

# ***Association Française McKenzie***



# **OBJECTIFS**

- **Favoriser les échanges entre praticiens.**
  - **Promouvoir la méthode McKenzie** tant auprès du grand public, que des professionnels de santé.
  - **Favoriser la recherche**
  - **Entamer des discussions avec les organismes nationaux**
  - **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, de 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

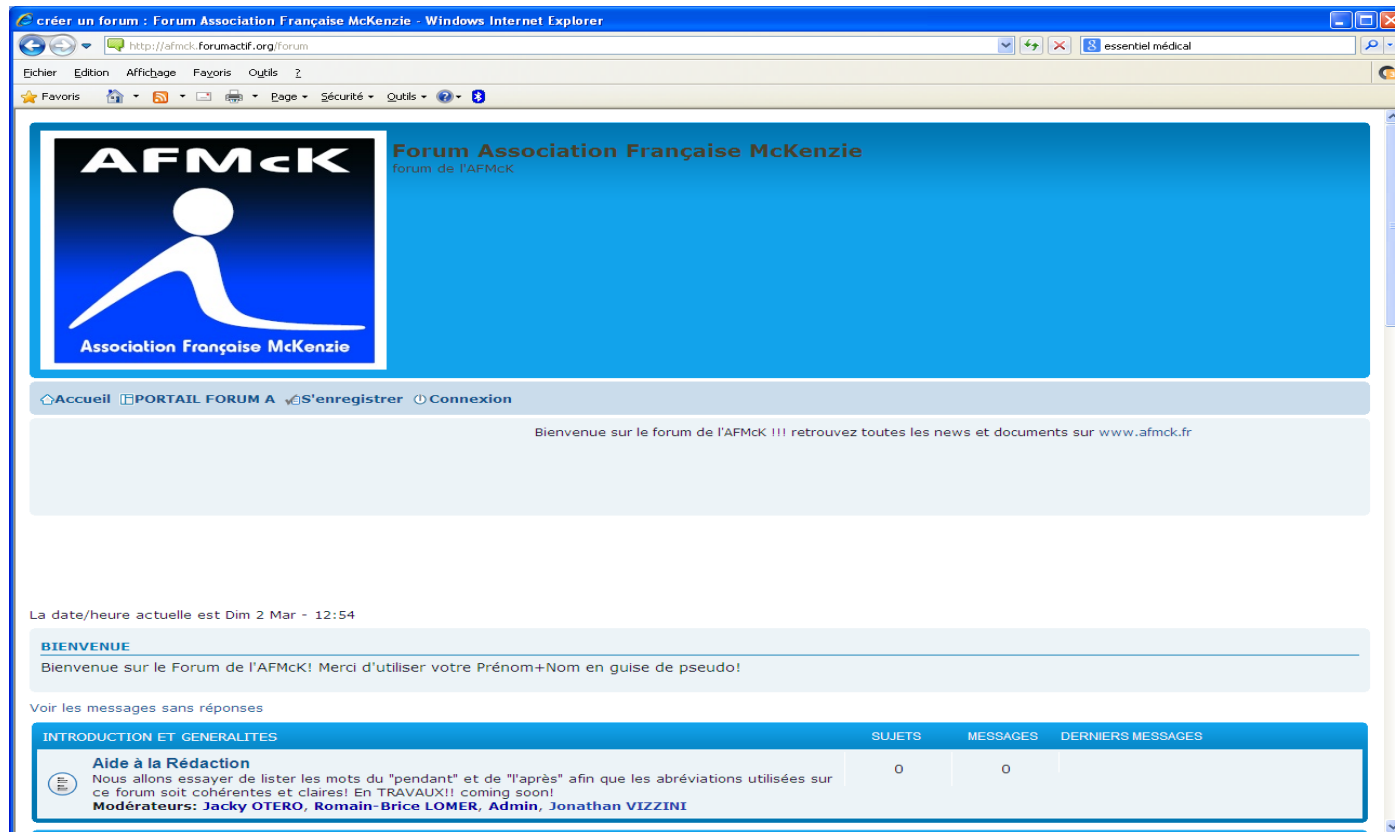
- **Un site internet :**  
[www.afmck.fr](http://www.afmck.fr)



# LES OUTILS QUE L'AFMcK PROPOSE

## ■ Un FORUM :

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



# LES OUTILS QUE L'AFMcK PROPOSE

## ■ Des documents pour informer les médecins



### Présentation de la Méthode McKenzie ou MDT

[www.afmck.fr](http://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.

Bien que très connue et utilisée dans les pays anglo-saxons et ceux d'Europe du Nord, l'essor en France a été, sans doute du fait de la barrière de la langue, plus tardif et plus long à se mettre en place. Il a fallu attendre l'an 2000 pour voir un premier article dans la presse médicale (Revue de Médecine Orthopédique N° 60 Mars 2000).

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.mckenziemdt.org](http://www.mckenziemdt.org) et [www.mckenzie.fr](http://www.mckenzie.fr)).

L'approche MDT réside dans une évaluation standardisée qui permet de classer les patients dans des sous-groupes homogènes, des syndromes (dérangement, dysfonction, postural). Le but est de classer les patients en fonction de la réponse symptomatique à des tests spécifiques, et non en fonction d'une atteinte anatomique.

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

Pour les atteintes musculo-squelettiques des membres, les premiers résultats sont tout aussi encourageants, mais demandant à être soumis à des études cliniques.

De cette classification découlent des protocoles de traitement adaptés à chaque sous-groupe 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 (détection des Drapeaux Rouges).

La prise en charge du patient, suite à ce bilan, vise à le rendre autonome, en limitant les interventions manuelles au strict minimum (elles peuvent être nécessaires dans un second temps). Le but pour le thérapeute est de trouver ce que le patient peut faire au quotidien pour améliorer ses symptômes et prévenir d'éventuelles récurrences. 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. Il peut apparaître le besoin de pratiquer des gestes plus techniques, si nécessaire.

De par la rigueur de son enseignement, la formation MDT permet d'obtenir une excellente reproductibilité inter et intra examinateur de l'évaluation-bilan initiale et du déroulement du traitement. Le cursus de formation est clôturé par un examen identique au niveau international, garant de son efficacité.

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 si elle est applicable ou 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.

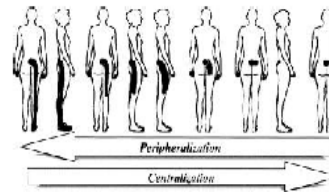


Fig 1 : Phénomène de centralisation d'après Wetzell et al. (2003).

### 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 osseuses 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 myélopathies, 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, la spondylolisthésis 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'arthrose (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'amplitudes, 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-tendineux), 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 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 »**

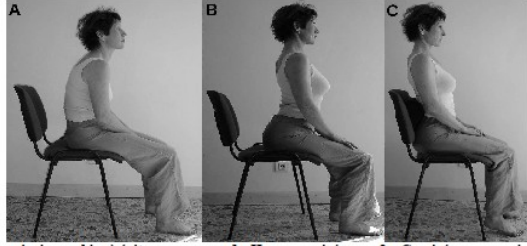
**Position de Départ à plat ventre :**

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

**Monter sur les bras :**

- Tendre les coudes et lever la tête.
- En gardant le bassin au sol, le plus possible.
- Chercher à aller plus loin progressivement en fonction de la douleur.
- Faire des séries de 10 à 15 extensions.
- En progression des forces : coudes tendus, faire un « soupir » en laissant descendre le bassin vers le sol (sur les derniers mouvements).

☐ **Exercice 2 : Correction de la position assise**




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

**Posologie :** \_\_\_\_\_ 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](http://www.afmck.fr)

**Exercices type McKenzie pour la CERVICALGIE**  
**Principe d'EXTENSION RACHIS BAS étape 2**  
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.

**Exercices :**  
**Etape 1 : « Rétraction cervicale »**



1      2


**Position de Départ (1):**

- 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 (2):**

- En rentrant le menton reculez la tête
- Gardez le regard horizontal
- Peut être nécessaire de le répéter x 10

**Etape 2 : « Rétraction-extension »**



1      2

☐ **Simple :**

- A partir de la rétraction,
- Basculer la tête en arrière,
- Augmenter l'amplitude avec la répétition,
- Entre 6 et 10 répétitions.

☐ **Suppression :**

- A partir de la position d'extension,
- Faire de petites rotations alternées de faible amplitude, en cherchant à augmenter l'amplitude
- Objectif = augmenter l'amplitude d'extension.

**Posologie :** \_\_\_\_\_ 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.

Association Française McKenzie    [www.afmck.fr](http://www.afmck.fr)



# LES OUTILS QUE L'AFMcK PROPOSE

## ■ Logiciel de bilans informatique

**Bilan MDT — Application de bilans McKenzie**

Fichier Patient Prescripteur Bilan Aide

Quitter Nouveau patient Nouveau prescripteur Bilan lombaire Bilan cervical

Rechercher un patient

Nom ou partie du nom

☐ Patients archivés

Statistiques

10	Patients
6	Hommes
4	Femmes
0	Ont acceptés l'utilisation des données (0%)
8	Prescripteurs
10	Bilans
9	Lombaires
1	Cervicale

**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	06
5	J.	Yassine	24/05/19	06
6	M.	Hachemi	01/01/20	06
7	N	ISABELLE	03/03/15	04
8	R	Lise	09/05/11	06
9	R	Olivier	18/05/19	06

Patient sélectionné

**ESSAI Paul** Editor

Né le 02/02/1976 Age: 37

Sexe masculin

Archiver

Cloner Modifier Suppr

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: 03/12/2013

Bilan n°4

Nom: Paul ESSAI Sexe: M

Adresse:

Téléphone:

Né le: 02/02/1976 Age: 37 ans

Prescripteur: [Sélectionner] [Ajouter un prescripteur]

Travail: [Saisir]

Contraintes mécaniques: [Saisir]

Loisirs: [Saisir]

Contraintes mécaniques: [Saisir]

Limitations fonctionnelles pour cet épisode: [Saisir]

Niveau d'invalidité: [Saisir]

EVA (0-10) Jour: Min 5

Nuit: Min [Saisir]

SYMPTOMES

Reinitialiser

Couleur: Noir — Hyposthésies

Épaisseur: [Saisir] 3px

Symptômes actuels: ☒ Lombaire ☐ Cuisse ☐ Jambe ☐ Fesse ☐ Pied ☐ Aucun

Présents depuis: [Saisir]

Facteur déclenchant: [Saisir] ☒ Sans raison apparente

Symptômes intoux: ☒ Lombaire ☐ Cuisse ☐ Jambe ☐ Fesse ☐ Pied ☐ Aucun

Symptômes constants: ☒ Lombaire ☐ Cuisse ☐ Jambe ☐ Fesse ☐ Pied ☐ Aucun

Symptômes intermittents: ☐ Lombaire ☐ Cuisse ☐ Jambe ☐ Fesse ☐ Pied ☐ Aucun

Empiré

Se pencher [Saisir] Assis / Se lever [Saisir] Debout [Saisir] Marcher [Saisir] Allongé [Saisir]

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

Interrogatoire

**Ajouter un bilan lombaire**

Le patient | Interrogatoire | Examen | Fiches de suivi

Posture: Assis: Mauvaise [Saisir] Debout: Passable [Saisir] Lordose: Réduite [Saisir] Shift latéral: Aucun [Saisir]

Correction posturale: Meux [Saisir] Pertinent [Saisir]

Autres observations: [Saisir]

Examen neurologique

Déficit Moteur: [Saisir] Réflexes: [Saisir]

Déficit Sensitif: [Saisir] Neuro-Méningé: [Saisir]

Parte de mouvement:

	Maj	Mod	Min	Nulle	Douleur
Flexion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Saisir]
Extension	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Saisir]
Gleissement lat D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Saisir]
Gleissement lat G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	[Saisir]

Mouvements tests

Décrive l'effet sur la douleur — pendant: produit, abol, augmenté, pas augmenté, pas diminué, pas diminué.

Après: mieux, empiré, ss effet, pas effet, pas mieux, centralisé, périphérisé

ORDRE DU TEST	SYMPTÔMES PENDING LE TEST	SYMPTÔMES APRÈS LE TEST				RÉPONSE MÉCANIQUE		
		Empiré	Ampl	Dim	ss effet	Ampl	Dim	ss effet
1	Pl. debout	Augmenté	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]
	Rép Pl. debout	Augmenté	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]
2	Extension debout	Augmenté	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]
	Rép Extension debout	Centralisé	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]
		[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]
	Symptômes avant tests allongé: 2 b	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]
	FED	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]
	Répétition FED	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]	[Saisir]

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

Examen

**Ajouter un bilan lombaire**

Le patient | Interrogatoire | Examen | Fiches de suivi

[Ajouter une fiche de suivi]

Date: 18/01/2014 Séance n°: 1

Réalisation exercices: [Saisir] Qualité: [Saisir] [Afficher le schéma]

Évolution des symptômes: [Saisir]

Évolution des signes: [Saisir]

Résultats: [Saisir]

Travail pendant séances: [Saisir]

Exercices maison: [Saisir]

Classification et remarques: [Saisir]

SYMPTOMES

Reinitialiser

Couleur: Noir — Hyposthésies

Épaisseur: [Saisir] 3px

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

Suivi

# LES OUTILS QUE L'AFMcK PROPOSE

## ■ Des Fiches de Synthèse du BDK spécifiques au MDT

**FICHE DE SYNTHÈSE DU BILAN DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE**  
Initiale ☐ Intermédiaire ☐ Finale ☐

**PATIENT :** Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐ N° sécurité sociale : \_\_\_\_\_

**PRESCRIPTION ET TRAITEMENT :** Date de la prescription : \_\_\_\_\_ Quantitative : NON ☐ OUI ☐  
Prescripteur : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_  
Indication médicale : \_\_\_\_\_  
Nombre : \_\_\_\_\_ Kinésithérapie antérieure pour cette pathologie : NON ☐ OUI ☐

**BILAN :** ☐ Initial ☐ Intermédiaire ☐ Final ☐ date : \_\_\_\_\_  
**Symptômes depuis :** ☐ Stationnaire ☐ S'améliore ☐ S'aggrave  
- Fonctionnel : Arrêt : ☐ Travail ☐ Sport  
- Douleurs = Intensité Jour : \_\_\_\_\_ /10 Intensité Nuit : \_\_\_\_\_ /10  
Fréquence : ☐ Constante (Noir) ☐ Intermittente (Gris) : \_\_\_\_\_  
- Paresthésie (Cercle) = Type : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_  
- Empiré par : \_\_\_\_\_  
- Amélioré par : \_\_\_\_\_  
**Signes :** Posture assis : \_\_\_\_\_ Posture debout : \_\_\_\_\_  
- Neurologique : \_\_\_\_\_  
- Articulaires : \_\_\_\_\_  
- Mouvements répétés : \_\_\_\_\_  
**Conclusion :** Normal = 5 ; Déficit léger = 4 ; Déficit modéré = 3 ; Déficit important = 2 ; Déficit majeur = 1 ; Déficit total = 0

**DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE INITIAL :**  
☐ Syndrome de Déranagement ☐ Lombaire ☐ Dorsal ☐ Cervical ☐ Autres : \_\_\_\_\_  
Déformation aiguë : NON ☐ OUI ☐ = \_\_\_\_\_ Préférence Directionnelle : \_\_\_\_\_  
☐ Syndrome de Dysfonction : ☐ Extension ☐ Flexion ☐ Inclinaison : \_\_\_\_\_ Rotation : \_\_\_\_\_  
☐ Autres : \_\_\_\_\_

**OBJECTIFS :**  
\* A court terme : \_\_\_\_\_  
\* A moyen terme : \_\_\_\_\_  
\* A long terme : \_\_\_\_\_

**ACTES ET TECHNIQUES**  
\* \_\_\_\_\_  
\* \_\_\_\_\_  
\* \_\_\_\_\_

**BILAN :** ☐ Final ☐ Intermédiaire ☐ date : \_\_\_\_\_  
**Symptômes :** ☐ Sans changement ☐ Améliorés ☐ Aggravés  
- Fonctionnel : Reprise : ☐ Travail ☐ Sport  
- Douleurs = Intensité Jour : \_\_\_\_\_ /10 Intensité Nuit : \_\_\_\_\_ /10  
Fréquence : ☐ Constante (Noir) ☐ Intermittente (Gris) : \_\_\_\_\_  
- Paresthésie (Cercle) = Type : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_  
- Empiré par : \_\_\_\_\_  
- Amélioré par : \_\_\_\_\_  
**Signes :** Posture assis : \_\_\_\_\_ Posture debout : \_\_\_\_\_  
- Neurologique : \_\_\_\_\_  
- Articulaires : \_\_\_\_\_  
- Autres : \_\_\_\_\_  
**Conclusion :** Normal = 5 ; Déficit léger = 4 ; Déficit modéré = 3 ; Déficit important = 2 ; Déficit majeur = 1 ; Déficit total = 0

**OBJECTIFS :** ☐ ATTEINTS ☐ PARTIELLEMENTS ATTEINTS ☐ NON ATTEINTS  
Déranagement : ☐ Réduit et Stabilisé ☐ Réductible, non stabilisé ☐ Partiellement réduit ☐ Irréductible

**PROPOSITIONS :** ☐ Fin du traitement ☐ Arrêt du traitement : \_\_\_\_\_  
☐ Début ☐ Renouvellement de l'indication pour : \_\_\_\_\_ séances ; Fréquence : \_\_\_\_\_ / semaine ; Urgence : NON ☐ OUI ☐

**CONSEILS / COMMENTAIRES :**  
\* \_\_\_\_\_  
\* \_\_\_\_\_

**MASSEUR-KINESITHERAPEUTE :** N° : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Classique

**FICHE DE SYNTHÈSE DU BILAN DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE**  
Intermédiaire ☐ Finale ☐

Pathologie soumise à référentiel : NON ☐ OUI ☐

**PATIENT :** Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐ 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 KINESITHERAPIQUE INITIAL :** ☐ Syndrome de Déranagement ☐ Syndrome de Dysfonction ☐ Autres

**BILAN :** ☐ Intermédiaire ☐ Final ☐ date : \_\_\_\_\_  
**Symptômes :** ☐ Sans changement ☐ Améliorés ☐ Aggravés  
- Incapacités : Reprise ☐ Travail = \_\_\_\_\_ Sport = \_\_\_\_\_  
- Douleurs = Intensité Jour : \_\_\_\_\_ /10 Intensité Nuit : \_\_\_\_\_ /10  
Fréquence : ☐ Constante (Noir) ☐ Intermittente (Gris) = \_\_\_\_\_  
- Paresthésies (Cercle) : Type = \_\_\_\_\_ Fréquence = \_\_\_\_\_  
- Empiré par : \_\_\_\_\_  
- Amélioré par : \_\_\_\_\_  
**Signes :** Posture assis : \_\_\_\_\_ Correction : \_\_\_\_\_  
- Posture debout : \_\_\_\_\_ Déformation : NON ☐ OUI ☐ = \_\_\_\_\_ Correction : \_\_\_\_\_  
- Neurologique : \_\_\_\_\_  
- Articulaires : \_\_\_\_\_  
- Mouvements répétés : \_\_\_\_\_  
- Autres : \_\_\_\_\_  
**Conclusion :** Normal = 5 ; Déficit léger = 4 ; Déficit modéré = 3 ; Déficit important = 2 ; Déficit majeur = 1 ; Déficit total = 0

**OBJECTIFS :** ☐ ATTEINTS ☐ PARTIELLEMENTS ATTEINTS ☐ NON ATTEINTS  
Déranagement : ☐ Réduit et Stabilisé ☐ Réductible, non stabilisé ☐ Partiellement réduit ☐ Irréductible

**RAISONS DE NON ATTEINTE DES OBJECTIFS EN DECA 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-KINESITHERAPEUTE :** N° : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

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 statics, 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.

**Key words:** 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 (LBP) with a lack of evidence supporting any specific type of exercise, e.g., back or abdominal strengthening, McKenzie, Williams, flexion, extension, or stretching.<sup>1-3</sup> LBP clinical guidelines advocate advice to stay active and an early return to normal activity as the means to faster recovery with less disability.<sup>4-8</sup> These guidelines challenge the popular clinical practice of prescribing patient-specific exercises<sup>9,10</sup> determined by an individual's assessment findings and implies that nonspecific exercise can be prescribed without consideration of individual clinical signs, e.g., every LBP patient is given the same exercises.

There is growing opinion that the equivocal or conflicting results among exercise trials can be attributed to the faulty assumption that the "nonspecific" LBP populations studied were homogeneous.<sup>6,11-14</sup> Alternatively, treatment efficacy has been demonstrated in trials that studied defined LBP subgroups, although methodologic weaknesses require cautious interpretation of results.<sup>15-20</sup> Meanwhile, identification of LBP subgroups was listed as the top research priority by the International Forum Primary Care Research in Low Back Pain.<sup>21</sup> The Cochrane Back Review Group has recently referred to the identification of subgroups and predictors of chronicity as "the Holy Grail" of LBP.<sup>22</sup>

One subgroup classification method (McKenzie Method),<sup>23</sup> often referred to as Mechanical Diagnosis and Therapy (MDT), has demonstrated strong inter-rater reliability (kappa values ranging from 0.79 to 1.0)<sup>17,24-30</sup> and other clinically useful properties: predicting outcome and discogenic pathology, and providing preliminary evidence of patient-specific treatments based on assessment findings.<sup>15,24,29,31-33</sup>

An important feature of the MDT assessment is the identification of a patient's "directional preference" (DP).<sup>23</sup> DP identifies when posture or repeated movements in a single direction (flexion, extension, or side-glides/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.<sup>23</sup> The inter-rater reliability for identifying DP in the hands of qualified practitioners (McKenzie Institute credentialled) is reported as excellent (agreement 90%, kappa 0.9).<sup>26</sup>

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.

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

Flavio Bonnet\*  
Sandrine Monnot\*  
Jacky Ctera\*

### 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 présage un bel avenir pour ce jeune confrère.

ScienceDirect

#### 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 dite « préférentielle ».

**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'ont pas été significativement améliorées.

**Conclusion:** L'utilisation d'une « préférence directionnelle » permet de modifier de façon disto-proximale la localisation de la douleur (centralisation) ce qui est important pour un traitement de référence. Trois séances de traitement ont amélioré pas les autres variables étudiées.

**Niveau de preuve :** 2b

#### MOTS-CLÉS

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

© 2004 Lippincott Williams & Wilkins. 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

#### Summary

**Introduction:** Guidelines recommend therapeutic exercises as a treatment for non-specific low back pain in a generic way, without specifications. The McKenzie method uses a classification system to determine a specific exercise program performed in a particular direction of motion called "directional preference".

**Protocol:** Randomized controlled trial.

**Method:** A total of 54 patients randomly assigned in two groups were treated either according to McKenzie's principles of treatment, or according to the guidelines recommendations. Initial and final assessments were done on the same week, which included 3 sessions of care. Outcomes were Oswestry scale, pain location and pain intensity.

**Results:** 62.5% of the test group's patients modified in a distal to proximal manner the pain location (centralization) versus 16.7% of the control group ( $p=0.008$ ). Others outcomes were not significantly improved.

**Conclusion:** The use of a directional preference allows a significant modification of the pain location in a distal to proximal manner, which is important for a reference treatment. Three sessions of care improved the pain location. McKenzie do not significantly improve the other variables studied.

#### KEYWORDS

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

© 2004 Lippincott Williams & Wilkins. All rights reserved.

Kinesither Rev 2011;11(2):51-59

Contribution originale

Kinésithérapie  
la revue



# 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 clés, 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 Élévation 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<sup>ème</sup> mais la 8<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> visite, à 6 semaines du début des séances, la patiente avait des amplitudes libres et indolores.



Cet article met 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 ASTUCES en MDT N° 1

Pour cette première de cette nouvelle rubrique, j'aimerais vous présenter une alternative aux mouvements 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 sanglé ...), ni aucune augmentation de force (soupir, suppression 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 donnée 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), centralise (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



Position d'arrivée



Bon test !

Jacky OTERO

# LES OUTILS QUE L'AFMcK PROPOSE

## ■ Des documents pour informer les médecins



### Présentation de la Méthode McKenzie ou MDT

[www.afmck.fr](http://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.

Bien que très connue et utilisée dans les pays anglo-saxons et ceux d'Europe du Nord, l'essor en France a été, sans doute du fait de la barrière de la langue, plus tardif et plus long à se mettre en place. Il a fallu attendre l'an 2000 pour voir un premier article dans la presse médicale (Revue de Médecine Orthopédique N° 60 Mars 2000).

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.mckenziemdt.org](http://www.mckenziemdt.org) et [www.mckenzie.fr](http://www.mckenzie.fr)).

L'approche MDT réside dans une évaluation standardisée qui permet de classer les patients dans des sous-groupes homogènes, des syndromes (dérangement, dysfonction, postural). Le but est de classer les patients en fonction de la réponse symptomatique à des tests spécifiques, et non en fonction d'une atteinte anatomique.

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

Pour les atteintes musculo-squelettiques des membres, les premiers résultats sont tout aussi encourageants, mais demandent à être soumis à des études cliniques.

De cette classification découlent des protocoles de traitement adaptés à chaque sous-groupe 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 (détection des Drapeaux Rouges).

La prise en charge du patient, suite à ce bilan, vise à le rendre autonome, en limitant les interventions manuelles au strict minimum (elles peuvent être nécessaires dans un second temps). Le but pour le thérapeute est de trouver ce que le patient peut faire au quotidien pour améliorer ses symptômes et prévenir d'éventuelles récurrences. 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. Il peut apparaître le besoin de pratiquer des gestes plus techniques, si nécessaire.

De par la rigueur de son enseignement, la formation MDT permet d'obtenir une excellente reproductibilité inter et intra examinateur de l'évaluation-bilan initiale et du déroulement du traitement. Le cursus de formation est clôturé par un examen identique au niveau international, garant de son efficacité.

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 si elle est applicable ou 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.

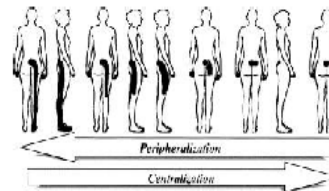


Fig 1 : Phénomène de centralisation d'après Wetzel et al. (2003).

### 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 osseuses 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-radicaux, surtout si le tableau est évolutif. Il va de soi que les syndromes de la queue de cheval, ainsi que les myélopathies, 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 spondylolisthésis 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 améliore.

Une hernie discale ou la présence d'arthrose (spondylose, ostéophytes, 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'amplitudes, 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-tendineux), 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**



Contribution de la  
méthode McKenzie  
à l'évaluation et au traitement  
des patients lombalgiques

M.  
Certifié MDT – Méthode McKenzie  
Association Française McKenzie



# 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 procédure ci-dessous.

Pour Windows :

[https://www.dropbox.com/s/a1mau2ndy3pcrq4/setup\\_bilanMDT\\_V1.1.1.exe](https://www.dropbox.com/s/a1mau2ndy3pcrq4/setup_bilanMDT_V1.1.1.exe)

Pour Mac OS:

[https://www.dropbox.com/s/nvejir7f5rhczrx/bilanMDT\\_MacOS\\_V1.1.1.zip](https://www.dropbox.com/s/nvejir7f5rhczrx/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 clef qui déverrouillera l'utilisation complète (valable jusqu'au 31 mars 2014) à l'adresse : [contact@afmck.fr](mailto: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=8BXDe5fcp7I>

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,
- ★ 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 (suppressions, 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'adjuvant ponctuel.
- Donner le plus d'autonomie possible au patient, ainsi que les informations et les moyens indispensables pour :
  - Pérenniser 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](http://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

**Prévalence du syndrome de  
dérangement cervical dans  
les douleurs d'épaule**

Étude de cohorte prospective en multi-centrique

**3èmes Journées de l'AFMcK  
Lyon 2014**

Guillaume DEVILLE (MKDE, Cert.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

---

---

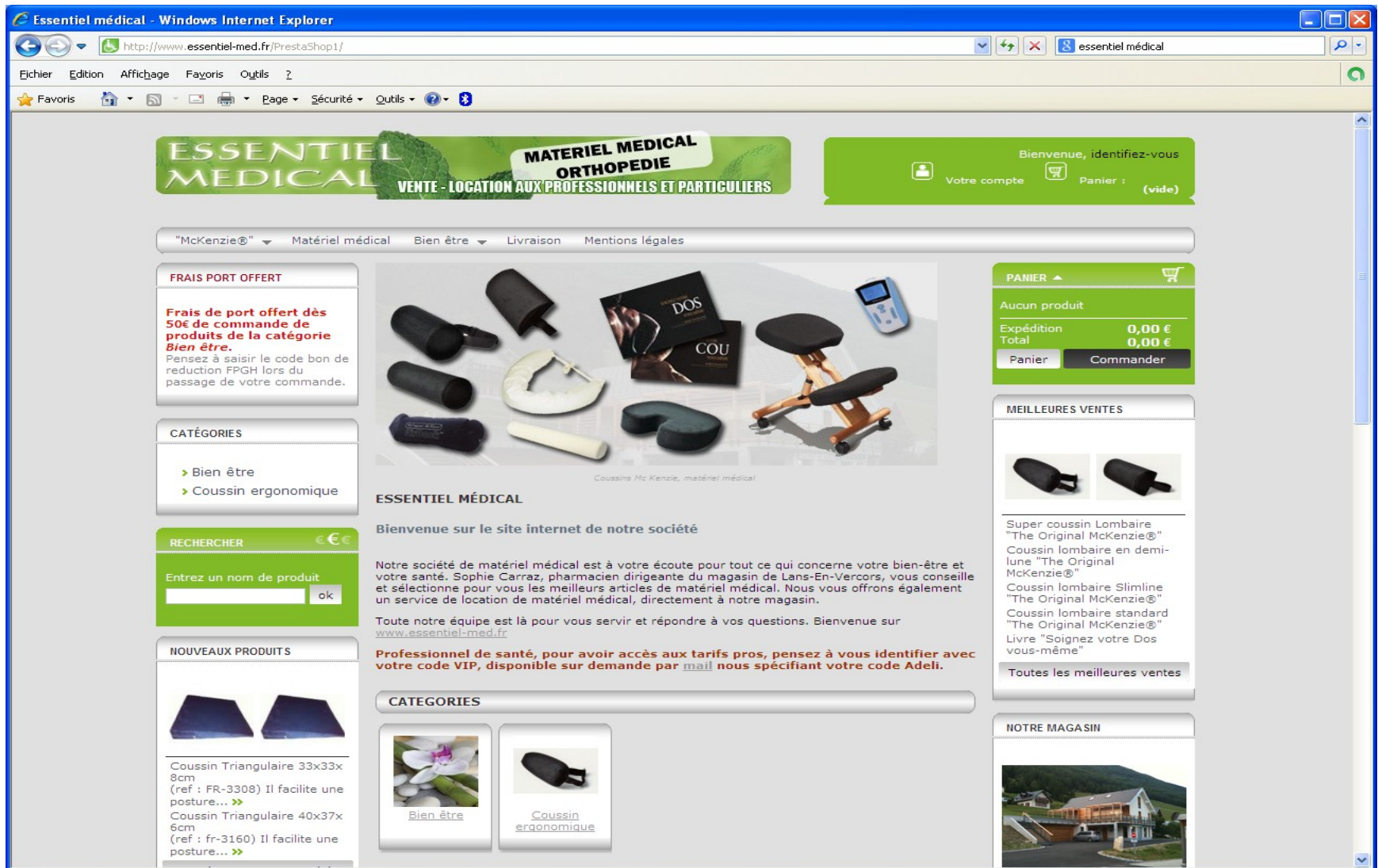
## ***CE QUE L'AFMcK FAIT POUR VOUS***

- **Signer des partenariats pour obtenir des avantages**





100%
   
 80%



## PACK DECOUVERTE

<b>Coussin de maintien lombaire STANDARD avec sangle</b> Ref Fr 0011 	<b>Coussin de maintien lombaire SUPER COUSSIN avec sangle</b> Ref Fr 0021 	<b>Coussin de maintien lombaire SLIM LINE avec sangle</b> Ref Fr 0026 
<b>Coussin Demi Lune avec sangle</b> Ref Fr 0031 	<b>Coussin de nuit 90 cm</b> Ref Fr 0050 	<b>Sangle 250 cm</b> Ref 0085 

## PACK DECOUVERTE \*

Kinésithérapeute (non adhérent)	<del>150,39 € TTC</del>	138,50 € TTC
Kinésithérapeute adhérent	<del>143,29 € TTC</del>	127,00 € TTC

**\* Conditions :**

**Commande :**

**Livraison :**

**Paiement :**

Pack indissociable / Un seul Pack par professionnel  
Par fax, par mail et internet : [www.essentiel-med.fr](http://www.essentiel-med.fr)  
Colissimo, délai : 48h-72h selon poste et disponibilités  
**Frais de port (Métropole) : inclus**  
Règlement en chèque, espèces, virement, paypal ou CB

Nom, Prénom : .....

Code ADELI : .....

Adhérent AFMcK: ☐ Oui ☐ Non

Adresse : .....

Téléphone : .....

Fax : .....

E.mail : .....

Je commande 1 pack découverte et désire:

☐ le récupérer sur place

☐ le recevoir par colissimo

Date :

Signature :

Essentiel Médical  
85 Route de Grenoble  
38250 Lans-En-Vercors  
Tel 1: 06-68-69-32-37  
Tel 2: 06-10-36-82-73  
Fax : 04-76-95-49-83  
[essentiel-medical@orange.fr](mailto:essentiel-medical@orange.fr)



site : [www.afmck.fr](http://www.afmck.fr)  
contact@afmck.fr

127,00 €  
au lieu  
de  
150,29 €

**OFFRE PATIENT AFMcK**  
**2014**

Nom, Prénom : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....  
Fax : .....  
E-mail : .....  
Kiné Prescripteur : .....  
Code ADEL : .....

Date : .....

Signature : .....

	ESSENTIEL MEDICAL	Quantité	Prx TTC
Article	TTC	Remise AFMcK -5%	
<b>GAMME Mc KENZIE</b>			
Fr 0011 Coussin Standard avec sangle	23.75 €	22.56 €	
Fr 0021 Super Coussin avec sangle	31.90 €	30.31 €	
Fr 0022 Super Coussin Mini avec sangle	31.50 €	29.93 €	
Fr 0026 Coussin Slim Line avec sangle	23.35 €	22.18 €	
E 0045 Coussin Gonflable	17.70 €	16.82 €	
Fr 0031 Coussin Demi Lune avec sangle	23.50 €	22.33 €	
Fr 0041 Coussin Hte Densité avec sangle	23.50 €	22.33 €	
Fr 0050 Coussin de nuit 90 cm	30.60 €	29.07 €	
Fr 0052 Coussin de nuit 105 cm	33.10 €	31.45 €	
Fr 0060 Coussin cervical	21.60 €	20.52 €	
E 0063 Coussin Coccyx épaisseur 6 cm	36.50 €	34.68 €	
E 0065 Coussin Coccyx épaisseur 10 cm	38.40 €	36.48 €	
<b>GAMME CONFORTEX</b>			
A-3060 Comfortex 33x33x6/1cm	27.50 €	26.13 €	
A-3180 Comfortex 40x37x8/1cm	29.50 €	28.03 €	
A-3160 Comfortex 40x37x6/1cm	28.00 €	26.60 €	
A-3410 Comfortex 39x39x10/2cm	27.50 €	26.13 €	
<b>POUR LA CONDUITE</b>			
Fr 4010 Comfortex CarPad	21.90 €	20.81 €	
Fr 4020 Comfortex CarRest	37.90 €	36.01 €	
Rub 001 Coussin Ruby	79.30 €	75.34 €	
<b>LIVRES D'AUTO-TRAITEMENT</b>			
Fr0096 Livre "Soignez votre Dos vous-même"	18.90 €	17.96 €	
Fr0106 Livre "Soignez votre Cou vous-même"	17.00 €	16.15 €	
Fr0116 Livre "Soignez votre Epaule vous-même"	20.90 €	19.86 €	
<b>FRAIS DE PORT (Métropole):</b>			
1-3 art: 7€50 ; 4-6 art:8€50 ; 7-15 art: 11€90 ; >15 art: nous contacter			
<b>TOTAL TTC</b>			

D'autres références sont également disponibles sur commande, n'hésitez pas à nous demander des devis.

Essentiel Médical  
85 Route de Grenoble  
38250 Lans-en-Vercors  
Tel : 04-48-49-32-37  
Tel : 04-48-49-32-73  
Fax : 04-76-95-49-63  
essentiel-medical@orange.fr

Commande : Par fax, par mail et internet : [www.essentiel-med.fr](http://www.essentiel-med.fr)  
Paiement : Règlement en chèque, espèces, virement, paypal ou CB  
Livraison : Colissimo, délai : 48h-72h selon poste et disponibilités  
prix pouvant être modifiés en fonction des tarifs fournisseur



site : [www.afmck.fr](http://www.afmck.fr)  
contact@afmck.fr

5% de remise  
adhérents et  
leurs patients

## OFFRE "SANGLE AMERICAINE"

Sangle Américaine  
Longueur 8 pieds (2,44m)



### SANGLE AMERICAINE

	Sur Place	Par Colissimo
Kinésithérapeute (non adhérent)	40,00 € TTC	47,50 € TTC
Kinésithérapeute adhérent	35,00 € TTC	42,50 € TTC

Commande :

Paiement :

Livraison :

Par fax, par mail

Règlement en chèque, espèces

Colissimo, délai : 48h-72h selon poste et disponibilités

Frais de port (Métropole) : 7€50

Nom, Prénom : .....

Code ADELI : .....

Adhérent AFMcK : ☐ Oui ☐ Non

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Fax : .....

E.mail : .....

Je commande 1 Sangle Américaine et désire :

☐ le récupérer sur place

☐ le recevoir par colissimo

Date :

Signature :

Essentiel Médical  
85 Route de Grenoble  
38250 Lans-en-Vercors  
Tel 1: 06-68-69-32-37  
Tel 2: 06-10-36-82-73  
Fax : 04-76-95-49-83  
essentiel-medical@orange.fr

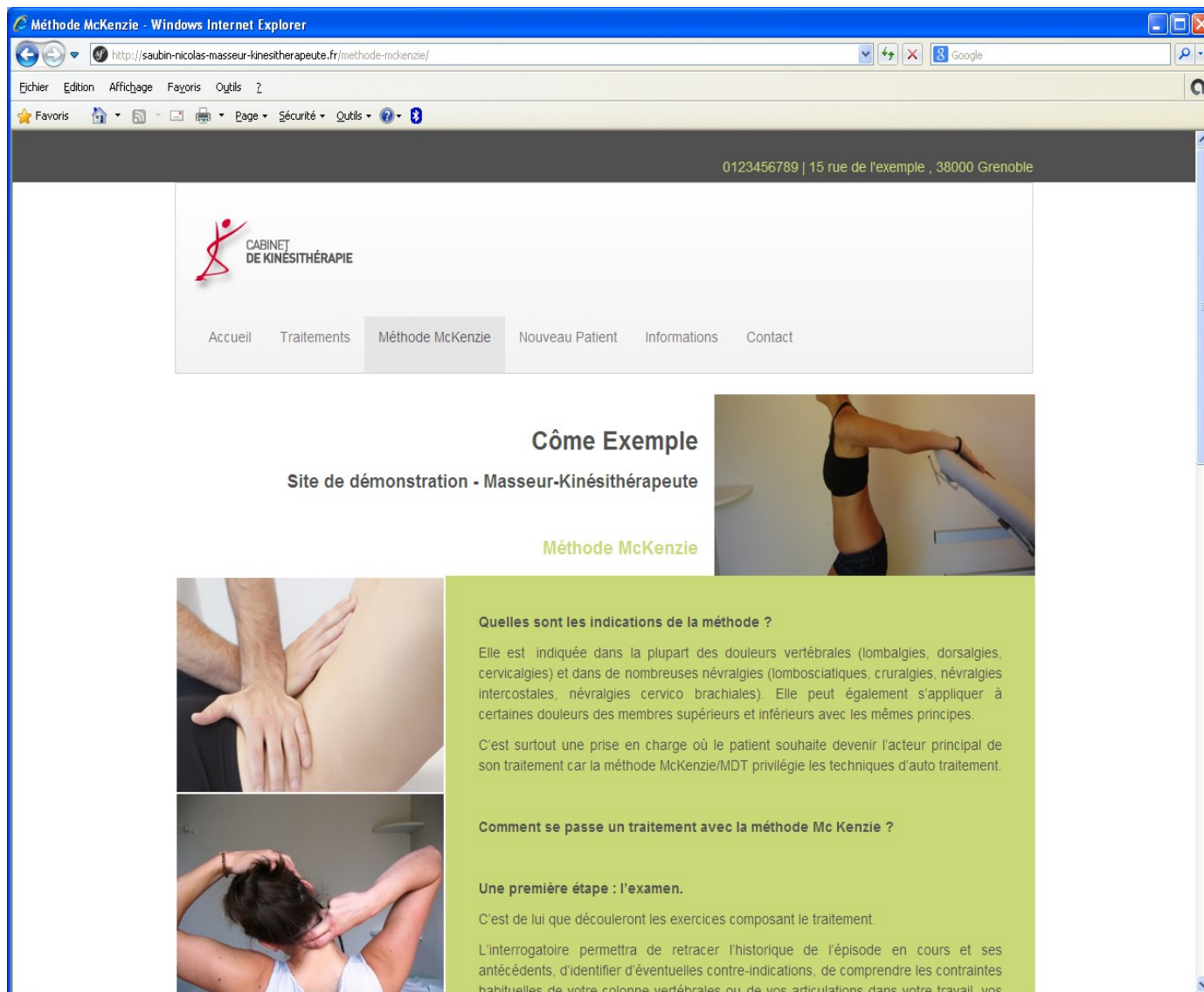


site : [www.afmck.fr](http://www.afmck.fr)  
contact@afmck.fr

Une sangle  
« spéciale »  
AFMcK  
avec boucle  
métallique



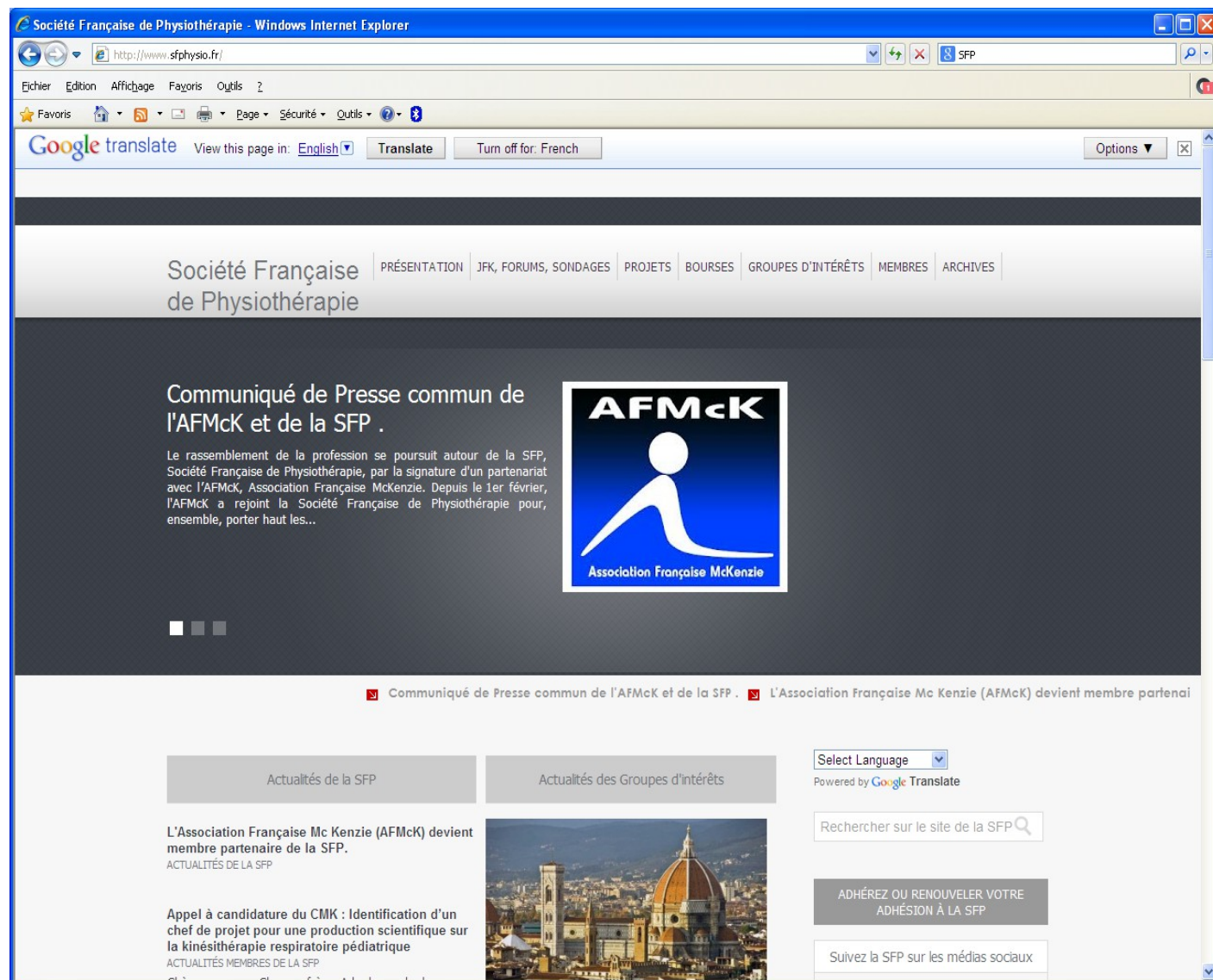
# MON SITE KINE



Un site  
internet  
personnel  
sur-mesure  
déjà  
configuré  
MDT

# Société Française de Physiothérapie

Adhésion  
SPF  
incluse  
dans celle  
de  
l'AFMcK



# A4 reprographie

Le \_\_\_\_\_

La \_\_\_\_\_


Le \_\_\_\_\_

La \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

La \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_



Association Française Méthode

Votre prochain rendez-vous est fixé le ➡

**Mme Victoire ESPOIR**  
 Masseur-Kinésithérapeute D.E.  
 Certifiée MDT-Méthode McKENZIE  
 Tél : 07 52 68 50 00  
 e-mail : victoire.espoir@afmck.fr  
 13, rue du Miracle - 52530 PARADIS

www.afmck.fr

e-mail : contact@afmck.fr

Le \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

*En cas d'impossibilité, prière de prévenir 48 heures avant la date du rendez-vous*

Le \_\_\_\_\_

La \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

La \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

La \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_



Association Française Méthode

**Mme ESPOIR Victoire**  
 Masseur-kinésithérapeute D.E.  
 Certifiée MDT-Méthode McKENZIE

victoire.espoir@afmck.fr  
 13, rue du Miracle - 52530 PARADIS  
 Tél : 07 52 68 50 00

M. \_\_\_\_\_

Votre prochain rendez-vous est fixé le ➡

**www.afmck.fr**  
 email : contact@afmck.fr

Le \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

*En cas d'impossibilité, prière de prévenir 48 heures avant la date du rendez-vous*

Le \_\_\_\_\_

La \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

La \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

La \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_



Association Française Méthode

**Mme ESPOIR Victoire**  
 Masseur-kinésithérapeute D.E.  
 Certifiée MDT-Méthode McKENZIE

victoire.espoir@afmck.fr  
 13, rue du Miracle - 52530 PARADIS  
 Tél : 07 52 68 50 00

M. \_\_\_\_\_

Votre prochain rendez-vous est fixé le ➡

**www.afmck.fr**  
 email : contact@afmck.fr

Le \_\_\_\_\_

La \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

La \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

La \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_



Association Française Méthode

**Mme ESPOIR Victoire**  
 Masseur-kinésithérapeute D.E.  
 Certifiée MDT-Méthode McKENZIE

victoire.espoir@afmck.fr  
 13, rue du Miracle - 52530 PARADIS  
 Tél : 07 52 68 50 00

M. \_\_\_\_\_

Votre prochain rendez-vous est fixé le ➡

**www.afmck.fr**  
 email : contact@afmck.fr

Le \_\_\_\_\_

La \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

La \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

La \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_



Association Française Méthode

**Mme ESPOIR Victoire**  
 Masseur-kinésithérapeute D.E.  
 Certifiée MDT-Méthode McKENZIE

victoire.espoir@afmck.fr  
 13, rue du Miracle - 52530 PARADIS  
 Tél : 07 52 68 50 00

M. \_\_\_\_\_

Votre prochain rendez-vous est fixé le ➡

**www.afmck.fr**  
 email : contact@afmck.fr



# *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 proposons 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](mailto:contact@afmck.fr) ; site internet : [www.afmck.fr](http://www.afmck.fr)  
En cas de changement de coordonnées et/ou de niveau de formation : [secretariat@afmck.fr](mailto: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 : [tresorerie@afmck.fr](mailto:tresorerie@afmck.fr).

---

### Bulletin d'adhésion AFMcK 2014

Cotisation Annuelle : ☐ Libéral : 60 € ☐ Salarié : 40 € ☐ Membre bienfaiteur : 100 € et +  
A renvoyer à Mme Anne-Marie GASTELLU-ETCHEGORRY,

27 avenue du 10e Dragon, 82000 MONTAUBAN.

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Niveau de formation MDT : Date :

E mail (indispensable) :

Fait à : le : Signature :

# ***Association Française McKenzie***



**[www.afmck.fr](http://www.afmck.fr)**

---

---