



HAL
open science

L'apport de la médecine manuelle et ostéopathie dans le traitement des lombalgies sub-aiguës : une revue systématique de la littérature

Arthur Claude

► To cite this version:

Arthur Claude. L'apport de la médecine manuelle et ostéopathie dans le traitement des lombalgies sub-aiguës : une revue systématique de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2024. hal-04793980

HAL Id: hal-04793980

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04793980v1>

Submitted on 20 Nov 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du troisième cycle de
Médecine Générale

Par

Arthur CLAUDE

Le 28 mars 2024

L'APPORT DE LA MEDECINE MANUELLE ET OSTEOPATHIE DANS LE TRAITEMENT DES LOMBALGIES SUB-AIGUES : UNE REVUE SYSTEMATIQUE DE LA LITTERATURE.

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur **Mathias POUSSEL**

Monsieur le Docteur **Antoine CANTON**

Monsieur le Docteur **Sébastien HINGRAY**

Président du Jury

Membre du Jury

Directeur de thèse

Liste des professeurs



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ DE
MÉDECINE / MAÏEUTIQUE /
MÉTIER DE LA SANTÉ à NANCY

Présidente de l'Université de Lorraine :
Mme Hélène BOULANGER

Doyen de la Faculté de Médecine
Pr Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Louise TYVAERT

Assesseurs :

- *Premier cycle* : Dr Nicolas GAMBIER
- *Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN, Dr Simon VALENTIN
- *Troisième cycle hors MG* : Pre Marie-Reine LOSSER
- *Troisième cycle MG* : Pr Paolo DI PATRIZIO
- *Finances* : Pre Eliane ALBUISSON, Pre Louise TYVAERT
- *Vie hospitalo-universitaire* : Pr Stéphane ZUILY
- *Relations avec la Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER
- *Relations Internationales* : Pr Jacques HUBERT
- *Valorisation* : Pr Pascal ESCHWEGE
- *Interface avec les métiers de la santé* : Pre Céline HUSELSTEIN
- *Docimologie* : Dr Mathieu KUCHENBUCH
- *ECOS* : Pr Patrice GALLET, Dre Eva FEIGERLOVA
- *Service sanitaire* : Pre Nelly AGRINIER
- *Lecture critique d'articles* : Dr Jonathan EPSTEIN, Dre Aurélie BANNAY
- *Interface HVL & Réseau Nasce* : Pre Nicla SETTEMBRE, Pre Fabienne ROUYER-LIGIER, Pr Pablo MAUREIRA
- *Etudiant* : Chloé HARDT

Chargé de mission

- *PASS Médecine* : Dr Nicolas GAMBIER

Présidente du Conseil Pédagogique : Pre Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Abderrahim OUSSALAH

=====

DOYENS HONORAIRES

Pr Jacques ROLAND - Pr Patrick NETTER - Pr Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRACARD
Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - François CHERRIER -
Thierry CONROY - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilles DAUTEL - Jean-Dominique DE KOWIN KROKOWSKI -
Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Pierre GAUCHER -
Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ -
Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Dominique HESTIN - Bruno HOEN - Gérard HUBERT - Jacques HUBERT -
Claude HURIET – Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER Pierre LANDES

-
Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN -
Bernard LEGRAS - Bruno LEHEUP - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL
Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Claude MEISTELMAN - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN -
Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Jean-Luc OLIVIER - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Nicolas SADOUL - Daniel SCHMITT -
Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====
PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Serge BRACARD - Serge BRIANÇON - Thierry CONROY - Henry COUDANE - Gilbert FAURE - Bruno HOEN
Jacques HUBERT - Gilles KARCHER - Alain LE FAOU - Bruno LEHEUP - Yves MARTINET - Claude MEISTELMAN
-
Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - François PLENAT - Michel SCHMITT - Faïez ZANNAD

=====
PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS
(Disciplines du Conseil National des Universités)

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : Anatomie

Pr Marc BRAUN - Pre Manuela PEREZ

2° sous-section : Histologie, embryologie et cytogénétique

Pr Christo CHRISTOV

3° sous-section : Anatomie et cytologie pathologiques

Pr Guillaume GAUCHOTTE - Pr Hervé SARTELET

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : Biophysique et médecine nucléaire

Pr Pierre-Yves MARIE – Pr Pierre OLIVIER - Pr Antoine VERGER

2° sous-section : Radiologie et imagerie médicale

Pr René ANXIONNAT - Pr Alain BLUM - Pre Valérie CROISÉ - Pr Jacques FELBLINGER - Pr Benjamin GORY - Pr Damien MANDRY - Pr Pedro GONDIM TEIXEIRA

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : Biochimie et biologie moléculaire

Pr Jean-Louis GUEANT - Pr David MEYRE - Pr Bernard NAMOUR - Pr Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : Physiologie

Pr Christian BEYAERT - Pr Bruno CHENUUEL - Pr Jacques JONAS - Pr Mathias POUSSEL

3° sous-section : Biologie cellulaire

Pre Véronique DECOT-MAILLERET

4° sous-section : Nutrition

Pr Didier QUILLIOT - Pre Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Pr Olivier ZIEGLER

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière

Pr Alain LOZNIEWSKI – Pre Evelyne SCHVOERER

2° sous-section : Parasitologie et Mycologie

Pre Anne DEBOURGOGNE

3° sous-section : Maladies infectieuses ; maladies tropicales

Pre Céline PULCINI

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Pre Nelly AGRINIER - Pr Francis GUILLEMIN - Pr Cédric BAUMANN

4° sous-section : *Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*
Pr Eliane ALBUSSON - Pr Nicolas JAY

47° Section : *CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE*

1° sous-section : *Hématologie ; transfusion*

Pr Pierre FEUGIER - Pr Thomas LECOMPTE - Pr Julien BROSEUS - Pre Maud D'AVENI-PINEY

2° sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie*

Pr Frédéric MARCHAL - Pr Didier PEIFFERT

3° sous-section : *Immunologie*

Pr Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Pre Marie-Thérèse RUBIO

4° sous-section : *Génétique*

Pr Philippe JONVEAUX

48° Section : *ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE*

1° sous-section : *Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*

Pr Gérard AUDIBERT - Pr Hervé BOUAZIZ - Pr Thomas FUCHS-BUDER

Pre Marie-Reine LOSSER - Pr Philippe GUERCI

2° sous-section : *Médecine intensive-réanimation*

Pr Sébastien GIBOT - Pr Bruno LÉVY - Pr Antoine KIMMOUN

3° sous-section : *Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*

Pr Pierre GILLET - Pr Jean-Yves JOUZEAU

4° sous-section : *Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*

Pr Nicolas GIRERD

5° sous-section : *Médecine d'urgence*

Pr Tahar CHOUIHED

49° Section : *PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION*

1° sous-section : *Neurologie*

Pr Marc DEBOUVERIE - Pr Louis MAILLARD - Pr Sébastien RICHARD - Pr Luc TAILLANDIER - Pre Louise TYVAERT

2° sous-section : *Neurochirurgie*

Pr Thierry CIVIT - Pre Sophie COLNAT-COULBOIS - Pr Olivier KLEIN

3° sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie*

Pr Vincent LAPREVOTE - Pr Raymond SCHWAN - Pr Thomas SCHWITZER - Pre Coraline HINGRAY

4° sous-section : *Pédopsychiatrie ; addictologie*

Pr Bernard KABUTH - Pre Fabienne ROUYER-LIGIER

5° sous-section : *Médecine physique et de réadaptation*

Pr Jean PAYSANT

50° Section : *PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE*

1° sous-section : *Rhumatologie*

Pre Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Pr Damien LOEUILLE

2° sous-section : *Chirurgie orthopédique et traumatologique*

Pr Laurent GALOIS - Pr Didier MAINARD - Pr François SIRVEAUX - Pr Lionel ATHLANI

3° sous-section : *Dermato-vénéréologie*

Pre Anne-Claire BURSZTEJN

4° sous-section : *Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*

Pr François DAP - Pr Etienne SIMON

51° Section : *PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE*

1° sous-section : *Pneumologie ; addictologie*

Pr Jean-François CHABOT - Pr Ari CHAOUAT

2° sous-section : *Cardiologie*

Pr Edoardo CAMENZIND - Pr Christian de CHILLOU DE CHURET – Pr Olivier HUTTIN - Pr Batric POPOVIC

3° sous-section : *Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*

Pr Juan-Pablo MAUREIRA - Pr Stéphane RENAUD

4° sous-section : *Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*

Pr Sergueï MALIKOV - Pr Denis WAHL – Pr Stéphane ZUILY - Pre Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Pr Jean-Pierre BRONOWICKI - Pr Laurent PEYRIN-BIROULET

2° sous-section : Chirurgie viscérale et digestive

Pr Ahmet AYAV - Pr Laurent BRUNAUD – Pre Adeline GERMAIN

3° sous-section : Néphrologie

Pr Luc FRIMAT - Pr Adrien FLAHAULT

4° sous-section : Urologie

Pr Pascal ESCHWEGE

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

Pr Athanase BENETOS - Pre Gisèle KANNY - Pre Christine PERRET-GUILLAUME – Pr Roland JAUSSAUD –
Pre Laure JOLY

3° sous-section : Médecine générale

Pr Jean-Marc BOIVIN - Pr Paolo DI PATRIZIO

**54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{re} sous-section : Pédiatrie

Pr Pascal CHASTAGNER - Pr François FEILLET - Pr Jean-Michel HASCOET - Pr Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : Chirurgie infantile

Pr Pierre JOURNEAU - Pr Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Pr Philippe JUDLIN - Pr Olivier MOREL

4° sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Pr Bruno GUERCI - Pr Marc KLEIN - Pr Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : Oto-rhino-laryngologie

Pr Roger JANKOWSKI - Pre Cécile PARIETTI-WINKLER - Pre Cécile RUMEAU - Pr Patrice GALLET

2° sous-section : Ophtalmologie

Pre Karine ANGIOI - Pr Jean-Paul BERROD – Pr Jean-Baptiste CONART

3° sous-section : Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Pre Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Pr Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Pre Sandrine BOSCHI-MULLER - Pr Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Pre Céline HUSELSTEIN - Pre Natalia DE ISLA-MARTINEZ

66° Section : PHYSIOLOGIE

Pr Nguyen TRAN

=====

PROFESSEURS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53° Section, 3° sous-section : Médecine générale

Pre associée Sophie SIEGRIST - Pr associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : Anatomie

Dr Bruno GRIGNON

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

2° sous-section : *Radiologie et imagerie médicale*

Dr François ZHU (stagiaire)

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : *Biochimie et biologie moléculaire*

Dre Shyue-Fang BATTAGLIA - Dre Sophie FREMONT - Dre Isabelle GASTIN - Dre Catherine MALAPLATE - Dr Marc MERTEN

2° sous-section : *Physiologie*

Dre Iulia-Cristina IOAN - Dr Edem ALLADO (stagiaire)

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : *Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*

Dre Corentine ALAUZET - Dre Hélène JEULIN - Dre Véronique VENARD - Dr Cédric HARTARD (stagiaire)

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : *Épidémiologie, économie de la santé et prévention*

Dre Frédérique CLAUDOT - Dr Arnaud FLORENTIN - Dr Jonathan EPSTEIN – Dr Abdou OMOROU

2° sous-section *Médecine et Santé au Travail*

Dre Isabelle THAON

3° sous-section *Médecine légale et droit de la Santé*

Dre Elodie MARCHAND (stagiaire)

4° sous-section : *Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*

Dre Aurélie BANNAY

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2° sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie*

Dre Lina BOLOTINE

3° sous-section : *Immunologie*

Dre Alice AARNINK

4° sous-section : *Génétique*

Dre Céline BONNET - Dre Mathilde RENAUD

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3° sous-section : *Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*

Dr Nicolas GAMBIER - Dr Julien SCALA-BERTOLA - Dre Élise PAPE

5° sous-section : *Médecine d'urgence*

Dr Déborah JAEGER (stagiaire)

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : *Neurologie*

Dr Guillaume MATHEY (stagiaire)

2° sous-section : *Neurochirurgie*

Dr Fabien RECH

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4° sous-section : *Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*

Dre Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : *Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*

Dr Fabrice VANHUYSE - Dr Joseph SEITLINGER (stagiaire)

4° sous-section : *Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*

Dre Virginie DUFROST (stagiaire)

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : *Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*

Dr Bénédicte CARON (stagiaire)

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1° sous-section : Pédiatrie

Dre Cécile POCHON – Dr Amandine DIVARET-CHAUVEAU - Dr Mathieu KUCHENBUCH (stagiaire)

3° sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Dr Charline BERTHOLDT

4° sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale

Dre Eva FEIGERLOVA

5° sous-section : Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

Dr Mikaël AGOPIANTZ

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5° Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

M. Vincent LHUILLIER

63° Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES

Mme Pauline SOULET LEFEBVRE

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mme Marie-Claire LANHERS - M. Nick RAMALANJAONA

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mme Nathalie AUCHET - Mme Rümeyza BASCETIN - M. Simon TOUPANCE - Mme Selma BEN FRADJ

69° Section : NEUROSCIENCES

Mme Sylvie MULTON

Section 70 : SCIENCES DE L'ÉDUCATION ET DE LA FORMATION

Mme Silvia ROSSI

90° Section : MAÏEUTIQUE

Mme Gaëlle AMBROISE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53° Section, 3° sous-section : (Médecine générale)

Dr Antoine CANTON - Dr Jean-Charles VAUTHIER - Dr Boris GASS

Remerciements

A notre Maître et Président de jury,

**Monsieur le Professeur Mathias POUSSEL,
Professeur des universités - Praticien hospitalier,**

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites de présider ce jury de thèse et de juger ce travail.

Nous vous prions de trouver dans ce travail, l'expression de notre plus profond respect et admiration.

A notre Maître et Juge,

**Monsieur le Docteur Antoine CANTON,
Maitre de conférences associé de médecine générale,**

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail de thèse.

J'espère que vous trouverez dans ce travail l'expression de mon respect et de mon admiration.

A notre Maître et Directeur,

Monsieur le Docteur Sébastien HINGRAY,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger et de juger ce travail de thèse.

Je vous remercie pour votre implication, votre confiance et vos encouragements tout au long de ce travail.

Votre disponibilité et votre écoute ; votre regard sur l'aspect méthodologique, sur le contenu et la pertinence de mes propos et de ma réflexion auront été une aide précieuse dans l'aboutissement de ce travail. Merci pour tout cela.

Je profite ici de l'occasion pour sincèrement vous exprimer ma gratitude quant à vos enseignements tout au long de notre apprentissage au DIU de Médecine Manuelle et Ostéopathie.

J'espère que vous trouverez dans ce travail l'expression de mon respect et de mon admiration.

A ma famille,

À mes parents,

Merci pour tout ce que vous avez fait et ce que vous faites encore pour nous. Merci pour les valeurs que vous nous avez inculqués, l'éducation que nous avons reçue. Je n'en serais pas là aujourd'hui si vous n'aviez pas été si présents. Je revois la P1, tous ces aller-retours Vittel – Nancy, tous ces questionnaires de QCM dans le salon ou au téléphone... puis les années suivantes avec les sessions MIKBOOK, les fiches en dermato... Cette réussite est aussi la vôtre. C'est une bénédiction de vous avoir comme parents. Merci pour tout depuis toujours et pour toujours.

A mon frère Victor,

Bravo pour l'homme que tu es devenu. J'ai encore parfois du mal à me dire que tu n'es plus le garçon qui courrait partout et me tirait sans cesse hors de la maison quand nous étions enfants. Bravo pour ton parcours professionnel et personnel, bravo pour ta force malgré les épreuves. Je suis fier et admiratif de toi petit frère. Merci à toi **Adeline** d'être à ses côtés depuis tant d'années. Je suis heureux que tu fasses partie de la famille.

A mes grands-parents,

Yvonne et René

La plus pétillante des grands-mères, toujours souriante, toujours en mouvement. Toi et ton incroyable énergie me manquez terriblement. Je suis sûr que tu aurais montré des photos de ma soutenance à tout le monde.

Le centenaire le plus moderne de France. Je suis admiratif de ton esprit, de tout ce que tu as accompli et tout ce que tu continues de faire. Ça va te manquer de ne plus me dire « alors, ta thèse ? ».

A mes grands-parents,

Annie et Alphonse

L'âme de la place des Vosges. Nancy n'est plus la même sans vous. Je me rappellerai toujours votre force, votre détermination. L'indestructible duo. Je suis sûr que où que vous soyez, vous vous aimez encore comme au premier jour.

A Hervé et Béa,

Tu nous manques tellement mon oncle. Je sais que tu aurais encore été le mieux habillé aujourd'hui. Béa je suis si touché que tu sois venue assister à ce moment avec nous. Merci Tata.

A Nadette et Jean,

A Michel,

A Raphael, Paula et Gaby.

A Sarah,

Que dire que tu ne saches déjà ? J'ai la chance de passer et de construire ma vie à tes côtés. J'aime ta joie de vivre, ton ouverture au monde et aux autres. Tu es la femme la plus forte et la plus courageuse que je connaisse. La plus patiente aussi. Tu as su m'encourager, me soutenir et m'aimer dans les bons et dans les mauvais moments. Cette thèse est la fin d'un chapitre, une étape cruciale que tu m'as aidé à franchir. D'autres s'ouvrent et s'ouvriront à nous, j'ai hâte de les écrire avec toi. Je t'aime.

Aux nouveaux membres de ma famille,

A Clarisse et Olivier,

Merci de m'avoir accueilli parmi vous. Toute cette bonté. Merci pour votre aide et votre soutien quand nous en avons besoin. C'est un honneur de vous avoir comme beaux-parents. Je ne dis pas ça pour gagner des lavages de ma voiture...

Les clés sont dans la poche gauche de ma veste.

A Lucile, Damien et Gabriel,

Merci pour tous ces moments passés ensemble et tous ceux à venir. Bravo pour votre détermination et votre courage sans faille. Félicitations pour votre petit prince ; bienvenu au GOP. Quelle aventure... Même avant d'arriver tu faisais déjà du grabuge. Tu ne resteras pas petit bien longtemps et nous savons que tu es déjà fort. J'ai hâte de te voir battre ton père au babyfoot.

À Véro et Fred,

C'est toujours un plaisir de passer du temps avec vous. Parler de musique, de série... vous montrer des magasins insolites... et bugger sur Pascal Caffet.

A Emma et Valentin,

L'artiste talentueuse et le futur ministre cinéphile.

À Didier,

Merci d'être là aujourd'hui, ta présence me touche sincèrement.

A mes amis,

A Guillaume ainsi qu'Hugo et Louise

J'ai l'impression que la P1 était hier ; les jeux de mots pourris en amphi, le gala de médecine, Barcelone pour fêter notre victoire, toi en dentaire moi en médecine. Le temps passe mais notre amitié reste. Je suis fier de t'avoir à mes côtés.

A Antoine (tu es une tribu)

A Hugo (l'aventurier)

A Luc (l'indestructible)

Les médecins du ski, les terreurs romarimontaines ; l'internat n'aurait pas eu la même saveur sans vous. J'ai hâte de prendre le temps de vous retrouver.

A tous les potes palmés du PUC.

A Sébastien,

La force tranquille, le passionné touche à tout, le meilleur binôme de palanquée.

A Hervé,

La clé de voute de toutes ces années de plaisir et de formation au monde subaquatique.

A Pauline et Olivier,

Les infatigables baroudeurs, rock'n roll et solaires.

A Poupou et Beck,

Les Beckham de la plongée.

A Benjamin et Maria,

La plus belle des sauveteuses d'alerte à Malibu... Et la plus cool des docteurs grecques.

A Loïc, Laurine et Louis,

Le flamboyant compatriote vittelois et son adorable famille. Amis depuis le lycée, nous avons tant de bon souvenirs ensemble. Chausse les NewBalance qu'on aille s'en créer d'autres.

A Richard et Jérôme,

James et JD, je savais que vous faisiez partis du package en rencontrant Sarah, et j'en suis ravi.

Merci d'être là les amis.

A mes formateurs, à mes confrères,

A Nathalie et Patrice ROBERT,

Merci pour vos conseils, votre accompagnement et votre formation. Merci pour votre chaleur, votre générosité et votre gentillesse lors de mes stages et par la suite. Je suis heureux d'avoir pu apprendre, travailler et mûrir à vos côtés.

A Patrice LAURENT, A Marc TENENBAUM,

Merci pour votre confiance. Merci pour la chance de pouvoir avancer auprès de vous.

Serment

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

Table des matières

Liste des professeurs.....	2
Remerciements	8
Serment.....	17
1.Introduction.....	20
1.1 Contexte.....	20
1.2 L'ostéopathie	22
1.2.1 Historique.....	22
1.2.1.1 Andrew Taylor Still.....	22
1.2.1.2 La nouvelle approche de Still.....	22
1.2.1.3 La nouvelle école	23
1.2.1.4 La France et la médecine manuelle.....	24
1.2.2 Définitions.....	25
1.2.3 Le traitement ostéopathique.....	28
1.2.3.1 Les différentes techniques.....	28
1.2.3.2 Le principe de base : la dysfonction articulaire	29
1.2.3.3 Le diagnostic ostéopathique de base : Le dérangement intervertébral.	29
1.2.3.4 Le syndrome CTM.....	30
1.2.3.5 Les indications	30
1.2.3.6 Contre-indications à la manipulation vertébrale.	31
1.2.4 Cadre légale et réglementaire, formation.....	32
1.3 La lombalgie.	32
1.3.1 Définitions de la lombalgie.....	32
1.3.2 Lombalgie commune	33
1.3.3 Prévalence	34
1.3.4 Coût sociétal.....	34
1.4 Les objectifs.....	35
2.Méthode	35
2.1 Choix d'une revue de littérature	35
2.2 Formulation d'une question de recherche.....	35
2.3 Stratégie de recherche	36
2.4 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	39
2.5 Exportation des résultats vers Zotero®.....	39
3.Résultats.....	43
3.1 Ensemble des citations.....	43
3.2 Nature des citations.	45
3.3 La médecine manuelle et ostéopathie.....	45
3.3.1 Résultats Selon techniques.....	46
3.3.1.1 Les techniques articulaires : manipulations et mobilisations.	46
3.3.1.2 Les techniques musculaires : massothérapie et myotensifs.	49
3.4 Autres résultats notables.....	51
3.4.1 Médications.....	51
3.4.2 Le modèle biopsychosocial.....	53
3.4.3 Interactions médecin patient.	54
3.4.4 Activité physique.	55
3.4.5 L'orientation des patients.....	55
3.4.6 Drapeaux rouges	56

3.4.7 Drapeaux Jaunes	57
3.4.8 STarT Back Screening Tool.....	57
4. Discussion.....	60
4.1 La médecine manuelle et ostéopathique.	60
4.1.1 Apports de la prise en charge manuelle d'après nos résultats.....	60
4.1.2 Le déroulé du temps de consultation MMO	62
4.1.2.1 Les barrières articulaires	62
4.1.2.2 L'examen clinique physique.	63
4.1.2.3 Le syndrome de la jonction dorso lombaire.	70
4.1.2.4 Prise en charge holistique.....	73
4.1.3 Un outil d'aide à la prise en charge.	77
4.2 Limites de l'étude.....	79
4.3 Forces de l'étude.	81
5. Conclusion	82
6. Bibliographie	85
7. Annexes.....	89

1.Introduction

1.1 Contexte

La lombalgie est le mal du siècle. Il s'agit là du deuxième motif de consultation en cabinet de médecine générale française puisqu'il motive 9% des rendez-vous médicaux. Sa prévalence annuelle est de 5% et intéressera 80% des patients au moins une fois dans leur vie (1). 90% des lombalgies aiguës régresseront de manière spontanée, au-delà des 4 semaines d'évolution elles seront qualifiées de subaiguës, à partir de la 12^{ème} semaine, la douleur devient chronique. Ces 7% de lombalgies chronicisées possèdent un impact, personnel, professionnel, social et sociétal lourd. L'INRS nous apprend que la lombalgie chronique est la première cause d'inaptitude médicale chez les salariés de moins de 45 ans d'après la 5^o enquête européenne sur les conditions de travail (Eurofound) (2). La lombalgie chronique est un facteur favorisant dans le développement de l'anxiété et de la dépression qui sont et seront elles-mêmes des facteurs de chronicité de la lombalgie. Ce cercle vicieux modifie drastiquement la qualité de vie des patients et leur fonctionnement cognitif. La douleur ou l'anxiété de subir de la douleur dictera le comportement d'un patient lombalgique ; les stratégies d'évitement l'emporteront sur la participation aux activités sociales (sortir au cinéma et rester trop longtemps en position assise, refuser des balades ou randonnées avec ses proches...), sur l'implication dans les tâches ménagères et familiales (passer la serpillière, jouer avec ses enfants, sortir le chien...), sur la productivité au travail (ce que le patient peut faire, ce que le patient pense ne pas pouvoir faire, ce que ses collègues devront assumer à sa place et le retentissement pour le travailleur sur sa place au sein des équipes et de son entreprise).

La lombalgie aiguë est statistiquement de bon pronostic. La lombalgie chronique, elle, peut s'avérer dramatique. C'est donc au cours de la période sub-aiguë qu'une prise en charge active doit être entreprise ou poursuivie.

Parmi l'arsenal thérapeutique disponible, usage d'anti inflammatoires non stéroïdiens, de corticoïdes ou décontracturants musculaires, prescription de séances de kinésithérapie, port de ceinture de maintien lombaire... on retrouve de plus en plus fréquemment le recours

aux thérapies complémentaires (3). La plus plébiscitée de ces dernières est l'ostéopathie, qu'elle soit pratiquée ou non par un médecin, avec un accès le plus souvent spontané du patient sans en discuter au préalable avec le médecin de famille. A titre d'exemple, en 2020, 55% des patients avait déjà eu recours à l'ostéopathie sur la population rurale vosgienne et meusienne en maison de santé pluridisciplinaire en 2020 (4).

Cette discipline historiquement médicale dans le monde anglo-saxon, est en France essentiellement instruite au sein de formations privées tout en demeurant accessibles aux médecins généralistes notamment par le biais de diplômes inter universitaires (ainsi qu'aux médecins rhumatologues, MPR...).

Bien que ces derniers soient validés médicalement pour être enseignés, il demeure que le niveau de preuve d'un apport bénéfique des prises en charge ostéopathiques est souvent jugé insuffisant. Ce phénomène s'explique en partie par une définition parfois floue de l'ostéopathie, discipline regroupant un ensemble assez vaste de techniques manuelles, instruites de façon hétérogènes, appliquées à des troubles nombreux (cervicalgies, dorsalgies, arthralgies périphériques, troubles du transit...) et dont les études sont souvent de faible qualité de part des méthodologies complexes (difficultés d'élaboration d'études en double aveugle, biais d'échantillonnage par défaut de taille, de comparabilité, des échantillons, de représentativité vis à vis de la population cible, etc)(5). De nombreuses sources dans la littérature dédiée, s'étoffant d'années en années, tendent à faire accepter un apport bénéfique, au moins modeste, de l'ostéopathie, pour la prise en charge de troubles ostéo articulaires cervicalgiques et lombalgiques particulièrement d'origine non spécifique, notamment lorsqu'elle est pratiquée de façon non exclusive (hygiène posturale, kinésithérapie...).

Ainsi nous nous posons donc l'objectif de rechercher la place bénéfique de l'ostéopathie pour prendre en charge les patients souffrant de lombalgies sub-aiguës non spécifiques, dans leurs parcours contre la chronicisation d'un trouble qui les amène de plus en plus souvent à multiplier les consultations médicales, paramédicales et non médicales auprès d'intervenants divers, un mécanisme potentiellement source de perte de temps, de perte de chance, de perte d'argent et de désillusions.

1.2 L'ostéopathie

1.2.1 Historique

1.2.1.1 *Andrew Taylor Still*

L'origine de l'ostéopathie remonte au XIX^{ème} siècle. Elle fut fondée par Andrew Taylor Still (1828-1917) en 1874, médecin itinérant du Kansas et fervent croyant. Lorsque la guerre de Sécession éclate en 1861, Still rejoint le service médical des armées en tant qu'assistant, il officiera comme médecin et chirurgien militaire durant la guerre. Ses activités mêlées au contexte mortifère du conflit l'amènent à disséquer de nombreux cadavres et à parfaire ses connaissances anatomiques. Au cours de l'année 1864, trois de ses enfants décèdent de méningite tandis qu'un quatrième succombe des complications d'une pneumonie. Pour le soignant, pieux et profondément attaché à la condition humaine, ayant assisté à sa propre impuissance et celle de la médecine de l'époque, ces pertes tragiques engendrent en lui un questionnement profond sur les modes d'actions et raisonnements médicaux. Penser la santé sous un autre paradigme, lui donnerait-il accès à une médecine plus efficiente ?

1.2.1.2 *La nouvelle approche de Still*

Still étudie les traitements alternatifs de l'époque comme le régime alimentaire, l'hydropathie, la fixation osseuse et la guérison magnétique et déclare être séduit par le peu d'effets indésirables résultant de ces pratiques. Il cherche alors à créer une pratique qu'il souhaiterait médicale et rationnelle consistant en des manipulations du système musculo squelettique avec au besoin, un usage plus précautionneux des thérapeutiques médicamenteuses et des interventions chirurgicales.

Il va donc poser de façon empirique les principes théoriques de sa nouvelle démarche. Succinctement il établit qu'en premier lieu, toute structure corporelle dispose d'une fonction physiologique et que chaque fonction influence la structure et sa forme qui elles-mêmes régissent le fonctionnement de l'organe. Le squelette et la musculature servent de charpente

et supportent les systèmes et organes dont la mobilité naturelle demeure indispensable à leur bon fonctionnement.

Secondairement, les structures seraient interdépendantes, dans un concept d'unité et d'interrelations, d'une part par le partage de structures communes impliquées ainsi dans diverses fonctions (en extrapolant le premier principe de Still) et d'autre part d'une entité reliant toutes les parties du corps : la vascularisation. Cette dernière est primordiale au bon fonctionnement des tissus, organes et systèmes en permettant un principe d'autoguérison du corps. En somme, toute structure somatique exempt de lésion organique, est apte à fonctionner normalement du moment que sa vascularisation est optimale. Ces éléments que théorisait Still, trouveront en réalité des échos bien des années plus tard avec le développement de nos connaissances sur le système immunitaire et les mécanismes d'inflammation.

1.2.1.3 La nouvelle école

Ainsi en 1874 Andrew Taylor Still élabore sa propre discipline qu'il nomme ostéopathie en mélangeant deux racines grecques, ostéon- (l'os) et -pathos (la souffrance). Il poursuit plusieurs années son activité de docteur itinérant sur les routes du nord-est du Missouri en usant de sa nouvelle médecine avant de fonder, en 1892, à Kirksville, The American School of Osteopathy, le premier collège américain d'ostéopathie.

Conformément à sa volonté de se démarquer, les étudiants diplômés recevront le titre de « D.O. graduate », Docteur en Ostéopathie, et non celui de M.D, Docteur en médecine. Au fil des années, de nouveaux collèges ouvrent dans d'autres états américains suscitant une interrogation légitime des instances médicales officielles. Ces dernières reconnaîtront la pratique de l'ostéopathie comme discipline paramédicale, dont l'exercice sera autorisé dans de plus en plus d'état avant d'être considérée comme médicale aux USA en 1973.

1.2.1.4 La France et la médecine manuelle

L'essor de l'ostéopathie ne reste pas cantonné aux États Unis. L'importation européenne de la discipline s'effectuera principalement de deux manières.

Premièrement au Royaume Uni avec l'ouverture en 1917 de la British School Of Osteopathy fondée par le médecin britannique John Martin Littlejohn (1865-1947) ayant suivi l'enseignement de Still après avoir fini ses études de médecine à Chicago.

Secondairement, et c'est de cette voie que découlera la médecine manuelle et ostéopathie : la France.

Dans l'hexagone, il est un acteur incontournable de l'implantation de l'ostéopathie avec un dessin plus médical : le Docteur Robert Lavezzari (1886-1977). Après avoir rencontré un médecin américain et élève du Docteur Still, le Docteur Florence Gair, Lavezzari s'initia aux techniques mises au point par Still pour les mobilisations et manipulations du rachis et des membres qu'il cherchera à améliorer et perfectionner. C'est ainsi que le Docteur Lavezzari créa, au Dispensaire Hahnemann à Paris, en 1932, le premier enseignement de l'ostéopathie en France.

Vingt années plus tard, en 1952, le Docteur Robert Lavezzari fonda, en compagnie de plusieurs confrères et disciples (parmi eux les Docteurs Roger Lescure, Jean-Thierry Mieg, Pascal Piedalu) la Société Française d'Ostéopathie, soit la première société savante des médecins ostéopathes et qui regroupait des médecins français ainsi que d'autres médecins européens, ayant en commun un même esprit scientifique médical de recherche, de développement, et de perfectionnement des techniques entrant dans le cadre de la médecine ostéopathique. Lavezzari présidera la SFO jusqu'en 1977.

Rapidement ce recentrage médical de l'ostéopathie qui s'affranchissait de plus en plus de l'héritage de Still, intéresse la rhumatologie en se concentrant sur la branche ostéo-articulaire de la discipline particulièrement grâce au travail de Robert Maigne (1923-2012), médecin rhumatologue. C'est cette mouvance qui progressivement donnera naissance à la

médecine manuelle et ostéopathe (MMO). Toute l'essence de la MMO, des recherches et des perfectionnements dans ce domaine a été d'inscrire la discipline dans un parcours médical, reposant sur une réflexion scientifique, fondée sur des faisceaux d'indices et de preuves, proposant des examens cliniques standardisés, codifiés et reproductibles. Le vrai défi était de faire de la MMO une spécialisation objective. Pour explorer les hypothèses de douleurs myalgiques, cellulalgies et autres signes traduisant des irritations et compressions de fibres superficielles nerveuses, Maigne ira jusqu'à recréer des douleurs expérimentalement en injectant du sérum physiologique à proximité de l'émergence des dites fibres pour cartographier les zones impactées en fonction des niveaux vertébraux explorés.

Parallèlement, l'ostéopathie plus « conventionnelle » continue de se développer, essentiellement instruite aux non-médecins et non-kinésithérapeutes et qui, comparativement à la médecine manuelle, sera plus connue du grand public, mais moins reconnue par les instances scientifiques.

1.2.2 Définitions

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a proposé, après concertations avec les différents représentants des pays concernés par l'ostéopathie, cette définition dans un référentiel de 2010 :

« L'ostéopathie (également dénommée médecine ostéopathe) repose sur l'utilisation du contact manuel pour le diagnostic et le traitement. Elle prend en compte les relations entre le corps, l'esprit, la raison, la santé et la maladie. Elle place l'accent sur l'intégrité structurelle et fonctionnelle du corps et la tendance intrinsèque de l'organisme à s'auto-guérir. »

Les ostéopathes utilisent une grande variété de techniques thérapeutiques manuelles pour améliorer les fonctions physiologiques et/ou soutenir l'homéostasie altérées par des dysfonctions somatiques (les structures du corps), c'est à dire une altération ou une dégradation de la fonction des composantes concernées du système somatique : les structures

squelettiques, articulaires, et myofasciales, ainsi que les éléments vasculaires, lymphatiques et neurologiques corrélés.

Les ostéopathes utilisent leur connaissance des relations entre la structure et la fonction pour optimiser les capacités du corps à s'auto-réguler et à s'auto-guérir. Cette approche holistique de la prise en charge du patient est fondée sur le concept que l'être humain constitue une unité fonctionnelle dynamique, dans laquelle toutes les parties sont reliées entre elles. »

Pour ce qui est de la législation française, il aura fallu deux années de concertation sous la supervision du ministère de la santé pour publier en 2014 au Bulletin Officiel de la République Française une définition à la fois large, complète et consensuelle de l'ostéopathie en France.

L'ostéopathie y est définie comme suit dans le glossaire :

« Définition du métier :

L'ostéopathe, dans une approche systémique, après diagnostic ostéopathique, effectue des mobilisations et des manipulations pour la prise en charge des dysfonctions ostéopathiques du corps humain.

Ces manipulations et mobilisations ont pour but de prévenir ou de remédier aux dysfonctions en vue de maintenir ou d'améliorer l'état de santé des personnes, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agent physique.

Diagnostic ostéopathique :

Le diagnostic ostéopathique comprend un diagnostic d'opportunité et un diagnostic fonctionnel :

Diagnostic d'opportunité : démarche de l'ostéopathe qui consiste à identifier les symptômes et signes d'alerte justifiant un avis médical préalable à une prise en charge ostéopathique ;

Diagnostic fonctionnel : démarche de l'ostéopathe qui consiste à identifier et hiérarchiser les dysfonctions ostéopathiques ainsi que leurs interactions afin de décider du traitement ostéopathique le mieux adapté à l'amélioration de l'état de santé de la personne.

Dysfonction ostéopathique :

Altération de la mobilité, de la viscoélasticité ou de la texture des composantes du système somatique. Elle s'accompagne ou non d'une sensibilité douloureuse.

Traitement ostéopathique :

Ensemble des techniques ostéopathiques adaptées à la personne en fonction du diagnostic ostéopathique visant à améliorer l'état de santé de la personne.

Technique ostéopathique :

Ensemble de gestes fondés sur des principes ostéopathiques.

Manipulation/mobilisation :

La manipulation est une manœuvre unique, rapide, de faible amplitude, appliquée directement ou indirectement sur une composante du système somatique en état de dysfonction afin d'en restaurer les qualités de mobilité, de viscoélasticité ou de texture. La manipulation porte la composante concernée au-delà de son jeu dynamique constaté lors de l'examen, sans dépasser la limite imposée par son anatomie.

Appliquée sur une articulation ou sur un ensemble d'articulations, elle peut s'accompagner d'un bruit de craquement (phénomène de cavitation) qui n'en constitue cependant pas nécessairement un indice et qui est sans valeur pronostique.

La mobilisation est un mouvement passif parfois répétitif, de vitesse et d'amplitude variables, appliqué sur une composante du système somatique en état de dysfonction. »

1.2.3 Le traitement ostéopathique

1.2.3.1 Les différentes techniques

Comme expliqué ci-dessus au sein de la définition et présentation de la discipline ostéopathique publiée au Bulletin Officiel, le traitement ostéopathique regroupe un ensemble de techniques d'ostéopathie employé par le praticien afin de prendre en charge son patient. Les techniques et les ensembles de techniques les plus employées sont les suivantes :

Manipulation : aussi nommée High Velocity Low Amplitude (HVLA) mais pour laquelle je ne reviendrai pas sur sa définition déjà présentée plus haut. Elle est probablement la technique la plus connue et représentative de la discipline dans l'inconscient collectif de la population.

Mobilisation : c'est un mouvement passif parfois répétitif, de vitesse et d'amplitude variables, appliqué sur une composante du système somatique en état de dysfonction. Il s'applique dans la même configuration que la manipulation sans en aller rechercher le « thrust » (soit ce mouvement de haute vitesse et basse amplitude)(6).

Étirement myotensif : aussi appelé en anglais les muscle energy techniques (MET). Il s'agit de manœuvres usant de contractions isométriques de durées variables suivi d'un étirement musculaire passif ce qui est assez comparable aux techniques de contracté/relâché utilisés par les kinésithérapeutes.

Strain-Counterstrain (SCS) : ces techniques à visée antalgiques, aussi appelées techniques de Jones (7), sont des manœuvres à composante neuromusculaire où le patient a ici une participation active en orientant le manipulateur pour le guider vers la zone de dysfonction douloureuse musculaire appelée Trigger Point.

Il existe dans l'arsenal ostéopathique des techniques douces très rarement voire aucunement utilisées par les médecins MMO comme la fasciathérapie, la microkinésithérapie, l'ostéopathie crânienne et l'ostéopathie viscérale très axées autour du principe de vascularisation optimale décrite par Still.

Ainsi nous observons, après avoir pris connaissance des définitions parfois vastes de la discipline ostéopathique et des différentes techniques et courants de techniques qui la composent, que les modes de prise en charge voire même les schémas de réflexion peuvent radicalement changer, d'un praticien formé à l'ostéopathie à un autre. Le poids de la formation (école d'ostéopathie ou diplôme (inter) universitaire) ainsi que le profil du praticien formé influenceront sur tout cela. Nous rappellerons donc une nouvelle fois que les médecins détenteurs du DIU de MMO useront principalement de l'aspect ostéo articulaire et musculaire de la discipline.

1.2.3.2 Le principe de base : la dysfonction articulaire

La vision mécanique, ostéo articulaire et musculaire du thérapeute manuel et ostéopathe a pour objectif, de traiter une lésion, une dysfonction, généralement articulaire. Cette dysfonction se définit comme une restriction de mobilité d'une articulation. Lorsqu'elle s'applique à un niveau vertébral, il n'est pas rare d'y voir associée la notion erronée de « vertèbre déplacée » relevant ici d'un abus de langage découlant de la restriction de mobilité.

1.2.3.3 Le diagnostic ostéopathique de base : Le dérangement intervertébral.

Pour rappel, selon les textes officiels, l'ostéopathie est définissable comme « l'ensemble de pratiques manuelles ayant pour but de diagnostiquer les dysfonctionnements de mobilité du corps et d'y remédier par des techniques appropriées ».

Dans la vision de l'école ostéopathique de MAIGNE, le bilan d'un foyer douloureux potentiellement dû à une dysfonction articulaire rachidienne repose sur l'examen du

dérangement intervertébrale (DIV). Ce dérangement, après que l'examineur ait éliminé une pathologie organique, est qualifié de dérangement intervertébral mineur (DIM).

1.2.3.4 Le syndrome CTM

La traduction clinique d'un DIV est le syndrome cellulo-téno-périosto-myalgique. Robert MAIGNE le présente comme une perturbation réflexe au sein du territoire métamérique de la branche postérieure du nerf rachidien, consécutive au dérangement intervertébral du niveau dont il est issu.

Ainsi le syndrome caractérisant un DIV se compose de :

- La cellulalgie, soit l'infiltrat douloureux cutané plus ou moins paresthésique projeté dans le dermatome correspondant.
- La ténalgie qui peut mimer ainsi une tendinite de part une douleur provoquée à la palpation du tendon sans pour autant être reproduite à la contraction ou à l'étirement.
- La myalgie, avec la présence d'un cordon myalgique induré à la palpation de certains muscles du myotome correspondant.
- La périostalgie soit la douleur à la palpation d'insertions périostées.

1.2.3.5 Les indications

Selon l'article 1 du décret n°2007-435 du 25 mars 2007, l'ostéopathie a comme but de prévenir et/ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain à l'exception des pathologies organiques qui nécessiteront une intervention thérapeutique d'ordre médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques.

Les indications vont diverger d'une voie de formation à l'autre mais en MMO, les indications seront d'ordres musculaires, ostéo articulaires : les lombalgies, les lombo

sciatalgies, les dorsalgies, les cervicalgies, certaines tendinopathies, certaines formes d'entorses...

1.2.3.6 Contre-indications à la manipulation vertébrale.

Bien que les indications soient nécessaires à connaître tout en demeurant assez disparates d'un professionnel formé à l'ostéopathie à un autre, les contre-indications, essentiellement vis à vis du traitement manipulatif vertébral, apparaissent bien moins discutables, particulièrement pour les contres indications absolues (7)(cf *Tableau 1*).

Contre-indication absolues	Contre-indication relatives
<ul style="list-style-type: none"> -L'ensemble des pathologies organiques qui vont justifier une prise en charge médico-chirurgicale, soit -Les pathologies inflammatoires et systémiques (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante...) -Les pathologies infectieuses (spondylodiscites, arthrites septiques, appendicite...) -Les affections tumorales qu'elles soient bénignes ou malignes, -Les atteintes traumatiques (fractures, tassements vertébraux, instabilités articulaires, les prothèses) -Les déficits sensitivomoteurs neurologiques -Les troubles et accidents vasculaires et de la coagulation (accident vasculaire cérébral) -Les pathologies congénitales graves -Les malformations de la charnière cervico-occipitale, l'insuffisance vertébro-basilaire -Les troubles psychiatriques. -L'absence de clichés pour les manipulations cervicales 	<ul style="list-style-type: none"> - L'ostéoporose -Les personnes âgées -Les enfants -L'arthrose -Les squelettes en croissance -La maladie de Sheuermann -Patients manipulo-dépendants -Patients agressifs

Tableau 1 – Les contres indication aux soins manipulatifs en MMO.

1.2.4 Cadre légale et réglementaire, formation.

La pratique professionnelle de l'ostéopathie est strictement encadrée et autorisée en France depuis la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Elle prévoit dans son article 75 que « *l'usage professionnel du titre d'ostéopathe (...) est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie (...) délivrée par un établissement de formation agréé par le ministre chargé de la santé dans des conditions fixées par décret.* »

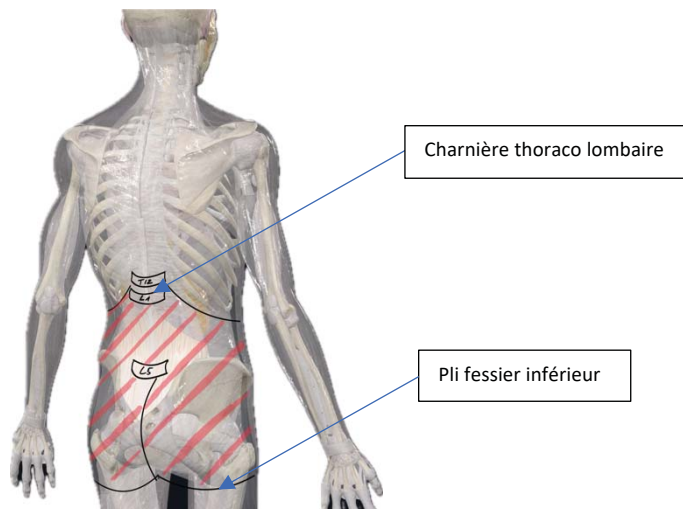
Deux voies d'accès existent pour pratiquer la discipline ostéopathique : celle en établissements privés, les écoles d'ostéopathie (voix la plus connue et la plus empruntée) et la seconde, celle de la MMO. Une présentation succincte est disponible en partie Annexes (**Annexe 1**).

1.3 La lombalgie.

1.3.1 Définitions de la lombalgie

Les définitions de la lombalgie selon les sources sont globalement proches de celle présentée par l'HAS (8), soit une douleur située entre la charnière thoraco lombaire (zone de jonction entre la vertèbre T12 et la vertèbre L1) et le pli fessier inférieur (définition que certains décrivent comme lombo-fessalgies) (**Figure 1**).

Les lombalgies sont définies comme chroniques à partir de 3 mois d'évolution. Avant ce délai, la définition varie en fonction des référentiels ou des sociétés savantes. La majeure partie d'entre eux continuent de qualifier les lombalgies sous deux prismes : l'aigu avant les 90 jours d'existence du trouble, puis le chronique. Cependant depuis quelques années on retrouve de plus en plus la notion de lombalgies dites sub-aiguës. Cette période débute dès les 4 à 6^{ème} semaines d'évolution suivant les sources jusqu'au seuil des 3 mois (**Figure 2**).



Élaboré avec l'application Complete Anatomy version 10.1.0, 3D4Medical Ltd® et retravaillée sur iPads 17.1

Figure 1 – Schéma du territoire lombalgique.

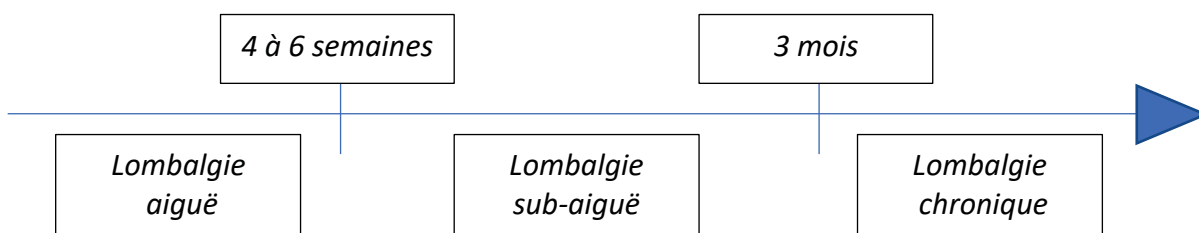


Figure 2 – Lombalgie selon la durée des symptômes.

1.3.2 Lombalgie commune

Une lombalgie est qualifiée de commune lorsque la douleur ne présente aucun signe d'alerte. Ces signes, qui sont nommés plus fréquemment « drapeaux rouges », laissent craindre, de par leur présence, une lombalgie se déclarant comme symptôme secondaire d'une pathologie sous-jacente plus grave. C'est pour cela que le terme de lombalgie commune se dénommait autre fois, lombalgie non spécifique ou aspécifique. Autrement dit, il s'agit d'un diagnostic d'élimination où la lombalgie existent sans résulter d'une pathologie infectieuse ou fracturaire du rachis, ni d'une affection rhumatismale, ni d'une atteinte tumorale et ne s'accompagnant pas de symptômes de compression nerveuses (9).

D'un point de vue physiopathologique, plusieurs structures sont incriminées dans la lombalgie commune : le disque intervertébral et ses vertèbres adjacentes, les articulations interapophysaires, les ligaments, muscles spinaux (10) ... On notera donc que le terme de lombalgie commune est générique et qu'il ne permet pas de distinguer l'étiologie de ce trouble.

1.3.3 Prévalence

La prévalence annuelle de la lombalgie (sans prendre en compte la caractéristique commune ou spécifique du tableau algique) est de 5%. On estime que 80% des patients ont déclaré, ou présenteront ce trouble, au moins une fois dans leur vie (1).

90% des lombalgies régressent de manière spontanée au cours de leurs 4 premières semaines d'évolution tandis que 7% des douleurs lombaires se chronicisent.

1.3.4 Coût sociétal

Les lombalgies chroniques auront un impact pour les patients que cela soit sur le plan personnel ou professionnel, mais aussi une incidence au niveau macro-économique. L'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) à travers sa 5^e enquête européenne sur les conditions de travail (Eurofound) (2) nous apprend que la lombalgie chronique est la première cause d'inaptitude médicale chez les salariés de moins de 45 ans. Selon l'Assurance Maladie, les lombalgies ont entraîné la perte de 12,2 millions de journées de travail (11). Elle est la cause de 30% des arrêts de travail de plus de 6 mois. Elle représente 20% des accidents de travail. Il a été estimé qu'en 2017, les douleurs lombaires ont coûté plus d'un milliard d'euros aux entreprises françaises auquel il faut encore ajouter 661 millions d'euros pris en charge par la Sécurité Sociale.

1.4 Les objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les bénéfices des techniques manuelles utilisées lors des consultations de médecine manuelle et ostéopathie dans la prise en charge des patients souffrant de lombalgies sub-aiguës.

L'objectif secondaire est d'identifier les autres modalités de prises en charges, pertinentes, extrapolables en consultations de médecine générale, afin d'optimiser les soins, les conseils, le suivi et l'accompagnement à proposer aux patients lombalgiques.

2.Méthode

2.1 Choix d'une revue de littérature

Devant, d'une part, l'engouement de la population française à se tourner vers les médecines complémentaires, particulièrement l'ostéopathie qui de surcroît est praticable dans un contexte médical et d'autre part la récurrence des lombalgies comme motif de consultation (fréquemment pour un même patient qui peu à peu verra son trouble se chroniciser), nous avons opté pour une revue systématique de la littérature afin de synthétiser les connaissances sur cette période de transition, sub-aiguë, charnière, insuffisamment étudiée.

2.2 Formulation d'une question de recherche

Pour l'élaboration d'une question de recherche, il est d'usage de faire appels aux outils PICO (Population or Problem, Intervention or exposure, Comparison and Outcome) et PICO (Population or Problem, Interest and Context).

Pour ce qui est de cette revue systématique de la littérature, le PICOS (Participants, Interventions, Comparisons, Outcomes, Study design) est :

- P = Participants = Patients consultant en médecine générale
- I = Indice (étude diagnostique) ou indicateur (étude pronostique) ou intervention (étude thérapeutique) = Prise en charge des lombalgies sub-aiguës
- C = comparateur lorsqu'il en existe, ce qui ici n'est pas notre cas
- O = Outcome = objectif principal = montrer que la médecine manuelle ostéopathique améliore le retour des patients à l'antalgie.
- S = study design = revue systématique de la littérature

Ainsi d'après les outils PICOS, nous formulons cette question de recherche : *L'apport de la médecine manuelle et ostéopathie dans les lombalgies sub-aiguës.*

Cette revue systématique de la littérature a été soumise au contrôle des normes PRISMA.

2.3 Stratégie de recherche

La recherche de citations dans la littérature scientifique a dans un premier temps été effectuée en avril 2023 sur les bases de données suivantes :

- PubMed
- Embase.

Le premier recueil bibliographique, malgré un travail de suppression des doublons et de tris, finit par nous apparaître bien trop axé sur l'ostéopathie (terme qui avait été intégré dans notre équation de recherche).

Bien que notre travail eût pour but d'analyser ces résultats de la façon la plus objective possible, le tout avec un regard médical, nous avons souhaité repenser notre équation de recherche afin de laisser une plus grande part à la médecine générale qui reste et restera le

cœur de notre réflexion et de notre exercice professionnel. Nous ne souhaitons pas que cette thèse soit perçue comme une « thèse » d'ostéopathe.

Pour conserver une âme actuelle, contemporaine, et minimiser le nombre de citations qui auraient pu perdre en pertinence du fait de leur date de publication, il fut choisi de limiter nos recherches à des articles publiés entre le 1^{er} janvier 2010 et le 21 avril 2023.

L'ensembles des articles devaient être rédigés en langue anglaise ou française.

Les équations de recherches sont ainsi présentées dans le **Tableau 2** ci-après.

Chaque publication scientifique dispose d'un identifiant unique de référence : le numéro PMID. La liste de l'ensemble des références PMID des citations obtenues sur PubMed a été exportée de Zotero® vers une page Microsoft Word®. De cette page de traitement de texte, nous avons simplement copié cette entité PMID puis collée dans l'équation de recherche en préparation sur Embase en tant que valeurs à exclure du résultat final pour ainsi minimiser le nombre de doublons potentiels à trier par la suite. Il est possible de visualiser l'ensemble des références PMID dans la partie Annexes (**Annexe 2**).

Ainsi nous avons recueillis 724 citations sur la base de données PubMed.

Avec l'équation de recherche sur la base de données Embase complétée par la technique des doublons potentiels par référence PMID, ce fût 430 citations que nous obtenions.

Base de données	Équation de recherche		Date de clôture
PubMed		(general practice) OR (general practitioners) OR (family practice) OR (family practices)	21/04/2023
	AND	(low back pain) OR (ache, low back) OR (aches, low back) OR (back ache, low) OR (back aches, low) OR (back pain, low) OR (back pain, lower) OR (back pains, low) OR (back pains, lower) OR (backache, low) OR (backaches, low) OR (low back ache) OR (low back aches) OR (low back pains) OR (low backache) OR (low backaches) OR (lower back pain) OR (lower back pains) OR (lumbago) OR (pain, low back) OR (pain, lower back) OR (pains, low back) OR (pains, lower back)	
	NOT	(chronic pain) OR (chronic pains) OR (pain, chronic) OR (pains, chronic) OR (chronic disease) OR (chronic diseases) OR (chronic illness) OR (chronic illnesses) OR (disease, chronic) OR (illness, chronic)	
Embase		'low back pain' OR 'back pain, low' OR 'loin pain' OR 'low backache' OR 'low backpain' OR 'lowback pain' OR 'lower back pain' OR 'lumbago' OR 'lumbal pain' OR 'lumbal syndrome' OR 'lumbalgnesia' OR 'lumbalgia' OR 'lumbar pain' OR 'lumbar spine syndrome' OR 'lumbodynia' OR 'pain, low back'	21/04/2023
	AND	'general practice' OR 'family practice' OR 'general medical practice' OR 'general medicine'	
	NOT	'chronic intractable pain' OR 'chronic persistent pain' OR 'pain, chronic' OR 'chronic pain'	
	NOT	<i>Éléments de l'Annexe 2</i>	

Tableau 2 – Termes utilisés pour les équations de recherches dans les bases de données.

2.4 Critères d'inclusion et d'exclusion.

Les critères d'inclusion étaient les suivant :

- Patient majeur,
- Souffrir de lombalgies sub-aiguës communes,
- S'inscrire dans un parcours de soins primaire,
- Faire référence aux soins applicables en médecine manuelle ostéopathique.

Les critères d'exclusion étaient les suivant :

- Patient mineur,
- Souffrir de lombalgies spécifiques, présenter des signes d'alertes (red flag),
- N'aborder que des lombalgies évoluant depuis plus 3 mois,
- N'aborder que des lombalgies évoluant depuis moins de 4 semaines,
- Absence de soins manuels et ostéopathiques.

2.5 Exportation des résultats vers Zotero®

1154 citations étaient donc importées dans le logiciel de bibliographie Zotero® dans la collection « Identifications ». Chaque base de données disposait d'un sous dossier qui lui était propre (« Embase » et « PubMed ») (cf **Figure 3**).

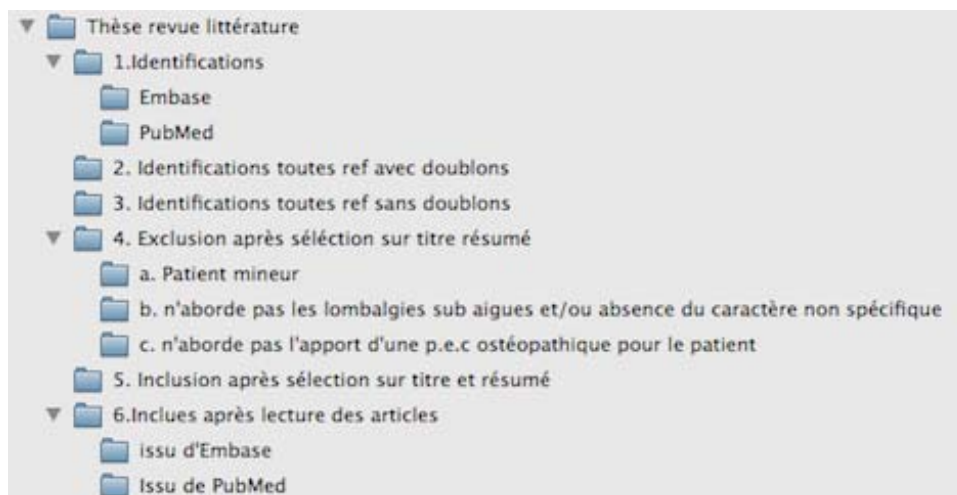


Figure 3 – Collections Zotero® du processus de tri des citations.

Une collection fut créée regroupant l'ensemble des citations avec de probables doublons (« Identifications toutes réf avec doublons ») qui furent ensuite exportées, sous un format « Nom des auteurs, titre de l'article » vers un tableur Excel. Sur ce tableur une couleur était attribuée à chaque citation PubMed et une seconde couleur illustre celles issues de Embase. Chaque case correspondait à chacune des 1154 citations et l'ensemble des cases a été classé sur la même colonne par ordre alphabétique, le but étant ici de vérifier si des cases de couleurs différentes présentaient le même intitulé afin d'identifier plus aisément des doublons.

Parallèlement une vérification par ordre alphabétique fut aussi menée sur Zotero® au sein d'un dossier contenant toutes les citations avec doublons. Le processus aura permis de supprimer 23 doublons résiduels et de conserver 1131 citations.

Ces 1131 citations furent intégrées dans un nouveau dossier Zotero® sans doublons (« Identifications toutes réf sans doublons »). De cette collection, les références ont été exportées vers une nouvelle feuille Excel pour trier les articles selon leur titre et résumé. Une case représentant toujours une citation, disposée sur une même colonne. Les colonnes adjacentes représentaient des critères d'exclusions (« population cible est mineure », « n'aborde pas les lombalgies et/ou diffère du caractère non spécifique et/ou absence du caractère sub-aiguë », « n'aborde pas pour les résultats d'une prise en charge de médecine manuelle et/ou d'ostéopathie ») jusqu'à celle intitulée « inclusion ». Seules étaient considérées comme incluses à ce stade, les citations n'ayant aucun critère d'exclusion identifié au cours de cette étape. Évidemment une citation pouvait relever de plusieurs critères d'exclusion, nous retenons dès lors le critère apparaissant le plus évident.

A ce stade, ce sont 23 citations qui furent écartées essentiellement sur le critère de l'âge de la population étudiée ; 445 n'ont pas été retenues puisqu'elles ne faisaient référence qu'à des lombalgies spécifiques, à des lombalgies aiguës de moins de 4 à 6 semaines, à des lombalgies chroniques ou parfois même s'intéressaient à des patients non lombalgiques. 586 articles furent retirés puisqu'ils n'abordaient aucun résultat, aucun impact des prises en charge en médecine manuelle ou ostéopathie pour les patients. 4 articles ont été exclus devant un contexte de soins non primaires, hyperspécialisé en hôpital, recours à des techniques invasives... 3 ne retenaient pas notre attention par manque flagrant de pertinence.

Après cette étape de sélection sur les titres et résumés, 70 articles durent être triés sur la lecture de leur contenu. Parmi eux 26 ne traitaient en réalité pas de lombalgies non spécifiques sub-aiguës, 13 n'abordaient pas les résultats d'un apport de la médecine manuelle ou de l'ostéopathie pour les patients et 19 furent retirés faute de pertinence (éditos, études de cas isolés, guide pratique extrêmement court, introduction d'une conférence, parti pris évident, article obsolète puisqu'une version mise à jour était intégré à notre étude...) ou de disponibilité de l'article dans son entièreté.

Ainsi le nombre de références conservées pour notre étude à la fin du tri réalisé est de 12 articles.

- 5 citations issues de PubMed
- 7 citations issues de Embase.

Cependant lors du travail préparatoire effectué pour l'élaboration de cette thèse j'ai pu découvrir celle de mon confère Monsieur le Dr Benjamin FRESSE, formé lui aussi à la faculté de Médecine de Nancy - Université de Lorraine. Sa thèse de doctorat de médecine générale intitulée « L'ostéopathie en médecine générale: analyse et fondements des différentes approches de l'ostéopathie: revue de la littérature », recherchait entre autre les niveaux de preuves de l'efficacité des pratiques ostéopathiques toutes indications confondues. Il nous est apparu pertinent de joindre ce travail de qualité au notre.

Au total ce fut donc 13 articles que nous intégrions à cette étude (cf **Figure 4**).

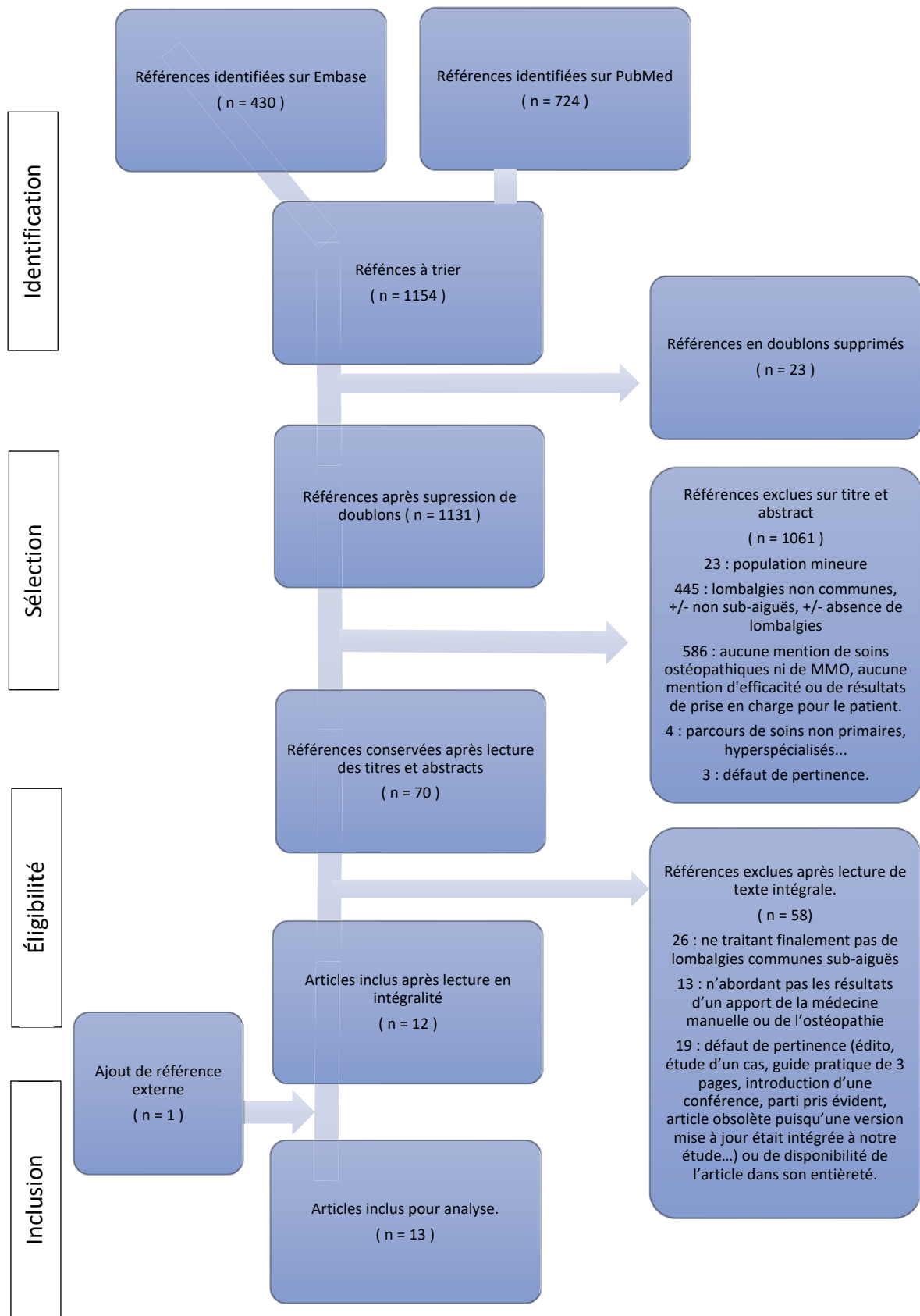


Figure 4 – Flow Chart des références obtenues.

3.Résultats

3.1 Ensemble des citations

	International comparative study of low back pain care pathways and analysis of key interventions (12).
2021	Auteurs : Coeckelberghs E, Verbeke H, Desomer A, Jonckheer P, Fournay D, Willems P, Coppes M, Rampersaud R, van Hooff M, van den Eede E, Kulik G, de Goumoëns P, Vanhaecht K, Depreitere B
	Guideline summary review: an evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of low back pain (13).
2020	Auteurs : Kreiner D. S, Matz P, Bono C M, Cho C, Easa J et al.
	Formulation of Japanese Orthopaedic Association (JOA) clinical practice guideline for the management of low back pain- the revised 2019 edition (14).
2022	Auteurs : Shirado O, Arai Y, Iguchi T, Imagama S, Kawakami M et al
	National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy (15).
2018	Auteurs : Stochkendahl M J, Kjaer P, Hartvigsen A, Kongsted A, Aaboe J et al
	Cost-effectiveness of manual therapy for the management of musculoskeletal conditions: a systematic review and narrative synthesis of evidence from randomized controlled trials (16).
2014	Auteurs : Tsertsvadze A, Clar C, Court R, Clarke A, Mistry H, Sutcliffe P

Tableau 3 – 5 articles obtenus par recherche sur PubMed.

	The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: A systematic review (17).
2011	Auteurs : Darlow B, Fullen B.M, Dean S, Hurley D.A, David Baxter G, Dowell A
	Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions (18).
2018	Auteurs : Foster N.E, Anema J.R, Cherkin D, Chou R, Cohen S.P et al
	Management of non-specific low back pain in primary care - A systematic overview of recommendations from international evidence-based guidelines (19).
2020	Auteurs : Krenn C, Horvath K, Jeitler K, Zipp C, Siebenhofer-Kroitzsch A, Semlitsch T
	The effectiveness of massage therapy for the treatment of nonspecific low back pain: A systematic review of systematic reviews (20).
2013	Auteurs : Kumar S, Beaton K, Hughes T
	Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview (21).
2018	Auteurs : Oliveira C.B, Maher C.G, Pinto R.Z, Traeger A.C, Lin C.-W.C et al
	Spinal pain: Current understanding, trends, and the future of care (22).
2015	Auteurs : Parkin-Smith G.F, Amorin-Woods L.G, Davies S.J, Elosco B, Adams J
	Is manipulative therapy more effective than sham manipulation in adults?: A systematic review and meta-analysis (23).
2013	Auteurs : Scholten-Peeters G.G.M, Thoomes E, Konings S, Beijer M, Verkerk K, Koes B.W, Verhagen A.P

Tableau 4 – 7 articles obtenus par recherche sur Embase.

	L'ostéopathie en médecine générale: analyse et fondements des différentes approches de l'ostéopathie : revue de la littérature (24).
2020	Auteur : Fresse B.

Tableau 5 – 1 article intégré manuellement à l'analyse.

3.2 Nature des citations.

Les 13 articles que nous avons obtenus sont quasiment tous des revues systématiques.

La plupart des citations sont élaborées comme des revues et analyses de différents guidelines mises en place par les sociétés savantes médicales étatiques. Ces articles ont donc été élaborées par des comités d'experts ayant, en toute logique, eux-mêmes recherché dans la littérature scientifique les éléments pertinents dans la prise en charge des patients lombalgiques.

D'autres revues n'ont pas eu vocation à comparer des guidelines mais ont été pilotées par des groupes pluridisciplinaires d'experts du rachis. Ces derniers ont réparti leurs ouvrages en plusieurs questions, exposant plusieurs contextes, sous forme d'interrogations cliniques et pratiques et auront tenté d'y répondre selon la chronologie du trouble et en s'appuyant sur des gradations de niveau de preuve (accord d'experts, présomptions scientifiques, haut niveau de preuves...)

Nous retrouvons aussi une thèse, elle aussi construite autour d'une revue de littérature ciblant les techniques ostéopathiques selon les indications afin, notamment, d'y voir plus clair au sein de la nébuleuse ostéopathique dans laquelle gravite tant de modalités de traitements pour des troubles multiples.

3.3 La médecine manuelle et ostéopathie

La grande majorité des articles étudiés suggère une place pertinente de soins de médecine manuelle et ostéopathique dans la prise en charge des patients souffrant de lombalgies sub-aiguës. Les revues de littérature et essais cliniques abordés par les articles étudiés ici, ainsi que les guidelines nationaux lorsqu'ils en abordent la question, la placent presque systématiquement en traitement d'appoint, à réaliser de concert avec d'autres modalités thérapeutiques. Ils tendent à privilégier cette voie multimodale à la prise en charge purement médicamenteuse (19). D'ailleurs la majeure partie des citations encourage à réduire l'usage des médicaments en première intention (18). E COECKELBERGHS et al (12) rapportent

que les 5 parcours de soins régionaux analysés intégraient des soins ostéopathiques dans la prise en charge des lombalgies sub-aiguës. Ces prises en charge multidisciplinaires avaient permis d'amoindrir et d'optimiser le recours aux aides médicamenteuses, aux consultations des spécialistes du rachis et aux examens d'imagerie.

A TSERTSVADZE et al (16) s'intéressant aux rapports coût-efficacité et/ou coût-utilité des interventions de thérapie manuelle face à d'autres alternatives de traitement pour réduire la douleur, rapportent un certain avantage économique de la thérapie manuelle pour la prise en charge des affections musculo-squelettiques, notamment pour les lombalgies sub-aiguës.

Pour D S KREINER et al (13) en terme de cout/utilité, il n'y pas assez de preuves pour considérer la thérapie manipulative (seule) comme plus rentable que d'autres modalités de prise en charge.

3.3.1 Résultats Selon techniques

3.3.1.1 *Les techniques articulaires : manipulations et mobilisations.*

E.FOSTER et son comité d'experts ont, dans leur revue de littérature de guidelines nationaux sur le prise en charge des lombalgies (18), conclu que les manipulations vertébrales sont des traitements de deuxième ligne dans la prise en charge des lombalgies sub-aiguës et que ce traitement doit s'effectuer en complément d'autres modes de prise de en charge.

D.SCOTT KREINER et al (13) (groupe multidisciplinaire de spécialiste de la colonne oeuvrant pour la North American Spine Society (NASS)) concluent avec un bon niveau de preuve que l'emploi des manipulations vertébrales seules et en une seule séance, dans les lombalgies aiguës et sub-aiguës, donne des résultats similaires à l'absence de traitement, à l'usage de traitements pharmacologiques ou au recours au thérapies par les ultrasons, par la chaleur ou par la cryothérapie. En traitement répété, l'amélioration à court terme était statistiquement meilleure mais la signification clinique et le devenir à moyen et long terme demeuraient incertains. Pour le groupe d'experts de la NASS, il est impossible de conclure

formellement à une inutilité des manipulations vertébrales tout comme de conclure à une supériorité du traitement manipulatif seul, particulièrement s'il est effectué ponctuellement. Quant au nombre de séances à conseiller, les auteurs se sont penchés sur une étude de l'efficacité du traitement en 12-18 séances contre 6 séances mais ils rapportent que les données n'apportaient pas suffisamment de preuves pour répondre à cette question. La NASS admet donc raisonnablement que multiplier les séances de thérapie manipulative n'est pas pertinent pour prendre en charge des patients souffrant de lombalgies sub-aiguës.

C.KRENN et al (19) ont dans leur revue analysé 10 guidelines, étalés de 2016 à 2020 regroupant 549 recommandations identifiées comme pertinentes, dont 50% d'entre elles portaient sur les interventions non pharmacologiques. Tous les guidelines étudiés recommandent en première intention les interventions non pharmacologiques avec parmi elles les thérapies manipulatives à coupler avec d'autres étapes de prises en charge comme les programmes d'exercices. Cependant les forces de recommandation demeurent constamment faibles, voire très faibles.

C.B.OLIVEIRA et al (21) ont analysé 15 guidelines de prise en charge de patients lombalgiques. Sur ces 15 éléments, 11 guides abordent la thérapie manipulative. Sur ces 11, 9 la recommandent et 2 la déconseillent. 6 sur ces 9 recommandent les manipulations dans les lombalgies aiguës et sub-aiguës de façon complémentaire en cas d'absence d'amélioration après une première ligne de traitement. Les 3 restantes parmi les 9 les recommandent pour les lombalgies chroniques uniquement. Ainsi 54,4% des guidelines étudiés voient le traitement manipulatif avec et sans mobilisations comme une option de seconde ligne à effectuer de manière complémentaire.

G.F.PARKIN-SMITH et al (22) suggèrent la pertinence des manipulations sans en trouver de preuves formellement établies et en conseillent l'usage au sein d'une prise en charge multimodale précoce. Les 3 essais étudiés portant sur les manipulations vertébrales montrent pour l'un, une amélioration significativement plus importante de la lombalgie commune sub-aiguë avec la thérapie de manipulation vertébrale seule par rapport aux soins médicaux habituels, avec entre autres une prescription d'analgésiques opioïdes moindre. Le second essai rapporte une amélioration algique et fonctionnelle pour les patients recevant la

thérapie manipulative en plus des soins habituels. Cependant le troisième article montrait une absence de supériorité des manipulations comparativement à la délivrance de programme d'auto-exercices, d'éducation et de gestion de la douleur.

G.G.M SCHOLTEN-PEETERS et al (23) n'objectivent aucune différence statistiquement significative sur l'amélioration dans les scores d'invalidité chez les patients souffrant de lombalgies sub-aiguës recevant 8 soins manipulatifs en comparaison du groupe bénéficiant de manipulations factices.

O SHIRADO et 71 experts japonais du rachis (14) se sont penchés entre autre sur les thérapies complémentaires. En ce qui concerne la manipulation vertébrale, les experts de la Japanese Orthopaedic Association concluaient en l'état que les effets de la thérapie manuelle pour la lombalgie aiguë et sub-aiguë ne sont pas supérieurs à ceux de l'évolution naturelle. Ce résultat est dû au manque de puissance des essais étudiés qui ne trouvaient une amélioration statistiquement significative de la douleur qu'à court terme. A titre d'information, la satisfaction des patients a été étudiée dans un unique ECR qui a montré une grande satisfaction lorsque la manipulation était ajoutée aux soins médicaux standard.

M T STOCHKENDAHL et al (15) observent avec un faible niveau de preuve un effet positif faiblement significatif des manipulations vertébrales à court terme sur les douleurs lombaires sub-aiguës comparativement aux ultrasons, aux libérations myofasciales, aux soins de kinésithérapie, à l'association éducation/information du patient et délivrance de paracétamol, ou à l'association éducation/information du patient et délivrance de myorelaxants ou d'opioïdes à faibles doses. On ne retrouvait pas d'effet à long terme. Les effets à court terme des manipulations sur les limitations d'activité n'étaient pas prouvés.

B.FRESSE (24) retrouvait 2 revues de la littérature traitant des manipulations vertébrales dans le traitement des lombalgies de toute durée, elle concluaient en un effet positif mais faible, fondé sur une littérature bien trop hétérogène. 6 essais cliniques randomisés furent étudiés, quelle que soit la durée de la lombalgie, les manipulations entraînent statiquement un effet positif sur la douleur ainsi que la mobilité à court terme en

disposant, de plus, d'une supériorité, avec un niveau de preuve élevé, face aux AINS, mais en faisant preuve d'infériorité par rapport à l'exercice physique.

3.3.1.2 Les techniques musculaires : massothérapie et myotensifs.

Il existe plusieurs techniques musculaires à présenter au patient lors des soins de MMO, majoritairement les massages, les myotensifs et les techniques de Strain-Counterstrains.

KUMAR (20), traitant de l'impact de la massothérapie, rapportait 2 essais s'intéressant à l'apport de la massothérapie dans les lombalgies aiguës et sub-aiguës comparativement aux traitement placebo ou à l'absence de soins. Ces deux derniers concluaient en objectivant des avantages à court terme sur les mesures de douleurs et de l'incapacité après massages comparativement aux traitements placebo ou à l'absence de soins. Mais devant la multitude de biais, la qualité de ces 2 études traitées était jugée médiocre. 2 autres essais cliniques randomisés de haute qualité comparaient la massothérapie versus les manipulations vertébrales et la seconde contre le port de corsets. L'avantage allait aux manipulations vertébrales pour la première étude et aux ports de corsets pour la seconde sur les scores d'invalidité mesurés par le Rolan Morris Disability.

KUMAR conclue que la massothérapie dans les lombalgies non spécifiques aiguës et sub-aiguës semble offrir des avantages positifs en réduction des douleurs et incapacités à court terme comparativement à l'absence de traitement ou contre les traitements placebo mais que cependant ce mode thérapeutique n'apporte pas d'avantage lorsqu'il remplace les manipulations vertébrales ou le port de corsets.

En étudiant le problème sous le prisme de la lombalgie de toute durée, KUMAR retrouvait que les études, malgré des niveaux disparates, reconnaissent un possible avantage de la massothérapie pour la réduction des douleurs et de l'incapacité à court terme par rapport aux interventions fictives et placebo et que statistiquement, aucun avantage de la massothérapie n'a été objectivé en comparaison des manipulations vertébrales ou autres techniques manuelles.

Pour KUMAR, le temps massothérapeutique trouve plus de pertinence s'il est combiné à un travail d'information, d'éducation et de délivrance d'auto-exercices. Étant donné qu'aucun effet secondaire n'eut été rapporté dans les essais étudiés, la massothérapie peut être considérée comme une option thérapeutique valable à condition de prendre en compte les coûts de ces soins pour le patient.

Pour D.SCOTT KREINER et al (13) il existe des preuves satisfaisantes que l'ajout d'une séance de massothérapie à un programme d'exercices n'apporte aucun avantage par rapport à un programme d'exercices seul. A court terme, il n'y a pas suffisamment de preuve que l'ajout de la massothérapie à un programme d'exercice contribue à un soulagement des lombalgies.

D'après O.SHIRADO et al (14) la massothérapie s'est avérée avoir un effet bénéfique à court terme pour la lombalgie sub-aiguë et chronique. De plus, lorsqu'il est combiné avec des exercices thérapeutiques et de l'éducation, le massage a été efficace pour réduire les symptômes immédiatement et peu de temps après le traitement. Ainsi si la massothérapie peut avoir un effet thérapeutique à court terme uniquement, ses effets sur la qualité de vie, l'état psychologique, l'amélioration de la mobilité d'amplitude de la colonne lombaire, la réduction de la consommation de médicaments, la réduction de la période d'arrêt de travail, la satisfaction du patient et le rapport coût-efficacité demeuraient inconnus ou trop peu étudiées de manière qualitative au moment de la rédaction de leur article. Les massages étaient donc considérés comme un traitement d'appoint devant l'absence de d'effets indésirables rapportés.

FOSTER et al (18) considèrent la massothérapie comme option de traitement de deuxième ligne ou d'appoint pour les lombalgies sub-aiguës.

Dans sa revue de littérature (24), plus récente, B.FRESSE rapportait les résultats de 4 revues de littérature sur l'usage des muscle energy techniques (MET) (myotensifs) dans les lombalgies de toutes durée. 3 ne retrouvaient aucune preuve réelle d'efficacité, une seule objectivait un effet positif dans le traitement des lombalgies aiguës, sub-aiguës et chroniques en termes de douleur et d'amplitudes articulaires. Il retrouvait 15 études randomisées sur

l'efficacité des MET dans les douleurs lombaires toutes durées confondues. Qu'elles soient sub-aiguës, aiguës ou chroniques, une efficacité à court terme était retrouvée sur les douleurs et les mobilités et ceci de façon plus importante si le soin était associé aux manipulations et aux mobilisations en demeurant moins efficace, seule, comparativement aux manipulations ou l'acupuncture.

Pour B.FRESSE, l'indication des MET dans les lombalgies communes est discutée et n'est à considérer que comme traitement d'appoint.

Parmi nos articles, seul B.FRESSE a traité des traitements myotensifs.

Chez B.FRESSE (24) toujours, la revue de la littérature ne retrouve pas de preuve d'efficacité des techniques de Strain-Counterstrain dans la prise en charge des lombalgies, quel que soit leur stade. Il identifia 6 essais contrôlés randomisés ainsi qu'une étude rétrospective qui concluaient en une absence d'effet, contre placebo, avec ou sans association à d'autres techniques.

Parmi nos articles, seul B.FRESSE a traité des techniques de Strain-Counterstrain.

3.4 Autres résultats notables.

3.4.1 Médications

La majorité des articles étudiés appellent à une utilisation plus raisonnée et moins systématique des traitements médicamenteux (18). Pour Krenn et Al, 49% des guidelines de prise en charge des patients lombalgiques les déconseillaient (19) en première intention.

Au fil des années la place du paracétamol s'est amoindrie, en témoigne l'article de Crystian B. Oliveira et Al (21) qui fut une mise à jour de leur propre travail effectué 8 ans plus tôt (25) (article qui fut lu et analysé avant d'être repoussé du fait de sa désuétude

évidente). Le paracétamol passa de traitement quasi systématique à un simple traitement d'appoint, de seconde intention à visée antalgique brève pour favoriser la poursuite ou la reprise d'une activité physique, le temps de passer le cap des accès douloureux. Le paracétamol ne faisait pas preuve d'une efficacité réelle en traitement seul pour le retour à l'antalgie.

A contrario les AINS se sont vus de plus en plus indiqués et devinrent, jusqu'à récemment, un traitement de première intention malgré la iatrogénie de cette classe médicamenteuse (93% des guidelines analysés par OLIVEIRA et al (21) retenaient une place de premier ordre pour les AINS alors que le même travail en 2010 concluait en ne retenant qu'une seconde intention pour cette même classe médicamenteuse). L'impact sur les douleurs d'allure musculaire, sur l'inflammation tissulaire est pertinent mais comme avec n'importe quelle molécule il faut en évaluer la balance bénéfice risque.

Son usage risque d'induire une surenchère de prescriptions médicamenteuses avec par exemple l'ajout d'inhibiteurs de la pompe à proton pour contre carrer les risques de gastrite et d'ulcères gastro duodénaux. La posologie de ces derniers et leur durée se devront d'être les plus faibles possibles. Le choix de la molécule, en prise biquotidienne (Kétoprofène LP 100 matin et soir par exemple) ou tri quotidienne (Diclofénac 50mg ou de l'Ibuprofène 400mg), en systématique ou à la demande, dépend des habitudes de prescription de chaque médecin ainsi que de l'observance ou mode de vie connu ou supposé du patient. Notons cependant que les recherches médicales et pharmacologiques mènent à une utilisation plus raisonnée des médicaments. Cette tendance à la prescription, parfois systématique, des AINS perd en automatisme depuis quelques années. De plus les choix de molécules se portent plus volontiers sur l'Ibuprofène et le Naproxène qui présentent moins de risques cardiovasculaires que les autres AINS (26).

Viennent ensuite les molécules de seconde intention (échec première ligne de traitement, contre-indication aux AINS...). Les opioïdes (analgésiques de pallier 2) restent une option à condition de prendre en considération le risque de mésusage.

Le choix se porte préférentiellement sur des opioïdes faibles comme la Codéine, en association ou non avec le Paracétamol (Paracétamol Codéiné) ou encore le Tramadol (lui aussi associable au Paracétamol).

Le recours aux opioïdes forts reste envisageable mais plus exceptionnel.

La corticothérapie brève, avec ou sans décroissance ne semble pas avoir prouvé son efficacité (27), de même pour le Néfopam mais la pratique, là encore, se veut bien différente et dépendra des habitudes de prescriptions de nos confrères.

3.4.2 Le modèle biopsychosocial

Ce modèle est en plein essor depuis 30 ans, 91% des guidelines étudiés par OLIVEIRA et al (21) en mentionnent l'importance. L'article de G F PARKIN-SMITH (22) nous apprend que les revues de la littérature traitant de cette stratégie présentent des preuves modérées d'efficacité dans les lombalgies sub-aiguës pour empêcher la chronicisation du trouble. L'intégration d'une prise en charge biopsychosociale, multidisciplinaire a permis une démedicalisation progressive et optimisée des lombalgies non graves aiguës et sub-aiguës (moins d'imagerie inutiles, moins de prescription médicamenteuses, moins de consultations auprès de chirurgien du rachis (12)). FOSTER et al (18) concluent qu'il faut encore et toujours plus motiver le patient à être acteur de sa santé lombaire et travailler sur la prévention primaire, secondaire et tertiaire du trouble. Le devenir du patient est particulièrement lié à sa capacité à maintenir ou non une activité physique, professionnelle et sociale. Ce que le patient va continuer de faire, ou entreprendre, dépendra de ses symptômes et des répercussions fonctionnelles de la lombalgie. L'activité du patient sera influencée par la douleur tout comme la peur de la ressentir (kinésiophobie).

3.4.3 Interactions médecin patient.

B DARLOW et al (17) se sont penchés sur la relation et l'influence du discours, de l'attitude et des croyances du praticien quant aux lombalgies comparativement à ces éléments chez le patient lombalgique.

Il existe une forte relation (avec haut niveau de preuve) entre les croyances du soignant (médecin, kinésithérapeute, ostéopathes...) vis à vis des lombalgies et les mêmes croyances exprimées chez les patients interrogés. Une association modérée existe (niveau de preuve élevé) entre le haut niveau de croyances et d'importance accordé aux stratégies d'évitement de la douleur exprimés par les praticiens et la prudence potentiellement excessive chez les patients avec les mêmes fortes idées et attaches aux stratégies d'évitement.

Vis à vis des conseils sur les activités professionnelles et activités de la vie quotidienne, les auteurs retrouvent une preuve modérée que les thérapeutes ayant une orientation biomédicale et/ou présentant des croyances élevées en stratégie d'évitement de la douleur lombaire et de ses conséquences, sont bien plus susceptibles de conseiller aux patients de limiter le travail et les activités physiques.

Pour information DARLOW et al trouvent des preuves modérées qu'après des campagnes médiatiques d'information, les praticiens biomédicaux recommandent bien moins l'alitement en cas de congés maladie. Cependant il existe aussi des preuves modérées que les praticiens avec un niveau élevé de croyance dans les stratégies d'évitement de la peur sont moins susceptibles d'adhérer aux lignes directrices de prise en charge des lombalgies.

Les auteurs de cette étude ont remarqué que trop nombreux sont les praticiens médecins, kinésithérapeutes, ostéopathes... accordant une place exagérée aux stratégies d'évitement des évènements potentiellement pourvoyeurs de lombalgie. Cependant, à leur étonnement (mais avec un faible niveau de preuve) les croyances d'évitement de la peur des professionnels ne sont pas associées à une chronicisation de la lombalgie avec ou sans invalidité par la suite. Il semblerait donc que même si le catastrophisme du praticien devient

celui du patient, l'enkystement du trouble ne soit pas forcément favorisé par les croyances négativistes du thérapeute.

Pour recentrer les résultats de cette étude à notre métier de médecin généraliste, les auteurs rapportent que les médecins traitants accordent plus de place à l'explication physiopathologique des lombalgies et aux options thérapeutiques qu'aux stratégies d'évitement de la douleur. Cependant, bien qu'ils reconnaissent l'importance des facteurs psychosociaux (drapeaux jaunes), l'échantillon de confrères généralistes interrogés avoue ne pas pouvoir leur allouer une plus grande importance faute de temps et/ou de formation.

3.4.4 Activité physique.

La tendance actuelle est de limiter le repos et l'alitement, c'est d'ailleurs le cas de 64% des guidelines étudiés par OLIVEIRA et al (21), les mêmes auteurs signalent que 58% des guidelines poussent à maintenir une activité physique et sportive avant de chroniciser la lombalgie. Ces derniers rapportent ne pas avoir constaté de résultats ni de recommandations cohérentes favorisant un type exercice physique plus qu'un autre. Ils concluaient donc que le type d'activité (exercices aquatiques, musculation, étirements, yoga, tai chi...) était à adapter en fonction du patient, de son temps disponible, de ses préférences, de ses capacités physiques et de ses moyens financiers. Rappelons que depuis 2016, il est possible pour les médecins traitant de prescrire des séances d'activité physique adaptée (APA) aux patients souffrant d'une affection longue durée (28,29). Ce droit est, depuis 2022, extrapolable à toutes les maladies chroniques chez les patients présentant des facteurs de risque et des situations de perte d'autonomie (28,30).

3.4.5 L'orientation des patients.

Bien que nous traitions ici des lombalgies communes, nous devons rappeler l'importance de l'orientation des patients venant consulter pour un tableau lombalgique, nouveau ou persistant. Cette étape revient inlassablement dans la littérature. Il est primordial de prendre

ce temps lors de la prise en charge du patient pour, outre le fait d'établir le diagnostic le plus précis possible de la lombalgie (commune ou non), permettre de présumer du risque de chronicité de la douleur et de ses conséquences.

3.4.6 Drapeaux rouges

Ces signes sont ceux laissant donc supposer une organicité du trouble lombalgique, une origine inflammatoire, rhumatismale, traumatique, voir même néoplasique. Du fait de la présence d'un ou de plusieurs drapeaux rouges : la prise en charge devra être différente sur le bilan diagnostic, sur l'examen clinique et paraclinique, sur le suivi... Il est primordial de devoir les rechercher en consultation initiale et y rester attentif lors des suivantes.

Ainsi nous retrouvons comme signes d'alertes :

- Douleur de type non mécanique : douleur d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier durant la nuit.
- Symptôme neurologique étendu (déficit dans le contrôle des sphincters vésicaux ou anaux, atteinte motrice au niveau des jambes, syndrome de la queue-de-cheval).
- Paresthésies au niveau du pubis (ou périnée).
- Traumatisme important (tel qu'une chute de hauteur).
- Perte de poids inexplicée.
- Antécédent de cancer.
- Usage de drogue intraveineuse, ou usage prolongé de corticoïdes (par exemple thérapie de l'asthme).
- Déformation structurale importante de la colonne.
- Âge d'apparition inférieur à 20 ans ou supérieur à 55 ans.
- Fièvre.
- Altération de l'état général.

3.4.7 Drapeaux Jaunes

Ce sont ces éléments qu'il nous faudra rechercher puisqu'ils sont de bons indicateurs psychosociaux d'un risque accru de chronicisation et de possible incapacité prolongée.

- Problèmes émotionnels tels que la dépression, l'anxiété, le stress, une tendance à une humeur dépressive et le retrait des activités sociales.
- Attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos, comme l'idée que la douleur représenterait un danger ou qu'elle pourrait entraîner un handicap grave, un comportement passif avec attentes de solutions placées dans des traitements plutôt que dans une implication personnelle active.
- Comportements douloureux inappropriés, en particulier d'évitement ou de réduction de l'activité, liés à la peur.
- Problèmes liés au travail (insatisfaction professionnelle ou environnement de travail jugé hostile) ou problèmes liés à l'indemnisation (rente, pension d'invalidité).

Explorer ces sujets ne sera pas toujours chose aisée. On rentre ici dans l'intimité du malade. C'est la relation médecin patient qui permettra ou non d'investiguer efficacement. Le statut de médecin de famille avec un probable passif professionnel avec le patient sera sans nul doute un avantage. Cependant, aborder ces questions efficacement en essayant d'être exhaustif méritait une aide technique, un outil pratique standardisé. C'est dans cette optique que des questionnaires furent élaborés.

3.4.8 STarT Back Screening Tool

Au fil des recherches dans la littérature scientifique concernant les lombalgies non aiguës ainsi qu'au sein de la fiche HAS relative au patient lombalgique, on remarque qu'un outil est fréquemment mentionné : le STarT Back Screening Tool (**Figure5**)

Cet auto-questionnaire, dont une version francisée est visible ci-dessous, a été élaboré dans le but de pronostiquer le risque de chronicisation des douleurs lombaires. Ce risque est classé dans l'un des trois groupes suivants : faible risque, risque moyen, risque majeur de suites défavorables et ceci à partir d'un score global (de 0 à 9) et d'un sous-groupe, à partir de 9 items. On y trouve cinq questions relatives à l'impact psychosocial du trouble, abordant la peur, l'anxiété, le catastrophisme, le sentiment de dépression et la gêne. Quatre autres questions interrogeront le patient sur les composantes physiques de ses symptômes pour pronostiquer son devenir : douleur référée aux membres inférieurs, douleur au cou et/ou aux épaules, réduction du périmètre de marche, difficultés lors de l'habillage.

STarT Back Outil Triant

Pour ce premier ensemble de questions, veuillez penser à votre mal de dos pendant ces deux dernières semaines.

		Pas d'accord 0	D'accord 1
1	Mon mal de dos a irradié dans la/les jambe(s) à un certain moment ces 2 dernières semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	J'ai ressenti des douleurs dans l'épaule ou dans le cou à un certain moment ces 2 dernières semaines.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ces 2 dernières semaines, je n'ai marché que sur de courtes distances à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ces 2 dernières semaines, je me suis habillé plus lentement que d'habitude à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Il n'est vraiment pas prudent, pour une personne dans un état comme le mien, d'être physiquement active .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Des pensées préoccupantes m'ont souvent traversé l'esprit ces 2 dernières semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	J'estime que mon mal de dos est épouvantable et je pense que cela n'ira jamais mieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	En général, ces 2 dernières semaines, je n'ai pas profité de toutes les choses que j'avais l'habitude d'apprécier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Globalement, à quel point votre mal de dos vous a-t-il **gêné** pendant ces **2 dernières semaines**?

Pas du tout	Légèrement	Modérément	Beaucoup	Enormément
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	0	0	1	1

Score total (tout 9) : _____ Sous Score (Q5-9): _____

Figure 5 – Questionnaire STarT Back Screening Tool.

Cet outil permet de proposer une prise charge plus spécifique en fonction du risque (approche STarT Back). Il est d'une fiabilité excellente et présente une bonne corrélation avec le score Roland-Morris Disability Questionnaire.

Si le score global de l'outil est ≤ 3 , le risque de suites défavorables est considéré comme faible. Les personnes ayant un score global combiné de ≥ 4 et un score de sous-échelle psychosociale de ≤ 3 ont été incluses dans le groupe à risque moyen. Ceux dont le score de la sous-échelle psychosociale est supérieur à ≥ 4 sont considérés comme faisant partie de la catégorie à haut risque.

Pour les patients à risque faible, le traitement est orienté vers de l'éducation et de l'activité physique. Pour les patients à risque moyen, il doit y être adjoint un traitement kinésithérapique. Pour les patients à haut risque, il est nécessaire de développer une approche bio-psycho-sociale pluridisciplinaire.

Le score de Roland-Morris Disability, francisé en « questionnaire d'évaluation de la capacité fonctionnelle : Echelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Évaluation des Lombalgies (EIFEL) », est un auto-questionnaire de 24 items (**Figure 6**). Il est rapide, multidimensionnel et ne se remplit qu'à la condition que le patient ne soit pas alité en permanence à cause de ses douleurs lombaires (31). En plus d'évaluer la sévérité de l'incapacité induite par la lombalgie, il permet d'en suivre l'évolution. Pour les auteurs, on évoque une modification significative des répercussions fonctionnelles du trouble à partir d'un changement du score de plus ou moins 2 points.

Échelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Évaluation des Lombalgies (EIFEL)

Échelle d'auto-évaluation multidimensionnelle et rapide (incapacité essentiellement, mais aussi handicap et qualité de vie).

Nous aimerions connaître les répercussions de votre douleur lombaire sur votre capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne.

Si vous êtes cloué au lit par votre douleur lombaire, cochez cette case et arrêtez-vous là . En revanche, si vous pouvez vous lever et rester debout au moins quelques instants, répondez au questionnaire qui suit.

Une liste de phrases vous est proposée. Ces phrases décrivent certaines difficultés à effectuer une activité physique quotidienne directement en rapport avec votre douleur lombaire. Lisez ces phrases une par une avec attention en ayant bien à l'esprit, l'état dans lequel vous êtes aujourd'hui à cause de votre douleur lombaire.

Quand vous lirez une phrase qui correspond bien à une difficulté qui vous affecte aujourd'hui, cochez-la. Souvenez-vous bien de ne cocher que les phrases qui s'appliquent à vous-même aujourd'hui.

Score sur 24, comptez un point par case cochée. Incapacité maximale si 24 points.

1	Je reste pratiquement tout le temps à la maison à cause de mon dos.	<input type="checkbox"/>
2	Je change souvent de position pour soulager mon dos.	<input type="checkbox"/>
3	Je marche plus lentement que d'habitude à cause de mon dos.	<input type="checkbox"/>
4	À cause de mon dos, je n'effectue aucune des tâches que j'ai l'habitude de faire à la maison.	<input type="checkbox"/>
5	À cause de mon dos, je m'aide à la rampe pour monter les escaliers.	<input type="checkbox"/>
6	À cause de mon dos, je m'allonge plus souvent pour me reposer.	<input type="checkbox"/>
7	À cause de mon dos, je suis obligé(e) de prendre un appui pour sortir d'un fauteuil.	<input type="checkbox"/>
8	À cause de mon dos, j'essaie d'obtenir que d'autres fassent des choses à ma place.	<input type="checkbox"/>
9	À cause de mon dos, je m'habille plus lentement que d'habitude.	<input type="checkbox"/>
10	Je ne reste debout que de courts moments à cause de mon dos.	<input type="checkbox"/>
11	À cause de mon dos, j'essaie de ne pas me baisser ni m'agenouiller.	<input type="checkbox"/>
12	À cause de mon dos, j'ai du mal à me lever d'une chaise.	<input type="checkbox"/>
13	J'ai mal au dos la plupart du temps.	<input type="checkbox"/>
14	À cause de mon dos, j'ai des difficultés à me retourner dans mon lit.	<input type="checkbox"/>
15	J'ai moins d'appétit à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>
16	À cause de mon mal de dos, j'ai du mal à mettre mes chaussettes (ou bas/collant).	<input type="checkbox"/>
17	Je ne peux marcher que sur des courtes distances à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>
18	Je dors moins à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>
19	À cause de mon dos, quelqu'un m'aide pour m'habiller.	<input type="checkbox"/>
20	À cause de mon dos, je reste assis(e) la plus grande partie de la journée.	<input type="checkbox"/>
21	À cause de mon dos, j'évite de faire des gros travaux à la maison.	<input type="checkbox"/>
22	À cause de mon dos, je suis plus irritable que d'habitude et de mauvaise humeur avec les gens.	<input type="checkbox"/>
23	À cause de mon dos, je monte les escaliers plus lentement que d'habitude.	<input type="checkbox"/>
24	À cause de mon dos, je reste au lit la plupart du temps.	<input type="checkbox"/>
Score total		<input type="text"/> /24

Extrait du Collège Français des Enseignants de Médecine Physique et de Réadaptation (COFEMER)

Figure 6 – Questionnaire EIFEL.

4. Discussion

4.1 La médecine manuelle et ostéopathe.

4.1.1 Apports de la prise en charge manuelle d'après nos résultats.

Sur le plan du traitement par manipulations et mobilisations, une séance isolée pour la prise en charge des lombalgies sub-aiguës donne statistiquement les mêmes effets qu'un traitement placebo (13). Aucun des articles n'arrive à conclure en une efficacité franche et globale de ces techniques, même répétées, bien que les données semblent en suggérer un bénéfice. A court terme, statistiquement on notera des bénéfices (13–15,24), mais sur le plan fonctionnel et algique à moyen et long termes, les effets demeurent incertains. Pour

l'essentiel, cette absence de conclusion en faveur d'une efficacité est le fruit de la puissance statistique trop faible des études (13,22), certains auteurs rappellent que pour l'heure, les manipulations et mobilisations n'apportent pas statistiquement d'avantages comparativement à un traitement avec manipulations factices ou à l'évolution naturelle du tableau (14,23). Malgré tout, les guidelines recommandent majoritairement leur usage en seconde ligne de traitement et de façon non exclusive (18,19,21,22), certains auteurs en conseillent même le recours avant le traitement médicamenteux (19).

Parmi les techniques musculaires nous notons que les massages et les traitements myotensifs dans les lombalgies sub-aiguës n'ont pas fait preuve d'apports bénéfiques en usage seul sur le long terme. On retrouve néanmoins une efficacité à court terme. Le traitement réalisé isolément apporte statistiquement un avantage supérieur comparativement à l'abstention thérapeutique ou aux traitements placebo (20) mais moindre contre les techniques articulaires (manipulations et mobilisation) (20). Certains auteurs concluent que l'ajout de la massothérapie à un programme d'exercices physiques n'apporte aucun avantage vis à vis des auto exercices seuls (13) alors que d'autres en noteront des effets positifs sur les douleurs et amplitudes articulaires au moins à court terme (14). En définitive le choix de la massothérapie et des traitements myotensifs sont à considérer comme des traitements d'appoint, de deuxième ligne, à réaliser de façon non exclusive (18,20,24) d'autant plus devant l'absence de francs effets secondaires.

Pour le reste des techniques musculaires étudiées, notre revue ne relève aucun effet bénéfique des techniques de strain-counterstrain dans la prise en charge des lombalgies sub-aiguës.

En somme, sur le plan de la prise en charge purement manuelle et ostéopathe, notre revue suggère qu'une séance isolée de réalisation de techniques articulaires et/ou musculaires, n'apporte statistiquement pas d'avantage sur le devenir du patient. Cependant les manipulations et mobilisations ainsi que les massages et traitements myotensifs ont statistiquement un impact positif au moins à court terme. A moyen et long termes ces gestes n'ont pas fait preuve d'efficacité. Malgré tout, les patients se disent généralement satisfaits après un soin manipulatif (14). Quel que soit la ou les motivations des patients venant

consulter en MMO, ils bénéficieront à la fois d'une prise en charge technique (à l'efficacité intrinsèque présentée ci-dessus) mais aussi d'une expertise plus globale avec la délivrance de conduites à tenir, de conseils et d'une probable réassurance construite par l'expérience et les connaissances du praticien. Il serait vain de limiter le temps de consultation MMO à de simples gestes de thérapie manuelle, ils n'en sont qu'une composante.

4.1.2 Le déroulé du temps de consultation MMO

Nous l'avons vu, les maux de dos sont redoutablement fréquents dans la population. Majoritairement bénins et fugaces, parfois chroniques et graves, ils peuvent évoluer de façon insidieuse. Ainsi l'interrogatoire restera, en première consultation comme en consultation de suivi, une étape incontournable en MMO et en médecine générale, avec une représentation globale du patient et la recherche et identification de drapeaux rouges, puis de drapeaux jaunes. Vient ensuite l'examen physique.

4.1.2.1 Les barrières articulaires

L'objectif d'une prise en charge en MMO est de traiter une dysfonction articulaire qui est définie comme une restriction de mobilité articulaire pouvant se traduire par des douleurs.

Chaque articulation mobile permet un mouvement dans les trois plans de l'espace depuis sa position neutre jusqu'à des limitations barrières appelées barrières articulaires.

- La première d'entre elles est la barrière physiologique. Il s'agit de l'amplitude permise par l'articulation au mouvement actif du patient, soit son mouvement physiologique.
- La seconde barrière est dite anatomique. La référence ici est le mouvement passif permis par l'articulation et les structures anatomiques qui la composent ou influent sur elle. La barrière anatomique est donc cette limite d'extrême mise en tension au-delà de laquelle il existe un risque de déchirure des tissus voire même de luxation articulaire.

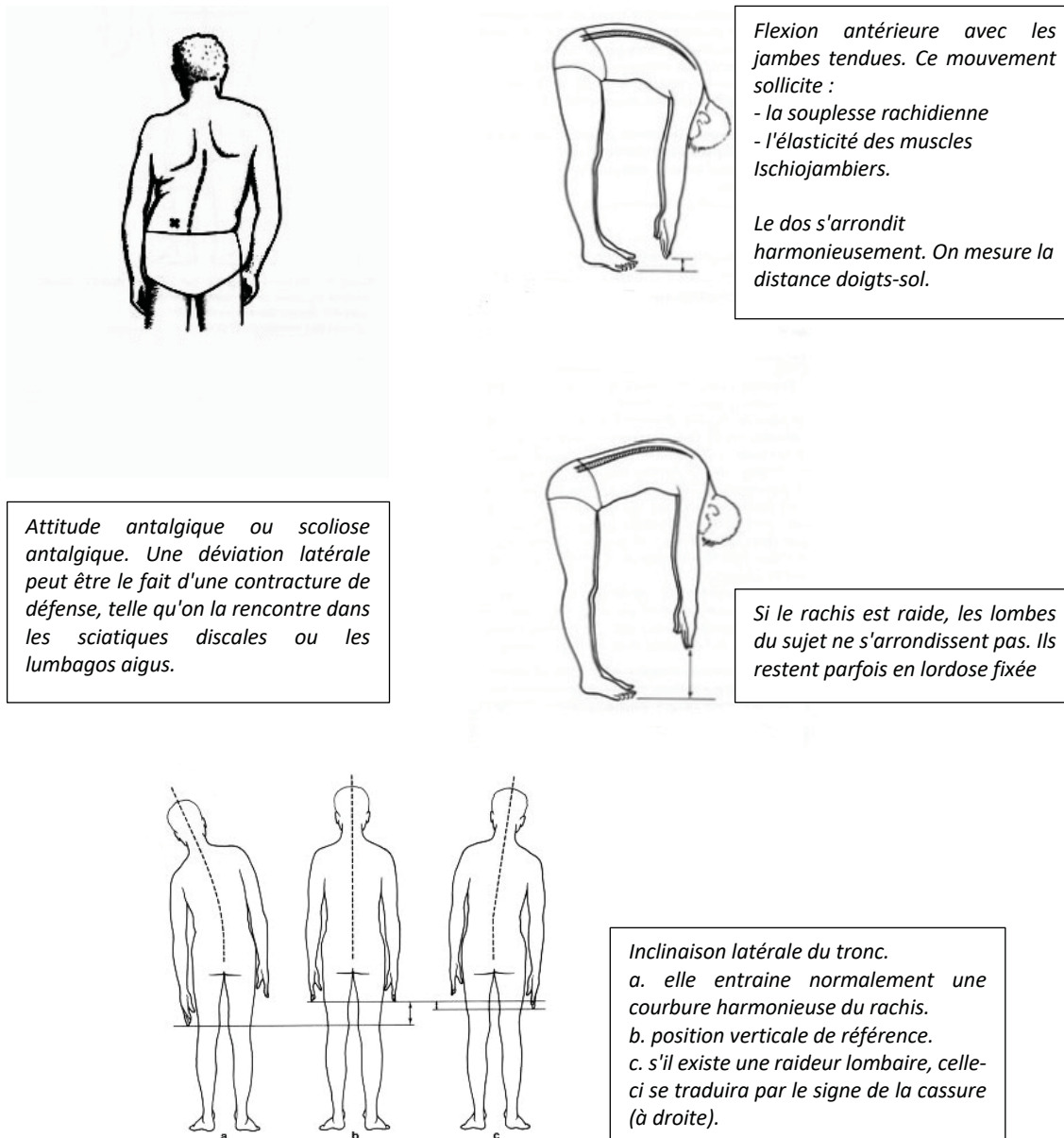
- La dernière barrière est la barrière restrictive. Le mouvement physiologique, actif, du patient apparaît restreint, avec soit une limitation algique soit un blocage indolore. La restriction de mobilité ici présentée est la dysfonction que l'ostéopathe recherche pour ensuite traiter le patient.

Ces barrières sont étroitement liées aux structures articulaires et péri articulaires, aux tissus musculo-tendineux, aux ligaments et de tout ce qui influera sur leur élasticité, leur contractilité et leur composante nociceptive. L'examen clinique accordera donc aussi un temps indispensable à identifier les contractures musculaires, les infiltrats tissulaires, les zones algiques.

4.1.2.2 L'examen clinique physique.

Examiner un dérangement intervertébral mineur (DIM) repose sur :

- A) La recherche de barrières restrictives, des limitations, douloureuses ou non, des mobilités actives et passives du rachis, dans les trois plans de l'espace. Flexion et extension, dans le plan sagittal ; rotations droite et gauche dans le plan axial ; inclinaisons droite et gauche dans le plan frontal.
 - Cette étape s'effectue via un examen morphostatique du patient debout, de profil et de dos, avec une attention à l'équilibre des ceintures (épaules et bassin), d'une accentuation (ou une inversion) des cyphoses et lordoses, de la présence d'une scoliose ou d'une attitude scoliothique ou antalgique (**Figure 7**).
 - Elle est suivie d'un examen dynamique des mobilités actives puis passives debout (**Figure 7**) et assis.



Inclinaison latérale du tronc.
 a. elle entraîne normalement une courbure harmonieuse du rachis.
 b. position verticale de référence.
 c. s'il existe une raideur lombaire, celle-ci se traduira par le signe de la cassure (à droite).

Extrait du manuel Douleurs d'origine vertébrale (R.MAIGNE)

Figure 7 - Examen morphostatique et dynamique du patient debout, de profil et de dos.

Le tout permet un examen global, puis régional et enfin segmentaire appréciant les amplitudes, les sens dits « libres » (sans blocage plus ou moins algique) et ceux restreints duquel apparaît le schéma en étoile (**Figure 8**). Ce dernier a été proposé par R.MAIGNE qu'il voyait comme un des piliers de l'examen clinique en MMO, ayant la vertu de participer à la représentation macroscopique tri dimensionnelle du tableau

fonctionnel où chaque direction de mouvement se voit attribuer une flèche sur laquelle est ajouté :

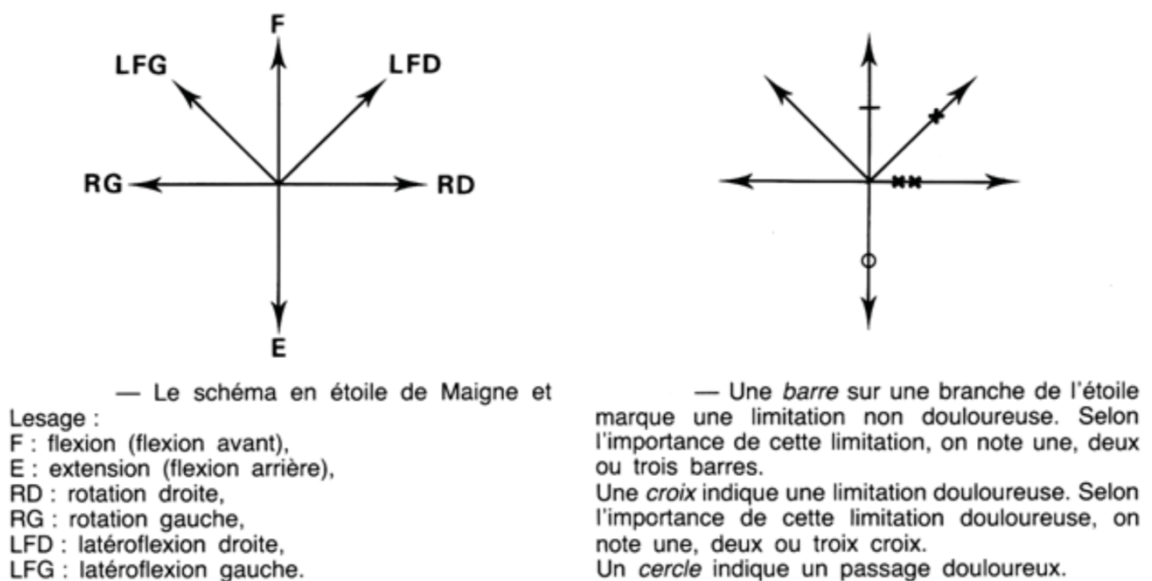
- Un trait pour matérialiser une limitation indolore,
- Une croix pour une limitation algique,
- Un cercle pour une passage douloureux.

Chaque symbole peut être inscrit plusieurs fois suivant l'intensité du signe.

Plus le symbole est près du centre du schéma, plus il arrive tôt dans le mouvement

Une flèche sans symbole traduit un mouvement physiologique libre de toute restriction.

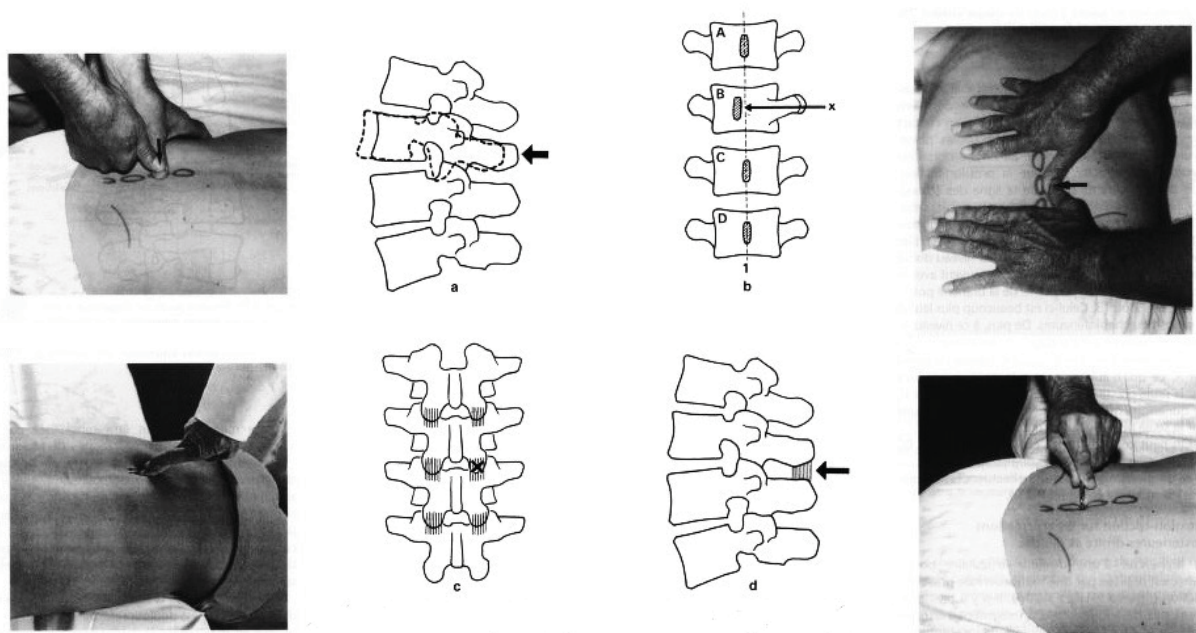
Nous tenons à indiquer que ce schéma en étoile présente des limites. Il ne permet pas d'identifier le mécanisme lésionnel causant la restriction mais seulement la conséquence. Cependant, d'après le retour d'expérience de certains confrères et bien que nous n'ayons pas trouvé de données chiffrées sur ce point, il semble qu'une restriction dans un mouvement d'extension soit plutôt en faveur d'une pathologie articulaire postérieure tandis qu'une restriction en flexion est d'avantage lié à un trouble discal.



Extrait du manuel *Douleurs d'origine vertébrale* (R. MAIGNE)

Figure 8 – Le schéma en étoile.

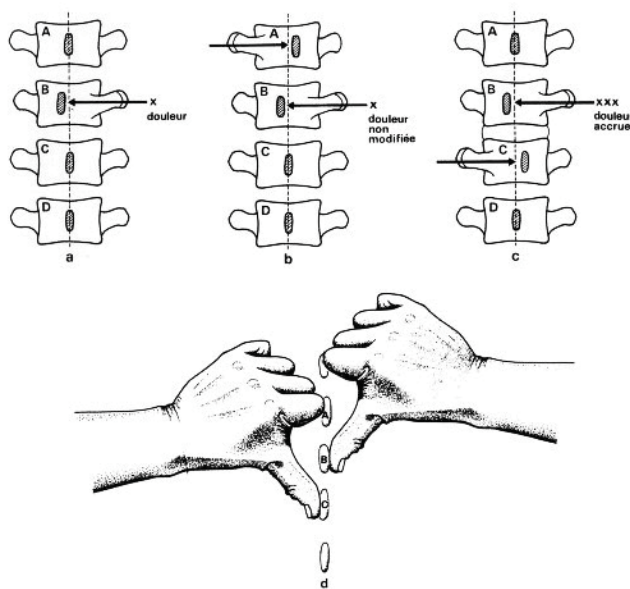
- B) L'identification d'un ou plusieurs points paravertébraux douloureux et de consistance tissulaire modifiée (ici légèrement indurée), appelés points articulaires postérieurs, en effleurant la gouttière paravertébrale droite et gauche avec la pulpe des doigts. Notons que la présence d'un point articulaire postérieur douloureux ne signifie pas de facto que le patient souffre d'une pathologie articulaire postérieure (**Figure 9 – c.**).
- C) La mise en tension de chaque segment vertébral (**Figure 9**) en appliquant des pressions axiales et latérales contrariées ainsi qu'en cisaillement des épineuses (**Figure 10**), des massifs articulaires postérieurs puis en mobilisant le ligament inter-épineux (signe de la clé).



Les quatre manœuvres de l'examen segmentaire. a. pression axiale sur l'épineuse ; b. pression latérale sur l'épineuse. Il est bon d'utiliser à ce niveau les deux pouces superposés. Elle doit être faite des deux côtés ; c. pression-friction sur le massif articulaire postérieur ; à faire de chaque côté ; L'index renforce le majeur ; d. pression sur le ligament interépineux (avec anneau de clé).

Extrait du manuel *Douleurs d'origine vertébrale* (R.MAIGNE)

Figure 9 – Les manœuvres de l'examen segmentaire.



Pression latérale contrariée. Pour sensibiliser l'examen précédent, on peut utiliser la pression latérale contrariée (Maigne).

a. On a par exemple provoqué une douleur en faisant pression de la droite vers la gauche sur B (x). On veut savoir si la cause de cette douleur siège dans le segment AB ou dans le segment BC.

b. Tout en maintenant la pression sur B de droite à gauche, on exécute simultanément une contre-pression de sens inverse sur A. Dans l'exemple choisi, celle-ci n'augmente pas la douleur provoquée.

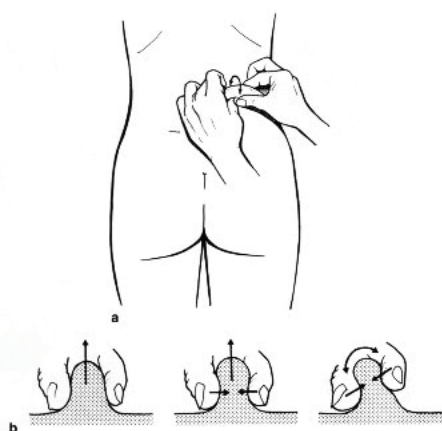
c. En revanche, la même manœuvre exécutée sur C augmente notablement (xxx) la douleur provoquée par la seule pression sur B. C'est donc dans le segment BC que siège la cause de la douleur.

d. Position des doigts.

Extrait du manuel *Douleurs d'origine vertébrale* (R. MAIGNE)

Figure 10 – Pression latérale contrariée.

- D) L'identification de cellulalgies à partir de pincés - roulés de la peau (**Figure 11**) à la recherche de portions adhérentes, douloureuses et plus ou moins érythémateuses en réaction à l'examen le tout signant une souffrance de branche postérieure du nerf rachidien correspondant et se situant majoritairement 2 à 4 niveaux sous le DIV.



Manœuvre du « pincé-roulé », a. au niveau des plans lombaires ; b. les différentes phases de la manœuvre :

- un pli de peau est fermement pris entre pouce et index des deux mains ;
- Il est tiré comme pour le décoller, tout en maintenant la traction, il est pincé et roulé entre les deux doigts. Il est important de ne pas relâcher le pincement tout au long de la manœuvre.

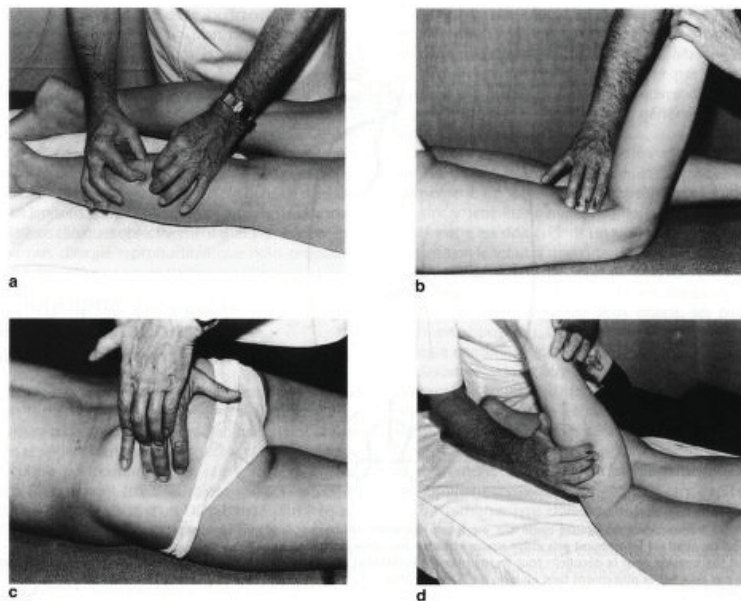
Extrait du manuel *Douleurs d'origine vertébrale* (R. MAIGNE)

Figure 11 – Le pincé-roulé.

Après cet examen rachidien, viendra le regard plus périphérique avec un faisceau de signes cliniques projetés consécutivement à l'existence d'un DIV.

Examiner un syndrome Cellulo Teno Periosto Myalgique :

Pour rappel la traduction clinique d'un DIV est le syndrome cellulo-téno-périosto-myalgique. Pour chaque DIV on pourra trouver un ensemble de cellulalgies (infiltrat douloureux cutané plus ou moins paresthésique dans le dermatome correspondant), de ténalgies, de myalgies et de périostalgies (douleur aux insertions périostée) associées (**Figure 12**).



*Examen des plans cutanés dans un syndrome vertébral segmentaire S1.
a. zone cellulalgique examinée par le pincé-roule (40% à 50% des cas) ;
b. palpation du cordon myalgique du biceps crural (quasi constant) ;
c. palpation des cordons myalgiques fessiers (constants) et des « points gâchettes » ;
d. palpation des cordons myalgiques du jumeau externe (quasi constant).*

Extrait du manuel Douleurs d'origine vertébrale (R. MAIGNE)

Figure 12 – Exemple de l'examen d'un syndrome CTM.

La MMO aura exploré chaque niveau de DIV pour en dresser les CTM correspondant (ceux relatif au DIV du rachis lombaire sous présenté à titre indicatif **Tableau 6**). Cette notion de syndrome aura surtout comme intérêt en médecine générale de comprendre qu'il existe

tout un faisceau possible de signes pouvant accompagner la restriction de mobilité et la douleur si la lombalgie est relative à un DIV et justifier des soins de MMO. En ayant conscience de cela il sera plus simple de comprendre et d'expliquer au patient, tout en le rassurant, pourquoi il peut présenter des douleurs en région trochantérienne, au pli de l'aîne, ou une méralgie. Tous ces symptômes doivent être considérés comme des signes accompagnants et inconstants. Leur recherche est pertinente pour orienter plus finement le diagnostic et la prise en charge.

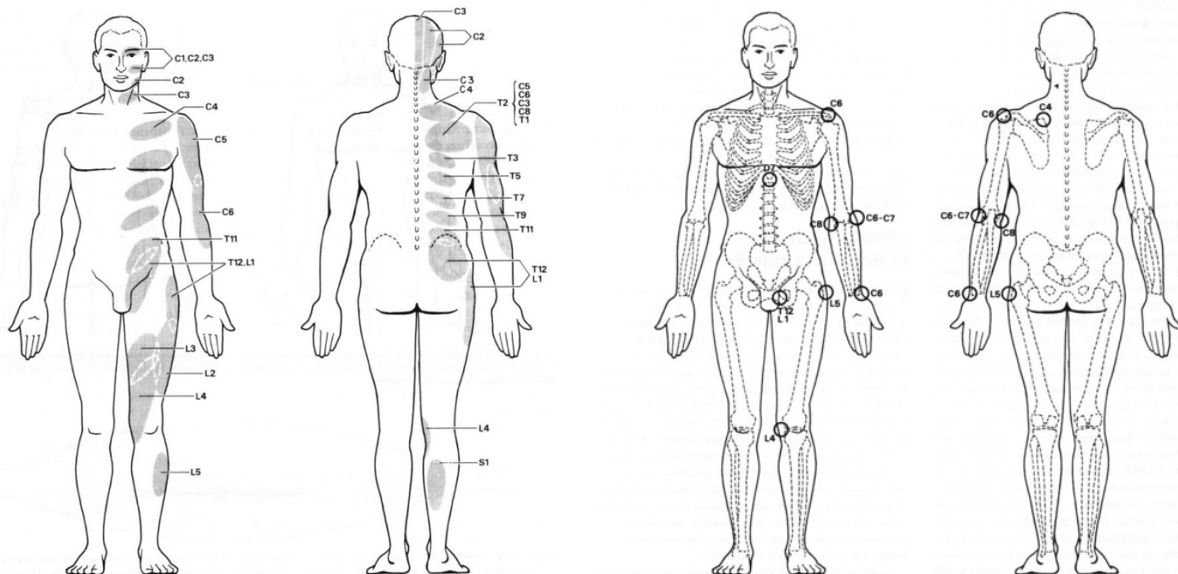
	Cellulagies	Myalgies	Téналgies	Périostalgies
T12-L1	-Post : région fessière supérieure et lombaire inférieure -Ant : partie inférieure de l'abdomen, triangle de scarpa, face supéro interne de la cuisse -Lat : régio trochantérienne	- Muscle droit de l'abdomen - Carré des lombes - Ilios-Psoas - Oblique	- Partie inférieure du psoas	- Hémi pubis
L1-L2	-Partie antérieure, extérieure moyenne et inférieure moyenne de la cuisse (méralgies parasthésique en raquette) -Partie interne de la crete iliaque interne			
L2-L3	-Partie interne de la cuisse	- Droit antérieur - Vaste interne		
L3-L4	-Partie interne basse de la cuisse -Face interne du genou -Partie supérieure et face interne de la jambe	- Droit antérieur - Vaste interne		- Patte d'oie
L4-L5	-Face antéro externe de la jambe (tête fibulaire) +/- face dorsale du pied	- Grand fessier - Moyen fessier - Petit fessier - Tenseur Fascia Lata -Jambier antérieur (gastrocnémien latéral) - Extenseurs des orteils	- Grandtrochanter - Périoniers latéraux	
L5-S1	-Face postérieure du mollet	- Grand fessier - Moyen fessier - Petit fessier - Pyramidal (piriforme) - Jumeau externe - Soléaire externe - Court biceps		

Tableau 6 – Syndrome cellulo-téno-périosto-myalgique suivant le segment atteint.

Bien que le but ne soit pas ici d'apprendre les CTM de chaque niveau. Il nous a semblé pertinent de présenter l'une des lombalgies communes les plus fréquemment vu en MMO (30% des cas de lombalgies communes (32)) : le syndrome de la jonction dorso lombaire.

4.1.2.3 Le syndrome de la jonction dorso lombaire.

Le syndrome de la jonction dorso lombaire (**Figure 13**), décrit en 1981, appelé aussi syndrome de Maigne, se définit comme l'ensemble des manifestations algiques associées ou isolées consécutif à la souffrance des segments de la jonction thoraco lombaire, autrement dit, le dérangement du niveau T12 L1 (ou plus rarement T11-T12 ou L1-L2).



Syndrome cellulo-périosto-myalgique vertébral segmentaire (R.MAIGNE). Représentation de zones cellulagiques douloureuses au pincé-roulé, avec leur correspondance segmentaire habituelle. Au niveau du cuir chevelu, le pincé-roulé est remplacé par le « signe de la friction »

Syndrome cellulo-périosto-myalgique vertébral segmentaire (R.MAIGNE). Représentation des zones d'hyperalgesie ténopériostée d'origine vertébrale les plus fréquentes avec leur correspondance segmentaire habituelle.

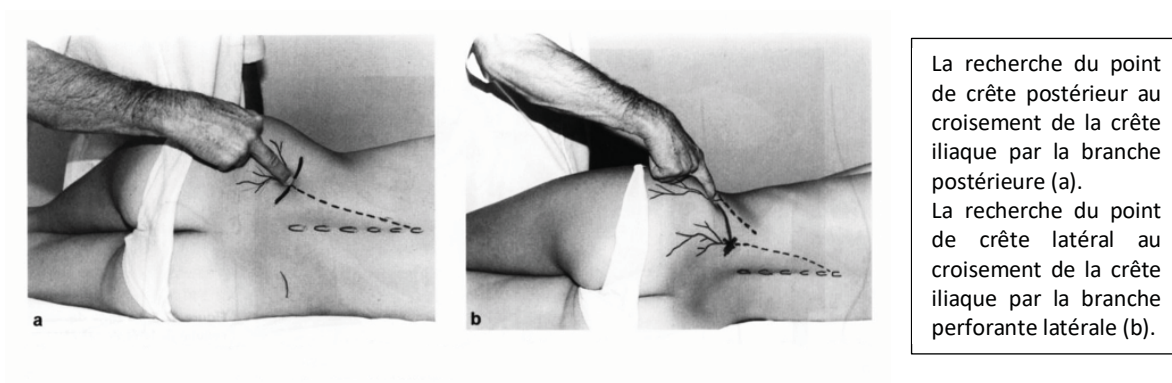
Extrait du manuel *Douleurs d'origine vertébrale* (R.MAIGNE)

Figure 13 – Le syndrome de Maigne.

On retrouve dans le syndrome de Maigne :

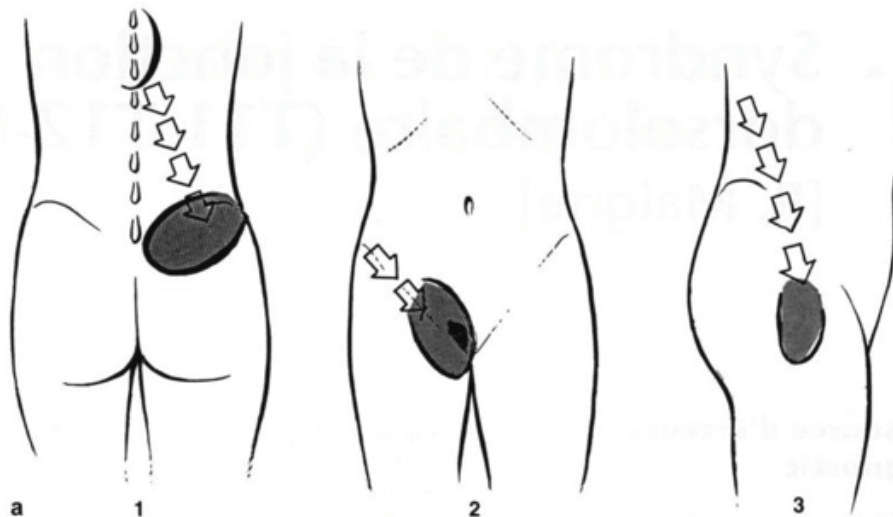
- Une lombalgie basse (signe le plus fréquent, celui qui généralement motivera la consultation).
- Des douleurs abdominales basses, pseudoviscérales pouvant mimer des douleurs digestives voir même faire croire à tort à une appendicite en cas de latéralité droite des symptômes (même chez les patients mineurs). Elles peuvent aussi simuler des douleurs gynécologiques, urologique ou encore testiculaires.
- Une pubalgie généralement unilatérale, essentiellement à la palpation, décrite le plus souvent comme une simple gêne.
- Des fausses douleurs de hanches en atteignant la face externe de la cuisse et éventuellement le pli de l'aîne. On peut donc retrouver des méralgies paresthésiques, des aspects de sciatiques tronquées ou encore des simulations de périarthrite de hanche.
- D'éventuels troubles fonctionnels digestifs, particulièrement un météorisme abdominal.

Ce qui rend ce syndrome si récurrent c'est l'existence d'une zone naturelle de transition entre des amplitudes de rotations limitées au niveau du rachis thoracique et celles plus libres permises par le rachis lombaire. Ce lieu charnière de tensions est donc propice à l'apparition d'un dérangement sur le segment jonctionnel, majoritairement T12-L1. Ce dernier reste habituellement accessible aux soins MMO.



Extrait du manuel Douleurs d'origine vertébrale (R.MAIGNE)

Figure 14 – Le point de crête postérieur.



Syndrome de la jonction dorsolumbaire.

Les trois projections douloureuses (a) :

1.postérieure :

- lombalgie.

2.antérieure :

- douleurs pseudo-viscérales,

- pubalgies.

3.latérale :

- pseudo-douleurs de hanches, ou

- pseudo-méralgie paresthésique

A noter que le patient ne souffre jamais au niveau de la jonction dorsolumbaire.

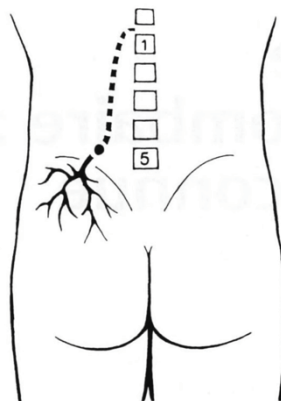
Les trois rameaux de division des nerfs rachidiens T12 et L1 (schématique) (b) :

- branche antérieure (1)

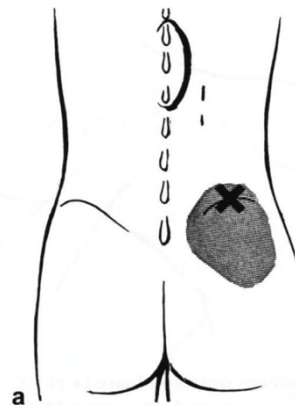
- branche postérieure (2)

- rameau cutané perforant latéral (3)

Le patient peut souffrir d'une seule projection même si les autres sont aussi douloureuses à l'examen (inactives).



Trajet schématique du rameau cutané d'une branche postérieure d'un nerf rachidien issu de la jonction dorsolumbaire.



La zone de cellulite postérieure correspondant au rameau cutané d'une branche postérieure issu d'un nerf rachidien du niveau jonctionnel. La croix désigne le point de crête postérieur.

Extrait du manuel *Douleurs d'origine vertébrale* (R.MAIGNE)

Figure 15 – Projections algiques du Syndrome de Maigne.

4.1.2.4 *Prise en charge holistique.*

Les traitements de MMO pour la prise en charge des lombalgies sub-aiguës, majoritairement par mobilisations et manipulations, arrivent généralement à solutionner le problème au moins à court terme mais comme notre revue le montre, une seule séance de geste technique, isolément, n'aura que peu d'impact. Tout un travail de discussion et de prévention est à instaurer par la suite. Ce temps n'a pas l'obligation d'être long, il peut largement s'optimiser et c'est là un des objectifs de cette étude. Il faut s'intéresser à la routine, à la statique du patient, étant donné qu'une mauvaise hygiène posturale favorise l'apparition, la persistance et la récurrence des DIV, particulièrement si l'architecture rachidienne du patient et sa posture sont propices aux contraintes sur les segments vertébraux. Ainsi nous devons rechercher les contraintes mais aussi les attitudes problématiques, inadaptées, répétitives potentiellement pourvoyeuses de DIV.

On peut noter l'impact des postes de travail inadaptés (relevant potentiellement d'un défaut des fournitures et du matériel à disposition du travailleur) notamment dans des emplois du tertiaires avec des longues périodes sédentarisées devant un ordinateur et rendus d'autant plus néfastes si le sujet a de mauvaises habitudes ergonomiques et posturales (une hauteur d'écran d'ordinateur mal réglée, une assise non en face du moniteur, une rotation du bassin en croisant les jambes...). L'ergonomie dans les activités professionnelles a particulièrement été mise à mal avec le bond du télétravail, ce dernier s'étant normalisé avec la crise Covid (33). Le nombre d'heures hebdomadaires télétravaillées semblent statistiquement lié à une majoration des lombalgies. Pour Santé Publique France, la prévalence de la survenue d'épisodes lombalgiques est de 9 % pour le télétravail à temps plein contre 5 % pour le travail hybride (télétravail à temps partiel) (34). On notera aussi les répétitions de mouvements intrinsèques à l'exercice professionnel (passages des achats à scanner par les hôtesse de caisses, gestuelles sur les chaînes de montage...), ou encore les ports de charges répétés ou mobilisations de patients (sur 1000 salariés du secteur du bâtiment, 13,3 ont une lombalgie, sur 1000 salariés du secteur de l'aide et des soins à la personne on en retrouve 19,3 (35)). Bien que le monde professionnel prenne généralement au sérieux les conditions de travail afin de minimiser entre autres les journées de travail perdues (ici pour cause de lombalgies) la connaissance

de l'activité professionnelle du patient et une bonne représentation de celle-ci par le médecin demeure une donnée pertinente pour sa prise en charge et son accompagnement.

Outre le travail, les contraintes et les habitudes physiques du patient, nous ne devons pas négliger la part émotionnelle et psychique du travailleur. Nous avons vu le poids des indicateurs psychosociaux dans la chronicisation du trouble avec les drapeaux jaunes. Le ressenti de la douleur, de ses conséquences, de la vision du patient sur ses capacités et son avenir, ont un lourd impact sur le tableau lombalgique globale. Il est primordial de scruter chaque versant de la perception du trouble et de son contexte pour la déconstruire avec et pour le patient. Le STarTback screening tool offre une grande aide pour cela. Des facteurs du même ordre existent aussi vis à vis de la vie professionnelle du malade.

Tous les facteurs de risques liés à la représentation perçue du travail et à l'environnement par le travailleur sont identifiés comme étant des drapeaux bleus (36):

- Charge physique élevée du travail.
- Forte demande au travail et faible contrôle sur le travail.
- Manque de capacité à modifier son travail.
- Manque de soutien social.
- Pression temporelle ressentie.
- Absence de satisfaction au travail.
- Stress au travail.
- Faible espoir de reprise du travail.
- Peur de la rechute.

Les facteurs pronostics lié à la politique de l'entreprise, au système de soins et d'assurance sont quant à eux présentés comme des drapeaux noirs (36)

- Politique de l'employeur empêchant la réintégration progressive ou le changement de poste.
- Insécurité financière.
- Critères du système de compensation.

- Incitatifs financiers.
- Manque de contact avec le milieu de travail.
- Durée de l'arrêt maladie.

Bien que le médecin traitant ou un médecin diplômé de MMO ne puisse agir sur ces drapeaux bleus et noirs, il apparaît judicieux d'informer le patient quant à leur impact sur son trouble lombalgique. L'intention n'est pas d'amener ce dernier à changer d'activité professionnelle mais plutôt de lui faire prendre conscience que son environnement de travail est à étudier (sans nécessairement l'incriminer). Nous pouvons au minimum lui rappeler qu'il lui est possible de solliciter un rendez-vous en médecine du travail. Nous pouvons également l'encourager à en discuter avec d'autres membres de son entreprise. Il nous faudra aussi le sensibiliser sur l'importance d'optimiser si possible l'ergonomie de son poste de travail. Lors de cet échange traitant de la vie professionnelle du patient, nous devons, par notre discours, aider notre interlocuteur à rester optimiste sans lui mentir ou lui donner de faux espoirs.

Pour assister le patient face aux drapeaux jaunes, bleus et noir, il nous faudra aussi nous interroger quant à l'existence d'un impact voire d'une souffrance psychologique. Le cas échéant, nous devons évoquer avec le patient l'intérêt d'une prise en charge dédiée, médicamenteuse ou non. La dépression peut être à la fois une cause (ou du moins un facteur précipitant) et une conséquence des lombalgies. En médecine ambulatoire, 48% des patients souffrant de dépression se plaignent de lombalgie (37). Soigner un dos peut aussi amener à soigner la psyché du patient.

« Le bon traitement c'est le mouvement » (38). Les campagnes de sensibilisation aux lombalgies l'ont répété en boucle depuis de nombreuses années, dans les salles d'attente, dans les spots télévisés. Il faudra lutter contre la kinésiophobie. L'exercice physique contribue à mobiliser et étirer les chaînes articulaires rachidiennes tout en renforçant la musculature para rachidienne (sans compter évidemment les effets bénéfiques sur le système cardio vasculaire, les impacts positifs sur le moral du patient, etc). Outre les effets directs des exercices, reprendre ou poursuivre des rendez-vous d'activités physiques permet de lutter contre la sédentarité. Nous l'avons vu au travers de notre travail

bibliographique, l'alitement n'aide pas à amoindrir les douleurs et au contraire, il majore le risque de passage à la chronicité (39–42). Dans cette optique il faut donc obligatoirement rechercher l'existence d'activité physique chez le patient, pour stimuler ce dernier à la poursuivre ou à défaut le motiver à en démarrer une.

Rassurons le patient, la douleur ressentie ne fait pas la gravité du trouble lombalgique. En conséquence, en absence de drapeaux rouges, des exercices physiques doivent être pratiqués, d'autant qu'aucune activité ne semble plus efficace qu'une autre. Le niveau requis n'est pas celui d'un athlète de haut niveau mais celui d'un être en mouvement. Même des activités de la vie courante, comme aller à pied se balader ou faire ses courses, peuvent suffire. Le point primordial étant de réaliser des activités le plus tôt possible, dans de bonnes conditions (chaussage adapté à la foulée du patient si son choix se porte sur le running) et en étant attentif à éviter les situations potentiellement à risque de blessure (ports de charges de poids progressivement croissantes s'il débute la musculation). Le patient doit y trouver son compte, peut être devra-t-il se forcer à être actif, à sortir de sa zone de confort, mais il est crucial que ladite activité lui semble abordable physiquement, financièrement, chronologiquement... et surtout, qui lui plaise (ou puisse lui plaire). Le plaisir à réaliser une activité est un facteur de réussite à sa mise en place. Les vieilles habitudes ont la vie dure ; débiter une activité sportive chez un patient sédentaire peut s'avérer difficile (longue période d'inactivité, âge avancé...). Nous pourrions conseiller à ce dernier de se diriger vers les clubs sportifs proches de chez lui, à se renseigner auprès de sa mairie, des MJC ...

Une autre possibilité pour favoriser une reprise sportive chez un patient trop sédentaire peut être la prescription d'une activité physique adaptée (APA) (43,44) à condition que celui-ci souffre déjà d'une pathologie chronique et qu'il remplisse les autres conditions d'accès à la prescription d'APA.

Que le patient en fasse le souhait ou non, nous devons lui délivrer quelques auto-exercices à réaliser à domicile, voire sur le lieu de travail (ce qui de plus l'obligera à se mobiliser et à s'extraire d'une station assise trop longue). Une liste d'exemples d'auto-exercices est à disposition en annexes (**Annexe 3**). Le praticien pourra servir de modèle en

réalisant la démonstration d'exercices afin que le patient comprenne au mieux les consignes. Le streaming fait désormais parti de la vie de nombreux patients avec entre autres l'usage régulier de plateformes comme YouTube® ou Dailymotion®. Les créateurs de contenus, de toutes professions, existent tout autour du globe et la France dispose de plusieurs vulgarisateurs médicaux et paramédicaux. Tout en rappelant au patient qu'il doit garder un regard critique sur les contenus consultables sur internet, nous pouvons l'informer de l'existence de nombreux youtubeurs français (ou du moins francophones) kinésithérapeutes réalisant entre autres des vidéos d'auto-exercices qui pourront le guider sur cette voie.

4.1.3 Un outil d'aide à la prise en charge.

A partir de nos conclusions, nous avons élaboré une « fiche mémo » à destination des médecins généralistes, contenant des éléments de réflexion, de langage et de prise en charge, utiles lors des consultations pour des patients souffrant de lombalgies sub-aiguës. Nous avons rappelé les drapeaux rouges, jaunes, bleus et noirs. Nous avons repris l'esprit des questions aperçues dans le STarT Back Screening Tool pour aider le praticien à investiguer l'aspect bio-psycho-social du patient et nous avons ajouté des pistes d'accompagnement par domaines. Le tout est construit pour optimiser l'attitude, le discours et le déroulé de l'entretien. De plus il est possible, si le médecin le souhaite, d'accéder rapidement à deux questionnaires (le STarT Back Screening Tool et le questionnaire de Dallas) par le biais de deux QR codes (**Figure 16**).

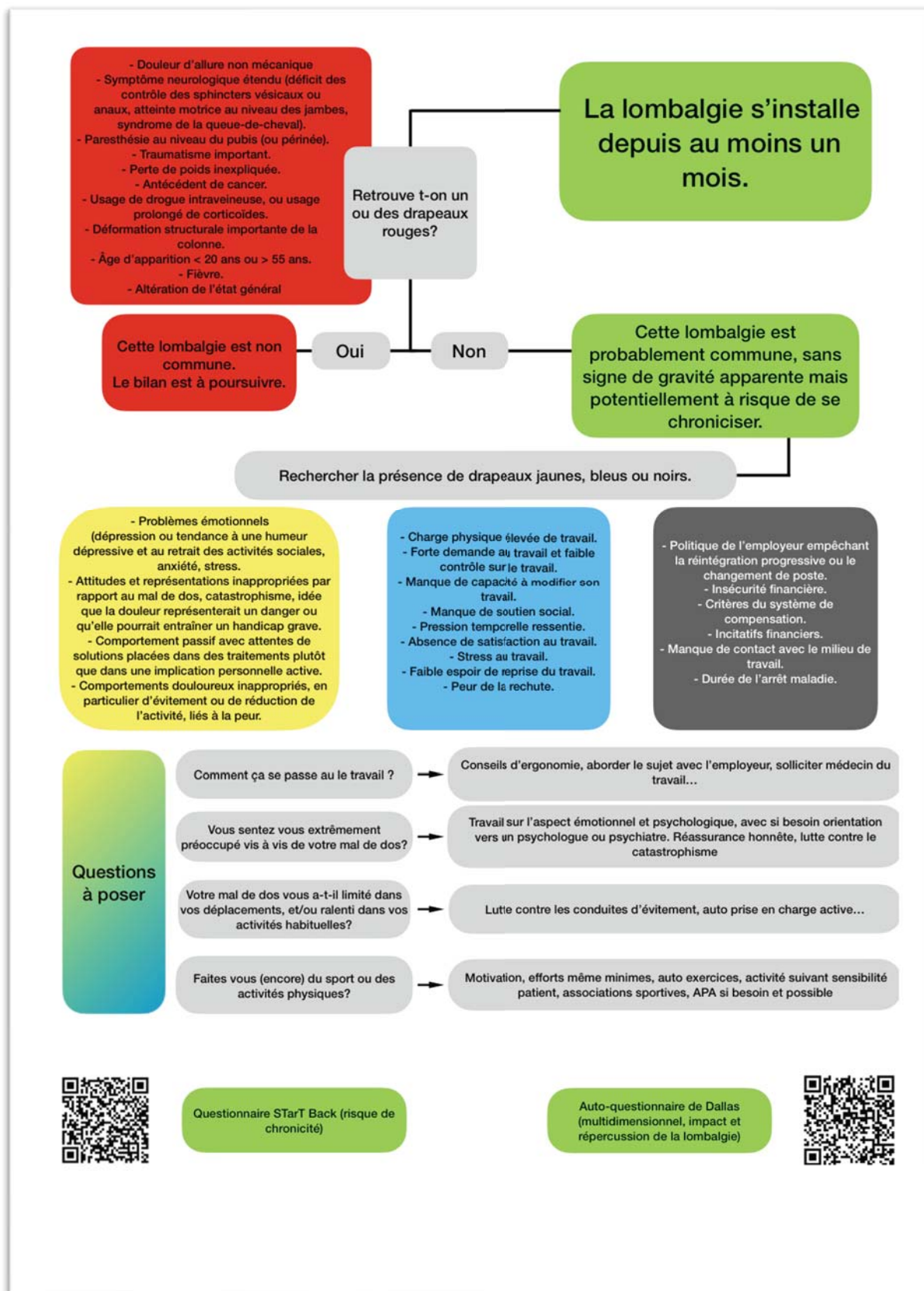


Figure 16 – Fiche Mémo : Aide à la prise en charge des lombalgies sub-aiguës.

4.2 Limites de l'étude.

Des aveux des auteurs eux-mêmes, ici étudiés, se poser efficacement la question de l'apport d'un temps de traitement ostéopathique reste complexe. Pour obtenir une réponse précise, il faut un contexte, des bases et des définitions précises. Tous ont constaté les mêmes embuches. La définition du soin en ostéopathie est souvent vague. Les diverses branches et leurs devenir étaient particulièrement dépendants des groupes d'individus qui se sont attachés à les développer. Les courants influencent les pratiques, les lieux d'enseignement influencent les courants, les nations influent sur l'enseignement. En somme les définitions du soin mais aussi du parcours ostéopathique varient d'une formation à une autre tout comme d'un pays à l'autre (par exemple au Japon, l'accès à un soin ostéopathique nécessite une prescription médicale).

La discipline est relativement jeune, elle souffle ses 150 bougies cette année, mais fort heureusement certains de ses fondements empiriques se sont vues légitimés par des travaux précis, objectifs, basés sur des démarches scientifiques et intellectuelles éprouvées (c'est le cas pour le versant ostéo articulaire développé avec la MMO, qui elle est encore plus récente) tandis que d'autre aspects du spectre ostéopathique sont restés au stade de la théorie, de la spéculation. En somme, dans une littérature peu fournie pour le soin ostéopathique, encore plus mince pour la MMO, il n'aura pas été aisé de recueillir beaucoup de citations dédiées. Il aura fallu parfois travailler technique par technique. Quelques citations auront été exclues puisqu'elles traitaient de chiropraxie. Bien que certaines manipulations chiropratiques soient proposées en consultation de MMO, intégrer des traitements extraits d'articles intéressants des prises en charge de chiropracteurs nous semblait contre-productif et pourvoyeur de biais.

La définition des lombalgies est parfois fluctuante d'une source à l'autre avec l'incorporation ou non de la fessalgie. Si on retient la fessalgie, faut-il s'intéresser aux douleurs sacro-iliaques ? Nous avons pris le parti de repousser les troubles douloureux de ces articulations qui pour nous ne s'intègrent pas au tableau étudié : la lombalgie commune non spécifique.

La notion de lombalgie sub-aiguë n'est pas souvent investiguée ce qui aura pu gêner le travail des auteurs mais aussi le nôtre par la même occasion. Beaucoup d'articles se contentent de mettre en opposition « aiguë » et « chronique » dès la barrière des 90 jours. Pour certains auteurs, l'intégration du caractère sub-aigu se fait au sein des lombalgies chroniques. Quand il est évoqué et analysé, le passage aigu vers sub-aigu s'opère à 4 semaines pour certains, 6 semaines pour d'autres. Il est aussi à noter que le patient lui-même peut avoir du mal à dater le début de ses symptômes algiques et fonctionnels tant ces derniers peuvent évoluer de façon insidieuse les premiers jours.

Ainsi les rédacteurs des articles analysés reconnaissent que la description des lombalgies sub-aiguës communes et des soins ostéopathiques ne sont malheureusement pas toujours tout à fait superposables d'une citation à une autre, de part quelques divergences dans leurs définitions.

Un autre souci récurrent est la complexité de quantifier et de qualifier, les lombalgies, leurs impacts et leurs traductions cliniques. Il apparaît parfois difficile de faire la part des choses entre les douleurs, les limitations d'activités (celles effectuées ou celles projetées par le patient plus ou moins kinésiophobe).

Tout ceci influe négativement sur la comparabilité inter essais, d'une littérature déjà relativement peu fournie, mais qui continue de s'étoffer de jour en jour. Malgré toute la bonne volonté des auteurs, il est souvent ardu de comparer des contextes cliniques comparables, superposables. Il en a été de même pour nous avec la réalisation de cette thèse.

Pour finir, nous espérons trouver parmi nos articles, des éléments cliniques pertinents et statistiquement documentés pouvant nous guider dans le diagnostic étiologique de la lombalgie sub-aiguë commune lors de l'examen physique de MMO. Ce ne fut pas le cas. Par exemple, nous ne pûmes trouver mention de l'existence de signes orientant préférentiellement vers une discopathie ou vers un trouble des articulaires postérieurs.

4.3 Forces de l'étude.

L'une des forces de cette thèse a été d'élaborer une équation de recherche ouvrant un champ de réponses bibliographiques relativement large entraînant un travail de tris plus long mais qui minimise un risque de discrimination excessive.

En effet lors de l'équation de recherche, nous avons choisi de ne pas intégrer la notion d'évolution sub-aiguë du trouble lombalgique pour réserver cette étape à celle du tri par titre, voire par abstract, voire en lecture complète d'articles. Sachant que la définition d'une lombalgie sub-aiguë est assez récente, la rechercher trop tôt aurait résulté en une perte prématurée de citations au sein d'une littérature que nous soupçonnions assez peu fournie. Nous sommes donc partis du principe que le caractère sub-aigu serait traité de façon directe (observable dès le titre) mais aussi de façon indirecte au côté des douleurs aiguës mais parmi lesquelles nous devons trouver une notion de durée symptomatologique dépassant les 6 semaines (abstract voire lecture complète) afin de rester dans notre objectif.

Le choix de restreindre la date de parution des articles lors de notre équation de recherche, afin de correspondre aux données les plus actuelles, s'est avéré d'autant plus pertinent qu'à de nombreuses reprises, les auteurs des différents articles notaient des évolutions rapides et des changements de dogmes, dans les prises en charge pharmacologiques. Ils rapportaient des reconnaissances récentes dans l'intérêt de certaines médecines complémentaires et accordaient une attention prépondérante au modèle biopsychosocial.

Pour pallier le peu de littérature explicitement construite autour de la MMO, nous avons intégré dans nos résultats d'équation de recherche les articles faisant état de soins ostéopathiques et de thérapies manuelles tels qu'enseignés en MMO.

Les citations étudiées étaient quasiment toutes des revues de la littérature sur des guidelines de prise en charge de patients lombalgiques ou sur des soins pratiqués en MMO. La plupart de ces articles internationaux étaient rédigés par des groupes d'experts médicaux pluridisciplinaires spécialisés dans le rachis.

Nous avons focalisé notre regard sur des sources médicales, bien qu'il en existe d'autres s'intéressant à la discipline ostéopathique moins médicale mais également moins validées scientifiquement. L'idée étant de rester médecin, il nous fallait se poser la question de l'intérêt de la MMO dans un cursus de soins primaire d'une prise en charge médicale. Notre objectif n'était pas de promouvoir l'ostéopathie dans son entièreté. Nous voulions relever, en plus d'un effet bénéfique de la MMO, les éléments pertinents à apporter à la patientèle de médecine générale lors des consultations des patients lombalgiques pour mieux les soigner, mieux les accompagner, et favoriser l'émergence d'une autogestion à visée curative mais surtout préventive des potentiels nouveaux épisodes de maux de dos.

5. Conclusion

Réunir des éléments pertinents de la littérature quant à l'apport de la Médecine Manuelle et Ostéopathie dans la prise en charge des patients souffrant de lombalgie sub-aiguë ne fut pas aisé. La discipline est jeune et la littérature est peu fournie, mais heureusement, elle s'étoffe d'année en année, en ostéopathie comme en soins de MMO. Cette croissance de publications permettra indéniablement un gain de force méthodologique et de puissance statistique dans les futurs travaux, notamment grâce à une meilleure comparabilité des patients cible entre eux et des soins étudiés (modalités techniques, fréquences de réalisations de gestes).

La MMO et les médecins la pratiquant souffrent parfois de la représentation populaire et plus particulièrement confraternelle médicale de l'ostéopathie dans son ensemble (un spectre à la fois vaste et hétérogène). Cependant son fondement repose sur des bases scientifiques reconnues et son existence est légitime. La question de son efficacité l'est tout autant.

En ce qui concerne l'aspect technique seul, notre travail révèle qu'une séance unique de soins manuels réalisée isolément, et sans autre modalité de prise en charge n'apporte statistiquement pas d'avantage sur le devenir du patient à moyen et long terme. Cependant les manipulations et mobilisations ont statiquement un impact positif au moins à court terme. Il en va de même pour les massages et traitements myotensifs qui apportent statistiquement un avantage supérieur comparativement à l'abstention thérapeutique ou aux traitements placebo mais avec des effets moindres en comparaison des manipulations et mobilisations. Les techniques de Strain-Counterstrain n'ont pas fait preuve d'avantage autre qu'une éventuelle satisfaction brève chez le patient. A moyen et long termes ces gestes n'ont pas fait preuve d'efficacité, mais lorsqu'ils sont effectués de manière répétée, les résultats laissent présumer un avantage.

De plus en plus de guides de prise en charge des patients atteints de lombalgies non spécifiques évoquent les soins réalisés en ostéopathie et en MMO. Majoritairement, ils les considèrent comme des traitements de seconde intention à coupler avec d'autres modalités de prise en charge (certains guides priorisent cette démarche avant la prise en charge strictement médicamenteuse). Parmi elles on retrouvera la conservation (ou la mise en place) d'une activité physique même de faible intensité et une gestion des risques de chronicisation que sont les drapeaux jaunes, plus ou moins bleus et noirs. Ces éléments font déjà partie intégrante des temps de consultations en MMO (expérience du praticien, consultations plus longues et dédiées à ce problème...) et c'est l'une des grandes forces de cette prise en charge, rappelant de fait, que la réalisation de gestes techniques n'est qu'une des composantes de cette consultation. Divers éléments de l'interrogatoire, de l'examen physique et de l'entretien avec le patient en MMO sont reproductibles en consultation de médecine générale. Nous avons pour cela élaboré un outil sous forme d'une fiche MEMO à destination des médecins généralistes sur les grandes questions clés à poser au patient et sur les éléments de conseils à lui apporter.

Nous tenons à rappeler que la MMO est une discipline relativement jeune, encore trop peu investiguée. L'un des souhaits éprouvés lors de l'exploration des résultats de notre équation de recherche bibliographique était d'obtenir un ou plusieurs articles s'intéressant à la satisfaction, et aux retours d'expérience de patients ayant profité de soins MMO pour les

lombalgies sub-aiguës. Le fait est qu'aucune référence abordant pleinement ce sujet ne fut trouvée, hormis quelques mentions relativement succinctes dans les articles étudiés. Sachant le poids non négligeable des facteurs biopsychosociaux dans la prise en charge du patient douloureux, et observant que le soin physique manuel, réalisé seul, ne semble pas suffisant pour aider ce dernier, il est légitime de vouloir recueillir le retour d'expérience des patients ayant bénéficié d'une prise en charge MMO. Ce travail pourrait amplement être effectué sous le prisme d'entretiens patients et aiderait à mieux cerner les attentes, les ressentis de patients lombalgiques afin d'affiner et d'optimiser encore plus les discours et attitudes à appliquer en consultation de médecine générale.

Une autre voie pourrait aussi être de suivre le devenir du malade. Il existe de nombreux questionnaires de score fonctionnel et de suivi des patients lombalgiques comme le score EIFEL ou l'auto-questionnaire de DALLAS. A l'avenir, une étude s'intéressant à l'évolution d'un tel score auprès de patients bénéficiant d'une ou plusieurs interventions de soins de MMO comparativement à d'autres suivant un parcours de soins plus classique, pourrait présenter un intérêt certain.

Pour conclure, notre revue de littérature ne nous permet pas aujourd'hui de mettre en évidence la preuve d'un apport bénéfique franc de la prise en charge en MMO sur le devenir algique et fonctionnel des patients venant consulter pour la prise en charge des lombalgies sub-aiguës. L'effet demeure statistiquement avantageux à court terme mais ne demeure que supposé à long et moyen terme. Attention toutefois à ne pas se limiter à cet aspect puisque le temps de consultation en MMO est aussi dédié à surveiller l'absence de drapeaux rouges et à investiguer voire traiter les aspects bio psychosociaux des patients (drapeaux jaunes, bleus, noirs) : éléments indispensables dans les tableaux algiques, les troubles ostéo articulaires et donc évidemment, les lombalgies. Notre fiche MEMO est élaboré pour aider le médecin généraliste dans ce sens et optimiser son interrogatoire et son examen physique.

6. Bibliographie

Bibliographie :

1. Carole BABLED médecin généraliste. LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET L'OSTÉOPATHIE : ÉVALUATION DU RECOURS AUX MANIPULATIONS VERTÉBRALES PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LA LOMBALGIE AIGUE COMMUNE EN MIDI-PYRÉNÉES.
2. Lombalgie. Statistique - Risques - INRS [Internet]. [cité 14 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/lombalgies/statistique.html>
3. ROUDIER AAP. RECOURS AUX APPROCHES COMPLEMENTAIRES EN MEDECINE : revue de la littérature et enquête dans un cabinet de médecine générale [Internet]. [FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE]: UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE (PARIS 6); 2014 [cité 9 janv 2023]. Disponible sur: [https://psychanalyse.com/pdf/MEDECINE%20GENERALE%20-%20RECOURS%20AUX%20APPROCHES%20COMPLEMENTAIRES%20EN%20MEDECINE%20-%20THESE%201985%20\(68%20Pages%20-%202,4%20Mo\).pdf](https://psychanalyse.com/pdf/MEDECINE%20GENERALE%20-%20RECOURS%20AUX%20APPROCHES%20COMPLEMENTAIRES%20EN%20MEDECINE%20-%20THESE%201985%20(68%20Pages%20-%202,4%20Mo).pdf)
4. Colne JT. Perception de l'ostéopathie par la population rurale de Lorraine: étude transversale de la patientèle des MSP des Vosges et de Meuse en 2020. [Faculté de Médecine Nancy]: Université de Lorraine; 2021.
5. Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie – 2012 · Inserm, La science pour la santé [Internet]. [cité 16 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/rapport/evaluation-de-lefficacite-de-la-pratique-de-losteopathie-2012/>
6. Ostéopathie Structurale : quand ça fait « Crac » ! | Oostéo [Internet]. [cité 4 mars 2024]. Disponible sur: <https://oosteo.com/blog/2019/11/osteopathie-structurelle-quand-ca-fait-crac/>
7. Humbert G. Analyse comparative des principales indications d'ostéopathie évoquées par les médecins généralistes et les trois principaux professionnels de l'ostéopathie en Lorraine. :101.
8. Karine P. Haute Autorité de santé. 2019;178.
9. Foltz DV. Parcours de soins, lombalgie commune : informer et former pour une prise en charge active. Concours Méd. 2014;136(9).
10. Recommandations Lombalgie et lomboradiculalgie aiguës communes - VIDAL [Internet]. [cité 16 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/lombalgie-et-lomboradiculalgie-aigues-communes-2699.html#prise-en-charge>
11. Le mal de dos, une facture de plus d'un milliard d'euros - Challenges [Internet]. [cité 5 déc 2023]. Disponible sur: https://www.challenges.fr/entreprise/vie-de-bureau/le-mal-de-dos-une-facture-de-plus-d-un-milliard-d-euros_624834
12. Coeckelberghs E, Verbeke H, Desomer A, Jonckheer P, Fournay D, Willems P, et al. International comparative study of low back pain care pathways and analysis of key interventions. Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc. avr 2021;30(4):1043-52.
13. Kreiner DS, Matz P, Bono CM, Cho CH, Easa JE, Ghiselli G, et al. Guideline summary review: an evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of low back pain. Spine J Off J North Am Spine Soc. juill 2020;20(7):998-1024.
14. Shirado O, Arai Y, Iguchi T, Imagama S, Kawakami M, Nikaido T, et al. Formulation of Japanese Orthopaedic Association (JOA) clinical practice guideline for the management of low back pain- the revised 2019 edition. J Orthop Sci Off J Jpn Orthop Assoc. janv

2022;27(1):3-30.

15. Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, Kongsted A, Aaboe J, Andersen M, et al. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc.* janv 2018;27(1):60-75.
16. Tsertsvadze A, Clar C, Court R, Clarke A, Mistry H, Sutcliffe P. Cost-effectiveness of manual therapy for the management of musculoskeletal conditions: a systematic review and narrative synthesis of evidence from randomized controlled trials. *J Manipulative Physiol Ther.* août 2014;37(6):343-62.
17. Darlow B, Fullen BM, Dean S, Hurley DA, Baxter GD, Dowell A. The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: a systematic review. *Eur J Pain Lond Engl.* janv 2012;16(1):3-17.
18. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *The Lancet.* 2018;391(10137):2368-83.
19. Krenn C, Horvath K, Jeitler K, Zipp C, Siebenhofer-Kroitzsch A, Semlitsch T. Management of non-specific low back pain in primary care - A systematic overview of recommendations from international evidence-based guidelines. *Prim Health Care Res Dev.* 2020;21((Krenn C.; Horvath K.; Jeitler K.; Zipp C.; Siebenhofer-Kroitzsch A.; Semlitsch T.) Institute of General Practice and Evidence-based Health Services Research, Medical University of Graz, Graz, Austria):e64.
20. Kumar S, Beaton K, Hughes T. The effectiveness of massage therapy for the treatment of nonspecific low back pain: A systematic review of systematic reviews. *Int J Gen Med.* 2013;6((Kumar S., saravana.kumar@unisa.edu.au; Beaton K.) International Centre for Allied Health Evidence, School of Health Sciences, University of South Australia, Adelaide, SA, Australia):733-41.
21. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin CWC, Chenot JF, et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J.* 2018;27(11):2791-803.
22. Parkin-Smith GF, Amarin-Woods LG, Davies SJ, Elosco B, Adams J. Spinal pain: Current understanding, trends, and the future of care. *J Pain Res.* 2015;8((Parkin-Smith G.F., g.parkin.smith@gmail.com) General Practice, Surgery 82, Busselton, WA, Australia):741-52.
23. Scholten-Peeters GGM, Thoomes E, Konings S, Beijer M, Verkerk K, Koes BW, et al. Is manipulative therapy more effective than sham manipulation in adults?: A systematic review and meta-analysis. *Chiropr Man Ther [Internet].* 2013;21(1). Disponible sur: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L52800584&from=export>
24. Fresse B. L'ostéopathie en médecine générale: analyse et fondements des différentes approches de l'ostéopathie: revue de la littérature. :195.
25. Koes BW, van Tulder M, Lin CWC, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J.* 2010;((Koes B.W., b.koes@erasmusmc.nl) Department of General Practice, Erasmus MC, P.O. Box 2040, Rotterdam, 3000 CA, Netherlands):1-20.
26. Groupe de substances : AINS. Prescrire. janv 2024;
27. fm_lombalgie_v2_2.pdf [Internet]. [cité 5 déc 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/fm_lombalgie_v2_2.pdf
28. Tout savoir sur le sportsanté et sa prescription [Internet]. [cité 27 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/30037-tout-savoir-sur-le-sport-sante-et-sa-prescription.html>

29. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 27 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641/>
30. LOI n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France (1) - Légifrance [Internet]. [cité 27 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045287568/>
31. Echelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Évaluation des Lombalgies (EIFEL) pour les kinésithérapeutes [Internet]. [cité 9 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.fullphysio.com/outils-cliniques-et-therapeutiques/echelle-dincapacite-fonctionnelle-pour-levaluation-des-lombalgies-eifel>
32. MAIGNE R. Douleurs d'origine vertébrale. Elsevier. 2006.
33. CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19 [Internet]. [cité 23 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>
34. Conditions de télétravail : quel impact sur la santé physique et psychique des travailleurs ? [Internet]. [cité 23 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2023/conditions-de-teletravail-quel-impact-sur-la-sante-physique-et-psychique-des-travailleurs>
35. Mal de dos : Les secteurs les plus touchés | ameli.fr | Entreprise [Internet]. [cité 23 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/meurthe-et-moselle/entreprise/sante-travail/risques/mal-dos/secteurs>
36. Petit A, Roquelaure Y. Recommandations de bonnes pratiques pour la surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges Argumentaire scientifique.
37. Serra E. La dépression dans la douleur. Aspects cliniques et implications thérapeutiques. Douleurs Eval - Diagn - Trait. 1 juin 2014;15(3):98-105.
38. Traitement du mal de dos | ameli.fr | Assuré [Internet]. [cité 29 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/meurthe-et-moselle/assure/sante/themes/lombalgie-aigue/traitement-prevention>
39. Poiraudau, et al. Lombalgies. EMC-Rhumatol-Orthopédie. 2004;1(4):295-319.
40. Cherin de J. La lombalgie chronique : actualités, prise en charge thérapeutique. Médecine Longévité. 2011;3(3):137-49.
41. Henchoz KL. Exercise and nonspecific low back pain : a literature review. Joint Bone Spine. oct 2008;75(5):533-9.
42. Foltz, et al. Éducation thérapeutique et lombalgie chronique. Educ Thérapeutique En Rhumatol. 2013;4148(3):143-202.
43. LE-PUIL I. La prescription d'activité physique adaptée (APA). 2022;
44. ANCELLIN R, al. HAS. 2022 [cité 29 janv 2024]. Guide des connaissances sur l'activité physique et la sédentarité. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/guide_connaissance_ap_sedentarite_vf.pdf
45. Tsertsvadze A, Clar C, Court R, Clarke A, Mistry H, Sutcliffe P. Cost-effectiveness of manual therapy for the management of musculoskeletal conditions: a systematic review and narrative synthesis of evidence from randomized controlled trials. J Manipulative Physiol Ther. août 2014;37(6):343-62.
46. Scholten-Peters GGM, Thoomes E, Konings S, Beijer M, Verkerk K, Koes BW, et al. Is manipulative therapy more effective than sham manipulation in adults?: A systematic review and meta-analysis. Chiropr Man Ther [Internet]. 2013;21(1). Disponible sur: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L52800584&from=export>

47. Darlow B, Fullen BM, Dean S, Hurley DA, David Baxter G, Dowell A. The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: A systematic review. *Eur J Pain* [Internet]. 2011;((Darlow B., ben.darlow@otago.ac.nz; Dowell A.) Department of Primary Health Care and General Practice, University of Otago, Wellington, PO Box 7343, Wellington South 6242, New Zealand). Disponible sur: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L51500636&from=export>
48. Qu'est-ce que l'ostéopathie ? Les définitions de l'ostéopathie [Internet]. [cité 8 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.osteopathe-syndicat.fr/osteopathie-definition>

7. Annexes

Etablissement privé	Voie Universitaire
<p>La plus connue et la plus empruntée, instruite au sein d'établissements privés agréés par le Ministère de la Santé, ouverte aux bacheliers (sur concours, sur dossiers, tout dépend de l'école), sur 5 ans, avec des cours magistraux, des TD, des travaux pratiques. Les premières années sont dédiées à l'acquisition de connaissances théoriques ainsi que de savoir-faire pratiques. Les deux dernières sont axées exclusivement sur la pratique. Cependant une passerelle demeure possible pour les candidats issus de cursus médicaux et paramédicaux (étudiants ou praticiens).</p>	<p>Il s'agit de diplômes (inter) universitaires (DU/DIU) de médecine manuelle et ostéopathie, reconnu par le Conseil National de l'Ordre des médecins et supervisé par le CEMMOM (Collège des Enseignements de Médecins Manuelle Ostéopathie Médicale) qui regroupe une dizaine d'universités. Cette formation s'effectue sur trois ans et permet d'acquérir le titre d'ostéopathe et d'apporter un diagnostic et une prise en charge thérapeutique plus complète et sécurisée aux patients que ceux offertes par un ostéopathe non-médecin et non-kinésithérapeute qui, malgré un touché, une pratique et une expérience indéniables, ne dispose pas d'autant connaissances médicales qu'un kinésithérapeute ou d'un médecin.</p>
<p>Les décrets et arrêtés parus au Bulletin Officiel le 12 décembre 2014 ont posé les bases du cursus de formation en fonction du statut du professionnel de santé et défini le planning d'apprentissage ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4860 heures de formation pour les bacheliers, dont 1500 heures de formation pratique clinique incluant 150 consultations complètes et validées ; - 2300 heures de formation pour les pédicures-podologues et les infirmiers ; - 1900 heures de formation pour les masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes ; - 800 heures de formation pour les médecins. 	<p>Le programme est établi de la manière suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Législation (16 h) - Ostéopathie : Fondements et modèles (92 h) - Pratique ostéopathique (306 h) - Développement des compétences de l'ostéopathe (38 h) - Mémoire (12 h)

Annexe 1 – Deux voies de formation distinctes.

Ensemble des numéros PMID à exclure

(29321099 OR 25526231 OR 20227645 OR 22972127 OR 32333996 OR 28359011 OR 28429142 OR 27376890 OR 30969539 OR 33857615 OR 32805126 OR 26093806 OR 29963843 OR 27487116 OR 30151119 OR 27112715 OR 34372944 OR 32705353 OR 28550009 OR 31201860 OR 21719329 OR 35164841 OR 30327397 OR 35616226 OR 31431266 OR 32764081 OR 20227644 OR 27400960 OR 24315146 OR 21963002 OR 21203890 OR 36564816 OR 28713052 OR 30235777 OR 33717515 OR 27838141 OR 31475359 OR 23149906 OR 28399072 OR 24170707 OR 35771704 OR 24188898 OR 34074285 OR 33685861 OR 21270691 OR 28096253 OR 33396855 OR 26186812 OR 28595897 OR 36540497 OR 27286812 OR 28708761 OR 35657413 OR 34629151 OR 35349350 OR 31907255 OR 35777261 OR 34167415 OR 34322363 OR 23941399 OR 27496288 OR 29489699 OR 20091583 OR 30248029 OR 35797529 OR 34836746 OR 21885962 OR 23902774 OR 28959069 OR 27831965 OR 27231271 OR 25812929 OR 20544039 OR 31888605 OR 33582619 OR 33915318 OR 33427958 OR 22867930 OR 29322309 OR 27217231 OR 31381402 OR 28082277 OR 36982096 OR 26060210 OR 27297201 OR 36046226 OR 36231416 OR 36198841 OR 24605910 OR 35193634 OR 32232735 OR 27546228 OR 34800245 OR 26412846 OR 35068441 OR 30657083 OR 23446070 OR 25833204 OR 32861356 OR 21807259 OR 25192904 OR 30530963 OR 32986654 OR 27157173 OR 31292415 OR 33491168 OR 32861954 OR 33810469 OR 29859349 OR 29562490 OR 26254314 OR 32945490 OR 21641519 OR 25125938 OR 20942925 OR 30618319 OR 27267108 OR 21915747 OR 26456675 OR 22455153 OR 33054732 OR 23459138 OR 23297840 OR 28606664 OR 30455553 OR 28820152 OR 25693788 OR 33892643 OR 33993879 OR 28049527 OR 35854291 OR 31532936 OR 27150167 OR 31463608 OR 32798770 OR 22085373 OR 28690076 OR 33461514 OR 36301591 OR 34480571 OR 34836673 OR 33208086 OR 34441993 OR 28363274 OR 23459137 OR 31248406 OR 35765064 OR 35410701 OR 35725255 OR 28969347 OR 21030902 OR 35710147 OR 34379352 OR 36700455 OR 32252643 OR 36068018 OR 32499273 OR 20142573 OR 28228138 OR 33546681 OR 30340573 OR 29194127 OR 35534902 OR 32700821 OR 33269694 OR 29960111 OR 36067139 OR 30186593 OR 36864486 OR 31455201 OR 33522956 OR 35599466 OR 35734835 OR 36192724 OR 35606781 OR 35659251 OR 32357175 OR 35697464 OR 27904232 OR 27652679 OR 27008292 OR 34196714 OR 21896231 OR 32095836 OR 32110398 OR 24239802 OR 36588308 OR 36444875 OR 27274267 OR 26161669 OR 32813559 OR 23664654 OR 36314134 OR 24980591 OR 34695280 OR 26322985 OR 28915771 OR 36494716 OR 24139140 OR 31142199 OR 28370977 OR 30345185 OR 34779785 OR 26934626 OR 31982540 OR 21738095 OR 35753875 OR 34499179 OR 31419219 OR 31122982 OR 19858125 OR 26812408 OR 33970380 OR 30711002 OR 33162393 OR 31974904 OR 35780222 OR 35793184 OR 32580212 OR 28096901 OR 22228573 OR 27105394 OR 24491612 OR 30378092 OR 35615965 OR 34101953 OR 35790902 OR 24986566 OR 21978663 OR 29942133 OR 21127950 OR 29440161 OR 29805422 OR 23717046 OR 35177530 OR 25681230 OR 24375895 OR 33431498 OR 27620139 OR 27981773 OR 32242464 OR 26693216 OR 34493219 OR 23643229 OR 29066616 OR 24965065 OR 32217271 OR 26615658 OR 34847780 OR 33313728 OR 32309777 OR 26282178 OR 21817088 OR 33201085 OR 25739378 OR 26553828 OR 28376761 OR 28969974 OR 30388155 OR 22310094 OR 31730676 OR 32356222 OR 31453982 OR 23843376 OR 33342429 OR 22958224 OR 29168409 OR 24615305 OR 29186635 OR 27819955 OR 21963175 OR 28807047 OR 32819960 OR 25595331 OR 28401118 OR 25971357 OR 24637890 OR 20413360 OR 28114182 OR 22698441 OR 34777804 OR 23718217 OR 32701525 OR 33308275 OR 35533598 OR 31864352 OR 21507198 OR 31924258 OR 25035845 OR 21117410 OR 35977182 OR 23872103 OR 22691623 OR 23160588 OR 27068773 OR 29610108 OR 21178597 OR 27633633 OR 34670521 OR 28155048 OR 33164922 OR 29913663 OR 31521138 OR 30511633 OR 25599287 OR 30455177 OR 28143496 OR 23448866 OR 27927661 OR 29808072 OR 28207666 OR 21554696 OR 36968161 OR 30700191 OR 31662352 OR 30337350 OR 26212847 OR 20682561 OR 31738226 OR 27760062 OR 32746076 OR 28164409 OR 27486051 OR 28359275 OR 27405870 OR 29751801 OR 20497030 OR 30309987 OR 30791876 OR 31859197 OR 34033963 OR 28542106 OR 29265793 OR 27769263 OR 26955969 OR 25061032 OR 23834759 OR 24092899 OR 21069543 OR 33914667 OR 28776132 OR 32489674 OR 32293420 OR 23123436 OR 30045749 OR 26987459 OR 29686480 OR 30095796 OR 32355138 OR 29041947 OR 30249241 OR 29180553 OR 35287698 OR 30181868 OR 27307465 OR 23224033 OR 28545420 OR 31355883 OR 23970112 OR 28709881 OR 28340202 OR 31356451 OR 30476451 OR 25074025 OR 36797753 OR 20691625 OR 29362274 OR 22341383 OR 29592802 OR 20090442 OR 27551424 OR 25887302 OR 26858135 OR 29884217 OR 28505161 OR 34716052 OR 21663617 OR 29788920 OR 25436149 OR 29246257 OR 20444631 OR 31498799 OR 20889389 OR 21708984 OR 28924697 OR 23856655 OR 20362397 OR 22662264 OR 24480937 OR 21619689 OR 28835238 OR 28483544 OR 32379649 OR 36601519 OR 26592230 OR 20799938 OR 21601533 OR 25202937 OR 28551282 OR 27633124 OR 20842014 OR 29759063 OR 26025259 OR 25202150 OR 20105037 OR 27474822 OR 28767002 OR 29042408 OR 24982754 OR 23785427 OR 24146767 OR 32001123 OR 30512130 OR 36568472 OR 24108283 OR 22426448 OR 32267989 OR 22942838 OR 26571064 OR 30904517 OR 25899955 OR 24040970 OR 23564519 OR 20147869 OR 22920158 OR 32416713 OR 22734119 OR 30555681 OR 22364387 OR 25293975 OR 21225437 OR 33310475 OR 29045852 OR 25835771 OR 31742363 OR 36721165 OR 36317649 OR 26155819 OR 30233104 OR 36471226 OR 32081512 OR 26535152 OR 36758715 OR 30074649 OR 21925736 OR 26731106 OR 21612625 OR 28560466 OR 22004395 OR 20823783 OR 33207011 OR 36865430 OR 36923167 OR 33761956 OR 21220741 OR 29080286 OR 20032168 OR 32046647 OR 37043329 OR 26907616 OR 28407702 OR 31442784 OR 31253612 OR 24332803 OR 25257627 OR 36994834 OR 21053880 OR 29121989 OR 30329118 OR 31560453 OR 27558901 OR 26559635 OR 36739379 OR 23381524 OR 32883531 OR 30305763 OR 21453543 OR 29794283 OR 22247022 OR 26816414 OR 29186918 OR 32435481 OR 31703737 OR 27092234 OR 28166902 OR 22531013 OR 25483309 OR 22578207 OR 21156752 OR 24183609 OR 28284053 OR 23145422 OR 20978243 OR 26272966 OR 29233749 OR 25125386 OR 28704010 OR 20980765 OR 22232856 OR 30083494 OR 33728382 OR 36411378 OR 28550071 OR 25201940 OR 31015239 OR 32672727 OR 24785973 OR 30403575 OR 26628949 OR 28882606 OR 27532655 OR 28965091 OR 34535520 OR 34235999 OR 32442141 OR 35979131 OR 28323240 OR 30701907 OR 25344959 OR 23868792 OR 25514154 OR 25053468 OR 27536737 OR 26183589 OR 28644962 OR 29180552 OR 34480793 OR 28064171 OR 22915980 OR 21493764 OR 34742050 OR 25012675 OR 34625083 OR 24118796 OR 33579745 OR 28395013 OR 23354595 OR 36580365 OR 24836580 OR 23497192 OR 34561264 OR 27538942 OR 21539762 OR 20646286 OR 31257002 OR 27876689 OR 26092619 OR 21846407 OR 22928675 OR 28632645 OR 26866600 OR 23104514 OR 36805605 OR 34219964 OR 25797345 OR 27451290 OR 32512667 OR 31359861 OR 26837228 OR 31400107 OR 31956388 OR 31308760 OR 36688706 OR 26739716 OR 29492717 OR 32219431 OR 25985807 OR 30288847 OR 37076169 OR 32617529 OR 21946679 OR 33044310 OR

33445822 OR 24570300 OR 28361778 OR 20797650 OR 23540481 OR 25034541 OR 33495261 OR 21491989 OR 22818181 OR 29191287 OR 35229658 OR 22521757 OR 36918988 OR 24331877 OR 26437972 OR 27542388 OR 31142532 OR 36211642 OR 20520756 OR 28850484 OR 31538328 OR 32650139 OR 29911585 OR 35887562 OR 32274084 OR 22577849 OR 36814644 OR 32152190 OR 28103119 OR 27843650 OR 34643322 OR 28673830 OR 32890301 OR 35929816 OR 33261635 OR 33276636 OR 28217968 OR 32972423 OR 31144281 OR 25624306 OR 32429958 OR 30564680 OR 31650582 OR 31596812 OR 35786105 OR 36215415 OR 24582085 OR 33905284 OR 32762404 OR 30151811 OR 30151805 OR 36934792 OR 36521679 OR 25938524 OR 34048429 OR 21150697 OR 26933725 OR 33827841 OR 32670958 OR 29950762 OR 26924512 OR 20881153 OR 30531654 OR 34725607 OR 35351760 OR 27659080 OR 34278425 OR 36694526 OR 34992906 OR 27892832 OR 22317950 OR 26406220 OR 28664223 OR 27538424 OR 34915691 OR 32963671 OR 32763097 OR 31124165 OR 30723800 OR 36029617 OR 34433537 OR 32118496 OR 35253694 OR 23949636 OR 36695558 OR 27681522 OR 23036414 OR 32674871 OR 34584449 OR 20042962 OR 33796335 OR 22608176 OR 21375894 OR 36725011 OR 33897190 OR 36315811 OR 31018236 OR 35717179 OR 28465319 OR 25261690 OR 36018723 OR 34886069 OR 28766233 OR 31218193 OR 30016348 OR 25995567 OR 26845485 OR 35543521 OR 20881157 OR 34063253 OR 21508887 OR 26325457 OR 20659413 OR 22707072 OR 20308271 OR 36618510 OR 25438823 OR 29759930 OR 28434458 OR 35190388 OR 33183666 OR 23445697 OR 28419770 OR 32757766 OR 33405263 OR 31938764 OR 36626321 OR 26636745 OR 32580990 OR 25370478 OR 36147090 OR 29698582 OR 30174972 OR 35328989 OR 27926681 OR 32355623 OR 34913326 OR 28298208 OR 24246908 OR 34323984 OR 28847740 OR 23262837 OR 35075950 OR 29898590 OR 33293329 OR 24334162 OR 20946686 OR 34798866 OR 27177580 OR 30962061 OR 27769217 OR 26483900):ui

Annexe 2 – Ensemble des référence PMID issues de la recherche sur PubMed.

Lombalgies

Auto exercices

10-15 répétitions
Lentement
Respect de la non douleur



Assouplissement / Étirement

Le Sphinx



- A plat ventre sur les avant-bras,
 - Bassin au sol,
 - Poitrine redressée.
- Niv 1 : coudes au sol (épaules et coudes verticalement alignés).
Niv 2 : extension des coudes.



- Niv 3 : pompes lombaires (muscles fessiers et abdominaux relâchés), position tenue quelques secondes. On descend la poitrine au sol et on recommence.

Rapprocher au sol les mains vers le bassin pour mobiliser des étages lombaires inférieurs.

Étirements abdominaux et lombaires.
Étirements du psoas.

La Prière



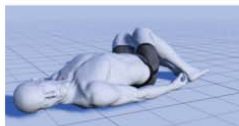
- En position à genoux, talons posés sur les fesses
- Tendre les bras vers l'avant, le plus loin possible
- Expirer et relâcher les muscles, tenir 15-20 secondes.

Détente ciblée des muscles lombaires
Relâchement des disques intervertébraux.

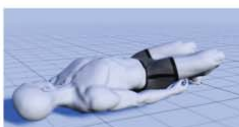
Rotation vertébrale



- Étendu sur le dos, jambes pliées et jointes, pieds au sol.



- Expirer doucement en basculant lentement les genoux vers la gauche et en tournant simultanément la tête vers la droite.
- Inspirer doucement en ramenant lentement les genoux et la tête en position initiale.



- Sur l'expiration suivante, basculer les genoux à droite et la tête à gauche.
- Reprendre la position initiale sur la prochaine inspiration.

Le but est de gagner en rotation vertébrale.



Renforcement

Le Superman



- Niv 1
- En position allongée,
 - Soulever et tendre les bras,
 - Soulever les épaules et la tête,
 - Sans jamais bloquer la respiration.



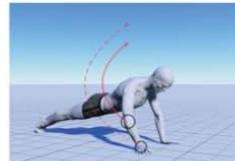
- Niv 2 :
- En position allongée,
 - Bras tendus au sol,
 - Soulever et tendre les deux jambes.



- Niv 3 : fusion des Niv 1 et Niv 2

En tenant quelques secondes la position et en conservant la tête dans l'axe du rachis.
Renforcement des muscles dorsaux, des abdominaux et des fessiers avec niveaux 2 et 3.

Le gainage dynamique



- Tenir une position de pompe (garder le tronc et les abdominaux gainés, périnée contracté).
- Lever lentement un bras et sa main en direction du plafond.
- Maintenir la position quelques secondes avec les épaules gainées.
- Revenir doucement en position de pompe initiale.
- Réaliser ce mouvement de twist avec le bras contro-latéral.



Renforcement des muscles obliques, du muscle dentelé, du carré des lombes, des fessiers, des abdominaux.

Variante possible avec la réalisation d'une pompe entre les twists.

Le lever droit



- Assis, abdominaux gainés,
- Les pieds au sol (largeur bassin = élargissement des genoux = élargissement des pieds),
- Se redresser lentement sans se projeter vers l'avant.
- Descente contrôlée sur la chaise.

Renforcement des muscles fessiers et des abdominaux.

VU

NANCY, le **4 mars 2024**

Le Président de Thèse

NANCY, le **4 mars 2024**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Mathias POUSSEL

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **13390C**

NANCY, le **8 mars 2024**

La Présidente de l'Université de Lorraine

Madame Hélène BOULANGER

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Background : La lombalgie est le mal du siècle (9% des rendez-vous médicaux, prévalence annuelle de 5%). Si 90% des lombalgies aiguës régressent spontanément, 7% se chronicisent et auront un impact personnel, professionnel, social et sociétal lourd. De 4 à 12 semaines d'évolution, la lombalgie est qualifiée de sub-aiguë. Au cours de cette période charnière, une prise en charge active doit donc être entreprise ou poursuivie. Parmi l'arsenal thérapeutique disponible, on retrouve de plus en plus fréquemment le recours à l'ostéopathie. La branche ostéo-articulaire et musculaire de cette discipline a été investiguée et développée par des médecins français donnant naissance à la médecine manuelle et ostéopathie (MMO). Il apparaît judicieux de s'interroger sur les bénéfices d'une prise en charge en MMO dans le traitement de ce trouble. **Méthode :** Revue de la littérature en interrogeant les bases PubMed et Embase concernant les techniques et prises en charges de MMO dans le traitement des lombalgies sub-aiguës. **Résultats :** Pour les techniques seules, une séance unique de soins manuels réalisée isolément, sans autre modalité de prise en charge, n'apporte statistiquement pas d'avantage sur le devenir du patient à moyen et long terme. Les manipulations et mobilisations ont statiquement un impact positif à court terme. Il en va de même pour les massages et les traitements myotensifs qui apportent un avantage supérieur comparativement à l'abstention thérapeutique ou aux traitements placebo mais avec des effets moindres en comparaison des manipulations et mobilisations. Les techniques de Strain-Counterstrain n'ont pas fait preuve d'un avantage autre qu'une éventuelle satisfaction brève chez le patient. Effectués de manière répétée, ces gestes n'ont pas fait preuve d'efficacité (un avantage à moyen ou long terme ne reste que présumé). Outre les techniques, les consultations de MMO permettent une prise en charge holistique du patient avec entre autres, un temps nécessaire à une approche biopsychosociale. **Conclusion :** Malgré d'éventuels effets à court terme sur les lombalgies sub-aiguës, la réalisation des seuls gestes techniques en consultation de MMO n'ont pas démontré d'apports bénéfiques sur le devenir du patient à moyen et long terme. La discipline reste majoritairement perçue comme un traitement de seconde intention à coupler avec d'autres modalités de soins, notamment grâce à la prise en charge holistique du patient et une éducation de ce dernier à sa propre santé.

TITRE : The contribution of manual medicine and osteopathy in the treatment of sub-acute low back pain : a systematic literature review.

THÈSE : MEDECINE GENERALE – ANNÉE 2024

MOTS-CLEFS : Médecine générale, Médecine complémentaire et alternative, Médecine manuelle - Ostéopathie, Lombalgie.

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE-LÈS-NANCY Cedex
