

Dans ce numéro :

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



COMMENTAIRE PRINCIPAL

DÉFINIR LA DOULEUR CHRONIQUE

KRISTI MAGUIRE, PT, DIP. MDT

L'histoire naturelle de la lombalgie varie d'un individu à l'autre. En raison de cette variabilité, il est souvent difficile de catégoriser les patients avec une définition de douleur aiguë ou chronique. La lombalgie peut être épisodique et éphémère avec peu d'épisodes, ou des épisodes fréquents, mais toujours avec un début spécifique et une fin. Ces épisodes empirent souvent avec le temps. Cependant, certaines personnes peuvent également traverser un épisode dont ils ne se remettent jamais tout à fait, suivi d'un autre épisode « aigu » qui s'installe et diminue graduellement, mais, encore une fois, ne guérit pas tout à fait, et le cycle continue ainsi selon ce schéma. D'autres ont un épisode important qui ne se résout jamais et qui continue de limiter leur fonction et leur mode de vie de manière significative. C'est là que réside la difficulté à déterminer les définitions d'aiguë et de chronique (McKenzie et May, 2003).

La Québec Task Force définit la phase aiguë d'une lésion comme allant de zéro à sept jours, la phase subaiguë de sept jours à sept semaines, et la phase chronique au-delà de sept semaines (Cook et al. - 2005). Lorsque la douleur persiste pendant des mois, voire des années, au-delà des délais normaux de cicatrisation des tissus, d'autres facteurs doivent être pris en compte, comme le changement dans le SNC provenant d'afférences nociceptives du système nerveux périphérique, connu sous le nom de sensibilisation centrale. Sa prévalence n'est pas connue pour l'instant, (Johnson, 1997). La sensibilisation centrale est décrite par McKenzie et May, 2003, comme la « sensibilisation des neurones dans la corne postérieure – un état caractérisé par des seuils diminués et une réponse augmentée aux afférences, de telle sorte que des stimuli mécaniques normaux sont interprétés comme de la douleur. Des réponses augmentées peuvent également être produites face à une répétition de stimuli, une extension des champs récepteurs et une génération spontanée d'activité neuronale ». (Johnson, 1997 ; Siddall et Cousins, 1997 ; Dubner, 1991 ; Cousins, 1994). En d'autres termes, les sensations corporelles normales sont désormais mal interprétées (Vlaeyen, 2000).

L'état de douleur chronique de la sensibilisation centrale ne consiste pas uniquement en des changements neurophysiologiques, comme décrits ci-dessus, mais inclut également des facteurs psychosociaux. Ces facteurs psychosociaux, ou « drapeaux jaunes », comme les décrivent McKenzie et

May, incluent « dépression, anxiété, stratégies et attitudes passives de confrontation de la douleur, et sont liés à la douleur et à l'infirmité. Le catastrophisme, l'hyper vigilance concernant les symptômes, et les comportements d'évitement et de peur sont des attitudes et des croyances qui ont été mises en avant comme étant particulièrement significatives dans ce contexte » (2003). À mesure que le temps passe et que la douleur persiste, le lien avec le dommage tissulaire proprement dit diminue et ce sont désormais les facteurs neurophysiologiques, psychologiques et sociaux qui supplantent l'expérience de la douleur (McKenzie et May, 2003 ; Waddell, 1998 ; Adams, 1997).

En tant que cliniciens qui évaluons et traitons des personnes présentant des problèmes musculosquelettiques, nous avons un rôle important à jouer dans la prévention des patients aigus afin qu'ils ne développent pas un état chronique, et dans l'identification de ceux qui ont déjà développé un état douloureux chronique. Dans les deux cas, cela se fait par la mise en garde contre les stratégies et attitudes passives qui renforcent le rôle de malade et poussent le patient à la dépendance, avec un locus de contrôle externe (McKenzie et May, 2003). Ainsi, il est très important de posséder une connaissance approfondie des procédés de réparation tissulaire à la suite d'un traumatisme ou de la déclaration d'une douleur musculosquelettique. Nous devons pouvoir identifier le comportement de la douleur et des symptômes durant chaque phase de réparation tissulaire, à la fois chimique et mécanique, afin de comprendre nos patients. Cela permet de proposer les interventions les plus appropriées, les plus adaptées à chaque individu. Notre processus d'évaluation est crucial dans l'identification d'« attitudes lésionnelles ». Cette évaluation doit être fiable afin que nous puissions tirer les mêmes conclusions concernant le type de problème du patient, permettant ainsi de placer les patients dans des groupes homogènes. Cette conclusion nous conduit alors à une intervention de soins appropriée et, finalement, à de meilleurs résultats. Il existe des preuves préliminaires montrant que la classification des lombalgies permet de déterminer efficacement des groupes homogènes de patients présentant des douleurs musculosquelettiques, ce qui permet d'obtenir de meilleurs résultats (Fritz et al., 2003 ; Long et al., 2004 ; Cook et al., 2005 ; Donelson, 2008).

La méthode McKenzie® de Diagnostic et Thérapie Mécanique® (MDT) est le seul procédé d'évaluation qui ait été analysé de manière critique au travers de multiples études pour sa capacité à être fiable inter-examineur pour la détection de différents types de lombalgies. La méthode McKenzie a d'abord été décrite dans une publication de 1981, suivie par une deuxième édition en 2003 ; L'évaluation MDT identifie la manière dont les symptômes et la mécanique tissulaire se

comportent lorsqu'ils sont soumis à des positions et à des mouvements spinaux répétés en fin d'amplitude. L'attention particulière portée à l'effet symptomatique et mécanique du mouvement permet de mettre en évidence certains schémas caractéristiques de trois syndromes : le dérangement, la dysfonction et la posture. Ceux dont les schémas n'entrent pas dans une de ces trois classifications sont classés dans le groupe « autre ». Ce groupe « autre » inclus les sténoses, les états de douleur chronique, les personnes non concluantes mécaniquement, les spondylolisthésis et les douleurs non-mécaniques. Lorsqu'il est effectué correctement, le procédé d'évaluation nous aide également à identifier des schémas atypiques justifiant le renvoi chez un médecin généraliste afin d'écarter un diagnostic plus grave. Jusqu'ici, il a été démontré que les cliniciens bien formés en Diagnostic et Thérapie Mécanique peuvent classer leurs patients lombalgiques et cervicalgiques de manière fiable (Kilby et al., 1990 ; Riddle D et al., 1993 ; Donelson et al., 2000 ; Razmjou et al., 2000 ; Kilpikoski et al., 2002 ; Clare et al., 2005).

La classification de « dérangement » du MDT est un sous-groupe très important à prendre en compte. Elle est caractéristique de la capacité à « inverser rapidement le problème sous-jacent et à faire disparaître rapidement la douleur présente, tout en identifiant simultanément une manière de prévenir les récives » (Donelson, 2008). Ce sous-groupe implique la caractéristique de la centralisation, qui a démontré à maintes reprises sa fiabilité inter-observateur concernant son identification par les cliniciens (Fritz et al., 2000 ; Aina et al., 2004 ; Clare et al., 2004 ; Cook et al., 2005). Le phénomène de centralisation peut être défini comme une douleur ou un symptôme émanant de la colonne, ayant diminué puis disparu de sa localisation distale grâce à des mouvements répétés en fin d'amplitude ou à des positions maintenues, et qui reste amélioré grâce à cela (McKenzie and May, 2003). Lorsqu'il est présent, le mouvement particulier ou la position particulière qui a induit cette réponse de centralisation est connu dans la littérature sous le nom de « préférence directionnelle » du patient. Ce sous-groupe particulier, identifié uniquement par ce procédé d'évaluation, peut bénéficier d'une réduction rapide de la douleur, aussi bien en termes de localisation que d'intensité, ainsi que des progrès rapides pour la capacité à bouger.

Selon les études traitant de centralisation, la prévalence de ce sous-groupe de patients peut aller jusqu'à « 70-80 % de patients dont la lombalgie a débuté récemment, mais également 50 % ou plus de patients lombalgiques chroniques » (Donelson, 2008). Selon les recherches de Long sur 223 patients lombalgiques chroniques présentant des symptômes depuis en moyenne 8.79 mois, 47 % centralisaient

en comparaison avec des non-centralisateurs. Les centralisateurs obtenaient une plus forte diminution de la douleur et un meilleur taux de retour au travail comparés aux non-centralisateurs (1995). De nombreuses études ont ainsi démontré de manière constante des résultats bons à excellents chez des individus présentant une capacité à centraliser. En raison du fort taux de prévalence, nous devons écarter ce sous-groupe, ainsi que les pathologies graves ou les pathologies comportant des lésions mécaniques importantes nécessitant l'avis d'un spécialiste, avant toute classification dans la catégorie d'état de douleur chronique.

Selon des revues complétées par la Collaboration Cochrane en 2011, il existe des preuves démontrant l'efficacité de l'activité physique pour diminuer la douleur et améliorer la fonction au sein de populations douloureuses chroniques. Les revues concernant les interventions passives présentent des preuves qui ne sont pas claires ou ne sont pas plus efficaces qu'un placebo (Base de Donnée Cochrane des Revues Systématiques, 2011). Pour la classification d'état de douleur chronique, nos interventions sont dirigées vers une intervention active afin de réduire les comportements d'évitement et de peur (Linton, 2002). La littérature décrit trois étapes pour une intervention efficace : Premièrement, pouvoir identifier cette population de patients, décrite ci-dessus à l'aide de l'évaluation mécanique du MDT. Deuxièmement, la composante éducationnelle visant à permettre au patient de comprendre que ce type de douleur vient d'un état commun, permettant l'auto-prise en charge, et non d'une maladie ou d'un état grave nécessitant une prudence particulière (Vlaeyen et al., 2000). Moseley décrit également l'éducation thérapeutique comme une composante très importante permettant au patient de comprendre la physiologie impliquée dans l'état de douleur chronique des tissus, qui aide à réduire la notion de menace associée à la douleur (2003). Le troisième point concerne la manière de prendre en charge cette condition.

La prise en charge, telle que Moseley la décrit, consiste premièrement à déterminer le seuil de tolérance, le point à partir duquel le patient perçoit une augmentation de douleur persistant au-delà de quelques minutes (2008). La stimulation tissulaire est nécessaire pour initier le procédé de désensibilisation, mais il faut s'assurer de rester sous la ligne de déclenchement et s'assurer également que le patient ne se sente pas en danger. Ici aussi, la composante éducationnelle permet de diminuer la peur de cette stimulation modérée des symptômes. Elle permet au patient de prendre conscience qu'une accentuation des symptômes pendant quelques minutes seulement l'aidera à prévenir une sur-stimulation dépassant la ligne de déclenchement (Moseley, 2008). L'évaluation du MDT impliquant

des identifications d'effets mécaniques et symptomatiques du mouvement, un clinicien formé pourra identifier les mouvements les plus avantageux mécaniquement au départ, et les modifier à mesure que le patient progresse.

Alors que les tissus commencent à s'adapter, l'activité augmente graduellement jusqu'à l'obtention d'un niveau d'auto-prise en charge, de fonction et d'acceptation. Lance et Eccleston ont découvert que « l'acceptation, plutôt que l'adaptation à la douleur chronique, était associée à une douleur moindre, à moins de dépression et d'anxiété liée à la douleur, à plus de temps passé debout, et à un meilleur statut professionnel » (2003). Finalement, à travers ce procédé et une séance réussie, on obtient une amélioration de la fonction, un retour aux activités plaisantes, une augmentation de confort et à l'indépendance vis-à-vis des tâches, une augmentation de l'auto efficacité et une meilleure disposition envers les activités physiques (Woods et al., 2008).

Références

Aina, S., May, S., Clare, H. (2004). The centralization phenomenon of spinal symptoms – a systematic review. *Manual Therapy*; 9:134-143.

The Cochrane Database of Systematic Reviews. (2011). Issue 8.

Clare, H., Adams, R., & Maher, C (2004). A systematic review of efficacy of McKenzie therapy for spinal pain. *Australian Journal of physiotherapy*; 50:209-216.

Clare, H., Adams, R., & Maher, C (2005). Reliability of McKenzie classification of patients with cervical or lumbar pain. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*; 28: 122-127.

Cook, C., Hegedus, E., Ramey, K. (2005). Physical therapy exercise intervention based on classification using the patient response method: A systematic review of the literature. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*; 13: 152-162.

Donelson R. (2008). Is your client's back pain "rapidly reversible"? Improving low back care at its foundation. *Professional Case Management*; 13:87-96

Fritz, JM., Delitto, A., Vignovic, M., et al. (2000). Interrater reliability of judgments of the centralization phenomenon and status change during movement testing in patients with low back pain. *Arch Phys Med Rehabil*; 81: 57-61.

Fritz, JM., Delitto, A., Erhard, R. (2003). Comparison of classification-based physical therapy with therapy based on clinical practice guidelines for patients with acute low back pain. *Spine*; 28: 1363-1372.

Kilby, J., Stigant, M., Roberts, A. (1990). The reliability of back pain assessment by physiotherapists using a "McKenzie algorithm." *Physiotherapy*; 76: 579-583.

Kilpikoski, S., Airaksinen, O., Kankaanpää, M., Leminien, P., Videman, T., Alen, M. (2002).

Interexaminer reliability of low back pain assessment using the McKenzie Method. *Spine*; 27: E207-E214.

Long, A. (1995). The centralization phenomenon its usefulness as a predictor of outcome in conservative treatment of chronic low back pain (a pilot study). *Spine*;20:2513-2521.

Long, A., Donelson, R., & Fung, T. (2004). Does it matter which exercise? A randomized control trial of exercise and low back pain. *Spine*; 29: 2593-2602.

McCracken, L & Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain*; 105:197-204.

McKenzie, RA., May S. (2003). *The Lumbar Spine: Mechanical Diagnosis and Therapy*. Waikanae, New Zealand: Spinal Publications New Zealand Ltd.

Moseley, G. (2003). A pain neuromatrix approach to patients with chronic pain. *Manual Therapy*;8:130-140.

Vlaeyen, J., Linton, S. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*; 85: 317-332.

Woods, M., Asmundson, G. (2008). Evaluating the efficacy of graded in vivo exposure for the treatment of fear in patients with chronic back pain: A randomized controlled clinical trial. *Pain*; 136: 271-280.

COMMENTAIRE DES INVITES

Forum de Soins Mécaniques : Une prise de conscience du MDT riche en ressources.

Jason Ward MPT, Cert. MDT

En 2001, Steve Jobs présentait la première génération de son lecteur de musique, l'iPod. Au cours des années qui ont suivi, le terme « podcast » est apparu, offrant l'opportunité à la fois aux professionnels et aux amateurs de produire des programmes très semblables à ceux d'une radio. De nombreux facteurs ont contribué aux succès grandissants des podcasts. Une des raisons principales de ce succès est son accessibilité croissante, avec un nombre toujours plus important de personnes possédant un moyen de les écouter dans leur poche, leur smartphones. Le public est de plus en plus enclin à optimiser son temps en consommant du contenu audio dans les transports, en faisant son jogging ou même en accomplissant des tâches quotidiennes.

J'ai commencé à écouter des podcasts il y a quelques années dans le but d'accumuler plus de connaissances pendant que je le pouvais, et j'ai été déçu par le contenu disponible en kinésithérapie et en orthopédie. J'ai donc réfléchi au succès des conférences et des cours offerts par l'Institut McKenzie, à l'assiduité dont font preuve les participants lors de ces événements. J'étais alors convaincu qu'un podcast audio traitant d'évaluation et de traitement mécanique serait apprécié par de nombreuses personnes. Avec l'aide de personnes plus expérimentées que moi dans le domaine du podcast, et avec le soutien de ma famille, j'ai lancé en mars de cette année le Forum de Soins Mécaniques.

Mon intérêt premier était d'aller chercher connaissances et inspiration auprès des leaders de notre discipline à travers des interviews, de manière à partager leurs visions et leurs idées avec autant de monde que possible. Mon espoir était, et continue d'être, de contribuer à répandre la prise de conscience du testé-et-approuvé, des principes prouvés permettant de résoudre au mieux les troubles musculosquelettiques pour tous ceux qui sont en position de prendre en charge de tels patients.

Comme beaucoup de projets nés d'une dévotion et d'une passion dévorantes, j'ai commencé mes podcasts par intérêt et par désir personnel de mieux servir les personnes qui souffrent de leurs infirmités de mouvement et de posture. Ma plus grande motivation vient des récits de patients décrivant leurs longues expériences de la douleur et la manière dont ils ne peuvent plus prendre part aux événements familiaux, aux sorties sociales, à leurs activités et loisirs. C'est ce qui me pousse à

répandre la parole du MDT. Le préjudice causé par certains prestataires semble être un problème extrêmement répandu au travers de l'éducation qu'ils proposent, intentionnellement ou non, à savoir qu'ils « condamnent » les patients à vie avec, par exemple, une lombalgie ou un genou mal en point. Lorsqu'on connaît les effets bouleversants que les mouvements en fin d'amplitude et les modifications de posture peuvent avoir sur tant de patients, cela me convainc que l'information du public concerné est plus qu'une simple option, c'est une responsabilité.

J'ai déjà acquis énormément de connaissances grâce aux invités que j'ai interviewés. Des analogies d'éducation de patients que Dave Oliver et Audrey Long utilisent pour que « le courant passe » avec les patients, aux ressources dont Mark Werneke et Ted Dreisinger ne pourraient se passer, en passant par les expériences mémorables de patients qui ont fait grandir Colin Davies et Ron Schenk, ou par les meilleurs conseils professionnels que Ron Bybee, Brian Mulligan et Robert Medcalf aient jamais reçus, j'ai non seulement obtenu des perles de sagesse, mais également une immense appréciation de la qualité de ces individus qui sont nos superviseurs et de leur dévotion à cette cause. Cela me pousse également à en faire plus.

Jusqu'à maintenant, j'ai publié les interviews podcastés de 22 invités sur un total de 39 épisodes. J'ai de nombreuses autres idées que j'espère pouvoir mener à bien. Ces idées datent du début de ma série de podcasts, et du fait d'avoir entendu les besoins et les envies de mes auditeurs. Il y a sûrement encore beaucoup d'autres idées qui attendent d'être découvertes ! Je suis certain que nous avons suffisamment de talent au sein de notre communauté MDT pour donner encore plus de visibilité aux bénéfices de ce système, pour les individus en difficulté avec leurs douleurs musculosquelettiques.

Dans la mesure où cela touche à notre obligation d'aller chercher et de représenter ces patients qui sont sans espoir, à qui on a dit qu'ils/elles ne guériraient pas, qu'ils ne récupéreraient pas une fonction normale, n'iraient pas mieux ni ne pourraient contrôler leur douleur, je préfère en faire plus. Je suivrai le conseil que Ted Dreisinger m'a donné à l'épisode 26 et dirai : « OUI ! », car « les opportunités dépendent de notre capacité à dire oui ».

Profitez de l'opportunité extraordinaire que Jason a créée sur <http://mechanicalcareforum.com/>

GROS PLAN SUR UNE FILIALE

Institut McKenzie Suède

Gunilla Limbäck Svensson PT, PhD

Présidente de la filiale suédoise

La filiale suédoise – établie en 1992

La Suède est un petit pays, mais tout en longueur au nord de l'Europe, comptant neuf millions d'habitants. La filiale suédoise a été fondée en 1992 par un groupe de kinésithérapeutes enthousiastes venant de différents endroits de Suède. J'ai ainsi pu participer à l'une des premières formations de la partie A en Suède en 1991, enseignée par Mark Laslett, un enseignant exceptionnel dans un grand amphithéâtre. Lars Degerfeldt a été notre premier enseignant suédois. Il était, de bien des façons, le « Mr McKenzie Suédois », dans la mesure où il était le seul enseignant suédois et le président du conseil suédois pendant plusieurs années.

Les membres du conseil viennent désormais de plusieurs régions, d'Umeå au Nord jusqu'à Lund dans le Sud – à 1,240 km de distance. C'est pourquoi nos réunions de conseils sont le plus souvent effectuées par téléphone ou par ordinateur. Une ou deux fois par an, nous nous rencontrons en personne, ce qui est plus agréable, et, le plus souvent, plus productif !

Enseignants et diplômes

Aujourd'hui, nous sommes heureux d'avoir quatre autres enseignants suédois, en plus de Lars : Göte Norgren, Tobias Croner, Tomas Cullhed, et Yvonne Lindbäck. De plus, nous avons trois thérapeutes nouvellement diplômés : Angelica Gunnarsson, Calle Lindqvist et Henrik Moström. Nous avons eu la chance d'avoir pu accueillir la partie pratique du diplôme en Suède ces dernières années, ce qui a certainement joué un rôle très important dans l'obtention de diplômes pour d'avantage de thérapeutes dans notre pays.

La formation

Aujourd'hui, nous sommes fiers d'avoir 270 personnes certifiées en Suède. La plupart sont présentées sur notre page web, à la fois pour les patients et pour nos confrères. Nos enseignants proposent des formations dans plusieurs villes de Suède tout au long de l'année. Nous recherchons constamment de

nouvelles infrastructures locales de qualité pour accueillir des formations supplémentaires. En 2013, la filiale suédoise a vu son nombre de formation réduit en raison de facteurs que nous ne contrôlions pas, comme une nouvelle loi du gouvernement concernant les kinésithérapeutes libéraux. Cependant, en 2014, nous avons donné plus de formations que toutes les années précédentes. Nous sommes donc finalement satisfaits !

Questionnaire

En réponse à la baisse de participants à nos formations en 2013, nous avons envoyé un questionnaire à tous ceux qui avaient participé aux formations des parties A et B durant l'année précédente. Notre intention était d'améliorer la formation et d'augmenter le nombre de participants. Selon les résultats du questionnaire, 95 % des participants trouvaient que la formation leur avait apporté des outils utiles pour l'examen et l'évaluation. Davantage encore de participants, 97 %, ont pensé que la formation leur avait donné des outils utiles pour traiter les patients. La plupart des participants, 96 %, ont dit qu'ils recommanderaient la formation à leurs confrères. Certain kinésithérapeutes ont même demandé à avoir un superviseur après avoir participé à une ou plusieurs formations.

Superviseurs

Suite à la lecture des réponses à nos questionnaires, nous avons fait appel sur notre page d'accueil à des superviseurs certifiés et à des personnes souhaitant être supervisées. Lisen Tell, membre du conseil, est responsable de la mise en relation de superviseurs et de personnes recherchant une supervision. Ce partenariat a été assez apprécié jusqu'ici.

Congrès annuels & Collaboration avec les pays voisins

Chaque année, nous organisons un congrès de deux jours qui inclut le rendez-vous annuel des membres de la filiale suédoise. Certaines années, nous bénéficions de la collaboration des pays voisins dans cet effort. Au printemps dernier, nous avons été invités au Danemark et y avons tenu notre réunion annuelle le jour précédent le congrès. Il y a deux ans, nous avons eu un rendez-vous très intéressant et agréable avec la filiale finlandaise sur un bateau entre Stockholm et Helsinki.

Hernie discale lombaire

Plusieurs thèmes ont été abordés lors de notre congrès. En 2013, le thème était la hernie discale lombaire, qui s'est avéré être un sujet très apprécié puisque nous avons doublé le nombre de

participants comparé aux années précédentes. Un chirurgien orthopédique, Klas Halldin, a décrit les critères d'une chirurgie discale. De nouvelles recherches en discographie ont été présentées, dont « pourquoi on ne peut pas faire confiance aux discographies », tel que Hebelka Bolminger le présente dans sa thèse (<http://hdl.handle.net/2077/34430>). Hanne Albert et Gunilla Limbäck Svensson ont également présenté leurs recherches. Les études de Hanne et Gunilla se sont soutenues et renforcées l'une l'autre, et ont démontré qu'il est possible de prendre en charge des patients présentant une hernie discale lombaire avec le MDT et d'obtenir de bons résultats !

Patients cervicalgiques

Pour le prochain congrès en avril 2015, le thème sera les patients cervicalgiques. Trois étudiants de troisième cycle présenteront leurs études sur des patients cervicalgiques. Un enseignant en médecine orthopédique (méthode Cyriax) présentera la façon dont la médecine orthopédique et le MDT peuvent s'harmoniser entre eux. Nos propres enseignants et diplomates animeront des ateliers sur les diagnostics différentiels entre le cou et l'épaule, le cou et le thorax, et le cou et les maux de tête. Cela sera un congrès très intéressant et nous espérons qu'un grand nombre de kinésithérapeutes y participeront !

Le Journal "Manualen"

La filiale suédoise contribue à un journal de kinésithérapie suédois appelé « Manualen ». Ce journal publie quatre numéros par an et nous écrivons différents articles avec une approche de MDT à chaque numéro. Les thèmes abordés peuvent inclure des rapports de congrès, des cas de patients et des articles de recherche. À travers ce journal, nous touchons des kinésithérapeutes qui sont membres de l'institut MDT Suédois, mais aussi des membres de l'organisation OMT Suédoise et des Kinésithérapeutes membres d'organisations de chirurgie orthopédique au sein de la communauté de kinésithérapie Suédoise. Nous espérons que cela créera de nouvelles opportunités de collaboration entre les différentes organisations et générera plus de participants à nos formations !

Conférence médicale ~ Stockholm, décembre 2014

Nous participerons à une conférence lors d'un congrès de médecine en décembre de cette année. Quand vous lirez ce texte, nous y aurons probablement déjà participé ! Lars Degerfeldt évaluera et prendra en charge des patients selon les concepts du MDT. Gunilla Limbäck Svensson présentera de nouvelles recherches sur le MDT et les hernies discales. Finalement, un chirurgien orthopédique,

Tycho Tullberg, présentera les critères de chirurgie discale. Lors du congrès, nous présenterons une formation de MDT d'une journée destinée aux médecins.

Thèses suédoises sur l'approche MDT

A ma connaissance, cinq thèses ont été produites en Suède concernant l'approche du MDT. Görel Kjellman a écrit la première thèse en 2001, de l'université de Linköping, à propos de patients cervicalgiques. Dans cette même université, Mark Laslett a présenté sa thèse en 2005. L'université de Gothenburg a présenté trois thèses incluant, mais pas exclusivement, des informations sur l'approche McKenzie. En 2001, Gunilla Kjellby Wendt a utilisé les FED et EEP dans les phases précoces de la rééducation suite à une chirurgie du disque lombaire. Mark Rosenfeld a étudié les bénéfices de la thérapie physique active suite à des troubles liés aux fléaux cervicaux. Je ne peux pas résister à la tentation de présenter ma propre thèse, que j'ai soutenue en 2013, « Evaluation d'un modèle de prise en charge structuré en kinésithérapie pour des patients présentant une hernie discale lombaire », que vous pouvez également trouver sur <http://hdl.handle.net/2077/31996>.

Copenhague 2015

Nous vous attendons avec impatience dans notre pays voisin, le Danemark, en septembre 2015 !

POINT DE VUE CLINIQUE

Que faire quand le MDT ne marche pas ?

Marc Wyckoff, PT, Cert. MDT, CEAS I

Introduction

Bien que je ne me rappelle pas qui me l'a dit en premier, le conseil le plus important que j'ai pu recevoir lors des nombreuses formations auxquelles j'ai participé ou que j'ai co-sponsorisées au cours de ces 14 dernières années est que notre plus grande responsabilité – et l'avantage du MDT – est que nous avons la possibilité de dire « désolé, je ne peux pas vous aider avec ce problème ». Plusieurs raisons peuvent nous amener à dire cela, dont, avant tout, la sécurité du patient, mais aussi une irréductibilité, et une classification non-mécanique.

Nous devrions apprendre autant, sinon plus, de nos patient non-répondants. J'ai toujours le cas de deux ou trois patients lorsque les gens me demandent « que faire lorsque le MDT ne marche pas ? ». Ma réponse est la suivante « Ça marche à tous les coups ». Ça marche à tous les coups, parce que le MDT est, en premier lieu, un procédé d'évaluation et non une méthode de traitement. Chaque personne qui vient nous voir a besoin de recevoir la réponse à une question : « Puis-je comprendre le comportement de vos symptômes et le changer de manière positive grâce à des mouvements ou à des positions ? » Si votre réponse comporte un non, nous ne pouvons pas les « réparer », mais cela ne veut pas dire que le MDT a échoué pour eux.

Le bénéfice que je tire de mon travail actuel dans une clinique indépendante de santé du travail est d'avoir accès à un dossier médical complet, et pas seulement à l'historique des soins. L'inconvénient de travailler uniquement dans le domaine de l'indemnisation des travailleurs est que je n'ai pas de suivi de la part des personnes que nous renvoyons à leurs médecins traitant pour des problèmes ne concernant pas les indemnisations liées au travail, à l'exception de ce cas.

Examen du patient

Première séance : TJ était soudeur dans un magasin de métal local. Il s'est présenté à la clinique avec des symptômes du membre supérieur droit provoqués/empirés lors d'activités de soudure maintenues, sans traumatisme spécifique ni incident déclencheur dans les deux derniers mois. Les symptômes débutaient dans l'épaule et se périphérisaient dans la main. Ces symptômes étaient intermittents et

apparaissaient parfois sans raison apparente. Il avait également remarqué des tremblements intermittents de la main droite lorsqu'il soudait. L'examen de l'épaule indiquait une légère perte d'amplitude en flexion et en rotation interne avec des douleurs en fin d'amplitude. La force était normale et non-provocante pour l'épaule. Les extenseurs du poignet droit présentaient une faiblesse en comparaison à son coté non-dominant gauche. L'évaluation mécanique de l'épaule n'indiquait pas de préférence directionnelle ni de réaction à la répétition de mouvement en fin d'amplitude +/- Surpression. Le dégagement cervical était positif et l'évaluation mécanique du rachis cervical indiquait une provocation et une périphérisation lors de la flexion, et une centralisation lors de la rétraction/extension. Il a été classifié en tant que D5 (unilatéral/asymétrique sous le coude, sans déformation). Il a reçu un programme d'exercice à domicile composé de correction de posture avec un coussin lombaire et des exercices de rétraction/extension toutes les heures ou deux heures.

Deuxième séance : TJ est revenu trois jours plus tard très inquiet. Ses symptômes n'avaient pas changé comme ils l'avaient fait lors de la première séance. Son épaule bougeait mieux, mais ses tremblements s'étaient empirés. Il pouvait bouger le rachis cervical dans toute son amplitude et avait également une amplitude complète et toute sa force dans l'épaule (amplitudes améliorées depuis la première séance). Cependant, lorsqu'il levait l'épaule, un tremblement distal marqué apparaissait, tremblement qui n'était pas présent lors de l'évaluation initiale. Il a demandé si un tel tremblement était normal. Nous lui avons répondu que c'était assez inhabituel et il a été immédiatement renvoyé vers le médecin référent (ce qui est le principal avantage de travailler dans une clinique pluridisciplinaire de médecine du travail). Il a rapidement été envoyé vers un neurologue et son médecin traitant pour le suivi.

Le suivi à huit mois a eu lieu lors d'une évaluation de capacité fonctionnelle pour l'aptitude à retravailler. TJ a été diagnostiqué avec une tumeur thalamique et a été traité avec des radiations et des stéroïdes. A ce stade, il était en rémission, selon son oncologue. Il présentait des déficits marqués en motricité fine, des déficits d'équilibre et de coordination, et une hémiplegie droite généralisée. Bien qu'il manifestait les capacités de maniement de matériel et de tolérance des positions nécessaires pour reprendre son travail, il a été recommandé à l'entreprise de lui faire passer des tests de qualification à la soudure afin de s'assurer qu'il pouvait reprendre son poste en toute sécurité. Cependant, il était reconnaissant envers le thérapeute et la clinique d'avoir identifié son problème et de l'avoir adressé rapidement. Son oncologue lui a dit que le résultat aurait pu être bien plus sévère s'il avait attendu davantage.

Ce qui est important dans ce cas est que les « drapeaux rouges » peuvent survenir à tout moment. Les tremblements n'ont pas été observés à la première séance. Que le « tremblement » décrit par un patient soit une façon pour lui de décrire une fatigue musculaire, une imprécision idiopathique généralisée pour les activités de motricité fine, ou un vrai tremblement d'origine centrale, il est bon de le noter comme un « drapeau jaune » potentiel. Dans la mesure où il n'y a pas d'autres « drapeau rouge » (perte de poids inexpliquée, vertiges, nausée, symptômes intraitables etc.), la poursuite de l'évaluation ne semblait pas poser de problème lors de la première séance.

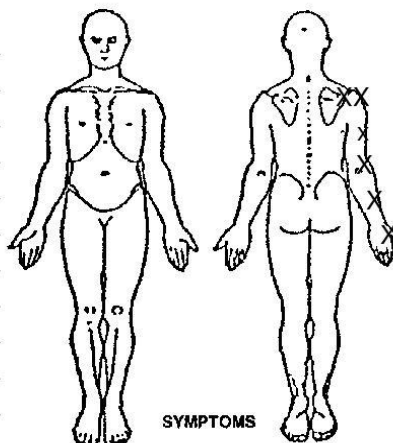
Ce patient a été vu pour la première fois il y a dix ans, juste après la parution des livres sur les membres, et la mise en place de la formation originale « Partie E ». A ce moment-là, les travaux de Scott Herbowy, Mark Miller et d'autres à Austin, au Texas, pour commencer à comprendre les schémas de classification générale de l'épaule étaient à leurs débuts. Cependant, on répétait déjà aux thérapeutes lors des formations sur les membres qu'un dépistage proximal devait être entrepris pour toute présentation de symptôme n'étant pas d'origine locale (par exemple pour un traumatisme). Cela est vrai, surtout au vu de symptômes se prolongeant distalement au-delà du coude ou du genou pour, respectivement, les membres supérieurs et inférieurs.

Selon ces recommandations, il semble qu'un schéma cervicogène était présent, notamment des réponses positives à une amplitude d'épaule « limitée » suite à la réalisation de rétractions/extensions. Etant donné la classification provisoire et l'absence de « drapeaux rouges », le pronostic était bon et les préoccupations concernant les tremblements apparaissaient bénignes. Clairement, ce n'était plus le cas lors de la deuxième séance. Je ne peux pas être certain de n'avoir pas identifié et réduit un dérangement cervical lors de la première séance. Cependant, c'est en raison de la minutie avec laquelle le bas de la « Page une » du formulaire d'examen cervical est renseigné qu'un « drapeau rouge » évident n'a pas été rejeté. En tant que cliniciens, nous avons une seule question à nous poser avant de « tourner la page » de l'examen de chacune de nos séances : Est-ce sûr de prendre en charge ce patient ? Nous devons avoir cette question constamment à l'esprit, et elle fait partie de la raison pour laquelle le MDT n'échoue jamais.



THE MCKENZIE INSTITUTE EXTREMITIES ASSESSMENT

Date _____
 Name "TJ" Sex M / ☒ F
 Address _____
 Telephone _____
 Date of Birth _____ Age 22
 Referral: GP / Orth / Self / Other _____
 Work Welder
 Leisure Outdoorsman
 Postures / Stresses Sustained stooping
 Functional Disability from present episode _____
 Functional Disability score _____
 VAS Score (0-10) _____



HISTORY

Present Symptoms Right shoulder "burning", peripheralization to hand, twitching and fine motor
 Present since 2 months ~~Improving~~ / Unchanging / ~~Worsening~~
 Commenced as a result of no apparent reason or no apparent reason
 Symptoms at onset: as above
 Constant symptoms: Intermittent symptoms: shoulder, arm, forearm, hand
 What produces or worsens sustained welding, fine motor activities,

 What stops or reduces resting with arm supported and elevated

Continued use makes the pain ~~Better~~ Worse ~~XXXXXX~~
 Pain at rest Yes / ~~No~~
 Disturbed night Yes / ~~No~~
 Other Questions No reports of paracervical/parascapular symptoms

Treatments this episode Generalized shoulder stretches- no benefit
 Previous episodes None
 Previous treatments _____
 Spinal history None

Medications tried Motrin, Indocin Effect No change
 Present medication Indocin
 General health Normal
 Imaging None

Summary: ~~XXXXXX~~ / Chronic Trauma / Insidious onset
 Sites for physical examination Cervical, R shoulder

McKenzie Institute International 2004©

EXAMINATION

Observation No acute deformity, atrophy, spasm

Baseline measurements (pain or functional activity) Right shoulder burning, R arm

Active Movements (note symptoms and range)	PDM	ERP
Flexion mild limitation		X
Internal Rotation- mild limitation		X
Passive Movement (+/- over pressure) (note symptoms and range):		
Flexion- mild limitation, no change symptoms		
Internal Rotation- mild limitation, no change symptoms		
Resisted Test Response (pain)		
Strength WNL and non-provocative through shoulder and elbow		
Mild weakness noted of right wrist extensors (C6)		

Repeated Tests (choose the most symptomatic from above)

Baseline symptoms	Symptoms response		Mechanical Response		
Active movement, passive movement, resisted test	During Movement – Produce, Abolish, Increase, Decrease, NE	After Movement – Better, Worse, NB, NW, NE	↑ROM	↓ROM	No Effect
ROM in all planes					
Active and Passive with OP	NE	NE			NE
Effect of static positioning					
Other tests: eg loaded, compression, unloaded etc.					

SPINE

Movement Loss None, weakness noted in right wrist extensors v. left

Effect of repeated movements Rep flexion- peripheralize to arm, Rep retraction/extension centralize mid-trap

Effect of static positioning Flexion- peripheralized Shoulder ROM restored with Retraction/extension

Spine testing Not relevant / relevant / secondary / none

PROVISIONAL CLASSIFICATION

	Peripheral	Spine
Dysfunction – Articular		Contractile
Derangement	D5- unilateral/assymetrical, below	Postural
Other	elbow	Uncertain

PRINCIPLE OF MANAGEMENT

Education Posture correction with lumbar roll

Exercise Repeated retraction/extension x 10 **Frequency** every 1-2 hours

Treatment Goals 1) Independent with HEP; 2) Centralize, Reduce, Maintain, 3) Return to full duty

REVUE DE PRESSE SCIENTIFIQUE

Résumé et point de vue sur les publications récentes

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

Bydon M, De la Garza-Ramos R, Macki M, Baker A, Gokaslan AK, Bydon A. (2014). Comparaison entre l'arthrodèse lombaire et la prise en charge non-chirurgicale pour le traitement des lombalgies d'origine discale. Revue systématique et méta-analyse d'essais contrôlés randomisés. (Lumbar fusion versus nonoperative management for treatment of discogenic low back pain. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials). *J Spinal Disord Tech*; 27:297-304.

Objectif

Evaluer les preuves concernant l'arthrodèse lombaire comparée à une prise en charge non-chirurgicale de lombalgies chroniques d'origine discale.

Conception

Revue systématique et méta-analyse

Participants

Des recherches ont été effectuées sur les bases de données Pubmed et CENTRAL pour trouver des essais contrôlés randomisés comparant l'arthrodèse à des prises en charge non-chirurgicales pour des patients diagnostiqués avec une lombalgie chronique d'origine discale, sans définition plus précise.

Interventions

Cinq essais contrôlés randomisés ont été inclus, dans lesquels 523 patients ont subi une arthrodèse lombaire et 134 une prise en charge conservatrice. Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient relativement similaires pour toutes les études, mais les techniques chirurgicales et le type de prise en charge conservatrice variaient. Les interventions chirurgicales étaient décrites en détails. Les prise en charge conservatrices étaient plutôt vagues, mais consistaient majoritairement en de la kinésithérapie et/ou de la thérapie cognitive. Le risque de biais était évalué sur six critères : la randomisation, l'allocation cachée, la mise en aveugle des participants, l'évaluation du personnel et des résultats, le taux d'abandon lors du suivi et les rapports sélectifs. Une étude présentait un risque possible de biais,

une autre étude présentait deux risques de biais, et les trois études restantes présentaient quatre ou cinq risques de biais.

Critère d'évaluation principal

Le critère d'évaluation principal est l'Index d'Incapacité d'Oswestry (Questionnaire d'Évaluation de la Capacité Fonctionnelle), allant de zéro à 100.

Résultats principaux

La différence moyenne obtenue avec le Questionnaire d'Évaluation de la Capacité Fonctionnelle à travers toutes les études était de 7.4 % en faveur des groupes d'arthrodèse (95 % d'intervalle de confiance, 20.3 %, -5.5 %), mais cela n'était pas significativement différent ($P=0.26$).

Conclusions

Bien que les résultats soient en faveur de l'arthrodèse, cela n'était pas statistiquement significatif, et il est difficile de savoir si cela constituait une différence cliniquement importante. Les deux traitements pourraient être recommandés pour des douleurs lombaires intractables, selon les préférences du patient.

Discussion

Contrairement à l'utilisation de la chirurgie pour des patients présentant une sciatique avec sténose spinale, pour lesquels il existe un bénéfice à court-terme comparé au traitement conservateur, et bien que cela puisse être un choix efficace pour des patients présentant une sciatique, il semble qu'un tel bénéfice n'existe pas pour les patients présentant une lombalgie discogénique. Cette idée semble venir d'études qui montrent des changements dégénératifs datant de plus d'un an, avec des douleurs lombaires plutôt que des douleurs du membre inférieur, mais sans radiculopathie. Bien que les groupes d'arthrodèse aient obtenu de meilleurs résultats dans quatre études (résultats de 2.3, 3.8, 8.8 et 25.7 sur le Questionnaire d'Évaluation de la Capacité Fonctionnelle, avec une amélioration moyenne de 7.4, résultats non significatifs statistiquement). De plus, il n'existe pas de consensus sur l'importance du seuil de différence clinique pour le Questionnaire d'Évaluation de la Capacité Fonctionnelle.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24346052>



Khan M, Evaniew N, Bedi A, Ayeni OR, Bhandari M. (2014). Chirurgie sous arthroscopie pour les déchirures méniscales dégénératives : revue systématique et méta-analyse (Arthroscopic surgery for degenerative tears of the meniscus: a systematic review and meta-analysis). *Can Med Assoc J*; DOI:10.1503/cmaj.140433.

Objectif

Evaluer l'efficacité du débridement méniscal sous arthroscopie chez des patients présentant une déchirure méniscale dégénérative.

Conception

Revue systématique et méta-analyse des données collectées.

Participants

Une recherche a été effectuée dans MEDLINE, Embase et dans la base de données Cochrane pour extraire des essais contrôlés randomisés comparant les débridements sous arthroscopie à des traitements non-chirurgicaux ou placebo chez des patients présentant une déchirure méniscale dégénérative et une douleur du genou, concernant la douleur et la fonction.

Intervention

Sept essais contrôlés randomisés incluant 805 patients ont été inclus dans la revue, avec un risque de biais évalué avec l'outil proposé par Cochrane. Seul un essai présentait un risque faible de biais. Cinq des sept groupes-contrôle étaient basés sur des exercices ; 384 patients étaient dans le groupe-contrôle et 345 dans le groupe d'arthroscopie.

Critère d'évaluation principal

Les résultats étaient mesurés en termes de soulagement de la douleur et de fonction à court-terme (défini comme moins de six mois) et à long-terme (défini comme moins de deux ans)

Résultats principaux

Les effets de traitement collectés pour la chirurgie sous arthroscopie n'ont pas montré une différence significative ou minimalement importante comparés au traitement placebo ou contrôle, que ce soit à court ou à long-terme pour la douleur ou l'amélioration fonctionnelle.

Conclusions

Des preuves modérées ont été obtenues démontrant l'absence de bénéfice du débridement méniscal sous arthroscopie pour les déchirures méniscales comparé au traitement non-chirurgical ou placebo pour les patients d'âge moyen présentant peu ou pas d'arthrose.

Discussion

Etonnamment, cette revue montre que l'intervention chirurgicale, qui devrait logiquement être adaptée à des patients présentant une lésion méniscale, n'apporte pas de bénéfice par rapport au groupe-contrôle, consistant essentiellement en des exercices.

Clairement, le conseil à donner à de tels patients est de considérer avant tout la qualité de vie, puis un premier essai de prise en charge non-chirurgicale devrait être mis en place. Les auteurs rapportent que cinq autres essais ont été menés au moment de la revue. Il serait donc intéressant de vérifier si ces essais plus récents altèrent la conclusion de cette revue.

Un certain nombre de patients ont refusé de participer ou ont changé de traitement au cours de l'étude, ce qui peut avoir influencé les résultats. Le changement de traitement est éthique en termes de choix du patient, mais pose un problème majeur dans les essais comparant la chirurgie avec un traitement conservateur en général.

<http://www.cmaj.ca/content/186/14/1057.full>



Abbott JH, Kingan EM. (2014). Précision du pronostic en kinésithérapie pour la lombalgie lors de l'examen clinique : une étude de cohorte prospective (Accuracy of physical therapists' prognosis of low back pain from the clinical examination: a prospective cohort study). *J Man Manip Ther*; 2:DOI 10.1179/2042618613Y.0000000045.

Objectif

Evaluer la validité prédictive des éléments historiques, des variables démographiques, des résultats, des éléments d'évaluation clinique et du pronostic des kinésithérapeutes sur une échelle en quatre points.

Conception

Etude de cohorte prospective

Participants

Patients présentant une lombalgie chronique ou récurrente ; 138 étaient recrutés et 89 (64 %) étaient suivis à un an.

Intervention

Les variables citées ci-dessus ont été collectées à l'entrée pour évaluer la meilleure façon de prédire le score de l'Echelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Evaluation des Lombalgies (EIFEL) à un an. Une analyse factorielle a été effectuée, puis les variables significatives ont été entrées dans un modèle multifactoriel.

Critère d'évaluation principal

Score EIFEL à un an.

Résultats principaux

A l'entrée, 12 variables étaient significatives pour l'analyse factorielle. Parmi celles-ci, quatre ont été retenues pour le modèle final : pronostic du thérapeute, test de flexion physiologique passive anormal, pénibilité du travail et âge. Ces facteurs sont tous des facteurs de pronostic indépendants, mais n'expliquent que 24 % du modèle.

Conclusions

Les impressions cliniques des kinésithérapeutes concernant le pronostic des patients après examen physique fournissent une estimation prédictive valide du résultat fonctionnel à un an pour des patients lombalgiques chroniques ou récurrents.

Discussion

La capacité des kinésithérapeutes à prédire précisément le résultat à un an a déjà été évaluée auparavant. Cependant, les facteurs utilisés par les thérapeutes afin d'émettre ce jugement ne sont pas connus. L'âge et la pénibilité du travail sont des prédicteurs indépendants, qui avaient été observés

auparavant. Le fait que la flexion physiologique passive est prédictive n'avait pas été observé auparavant. Cependant la taille d'effet est faible et n'explique que 24 % de la variance totale. La centralisation ou la préférence directionnelle en réponse à des mouvements répétés n'a pas été enregistrée. Il aurait été intéressant de comparer l'impact de ces mesures par rapport aux autres variables de l'étude.

www.researchgate.net/publication/258194589_Accuracy_of_physical_therapists_prognosis_of_low_back_pain_from_the_clinical_examination_a_prospective_cohort_study



Murtezani A, Govori V, Meka VS, Ibaimi Z, Rrecaj S, Gashi S. (2014). Comparaison entre la thérapie McKenzie et les agents électrophysiques pour le traitement de la lombalgie liée au travail : essai contrôlé randomisé (A comparison of McKenzie therapy with electrophysical agents for the treatment of work related low back pain: a Randomized controlled trial). *J Back Musculo Rehab*; In press, DOI:10.3233/BMR-140511.

Objectif

Comparer la thérapie McKenzie avec les agents électrophysiques.

Conception

Essai contrôlé randomisé.

Participants

Des patient présentant une lombalgie chronique ont été recrutés et répartis en deux groupes : le groupe McKenzie (n=134), s'ils montraient une centralisation, et le groupe d'agents électrophysiques (n=137). En l'absence de centralisation, les patients étaient exclus de l'étude (129 sur 400 évalués). Lors du suivi à trois mois, respectivement 110 (82 %) et 109 (80 %) patients ont été évalués.

Intervention

Le groupe McKenzie a effectué des répétitions de mouvements et des mobilisations durant sept sessions maximum.

Les thérapeutes étaient formés aux techniques McKenzie, mais n'étaient pas certifiés. Le groupe d'agents électrophysiques (EA) a effectué 10 séances d'ultrasons et de chaleur, en alternance.

Critère d'évaluation principal

La douleur a été évaluée à l'aide d'une échelle visuelle analogique, la fonction avec le Questionnaire d'Évaluation de la Capacité Fonctionnelle et la distance doigts-sol, à l'entrée, à quatre semaines, à deux et à trois mois.

Résultats principaux

Les deux groupes ont été significativement améliorés au fil du temps pour la douleur et la fonction ($p < 0,0001$), mais les améliorations du groupe McKenzie étaient plus importantes pour tous les résultats et à toutes les intervalles de mesure ($p < 0,05$) (figures 1 et 2)

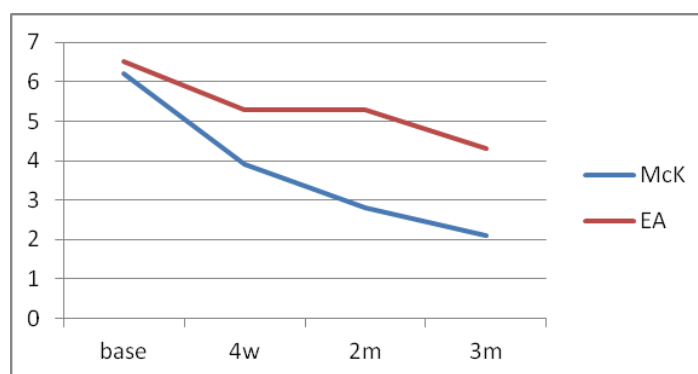


Figure 1. Echelle visuelle analogique

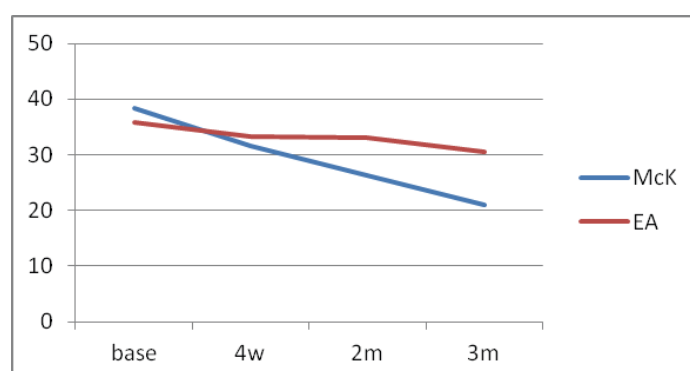


Figure 2. Scores du Questionnaire d'Évaluation de la Capacité Fonctionnelle

EA = Agents électrophysiques

Conclusions

McKenzie réduit la douleur et l'incapacité des patients lombalgiques chroniques de manière plus efficace que les agents électrophysiques.

Discussion

L'essai a démontré que la thérapie McKenzie est un traitement efficace pour des patients lombalgiques chroniques. Cette étude comporte plusieurs points forts : la randomisation, qui semble être en aveugle, des comparaisons égales à l'entrée et une adhésion au protocole de traitement. Elle comporte également plusieurs faiblesses : près de 20% d'abandon lors du suivi, l'absence de double-aveugle (mais l'évaluateur était en aveugle), l'absence de suivi à long-terme et le fait que les thérapeutes n'étaient pas certifiés McKenzie mais avaient suivi une formation de 50 heures.

<http://www.mdlinx.com/orthopedics/news-article.cfm/5516585/low-back-pain>

COIN MARKETING & BUSINESS

Suite au dernier numéro dans lequel j'ai soulevé le sujet de la télémédecine, voici deux récits reflétant les différences rencontrées dans le monde. Bien qu'il existe une tendance mondiale grandissante, chaque pays a des lois et des défis différents, qui décideront de l'utilisation de la télésanté ainsi que de son importance. Force est de constater qu'aux Etats-Unis, il existe de bonnes raisons d'être prudent.

Bonne lecture!

Yoav Suprun, PT, DPT, Dip. MDT, CSCS

Le MDT et la télésanté aux Etats-Unis : les possibilités sont infinies mais soyez prudents !

Susan Bamberger, PT, Dip. MDT

La plupart des bons cliniciens MDT racontent la manière dont ils ont pu aider leur ancien colocataire d'université ou leur plus vieil ami avec Skype ou par sms, en utilisant le MDT comme moyen d'évaluation. Vous êtes un héros : vos amis n'en reviennent pas de la façon dont vous avez trouvé la solution si rapidement, sans même les toucher !

Notre capacité à évaluer à l'aide de signes et de symptômes, associée à l'importance que nous donnons aux techniques d'auto-prise en charge, rendent le MDT idéal pour la télésanté.

La télésanté est une industrie florissante qui est utilisée avec succès dans plusieurs domaines tels que la médecine ou la santé mentale, et même l'ergothérapie ou l'orthophonie.

Cependant, à ce jour, peu de kinésithérapeutes utilisent la télésanté aux Etats-Unis.

Certains, cependant, expérimentent la kinésithérapie en télésanté et le font en coopération avec leur commission d'Etat de kinésithérapie et l'Association Américaine de Kinésithérapie.

Si nous souhaitons que le MDT soit considéré comme une méthode viable et valable d'évaluation en télémédecine, nous devons absolument suivre les recommandations de ces institutions. Si nous souhaitons que le MDT soit considéré comme une partie viable et valable de la télémédecine, nous devons concentrer nos efforts sur le développement de cette niche très importante.

Avant d'aller plus loin avec la télémédecine, j'attire votre attention sur les faits suivants :

- La plupart des Etats n'ont pas pour l'instant de régulation sur les paramètres de la télésanté et de la kinésithérapie. On pourrait considérer que si les régulations ne traitent pas de ce que peut et ne peut pas faire un kinésithérapeute, nous sommes libres d'expérimenter comme bon nous semble. C'est une tâche dangereuse et, bien que cela puisse nous apporter une source de revenus temporaire, travailler hors de nos compétences peut également entraîner la mise en place de règles très restrictives par la commission. Cela peut également engendrer un manque de confiance de la part de la commission. Le rôle principal d'une commission de certification des kinésithérapeutes est de protéger le public. Etant donné que les services de télésanté ne sont pas toujours régulés à l'heure actuelle, tout faux-pas ou mauvaise expérience pourrait entraîner des restrictions importantes pour tous.

Je pense qu'il est dans l'intérêt des prestataires de MDT de ne pas proposer de services de télésanté si votre Etat n'a pas légiféré sur la question. Vérifiez toujours auprès de votre commission de certification d'Etat pour connaître votre cadre d'intervention, s'il existe.

- Vous ne pouvez évaluer et prendre en charge des patients que dans les Etats où vous possédez une licence. Le patient que vous évaluez doit également se situer physiquement dans le même Etat. La Fédération des Commissions d'Etat de Kinésithérapie, entité nationale qui supervise les kinésithérapeutes aux Etats-Unis, est en train de réfléchir à une portabilité de licence pour cette raison. Cependant, à ce jour, cela n'est pas autorisé aux Etats-Unis. Donc si vous traitez un patient au Kansas et vivez en Californie, vous devez posséder une licence du Kansas.

- La méthode de transmission que vous utilisez doit être sécurisée ET être conforme à l'HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act). Il existe peu d'outils qui sont conformes à l'HIPAA mais ils sont coûteux. Si vous comptez pratiquer la télémédecine, considérez cela comme faisant partie de vos frais généraux, comme une charge d'exploitation nécessaire. Etant donné la facilité qu'il y a à pirater un ordinateur, vous devrez démontrer que vous faites de votre mieux pour protéger toute information confidentielle. Considérez cela comme le verre dépoli que vous installez sur vos fenêtres pour maintenir la confidentialité des soins.

Les services de télésanté doivent être répertoriés, comme tout autre contact avec un patient. Documentez la prise en charge comme vous le feriez pour un patient vu en direct, et suivez les mêmes

standards requis par la loi professionnelle de votre Etat. Malgré les défis qui s'annoncent pour les kinésithérapeutes offrant des services de télésanté, il semble qu'il y ait un enthousiasme en faveur du développement de la télésanté. Même les régulateurs et les législateurs d'état semblent partager ce sentiment. Dès que la population se rendra compte de notre capacité, en tant que kinésithérapeutes, à fournir ce service, je suis sûre que nous aurons plus d'activité que nous ne pourrons gérer. Pour faire partie de cette évolution, envisagez de vous impliquer dans les activités suivantes :

1. Faites connaissance avec votre Commission d'Etat de Certification en Kinésithérapie

Demandez-leur où ils en sont de la mise en place de régulations pour la télésanté. S'ils forment un groupe de travail, demandez si vous pouvez en faire partie. Si cela est impossible, demandez-leur de témoigner ; en tant que certifié, vous devriez au moins pouvoir témoigner. Profitez de toute opportunité disponible pour informer les législateurs et les régulateurs de votre Etat.

2. Envisagez de rejoindre l'Association Américaine de Télémédecine

C'est le groupe qui travaille à ouvrir la voie pour la création de services de télésanté. Ils possèdent beaucoup d'informations à votre disposition concernant les tendances actuelles en télésanté auxquelles vous, en tant que membres, pourriez avoir accès. Ils possèdent même un groupe d'intérêt spécial en télééducation.

3. Profitez d'appartenir à l'APTA (American Physical Therapy Association) pour récolter des informations sur les tendances actuelles en kinésithérapie et télésanté.

Envisagez de vous impliquer en tant que délégué de l'APTA, car ils dirigent leurs efforts législatifs selon les décisions de la Chambre des Délégués.

S'engager seul dans la télésanté serait une erreur. Ce ne serait pas uniquement une erreur pour vous, mais également pour le MDT. En tant que praticien MDT, nous devons être prudents et ne pas risquer, en ouvrant la voie, de nous désolidariser des autres thérapeutes ou du public. Quiconque détient un certificat ou un diplôme MDT représente McKenzie dans son ensemble. Faites partie de la solution, car en coopérant, en travaillant dur et avec dévouement, nous pouvons réussir en tant que leader de la télésanté en kinésithérapie.

Télésanté utilisant une approche McKenzie dans la formation d'étudiants en kinésithérapie

Carol Ann Flavell, MSc, GDip Phty

En 2011, le Ministère Australien de la Santé et du Vieillissement a entamé une initiative nationale de télésanté pour financer des services de santé via les technologies de la communication. Ce mode de mise à disposition de services de santé a été lancé pour permettre un accès aux patients situés dans des zones reculées, rurales et régionales d'Australie où les services étaient limités ou absents. La télésanté est donc devenue un aspect contemporain en développement de la pratique clinique dans un large spectre de professions de santé.

Par conséquent il a été décidé que les consultations de kinésithérapie via les technologies de la communication devaient faire partie de la quatrième année d'études de kinésithérapie à l'Université James Cook (JCU), au campus de Townsville.

L'intérêt de l'université pour la médecine tropicale, reculée et rurale a renforcé notre décision d'inclure un module d'enseignement sur ce sujet.

Le développement d'un module pour les consultations vidéo en télésanté a mis en avant certains des défis potentiels pour la formation des étudiants et la profession de kinésithérapeute. Par exemple, l'application des mains dans les techniques manuelles lors de consultations en face à face est enracinée dans notre pratique quotidienne de kinésithérapeutes. Beaucoup de kinésithérapeutes trouvent inconcevable de ne pas pouvoir poser les mains sur un patient. Inversement, les thérapeutes formés à la méthode McKenzie utilisent déjà le paradigme de l'auto-prise en charge, où les techniques manuelles "directes" ne sont appliquées qu'après que les forces générées par le patient lui-même aient échouées à fournir une réponse mécanique appropriée. Le Diagnostic et Thérapie Mécanique (MDT) est donc une approche idéale pour la télésanté. C'est cette méthode d'évaluation et de traitement qui a été utilisée durant la première session d'enseignement en télésanté aux étudiants de quatrième année de kinésithérapie de JCU en octobre 2014.

Les services de santé basés sur les technologies de la communication peuvent prendre plusieurs formes, mais nos étudiants ont été formés aux conférences vidéo en ligne. Le format utilisé était celui d'une simulation de consultation vidéo d'une patiente menée par un enseignant formé au MDT. Des

groupes de 12 étudiants étaient présents dans la salle de vidéo-conférence avec l'examineur et observaient la patiente via la liaison vidéo (Figure 1).

La salle de consultation à distance possédait une table de massage standard, une chaise et une caméra vidéo mobile qui pouvait être positionnée par la patiente ou un assistant, permettant ainsi à l'examineur d'observer et de diriger efficacement l'examen clinique (Figure 2).



Figure 1 : Salle d'enseignement avec écran vidéo relié à la salle de consultation



Figure 2 : Salle de consultation avec écran vidéo, table de massage et chaise

A l'heure actuelle, les deux types de consultation vidéo les plus courants sont les consultations « assistées » ou « non-assistées ». Les sessions d'enseignement faites à JCU faisaient appel à une consultation de télésanté « assistée », où le patient consent à avoir une seconde personne présente durant la consultation. Dans la simulation, la patiente était censée être dans un établissement de santé de proximité équipé de matériel de vidéo-conférence et d'assistants médicaux. La patiente était censée habiter à 150 km du kinésithérapeute le plus proche mais avait accès aux équipements de santé de l'établissement, situé à quelques kilomètres seulement de l'élevage de moutons où elle vivait. Cet exemple d'accessibilité limitée à un service de santé est typique des régions rurales et retirées d'Australie.

Un assistant médical était présent durant la consultation et aidait au positionnement de la caméra et des autres équipements du site à distance. La personne assistant aux consultations peut varier ; ce rôle peut être attribué à un membre de la famille, un autre professionnel de santé ou un travailleur sanitaire. D'un point de vue kinésithérapique, il existe, pour un assistant basé dans un établissement de santé à distance, une offre potentielle de formation aux compétences de mesures de base telles que la

goniométrie, la mesure centimétrique et autres tâches auxiliaires. Sous la supervision vidéo du kinésithérapeute, cela faciliterait les procédures de réévaluation. Malheureusement, les consultations de télésanté « non-assistées » ne fourniraient pas ces possibilités. Cependant, le kinésithérapeute peut recueillir des mesures objectives en utilisant les outils de mesure à l'écran, à condition que le positionnement du patient soit standardisé d'un examen à l'autre.

Le scénario utilisé dans la simulation était une patiente présentant une lombalgie. Elle était évaluée à l'aide du procédé d'évaluation standard McKenzie (McKenzie et May 2003), dont la conclusion était une classification principale de syndrome de dérangement asymétrique réductible n'allant pas en dessous du genou. Le grand écran vidéo permettait de très bonnes observations des mouvements et d'excellentes mesures des réponses mécaniques. La patiente a été traitée par un principe d'extension en utilisant des forces auto-générées. Elle a également reçu des conseils, puis une consultation vidéo de suivi a été planifiée.

Pour les kinésithérapeutes à travers le monde, la télésanté constitue une opportunité grandissante d'évaluer et de traiter des patients qui, sans cela, n'auraient pas ou peu d'accès à nos compétences professionnelles. Nos étudiants ont pu observer les bénéfices de la méthode MDT dans le cadre de la télésanté. Cela a mis en avant la valeur de l'approche MDT dans les situations où le thérapeute ne peut pas toucher le patient. Cela a par ailleurs consolidé l'efficacité de l'auto-prise en charge et de la philosophie d'éducation sur laquelle insiste le MDT. Les retours des étudiants sur la session d'enseignement ont été excellents.

Beaucoup de kinésithérapeutes diplômés travailleront dans un cadre rural et retiré. Une introduction aux services de télésanté à l'aide d'une simulation utilisant la méthode McKenzie a apporté aux étudiants de JCU des compétences et des connaissances qu'ils pourront améliorer au cours de leur carrière. Notre expérience à l'Université James Cook plaide en faveur de futures possibilités d'utilisation de l'approche MDT en télésanté, pas seulement en Australie mais partout dans le monde.