

LA LOMBALGIE :

Comprendre, Diagnostiquer et Traiter

Support de conférence – CPTS

Adrián Nuñez

Masseur-Kinésithérapeute

Conférence de 30 minutes | Équipe pluridisciplinaire CPTS

Mars 2026

1. Introduction

La lombalgie – communément appelée « mal de dos » – désigne toute douleur localisée dans la région lombaire, entre la douzième côte et le sillon fessier inférieur, avec ou sans irradiation vers le membre inférieur. Derrière cette définition simple se cache l'une des réalités de santé publique les plus complexes et les plus coûteuses de notre époque. Avant d'entrer dans le détail clinique, il convient de prendre la mesure de ce phénomène, car c'est cette réalité épidémiologique qui justifie que nous soyons réunis aujourd'hui.

Les données issues de l'étude Global Burden of Disease 2019 sont sans appel : la lombalgie est la première cause mondiale d'invalidité, devant les maladies cardiovasculaires et les troubles dépressifs. En 2020, environ 619 millions de personnes étaient atteintes de lombalgie à l'échelle mondiale, et les projections suggèrent que ce chiffre pourrait atteindre 843 millions d'ici 2050, sous l'effet conjugué du vieillissement de la population et de la sédentarité croissante (Collaborators GBD 2019 ; Hoy et al., 2014). En France, la prévalence vie-entière dépasse les 70 à 80 % de la population générale, et entre 25 et 30 % des adultes déclarent souffrir de lombalgie sur une période d'un an (Gourmelen et al., 2007).

L'impact socio-économique est tout aussi frappant. En France, la lombalgie est la première cause d'arrêt de travail de longue durée. Selon la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, elle représente plusieurs milliards d'euros de coûts directs et indirects chaque année – en soins, en indemnités journalières et en perte de productivité (CNAM, 2020). À l'échelle mondiale, les coûts sont estimés à plusieurs centaines de milliards de dollars annuels. Ce tableau impose à nos systèmes de santé une question urgente : comment prendre en charge cette pathologie de manière efficace, coordonnée et fondée sur les preuves ?

La Série Lancet sur la lombalgie, publiée en 2018 (Buchbinder et al. ; Foster et al. ; Hartvigsen et al.), a constitué un véritable tournant dans notre vision collective de cette pathologie. Elle a remis en question des pratiques ancrées depuis des décennies – le repos au lit, la multiplication des imageries, la prescription systématique d'opioïdes – au profit d'une approche active, centrée sur le patient et intégrant les dimensions biologique, psychologique et sociale de la douleur. Ce changement de paradigme est au cœur de ce que nous allons explorer ensemble.

C'est dans cet esprit que le kinésithérapeute joue aujourd'hui un rôle pivot. Loin de se limiter à la rééducation passive, il est le spécialiste de l'évaluation fonctionnelle et du mouvement, de l'éducation thérapeutique, de la prescription d'exercice et de la coordination avec les autres

professionnels. Mais ce rôle ne peut être pleinement efficace que s'il s'inscrit dans une dynamique interprofessionnelle cohérente – exactement ce que notre CPTS cherche à construire.

2. Classification des lombalgies

Avant de parler de diagnostic ou de traitement, il est indispensable de parler le même langage. La classification des lombalgies est un outil de communication entre professionnels : elle oriente les décisions cliniques et facilite les échanges lors des transmissions ou des courriers de liaison.

2.1 Classification selon la durée d'évolution

La durée des symptômes est le premier critère de classification, car elle conditionne directement la stratégie thérapeutique :

- Lombalgie aiguë (durée inférieure à 6 semaines) : c'est l'épisode le plus fréquent. Dans 80 à 90 % des cas, une résolution spontanée s'observe en quelques semaines. Mais attention : la récurrence est fréquente, et le premier épisode est souvent une opportunité manquée de prévention. C'est dès ce stade que l'éducation et le maintien de l'activité font toute la différence (Henschke et al., 2008).
- Lombalgie subaiguë (entre 6 semaines et 3 mois) : cette période est cruciale. Elle correspond à la fenêtre thérapeutique pendant laquelle une prise en charge active et bien conduite peut encore prévenir le passage à la chronicité. C'est le moment où la kinésithérapie, l'éducation et l'attention aux facteurs psychosociaux sont les plus décisives (Chou et al., 2017).
- Lombalgie chronique (au-delà de 3 mois) : elle ne concerne que 5 à 10 % des patients mais génère 85 % des coûts liés à la lombalgie. À ce stade, les facteurs psychosociaux jouent un rôle prépondérant, et la prise en charge doit impérativement être pluridisciplinaire (Linton, 2000).

2.2 Classification clinique

Au-delà de la durée, la lombalgie se classe selon sa nature, ce qui oriente directement les examens à réaliser et les professionnels à mobiliser :

- Lombalgie commune non spécifique (85 à 90 % des cas) : aucune cause organique précise n'est identifiable. Elle est dite « non spécifique » car elle ne correspond pas à une lésion structurelle définie. Le traitement est essentiellement conservateur et actif. C'est la forme que vous rencontrerez le plus souvent dans vos consultations respectives (Maher et al., 2017).
- Lombalgie avec radiculopathie (5 à 10 % des cas) : la douleur irradie dans le membre inférieur selon un territoire neurologique précis, témoignant d'une souffrance radiculaire. On parle de sciatique pour L4-L5-S1, et de cruralgie pour L2-L3-L4. Le signe de Lasègue et les déficits neurologiques permettent d'objectiver cette atteinte.
- Lombalgie spécifique (1 à 2 % des cas) : associée à une pathologie organique identifiable – fracture, tumeur, infection, pathologie inflammatoire. Bien que rare, elle ne doit jamais être manquée car le pronostic vital ou fonctionnel peut être engagé. Nous y reviendrons en détail dans la section sur les red flags (van Tulder et al., 2006).

3. Origines possibles des lombalgies

La région lombaire est une zone anatomiquement complexe, richement innervée, et au carrefour de nombreuses structures potentiellement douloureuses. Comprendre ces origines permet de mieux saisir pourquoi une lombalgie peut prendre des visages si différents d'un patient à l'autre – et pourquoi l'imagerie seule ne suffit pas à en faire le bilan.

3.1 Structures discales

Le disque intervertébral est constitué d'un nucleus pulposus central entouré d'un anneau fibreux. Il peut générer de la douleur de plusieurs façons. La dégénérescence discale – liée à l'âge, à la sédentarité, aux contraintes mécaniques répétées – entraîne une perte de hauteur et de teneur en eau du disque, modifiant la répartition des forces sur le rachis. Elle est extrêmement fréquente : une méta-analyse de référence (Brinjikji et al., 2015) a montré que des anomalies discales sont retrouvées sur les IRM de sujets parfaitement asymptomatiques dans plus de 50 % des cas après 40 ans. Ce constat est fondamental : il signifie qu'une image anormale ne signifie pas forcément une douleur cliniquement significative.

La protrusion discale correspond au déplacement du nucleus vers la périphérie, sans rupture de l'anneau fibreux. Lorsque l'anneau est rompu et que le nucleus fait saillie, on parle d'hernie discale – par extrusion s'il reste en contact avec le disque parent, par séquestration si un fragment s'en détache. Ces phénomènes peuvent comprimer les racines nerveuses adjacentes et générer une radiculopathie. La douleur discogénique pure, en revanche, est une douleur axiale liée à l'irritation des fibres sensibles de l'anneau fibreux, aggravée par la position assise prolongée et la flexion.

3.2 Articulations facettaires

Les articulations zygapophysaires, situées à la partie postérieure du rachis, sont des articulations synoviales véritables. Leur atteinte – que ce soit par un syndrome facettaire (douleur à prédominance postérieure, aggravée par l'extension et la rotation) ou par une arthrose lombaire progressive – est très fréquente après 50 ans. La douleur facettaire irradie classiquement vers la fesse et la face postérieure de la cuisse, sans dépasser le genou, ce qui permet de la distinguer cliniquement d'une vraie radiculopathie.

3.3 Muscles et fascia

Les muscles paravertébraux – érecteurs du rachis, multifidus, carré des lombes – sont fréquemment impliqués dans la lombalgie, soit comme source primaire de douleur (contractures, trigger points myofasciaux), soit comme réaction de protection à une douleur sous-jacente. Le carré des lombes mérite une attention particulière : ses douleurs irradient vers la hanche et peuvent mimer une tendinopathie de hanche ou une coxarthrose débutante.

Le multifidus et le transverse de l'abdomen sont les deux grands stabilisateurs profonds du rachis lombaire. Une étude séminale de Hodges et Richardson (1996) a montré que ces muscles s'inhibent dès le premier épisode de lombalgie, compromettant la stabilité segmentaire et favorisant la chronicisation. Leur rééducation est l'un des piliers fondamentaux du travail kinésithérapique.

Le fascia thoraco-lombaire est une structure conjonctive étendue qui relie les muscles du dos, les membres inférieurs et le bassin. Sa densification ou l'apparition d'adhérences peuvent générer des douleurs diffuses et des restrictions de mobilité, difficiles à objectiver à l'imagerie mais bien identifiables à l'examen clinique (Langevin et al., 2011).

3.4 Structures nerveuses

La compression ou l'irritation d'une racine nerveuse génère une douleur de type neuropathique : irradiation selon un territoire précis, brûlures, paresthésies, déficits sensitifs ou moteurs. La sciatique (L4-L5-S1) irradie dans la face postérieure ou postéro-latérale du membre inférieur. La cruralgie (L2-L3-L4) irradie sur la face antérieure de la cuisse. Le canal lombaire étroit, par rétrécissement progressif du canal rachidien, génère une claudication neurogène : douleur à la marche, soulagée par la flexion du tronc ou la position assise.

3.5 Causes non mécaniques

Une minorité de lombalgies est liée à une pathologie organique grave : fracture vertébrale (traumatique ou ostéoporotique), spondylodiscite infectieuse, tumeur primitive ou métastatique, spondyloarthrite inflammatoire. Ces causes, bien que rares, doivent être activement recherchées car elles imposent une prise en charge spécialisée urgente. Elles font l'objet de la section dédiée aux red flags.

4. Le raisonnement diagnostique du kinésithérapeute

Cette section est le cœur du document. Elle décrit comment le kinésithérapeute raisonne cliniquement – non pas pour être exhaustive sur le plan technique, mais pour vous permettre de comprendre ce que votre collègue kiné cherche à identifier, pourquoi il pose certaines questions, et surtout comment ses conclusions peuvent enrichir votre propre prise en charge du patient.

Le diagnostic kinésithérapique n'est pas un diagnostic médical au sens strict. Il ne vise pas à poser un nom de maladie, mais à comprendre le mécanisme de la douleur, les structures impliquées, les facteurs d'entretien, et les ressources du patient pour y remédier. C'est un diagnostic fonctionnel, orienté vers l'action thérapeutique.

4.1 L'interrogatoire

Tout commence par l'écoute. L'interrogatoire du kinésithérapeute cherche à caractériser la douleur selon plusieurs axes qui ont chacun une signification clinique précise.

Le mécanisme et le rythme de la douleur

Une douleur mécanique – aggravée par le mouvement, soulagée par le repos – oriente vers une cause discale, musculaire ou facettaire. Une douleur de rythme inflammatoire – nocturne, matinale, avec un dérouillage matinal supérieur à 30 minutes, paradoxalement améliorée par l'exercice – doit faire évoquer une spondyloarthrite et justifie une orientation rhumatologique. Ce rythme inflammatoire est un signal que tout professionnel de santé peut identifier lors d'un premier contact avec le patient.

Les facteurs aggravants et soulageants

La flexion aggrave classiquement les douleurs discogéniques ; l'extension aggrave les douleurs facettaires. La marche prolongée avec soulagement en flexion (position du caddie) oriente vers une sténose canalaire. La position assise prolongée qui aggrave les douleurs est très évocatrice d'une origine discale. Ces éléments simples, que peut recueillir n'importe quel professionnel de santé lors d'un premier contact, sont déjà très informatifs.

L'impact fonctionnel

Le kinésithérapeute évalue l'impact de la lombalgie sur les activités quotidiennes, le travail, le sommeil et la vie sociale. Des outils validés permettent de le quantifier : l'Oswestry Disability Index (ODI), le Roland-Morris Disability Questionnaire, et le STarT Back Screening Tool –

ce dernier étant particulièrement précieux car il identifie rapidement les patients à risque de chronicisation en intégrant les facteurs psychosociaux (Hill et al., 2011). Un score élevé au STarT Back Tool doit conduire le kinésithérapeute à alerter le médecin référent et à envisager une collaboration avec le psychologue.

4.2 L'analyse du mouvement et de la posture

Le kinésithérapeute observe le patient en mouvement, dans des situations fonctionnelles – debout, en flexion, en rotation, à la marche. Ce que nous cherchons, c'est moins la « bonne posture » qu'une posture rigide et immuable ne sert à rien – mais la qualité du contrôle moteur, les stratégies de compensation et les comportements d'évitement.

L'analyse de la flexion antérieure révèle le rythme lombo-pelvien : normalement, le rachis lombaire se fléchit et le bassin bascule de façon harmonieuse et coordonnée. Chez le patient lombalgique, on observe fréquemment une dissociation de ce rythme, une déviation latérale (signe de la lune, évocateur d'hernie discale), ou au contraire une raideur globale témoignant d'un syndrome de protection musculaire. Ces observations guident directement le programme de rééducation.

Pour les autres professionnels de l'équipe : si un patient vous décrit qu'il « ne peut plus se baisser » ou qu'il « marche de travers depuis son épisode de dos », ce sont des informations précieuses à transmettre au kinésithérapeute. Elles peuvent changer son plan de traitement.

4.3 Les tests cliniques

Le kinésithérapeute dispose d'un ensemble de tests standardisés, validés scientifiquement, pour objectiver les atteintes et orienter son raisonnement. En voici les principaux, avec leur signification clinique pour un public non kinésithérapeute.

Tests de mobilité

Le test de Schöber modifié mesure l'ampliation lombaire lors de la flexion antérieure. Une valeur inférieure à 5 centimètres témoigne d'une limitation significative de la mobilité lombaire, qui peut orienter vers une pathologie inflammatoire si elle est associée aux autres signes. La distance main-sol est une mesure simple et rapide de la souplesse globale de la chaîne postérieure.

Tests neurologiques

Le test de Lasègue – ou Straight Leg Raise (SLR) – consiste à élever passivement le membre inférieur en décubitus dorsal, genou tendu. Il est positif si la douleur radiculaire du patient est reproduite avant 60 degrés de flexion de hanche. Il est sensible pour les hernies discales L4-L5 et L5-S1. Le test de Slump est plus complet : il met en tension l'ensemble du système nerveux central et périphérique, en associant flexion du rachis cervical et dorsal, extension du genou et flexion dorsale de cheville. Il est plus sensible mais moins spécifique que le Lasègue (Majlesi et al., 2008). Pour la cruralgie, le Femoral Nerve Stretch Test (FNS), réalisé en décubitus ventral avec flexion de genou et extension de hanche, met en tension les racines L2-L3-L4.

Ce que cela signifie pour vous : si un patient arrive à votre consultation en vous disant que son kiné a trouvé un Lasègue positif, cela signifie concrètement qu'il existe probablement une irritation radiculaire basse, et que l'imagerie peut être justifiée si ce n'est pas déjà fait.

Tests de stabilité et de contrôle moteur

Ces tests évaluent la capacité du patient à activer et coordonner ses muscles stabilisateurs profonds. Le test bird-dog (position quadrupède avec extension d'un bras et de la jambe opposée) évalue le contrôle moteur en décharge. Le gainage antérieur (planche) évalue la résistance à la fatigue des stabilisateurs. Ces tests guident la prescription d'exercices et permettent de mesurer les progrès au fil des séances.

4.4 Le diagnostic différentiel

Le kinésithérapeute intègre systématiquement le diagnostic différentiel dans son raisonnement. Plusieurs tableaux cliniques peuvent mimer une lombalgie et doivent être identifiés ou exclus. La coxarthrose, notamment, peut irradier vers la région lombaire et être confondue avec une lombalgie commune : le test de rotation interne passive de la hanche est discriminant. Une pathologie sacro-iliaque – fréquente dans les spondyloarthrites – se teste par des manœuvres de provocation spécifiques (FABER, thigh thrust). Des pathologies viscérales – rénales, aortiques, gynécologiques – peuvent également générer des douleurs lombaires atypiques.

Si à l'issue du bilan le kinésithérapeute suspecte une cause extra-rachidienne ou une pathologie spécifique, il en informe le médecin référent par courrier de liaison – c'est l'un des actes essentiels de la coordination interprofessionnelle.

5. Red flags et triage clinique

La reconnaissance des signaux d'alarme est une compétence partagée par l'ensemble des professionnels de santé. C'est l'une des raisons pour lesquelles cette section s'adresse à chacun d'entre vous, quelle que soit votre discipline.

5.1 Définition et enjeux

Les red flags – ou drapeaux rouges – sont des éléments cliniques qui, lorsqu'ils sont présents, doivent faire suspecter une cause organique grave à la lombalgie et conduire à une orientation médicale urgente. Leur reconnaissance précoce peut faire la différence entre un traitement curatif efficace et des séquelles irréversibles. Chaque professionnel de santé, quel que soit son rôle, peut être le premier à recueillir ces informations lors d'un contact avec le patient.

Fracture vertébrale

- Traumatisme récent, même modéré chez une personne âgée ou ostéoporotique.
- Antécédents d'ostéoporose confirmée ou de corticothérapie prolongée.
- Âge supérieur à 70 ans avec douleur lombaire intense d'apparition récente.
- Douleur vive, insomnante, non soulagée par le repos.

Pathologie tumorale

- Antécédents personnels de cancer – en particulier sein, prostate, poumon, rein et thyroïde, qui présentent un tropisme osseux marqué.
- Perte de poids inexplicite supérieure à 10 kilogrammes en 6 mois.
- Altération de l'état général, asthénie persistante, anorexie.
- Douleur nocturne intense non améliorée par le repos ni les antalgiques habituels.
- Âge supérieur à 50 ans pour un premier épisode de lombalgie sans facteur déclenchant évident.

Infection vertébrale (spondylodiscite)

- Fièvre, frissons, sueurs nocturnes associés à une douleur lombaire.
- Immunodépression : VIH, diabète non équilibré, traitement immunosuppresseur.
- Antécédents de chirurgie rachidienne récente, de voie veineuse centrale ou de toxicomanie intraveineuse.

Syndrome de la queue de cheval – urgence neurochirurgicale absolue

- Anesthésie en selle : perte de sensibilité dans la région périnéale et la face interne des cuisses.
- Troubles sphinctériens : rétention ou incontinence urinaire, incontinence fécale.
- Parésie ou paralysie des membres inférieurs d'installation rapide et bilatérale.
- Douleur radiculaire bilatérale intense et brutale.

Le syndrome de la queue de cheval constitue une urgence neurochirurgicale absolue.

Tout retard à l'orientation aux urgences peut entraîner des séquelles neurologiques définitives – incontinence permanente, paralysie.

Si un patient vous décrit l'un de ces signes, orientez-le immédiatement vers les urgences, sans attendre.

5.2 Un triage qui nous concerne tous

Le triage des lombalgies n'est pas l'apanage du seul médecin généraliste ou du kinésithérapeute. Dans la réalité du terrain, le premier professionnel de santé contacté par un patient lombalgique peut être le pharmacien pour un antalgique en automédication, l'infirmier lors d'une visite à domicile, ou le secrétaire médical lors d'une prise de rendez-vous. Chacun peut jouer un rôle de détection précoce.

Le kinésithérapeute, depuis l'extension de l'accès direct en 2022, peut être le premier professionnel de santé à recevoir un patient lombalgique sans ordonnance préalable. Sa formation lui impose de réévaluer systématiquement la présence de red flags dès la première séance, même si le patient a déjà vu son médecin. Si un red flag est identifié ou suspecté, il interrompt la prise en charge et oriente vers le médecin référent ou les urgences selon la gravité.

6. Facteurs psychosociaux et modèle biopsychosocial

Comprendre pourquoi certains patients guérissent rapidement d'une lombalgie aiguë tandis que d'autres développent une douleur chronique invalidante est l'une des questions centrales de la recherche en santé musculo-squelettique. La réponse ne tient pas à la sévérité de la lésion initiale. Elle tient largement aux facteurs psychosociaux, appelés yellow flags dans la littérature clinique.

6.1 Le modèle biopsychosocial

Le modèle biopsychosocial, développé par Engel (1977) et appliqué à la lombalgie par Waddell (1987), intègre trois dimensions interdépendantes dans la compréhension de la douleur. La dimension biologique concerne les structures anatomiques, les processus nociceptifs et la sensibilisation centrale. La dimension psychologique englobe les émotions, les croyances, les représentations et les stratégies d'adaptation. La dimension sociale intègre le contexte professionnel, familial et culturel dans lequel vit le patient. Ces trois dimensions sont constamment en interaction, et un déséquilibre dans l'une d'elles peut entretenir ou aggraver la souffrance.

6.2 Les principaux yellow flags

Les yellow flags sont des facteurs de risque psychosociaux associés à un risque élevé de chronicisation et d'incapacité prolongée. Leur identification précoce, dès le stade aigu, est l'une des priorités de la prise en charge moderne (Kendall et al., 1997 ; Linton, 2000) :

- Kinésiophobie (peur du mouvement) : croyance que le mouvement est dangereux et aggrave la lésion. Le patient évite de bouger, se repose excessivement, et entre dans un cercle vicieux de déconditionnement. Évaluée par la Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK), la kinésiophobie est l'un des prédicteurs les plus puissants de chronicisation.
- Catastrophisme : tendance à surévaluer les conséquences négatives de la douleur, à se focaliser sur elle de façon excessive et à se sentir impuissant face à elle. Évalué par la Pain Catastrophizing Scale (PCS), le catastrophisme est associé à une intensité douloureuse plus élevée et à une récupération fonctionnelle plus lente (Sullivan et al., 2001).
- Anxiété et dépression : présentes chez 30 à 50 % des patients lombalgiques chroniques, elles sont à la fois cause et conséquence de la chronicisation. La comorbidité psychiatrique doit être systématiquement dépistée et prise en charge.
- Croyances erronées sur la douleur et la lombalgie : « j'ai une hernie, je ne dois plus me pencher », « mon dos est fragile », « le sport va l'aggraver ». Ces représentations, parfois renforcées par des termes médicaux utilisés sans précaution, entretiennent l'inactivité et la peur.
- Facteurs professionnels : insatisfaction au travail, conflits avec l'employeur, travail physiquement contraignant, absence de soutien social au travail. Ces éléments sont parmi les prédicteurs les plus robustes d'un arrêt de travail prolongé.

6.3 Un rôle collectif dans la prévention de la chronicisation

La détection des yellow flags ne relève pas du seul kinésithérapeute ou du psychologue. Chaque professionnel de santé peut y contribuer dans sa pratique quotidienne. Le médecin qui rassure son patient sur la bénignité de la lombalgie et encourage la reprise des activités agit directement sur le catastrophisme. Le pharmacien qui explique que les antalgiques aident à bouger – et non à guérir en se reposant – agit sur les croyances erronées. L'infirmier qui valorise les progrès du patient lors des visites à domicile agit sur l'auto-efficacité. Ces actions, en apparence anodines, ont un impact démontré sur la trajectoire clinique du patient.

7. Traitement kinésithérapique fondé sur les preuves

Le traitement kinésithérapique de la lombalgie repose aujourd'hui sur un corpus de preuves solides et croissant, issu de méta-analyses et de revues systématiques publiées dans les revues les plus reconnues internationalement. L'approche est résolument multimodale : aucune technique isolée n'est suffisante, et c'est leur combinaison raisonnée, adaptée au profil de chaque patient, qui donne les meilleurs résultats.

7.1 L'éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique est aujourd'hui recommandée en première intention par toutes les guidelines internationales pour la lombalgie – qu'elle soit aiguë, subaiguë ou chronique (NICE, 2016 ; Qaseem et al., 2017 ; Stochkendahl et al., 2018). Ce n'est pas une simple information : c'est un processus structuré visant à modifier durablement les représentations et les comportements du patient.

La Pain Neuroscience Education (PNE), développée par Lorimer Moseley et Adrian Louw, en est l'approche la plus validée. Elle explique au patient les mécanismes neurophysiologiques de la douleur : comment le cerveau génère la douleur non pas en réponse mécanique à une lésion, mais en fonction d'une évaluation de la menace perçue. En comprenant ce mécanisme, le patient réduit sa peur du mouvement, diminue son catastrophisme, et retrouve une relation moins conflictuelle avec son corps. Une méta-analyse de Louw et al. (2016) démontre que la PNE améliore significativement la douleur, le handicap et la kinésiophobie.

Les messages clés de l'éducation thérapeutique sont simples mais puissants : le dos est robuste et conçu pour le mouvement ; une anomalie visible à l'IRM n'est pas synonyme de douleur ni de fragilité ; rester actif est thérapeutique ; le repos prolongé est délétère. Ces messages doivent être cohérents et partagés par l'ensemble de l'équipe soignante – c'est là que la coordination interprofessionnelle fait toute la différence.

7.2 L'exercice thérapeutique

L'exercice thérapeutique est l'intervention la mieux soutenue par les preuves dans la lombalgie chronique. La revue Cochrane de Hayden et al. (2005, actualisée en 2021) conclut que les exercices supervisés, individualisés et progressifs sont significativement plus efficaces que l'absence de traitement ou la simple prise en charge habituelle, tant sur la douleur que sur le handicap fonctionnel.

Exercices de stabilisation lombaire

Initialement proposés par Richardson et al. (1999), ces exercices ciblent sélectivement le transverse de l'abdomen et le multifidus – les deux grands stabilisateurs profonds du rachis. En phase initiale, ils sont réalisés en position de faible charge (décubitus, quadrupède), puis progressivement intégrés dans des tâches fonctionnelles complexes (debout, avec charge, en déséquilibre). Cette progression est essentielle : le but final n'est pas de faire des exercices en séance, mais de restaurer un contrôle automatique du tronc dans les activités de la vie quotidienne.

Renforcement musculaire global

Le renforcement des extenseurs du rachis, des muscles fessiers (grand et moyen fessier), des ischio-jambiers et des muscles abdominaux est indispensable. L'approche de McKenzie, basée sur le concept de préférence directionnelle et de centralisation des symptômes, offre un cadre clinique précieux pour guider la prescription d'exercices – notamment en présence de radiculopathie (McKenzie & May, 2003).

Activités physiques adaptées

Le yoga, le Tai Chi, la marche nordique et le Pilates ont chacun démontré leur efficacité dans des essais contrôlés randomisés (Cramer et al., 2013 ; Hall et al., 2011). Ces activités sont recommandées en complément de la kinésithérapie structurée et constituent d'excellents vecteurs de prévention de la récurrence. Le kinésithérapeute peut orienter ses patients vers les offres d'activité physique adaptée (APA) disponibles sur le territoire.

7.3 La thérapie manuelle

La thérapie manuelle englobe un ensemble de techniques manuelles appliquées directement sur le rachis ou les structures périphériques. Elle vise à réduire la douleur, à restaurer la mobilité et à normaliser les afférences proprioceptives.

Les mobilisations articulaires sont des techniques passives réalisées en amplitude physiologique ou accessoire, sans impulsion. Elles sont particulièrement indiquées dans la lombalgie aiguë et subaiguë pour réduire la douleur et améliorer la mobilité segmentaire (Ferreira et al., 2007). Les manipulations vertébrales – techniques à haute vélocité et faible amplitude (HVLA) – ont démontré leur efficacité antalgique dans la lombalgie aiguë dans plusieurs méta-analyses (Coulter et al., 2018 ; Rubinstein et al., 2012). Elles doivent être précédées d'une évaluation rigoureuse pour exclure toute contre-indication.

Les techniques myofasciales visent le fascia thoraco-lombaire et les muscles paravertébraux. Bien que les preuves restent de niveau modéré en monothérapie, leur intégration dans un programme multimodal semble cliniquement bénéfique. Le dry needling, consistant à insérer des aiguilles fines dans les points gâchettes myofasciaux, présente une efficacité à court terme sur la douleur et le handicap selon une méta-analyse de Liu et al. (2018).

7.4 L'approche multimodale

La supériorité de l'approche multimodale sur les monothérapies est aujourd'hui clairement établie (Guzman et al., 2001 ; Kamper et al., 2015). Un programme bien conduit associe systématiquement éducation thérapeutique, exercice supervisé, thérapie manuelle adaptée, et gestion des facteurs psychosociaux. La stratification du risque selon le STarT Back Tool permet d'adapter l'intensité de cette prise en charge : les patients à faible risque peuvent bénéficier d'une intervention courte ; les patients à haut risque nécessitent une approche biopsychosociale intensive et pluridisciplinaire (Hill et al., 2011).

8. Ce qu'il ne faut pas faire : les pièges à éviter

La Série Lancet 2018 a mis en lumière une réalité inconfortable : dans de nombreux pays, la lombalgie est sur-traitée de manière inadaptée et sous-traitée de manière appropriée. Certaines pratiques, encore très répandues, sont non seulement inefficaces mais contre-productives. Cette section, délibérément synthétique, vise à partager les points de consensus scientifique les plus solides sur ce qu'il convient d'éviter.

Prescrire le repos au lit

Le repos au lit reste l'une des prescriptions les plus courantes face à une lombalgie aiguë – et l'une des moins justifiées. La littérature est unanime : le repos au lit aggrave la récupération, favorise le déconditionnement physique, renforce les comportements d'évitement et augmente le risque de chronicisation (Hagen et al., 2004). Le message à transmettre au patient doit être exactement inverse : maintenir une activité physique adaptée, continuer à travailler dans la mesure du possible, et éviter la position couchée prolongée.

Multiplier les examens d'imagerie

L'imagerie rachidienne – radiographie, scanner, IRM – est souvent prescrite en excès dans la lombalgie non spécifique, sans que cela améliore les résultats cliniques. Pire : les anomalies mises en évidence (hernie discale, dégénérescence discale, spondylose) sont si fréquentes dans la population générale asymptomatique (Brinjikji et al., 2015) que leur découverte renforce souvent les craintes du patient, augmente le catastrophisme et retarde la reprise des activités. Les guidelines internationales sont formelles : en l'absence de red flags, l'imagerie rachidienne ne doit pas être réalisée dans les six premières semaines d'une lombalgie aiguë (NICE, 2016 ; Qaseem et al., 2017).

Sur-médicamenter

Le recours précoce et prolongé aux opioïdes dans la lombalgie est une pratique dont les risques dépassent largement les bénéfices. Les opioïdes n'améliorent pas significativement la douleur ni le handicap à long terme dans la lombalgie chronique non spécifique, et exposent à des risques de dépendance, de tolérance et d'hyperalgésie paradoxale (Krebs et al., 2018). Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ont une place limitée et temporaire dans la lombalgie aiguë. Les myorelaxants peuvent être utiles à court terme dans les contractures importantes. En revanche, les antidouleurs ne doivent jamais servir de substitut à une prise en charge active.

Utiliser des termes anxiogènes sans contextualisation

Le choix des mots a un impact direct et mesurable sur l'évolution clinique du patient lombalgique. Des termes comme « disque écrasé », « arthrose sévère », « dos fragile », « canal très étroit » ou « vous devez faire attention » peuvent significativement augmenter le catastrophisme et la kinésiophobie. Ce point concerne chaque professionnel de santé : médecin, radiologue, infirmier, pharmacien. Il ne s'agit pas de minimiser la réalité clinique, mais de la contextualiser. Une hernie discale peut être mentionnée avec la précision que des millions de personnes en ont une sans jamais en souffrir.

Négliger les facteurs psychosociaux

Traiter la lombalgie comme un problème purement mécanique, sans s'interroger sur les yellow flags, est l'une des principales causes d'échec thérapeutique. Un patient qui consulte pour une lombalgie commune mais qui souffre d'une dépression non traitée, d'un burn-out professionnel ou d'une kinésiophobie sévère ne répondra pas à un traitement uniquement biomécanique. L'identification de ces facteurs et leur prise en charge coordonnée – entre le kinésithérapeute, le médecin et le psychologue – est déterminante pour le pronostic.

9. Parcours de soins et collaboration interprofessionnelle

La lombalgie est une pathologie qui illustre, mieux que beaucoup d'autres, pourquoi la médecine de proximité coordonnée est indispensable. Son étiologie multifactorielle, son évolution imprévisible, l'importance des facteurs psychosociaux et la nécessité d'une réponse thérapeutique globale et cohérente font de la coordination entre professionnels une condition de réussite, et non un luxe organisationnel.

9.1 Le rôle de chaque professionnel dans le parcours

Le médecin généraliste : pivot du parcours

Il est le premier interlocuteur pour la grande majorité des patients lombalgiques. Son rôle est triple : trier (identifier les red flags, prescrire l'imagerie si nécessaire, exclure les causes spécifiques), orienter (vers le kinésithérapeute, le rhumatologue, le psychologue selon les besoins), et maintenir une vision globale du patient dans la durée. Sa capacité à délivrer des messages cohérents avec ceux du kinésithérapeute – notamment sur le maintien de l'activité et la relativisation des images radiologiques – est déterminante pour l'adhésion du patient.

Le kinésithérapeute : spécialiste de la fonction et du mouvement

Depuis l'extension de l'accès direct en France en 2022, le kinésithérapeute peut être le premier professionnel de santé consulté par un patient lombalgique. Il réalise le bilan fonctionnel, identifie les red flags, évalue les yellow flags, élabore un programme de rééducation personnalisé et éduque le patient. Il informe systématiquement le médecin traitant par un courrier de liaison après le bilan initial. À chaque fin de prise en charge, il transmet ses conclusions et ses recommandations pour la prévention de la récurrence.

Le rhumatologue : expert des pathologies articulaires et inflammatoires

Il intervient en cas de suspicion de spondyloarthrite (lombalgie de rythme inflammatoire chez un sujet jeune), de radiculopathie sévère ou réfractaire, ou de lombalgie spécifique nécessitant des explorations complémentaires ou un traitement de fond (biothérapies dans les spondyloarthrites). La communication fluide entre le médecin traitant et le rhumatologue – avec copie au kinésithérapeute – est essentielle pour éviter les ruptures de parcours.

Le psychologue : indispensable pour les cas complexes

Son intervention est indiquée chez les patients présentant de multiples yellow flags : catastrophisme sévère, dépression, anxiété, kinésiophobie importante, antécédents de

traumatismes. La Thérapie Cognitive et Comportementale (TCC) et l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) ont toutes deux un niveau de preuve solide dans la lombalgie chronique (Williams et al., 2012 ; Veehof et al., 2016). Une orientation vers le psychologue n'est pas un aveu d'échec : c'est une décision clinique fondée sur les preuves. Elle doit être expliquée au patient avec tact et conviction.

Le médecin du travail : acteur clé de la prévention et du retour à l'emploi

Son rôle est souvent sous-estimé dans le parcours du patient lombalgique. Il évalue les contraintes physiques et psychosociales au poste de travail, propose des aménagements (bureau assis-debout, limitation du port de charges, télétravail), et coordonne le retour progressif au travail. Une collaboration étroite entre kinésithérapeute et médecin du travail – idéalement avec l'accord du patient – peut transformer radicalement le pronostic fonctionnel d'un patient en arrêt prolongé. Le retour au travail est lui-même thérapeutique : il restaure l'estime de soi, la structure temporelle et les liens sociaux.

Le pharmacien : vigie de première ligne

Souvent premier professionnel de santé contacté par un patient lombalgique en automédication, le pharmacien joue un rôle de détection et d'orientation sous-exploité. Il peut identifier une consommation inappropriée d'antalgiques, repérer des signaux d'alarme dans le discours du patient, déconseiller activement le repos au lit, et orienter vers une consultation médicale ou kinésithérapique. Son accès aux données de dispensation peut également révéler une surconsommation d'opioïdes ou d'AINS qui justifie une réévaluation de la prise en charge.

L'infirmier : continuité et surveillance au quotidien

Lors des visites à domicile ou en milieu hospitalier, l'infirmier assure la continuité de la surveillance clinique, peut repérer une aggravation neurologique ou un red flag non identifié précédemment, et joue un rôle essentiel d'éducation et de soutien psychologique. Sa position de proximité avec le patient lui permet de recueillir des informations que d'autres professionnels n'obtiennent pas toujours – notamment sur l'adhésion aux exercices prescrits, les difficultés au quotidien, et les facteurs d'environnement.

Le podologue : la chaîne statique globale

Dans les cas de lombalgie associée à des désordres de la chaîne statique podologique – pied plat, inégalité de longueur des membres inférieurs, trouble de la pronation – la collaboration avec le podologue pour la prescription et le suivi d'orthèses plantaires peut apporter une

contribution significative. Cette collaboration est particulièrement pertinente chez les patients sportifs ou dont la lombalgie est clairement corrélée à la marche ou à la station debout prolongée.

9.2 Des outils concrets de coordination

La bonne volonté ne suffit pas : la coordination interprofessionnelle a besoin d'outils concrets pour fonctionner. Plusieurs leviers sont à notre disposition :

- La lettre de liaison kinésithérapeute-médecin : systématique après le bilan initial, elle résume les trouvailles cliniques, les red flags recherchés et écartés, le programme proposé, les objectifs fonctionnels et les alertes éventuelles. Elle doit être lisible et exploitable par le médecin, et être transmise dans les 48 heures.
- Le Dossier Médical Partagé (DMP) : outil numérique de partage des informations cliniques entre professionnels, avec l'accord du patient. Son taux d'utilisation reste insuffisant, et l'encourager collectivement est l'un des chantiers de notre CPTS.
- Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) : pour les cas complexes, réfractaires ou présentant de multiples comorbidités, une RCP permet une discussion collective et une décision partagée. Notre CPTS peut jouer un rôle moteur dans leur organisation régulière.
- Les protocoles de coopération : certaines CPTS développent des protocoles formalisés définissant les critères d'orientation entre professionnels, les seuils d'alerte, et les modalités de communication. Ces protocoles, quand ils existent, réduisent les pertes d'information et les redondances d'examens.

9.3 Un exemple concret de parcours coordonné

Imaginons un patient de 45 ans, cadre, qui consulte son médecin généraliste pour une lombalgie persistante depuis deux mois après un déménagement. L'examen ne révèle aucun red flag. Le médecin prescrit une kinésithérapie et lui explique l'importance de maintenir l'activité. Le kinésithérapeute réalise le bilan : il identifie une kinésiophobie modérée, une inhibition du transverse de l'abdomen, et un contexte professionnel stressant. Il informe le médecin par courrier, propose un programme d'éducation et d'exercice, et signale les yellow flags. Le médecin sensibilise le patient à l'intérêt d'une consultation avec le psychologue, que le patient accepte. Le pharmacien, lors du renouvellement des AINS, questionne le patient sur son évolution et renforce le message du kiné sur l'importance de continuer à bouger. Trois mois

plus tard, le patient est retourné au travail, ses douleurs ont diminué de 70 %, et il pratique du yoga deux fois par semaine.

Ce scénario n'est pas idéal : il est réalisable. Il l'est d'autant plus que nous travaillons ensemble, dans le cadre de notre CPTS, avec des outils et des protocoles partagés.

10. Conclusion

La lombalgie n'est pas une fatalité. C'est une pathologie fréquente, souvent bénigne dans sa forme aiguë, mais dont l'évolution vers la chronicité – évitable dans de nombreux cas – représente un enjeu majeur de santé publique et de qualité de vie. Les outils pour y répondre existent, sont validés scientifiquement, et sont à notre portée collective.

De cette conférence, j'espère que vous retiendrez trois messages essentiels. Premièrement, le mouvement est le médicament de la lombalgie. Tout ce qui encourage l'activité physique, maintient le patient debout et mobile, et combat la peur du mouvement contribue à la guérison. Deuxièmement, la lombalgie est une affaire d'équipe. Aucun professionnel ne peut, seul, répondre à la complexité biopsychosociale de cette pathologie. C'est précisément pourquoi nous sommes là aujourd'hui. Troisièmement, chacun de nous peut faire la différence, à son niveau, dans chaque contact avec un patient : par les mots choisis, les messages délivrés, les orientations proposées.

Je reste naturellement disponible pour toute question, pour des échanges de cas cliniques, ou pour renforcer nos collaborations au quotidien. C'est dans ces échanges informels, entre deux consultations, que se construit la vraie coordination. Merci pour votre attention et pour l'engagement que vous portez collectivement à la santé de nos patients.

Références scientifiques

Les références ci-dessous ont guidé la rédaction de ce document. Elles sont issues de méta-analyses, de revues systématiques Cochrane et de recommandations cliniques internationales de haut niveau de preuve, prioritairement publiées dans les dix à quinze dernières années.

1. Andersson GB. Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet*. 1999;354(9178):581–585.
2. Balague F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *Lancet*. 2012;379(9814):482–491.
3. Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, et al. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2015;36(4):811–816.
4. Buchbinder R, van Tulder M, Öberg B, et al. Low back pain: a call for action. *Lancet*. 2018;391(10137):2384–2388.
5. Chou R, Deyo R, Friedly J, et al. Nonpharmacologic therapies for low back pain: a systematic review for an American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med*. 2017;166(7):493–505.
6. Collaborators GBD 2019 Low Back Pain. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990–2020. *Lancet Rheumatol*. 2023;5(6):e316–e329.
7. Coulter ID, Crawford C, Hurwitz EL, et al. Manipulation and mobilization for treating chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Spine J*. 2018;18(5):866–879.
8. Cramer H, Lauche R, Haller H, Dobos G. A systematic review and meta-analysis of yoga for low back pain. *Clin J Pain*. 2013;29(5):450–460.
9. Ferreira ML, Ferreira PH, Latimer J, et al. Comparison of general exercise, motor control exercise and spinal manipulative therapy for chronic low back pain. *Pain*. 2007;131(1–2):31–37.
10. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*. 2018;391(10137):2368–2383.
11. Furlan AD, Giraldo M, Baskwill A, Irvin E, Imamura M. Massage for low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(9):CD001929.
12. Gourmelen J, Chastang JF, Ozguler A, et al. Fréquence des lombalgies dans la population française de 30 à 64 ans. *Ann Readapt Med Phys*. 2007;50(8):640–644.
13. Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, et al. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ*. 2001;322(7301):1511–1516.
14. Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem M. Bed rest for acute low-back pain and sciatica. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(4):CD001254.
15. Hall A, Maher CG, Lam P, Ferreira M, Latimer J. Tai chi exercise for treatment of pain and disability in people with persistent low back pain. *Arthritis Care Res*. 2011;63(11):1576–1583.
16. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 2018;391(10137):2356–2367.
17. Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(3):CD000335.
18. Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, et al. Some types of exercise are more effective than others in people with chronic low back pain: a network meta-analysis. *J Physiother*. 2021;67(4):252–262.
19. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, et al. Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care. *BMJ*. 2008;337:a171.

20. Hill JC, Whitehurst DG, Lewis M, et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back). *Lancet*. 2011;378(9802):1560–1571.
21. Hodges PW, Richardson CA. Inefficient muscular stabilization of the lumbar spine associated with low back pain. *Spine*. 1996;21(22):2640–2650.
22. Hoy D, March L, Brooks P, et al. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*. 2014;73(6):968–974.
23. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(9):CD000963.
24. Kendall NA, Linton SJ, Main CJ. *Guide to Assessing Psychosocial Yellow Flags in Acute Low Back Pain*. Wellington: Accident Rehabilitation & Compensation Insurance Corporation of New Zealand; 1997.
25. Krebs EE, Gravely A, Nugent S, et al. Effect of opioid vs nonopioid medications on pain-related function in patients with chronic back pain. *JAMA*. 2018;319(9):872–882.
26. Langevin HM, Fox JR, Koptiuch C, et al. Reduced thoracolumbar fascia shear strain in human chronic low back pain. *BMC Musculoskelet Disord*. 2011;12:203.
27. Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine*. 2000;25(9):1148–1156.
28. Liu L, Huang QM, Liu QG, et al. Evidence for dry needling in the management of myofascial trigger points associated with low back pain. *Arch Phys Med Rehabil*. 2018;99(1):144–152.
29. Louw A, Zimney K, Puentedura EJ, Diener I. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: a systematic review. *Physiother Theory Pract*. 2016;32(5):332–355.
30. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *Lancet*. 2017;389(10070):736–747.
31. Majlesi J, Togay H, Unalan H, Toprak S. The sensitivity and specificity of the slump and the straight leg raising tests in patients with lumbar disc herniation. *J Clin Rheumatol*. 2008;14(2):87–91.
32. McKenzie R, May S. *The Lumbar Spine: Mechanical Diagnosis and Therapy*. 2nd ed. Spinal Publications New Zealand; 2003.
33. NICE. *Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management*. NICE guideline [NG59]. 2016. Updated 2020.
34. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2017;166(7):514–530.
35. Richardson C, Jull G, Hodges P, Hides J. *Therapeutic Exercise for Spinal Segmental Stabilization in Low Back Pain*. Churchill Livingstone; 1999.
36. Rubinstein SM, Terwee CB, Assendelft WJ, de Boer MR, van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for acute low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(9):CD008880.
37. Stockkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, et al. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *Eur Spine J*. 2018;27(1):60–75.
38. Sullivan MJL, Thorn B, Haythornthwaite JA, et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain*. 2001;17(1):52–64.
39. van Tulder M, Becker A, Bekkering T, et al. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 2006;15(Suppl 2):S169–S191.
40. Veehof MM, Trompetter HR, Bohlmeijer ET, Schreurs KM. Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cogn Behav Ther*. 2016;45(1):5–31.
41. Waddell G. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine*. 1987;12(7):632–644.
42. Williams AC, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(11):CD007407.

43. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. Bull World Health Organ. 2012;81(9):646–656.