

Yoga adapté: mal de dos

Plan de la présentation:

0- Rappels – le tronc: structures osseuses, structures nerveuses, ligamentaires et musculaires

1-Introduction

2- Comprendre les principales affections du dos

3- Rachialgie spécifique et rachialgie commune : comprendre et essayer d'adopter la meilleure attitude

4- Dans la rachialgie commune, d'autres facteurs à prendre en compte

5- Les recommandations pour une prise en charge générale de la personne souffrant de rachialgie

6- Comment accompagner au mieux, par le yoga, l'élève souffrant d'une **LOMBALGIE COMMUNE SANS DRAPEAUX ROUGES**

0- Rappels : tronc: structure osseuse, structures nerveuse, ligamentaire et musculaire (1)

a- structure osseuse: la colonne vertébrale (CV) ou rachis

- Composées de: **33 (voir 34) vertèbres** divisées en :

- * 7 vertèbres cervicales - C1 à C7 - courbure : lordose cervicale
- * 12 vertèbres dorsales - D1/T1 à D12/T12 – courbure: cyphose thoracique
- * 5 vertèbres lombaires – L1 à L5 – courbure: lordose lombaire
- * 5 vertèbres sacrées soudées en une seule structure appelée sacrum. Le sacrum est lié aux ailes iliaques par les articulations sacro-iliaques
- * 4 à 5 vertèbres coccygiennes également soudées entre elles qui forment ainsi une seule structure appelée coccyx

- entre chacune de ces vertèbres (sauf entre crâne et C1 et entre C1 et C2 & sacrum et coccyx) :

Disque InterVertébral (DIV)

- * cartilage fibreux semi mobile
- * constitué: en son centre : nucleus pulposus (collagène, protéoglycane, eau) -> transfert de charge -> en partie périphérique: anneau fibreux (fibres collagène)
- * 3 fonctions: mobilité/souplesse, amortissent chocs, consolident le rachis
- * les DIV ont des hauteurs variables
- * conditions spécifiques: déshydratation et amincissement avec l'âge / plus grande propension à la dégénérescence des DIV cervicaux et lombaires / en cas de déchirement du DIV = contact possible avec les nerfs spinaux.

0- Rappels : tronc: structure osseuse, structures nerveuse, ligamentaire et musculaire (2)

a- structure osseuse: la colonne vertébrale (CV) ou rachis (suite)

- Toutes les vertèbres n'ont pas tout à fait la même forme. Chaque vertèbre est formée de:
 - * un corps vertébral
 - * un foramen central = canal vertébral par lequel passe la moelle épinière
 - * des foramens latéraux par lesquelles sortent les nerfs rachidiens
 - * des apophyses articulaires placées spécifiquement selon la structure de chaque vertèbre (permettent l'articulation de chaque vertèbre entre elles). On distingue les apophyses (ou processus) épineuses postérieures et les apophyses transverses (vertèbres dorsales et lombaires). Les muscles et tendons s'insèrent sur ces apophyses ou processus articulaires
 - * les côtes s'insèrent sur les vertèbres dorsales, de chaque côté, au niveau du corps vertébral et du processus / apophyse transverse.

=> En image, vidéo Anatomie 3D, Université Lyon 1, service iCAP : <https://youtu.be/TvOSAWc1l5o?si=sc0WUZV3Vzr0m8rB>

b- structure nerveuse:

- * la moelle épinière part de l'extrémité inférieure du tronc cérébral et se termine en forme de pointe en L2.
- * les nerfs rachidiens sortent par les foramens intervertébraux.
- * Après L2 et jusqu'au sacrum, des nerfs importants sortent des foramens intervertébraux en de multiples faisceaux que l'on appelle « queue de cheval ». Il y a 2 types de nerfs importants: le nerf fémoral aussi appelé crural et le nerf sciatique.
- * les méninges (tissus fibreux) entourent la moelle épinière jusqu'à la queue de cheval. Dans cette enveloppe constituée par les méninges, il y a un liquide appelé « liquide céphalo rachidien » qui vient nourrir les méninges et protègent les tissus nerveux.
- * les nerfs rachidiens sortent par les foramens intervertébraux.

=> En image, vidéo Anatomie 3D, Université Lyon 1, service iCAP : https://youtu.be/LHsEqB_FFOQ?si=x9mmJE6MeLldJhoy

0- Rappels : tronc: structure osseuse, structures nerveuse, ligamentaire et musculaire (3)

c- structure ligamentaire :

- * ligaments reliant les corps vertébraux: ligament longitudinal antérieur très épais, un ligament longitudinal postérieur aux corps vertébraux (dans canal vertébral) mais il est moins large et moins épais (zone de faiblesse), une dernière zone ligamentaire constituée par chacun des DIV
- * ligaments reliant les processus épineux postérieurs et transverses: respectivement les ligaments interépineux et supra-épineux et ligaments intertransversaires
- * ligaments qui relient les lames: ligaments jaunes (très élastique)
- * ligaments reliant les processus ou apophyses articulaires: composés d'un ligament, d'un manchon fibreux et d'une membrane synoviale.

⇒ En image, vidéo Anatomie 3D, Université Lyon 1, service iCAP : <https://youtu.be/1GITIU1mmqI?si=-zaGXRb2wMmufFpG>

d- structures musculaires du rachis: muscles spinaux ou érecteurs du rachis

- * des muscles profonds et courts qui relient les vertèbres entre elles, en différents points d'insertion, soit d'une vertèbre à l'autre soit d'une vertèbre à d'autres vertèbres plus éloignées: muscles intertransversaires, interépineux et multifidus.
 - * des muscles profonds mais long (s'insèrent du coccyx au crâne, passent par les gouttières paravertébrales): les muscles épineux, longissimus et iliocostal. Ces muscles constitués de plusieurs faisceaux se terminent, sur les zones lombaire, sacrée et coxale, par une aponévrose ligamentaire, fibreuse, qui vient renforcer un peu plus cette zone du corps soumise à de fortes pressions.
- => ces muscles ont des capacités proprioceptives importantes
- * puis tous les autres muscles du dos que vous avez vu en anatomie.

⇒ En image, vidéo Anatomie 3D, Université Lyon 1, service iCAP : <https://youtu.be/dSO8z4NGLtM?si=ZHpzn6XihNGNbQzQ>

==> le rachis est une structure normalement solide qui assure notre verticalité et notre mobilité mais on comprend que par la complexité de toutes les structures qui l'entourent, les possibilités de dysfonctionnements, donc de douleurs, sont importantes.

1-Introduction: Terminologie

- mal de dos, tour de reins, “faux mouvements”, torticolis, raideurs, etc => « le mal de dos, le mal du siècle »
- Toute douleur au niveau du rachis => rachialgie
- mais touche plus souvent une zone spécifique ainsi, en fonction de sa localisation, on utilise les termes:
 - * si au niveau des cervicales : cervicalgie C1 à C7
 - * si au niveau des vertèbres dorsales / thoraciques : dorsalgie D1 à D12
 - * si au niveau des lombaires: lombalgie, lumbago L1 à L5
- * notons que les zones charnières (C7D1, D12L1, L5S1) sont des zones un peu plus fragiles en raison des changements de courbure
- A savoir : lombalgie > cervicalgie > dorsalgie. Du fait de la prédominance des lombalgies dans les douleurs du dos, on parle plus communément de lombalgie que de rachialgie.
- Notion de radiculalgie : « douleur située dans le territoire innervé par une racine nerveuse »
- Parfois, la cause de la rachialgie peut entraîner une atteinte du nerf
 - * au niveau lombaire: 1) nerf sciatique -> **sciatalgie** (douleur à l’arrière de la jambe ou sur le côté) 2) nerf crurale-> **cruralgie** (douleurs à l’avant de la cuisse)
 - * au niveau cervical : névralgie cervico-brachiale (douleur dans le cou et se diffuse dans l’épaule ou le bras)
- La rachialgie est un symptôme, pas une maladie. La douleur est indicatrice d’une condition particulière qui a des origines diverses que nous allons développer plus avant.

2- Comprendre les principales affections du dos (1)

* origine inflammatoire:

**** la Pelvispondylite Rhumatismale** (anciennement: spondylarthrite ankylosante): maladie inflammatoire chronique qui touche principalement les articulations du rachis et les articulations sacro-iliaques. Provoque douleurs dans les fesses qui peuvent se faire sentir jusqu'à l'arrière de la cuisse, Se manifeste par poussée inflammatoire suivie de période d'accalmie ou de rémission. Maladie qui évolue vers un enraidissement: inflammation de l'enthèse (point d'attache entre l'os et le muscle/ le ligament/la capsule) qui, lors de la résorption de l'inflammation créer des cicatrices qui vont s'ossifier. Maladie très douloureuse et invalidante. Concerne plutôt les hommes jeunes.

**** la polyarthrite rhumatoïde**: maladie inflammatoire chronique, auto-immune, qui peut concerner toutes les articulations dans le corps et notamment le rachis. Atteinte qui concerne la surproduction de liquide synoviale et, par extension, la destruction progressive du cartilage et des os. Cette pathologie touche plutôt les femmes et apparaît, en moyenne, de 40 ans à 60 ans. Peut entraîner une déformation des articulations ce qui a des conséquences importantes pour les personnes qui en souffrent (fonctionnel, psychologique, etc)

⇒ Ces pathologies évoluent par poussées inflammatoires suivies de périodes d'accalmie et, non traitées, elles évoluent souvent vers une perte de mobilité. Ces maladies entraînent des douleurs surtout la nuit et le matin, une raideur au levé qui s'estompe au fil de la journée.

2- Comprendre les principales affections du dos (2)

2) Les principales affections du dos (suite)

- Origine structurelle / déformation du rachis:

**** la scoliose:** est une déformation des courbes « normales » du rachis. La scoliose se développe progressivement lors de l'adolescence. Elle peut être asymptomatique d'où la nécessité de faire des contrôles réguliers. Toutefois, il existe aussi une « scoliose lombaire dégénérative » liée à la dégénérescence des structures vertébrales. La scoliose se caractérise par une gibbosité (bosse) que l'on détecte lorsque la personne se penche en avant. La déformation du rachis peut se faire dans les 3 plans de l'espace. Il existe des scolioses fonctionnelles et d'autres structurelles donc prudence avec l'alignement souvent recherché en yoga qui n'est pas forcément pertinent dans les scolioses. Les scolioses sévères peuvent entraîner des douleurs chroniques, des radiculalgies et peut empêcher le bon fonctionnement de certains organes vitaux comme les poumons, le cœur. Parfois, il n'y a pas d'autre choix que d'opérer.

- Sans parler de pathologies, notons que nous pouvons aussi constater des douleurs liées à des attitudes posturales particulière (hypercyphose thoracique, rigidité thoracique, une respiration haute, etc) dont certaines sont parfois la résultante de notre mode de vie (« text neck », tensions cervicales liées à la posture face aux écrans, sédentarité)

2- Comprendre les principales affections du dos (3)

2) Les principales affections du dos (suite)

- Origine dégénérative (concernent essentiellement les DIV, les facettes vertébrales, les articulations)

**** la discopathie dégénérative:** souvent liée à l'âge mais pas toujours. Correspond au DIV qui a perdu de sa hauteur. Peut toucher tous les étages vertébraux. Se traduit par une douleur, parfois « en barre » qui peut irradier dans les zones périphériques. C'est une des pathologies les plus fréquentes. En raison de l'usure du DIV, peut entraîner une protrusion discale, une hernie discale, un pincement discale. et dans sa forme sévère peut dégénérer en arthrose.

**** l'arthrose:** se caractérise par une destruction de l'ensemble des structures de l'articulation. Peut toucher toutes les articulations du corps mais principalement le rachis, puis les genoux et les hanches. Elle s'accompagne de douleurs, de raideurs. De fatigue et d'une perte de mobilité. Au niveau du rachis, on la retrouve souvent aux niveaux L4L5 et L5S1. Peut provoquer des irradiations dans les jambes et des paresthésies.

**** l'ostéophytose:** douleur liée à des excroissances osseuses que l'on appelle « bec de perroquet » et qui apparaissent aux bords des articulations. Elles seraient dues à une usure articulaire chronique comme l'arthrose mais parfois elles sont liées à des maladies du rachis. Les ostéophytes peuvent frotter contre d'autres structures ou comprimer un nerf. La douleur est intense, irradiante. Il peut y avoir des raideurs au levé, peut entraîner une perte de mobilité, une paresthésie. Concerne plutôt les personnes de plus de 60 ans.

**** le canal lombaire étroit:** phénomène de réduction du diamètre du canal vertébral. Souvent conséquence de l'arthrose par l'épaississement des composants de l'articulation, il y a moins de place dans le canal ce qui peut mener à une compression des nerfs rachidiens. Provoque des douleurs dans le dos mais aussi des paresthésies et des douleurs de type sciatique. Les douleurs apparaissent souvent après quelques mètres de marche. Dans les cas graves, la compression du nerf peut avoir des conséquences neurologiques.

2- Comprendre les principales affections du dos (4)

2) Les principales affections du dos - origine dégénérative (concernent essentiellement les DIV, les facettes vertébrales, les articulations) - suite

**** le spondylolisthésis:** (maj) correspond au glissement d'une lombaire vers l'avant . Peut apparaître à l'adolescence (dans ce cas il est congénitale ou il peut être dû à une activité physique très intense qui va entraîner localement des fractures) ou encore chez l'adulte (dans ce cas, elle est plutôt liée à un accident, une maladie ou encore à discopathie ou à de l'arthrose). La douleur est aggravée par la station debout et par l'extension (maj: mais aussi par les torsions). Il peut entraîner des douleurs de type radiculaire. Dans les cas les plus graves, le glissement de la vertèbre peut entraîner une compression des nerfs ou de la moelle épinière ce qui constitue un drapeau rouge et nécessite une opération. Globalement, dans le spondylolisthésis, le risque de fracture est accru et les possibilités de mouvements limitées. Il peut être judicieux de laisser ces élèves entre les mains du médecin et du kinésithérapeute qui sauront les prendre en charge individuellement. L'accompagnement en cours de yoga collectif me paraît plus risqué que pertinent dans ce cas ci.

**** la hernie discale:** correspond à une déchirure au sein de l'anneau du DIV qui entraîne un débord du noyau vertébral. Le noyau peut pousser dans toutes les directions (partie antérieure du rachis, postérieur ou côté, ce qui peut être plus problématique). Lorsqu'il a une hernie discale, le noyau est sorti durablement et peut entrer en contact avec les ligaments ce qui va être très douloureux voir avec un nerf ce qui devient problématique car cela peut avoir des conséquences neurologiques. Encore une fois, si l'atteinte est neurologique, elle s'exprimera la nuit, il y aura une paresthésie, une perte de force musculaire, etc (voir point 3) . Dans ce cas il faut absolument consulter un médecin.

Origines musculaires, ligamentaires:

- ** par manque de sollicitations des structures: enraidissement, faiblesse musculaire
- ** des positions tenues trop longtemps qui fatigue ces structures (lombalgies liées à certains métiers)
- ** des mouvements qui n'ont pas été effectués correctement ou effectués de manière trop violente

=> **cette liste de causes n'est pas exhaustive.**

Comprendre les causes des douleurs permet de mieux appréhender l'accompagnement des élèves dans nos cours de yoga.

3- Rachialgie spécifique et rachialgie commune : comprendre et essayer d'adopter la meilleure attitude (1)

- Le mal de dos est un symptôme dont les origines sont très variées:

(* origines qui n'est pas liées en tant que telle au rachis mais dont la douleur se fait sentir au niveau du dos – sphères digestives, gynécologique, etc)

* origines directement liées à une atteinte du dos

=> en tant que professeur de yoga, que ce soit pour un.e élève ayant une lombalgie commune déclarée ou non, tout le long de votre accompagnement, il faudra veiller à la déclaration potentielle de ce que le monde médical appelle les **DRAPEAUX ROUGES** (source HAS)

**** perte de poids inexpliquée**

**** fièvre**

**** altération de l'état général**

**** douleurs thoraciques**

**** âge de votre élève: moins de 20 ans ou plus de 55 ans**

**** douleurs de type inflammatoire = douleur au repos et qui se manifestent particulièrement la nuit**

**** traumatisme: petit ou grand (chute, accident) mais parfois juste un petit choc notamment chez les personnes âgées (dos d'âne par ex)**

**** antécédent de cancer**

**** antécédent de chirurgie du dos**

**** déformation de la CV (scoliose sévère par ex)**

**** usage de drogues en intraveineuse ou prise de corticoïdes**

**** symptômes neurologique: paresthésie cad fourmillements, perte de sensations ou sensations de peau cartonnée, atteinte des sphères urinaire et/ou anale, syndrome de la queue-de-cheval**

3- Rachialgie spécifique et rachialgie commune : comprendre et essayer d'adopter la meilleure attitude (2)

- La présence de drapeaux rouges fait entrer l'élève dans le cadre d'une LOMBALGIE SPÉCIFIQUE dont les causes peuvent être variables et souvent très sérieuses ce qui nécessite une prise en charge médicale, des bilans (sanguin, imagerie, etc) afin d'asseoir le diagnostic, une médication, parfois une intervention chirurgicale puis une prise en charge spécifique et individuelle par un.e thérapeute qualifié.e
 - Les origines possibles de ces drapeaux rouges:
 - ** causes traumatiques, fracturaires: chute, choc (parfois minime notamment chez la personnes âgée)- Signes à rechercher: âge, ostéoporose, antécédent de cancer, sujet féminin, douleur thoracique, consommation fréquente d'alcool, tabagisme, diagnostic de la maladie de Crohn, spondylolisthésis (glissement d'une vertèbre),
 - ** causes tumorales : cancer, tumeur- Signes à rechercher: antécédent de cancer, douleurs thoraciques et la personne se plaint de nausée, fatigue, a perdu du poids, est constipée, de douleurs qui la réveillent la nuit.
 - ** causes infectieuses: spondylodiscite, abcès. Signes à rechercher: douleurs de dos, troubles neurologiques, fièvre mais aussi si l'élève a subi récemment une chirurgie, a voyagé, notamment vers des pays où la tuberculose sévit, prend des drogues par intraveineuse, est immunodéprimée.
 - ** causes inflammatoires: spondylarthropathie, polyarthrite rhumatoïde, chondrocalcinose. Signes à rechercher: douleur qui diminue avec le mouvement mais pas au repos, des antécédents familiaux, des raideurs matinales prononcées, douleurs nocturnes, douleurs au niveau des fessiers, des pathologies inflammatoires présentes dans d'autres articulations, maladies inflammatoires de l'intestin, psoriasis, antécédents récents d'infection bactérienne, uvéite
 - ** causes neurologiques: syndrome de la queue de cheval. Signes à rechercher: douleurs dans les membres inférieurs, perte de sensations au niveau des fessiers, des parties génitales, entre les cuisses, défaut de contrôles des urines et des selles, difficulté lors des rapports sexuels.
- => si vous constatez une accumulation de ces symptômes => ces signes nécessitent absolument une évaluation médicale avant reprise ou adaptation de l'activité. Je vous conseille d'adresser votre élève à un médecin sans attendre.**

3- Rachialgie spécifique et rachialgie commune : comprendre et essayer d'adopter la meilleure attitude (3)

- En l'absence de drapeaux rouges: nous sommes dans le cas d'une **RACHIALGIE COMMUNE**: pour laquelle il n'a pas été identifié de causes spécifiques ou de pathologies associées. L'Assurance Maladie la définit comme une « douleur principalement augmentée à l'effort et dont l'examen clinique et le bilan sont en faveur d'une atteinte mécanique habituelle ».
- La rachialgie commune est la situation la plus répandue (90 à 95% des cas)
- Elle peut concerner toutes les structures que nous avons vues dans le point 1: osseuses (bien que non douloureuses directement), articulaires, musculaires et nerveuses. Les causes se cumulent parfois.

- Dans la rachialgie, la douleur peut avoir 3 degrés de manifestation:
 - * **aiguë**: la douleur est intense mais la durée de l'épisode douloureux est relativement court: de quelques jours à 6 semaines maximum (60% à 90% des cas).
On parle généralement de lumbago lorsque la personne traverse cette phase aiguë.
On parle de douleurs subaiguës lorsqu'elles durent de 6 à 12 semaines.
 - * **récurrente ou récidivante**: l'élève a connu une suite de lombalgies aiguës. Le risque de tomber dans la chronicité est important.
 - * **chronique**: douleur ressentie depuis plus de 3 mois (10% des cas) . La douleur peut être faible, modérée ou forte.
- ⇒ La lombalgie chronique a de fortes répercussions sur la vie des personnes qui en souffrent, au niveau personnel (limitation des mouvements au quotidien, émotions d'anxiété, de peur qui amplifient la douleur, irritabilité), familial, professionnel (arrêt maladie)
- ⇒ On constate également que le diagnostic de la lombalgie est trop souvent retardé alors que si la personne consulte rapidement, cela permet un diagnostic plus rapide (rachialgie spécifique qui nécessite absolument une prise en charge particulière versus rachialgie commune) et par extension de tomber dans la chronicité.

4 – Dans la rachialgie, d'autres facteurs à prendre en compte

- Comprendre que:

- 1) l'imagerie n'est réalisée qu'en présence de drapeaux rouges ou lorsque la rachialgie devient chronique (+ de 3 mois)
- 2) et on constate que l'imagerie n'est pas toujours corrélée avec les ressentis => ainsi, les contraintes biomécaniques seules ne suffisent pas à prédire la douleur ou le danger.

- La problématique de la rachialgie commune c'est le risque de chronicité. Afin d'évaluer cette chronicité, il existe d'autres drapeaux:

**** des DRAPEAUX JAUNES** qui sont des « indicateurs psychosociaux d'un risque accru de passage à la chronicité » qui évaluent: des problèmes émotionnels, des attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos, des comportements douloureux inappropriés, des problèmes liés à la sphère professionnelle.

**** des DRAPEAUX BLEUS** qui sont « les facteurs de pronostic liés aux représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur »: charge physique élevée, forte demande de travail et faible contrôle sur le travail, manque de capacité à modifier son travail, manque de soutien social, pression temporelle, absence de satisfaction au travail, stress, faible espoir de reprise du travail, peur de la rechute.

**** DRAPEAUX NOIRS** facteurs liés à la politique de l'entreprise et au système de soin et d'assurance

- La rachialgie est complexe et elle repose sur des facteurs **BIO- PSYCHO- SOCIAUX (ÉCONOMIQUES)**

BIO: facteurs liés à l'âge, au genre, à la structure du dos (scoliose par ex), aux potentiels événements traumatiques, à la génétique, la corpulence, à l'hygiène de vie (manque d'activité, sédentarité), tabac, etc

PSYCHO : manière de gérer la douleurs, catastrophisme, évitement du mouvement

SOCIAUX (ECONOMIQUES) : lié autant aux conditions de travail, à l'exécution des tâches (comprend parfois le port de charge, le fait d'être soumis à des vibrations) qu'à la façon dont son travail est vécu (insatisfaction, manque de reconnaissance, etc)

5- Les recommandations pour une prise en charge générale de la personne souffrant de rachialgie (1)

Selon la Haute Autorité de la Santé (voir source) - la prise en charge non médicamenteuse de la lombalgie commune après diagnostic:

- * le repos, s'il est parfois la seule solution face à l'intensité de la douleur ne doit pas être prolongé (*sauf dans certains cas dont la sciatique chronique*). Il est absolument nécessaire que la personne reprenne ses activités quotidiennes au plus vite.
- * la **reprise d'une activité physique modérée et adaptée** est essentielle pour éviter la chronicité
- * kinésithérapie.
- * l'éducation aux mécanismes de la rachialgie et à la douleur associée (le fait de comprendre les mécanismes permettrait de réduire la peur et de transformer le point de vue des personnes sur leur rachialgie)
- * Techniques manuelles
- * Thérapies cognitives comportementales (TCC)
- * Prise en charge pluridisciplinaire (physique, psychologique, sociale, professionnelle)

Globalement, au quotidien:

- * la reprise des activités de la vie courante doit quand même se faire dans le respect de la situation que vit l'élève donc: pas de charges lourdes, pas de longs trajets en voiture, pas d'activités physiques trop intenses en attendant la rémission complète
- * hydratation
- * sommeil, hygiène des rythmes et hygiène alimentaire (revoir leçon sur l'IBG)

6- Comment accompagner au mieux, par le yoga, l'élève souffrant d'une LOMBALGIE COMMUNE SANS DRAPEAUX ROUGES (1)

* En cas de rachialgie commune, on ne pense pas forcément au yoga. A juste titre, certaines pratiques de yoga qui proposent de grandes amplitudes de mouvements dans tous les plans (frontal, sagittal et transversal) ne sont pas adaptées à l'élève rachialgique.

Il faut absolument proposer, au début, des mouvements très doux et de faibles amplitudes puis progressifs lors de la séance ou dans la durée.

En revanche, le yoga, par son approche corps-souffle-esprit peut être un complément intéressant car :

- le mouvement progressif peut redonner un sentiment de sécurité et donc peut potentiellement diminuer l'hypervigilance et la peur du mouvement,
- la respiration, la lenteur, l'attention corporelle et le sentiment de sécurité ont probablement un rôle énorme dans la rachialgie chronique.
- les méditations / visualisations pourront influencer positivement les croyances que l'élève entretient avec son dos.

6- Comment accompagner au mieux, par le yoga, l'élève souffrant d'une LOMBALGIE COMMUNE SANS DRAPEAUX ROUGES (2)

Au préalable:

1) AVOIR L'AVAIL DU MÉDECIN TRAITANT DE VOTRE ÉLÈVE VIA UNE ATTESTATION MÉDICALE

2) Interroger l'élève sur la survenue de sa rachialgie, la symptomatologie, sa fréquence et son intensité et les croyances que l'élève a construit autour (poser des questions ouvertes plutôt que fermées). *Maj: s'assurer que l'élève ne présente pas de drapeaux rouges sinon, on redirige vers le médecin traitant.*

3) En retour, vous informer sur la pathologie dont souffre votre élève afin de mieux construire votre accompagnement.

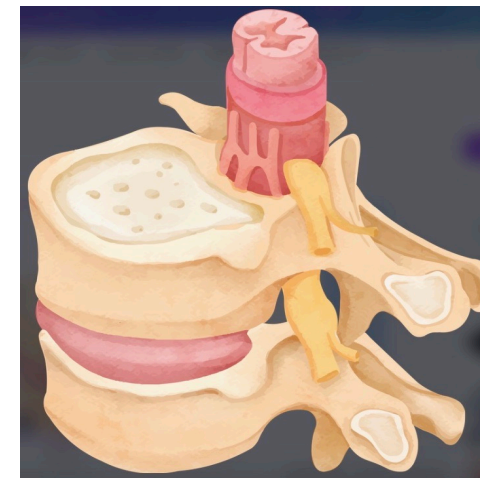
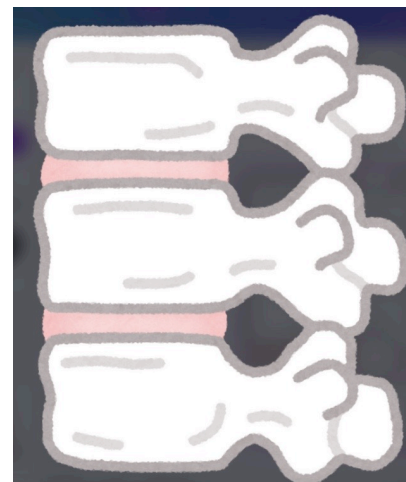
4) Si vous en avez la possibilité, accueillir en séance individuelle votre élève afin de mieux le connaître et l'accompagner dans le retour au mouvement. Le tester avec douceur dans tous les plans pour comprendre les directions qui le soulagent et celles qui sont aggravantes (certaines personnes sont soulagées en flexion, d'autre en extension, etc)

5) Vous mettre d'accord avec votre élève avant qu'il intègre un cours collectif: lui demander de respecter les possibilités de son corps => si résurgence de douleurs très fortes ou de symptômes neurologiques et inflammatoires vus précédemment => quitter immédiatement l'exercice.

6- Comment accompagner au mieux, par le yoga, l'élève souffrant d'une LOMBALGIE COMMUNE SANS DRAPEAUX ROUGES (3)

Comportement des vertèbres et DIV en fonction des positions dans les différents plans.

- dans la posture debout, tādāsana, sur un rachis sain: les vertèbres et les DIV s'empilent les uns sur les autres
- En flexion avant: les vertèbres se rapprochent sur la partie antérieure et s'ouvrent en partie postérieures ainsi que les facettes articulaires, le DIV pousse vers l'arrière
- En flexion arrière ou extension: les vertèbres se rapprochent en partie postérieure ainsi que les facettes articulaires, le DIV est poussé en partie postérieure
- En flexion latérale: les vertèbres et facettes articulaires se rapprochent du côté de la flexion et s'ouvrent du côté opposé. Le DIV est poussé de côté opposé à la flexion
- En torsion: les vertèbres et les facettes articulaires sont déplacées par rapport à l'axe verticale et le DIV est écrasé.



Rappelez vous que chaque pathologie a ces spécificités. En cas de hernie, on ne va pas forcément chercher la flexion avant car elle pousse le DIV, en cas d'arthrose l'extension peut amplifier l'écrasement des corps vertébraux et des facettes articulaires, etc...

Rappelez vous aussi que parfois les pathologies se cumulent.

6- Comment accompagner au mieux, par le yoga, l'élève souffrant d'une LOMBALGIE COMMUNE SANS DRAPEAUX ROUGES (4)

1) Les postures

- * mouvements doux et lents (= favorisent l'apaisement du système nerveux, diminuent les tensions et peuvent moduler la perception douloureuse) associés à la respiration pour retrouver une sensation agréable dans le corps.
- * mais aussi, le travail postural doit être actif, avec engagement musculaire et des bandhas (on évitera le travail passif, sans tenue)
- * nécessité également de faire un renforcement musculaire notamment des muscles du dos (spinaux) mais aussi de la partie abdominale pour soutenir la zone lombaire. *Maj: On peut penser aux planches faciales et latérales ainsi qu'à leurs variations genoux au sol si difficulté à tenir sur les poignets ou les avant bras. Là encore, il s'agit d'être progressif.*
- * intérêt de travailler les psoas, les pelvitrochantériens
- * le travail en auto-grandissement proposé par Bernadette de Gasquet, sur l'expire me semble très intéressant à utiliser.
- * si, au début, on ne sait pas vraiment comment s'y prendre et que l'élève n'a pas encore apprivoisé les sensations dans le corps ou qu'il est anxieux à l'idée de rebouger, on peut proposer un travail postural comme s'il avait une ceinture de maintien/ un corset. Cela veut dire qu'on ne travaille pas la zone du dos mais toutes les zones périphériques. Cela permet de revenir au mouvement, de reprendre confiance en soi avant d'aller un peu plus loin dans la mobilité.
- * rappel des positions et des charges sur les DIV par ordre d'intensité (de la plus faible à la plus forte) : *maj : allongé sur le dos < allongé sur le côté < 4 pattes < fente 1 genou au sol < debout < posture assise < posture debout ou assise en flexion avant*
- * il sera peut être nécessaire d'apporter un support à l'élève pour que la posture pratiquée soit agréable (rouleau sous les genoux, couverture sous la tête si *grande cyphose dorsale* par ex, sangle, etc)
- * adapter notre discours pour ne pas générer plus de peur ou de catastrophisme chez l'élève

6- Comment accompagner au mieux, par le yoga, l'élève souffrant d'une LOMBALGIE COMMUNE SANS DRAPEAUX ROUGES

(5)

On peut proposer:

- 1/ allonger sur le dos, visage vers le ciel: bascule du bassin, pawanmuktāsana, apanāsana, échauffement doux des hanches (donc psoas), ½ pont doux, posture du kiné, étirement des ischiojambiers.
- 2/ allongé sur le côté, travail des hanches, étirement des quadriceps, renforcement abdominal
- 3/ à 4 pattes: mārjārīāsana (mouvements doux *du bassin* puis avec engagement des bandhas par exemple)
- 4/ fente avant: étirements en fente basse pour étirement des psoas, avec le temps, posture de l'archer réalisée doucement et en auto-grandissement avec bandhas pour apprivoiser la torsion (selon les cas!!)
- 3/ debout: tādāsana, ardha tādāsana dynamique, guerrier II dynamique ou statique, bascule du bassin, étirement doux des flancs *en auto-grandissement*.

2) La respiration

- * important de la pratiquer car elle a un effet apaisant et aussi en raison des insertions du diaphragme sur le rachis
- * toutes les respirations apaisantes et équilibrantes: abdominale, samāvṛtti, nāḍī shuddhi pranayama

3) Les méditations, visualisations, relaxations

- * visualisation: j'inspire je prends la tension, la sensation douloureuse dans le corps - expire, je chasse cette tension / douleur vers l'extérieur.
- * visualisation: j'inspire une lumière douce et bienveillante que je dirige dans la zone douloureuse - expire, je chasse ce qui ne me sert plus.
- * relaxation, simplement installer un état de détente.

6- Comment accompagner au mieux, par le yoga, l'élève souffrant d'une LOMBALGIE COMMUNE SANS DRAPEAUX ROUGES **(6)**

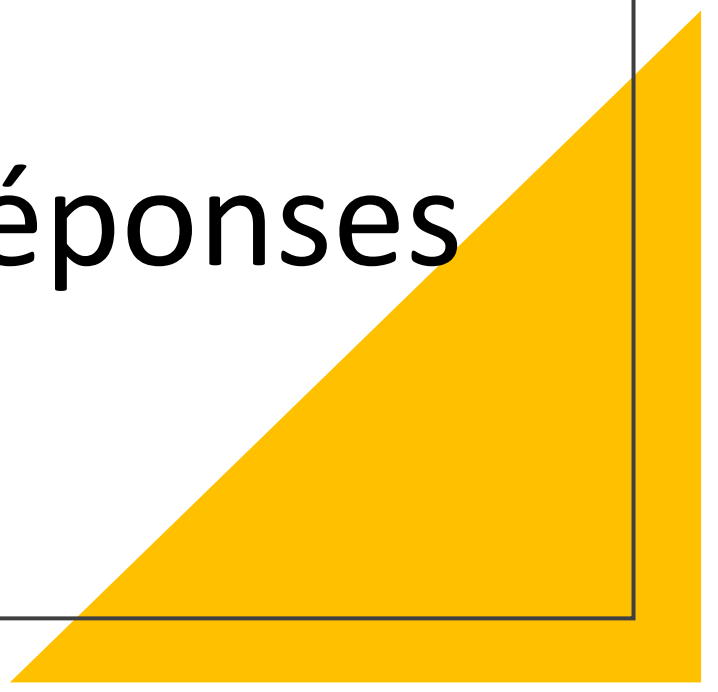
Une autres piste utile dans le traitement des rachialgies et globalement de la douleur: l'approche somatique de Thomas Hanna et de ses successeurs.

- Thomas Hanna (1928-1990), professeur de philosophie et théoricien du mouvement.
- Il a été élève de Moshe Feldenkrais
- Depuis la méthode Feldenkrais, il a développé une nouvelle technique qu'il a appelée « somatics » qui repose sur le concept « d'amnésie sensori-motrice » c'est à dire lorsque le système nerveux perd la conscience de certaines zones du corps non pas à cause d'une lésion mais de la répétition d'un mouvement qui va créer un figement ce qui, en retour, entraîne une déconnexion entre ces zones et le cerveau.
- Sa méthode repose sur des mouvements lents, répétés et inhabituels pour recréer des connexions entre le cerveau et les zones du corps figés.

Bibliographie: Somatics, Thomas Hanna (1988)

Merci de votre attention 😊

Temps de Questions - Réponses

A large yellow triangle is positioned in the bottom right corner of the slide, pointing towards the top right.

Sources

Point 1/ introduction:

- Etude The Lancet: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30725-6/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30725-6/abstract)
- Reprise par Science & Vie: https://www.sciencesetavenir.fr/sante/mal-de-dos-800-millions-de-personnes-concernees-en-2050_171693

2/ Comprendre les principales affections du dos

Kinésithérapie, la revue: “Screening & drapeau rouges en cas de lombalgie”, 02.2025:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1779012324003590>

Site de l'Assurance Maladie Française, Ameli: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/lombalgie-aigue/comprendre-lombalgie>

Brochure de l'Assurance Maladie: “je souffre de lombalgie:de quoi s'agit il? Que faire?” :

<https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Parcours-soins-patient-je-souffre-lombalgie.pdf>

Sources

3/ Rachialgie spécifique et rachialgie commune : comprendre et essayer d'adopter la meilleure attitude &

4/ Dans la rachialgie commune, d'autres facteurs à prendre en compte

- Publication de la Haute Autorité de Santé: "prise en charge du patient présentant une lombalgie commune", du 27.02.2019: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune