

# Dix ans de médecine manuelle à Unisanté: rétrospective et illustration

Dr VINCENT AMSTUTZ<sup>a</sup>, Dr LIONEL DE ALENCASTRO<sup>a</sup> et Dre CORALIE WENGER-BONNY<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2022; 18: 2102-6 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.803.2102

Voilà maintenant 10 ans qu'une consultation de médecine manuelle existe dans le canton de Vaud, développée au sein d'Unisanté, le centre universitaire de médecine générale et de santé publique à Lausanne. Cette consultation a longtemps été la seule de cette discipline mise en place en milieu universitaire en Suisse. Malgré un engouement croissant et un développement plus important en Suisse alémanique et en Allemagne, cette approche reste cependant relativement peu connue des patients et des thérapeutes des cantons romands. Cet anniversaire est l'occasion de donner un coup de projecteur sur ce qu'est la médecine manuelle, de retracer l'histoire de la mise en place de la consultation dans le canton et d'en illustrer la pratique par une vignette clinique.

## Ten years of manual medicine at Unisanté: retrospective and illustration

*A manual medicine consultation has existed in the canton of Vaud for ten years now, developed within Unisanté, the university centre for general medicine and public health in Lausanne. For a long time, this consultation was the only one of its kind set up in a university setting in Switzerland. Despite a growing interest and a more important development in German-speaking Switzerland and Germany, this approach remains relatively unknown to patients and therapists in the French-speaking cantons. This birthday is an opportunity to put the spotlight on what manual medicine is, to retrace the history of the establishment of the consultation in the canton and to illustrate its practice through a clinical vignette.*

## INTRODUCTION

La médecine manuelle est un ensemble de techniques diagnostiques, thérapeutiques et de prévention dont le but est de soulager les douleurs aiguës ou chroniques des patients. Elle fait l'objet d'une formation approfondie interdisciplinaire.

Cette approche permet un examen du système locomoteur, à la recherche de troubles fonctionnels au niveau des structures articulaires, myofasciales et neuroméningées. Grâce à son examen clinique, le thérapeute détecte les tensions, contractures, restrictions de mouvements, douleurs référées ou autres dysfonctionnements et peut écarter une origine lésionnelle ou organique. Il propose ensuite une thérapie ciblée selon le type de patient et de la problématique. Le traitement peut comprendre des mobilisations, des manipulations, des techniques

de pression ou d'étirement musculaire ou encore l'utilisation d'aiguilles pour les points gâchettes (trigger points).<sup>1,2</sup>

En Suisse, la Société de médecine manuelle (SAMM) a été fondée au début des années 1960 et compte environ 1300 membres. La formation postgraduée est composée d'un système de crédits (CAS (Certificate of Advanced Studies), DAS (Diploma of Advanced Studies)), à l'instar des programmes de formation continue universitaire. Elle peut être accomplie en parallèle d'une activité professionnelle et débouche sur l'obtention d'une attestation qui permet l'usage de positions spécifiques dans le Tarmed (tarif médical). Les médecins bénéficiant de cette spécialisation sont principalement issus de la médecine de premier recours mais aussi de la rhumatologie, de la réadaptation, de l'orthopédie, de la médecine du sport et de l'antalgie.

Il nous semble important de rappeler que la médecine manuelle, tout comme l'ostéopathie ou la chiropraxie, traite les troubles fonctionnels et non pas lésionnels. Le concept de «fonctionnel» est sujet à des définitions variables. Au sens où nous l'entendons ici, ce terme signifie, qu'en l'état actuel de nos connaissances et des techniques d'imagerie à disposition, aucune lésion des différentes structures n'est identifiable. Le patient présente cependant une symptomatologie bien définie et des signes reproductibles à l'examen clinique. Cela est expliqué par le développement de boucles nociceptives, déclenchées soit par une surcharge (mouvement répétitif, position non ergonomique prolongée, travail physique inhabituel), soit par un traumatisme n'entraînant pas de lésion mais provoquant une douleur transitoire. Du terme fonctionnel découle l'utilisation, en médecine manuelle, de la notion de dysfonction, soit la mobilité douloureuse et limitée d'une articulation ou d'un muscle, causée par la mise en place de boucles nociceptives, sans lésion sous-jacente.

## HISTORIQUE DE LA CONSULTATION AU SEIN D'UNISANTÉ

Les thérapies manuelles faisaient par le passé l'objet de méfiance<sup>3-5</sup> et de craintes dans le milieu universitaire. Il a fallu du temps et de nouvelles données scientifiques pour que ces pratiques puissent être officielles au sein de l'institution. D'une pratique limitée pour les patients des médecins formés, elle est devenue une consultation spécialisée à partir de 2012. Le nombre de médecins impliqués a varié au cours des années. D'un poste de chef de clinique à 5%, la consultation a ensuite évolué selon les disponibilités des médecins formés (jusqu'à 50% de chef de clinique, +20% de médecin agréé). L'offre de consultations a fluctué selon le nombre de médecins

<sup>a</sup>Consultation de médecine manuelle d'Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 1011 Lausanne  
vincent.amstutz@unisante.ch | lionel.de-alencastro@unisante.ch  
coralie.wenger@unisante.ch

disponibles. Le nombre de consultations a varié de 130 par an au début à près de 800 certaines années. La formation de la relève a été un des points clés du succès de cette consultation. En 10 ans, il y a toujours eu plusieurs médecins formés au sein du service de la polyclinique de médecine générale, ce qui a permis une bonne connaissance des indications possibles. Les médecins formés par la SAMM ont tous pu bénéficier de plusieurs mois de consultations avec un médecin aîné avant de pratiquer seul. Plusieurs formations par année sont proposées aux médecins assistants et deux périodes d'enseignement sont données chaque année aux étudiants de première année de master de médecine.

Deux défis restent cependant à relever en raison d'un effectif encore insuffisant: pouvoir mieux répondre aux cas urgents et intégrer des projets de recherche.

### ILLUSTRATION DE LA DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE EN MÉDECINE MANUELLE

Pour illustrer la démarche diagnostique, prenons le cas d'un homme de 40 ans, en bonne santé habituelle, droitier, qui consulte pour des cervico-brachialgies droites invalidantes. Ces douleurs sont apparues brutalement il y a 4 semaines, après une activité de grimpe que le patient a pratiquée pour la première fois. Initialement, les douleurs étaient moyennes mais, actuellement, elles sont importantes. Elles sont plus fortes en position couchée, notamment le matin, ainsi qu'en position assise prolongée. Elles sont associées à des fourmillements dans l'avant-bras et par intermittence jusqu'aux doigts. Le patient est informaticien à 100% et fait du fitness depuis 5 ans.

À ce stade, le diagnostic différentiel peut comprendre une rupture de la coiffe des rotateurs, une hernie discale cervicale symptomatique ou encore un syndrome de défilé thoracique.

Après l'examen clinique comprenant des tests de mobilité globale, on note chez ce patient un rachis sans déviation mais avec une protraction cervicale, une position naturelle de repos avec les deux épaules en avant. La mobilité de la tête est limitée en inclinaison à gauche et en rotation à droite. La mobilité de l'épaule droite est normale en antéflexion et rétroflexion mais l'abduction est douloureuse et maximale à 70 degrés. La rotation externe est douloureuse en mobilité active et le patient ne parvient pas à maintenir la rotation externe contre résistante.

Des tests plus spécifiques, en suivant l'acronyme MANSC (tableau 1), permettent de mettre en évidence une éventuelle pathologie fonctionnelle dans chacun de ces cinq systèmes: musculaire, articulaire, neuroméningé, stabilisation, central.

Au niveau musculaire, la palpation soignée profonde des différents muscles potentiellement impliqués dans les cervico-brachialgies (notamment les muscles trapèze, sus-épineux, sous-épineux et petit rond) permet la mise en évidence d'éventuels points gâchettes. Chez ce patient, la palpation de la partie supérieure du muscle trapèze droit est douloureuse et la douleur irradie dans la région cervicale reproduisant une partie de la douleur du patient. La palpation du muscle sous-épineux droit provoque une forte douleur irradiant dans le bras et reproduisant les douleurs qui l'ont amené à consulter (figure 1).

Pour ce patient, sur le plan articulaire, nous ne mettons pas en évidence de dysfonction cervicale ni humérale.

Sur le plan neurologique, une atteinte radiculaire doit être recherchée. Les 3 critères (tableau 2) d'une telle origine sont une clinique neurologique compatible (status neurologique classique), une palpation des sulcus spinalis douloureuse (figure 2) et une manœuvre de Spurling positive (figure 3). Chez ce patient, ces 3 tests reviennent normaux, ce qui permet d'écarter raisonnablement une origine radiculaire. L'aspect neurologique fonctionnel est appelé irritation neuroméningée. Il s'agit d'un concept qui part du constat physiologique qu'entre un mouvement de flexion et d'extension complet d'un membre,

**TABLEAU 1** Acronyme MANSC

La démarche diagnostique et thérapeutique enseignée en médecine manuelle offre une approche structurée et différenciée des composants de l'appareil locomoteur. En effet, l'anamnèse et les tests spécifiques de médecine manuelle vont aborder les 5 systèmes de l'acronyme MANSC. En les effectuant systématiquement, cela permet d'évaluer de façon globale le patient et de mettre en évidence une éventuelle pathologie fonctionnelle dans un ou plusieurs de ces systèmes. Ensuite, des traitements ciblés peuvent être proposés pour chaque dysfonction. Ce tableau résume les diagnostics fonctionnels de notre patient ainsi que les propositions de traitements ciblés. MANSC: musculaire, articulaire, neuroméningé, stabilisation, central.

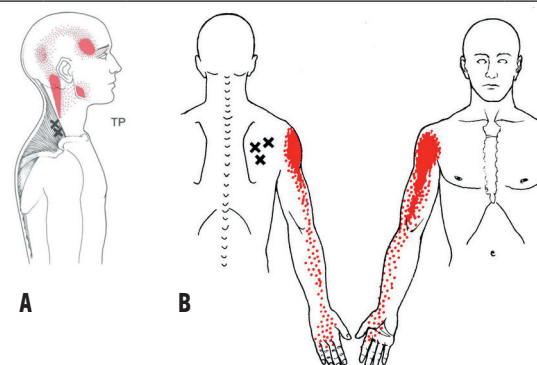
Acronyme MANSC	Diagnostic des problèmes fonctionnels pour le patient	Traitements ciblés pour le patient
Musculaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>Point gâchette du muscle trapèze droit</li> <li>Point gâchette du muscle sous-épineux droit</li> </ul>	Dry needling avec preuve d'un point gâchette (twitch local) et/ou compression ischémique
Articulaire	nihil	-
Neuroméningé	nihil	-
Stabilisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Raccourcissement des muscles petit et grand pectoraux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exercices d'étirement des muscles pectoraux et renforcement des muscles rhomboïdes</li> </ul>
Central	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stress</li> <li>Travail intense</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ergonomie au travail</li> <li>Étirement après le sport</li> <li>Méditation, etc.</li> </ul>

**FIG 1** Cartographie des points gâchettes des muscles trapèze et sous-épineux

Localisation des douleurs référées (en rouge) lors de la palpation d'un point gâchette (trigger point: en noir) au niveau de la partie supérieure du trapèze et du muscle sous-épineux.

TP: trigger point.

A: Muscle trapèze. B: Muscle sous-épineux.



(D'après réf. 10).

**FIG 2** Localisation et palpation du sulcus spinalis

Le nerf rachidien quitte le foramen ventrolatéral sur l'apophyse transverse dans la zone du sillon spinal (entre le tubercule antérieur et postérieur). Il est possible de le palper et une douleur qui apparaît peut évoquer une origine radiculaire.  
A: Localisation. B: Palpation.



(D'après réf. 11).

**TABLEAU 2** Recherche d'une origine radiculaire à l'examen clinique

Lors de cervico-brachialgies, si ces 3 critères sont absents à l'examen clinique, on peut écarter raisonnablement une origine radiculaire.

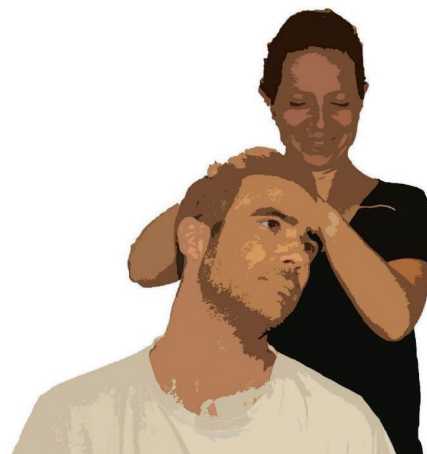
**Trois critères en faveur d'une origine radiculaire**

1. Clinique neurologique compatible (dermatome, hyporéflexie, troubles sensitivo-moteurs)
2. Sulcus spinalis douloureux à la palpation
3. Provocation en convergence (manœuvre de Spurling positif)

le nerf doit pouvoir coulisser librement sur son trajet. Si, en raison de raccourcissements musculaires ou d'une zone hypomobile au niveau articulaire sur le trajet du nerf, ce coulisser et cet étirement ne peuvent pas se faire correctement, des symptômes douloureux apparaissent. Ces douleurs sont souvent décrites par les patients comme des sensations de brûlures, de décharges ou de paresthésies qui ne suivent pas de dermatomes et qui, par définition, ne sont accompagnées d'aucun déficit neurologique. Une irritation neuroméningée est recherchée lors de l'examen par des tests (Upper Limb Test (ULT)) (figure 4) visant à étirer au maximum les structures nerveuses des nerfs médian, radial et ulnaire. Le test est

**FIG 3** Manœuvre de Spurling

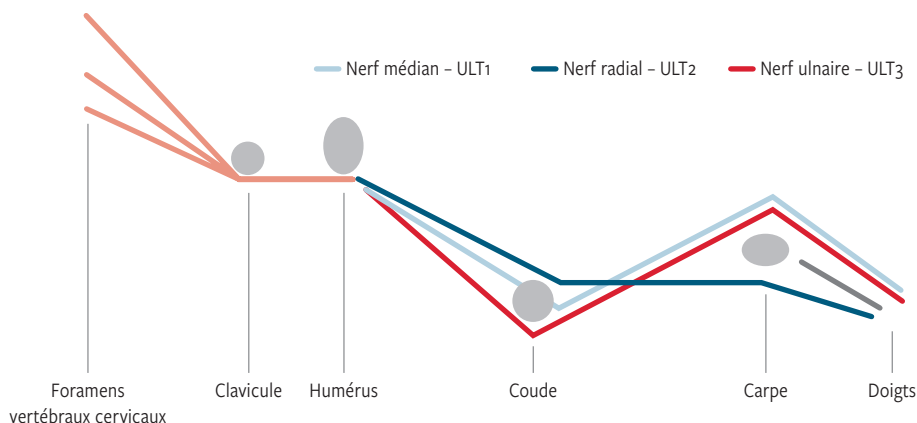
La manœuvre de Spurling consiste en un mouvement combiné passif d'extension, d'inclinaison latérale et de rotation ipsilatérale de la tête. En effectuant cette manœuvre, on réduit le diamètre du foramen ventrolatéral où sort le nerf rachidien. Le test est positif si la manœuvre reproduit la douleur.



(Source: photo personnelle).

**FIG 4** Upper Limb Test (ULT)

Dessin schématique du trajet des nerfs médian, radial et ulnaire.



(D'après réf. 11).

considéré comme positif si un de ces étirements déclenche une vive douleur dans les bras, le plus souvent à type de décharge et/ou paresthésie. Chez ce patient, les 3 ULT effectués des 2 côtés ne provoquent qu'une sensation de tension, physiologique.

Finalement, nous testons la stabilisation. Rappelons avoir observé que le patient présente une position de repos avec les épaules en avant ainsi qu'une protraction cervicale qui nous évoquent une dysbalance musculaire qu'on nommera dans ce contexte syndrome croisé supérieur (figure 5), notamment avec une hypertonicité des muscles pectoraux ainsi que des trapèzes supérieurs et une hypotonie des muscles fléchisseurs du cou et des muscles rhomboïdes. En effet, on apprendra que son objectif au fitness, qu'il pratique seul sans coach, est de renforcer uniquement ses muscles pectoraux, ce qui a entraîné, en sus de sa position devant l'ordinateur, un défaut de stabilisation et ce syndrome croisé supérieur.

Au niveau central, le patient est stressé au travail. Il reste plus de 40 heures par semaine devant l'ordinateur en position assise. On peut imaginer que le patient présentait des points gâchettes latents, soit cliniquement muets. En ayant tenté la grimpe, un nouveau sport sollicitant fortement les bras, cela a très probablement activé ces points gâchettes latents,<sup>5</sup> qui sont devenus actifs et donc symptomatiques.

Cette démarche offre un diagnostic précis, certes partiellement descriptif, mais permettant de localiser la source de la douleur, d'éviter une imagerie précoce à la recherche d'une hernie cervicale ou d'une rupture de la coiffe des rotateurs. Elle permet de proposer des thérapies ciblées, immédiate-

ment après l'examen clinique, pour soulager la douleur. À noter que toute lésion organique mise en évidence lors de l'examen clinique doit être prise en charge par la médecine classique d'après son étiologie.

En reprenant l'acronyme MANSC, nous nous focalisons tout d'abord sur la musculature. Les points trigger sont traités par différentes techniques spécifiques telles que la compression ischémique, le décollement des fascias ou encore les aiguilles sèches (dry needling). Ces techniques sont utilisées par certains physiothérapeutes et par les médecins formés en médecine manuelle.

Les dysfonctions articulaires peuvent être mobilisées (mouvement passif au-delà de l'amplitude active mais en deçà de la zone entraînant des lésions) ou manipulées (impulsion de faible amplitude mais de cinétique élevée dans une direction libre de douleur) par les médecins pratiquant la médecine manuelle mais aussi par les ostéopathes, les chiropraticiens et certains physiothérapeutes formés.

Les problématiques d'irritation neuroméningée sont prises en charge par le physiothérapeute, en suivant en général les techniques d'étirements neuroméningés.

Un manque de stabilisation et une dysbalance musculaire nécessitent un engagement actif du patient (exercices d'étirement et renforcement musculaire progressif), guidé par un physiothérapeute, un ergothérapeute ou encore un coach sportif formé en activité physique adaptée.

Concernant les éléments centraux, nous aborderons l'ergonomie au travail, l'étirement après le sport et toute technique visant à déstresser le patient (méditation, autre).

Dans le but de soulager les douleurs du patient, lors de cette première consultation, nous traitons les points gâchettes situés dans le muscle trapèze<sup>7</sup> et le muscle sous-épineux par des techniques d'aiguilles sèches (dry needling)<sup>8</sup> et de compression ischémique<sup>9</sup>. En testant à nouveau la mobilité juste après le traitement, la rotation et l'inclinaison de la tête redeviennent alors symétriques. L'abduction est nettement améliorée à 170 degrés et le patient note déjà une amélioration de la douleur. Concernant les défauts de stabilisation, et afin d'éviter une récurrence, nous montrons au patient une série d'étirements ciblés, notamment au niveau des muscles pectoraux raccourcis, ainsi qu'un renforcement des muscles rhomboïdes. Tous les exercices peuvent être ensuite complétés et corrigés lors des séances suivantes. Nous réfléchissons aussi avec le patient à son ergonomie au travail, comme le positionnement de l'écran ou la possibilité d'avoir un bureau assis-debout, ainsi qu'une discussion sur le stress dans son quotidien.

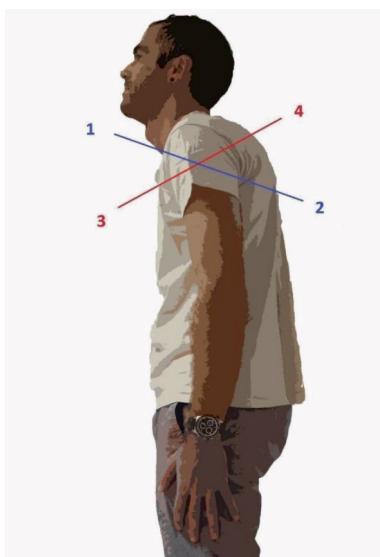
## CONCLUSION

La médecine manuelle est un outil utile pour rechercher et traiter les douleurs de l'appareil locomoteur. Les techniques utilisées sont peu invasives et certaines données montrent un avantage en termes de coût-bénéfice pour ce type d'approche. Les thérapeutes pratiquant ces techniques manuelles prescrivent moins d'exams d'imagerie ou de médicaments et ont

**FIG 5** Syndrome croisé supérieur

Le syndrome croisé supérieur se caractérise par une posture avec une tête en avant du corps dans le plan sagittal (lorsque le patient est de profil) et souvent un enroulement des épaules. Cela est dû à un déséquilibre entre certains muscles hypertoniques et d'autres hypotoniques.

Muscles affaiblis (trop faibles) : 1. Muscles profonds du cou. 2. Muscles rhomboïdes et dentelé antérieur. Muscles raccourcis (trop tendus) : 3. Muscles pectoraux. 4. Muscles trapèzes et élévateurs de la scapula.



(Source: photo personnelle).

l'impression de permettre au patient un retour au travail plus rapide. Même si des études confirmant cette tendance manquent à l'heure actuelle, les milieux de la santé se doivent dorénavant d'analyser les soins en termes d'impact environnemental et écologique, en intégrant la notion de «global health» en raison des enjeux climatiques et économiques actuels.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

#### IMPLICATIONS PRATIQUES

- La médecine manuelle est une formation planifiée sur 2 ans pouvant être réalisée en parallèle à une activité professionnelle. Il existe des positions spécifiques dans le Tarmed et son remboursement est pris en charge par la LAMal
- Les techniques palpatoires, les tests de mobilité articulaire et les tests fonctionnels de la musculature, de même que la recherche des points gâchettes, permettent de compléter avec efficacité l'examen de l'appareil locomoteur classiquement enseigné lors des études de médecine
- Tant l'aspect diagnostique que thérapeutique de la médecine manuelle constituent un outil précieux pour le médecin qui souhaite prendre en charge efficacement les problèmes fonctionnels de l'appareil locomoteur

1 \*Panzeri M, Rylvlin P, Staeger P, Gautschi R, Amstutz V. Approche myofasciale dans la prise en charge des céphalées de tension : ce que dit la science. *Rev Med Suisse*. 2020 Mars 25;16(687):600-5.

2 \*\*Gautschi R. *Manual Trigger Point Therapy: Recognizing, Understanding and Treating Myofascial Pain and Dysfunction*. New York: Thieme Medical Publishers; 2019.

3 Paulus JK, Thaler DE. Does case misclassification threaten the validity of studies investigating the relationship between neck manipulation and vertebral artery dissection stroke? *Yes*. *Chiropr Man Ther*. 2016 Nov 5;24(42).

4 Moser N, Mior S, Noseworthy M, et al. Effect of cervical manipulation on vertebral artery and cerebral haemodynamics in patients with chronic neck pain: A crossover randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2019 May 28;9(5):e025219.

5 Foster NE, Anema JR, Cherkin D, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*. 2018 Jun;391(10137):2368-83.

6 Lucas KR, Polus BI, Rich PA. Latent myofascial trigger points: their effects on muscle activation and movement efficiency. *J Bodyw Mov Ther*. 2004 July;8(3):160-6.

7 Cerezo-Téllez E, Torres-Lacomba M,

Fuentes-Gallardo I, et al. Effectiveness of dry needling for chronic nonspecific neck pain: a randomized, single-blinded, clinical trial. *Pain*. 2016 Sept;157(9):1905-17.

8 Jalilipanah P, Okhovatian F, Serri RA, Bagban AA, Zamani S. The effect of dry needling & muscle energy technique separately and in combination in patients suffering shoulder impingement syndrome and active trigger points of infraspinatus. *J Bodyw Mov Ther*. 2021 Apr;26:94-100.

9 Morikawa Y, Takamoto K, Nishimaru H, et al. Compression at Myofascial Trigger Point on Chronic Neck Pain Provides Pain Relief through the Prefrontal Cortex and Autonomic Nervous System: A Pilot Study. *Front Neurosci*. 2017 Apr 11;11:186.

10 \*\*Travell JG, Simons DG, Simons LG. *Travell & Simons' Myofascial Pain and Dysfunction: The trigger point manual*. Vol. 1. Upper half of body. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.

11 Böhni U, Lauper M, Locher H (Eds.). *Manuelle Medizin 2: Diagnostische und therapeutische Techniken praktisch anwenden*. Stuttgart: Thieme; 2012.

\* à lire

\*\* à lire absolutement