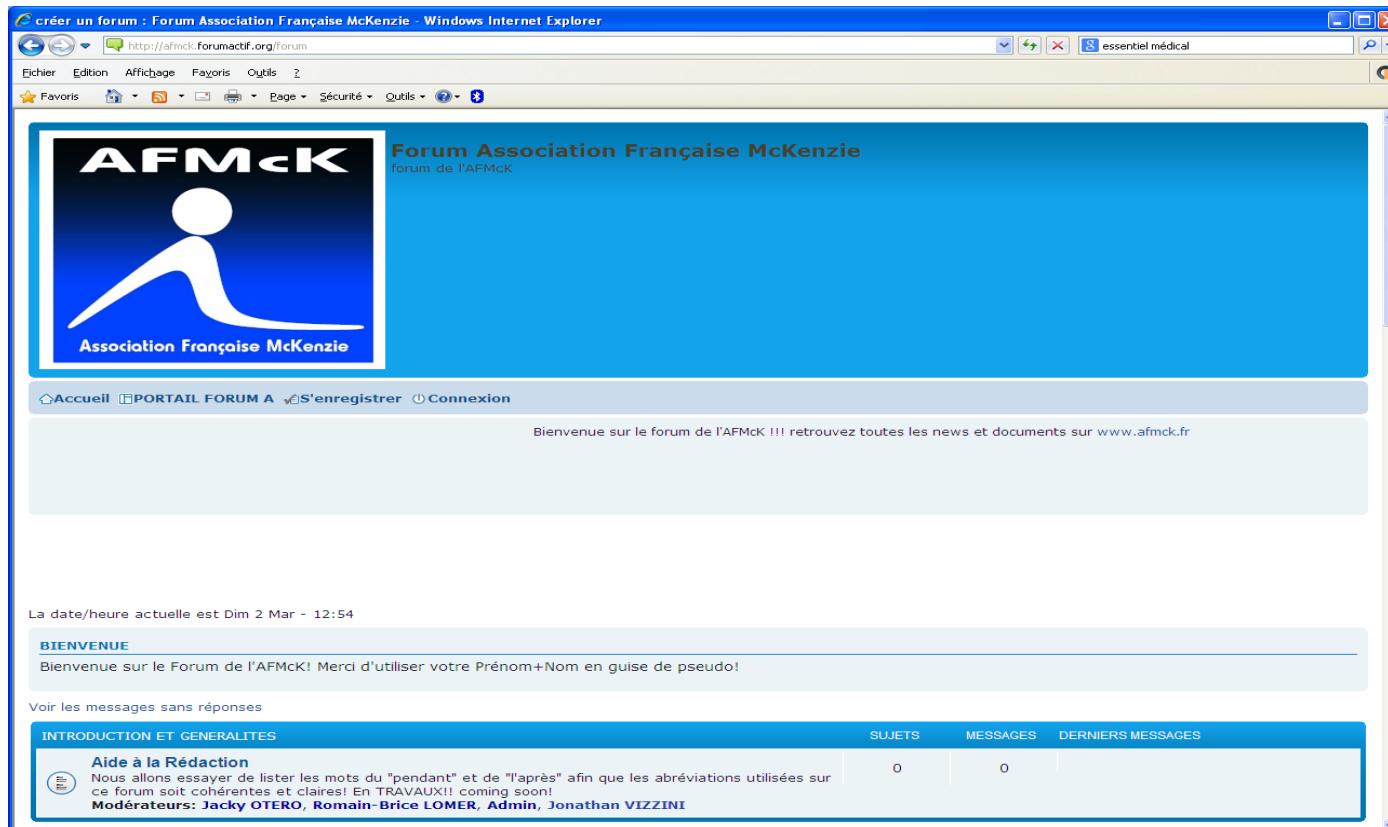
■ **Un compte Facebook :**



LES OUTILS QUE L'AFMcK PROPOSE

■ Un FORUM :

<http://afmck.forumactif.org/forum>



The screenshot shows the homepage of the AFMcK Forum as it appears in Microsoft Internet Explorer. The title bar reads "créer un forum : Forum Association Française McKenzie - Windows Internet Explorer". The address bar shows the URL "http://afmck.forumactif.org/forum". The main content area features the AFMcK logo (a white stick figure on a blue background) and the text "Forum Association Française McKenzie" and "forum de l'AFMcK". Below the logo, there's a navigation bar with links for "Accueil", "PORTAIL FORUM A", "S'enregistrer", and "Connexion". A welcome message says "Bienvenue sur le forum de l'AFMcK !!! retrouvez toutes les news et documents sur www.afmck.fr". At the bottom, there's a section titled "BIENVENUE" with the message "Bienvenue sur le Forum de l'AFMcK! Merci d'utiliser votre Prénom+Nom en guise de pseudo!". There's also a link "Voir les messages sans réponses". The footer contains a "INTRODUCTION ET GENERALITES" section with a "Aide à la Rédition" link, a note about listing common terms, and a list of moderators: "Modérateurs: Jacky OTERO, Romain-Brice LOMER, Admin, Jonathan VIZZINI". The status bar at the bottom left shows the date and time: "La date/heure actuelle est Dim 2 Mar - 12:54".



LES OUTILS QUE L'AFMcK PROPOSE

■ Des fiches d'exercices pour patient

Exercices type McKenzie pour la LOMBALGIE
Principe d'EXTENSION DYNAMIQUE

Date : _____ Pour : _____

Règles communes :

- Chaque fois que la douleur initiale revient dans le dos et surtout dans la jambe.
- 8 à 10 fois par jour même si pas de douleurs = toutes les 2 heures.
- Uniquement les exercices sélectionnés pour VOUS, et surtout LENTEMENT.

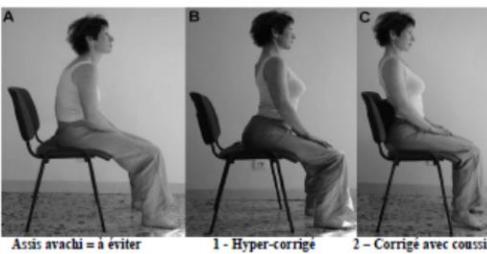
Exercice 1 : « Fausses pompes »



Position de Départ à plat ventre :

- Au sol ou sur un lit.
- Mains au niveau des épaules ou plus haut.
- Talons tournés en dehors, fessiers relâchés.

Exercice 2 : Correction de la position assise



A B C

Assis avachi = à éviter 1 - Hyper-corrigé 2 - Corrigé avec coussin

Patologie : _____ répétitions, _____ séries par jour.

Remarques :

- L'apparition de « nouvelles » douleurs (ex: courbatures) est normale.
- La centralisation de vos symptômes (déplacement de la douleur vers la colonne) est un très bon signe, même si elle s'accompagne d'une augmentation temporaire des douleurs les plus centrales.
- Si les symptômes augmentent ou s'éloignent de la colonne avec la répétition des exercices, arrêtez-les jusqu'à la prochaine séance, et prenez contact avec votre kinésithérapeute.

Association Française McKenzie www.afmck.fr

Exercices type McKenzie pour la CERVICALGIE
Principe d'EXTENSION RACHIS BAS étape 1

Date : _____ Pour : _____

Règles communes :

- Chaque fois que la douleur initiale revient dans le cou et surtout dans le bras.
- 8 à 10 fois par jour même si pas de douleurs = toutes les 2 heures.
- Uniquement les exercices sélectionnés pour VOUS, et surtout LENTEMENT.

Exercice 1 : « Rétraction cervicale »



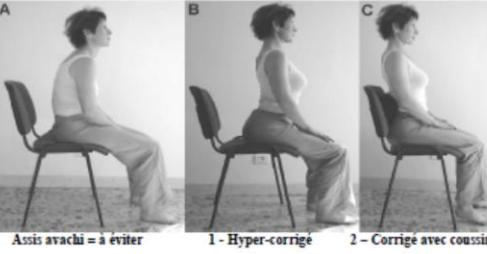
Position de Départ :

- Assis redressé ou debout
- Avec un soutien lombaire et/ou appui dorsal
- Regard horizontal (fixer un point au loin à la hauteur des yeux)

Faire la rétraction :

- En rentrant le menton reculez la tête
- Gardez le regard horizontal
- De plus en plus loin avec la répétition
- Entre 10 et 15 répétitions.

Exercice 2 : Correction de la position assise



A B C

Assis avachi = à éviter 1 - Hyper-corrigé 2 - Corrigé avec coussin

Patologie : _____ répétitions, _____ séries par jour.

Remarques :

- L'apparition de « nouvelles » douleurs (ex: courbatures) est normale.
- La centralisation de vos symptômes (déplacement de la douleur vers la colonne) est un très bon signe, même si elle s'accompagne d'une augmentation temporaire des douleurs les plus centrales.
- Si les symptômes augmentent ou s'éloignent de la colonne avec la répétition des exercices, arrêtez-les jusqu'à la prochaine séance, et prenez contact avec votre kinésithérapeute.

Association Française McKenzie www.afmck.fr

LES OUTILS QUE L'AFMcK PROPOSE

Logiciel de bilans informatiques

Bilan MDT – Application de bilans McKenzie

Fichier Patient Prescripteur Bilan Aide

Quitter Nouveau patient Nouveau prescripteur Bilan lombaire Bilan cervical

Rechercher un patient

Patients Prescripteurs

	Nom	Prénom	Date naissance
1	A	Romain	21/02/19
2	B	Dimitri	25/07/19
3	ESSAI	Paul	02/02/1976
4	F	Odile	03/01/19
5	J.	Yassine	24/05/19
6	M.	Hachemi	01/01/20
7	N	ISABELLE	03/03/19
8	R	Lise	09/05/19
9	R	Olivier	18/05/19

Patient sélectionné

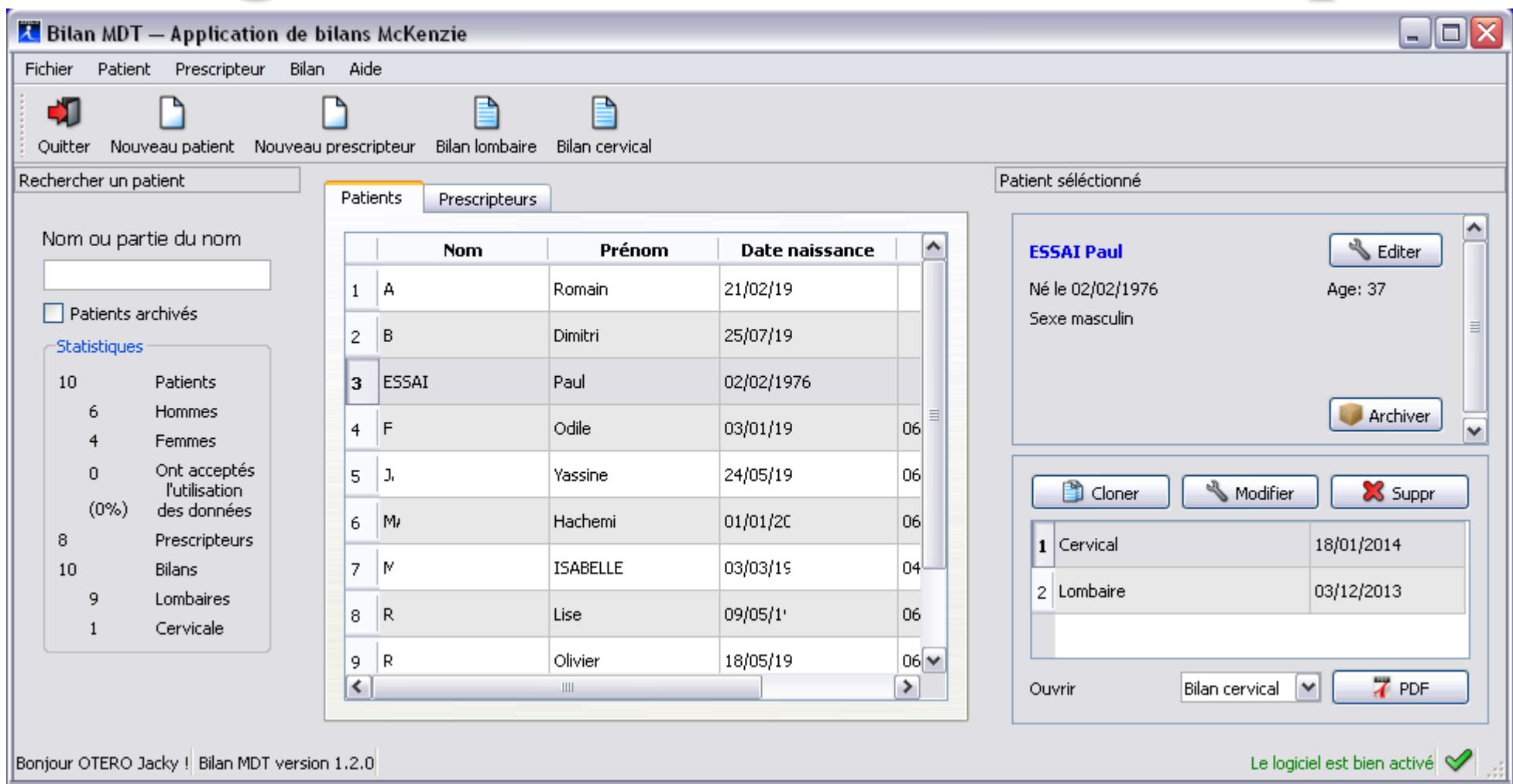
ESSAI Paul
Né le 02/02/1976
Sexe masculin
Age: 37

1	Cervical	18/01/2014
2	Lombaire	03/12/2013

Ouvrir Bilan cervical PDF

Bonjour OTERO Jacky ! Bilan MDT version 1.2.0

Le logiciel est bien activé



Ajouter un bilan lombaire

Le patient **Interrogatoire** Examen Fiches de suivi

Date: 09/12/2013
Bilan n°: 1

Nom: Paul ESSAI Sexe: M
Adresse:
Téléphone:
Né le: 02/02/1976 Age: 37ans

Prescripteur: Ajouter un prescripteur

Travail:
Contraintes mécaniques:
Loisirs:
Contraintes mécaniques:

Limitations fonctionnelles pour cet épisode:
Niveau d'invalidité:

EVA (0-10) Jour: Min: 5 Max: 10 Couleur: Noir — Hypoesthésie Epaisseur: 3px

Symptômes actuels: Lombaire Cuisse Jambe
 Fesse Pied Aucun

Présents depuis: Sans raison apparente

Facteur déclenchant:

Symptômes intaux: Lombaire Cuisse Jambe
 Fesse Pied Aucun

Symptômes constants: Lombaire Cuisse Jambe
 Fesse Pied Aucun

Symptômes intermittents: Lombaire Cuisse Jambe
 Fesse Pied Aucun

Empêtré: Se pencher, Assis / Se lever, Debout, Marcher, Allongé

ESSAI Paul Né le 02/02/1976 Étape 2 / 4 Suivant Annuler

Ajouter un bilan lombaire

Le patient **Interrogatoire** Examen Fiches de suivi

Posture: Assis: Mauvaise, Debout: Passable, Lordose: Réduite, Shift latéral: Aucun, Pertinent: Non

Autres observations:

Examen neurologique: Déficit Moteur: Réflexes: Déficit Sensitif: Neuro-Méningé

Perte de mouvement: Maj Mod Min Nulle Douleur

Flexion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Extension	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Glissement lat D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Glissement lat G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Mouvements tests: Décrire l'effet sur la douleur — pendant: produit, aboli, augmenté, réduit, ss effet ou pas dans la phase.

Après: mieux, empêtré, ss effet, pas empêtré, pas mieux, centralisé, périphérique

ORDRE DU TEST	SYMPTÔMES PENDANT LE TEST				RÉPONSE MÉCANIQUE			
	Symptômes avant tests debout:	5 kg	Température	Empêtré	Symptômes après le test	Température	Empêtré	ss effet
1 FL debout		<input type="checkbox"/> Augmenté	<input type="checkbox"/> Empêtré		<input type="checkbox"/> Augmenté	<input type="checkbox"/> Empêtré	<input type="checkbox"/> Empêtré	
2 Extension debout		<input type="checkbox"/> Augmenté	<input type="checkbox"/> Centralisé		<input type="checkbox"/> Augmenté	<input type="checkbox"/> Centralisé	<input type="checkbox"/> Centralisé	
3 Rép Extension debout		<input type="checkbox"/> Réduit	<input type="checkbox"/> Centralisé		<input type="checkbox"/> Réduit	<input type="checkbox"/> Centralisé	<input type="checkbox"/> Centralisé	
4 Symptômes avant tests allongé:	2 b							
5 FED								
6 Répétition FED								

ESSAI Paul Né le 02/02/1976 Étape 3 / 4 Suivant Annuler

Ajouter un bilan lombaire

Le patient **Interrogatoire** Examen Fiches de suivi

Date: 19/01/2014 Silence n°: 1 Afficher le schéma

Réalisation exercices: Qualité: Afficher le schéma

Supprimer la fiche

Évolution des symptômes:

Évolution des signes:

Résultats:

Traitement pendant silences:

Exercices maison:

Classification et remarques:

Colorier: Noir — Hypoesthésie Epaisseur: 3px

ESSAI Paul Né le 02/02/1976 Étape 4 / 4 Sauvegarder Annuler

Interrogatoire

Examen

Suivi

LES OUTILS QUE L'AFMcK PROPOSE

■ Des Fiches de Synthèse du BDK spécifiques au MDT

FICHE DE SYNTHESE DU BILAN DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE
Initiale

Pathologie soumise à référentiel : NON OUI = Cervicalgie sans atteinte neurologique

PATIENT :
Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
Sexe : Masculin Feminin N° sécurité sociale : _____

PRESCRIPTION ET TRAITEMENT :
Date de la prescription : _____ Date de l'intervention ou de l'accident : _____
Prescripteur : Nom : _____ Prénom : _____ N° : _____
Indication médicale : _____
Prescription Quantitative : NON OUI Nombre séances : _____
Kinésithérapie antérieure pour cette pathologie : NON OUI = _____

BILAN

date : _____
Symptômes : depuis _____
- Incapacité : Arrête Traveil = S'améliore Stationnaire S'aggrave Sport = _____
- Douleurs : Intensité Jour = /10 Intensité Nuit = /10
- Fréquence : Constante zone = _____ Intermittente zone = _____
- Symptômes radiculaires : zone = _____
- Type = _____
- Empêche par : _____
- Améliore par : _____

Signes :
- Posture assis : _____
- Posture debout : _____
- Neurologique : _____
- Amplitudes : _____
- Mouvements réflexes : _____
- Autres : _____

Correction :
Déformation : NON OUI = _____ Correction : _____

DIAGNOSTIC KINÉSITHÉRAPIQUE INITIAL :
 Syndrome Désengagement Syndrome Dysfonction Autres _____

BILAN : Intermédiaire Final date : _____

Symptômes :
- Incapacité : Reprise Traveil = S'améliore Stationnaire Aggrave Sport = _____
- Douleurs : Intensité Jour = /10 Intensité Nuit = /10
- Fréquence : Constante zone = _____ Intermittente zone = _____
- Symptômes radiculaires : Zone = _____
- Type = _____
- Empêche par : _____
- Améliore par : _____

Signes :
- Posture assis : _____
- Posture debout : _____
- Neurologique : _____
- Amplitude : _____
- Mouvements réflexes : _____
- Autres : _____

Correction :
Déformation : NON OUI = _____ Correction : _____

OBJECTIFS INITIAUX / BÉNÉFICES ATTENDUS DE LA POURSUITE DE LA RÉÉDUCATION :
- A court terme : _____
- A moyen terme : _____
- A long terme : _____
ACTES ET TECHNIQUES :
+ _____
+ _____
+ _____
+ _____

COMMENTAIRES / RAISONS DE NON ATTEINTE DES OBJECTIFS EN DEÇA DES SEUILS :
+ _____
+ _____

PROPOSITIONS : Début Renouvellement : de l'indication pour _____ séances
Fréquence = /semaine Urgence : NON OUI = _____

MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE :
Adresse : _____ N° : _____ Signature : _____

FICHE DE SYNTHESE DU BILAN DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE
Intermédiaire Finale

Pathologie soumise à référentiel : NON OUI = Lombalgie

PATIENT :
Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
Sexe : Masculin Feminin N° sécurité sociale : _____

PRESCRIPTION ET TRAITEMENT :
Date de la prescription : _____ Date de l'intervention ou de l'accident : _____
Prescripteur : Nom : _____ Prénom : _____ N° : _____
Indication médicale : _____
Prescription Quantitative : NON OUI Nombre séances : _____
Kinésithérapie antérieure pour cette pathologie : NON OUI = _____

DIAGNOSTIC KINÉSITHÉRAPIQUE INITIAL : Syndrome Désengagement Syndrome Dysfonction Autres _____

BILAN : Intermédiaire Final date : _____

Symptômes :
- Incapacité : Reprise Traveil = S'améliore Stationnaire Aggrave Sport = _____
- Douleurs : Intensité Jour = /10 Intensité Nuit = /10
- Fréquence : Constante zone = _____ Intermittente zone = _____
- Symptômes radiculaires : Zone = _____
- Type = _____
- Empêche par : _____
- Améliore par : _____

Signes :
- Posture assis : _____
- Posture debout : _____
- Neurologique : _____
- Amplitude : _____
- Mouvements réflexes : _____
- Autres : _____

Correction :
Déformation : NON OUI = _____ Correction : _____

OBJECTIFS : ATTEINTS PARTIELLEMENT ATTEINTS NON ATTEINTS
Désengagement : Réduit et Stabilisé Réductible, non stabilisé Partiellement réduit Inréductible

RAISONS DE NON ATTEINTE DES OBJECTIFS EN DEÇA DES SEUILS :
+ _____
+ _____
+ _____

PROPOSITIONS : Fin du traitement Arrêt du traitement = _____
 Poursuite / Renouvellement de l'indication pour _____ séances
Fréquence = /semaine Urgence : NON OUI = _____

BÉNÉFICES ATTENDUS DE LA POURSUITE DE LA RÉÉDUCATION :
+ _____
+ _____
+ _____

CONSEILS / COMMENTAIRES : Patient Autonome OUI NON = _____
+ _____
+ _____
+ _____

MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE :
Adresse : _____ N° : _____ Signature : _____

Classique Référentiels

LES OUTILS QUE L'AFMcK PROPOSE

■ L'accès aux articles sur la méthode

Does it Matter Which Exercise?
A Randomized Control Trial of Exercise for Low Back Pain
Audrey Long, BScPT,* Ron Donelson, MD,† Tak Fung, PhD‡

Study Design. Multicentered randomized controlled trial.
Objectives. To determine if previously validated low back pain (LBP) subgroups respond differently to contrasting exercise prescriptions.
Summary of Background Data. The role of "patient-specific" exercises in managing LBP is controversial.
Methods. A total of 312 acute, subacute, and chronic patients, including LBP-only and sciatica, underwent a standardized mechanical assessment classifying them by their pain response, specifically eliciting either a "directional preference" (DP) [*i.e.*, an immediate, lasting improvement in pain from performing either repeated lumbar flexion, extension, or sideglide/rotation tests], or no DP. Only DP subjects were randomized to: 1) directional exercises "matching" their preferred direction (DP), 2) exercises directionally "opposite" their DP, or 3) "nondirectional" exercises. Outcome measures included pain intensity, location, disability, medication use, degree of recovery, depression, and work interference.
Results. A DP was elicited in 74% (230) of subjects. One third of both the opposite and non-directionally treated subjects withdrew within 2 weeks because of no improvement or worsening (no matched subject withdrew). Significantly greater improvements occurred in matched subjects compared with both other treatment groups in every outcome (P values <0.001), including a threefold decrease in medication use.
Conclusions. Consistent with prior evidence, a standardized mechanical assessment identified a large subgroup of LBP patients with a DP. Regardless of subjects' direction of preference, the response to contrasting exercise prescriptions was significantly different: exercises matching subjects' DP significantly and rapidly decreased pain and medication use and improved in all other outcomes. If repeatable, such subgroup validation has important implications for LBP management.

Keywords: exercise, centralization, low back pain subgroups, directional preference, McKenzie method. *Spine* 2004;29:2593–2602

A number of systematic reviews have raised important questions regarding the role of exercise in the treatment of low back pain [1]. One important finding of the MDT assessment is the identification of a patient's "directional preference" (DP) [2,3]. DP is identified when posture or repeated individual movements in a single direction (flexion, extension, or side-glide/rotation) decrease or abolish lumbar midline pain, or cause referred pain emanating from the spine to appear to progressively retreat in a proximal direction back toward the lumbar midline ("centralization"). There is often a rapid and concurrent restoration of lumbar range of movement.²³ The inter-rater reliability for identifying DP in the hands of qualified practitioners (McKenzie Institute credentialed) is reported as excellent (agreement 90%, kappa 0.9).²⁶

The objective of this study is to determine if a subject-specific exercise prescription concordant with a study participant's DP will achieve better outcomes than non-concordant exercises.

*From Bonavista Physical Therapy, Calgary, Alberta, Canada; †Self-Care First, Hanover, NH; and ‡Department of Psychology, University of Calgary, Calgary, Alberta, Canada.

Supported by the Community Ethics Review Board of the Alberta Heritage Foundation for Medical Research, the Physiotherapy Foundation of Canada, McKenzie Institute International, and Cambridge Physiotherapy Associates.

The manuscript submitted does not contain information about medical device(s)/drug(s).

Financial funds were received to support this work. No benefits in any form have been or will be received from a commercial party related directly or indirectly to the subject of this manuscript.

Address correspondence and reprint requests to Audrey Long, BScPT, 620 Willems Dr. S.E., Calgary, Alberta, Canada, T2J 2G1; E-mail: longma@telusplanet.net

SPIINE Volume 29, Number 23, pp 2593–2602
©2004, Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

Savoirs

Contribution originale

**Flavio Bonnet^a
Sandrine Monnet^b
Jacky Otero^c**

ScienceDirect

**Effets à court terme d'un traitement selon la « préférence directionnelle » de patients lombalgiques
Essai contrôlé randomisé**

Short-time effects of a treatment according to the "directional preference" of low back pain patients: a randomized clinical trial

Voici le vainqueur du premier prix du meilleur premier article en Kinésithérapie 2010. Flavio Bonnet remporte 1000 € et un an d'abonnement à *Kinésithérapie, la revue*. Ce texte fait l'objet d'un commentaire du jury en fin de texte. Pour une première publication, cela présume un bel avenir pour ce jeune conférencier.

Résumé

Introduction: Les recommandations professionnelles préconisent les exercices thérapeutiques comme traitement des lombalgies non spécifiques sans en préciser le type. La méthode McKenzie utilise un système de classification afin de déterminer un exercice effectué dans une direction de mouvement « préférentiel ». **Protocole:** Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé.

Méthodes: Cinquante-quatre patients, répartis aléatoirement en deux groupes, ont bénéficié d'un traitement, soit selon les principes développés par McKenzie, soit selon les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS). Les évaluations initiales et finales étaient réalisées sur une semaine, incluant trois séances. Les variables dépendantes étaient l'échelle fonctionnelle d'Oswestry, la localisation et l'intensité de la douleur.

Résultats: Parmi les patients du groupe test, 62,5 % ont modifié de façon disto-proximale la localisation de leur douleur (centralisation) contre 16,7 % pour le groupe contrôle ($p = 0,008$). Les autres variables n'étaient pas significativement améliorées.

Conclusion: L'utilisation d'une « préférence directionnelle » permet de modifier de façon disto-proximale la localisation de la douleur (centralisation) de façon plus importante qu'avant le traitement de référence. Le présent traitement n'améliore pas les autres variables étudiées.

Niveau de preuve : 2

MOTS-CLÉS

Centralisation – Exercice – Lombalgie non-spécifique – Méthode McKenzie – Préférence directionnelle

© 2011, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

La réhabilitation des patients lombalgiques reste encore très empirique aujourd'hui. Il s'agit pourtant de l'une des pathologies musculo-squelettiques les plus répandues [1]. La plupart des essais randomisés ne mettent pas en évidence de moyens thérapeutiques pertinents dans la prise en charge de cette affection [2]. De plus, la confrontation de ces essais thérapeutiques dans les revues systématiques est souvent discordante.

Keywords

Centralization – Exercise – Non-specific low back pain – McKenzie method – Directional preference

© 2011, Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Kinésithérapie

Anglais

Français

LES OUTILS QUE L'AFMcK PROPOSE

■ Des chroniques spécifiques

La Chronique Scientifique de l'AFMcK - n°1

Cela a pris un peu de retard mais comme promis voici la chronique de l'AFMcK qui a pour but de rendre accessible la littérature scientifique à tous les adhérents.

J'ai choisi une étude de cas pour ce premier papier (Williams, JMMT, 2011).

L'étude de cas (case report) rapporte les résultats d'un traitement avec un patient en particulier. Elle se trouve tout en bas de l'échelle des niveaux de preuves scientifiques. C'est à dire que l'on ne pourra jamais dire qu'un traitement est efficace en se basant uniquement sur une étude de cas. Elle a cependant la vertu de mettre en lumière des faits cliniques qui peuvent nous donner des clefs, utiles à notre pratique au cabinet.

Cet article présente une patiente de 40 ans, professeur dans l'enseignement supérieur, ayant une douleur dans la fesse et la cuisse à gauche à 6/10, depuis 5-6 semaines, sans shift, avec une imposante hernie L5/S1 comme le décrit la coupe sagittale T2 de l'IRM ci-dessous.



A l'examen initial, toutes les directions de mouvements étaient limitées, en particulier l'extension. Un signe de Lasègue homolatéral (Straight Leg Raise, SLR ou Élevation jambe tendue, EJT) était positif et a reproduit la douleur habituelle de la patiente à 30°.

Le test des mouvements répétés dans le plan sagittal a fait périphériser les symptômes. Le glissement gauche a aboli la douleur à la première répétition et ce jusqu'à la 5^e mais la 8^e a augmenté la douleur dans la fesse.

Suite à ces observations, le thérapeute décida de tester la patiente dans le plan horizontal en décharge tel que décrit sur la photo ci-dessous. La rotation gauche en décubitus a aboli complètement les symptômes de la patiente et a augmenté nettement les amplitudes dans le plan sagittal au test en position debout. Le thérapeute a décidé de prescrire 6 à 8 fois par jour cet exercice à la patiente.

Trois jours plus tard la patiente revient à la clinique avec quasiment aucun symptôme, mis à part une « raideur » matinale. Le thérapeute décida de compléter l'exercice par une posture sur les coudes en « demi-grenouille » qui a amélioré l'amplitude d'extension debout.



La patiente fut revue 3 fois par la suite et était toujours en mesure d'abolir ses symptômes. A la 6^e visite, à 6 semaines du début des séances, la patiente avait des amplitudes libres et indolores.



Cet article met en évidence que même en présence d'une hernie discale majeure les patients sont évaluables par la méthode McKenzie. Il souligne également le fait qu'il faut adopter une thérapie centrée sur le patient et non sur une imagerie. Il réaffirme par la même, que le concept de Préférence Directionnelle ne se limite pas au plan sagittal mais qu'une combinaison de directions peut s'avérer nécessaire pour arriver à la résolution complète des symptômes.

Flavio Bonnet, Responsable de la Commission Recherche de l'AFMcK.



TRUCS et ASTUICES en MDT N° 1

Pour cette première de cette nouvelle rubrique, j'aimerais vous présenter une alternative aux mouvement répétés et postures de fin d'amplitude, dans le cadre d'un dérangement lombaire postérieur.

Certains patients n'arrivent pas à abolir leur douleur seul, voire même avec une aide manuelle ou avec la sangle, alors qu'ils ont centralisé par des extensions en procubitus (EEP) ou une posture « SMITH ». Lorsque qu'aucune force alternative ne fonctionne (passage debout ⇔ couché, extension assis contre un ballon, debout sangué ...), ni aucune augmentation de force (soupir, surpression du thérapeute lors des EEP, mobilisations en extension symétrique ou asymétrique, sans oublier la manipulation), il faut parfois être inventif.

Une des solutions que j'ai souvent testée et qui a donné de bons résultats : la contraction intermittente, voire statique, dans le sens de la préférence directionnelle (PD). Elle est décrite pour les dérangements des articulations périphériques, mais pas pour le rachis.

Le principe est simple :

1. Le patient évalue le mouvement dans la PD (une EEP en général ou Ext. DBT).
2. Puis il réalise des extensions actives intermittentes : voir photos (6 secondes de contractions, suivi de 6 secondes de repos).
3. On évalue la réponse symptomatique pendant la contraction et son évolution à la répétition. Cela peut donner un sans effet (SE), produit (P), centralisé (Ce), aboli (A). L'exercice est stoppé si on obtient un augmenté (AUGM) ou périphérisé (Pé).
4. On évalue la réponse mécanique après les 10 répétitions. En cas de mieux (M) ou centralisé (Cé), il peut faire une série de plus, sauf si l'extension est complète et sans douleur = réévaluer l'extension debout (EDBT) aussi.
5. La contraction statique, avec augmentation progressive de la durée (jusqu'à 3 minutes pour les hommes et 3 min 30 pour les femmes ! Au-delà ne semble pas utile.), peut être testée lors des séances suivantes, si le résultat est insuffisant. Doit donner un « Mieux » symptomatique ou mécanique.
6. Remarque : si la douleur « latéralise », une composante latérale est probablement révélée.

Position de départ



Bon test !

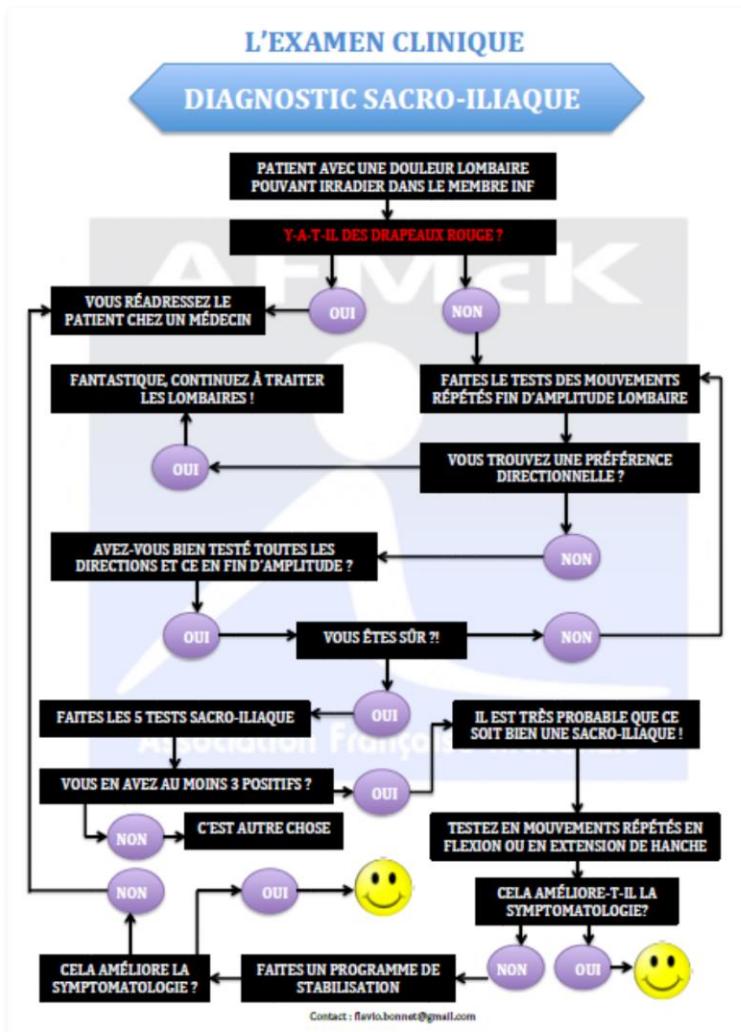
Position d'arrivée



Jacky OTERO

LES OUTILS QUE L'AFMCK PROPOSE

■ Des chroniques spécifiques



Algorithme décisionnel
pour les dérangements
d'épaule

Basé sur les travaux de Scott Herbowy dip MDT

Deneuville Jean-Philippe
deneuvillejp.mdt@gmail.com

www.afmck.fr

undi 4 novembre 13

LES OUTILS QUE L'AFMcK PROPOSE

■ Des documents pour informer les médecins



Présentation de la Méthode McKenzie ou MDT

www.afmck.fr

Le MDT (Mechanical Diagnosis and Therapy ou Diagnostic et Thérapie Mécanique en français) est l'une des méthodes de rééducation la plus utilisée dans le monde, avec plus de 70 000 physiothérapeutes formés.

Elle est surtout très connue dans les pays anglo-saxons et du nord de l'Europe et plus récemment en France, avec un premier article en 2000 dans une revue médicale (Revue de Médecine Orthopédique N° 60 Mars 2000). La barrière de la langue a limité son développement, en cours de rattrapage ces dernières années (2500 formés niveau A).

De nombreuses études scientifiques ont évalué, depuis les années 1990, la reproductibilité de son bilan spécifique, et l'efficacité sa prise en charge (voir les sites www.mckenziemd.org et www.mckenzie.fr).

La particularité de ce type de rééducation réside dans une évaluation standardisée qui permet de classifier les patients dans des sous-groupes homogènes. Le but n'est pas de les classer en fonction d'une atteinte anatomique précise, mais en fonction de leur réponse symptomatique à des tests spécifiques.

Les études sur le rachis convergent toutes vers les mêmes conclusions : plus de 50% des chroniques et 75 % des autres patients peuvent être classifiés dès la première séance. Ce pourcentage augmente avec le nombre de séances, probablement à cause de la complexité des tableaux accumulés avec le temps.

Pour les atteintes musculo-squelettiques au niveau des membres, les premiers résultats sont tout aussi encourageants, mais demandent à être approfondis avec le temps.

De cette classification découlent des protocoles de traitement adaptés à chaque sous-groupes et surtout à chaque patient. Cette évaluation permet aussi d'exclure les patients pour lesquels la méthode est contre-indiquée, gage de sécurité pour le patient et le thérapeute.

La prise en charge du patient, suite à ce bilan, vise à le rendre autonome, en limitant les interventions manuelles au strict minimum, et si possible dans un deuxième temps. Le but n'est pas de trouver ce que le thérapeute peut faire pour aider le patient mais ce que le patient peut faire au quotidien pour s'améliorer durablement. Pour la majorité des patients, c'est un apprentissage de la gestion des contraintes quotidiennes qui stabilise le résultat, toutes techniques confondues. Cela permet de trouver rapidement des moyens simples à mettre en place pour aider le patient. Cela peut aussi amener à des gestes plus techniques, si nécessaire.

La rigueur de l'enseignement MDT, permet une fiabilité et une reproductibilité de l'évaluation et de la gestion des séances. Son uniformité internationale est validée par une certification finalisant le cursus de formation.

Bien entendu ce type de rééducation ne convient pas à tout le monde, mais toutes les pathologies ayant des origines mécaniques peuvent et devraient être évaluées de la sorte. Cela permet de déterminer rapidement à qui elle est profitable et à qui elle ne l'est pas.

Qu'est-ce que la Méthode McKenzie ?

Le MDT est avant tout un système d'évaluation et de classification validé qui vise à adapter le traitement à chaque type de patients. Les soins qui en découlent placent l'auto-traitement au centre de la stratégie thérapeutique.

La prise en charge débute par un bilan initial standardisé qui repose sur un interrogatoire très détaillé et des tests particuliers (tests des mouvements répétés). Ils visent à repérer une direction particulière (Préférence Directionnelle) et/ou le phénomène de centralisation (Figure 1). Cette évaluation spécifique au MDT permet de classer les patients par syndromes, qui constituent des sous-groupes homogènes : syndrome de dérangement, syndrome de dysfonction, syndrome postural. [1] Certains patients ne peuvent être classés dans l'un de ces 3 groupes, au bilan initial et lors des séances suivantes et donc ne peuvent être pris en charge en MDT.

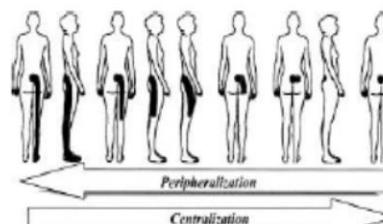


Fig 1 : Phénomène de centralisation d'après Wetzel et al. (2003).

Les indications:

Les indications de la MDT sont variées et concernent l'ensemble des troubles mécaniques musculo-squelettiques, tant au niveau du rachis qu'au niveau des membres (lombalgie, dorsalgie, cervicalgie, névralgie, hernie discale, douleurs irradiantes, arthrose, tendinopathie...). Le bilan permettra de classer les patients et donc de les inclure ou de les exclure du traitement MDT. [2]

Les contre-indications et limites de la méthode :

Les contre-indications strictes aux interventions mécaniques sont à prendre en compte dans la prise en charge MDT, en particulier : syndromes infectieux, tumeurs osseuse et articulaires, syndromes inflammatoires en phase active, fractures en phase de consolidation, etc.

Concernant les radiculopathies, le traitement MDT est contre-indiqué uniquement dans les cas de déficits neurologiques sévères, multi-radiculaires, surtout si le tableau est évolutif. Il va de soi que les syndromes de la queue de cheval, ainsi que les myéopathies, constituent une contre-indication absolue à ce type de prise en charge. Le bilan initial permet de les repérer, le cas échéant.

Le canal lombaire étroit, la sténose foraminale, le spondyloïsthésis ne sont des contre-indications que s'ils sont pertinents. Le bilan MDT permet de les différencier d'un syndrome de dérangement sous-jacent, que la prise en charge McKenzie améliorera.

Une hernie discale ou la présence d'arthroses (spondylose, ostéophytose, modifications dégénératives, arthrose inter-apophysaire) ne constituent pas une contre-indication, au contraire.

La méthode nécessite investissement et compréhension de la part du patient. Un problème cognitif important ou un problème de communication peut donc rendre impossible le traitement par la méthode.

En quoi consiste le traitement ?

Selon le syndrome diagnostiqué lors de l'évaluation initiale et confirmé lors des séances suivantes, il sera différent.

Dans le cas d'un syndrome de dérangement, le traitement consistera à obtenir une réduction du dérangement par des mouvements répétés ou des postures de fin d'amplitude, dans le sens de la Préférence Directionnelle [4]. Il sera complété par un maintien de cette réduction grâce à une éducation posturale adaptée, souvent avec l'aide de coussins lombaires, et parfois par du renforcement musculaire en cas de déconditionnement. Une fois la stabilisation obtenue, la réintroduction des autres directions de mouvements et des activités suspendues sera entreprise progressivement.

Dans le cas d'un syndrome de dysfonction (articulaire ou musculo-tendineuse), le traitement consistera à remodeler des tissus rétractés, adhérents ou fibrosés, par des exercices spécifiques fréquents et sur une longue période.

Enfin, dans le cas d'un syndrome postural, le traitement sera basé sur de la prophylaxie, en mettant en place une éducation posturale adaptée au patient. [1]

LES OUTILS QUE L'AFMcK PROPOSE

■ Des documents pour présenter la méthode



**Passer de la
« Règle de la Non-douleur »
à celle de la « Bonne-douleur » :
intérêt de l'utilisation
de l'examen MDT (méthode McKenzie)
pour mettre en évidence une
préférence directionnelle
pour les patients lombalgiques**

M. Jacky OTERO
M. Gabor SAGI
INSTITUT McKENZIE FRANCE

7ième journée
Bourguignonne de
rééducation

CE QUE L'AFMcK FAIT POUR VOUS

■ **Vous informer :** par l'envoi régulier de newsletters.

NEWSLETTER N° 12



1/ Information :

Le père Noël est déjà passé au siège de l'AFMcK : le logiciel de bilan, tant attendu, est enfin finalisé à terme (pour la partie Bilan lombaire).

Vous pouvez le télécharger en suivant les procédures ci-dessous.

Pour Windows :

https://www.dropbox.com/s/a1mau2ndy3pcrq4/setup_bilanMDT_V1.1.1.exe

Pour Mac OS:

https://www.dropbox.com/s/nvejjr7f5rhczrx/bilanMDT_MacOS_V1.1.1.zip

Pour l'installation, il faut décompresser le fichier, et il suffit de lancer l'application .app.

Pour l'activer il faudra transmettre votre numéro Adéli (de praticien), afin que l'on vous communique la clé qui déverrouillera l'utilisation complète (valable jusqu'au 31 mars 2014) à l'adresse : contact@afmck.fr

2/ Sur le site de l'AFMcK :

Vous trouverez la traduction d'une étude randomisée de 2012 sur l'efficacité du traitement conservateur actif systématique chez des patients atteints de sciatiques sévères. Cette étude a été publiée dans la revue « *Spine* ». En pièces jointes les exercices (non traduits) utilisés lors de cette étude.

3/Divers :

Vous pouvez trouver ce lien montrant une vidéo d'une interview de Monsieur Robin McKenzie : <http://www.youtube.com/watch?v=BBXDe5fcP7I>

Joyeuses Fêtes de fin d'année à tous et à l'année prochaine.

A bientôt

Le bureau de L'AFMcK

CE QUE L'AFMcK FAIT POUR VOUS

■ Solliciter les organismes nationaux

- ★ Ordre
- ★ Syndicats,
- ★ Collège Masso-Kinésithérapie
- ★ Mutuelles ...

■ Vous faire connaître :

par le site internet (niveau D mini).



CE QUE L'AFMcK FAIT POUR VOUS

Promouvoir une Charte de qualité.

Charte des praticiens de l'Association Française McKenzie

AFMcK

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

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

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

Cet engagement implique :

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

Association Française McKenzie

Accepté par _____, le _____ Signature _____
www.afmck.fr

CE QUE L'AFMcK FAIT POUR VOUS

Soutenir et encourager la recherche en France.

**Prévalence des syndromes McKenzie
au niveau du rachis
chez les patients Français**

AFMcK Recherche 2012



**J. OTERO
F. BONNET**



**JFK 2015
Lille Grand Palais**



**Evolution des symptômes et
signes d'épaule suite à une prise
en charge du rachis cervical en
McKenzie/MDT**

Guillaume DEVILLE M.K.D.E. - Cred. MDT

CE QUE L'AFMcK FAIT POUR VOUS

■ Des cercles d'études

- ★ BRETAGNE**
- ★ RHONE-ALPES**
- ★ LANGUEDOC-ROUSSILLON**
- ★ ILE DE FRANCE**
- ★ NORD ...**



CE QUE L'AFMcK FAIT POUR VOUS

■ Des congrès Nationaux

★ Congrès AFMcK

Toulouse 2012,
Brest 2013,
Lyon 2014.

★ Congrès JFK et AFMcK

Lille 2015
Paris 2017



CE QUE L'AFMcK FAIT POUR VOUS

- Signer des partenariats pour obtenir des avantages



ESSENTIEL MEDICAL

Essentiel médical - Windows Internet Explorer
http://www.essential-med.fr/PrestaShop1/

Fichier Edition Affichage Favoris Outils ?
Favoris Page Sécurité Outils ?

ESSENTIEL MEDICAL MATERIEL MEDICAL VENTE - LOCATION AUX PROFESSIONNELS ET PARTICULIERS ORTHOPEDIE Bienvenue, identifiez-vous
Votre compte Panier : (vide)

"McKenzie®" Matériel médical Bien être Livraison Mentions légales

FRAIS PORT OFFERT
Frais de port offert dès 50€ de commande de produits de la catégorie Bien être.
Pensez à saisir le code bon de réduction FPGH lors du passage de votre commande.

CATÉGORIES
> Bien être
> Coussin ergonomique

RECHERCHER Entrez un nom de produit ok

NOUVEAUX PRODUITS Coussin Triangulaire 33x33x8cm (ref : FR-3308) Il facilite une posture... >
Coussin Triangulaire 40x37x6cm (ref : fr-3160) Il facilite une posture... >

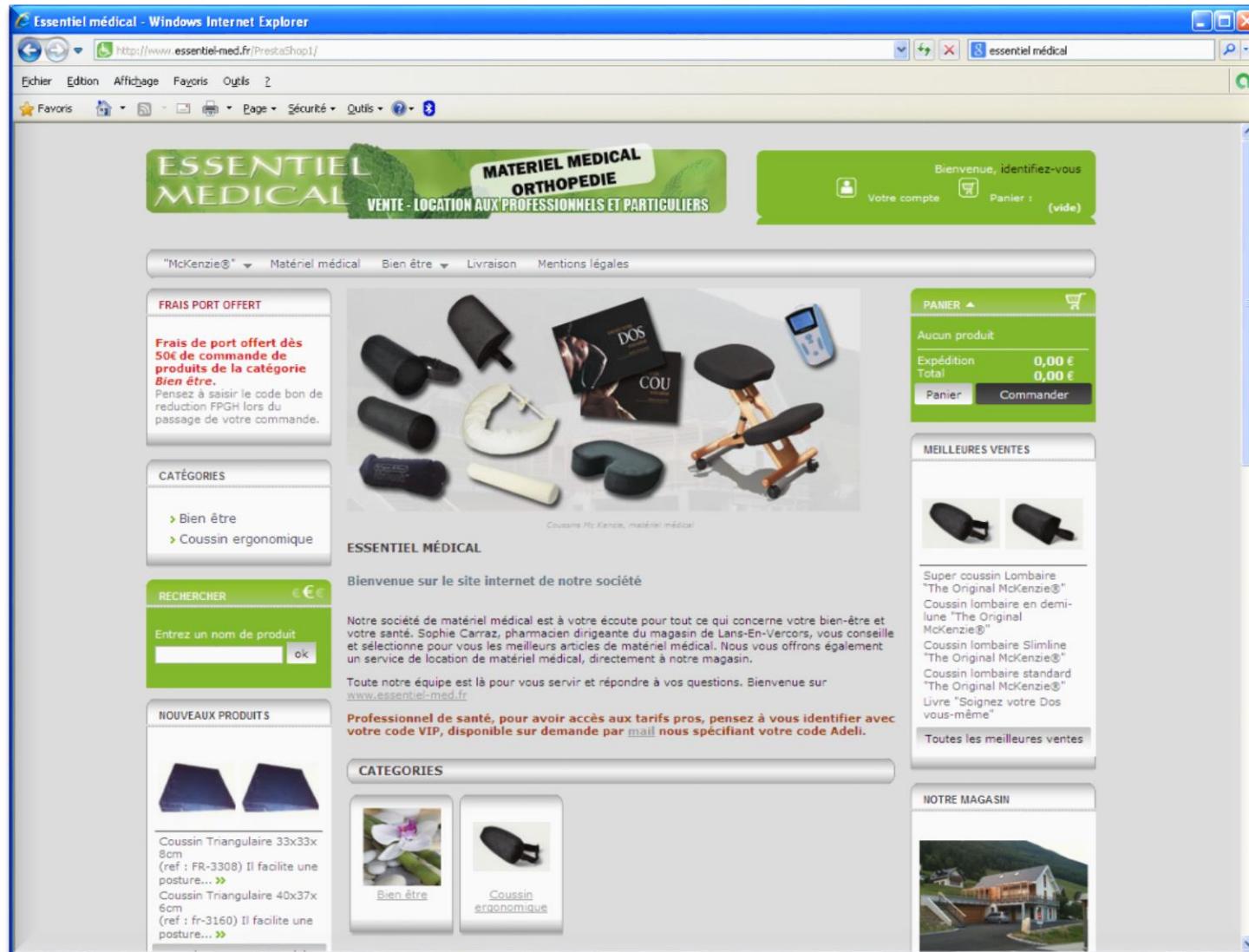
CATEGORIEST Biens être Coussin ergonomique

PANIER Aucun produit Expédition 0,00 € Total 0,00 € Panier Commander

MEILLEURES VENTES Super coussin Lombaire "The Original McKenzie®"
Coussin lombaire en demi-lune "The Original McKenzie®"
Coussin lombaire Slimline "The Original McKenzie®"
Coussin lombaire standard "The Original McKenzie®"
Livre "Soignez votre Dos vous-même"

Toutes les meilleures ventes

NOTRE MAGASIN



5 %
de remise
pour les
adhérents
et leurs
patients

MON SITE KINE

The screenshot shows the homepage of monsitekiné.com. At the top, there's a navigation bar with links: ACCUEIL, NOS OFFRES, CONTACT, DÉMONSTRATION, and ACCÈS CLIENT (which is highlighted in green). Below the navigation, a large green banner features the text "CRÉEZ VOTRE SITE PROFESSIONNEL EN QUELQUES CLICS". Underneath, it says "Nous vous proposons une offre complète de la conception à la mise en ligne et tout cela **SANS ENGAGEMENT**". There are two buttons: "DÉMONSTRATION" (orange) and "ESSAYER MAINTENANT" (green). Below these buttons are several thumbnail images of different website designs for professionals like physiotherapists and osteopaths. A prominent callout at the bottom left says "A partir de **9.90€** TTC / mois".

Sur-mesure
déjà
configuré
MDT
2 mois
gratuits

Société Française de Physiothérapie

Adhésion
SFP
inclus
dans celle
de
l'AFMcK

Société Française de Physiothérapie - Windows Internet Explorer
http://www.sphysio.fr/

Fichier Edition Affichage Favoris Outils ?
Favoris Page Sécurité Outils Options ▾

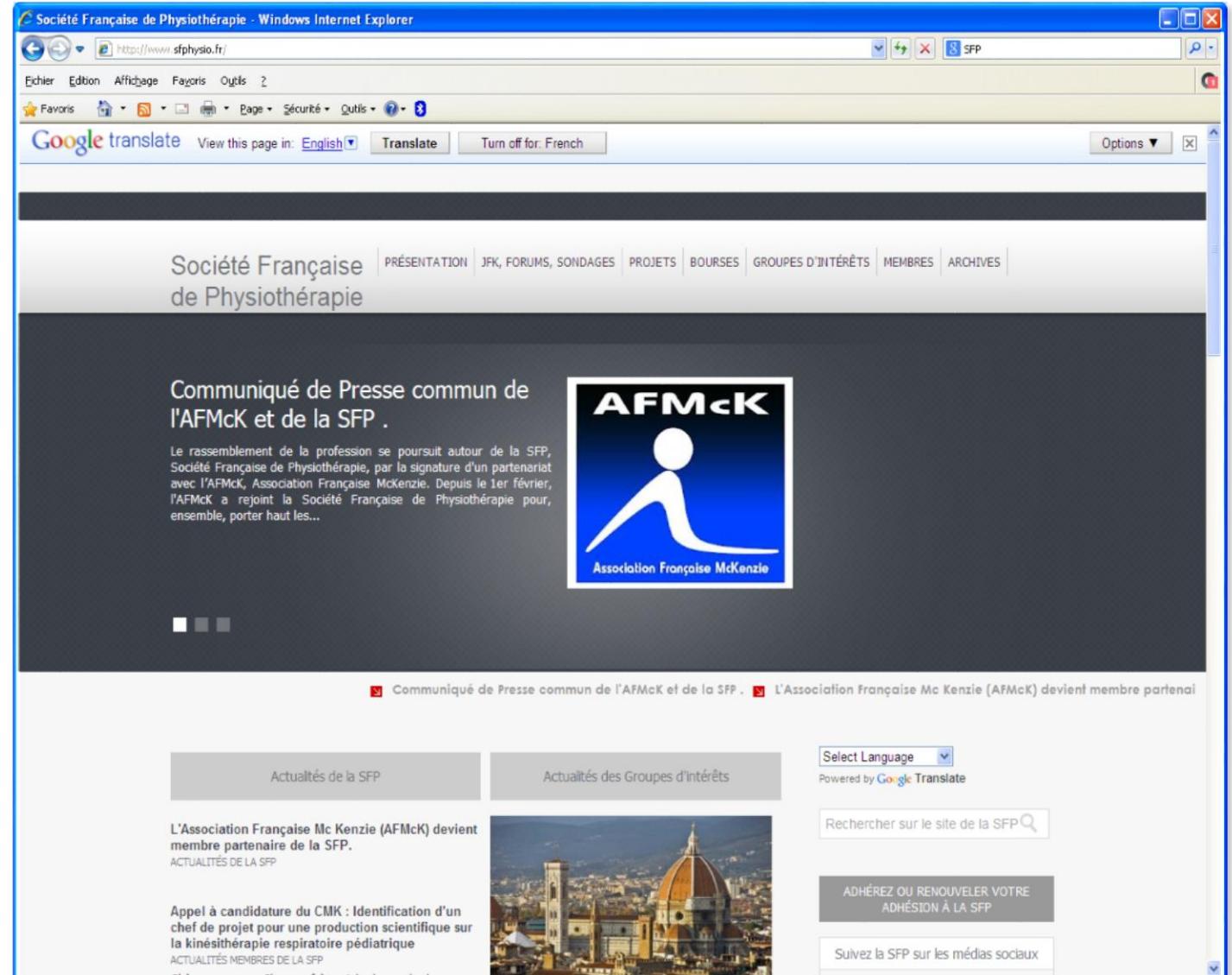
Google translate View this page in: English Translate Turn off for: French Options ▾

Société Française de Physiothérapie PRÉSENTATION JFK, FORUMS, SONDAGES PROJETS BOURSES GROUPES D'INTÉRÊTS MEMBRES ARCHIVES

Communiqué de Presse commun de l'AFMcK et de la SFP . Le rassemblement de la profession se poursuit autour de la SFP, Société Française de Physiothérapie, par la signature d'un partenariat avec l'AFMcK, Association Française McKenzie. Depuis le 1er février, l'AFMcK a rejoint la Société Française de Physiothérapie pour, ensemble, porter haut les... AFMcK Association Française McKenzie

Actualités de la SFP Actualités des Groupes d'intérêts Select Language Powered by Google Translate Rechercher sur le site de la SFP ADHÉREZ OU RENOUVELER VOTRE ADHÉSION À LA SFP Suivez la SFP sur les médias sociaux

L'Association Française Mc Kenzie (AFMcK) devient membre partenaire de la SFP. ACTUALITÉS DE LA SFP Appel à candidature du CMK : Identification d'un chef de projet pour une production scientifique sur la kinésithérapie respiratoire pédiatrique ACTUALITÉS MEMBRES DE LA SFP



En espérant vous compter parmi nous



Association Française McKenzie (AFMcK)

Sous l'impulsion de kinésithérapeutes certifiés McKenzie, l'Association Française McKenzie (AFMcK) a vu le jour à Paris le 06 Novembre 2010.

Cette association a pour but :

- De faciliter les échanges et la pratique MDT : fiches d'exercices patients, logiciel de bilans, fiches de synthèse pour médecins et sécurité sociale, articles, journées de rencontres et d'études, inscription pour les adhérents détenant le niveau D sur le net...
- De promouvoir la méthode McKenzie tant auprès du grand public que des professionnels de santé.
- De favoriser la recherche : par exemple mise en place d'études dans lesquelles les adhérents peuvent participer s'ils le souhaitent.
- D'entamer des discussions avec les organismes nationaux (ordre, syndicats, CNAM, mutuelles) pour faire reconnaître et prendre en charge cette méthode.

En étudiant, puis en pratiquant la méthode McKenzie, bien moins connue chez nous que dans les pays anglo-saxons, vous avez orienté votre travail dans une direction particulière et novatrice.

Il est donc naturel que nous vous proposions de rejoindre notre association qui ne pourra que s'enrichir de l'addition de nos différentes expériences et sensibilités.

A bientôt !

P.S. : pour nous joindre = adresse mail : contact@afmck.fr ; site internet : www.afmck.fr
En cas de changement de coordonnées et/ou de niveau de formation : secretariat@afmck.fr

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association AFMcK.
En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 Janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectifications aux informations qui vous concernent.
Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à : secretariat@afmck.fr

Bulletin d'adhésion AFMcK 2015

Cotisation Annuelle : Libéral : 60 € Salarié : 40 € Membre bienfaiteur : 100 € et +
A renvoyer à Mme Anne-Marie GASTELLU-ETCHEGORY,
27 avenue du 10e Dragon, 82000 MONTAUBAN.

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Portable :

Niveau de formation MDT :

Date :

Numéro ADELI :

E mail (indispensable) :

Fait à :

le :

Signature :

C
A

2
0
1
5



Association Française McKenzie



www.afmck.fr