Chapitre 1

Approche indispensable fondée sur les preuves

PLAN DU CHAPITRE

Données épidémiologiques sur les lombalgies 2

Importance d'une approche fondée sur les preuves 2

Manque de données probantes dans le domaine des thérapeutiques manuelles 3

Pour pallier ces manques : le système des feux de circulation 6

Interviews de chercheurs 8

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

Données épidémiologiques sur les lombalgies

Il est opportun dans un premier temps de définir l'épidémiologie car elle n'est pas toujours bien comprise dans la mesure où elle est rattachée à la notion d'épidémie, à savoir l'apparition et la propagation d'une maladie infectieuse contagieuse qui frappe en même temps et en un même endroit un grand nombre de personnes. L'épidémiologie est en fait une discipline scientifique qui étudie les problèmes de santé dans les populations humaines, leur fréquence, leur distribution dans le temps et dans l'espace, ainsi que les facteurs exerçant une influence sur la santé et les maladies de populations (J. Snow). La lombalgie fait donc l'objet d'une attention particulière pour toutes les raisons que nous allons développer. En effet, la lombalgie commune est l'affection la plus fréquente de l'appareil locomoteur [1]. Les résultats sur sa prévalence varient car ils sont dépendants de la définition de la lombalgie, des méthodes d'évaluation utilisées, de la période de prévalence étudiée et de la nature de la population [1]. Soixante-quinze pour cent de la population aura un jour des douleurs lombaires. Ces douleurs peuvent apparaître dès l'adolescence et se rencontrent ensuite tout au long de la vie avec un pic de présence à la fin de l'adolescence et entre 40 et 50 ans [2]. La prévalence annuelle est de 50 % au minimum [3]. La lombalgie s'accompagne souvent de douleurs référées, voire d'atteintes neurologiques dont la sciatique. Le diagnostic étiologique de la lombalgie est difficile tant les sources de douleur potentielles sont nombreuses (disque, muscle, nerfs, articulaires postérieures, psychologiques, etc.). Puisque la lombalgie est considérée comme n'ayant pas de cause patho-anatomique spécifique, le traitement se concentre avant tout sur la réduction de la douleur et de ses conséquences [4]. Ces conséquences sont nombreuses notamment en termes d'incapacité, pouvant occasionner de simples gênes de la vie quotidienne, des arrêts maladie plus ou moins importants, des départs à la retraite anticipée [5]. En France, la lombalgie fait partie du tableau des maladies professionnelles [6]. Tout cela permet de comprendre que le coût de prise en charge de cette affection n'est pas neutre pour les organismes sociaux. Le phénomène est de telle importance que l'Organisation mondiale de la santé, la Banque mondiale et 48 gouvernements ont effectué une campagne internationale, déclarant les dix premières années du XXI^{e} siècle comme la décennie des « os et articulations » (*bone and joint decade*) [7]. Il s'agit donc d'un véritable challenge pour les praticiens qui ont à faire face à cette affection. Ils doivent essayer d'être le plus efficaces possible mais pour ce faire, il faut pouvoir mieux trier les affections, mieux utiliser les outils thérapeutiques mis à leur disposition, tout en ne « médicalisant » pas trop ! Ce challenge, nous souhaitons le relever avec vous dans ce livre à travers tous les aspects que nous évoquons ici.

Importance d'une approche fondée sur les preuves

Le modèle EBP pour *Evidence-Based Practice* est né au début des années 1990. Compte tenu de l'hétérogénéité des pratiques médicales, et l'absence de preuves scientifiques selon les pratiques, l'EBP fut introduite progressivement en médecine. Puis, ce modèle s'est étendu aux autres disciplines de santé pour devenir aujourd'hui une condition sine qua non à la validité des pratiques. L'EBP a pour objectif premier d'améliorer la prise en charge du patient notamment au travers de l'utilisation d'outils diagnostiques et thérapeutiques qui ont fait la preuve de leur efficacité, en se basant sur des résultats d'études scientifiques publiées et fiables. Ce modèle intègre en parallèle le respect sur les choix thérapeutiques du patient et considère l'importance de l'expérience professionnelle notamment lorsque les données et résultats scientifiques ne sont pas toujours complets. Le modèle EBP est « gagnant-gagnant » car d'une part il aide le praticien à prendre les meilleures décisions cliniques, d'autre part il fait bénéficier au patient de la meilleure prise en charge ; enfin, il contribue à améliorer la crédibilité des professionnels, en particulier ceux qui appartiennent à des professions parfois qualifiées de complémentaires ou d'alternatives. D'où l'importance de l'intégration du modèle EBP dans la pratique car de fait il devient un langage commun pour l'ensemble des professions. Les professionnels constatent une meilleure reconnaissance de leur pratique ainsi qu'une meilleure insertion au sein du monde médical. Cette insertion est nécessaire à la mise en place d'un cadre de soins cohérent pour les patients, à l'abri de suspicions interprofessionnelles tout en favorisant par là même un travail pluridisciplinaire plus efficace. Pour autant, cela nécessite que les praticiens puissent allouer du temps à la lecture et à l'analyse critique de la littérature scientifique. Aussi, cela implique qu'ils aient bénéficié d'une formation suffisante en analyse critique afin d'identifier les données probantes susceptibles d'être intégrées dans leur pratique [8]. Cette difficulté est en partie palliée par les recommandations de bonne pratique issues en France par la Haute Autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes.

Manque de données probantes dans le domaine des thérapeutiques manuelles

Partons d'un constat : lorsque l'on appartient à une discipline scientifique, il y a toujours trois piliers indissociables :
1. le premier est la pratique elle-même, un ensemble d'actions et de procédures qui définissent le domaine en question ;
2. le deuxième pilier réside dans le corpus de connaissances actuellement reconnues et partagées par la communauté scientifique, constituant la base sur laquelle s'élabore et se justifie la pratique ;
3. le troisième et dernier pilier est l'enquête scientifique : une démarche qui génère des questions, ouvre le champ à des hypothèses avec pour finalité l'enrichissement et l'affinement permanent de la connaissance et de la pratique.

Or, dans le domaine de la médecine manuelle musculosquelettique en général, de l'ostéopathie, de la chiropraxie et de la kinésithérapie, les pratiques sont disparates, les techniques employées ne sont pas toujours admises, la validité des outils diagnostiques et l'efficacité des traitements sont discutées [9]. Les données de la recherche restent difficiles à interpréter tant et si bien que ces professions baignent dans un brouillard scientifique préjudiciable à la crédibilité des professionnels.

Pourquoi ?

Insuffisance des données sur l'évolution de la maladie lombalgique

Nos connaissances sont encore bien imprécises quant au mode évolutif de la lombalgie, qu'elle soit traitée ou non. Tout d'abord, les enquêtes sur les douleurs lombaires sont difficiles à effectuer [10]. En effet, il s'agit le plus souvent de cohortes, d'essais cliniques (suivi dans le temps d'un groupe d'un échantillon de patients représentatif) dont les données initiales sur les douleurs sont relevées à partir de la première consultation considérée comme un point théorique de départ. Ensuite, le suivi et la collecte des données sont organisés à court, moyen ou long terme, c'est-à-dire à des temps prédéterminés (en général tous les 3 mois) qui ne permettent pas de suivre l'évolution précise de la pathologie [11]. De la même manière, un temps théorique de fin de suivi est déterminé mais celui-ci ne correspond pas forcément à la fin de la pathologie. Dans le cas où les chercheurs veulent étudier des informations répétitives, les patients doivent remplir un questionnaire sur une longue période. Cependant, cette méthode n'est pas très fiable parce que les patients peuvent oublier d'inscrire les informations, et qu'elle est effectuée a posteriori [12].

Mais dans ce domaine, grâce aux nouvelles technologies, les recherches ont progressé ! Des chercheurs danois ont mis au point des suivis de patients par SMS (textos constitués de questions courtes), envoyés automatiquement à intervalles réguliers sur les smartphones des patients [13]. Les données sont ensuite collectées automatiquement par des serveurs qui permettent de suivre l'évolution de la douleur en fonction des réponses enregistrées en temps réel. Ce système permet d'éviter les biais de mémoire lors du remplissage rétrospectif des questionnaires et peut être utilisé avec une grande confiance. Aujourd'hui, nous avons désormais une idée plus précise sur l'évolution naturelle de la lombalgie qui va nous permettre de distinguer les différents profils évolutifs pour une meilleure prise en charge [14]. Les antécédents chez le patient représentent un point clé à la fois dans le diagnostic, c'est-à-dire du caractère aigu ou chronique de l'affection et de son évolution. Nous aborderons ce sujet fondamental plus loin dans la classification des lombalgies.

Essais cliniques difficiles à interpréter

Actuellement, la plupart des essais cliniques qui traitent de l'efficacité des thérapeutiques manuelles fournissent des informations incomplètes. Si nous nous référons aux essais cliniques randomisés qui sont par excellence les schémas d'études dont le niveau de preuve est le plus élevé, nous nous rendons compte que la plupart du temps les résultats sont incertains [15]. Dans sa forme simple et schématique, il permet d'évaluer l'efficacité d'un traitement (exemple : manipulation versus un traitement médicamenteux anti-inflammatoire) en comparant deux groupes. Pour ce faire, il faut répartir par hasard la population dans ces deux groupes (c'est la randomisation). Mais ce n'est pas suffisant ! Pour savoir si la variable « manipulation » est plus efficace que l'anti-inflammatoire (sur la diminution de la douleur par exemple), il faut que toutes les autres variables susceptibles d'avoir une influence sur les résultats (douleur) soient équilibrées dans les deux groupes comparés. Ces variables sont nombreuses : poids, âge, sexe, ethnie, activités, etc. Par conséquent, il faudra obtenir des groupes d'une taille suffisante (donc de nombreux sujets) et vérifier si les conditions de cette comparabilité sont rassemblées. Or, il faut bien constater, malgré la randomisation, qu'un grand nombre de ces essais regroupent le plus souvent un nombre insuffisant de sujets.

L'autre difficulté concerne la pathologie étudiée, la lombalgie commune qui représente un terme générique regroupant des douleurs dont l'origine peut être diverse. Nous ne savons pas encore quels sont les sous-groupes et les composants exacts de la douleur. Il est très probable qu'il s'agisse d'un problème multifactoriel et que plusieurs tissus soient atteints (disque, muscle, nerfs, etc.) générant différents types de douleurs au niveau lombaire. Puisque la population est hétérogène, il n'est donc pas surprenant que, selon les cas, les patients répondent favorablement à une technique ou à une autre. Quand, par exemple, à l'intérieur de chacun des groupes, il existe des patients susceptibles de répondre soit aux manipulations, soit aux techniques musculaires, soit aux traitements anti-inflammatoires, il n'est pas surprenant qu'il y ait un effet modérateur (moyenne à la baisse en terme statistique) qui masque les différences apparentes [16]. Certains auteurs ont comparé des études dans lesquelles aucun traitement ne montre de résultats sur plus de 40-50 % des patients traités. Ensuite, divisant les patients souffrant de lombalgies en trois sous-groupes (douleurs des facettes articulaires : 10-30 %, douleurs disco-géniques : ≥ 50 %, douleurs d'origine sacro-iliaques : 20-30 %), ils ont obtenu près de 90 % des résultats sur le premier groupe par le traitement de stimulation par radiofréquence [17]. Dans le cas du traitement par manipulations vertébrales, des études allant dans ce sens sont nécessaires afin de cibler les patients à traiter et d'identifier les facteurs pronostiques pour un meilleur résultat. Plus largement, la recherche sur les indications des manipulations devrait également porter sur les patients avec des douleurs chroniques et neuropathiques. Il serait intéressant d'étudier s'il existe un phénomène d'accoutumance, c'est-à-dire un besoin de plus en plus de stimuli, pour obtenir les mêmes résultats. En d'autres termes, un meilleur résultat est-il lié à la dose de traitement appliquée (nombre et type de manipulations) ? Enfin, les manipulations sont thérapeutes-dépendantes. Personne ne manipule de la même manière et les résultats peuvent donc différer en fonction de ce paramètre. La technique, le dosage des traitements, leur fréquence sont donc autant de variables capables d'optimiser, voire de changer les résultats.

Association et causalité : deux notions souvent confondues

Commençons par une boutade : « *Ce n'est pas parce qu'il y a des grenouilles quand il pleut qu'il pleut des grenouilles !* » Nous avons tous tendance à penser que si deux événements sont associés, alors il y a un lien de cause à effet direct. Prenons des exemples parlants.

En hiver il fait froid, nous sommes souvent malades (maladies respiratoires) donc nous attrapons froid. Pour autant, le froid est-il la cause de la maladie ? Vais-je attraper froid en marchant sur du carrelage gelé ou on ne me couvrant pas suffisamment ? Pour autant ces idées sont largement répandues dans le grand public. La réalité est tout autre. D'une part, la saison hivernale est propice à la prolifération microbienne. D'autre part, nos muqueuses respiratoires (pharynx, larynx, arbre bronchique) deviennent moins résistantes lorsque les conditions climatiques se refroidissent. Enfin, lorsque l'ensemble de ces circonstances sont réunies, la probabilité d'une contamination interhumaine devient plus grande et les foyers infectieux se développent alors. Vous comprenez donc que le lien de cause à effet n'est pas direct et que vous pouvez continuer à marcher pieds nus sur le carrelage froid et que vous n'êtes pas forcé de porter 36 couches de pull-over pour éviter d'attraper froid…

Prenons un autre exemple qui nous touche de plus près qui est celui de la différence entre la longueur de jambe et la lombalgie. En effet, bon nombre de praticiens y compris le grand public sont persuadés qu'une différence de longueur de jambe si minime soit-elle est source potentielle de lombalgie. Mais en sommes-nous certains ? L'erreur ne viendrait-elle pas du fait que plus d'une personne sur deux dans la population générale souffre de lombalgie et que de l'autre plus de 90 % des personnes a une différence qui oscille entre 0,5 et 2 cm. Les chiffres parlent d'eux-mêmes et l'association devient évidente. Pour autant, les données actuelles ne permettent pas de faire un lien causal lorsque cette différence est inférieure à 2 cm (voir chapitre 4).

Concernant la lombalgie, on pourrait continuer à donner moult exemples où l'association existe mais où le lien de causalité reste incertain :

- les anomalies de la courbure rachidienne ;
- la surcharge pondérale ;
- l'instabilité vertébrale ;
- une anomalie de l'orientation des facettes articulaires postérieures ou une anomalie transitionnelle (sacralisation et lombalisation).

Il est important de retenir une des principales mises en garde en sciences : « **association n'est pas causalité** ». Une causalité peut impliquer une association, mais l'inverse n'est pas nécéssairement vrai.

Alors comment savoir quand il y a association et que cette dernière repose sur une cause ?

Si l'on veut mettre en évidence un phénomène comme causal en santé et ce de manière contrôlée, il est d'abord

nécessaire d'envisager tous les paramètres susceptibles d'entraîner le phénomène, ici la lombalgie. L'analyse est complexe et nécessite des enquêtes épidémiologiques où les indicateurs de santé doivent être étudiés à l'échelle de la population.

Prenons l'exemple de l'instabilité vertébrale. Il existe en effet un lien entre le processus dégénératif (arthrose) et l'apparition progressive d'une instabilité vertébrale démontrée à la radiographie. Or, cette instabilité est considérée comme potentiellement douloureuse (association). Pour autant, en sommes-nous sûrs ? Dans cette perspective, il faudrait dans un premier temps rassembler deux échantillons représentatifs de la population (c'est-à-dire un nombre très important de patients), distinguer dans chacun des deux groupes la part de patients instables et non instables, la part des patients lombalgiques et non lombalgiques, puis d'en déterminer l'association éventuelle. Ce faisant, il resterait à déterminer avec certitude si l'association reste causale. Autrement dit, qui cause la douleur ? L'instabilité elle-même ou l'importance du processus dégénératif lui-même, source de cette instabilité ? Une étude statistique serait nécessaire dans un second temps qui consisterait à savoir si la présence de l'instabilité (tiers facteur en termes statistiques) chez les patients lombalgiques ne représenterait pas un ***biais de confusion***.

Rester pragmatique et honnête scientifiquement, un point essentiel !

Au fond, même si tout cela peut paraître complexe, l'important c'est que les mesures prises dans le cadre d'un patient lombalgique restent avant tout efficaces et sans effets négatifs. Vous pouvez croire que la correction par semelle orthopédique est la cause de la lombalgie, si vous avez appliqué par ailleurs un traitement efficace et validé contre la lombalgie, vous atteindrez votre objectif. Ce qui resterait gênant ici serait de faire croire au patient que sa guérison ne tient exclusivement que dans cette correction…

Difficulté de l'évaluation des patients souffrant de lombalgie

Médicalement parlant, la douleur est probablement le processus morbide le plus difficile à évaluer. Il se pose alors la question des moyens diagnostiques à utiliser. Or, il existe un nombre faramineux de tests et mesures qui rendent compliquée cette évaluation. La pratique clinique nécessite que l'on soit efficace et rapide ! Que savons-nous des tests que nous utilisons ? Sont-ils fiables ? Quelle est leur validité ? Voilà deux questions auxquelles il nous faut répondre !

Fiabilité (ou reproductibilité)

C'est la capacité d'un test à fournir la même mesure chez les mêmes sujets et de classer ainsi les sujets de la même façon. Par exemple, un test de palpation manuelle vertébrale dont l'objectif est de reproduire la douleur d'un segment vertébral ou d'évaluer la mobilité intervertébrale afin d'identifier le niveau responsable sera considéré comme fiable (ou reproductible) si plusieurs examinateurs parviennent à obtenir le même résultat (reproductibilité interexaminateurs). De la même manière, le test sera considéré comme fiable si un examinateur retrouve les mêmes résultats sur plusieurs patients (reproductibilité intra-examinateur). La fiabilité n'a donc pas pour objectif d'identifier une maladie mais un niveau de ***concordance***. Il est mesuré par le coefficient de Kappa de Cohen dont les clés d'interprétation sont présentées dans le tableau 1.1. Si nous reprenons les deux exemples précédents, la fiabilité diagnostique interexaminateur et intra-examinateur sera bonne lorsqu'il s'agit d'un test de reproduction de la douleur d'un segment vertébral mais ne le sera pas dans le cas des tests de mobilité intervertébrale. Les travaux de Cleland et al. (examen clinique de l'appareil locomoteur) ont répertorié la plupart des tests cliniques utilisés dans les thérapeutiques manuelles en présentant tous les résultats [18]. Cet ouvrage de référence permet au praticien de se faire une idée précise de la qualité des tests.

Validité diagnostique

Elle se définit comme la capacité d'un test à effectivement mesurer ce qu'il est censé mesurer, à savoir ***la présence ou l'absence de la maladie***. Pour pouvoir évaluer cette capacité, il est indispensable de comparer les résultats du test à un test de référence (ou *gold standard*) qui tentera de fournir avec la plus grande certitude possible le diagnostic parfait sur l'absence ou la présence de la maladie. Cependant un *gold standard* n'existe pas pour toutes les maladies ou tous les phénomènes à détecter. En reprenant l'exemple

Tableau 1.1. Clé d'interprétation de la fiabilité diagnostique.

K (Kappa de Cohen)	Interprétation
0,81-1,0	Accord substantiel
0,61-0,80	Accord modéré
0,41-0,60	Accord moyen
0,11-0,40	Accord léger
0,0-0,10	Pas d'accord

Source : Selon Cleland et al.

précédent, si nous voulons évaluer la capacité d'un test à mesurer la perte de mobilité d'un segment intervertébral (supposer être à l'origine d'un dysfonctionnement douloureux), il n'existe à l'heure actuelle aucun *gold standard* permettant d'évaluer une perte de la mobilité (les examens de cinéradiographie se sont révélés infructueux). Dans d'autres cas, il est possible d'obtenir un test de référence suffisamment précis. Par exemple, si nous voulons tester la capacité d'un test de Lasègue (figure 1.1) pour objectiver la présence d'un conflit disco-radiculaire dans le cas de patients souffrant de sciatique, le test de référence sera l'IRM (imagerie par résonance magnétique) ou le scanner (TDM [tomodensitométrie]). Dans cette seconde hypothèse, il devient alors possible de calculer la validité du test, c'est-à-dire sa sensibilité et sa spécificité (exprimées en pourcentage). La sensibilité est la capacité du test à définir les vrais positifs (présence de la maladie si le test est positif). La spécificité est la capacité du test à définir les vrais négatifs, c'est-à-dire l'absence de la maladie si le test est négatif. Pour reprendre l'exemple du test de Lasègue, sa sensibilité est bonne, de l'ordre de 90 %, mais sa spécificité est faible, de l'ordre de 25 %. Autrement dit, si vous suspectez une hernie et que le test est positif, il est très probable que vous retrouviez une hernie discale à l'IRM. En revanche, si le test est négatif vous ne pouvez pas exclure la présence d'une hernie. En fait, il est rare d'avoir un test parfait, ce qui signifie qu'il peut exister de faux positifs ou de faux négatifs (cas ici de la sciatique par hernie discale en cas de test négatif). L'un des moyens pour minimiser les erreurs est de compléter les tests entre eux. Par exemple, la présence d'un test de Lasègue croisé négatif (effectué sur la jambe controlatérale à l'atteinte sciatique) sera spécifique. Mais cela n'est toujours pas possible pour toutes les pathologies.

Figure 1.1
Test de Lasègue.

Tableau 1.2. Clé d'interprétation de la validité diagnostique.

VPP = sensibilité/(1-spécificité)	Interprétation	RPN = (1-sensibilité)/spécificité
> 10	Bonne	< 0,1
5-10	Modérée	0,1-0,2
2-5	Faible	0,2-0,5
1-2	Rarement important	0,5-0,10

VPP : valeur prédictive positive.
Source : Selon Cleland et al.

Nous constatons donc qu'en pratique, la question qui se pose face à un patient chez lequel on a réalisé le test est celle de l'interprétation d'un test positif **et** d'un test négatif chez ce patient. La sensibilité et la spécificité ne permettent pas directement cette interprétation. Pour cela, le rapport de vraisemblance (RV) permet de combler cette lacune en augmentant ou en réduisant de manière significative la probabilité de la présence ou de l'absence de maladie car il prend en compte tous les paramètres de sensibilité et de spécificité (tableau 1.2). Par exemple, un test RV+ supérieur à 10 est considéré comme efficace car il multiplie par plus de 10 la côte de la maladie pour une personne positive. Un RV– inférieur à 0,1 est considéré comme spécifique car il divise par 10 la côte de la maladie pour une personne testée négative. Ce ratio reste néanmoins dépendant des valeurs de sensibilité de spécificité qui ont été préalablement calculées dans les échantillons ; ces dernières sont elles-mêmes dépendantes de la prévalence de la maladie (nombre de cas atteints) dans ces échantillons. En d'autres termes, si la maladie est rare, les calculs de sensibilité et de spécificité ne seront pas forcément justes et il en sera donc de même pour les ratios de vraisemblance.

Pour pallier ces manques : le système des feux de circulation

Algorithme décisionnel

Pour répondre à ces difficultés, nous voulons mettre en avant une méthode pratique pour les praticiens, qui ne sont pas chercheurs mais qui sont désireux de trouver leur chemin dans un maquis scientifique complexe où les niveaux de preuves ne sont pas toujours suffisants. Il s'agit du système dit des « feux de circulation » qui consiste à répondre à trois questions simples applicables à la plupart des raisonnements cliniques basées sur les travaux du

Pr Charlotte Leboeuf-Yde [19]. Ce système s'établit sur trois questions qui permettent la mise en place d'un algorithme décisionnel (**EBP** pour ***E**vidence-**B**ased **P**ractice*, figure 1.2) :

1. *question 1* : existe-t-il des **É**vidences scientifiques (ou preuves) qui permettent de confirmer ou d'infirmer avec certitude des tests ou des traitements utilisés ? La réponse est binaire : pour (feu vert) ou contre (feu rouge) ;

2. *question 2* : dans les cas où les preuves ne sont pas suffisantes, la question qui suit est : est-ce que les concepts qui fondent cette décision clinique ou cet acte reposent sur des concepts acceptables **B**iologiquement envisageables ou plausibles ? Si la réponse est « oui », passez à la troisième question. Si la réponse est « non », le feu est au rouge et vous devez vous arrêter ici ;

3. *question 3* : les méthodes sont-elles utilisées par nos **P**airs sur une expérience à long terme et largement acceptée ? En d'autres termes, est-ce que « tout le monde » le fait ? Si la réponse est « oui », le feu est au vert et vous pouvez procéder avec précaution. Si la réponse est « non », le feu est à l'orange, ce procédé doit faire l'objet de recherche, c'est un retour à la case départ.

Exemples sur des tests diagnostiques ou des outils thérapeutiques

E Le test a été soumis à une étude scientifique et s'est avéré ne pas « fonctionner » (E). Ceci indépendamment du fait qu'il puisse être considéré comme un test plausible (B) ou s'il est fréquemment utilisé par nos pairs (P) ; nous suggérons de ne pas utiliser ce test.

Pendant des années, les praticiens de thérapies manuelles se sont interrogés sur la manière de rechercher une lésion « manipulable » et se sont basés sur le concept qu'une palpation en mouvement d'un segment intervertébral (dit hypomobile) était susceptible de l'identifier. Il y a 25 ans, l'absence de recherche à ce niveau ne nous permettait pas de répondre sur la validité de cet outil malgré sa plausibilité (B) et une utilisation communément acceptée (P). Or, aujourd'hui nous savons qu'il n'existe pas de fiabilité diagnostique (E).

B Le test ou le traitement est illogique (B) et il n'a pas été soumis à une étude scientifique pour prouver sa valeur (E).

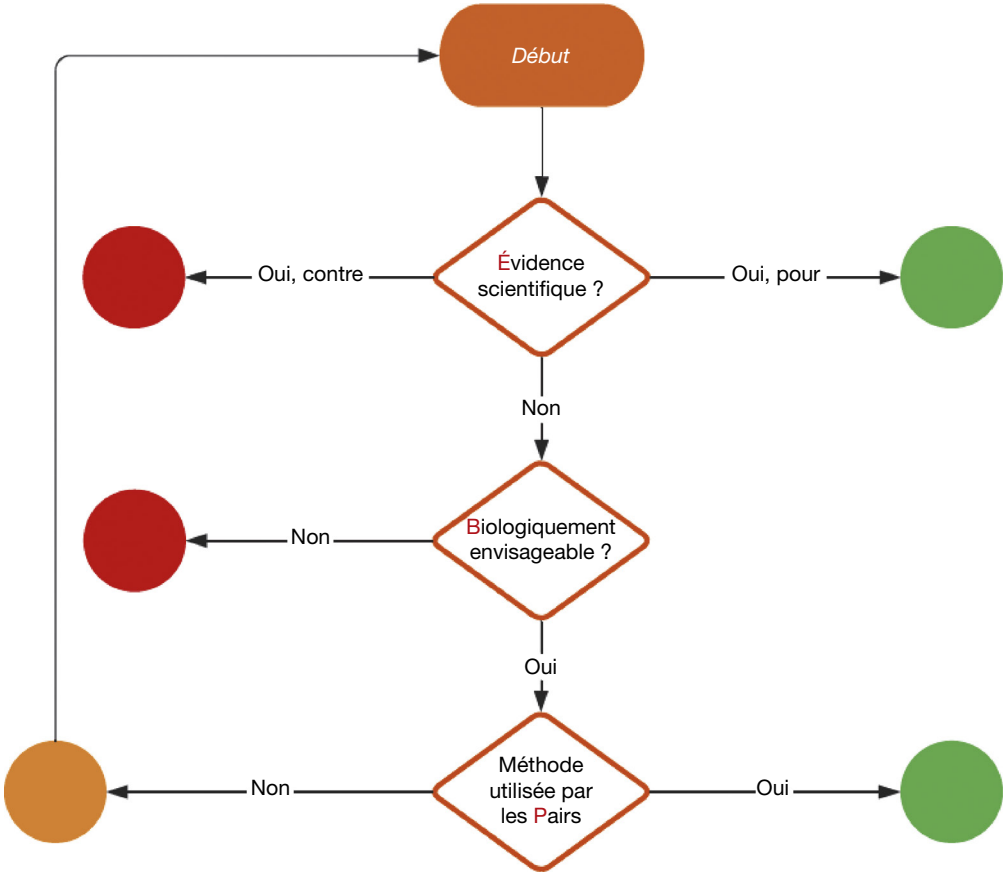

Figure 1.2
Algorithme décisionnel EBP (*Evidence-Base Practice*).

Parce que c'est un test où le traitement est illogique, peu plausible, il faudrait alors avoir des preuves positives pour en faire un outil acceptable malgré une utilisation communément acceptée.

Le diagnostic et les traitements sur la mobilité crânienne chez les patients adultes sont des concepts dont la plausibilité est biologiquement douteuse (B). Le crâne présente de multiples sutures qui empêchent tout mouvement (E) malgré une utilisation répandue (P).

BP Le test ou l'outil thérapeutique est logique ou plausible (B), a été étudié scientifiquement avec des résultats différents ou avec un succès modéré (E) mais est largement utilisé (P).

Sur le plan diagnostique, il s'agit de tests dont la concordance ou le ratio de vraisemblance sont modérés (E). La plupart des tests manuels et/ou d'observation se classent pour la plupart dans cette catégorie de preuves insuffisantes. Les exemples concernent aussi les inspections visuelles, les radiographies, les tests orthopédiques et neurologiques.

Sur le plan thérapeutique, les manipulations vertébrales ne bénéficient pas d'un niveau élevé quant à leur efficacité pour toutes les raisons que nous avons citées précédemment (E). Néanmoins, nous savons que le concept biologique est cohérent (B) et d'autre part, cette pratique est répandue et largement acceptée dans le monde (P).

E Plusieurs tests modérément utiles qui, lorsqu'ils sont combinés, fonctionnent (E).

Dans le cas d'une atteinte sciatique par conflit discoradiculaire, la présence d'au moins trois tests positifs, test de Lasègue ou de Slump positifs, la concordance du trajet douloureux avec la racine atteinte et la présence d'un signe de souffrance de la racine (sensitif, moteur, réflexe) permettent d'émettre le diagnostic. Si l'on rajoute le test de Lasègue en flexion croisée, la probabilité augmente encore.

E Tous les tests ou outils thérapeutiques qui ont été étudiés scientifiquement et qui fonctionnent (E), qu'ils soient plausibles ou non (B), sont largement acceptés (P).

Sur le plan diagnostique, les tests de centralisation de la douleur dans les cas d'une sciatique discale se basent sur la discographie de provocation avec vérification du disque de contrôle.

Sur le plan thérapeutique, les exercices musculaires ont fait l'objet de nombreuses études et leur utilité dans le traitement de la lombalgie est démontrée.

BP Le test n'a pas été soumis à un examen scientifique (E) mais il s'agit d'un test biologiquement envisageable (B) qui est largement utilisé (P).

La triade de Dejerine n'est pas validée (E). Cette triade toux, éternuement et défécation déclenche la douleur lombaire dont souffre le patient. Nous pouvons supposer que cette douleur provoquée est en lien probable avec une atteinte discale (B). Cette triade est utilisée par bon nombre de praticiens lors de l'anamnèse (P).

P La technique n'a pas prouvé son efficacité (E) malgré des hypothèses biologiquement envisageables et ne fait pas l'objet d'un consensus professionnel (P).

Des techniques manuelles non validées (E) sont parfois pratiquées en dehors du cadre de l'appareil locomoteur pour des indications fonctionnelles viscérales (trouble du transit, régulation du système nerveux autonome, mobilisation viscérale). Elles reposent sur des hypothèses dites de réflexe somato-viscéral (B) mais qui ne font pas l'objet d'un consensus professionnel (P). Ces techniques ne peuvent pas faire l'objet d'indications thérapeutiques sans des éléments de recherches probants.

Conclusion : nous ferons référence à cette méthode tout au long de l'ouvrage à l'aide de nos feux de circulation, en particulier sur les règles de diagnostic clinique et du choix des outils thérapeutiques.

Interviews de chercheurs

La question posée est la suivante : « Que pensez-vous des recherches sur les syndromes douloureux vertébraux ? »

Jay Triano est chiropracteur et docteur en biomécanique, a été diplômé en 1973 au collège chiropratique de Logan, il était codirecteur du département de médecine conservatrice, et directeur du service de chiropratique au Texas Back Institute (TBI). Le TBI est la plus grande clinique privée des États-Unis, spécialisée dans les problèmes de rachis. Le TBI a mis l'emphase depuis sa création, sur une approche multidisciplinaire des douleurs vertébrales.

> *« Nous avons besoin de clarifier le sujet. Les syndromes douloureux vertébraux représentent à l'heure actuelle un terme générique correspondant à un ensemble de souffrances du segment mobile. En revanche, nous ne savons pas encore quels sont les sous-groupes et les composants exacts de cette souffrance. Il est très probable que nous ayons à faire à un problème multifactoriel, et que plusieurs tissus soient atteints. À partir de là, sans aucun doute, les thérapeutiques manuelles seront efficaces dans certains cas mais pas dans d'autres. Les éléments directeurs de la recherche actuelle se sont éparpillés au travers d'essais randomisés, développés de manière quasi obligatoire. Par conséquent, la plupart des recherches sur la lombalgie fournissent de moins en moins d'informations. Ceci est à rattacher au fait que nous ne nous attaquons pas aux questions fondamentales qui nous aideraient à focaliser notre travail de manière plus efficace. Par exemple, nous savons*