

# *Association Française McKenzie*



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

# ***ORIGINES***

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



# OBJECTIFS

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



# ***ATTENTES DES PRATICIENS***

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



# ***ATTENTES DES PATIENTS***

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



# LES OUTILS QUE L'AFMcK PROPOSE

## ■ Un site internet : [www.afmck.fr](http://www.afmck.fr)

### Visiteur



The screenshot shows the homepage for a visitor. The navigation bar includes 'Accueil', 'Méthode MDT', 'AFMcK', 'Praticiens', 'Liens', 'Connexion', and 'S'inscrire'. A dropdown menu for 'Accueil' shows 'Visiteurs'. The main heading is 'Bienvenue sur le site de l'Association Française McKenzie !'. Below it is a slider with the AFMcK logo and a 'Télécharger le document de présentation' button. The text below the slider reads: 'Toute l'équipe de l'association espère que ce site vous aidera dans vos recherches que vous soyez simple visiteur curieux ou praticien à la recherche d'informations. Ce site vous permettra de vous faire une idée des spécificités de l'approche McKenzie et de trouver des praticiens formés dans toute la France. Pour les membres, les certifiés et les diplômés M.D.T (Mechanical Diagnosis and Therapy), un login est nécessaire pour avoir accès aux nombreux documents et études disponibles. Bonne navigation à tous !'

### Adhérent



The screenshot shows the homepage for an adherent. The navigation bar includes 'Accueil', 'Travaux de l'association', 'Outils de travail', 'Kiosque', 'Certification', 'Actualités en région', and 'Divers'. The main heading is 'Bienvenue sur le site de l'Association Française McKenzie'. Below it are two columns of links: 'Les documentations' (Fiches Bilan, Fiches d'exercices, La com) and 'Autres outils' (Matériel, Logiciels). A blue box contains a welcome message: 'Bienvenue sur le nouveau site de l'Association Française McKenzie !! Ce site tout neuf vous permettra d'avoir prochainement de nouvelles fonctionnalités. Celui-ci étant tout jeune, il se peut que vous tombiez sur des problèmes, des bugs ou des incompréhensions... Si tel est le cas, merci d'envoyer un courriel à [maintenance@afmck.fr](mailto:maintenance@afmck.fr), votre aide nous est précieuse !'. Below this is a section for 'SAGI 2015 - de l'héritage de Robin McKenzie - Résumé' with a 'Bonjour à tous, La date du 4èmes congrès de l'AFMcK approche !!!' message. A right sidebar shows 'Actualités' with a thumbnail for 'Lombalgie prévalence des syndromes McKenzie - Jacky OTERO' and 'MDT WORLD PRESS Newsletter Vol 3 N°4'.



# LES OUTILS QUE L'AFMcK PROPOSE

## ■ Un compte Facebook :

Association Française Mc Kenzie

Accueil 7 Retrouver des amis

Créer une Page

Récent

2015

2014

2013

LILLE GRAND PALAIS

AFMcK

Association Française Mc Kenzie

Santé/médecine/produits pharmaceutiques

J'aime S'abonner Message

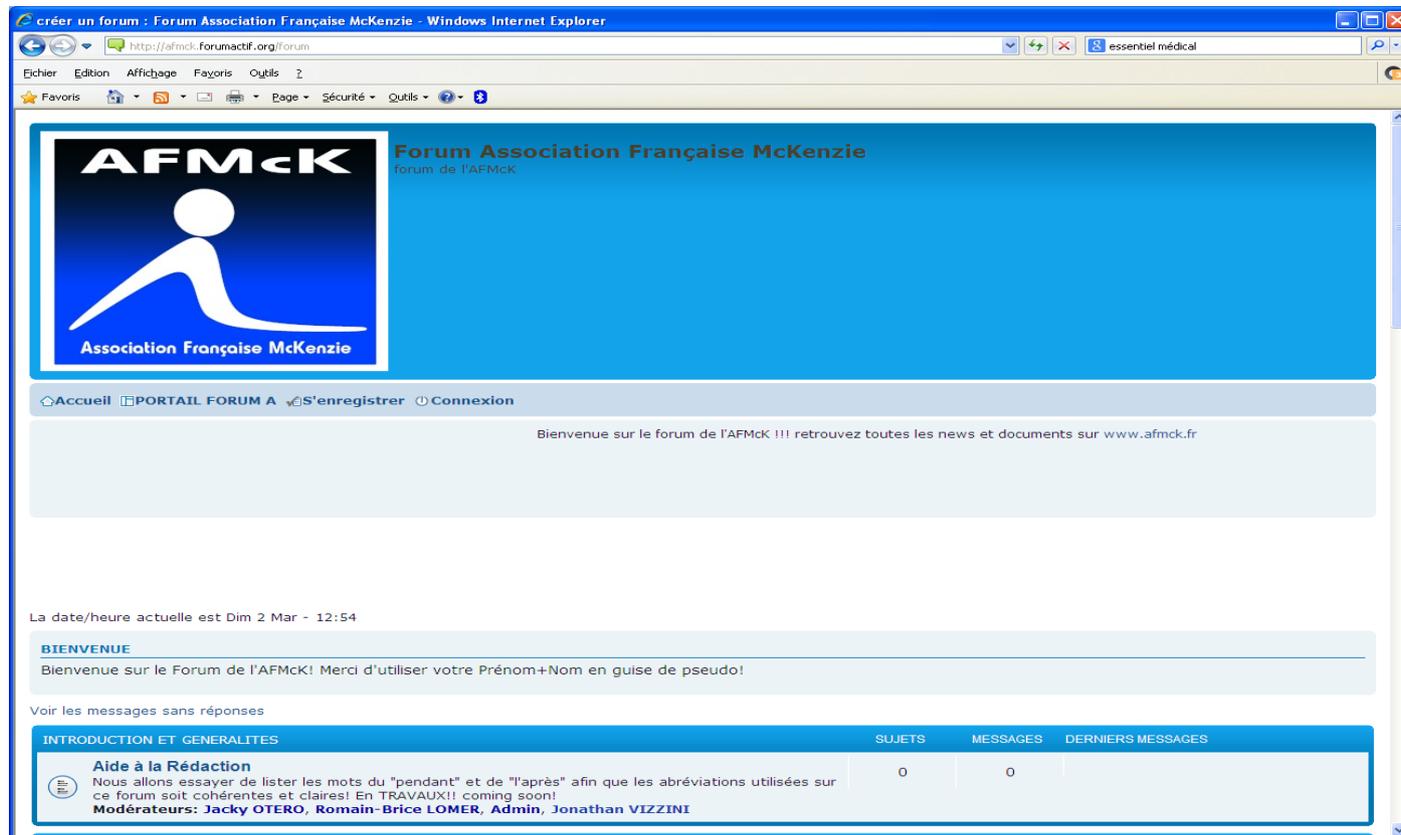
Journal À propos Photos Mentions J'aime Plus



# LES OUTILS QUE L'AFMcK PROPOSE

## ■ Un FORUM :

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



The screenshot shows a web browser window titled "créer un forum : Forum Association Française McKenzie - Windows Internet Explorer". The address bar displays "http://afmck.forumactif.org/forum". The page features the AFMcK logo, which includes a stylized white figure on a blue background, and the text "Forum Association Française McKenzie" and "forum de l'AFMcK". Below the logo, there are navigation links: "Accueil", "PORTAIL FORUM A", "S'enregistrer", and "Connexion". A welcome message reads: "Bienvenue sur le forum de l'AFMcK !!! retrouvez toutes les news et documents sur www.afmck.fr". The current date and time are shown as "Dim 2 Mar - 12:54". A "BIENVENUE" section contains the text: "Bienvenue sur le Forum de l'AFMcK! Merci d'utiliser votre Prénom+Nom en guise de pseudo!". Below this, there is a link to "Voir les messages sans réponses". A table with the following structure is visible:

INTRODUCTION ET GENERALITES	SUJETS	MESSAGES	DERNIERS MESSAGES
<b>Aide à la Rédaction</b> Nous allons essayer de lister les mots du "pendant" et de "l'après" afin que les abréviations utilisées sur ce forum soit cohérentes et claires! En TRAVAUX!! coming soon! <b>Modérateurs: Jacky OTERO, Romain-Brice LOMER, Admin, Jonathan VIZZINI</b>	0	0	



# 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 »**

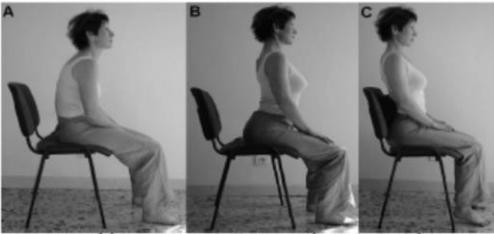
**Position de Départ à plat ventre :**

- 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-corrige  
C - 2 - Corrige 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

 **Exercices type McKenzie pour la CERVICALGIE**  
**Principe d'EXTENSION RACHIS BAS étape 1**  
Date : \_\_\_\_\_ Pour : \_\_\_\_\_

**Règles communes :**

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

□ **Exercice 1 : « Rétraction cervicale »**

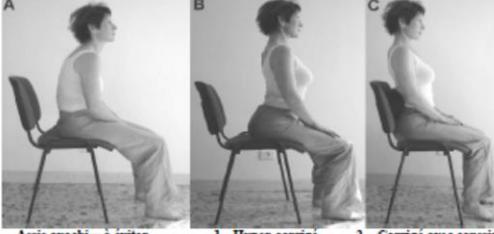
**Position de Départ :**

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

**Faire la rétraction :**

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

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



A - Assis avachi = à éviter  
B - 1 - Hyper-corrige  
C - 2 - Corrige 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



# LES OUTILS QUE L'AFMcK PROPOSE

## ■ Logiciel de bilans informatiques

**Bilan MDT – Application de bilans McKenzie**

Fichier Patient Prescripteur Bilan Aide

Quitter Nouveau patient Nouveau prescripteur Bilan lombaire Bilan cervical

Rechercher un patient

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	M	ISABELLE	03/03/15	04
8	R	Lise	09/05/1'	06
9	R	Olivier	18/05/19	06

Patient sélectionné

**ESSAI Paul**

Né le 02/02/1976 Age: 37

Sexe masculin

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

Ouvrir Bilan cervical

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: [Ajouter un prescripteur]

Travail:  
Contraintes mécaniques:  
Loisirs:  
Contraintes mécaniques:  
Limitations fonctionnelles pour cet épisode:  
Niveau d'invalidité:

EVA (0-10) Jour: Min 5  
Mat: Min

**Interrogatoire**

Symptômes actuels:  
 Lombaire  
 Fesse  
 Cuisse  
 Pied  
 Jambe  
 Aucun

Présents depuis:  
Facteur déclenchant:  Sans raison apparente

Symptômes initiaux:  
 Lombaire  
 Fesse  
 Cuisse  
 Pied  
 Jambe  
 Aucun

Symptômes constants:  
 Lombaire  
 Fesse  
 Cuisse  
 Pied  
 Jambe  
 Aucun

Symptômes intermittents:  
 Lombaire  
 Fesse  
 Cuisse  
 Pied  
 Jambe  
 Aucun

Empre: [Se pencher] [Assis / Se lever] [Debout] [Marcher] [Allongé]

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

**Ajouter un bilan lombaire**

Le patient | Interrogatoire | Examen | Fiches de suivi

Posture:  
Assis: Mauvaise  
Debout: Passable  
Lordose: Réduite  
SHIFT latéral: Aucun

Correction posturale: Meux  
Pertinent: [ ]

Autres observations:

**Examen neurologique**  
 Déficit Moteur: [ ] Réflexes: [ ]  
 Déficit Sensitif: [ ] Neuro-Méningé: [ ]

**Parte de mouvement:**

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

**Mouvements tests:**  
 Décrire l'effet sur la douleur — pendant: produit, aboli, augmenté, intrus, ss empere, pas empere, pas shérie.  
 Après: meux, empiré, ss effet, pas empere, pas shérie.

ORDRE DU TEST	SYMPTÔMES PENDANT LE TEST	SYMPTÔMES APRÈS LE TEST			RÉPONSE MÉCANIQUE		
		1 emp	2 emp	3 emp	1 emp	2 emp	3 emp
1	FL debout Rép FL debout	Augmenté	[ ]	[ ]	Empre	[ ]	[ ]
2	Extension debout Rép Extension debout	Augmenté	[ ]	[ ]	Centralisé	[ ]	[ ]
	Symptômes avant tests allongé: 2 b FED Répétition FED	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

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

**Ajouter un bilan lombaire**

Le patient | Interrogatoire | Examen | Fiches de suivi

Date: 18/01/2014 Séance n°: 1

Réhabilitation exercices: [ ] Qualité: [ ] [Afficher le schéma]

Évolution des symptômes:  
Évolution des signes:  
Résultats:  
Traitement pendant séances:  
Exercices maison:  
Classification et remarques:

**Suivi**

Couleur: Noir — Hyposthésies  
Épaisseur: [ ]

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



# LES OUTILS QUE L'AFMcK PROPOSE

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

**AFMcK** FICHE DE SYNTHESE DU BILAN DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE  
Initiale

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

**PATIENT :**  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Sexe : Masculin  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

**BILAN** date : \_\_\_\_\_

**Symptômes :** depuis \_\_\_\_\_  S'améliore  Stationnaire  S'aggrave  
- Incapacités : Arrêt  Travail = \_\_\_\_\_ Sport = \_\_\_\_\_  
- Douleurs : Intensité Jour = /10 Intensité Nuit = /10  
Fréquence  Continue = zone  Intermittente = zone  
- Symptômes radiculaires : zone \_\_\_\_\_ Fréquence = \_\_\_\_\_  
- Type = \_\_\_\_\_  
- Empiète par : \_\_\_\_\_  
- Amélioré par : \_\_\_\_\_

**Signes :**  
- Posture assis : \_\_\_\_\_ Correction : NON  OUI  = Correction : \_\_\_\_\_  
- Posture debout : \_\_\_\_\_ Deformation : NON  OUI  = Correction : \_\_\_\_\_  
- Neurologique : \_\_\_\_\_  
- Amplitudes : \_\_\_\_\_  
- Mouvements restreints : \_\_\_\_\_  
- Autres : \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE INITIAL :**  
 Syndromes de Dérapement  Cervical  Thoracique  Autres = \_\_\_\_\_  
Déformation signal : NON  OUI  = Préférence Directionnelle = \_\_\_\_\_  
Symptômes :  Contraintes  Asymétriques = coude  Asymétriques = coude  Atteinte neurologique  
 Syndromes de Dysfonction :  Articulaires  Contractiles  
 Autres : \_\_\_\_\_

**OBJECTIFS INITIAUX / BÉNÉFICES ATTENDUS DE LA POURSUITE DE LA RÉÉDUCATION :**  
\* A court terme : \_\_\_\_\_  
\* A moyen terme : \_\_\_\_\_  
\* A long terme : \_\_\_\_\_

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

**COMMENTAIRES / RAISONS DE NON ATTEINTE DES OBJECTIFS EN DEÇA DES SEUILS :**  
\* \_\_\_\_\_  
\* \_\_\_\_\_  
\* \_\_\_\_\_

**PROPOSITIONS :**  Debut  Renouvellement de l'indication pour \_\_\_\_\_ séances  
Fréquence = / semaine Urgence : NON  OUI  =

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

Classique

**AFMcK** FICHE DE SYNTHESE DU BILAN DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE  
Intermédiaire  Finale

Pathologie soumise à référentiel : NON  OUI  = Lombalgie

**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 :**  Syndromes Dérapement  Syndromes Dysfonction  Autres

**BILAN** date : \_\_\_\_\_

**Symptômes :**  Intermédiaire  Final  Sans changement  Amélioré  Aggravé  
- Incapacités : Rupture  Travail = \_\_\_\_\_ Sport = \_\_\_\_\_  
- Douleurs : Intensité Jour = /10 Intensité Nuit = /10  
Fréquence  Continue = zone  Intermittente = zone  
- Symptômes radiculaires : Zone = \_\_\_\_\_ Fréquence = \_\_\_\_\_  
- Type = \_\_\_\_\_  
- Empiète par : \_\_\_\_\_  
- Amélioré par : \_\_\_\_\_

**Signes :**  
- Posture assis : \_\_\_\_\_ Correction : NON  OUI  = Correction : \_\_\_\_\_  
- Posture debout : \_\_\_\_\_ Deformation : NON  OUI  = Correction : \_\_\_\_\_  
- Neurologique : \_\_\_\_\_  
- Amplitudes : \_\_\_\_\_  
- Mouvements restreints : \_\_\_\_\_  
- Autres : \_\_\_\_\_

Limite : Normal = 3 ; Déficit léger = 4 ; Déficit modéré = 3 ; Déficit important = 2 ; Déficit majeur = 1 ; Déficit total = 0

**OBJECTIFS :**  ATTENDUS  PARTIELLEMENT ATTENDUS  NON ATTENDUS  
Dérapement :  Réduit et Stabilisé  Réductible, non stabilisé  Partiellement réduit  Instable

**RAISONS DE NON ATTEINTE DES OBJECTIFS EN DEÇA DES SEUILS :**  
\* \_\_\_\_\_  
\* \_\_\_\_\_  
\* \_\_\_\_\_

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

**BÉNÉFICES ATTENDUS DE LA POURSUITE DE LA RÉÉDUCATION :**  
\* \_\_\_\_\_  
\* \_\_\_\_\_  
\* \_\_\_\_\_

**CONSEILS / COMMENTAIRES :** Patient Autonome  OUI  NON = \_\_\_\_\_

**MASSEUR-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 sciatica, underwent a standardized mechanical assessment classifying them by their pain response, specifically eliciting either a "directional preference" (DP) (i.e., an immediate, lasting improvement in pain from performing either repeated lumbar flexion, extension, or sideglide/rotation tests), or no DP. Only DP subjects were randomized to: 1) directional exercises ("matching" their preferred direction (DP), 2) exercises directionally "opposite" their DP, or 3) "nondirectional" exercises. Outcome measures included pain intensity, location, disability, medication use, degree of recovery, depression, and work interference.

**Results.** A DP was elicited in 74% (230) of subjects. One third of both the opposite and non-directionally treated subjects withdrew within 2 weeks because of no improvement or worsening (no matched subject withdrew). Significantly greater improvements occurred in matched subjects compared with both other treatment groups in every outcome (P values <0.001), including a threefold decrease in medication use.

**Conclusions.** Consistent with prior evidence, a standardized mechanical assessment identified a large subgroup of LBP patients with a DP. Regardless of subjects' direction of preference, the response to contrasting exercise prescriptions was significantly different: exercises matching subjects' DP significantly and rapidly decreased pain and medication use and improved in all other outcomes. If repeatable, such subgroup validation has important implications for LBP management.

**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

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

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

The manuscript submitted does not contain information about medical devices/drugs.

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

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

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

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 used on assessment findings.<sup>15,24,29,31-35</sup>

A major feature of the MDT assessment is the identification of a patient's "directional preference" (DP).<sup>16</sup> It is identified when posture or repeated and large 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 credentialed) 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.

### Savoirs

Contribution originale

Flavio Bonnet\*  
Sandrine Monnet\*  
Jacky Otero\*

### 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'étaient pas significativement améliorées.

**Conclusion:** L'utilisation d'une « préférence directionnelle » permet de modifier de façon plus proximale la localisation de la douleur (centralisation) de façon plus importante avec un traitement de référence que le traitement non spécifique. Les autres variables n'étaient pas significativement améliorées.

#### Niveau de preuve: 2B

**MOTS-CLÉS**

Centralisation - Exercice - Lombalgie non-spécifique -

Méthode McKenzie - Préférence directionnelle

©2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### Introduction

La réhabilitation des patients lombalgiques reste encore très empirique aujourd'hui. Il s'agit pourtant de l'une des pathologies musculo-squelettiques les plus répandues [1]. La plupart des essais randomisés ne

#### 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 compared to non-specific reference treatment. Three sessions of care over only one week do not significantly improve outcomes of non-specific low back pain.

#### KEYWORDS

Centralization - Exercise - Non-specific low back pain -

McKenzie method - Directional preference

©2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

mettent pas en évidence de moyens thérapeutiques pertinents dans la prise en charge de cette affection [2]. De plus, la confrontation de ces essais thérapeutiques dans les revues systématiques est souvent discordante.

# LES OUTILS QUE L'AFMcK PROPOSE

## ■ Des chroniques spécifiques

### La Chronique Scientifique de l'AFMcK - n°1

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

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

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

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



A l'examen initial, toutes les directions de mouvements étaient limitées, en particulier l'extension. Un signe de Lasègue homolatéral (Straight Leg Raise, SLR ou 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 proclibitus (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, surpression du thérapeute lors des EEP, mobilisations en extension symétrique ou asymétrique, sans oublier la manipulation), il faut parfois être inventif.

Une des solutions que j'ai souvent testée et qui a 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), centralisé (Ce), aboli (A). L'exercice est stoppé si on obtient un augmenté (AUGM) ou périphérisé (Pé).
4. On évalue la réponse mécanique après les 10 répétitions. En cas de mieux (M) ou centralisé (Cé), il peut faire une série de plus, sauf si l'extension est complète et sans douleur = réévaluer l'extension debout (EDBT) aussi.
5. La contraction statique, avec augmentation progressive de la durée (jusqu'à 3 minutes pour les hommes et 3 min 30 pour les femmes ! Au-delà ne semble pas utile.), peut être testée lors des séances suivantes, si le résultat est insuffisant. Doit donner un « Mieux » symptomatique ou mécanique.
6. Remarque : si la douleur « latéralise », une composante latérale est probablement révélée.

Position de départ

Position d'arrivée

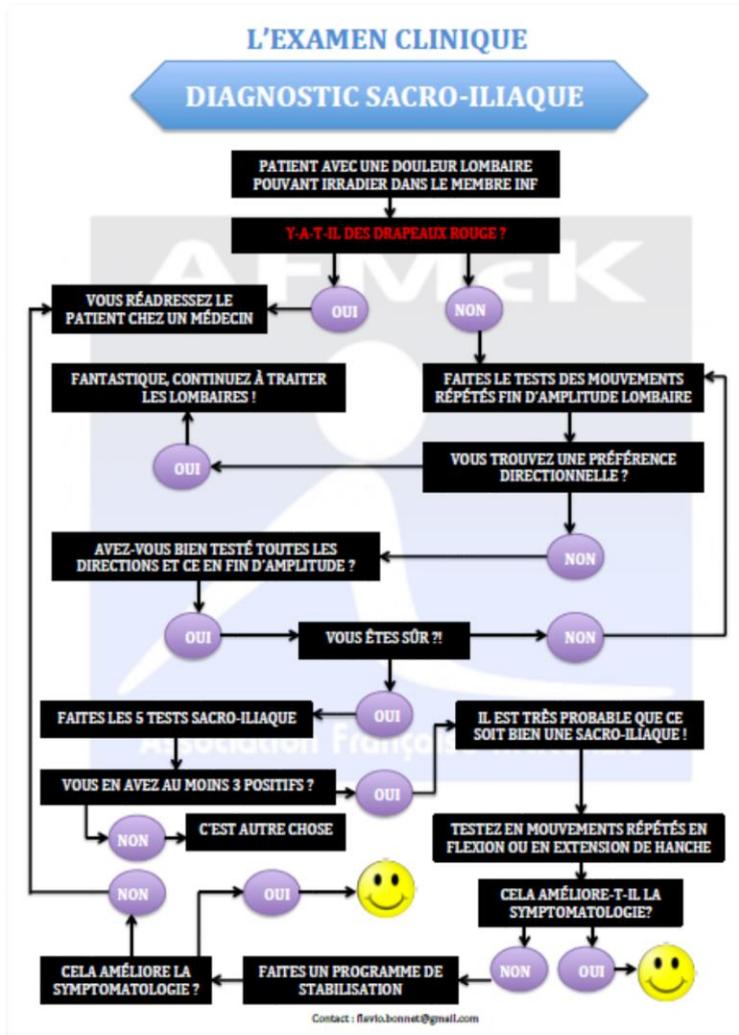


Bon test !

Jacky OTERO

# LES OUTILS QUE L'AFMcK PROPOSE

## ■ Des chroniques spécifiques



Algorithme décisionnel pour les dérangements d'épaule

Basé sur les travaux de Scott Herbowy dip MDT

Deneuille Jean-Philippe  
deneuillejp.mdt@gmail.com

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

undi 4 novembre 13



# LES OUTILS QUE L'AFMcK PROPOSE

## ■ Des documents pour informer les médecins



Présentation de la Méthode McKenzie ou MDT

[www.afmck.fr](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.

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

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

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

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

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

De cette classification découle 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.

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

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

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

### Qu'est-ce que la Méthode McKenzie ?

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

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

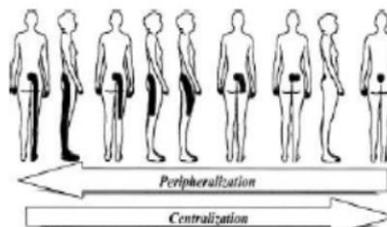


Fig 1 : Phénomène de centralisation d'après Wetzel et al. (2003).

### Les indications:

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

### Les contre-indications et limites de la méthode :

Les contre-indications strictes aux interventions mécaniques sont à prendre en compte dans la prise en charge MDT, en particulier : syndromes infectieux, tumeurs 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, ostéophytose, modifications dégénératives, arthrose inter-apophysaire) ne constituent pas une contre-indication, au contraire.

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

### En quoi consiste le traitement ?

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

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

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

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

# LES OUTILS QUE L'AFMcK PROPOSE

- **Des documents pour présenter la méthode**



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

M. Jacky OTERO  
M. Gabor SAGI  
INSTITUT MCKENZIE FRANCE

7ième journée  
Bourguignonne de  
rééducation



# CE QUE L'AFMcK FAIT POUR VOUS

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

## NEWSLETTER N° 12



### 1/ Information :

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

Vous pouvez le télécharger en suivant les 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/nyeji7f5rhczrx/bilanMDT\\_MacOS\\_V1.1.1.zip](https://www.dropbox.com/s/nyeji7f5rhczrx/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=8BXDe5fc7l>

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

A bientôt

Le bureau de L'AFMcK



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

- **Solliciter les organismes nationaux**
  - ★ Ordre
  - ★ Syndicats,
  - ★ Collège Masso-Kinésithérapie
  - ★ Mutuelles ...
  
- **Vous faire connaître :**  
par le site internet (niveau D mini).



# CE QUE L'AFMcK FAIT POUR VOUS

- **Promouvoir  
une  
Charte  
de qualité.**

Charte des praticiens de l'Association Française McKenzie

# AFMcK

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

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

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

Cet engagement implique :

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



JFK 2015  
Lille Grand Palais



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

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



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

## **■ Des cercles d'études**

★ **BRETAGNE**

★ **RHONE-ALPES**

★ **LANGUEDOC-ROUSSILLON**

★ **ILE DE FRANCE**

★ **NORD ...**



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

## **■ Des congrès Nationaux**

### **★ Congrès AFMcK**

**Toulouse 2012,  
Brest 2013,  
Lyon 2014.**

### **★ Congrès JFK et AFMcK**

**Lille 2015  
Paris 2017**



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

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



# ESSENTIEL MEDICAL

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

Fichier Edition Affichage Favoris Outils ?

Favoris Page Sécurité Outils ?

## ESSENTIEL MEDICAL

MATERIEL MEDICAL ORTHOPEDIE  
VENTE - LOCATION AUX PROFESSIONNELS ET PARTICULIERS

Bienvenue, identifiez-vous  
Votre compte Panier : (vide)

"McKenzie®" Matériel médical Bien être Livraison Mentions légales

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

**CATÉGORIES**  
Bien être  
Cousin ergonomique

**RECHERCHER** € €  
Entrez un nom de produit  
ok

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

**ESSENTIEL MÉDICAL**  
Bienvenue sur le site internet de notre société

Notre société de matériel médical est à votre écoute pour tout ce qui concerne votre bien-être et votre santé. Sophie Carraz, pharmacien dirigeante du magasin de Lans-En-Vercors, vous conseille et sélectionne pour vous les meilleurs articles de matériel médical. Nous vous offrons également un service de location de matériel médical, directement à notre magasin.

Toute notre équipe est là pour vous servir et répondre à vos questions. Bienvenue sur [www.essentiel-med.fr](http://www.essentiel-med.fr)

Professionnel de santé, pour avoir accès aux tarifs pros, pensez à vous identifier avec votre code VIP, disponible sur demande par mail nous spécifiant votre code Adeli.

**CATEGORIES**  
Bien être  
Cousin ergonomique

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

**MEILLEURES VENTES**  
Super coussin Lombaire "The Original McKenzie®"  
Cousin lombaire en demi-lune "The Original McKenzie®"  
Cousin lombaire Slimline "The Original McKenzie®"  
Cousin lombaire standard "The Original McKenzie®"  
Livre "Soignez votre Dos vous-même"  
Toutes les meilleures ventes

**NOTRE MAGASIN**

5 %  
de remise  
pour les  
adhérents  
et leurs  
patients



# MON SITE KINE

monsitekiné.com

ACCUEIL NOS OFFRES CONTACT DÉMONSTRATION ACCÈS CLIENT

CRÉEZ VOTRE SITE PROFESSIONNEL EN QUELQUES CLICS

Nous vous proposons une offre complète de la conception à la mise en ligne et tout cela **SANS ENGAGEMENT**.

DÉMONSTRATION ESSAYER MAINTENANT

OFFRE DE LANCEMENT  
**1ER MOIS OFFERT**  
AVEC LE CODE 13HJ7EVF

SITE CONFORME  
CHARTRE  
CNOMK

A partir de  
**9.90€**  
TTC / mois

Sur-mesure  
déjà  
configuré  
MDT  
2 mois  
gratuits

# Société Française de Physiothérapie

Adhésion  
SFP  
incluse  
dans celle  
de  
l'AFMcK

Société Française de Physiothérapie - Windows Internet Explorer

http://www.sfphysio.fr/

Fichier Edition Affichage Favoris Outils ?

Favorites Home Page Sécurité Outils ? 3

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

Société Française de Physiothérapie

PRÉSENTATION JFK, FORUMS, SONDAGES PROJETS BOURSES GROUPE D'INTÉRÊTS MEMBRES ARCHIVES

Communiqué de Presse commun de l'AFMcK et de la SFP .

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

Association Française McKenzie

Communiqué de Presse commun de l'AFMcK et de la SFP . L'Association Française Mc Kenzie (AFMcK) devient membre partena...

Actualités de la SFP

Actualités des Groupes d'intérêts

Select Language Powered by Google Translate

Rechercher sur le site de la SFP

ADHÉREZ OU RENOUELEZ VOTRE ADHÉSION À LA SFP

Suivez la SFP sur les médias sociaux

L'Association Française Mc Kenzie (AFMcK) devient membre partenaire de la SFP. ACTUALITÉS DE LA SFP

Appel à candidature du CMK : Identification d'un chef de projet pour une production scientifique sur la kinésithérapie respiratoire pédiatrique ACTUALITÉS MEMBRES DE LA SFP



# En espérant vous compter parmi nous



## Association Française McKenzie (AFMcK)

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

Cette association a pour but :

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

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

Il est donc naturel que nous vous 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 : [tesserrie@afmck.fr](mailto:tesserrie@afmck.fr).

### Bulletin d'adhésion AFMcK 2015

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 : \_\_\_\_\_

Numéro ADELI : \_\_\_\_\_ E mail (indispensable) : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

C  
A  
  
2  
0  
1  
5



# *Association Française McKenzie*



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