

2.4 Composante musculaire et myofasciale

Les **muscles cervicaux** sont fréquemment impliqués dans les cervicalgies, souvent de manière secondaire. En effet, une lésion discale ou facettaire provoque presque toujours des contractures musculaires réflexes (sous forme de points gâchettes) qui entretiennent et amplifient la douleur. La douleur myofasciale cervicale isolée existe également, par surmenage musculaire ou micro-traumatismes répétés.

Étiologie et contexte : Une douleur cervicale d'origine musculaire pure peut survenir lors d'un **claquage** ou d'une **contracture aiguë** (ex : « coup du lapin » entraînant un torticolis musculaire par lésion des fibres). Plus souvent, on la voit chez des personnes avec **mauvaises postures chroniques** (syndrome de la croix supérieure : faiblesse des fléchisseurs profonds et des abaisseurs d'omoplates, couplée à l'hypertonie des extenseurs cervicaux et élévateurs de scapula) ⁵⁹. Le maintien prolongé de la tête en avant, le travail sur écran sans pauses, génèrent des **points trigger** dans les trapèzes, les levator scapulae, les suboccipitaux, etc. Ces **trigger points** (points gâchettes myofasciaux) sont des zones localisées de spasme au sein d'un bandlette tendue musculaire, douloureuses à la pression et pouvant produire une **douleur référée** à distance ⁶⁰. Par exemple, un point gâchette dans le muscle élévateur de la scapula reproduira une douleur cervicale postéro-latérale et le long de l'omoplate, tandis qu'un trigger du trapèze supérieur référera une douleur vers la tempe ou la mâchoire. La présence de tels triggers est **très courante** chez les cervicalgiques ⁶¹. Ils sont souvent **secondaires à une autre source** (discale, articulaire, radiculaire) ou à un **défaut postural** (travail prolongé tête penchée) ⁶¹. Cependant, ils peuvent **persister** même après résolution de la cause primaire, constituant des douleurs myofasciales *résiduelles* ⁶².

Caractéristiques cliniques : La **douleur myofasciale** est typiquement décrite comme **profonde, sourde, mal localisée** ⁶⁰. Elle peut s'accompagner de sensations pseudo-neurologiques (fourmillements, pseudo-brûlures) dans la zone référée, mais il ne s'agit pas d'un vrai trajet radiculaire ⁶⁰. Le patient peut dire « ça me fait mal dans le cou et ça me lance vers l'épaule ou la tête ». Ces douleurs **augmentent au fil de la journée** en cas de surmenage ou de maintien prolongé d'une posture inadéquate, et s'atténuent au repos ⁶⁰. On ne retrouve pas de déficit neurologique objectif, seulement de la douleur et de la contracture. L'examen met en évidence des **tensions musculaires diffuses** à la palpation, notamment dans les trapèzes, les scalènes, les splénius, etc., souvent bilatéralement.

Diagnostic des trigger points : Les critères classiques (Travell & Simons) pour identifier un point gâchette sont ⁶³ : (1) un **cordon musculaire tendu** palpable, (2) la présence d'un **nodule hypersensible** sur ce cordon, et (3) la reproduction de la **douleur référée caractéristique** à la pression soutenue de ce nodule ⁶³. Par exemple, en palpant le milieu du trapèze supérieur, on peut déclencher la douleur dans la région temporale de la tête si un trigger point actif y est présent. Le signe du saut (le patient tressaille de douleur à la pression) est souvent présent. Aucun examen paraclinique n'est nécessaire pour confirmer.

Remarque : La composante musculaire accompagne presque toutes les cervicalgies chroniques. On considère qu'une cervicalgie chronique > 3 mois présente **quasi toujours une composante myofasciale secondaire** ⁶¹. Elle peut devenir le facteur dominant d'entretien de la douleur, même si le déclencheur initial (ex. entorse cervicale) est guéri. Il est donc important de la prendre en charge (voir traitements) pour éviter la chronicisation.

En somme, la **douleur myofasciale cervicale** est une douleur **nociceptive d'origine musculaire**, généralement **secondaire** à une autre lésion ou à un stress postural ⁶¹. Elle peut mimer des douleurs neuropathiques (fourmillements) alors qu'aucun nerf n'est lésé, et peut persister de façon *nociplastique*

si le système nerveux central maintient une hyperexcitabilité douloureuse. La reconnaissance des triggers et leur traitement améliorent souvent notablement l'état fonctionnel du patient.

2.5 Composante dégénérative (arthrose cervicale)

La **cervicarthrose** (arthrose cervicale) est extrêmement fréquente chez le sujet âgé. Elle peut être asymptomatique, mais lorsqu'elle est source de douleur on parle de cervicalgie d'origine dégénérative. Ce tableau est en fait souvent un mélange de composantes articulaire, discale et parfois radiculaire, sur un terrain arthrosique. Il s'agit souvent de patients présentant des **épisodes itératifs** de douleur cervicale sur plusieurs années.

Anamnèse orientée : Le profil typique est un patient **de plus de 60 ans** se plaignant de raideurs et douleurs cervicales chroniques ⁶⁴. Il signale des **poussées douloureuses** de temps en temps (déclenchées par le froid, un effort, un mouvement brusque) qui durent quelques jours à quelques semaines, puis une amélioration relative. Ces personnes disent souvent « *j'ai régulièrement mal au cou depuis des années* ». On retrouve souvent un **soulagement par les anti-inflammatoires** non stéroïdiens (AINS) ⁶⁵, ce qui témoigne d'une composante inflammatoire locale (synovite facettaire) réversible. Parfois, l'arthrose est la séquelle d'un traumatisme ancien (fracture, entorse grave). La douleur arthrosique est typiquement **mécanique** (pire en fin de journée, soulagée par le repos court terme) avec toutefois des **raideurs matinales** courtes (<30 min) en cas d'ostéophytose. On peut retrouver des **craquements** ou crépitations à la mobilisation du cou. Si l'arthrose provoque des ostéophytes foraminaux, le patient peut décrire des **névralgies cervico-brachiales** modérées, souvent bilatérales ou changeantes (droite puis gauche) ⁶⁴. Ces irradiations radiculaires arthrosiques sont généralement moins aiguës que la hernie discale, apparaissant insidieusement, et peuvent toucher plusieurs niveaux (ex : C5-C6 et C6-C7 bilatéraux). Le patient âgé arthrosique n'a pas forcément d'irradiation, il peut juste présenter une douleur cervicale **chronique, diffuse**, avec sensation de **raideur** plus que de vrai blocage.

Examen : On observe souvent une **rectitude cervicale** (perte de lordose) voire une cyphose locale, due à l'usure discale ⁶⁶. La mobilité du cou est **réduite globalement** : les patients arthrosiques ont du mal à tourner la tête complètement ou à regarder vers le ciel ⁶⁷. Les **amplitudes** peuvent être très limitées dans les arthroses avancées avec ankylose partielle ⁶⁷. À la palpation, on note des **crêtes osseuses** (ostéophytes) au niveau des articulations, une raideur segmentaire plurifocale et des crépitements. Il existe souvent de multiples **points gâchettes musculaires** par contractures secondaires. L'**examen neurologique** est crucial : on doit vérifier l'absence de signes de **myélopathie cervicarthrosique** (compression médullaire par canal étroit) ⁶⁸. Devant un patient >65 ans qui a une marche hésitante, des réflexes vifs aux membres inférieurs, il faut éliminer une myélopathie (IRM). Les **tests neurodynamiques (ULTT)** peuvent être normaux malgré l'atteinte foraminale, car l'irritation nerveuse est chronique et moindre qu'en phase aiguë ⁶⁹. Par contre, les tests de Spurling peuvent reproduire des paresthésies modérées.

Synthèse : La **cervicalgie arthrosique** n'est pas un diagnostic précis en soi, mais un contexte. On y trouve de la **douleur nociceptive** (facettes, disques usés), souvent de la **douleur nociplastique** (douleur chronique amplifiée par le SNC) et parfois des **douleurs neuropathiques** (radiculaires) si les ostéophytes pincement les nerfs ⁵¹. Le **diagnostic** se fait surtout à l'**anamnèse** (âge, douleur chronique épisodique, AINS efficaces, etc.) ⁶⁴ et est confirmé par imagerie (pincement discal, ostéophytes). Cependant, la présence d'arthrose radiologique ne signifie pas que la douleur du patient en provient forcément. Il faut corréliser cliniquement. Les critères de **mauvais pronostic** incluent la présence d'une myélopathie cervicarthrosique (nécessitant souvent une chirurgie décompressive si sévère). En l'absence de compression majeure, la prise en charge est conservatrice (voir traitements) pour maintenir la mobilité et réduire la douleur, car l'arthrose est irréversible mais manageable.

Résumé de la Question 2 : Une cervicalgie peut comporter une ou plusieurs composantes sources. Le praticien doit, par l'interrogatoire et l'examen, **évaluer la contribution relative** de chaque structure : disque (dérangement discogénique), facette (dysfonction zygapophysaire), racine nerveuse (radiculalgie), muscle (myalgie/myofasciale) ou changements arthrosiques. Cette évaluation guide le traitement : par exemple, une douleur discale avec radiculopathie bénéficiera d'exercices de centralisation et éventuellement de traction, une douleur facettaire sera soulagée par une mobilisation ou manipulation segmentaire, une composante myofasciale répondra bien au traitement des trigger points, etc.

Note sur la classification clinique (Task Force) – La Task Force internationale sur la cervicalgie (Guzman et al. 2008) propose un système de gradation utile en pratique ⁷⁰

⁷¹. Les cervicalgies sans signes majeurs se classent en : Grade I (douleur de faible intensité, faible incapacité), Grade II (douleur modérée avec impact sur les activités, mais sans signes neuro), Grade III (cervicalgie avec signes neurologiques périphériques = radiculopathie), Grade IV (cervicalgie avec signes de pathologie grave = myélopathie, fracture, tumeur...). Cette classification rejoint notre démarche : Grades I-II correspondent aux composantes bénignes (discale, facettaire, musculaire) sans déficit, Grade III à la composante radiculalgie, Grade IV aux red flags (Q1). Une fois le grade déterminé, on peut appliquer les recommandations de traitement appropriées. ¹⁷ ⁷²

3. Recherche d'une préférence directionnelle

La notion de **préférence directionnelle** est fondamentale dans l'évaluation et le traitement des rachialgies mécaniques (concept issu de l'approche McKenzie/MDT). Elle désigne le **mouvement ou la direction vers laquelle les symptômes du patient s'améliorent** (diminution de la douleur, centralisation) par opposition à la direction opposée qui aggrave ou périphérise les symptômes. On l'a déjà abordée dans la section discale, car elle se manifeste surtout dans les atteintes discales et certaines radiculalgies. Ici, on détaille comment l'identifier et l'utiliser.

Évaluation de la préférence directionnelle (PD) : Elle se fait lors de l'examen par les **Mouvements Répétés en Fin d'Amplitude (MRFA)** dans les différentes directions physiologiques du cou : flexion, extension, inclinaisons latérales, protraction (pousser la tête en avant) et rétraction (rentre le menton). On demande au patient d'exécuter, par exemple, 10 extensions cervicales successives en position assise, puis de rapporter l'effet sur sa douleur pendant et après l'exercice. On note également les changements objectifs (amplitude gagnée/perdue, irradiation modifiée). On procède de même avec les autres directions, généralement en commençant par celles qui semblent *possiblement bénéfiques* d'après l'anamnèse (par ex. si le patient dit être mieux en marchant, on testera l'extension en premier car marcher correspond à une position plus étendue du cou) ⁷³.

Critères de préférence directionnelle positive : Une direction est dite **préférentielle** lorsqu'elle provoque : (1) une **diminution de la douleur** ressentie (au moins en fin de série), (2) une **centralisation** des symptômes (la douleur dans le bras ou l'omoplate remonte vers le cou, voire disparaît périphériquement) ³⁰, (3) une **amélioration de la mobilité** (on gagne quelques degrés en répétant le mouvement) ³⁰, et éventuellement (4) une correction de l'attitude (par ex. la tête se recentre si elle était déviée) ³¹ ³⁰. La douleur proximale (cervicale) peut parfois augmenter légèrement tandis que la douleur distale s'amoindrit, ce qui reste un signe favorable de centralisation. Par exemple, en effectuant des rétractions répétées, un patient voit sa douleur de bras C7 disparaître mais ressent plus une gêne dans le cou : c'est bon signe, on a centralisé. En revanche, une direction **non préférentielle** va soit ne rien modifier, soit **aggraver la symptomatologie** : apparition ou intensification de la douleur distale (par ex. des fourmillements qui descendent plus loin), **périphérisation** nette, diminution accrue des

amplitudes, etc ³³ . On arrête évidemment les répétitions dans la direction délétère dès que l'on constate ces effets néfastes.

Exemples pratiques : La plupart des cervicalgies discales présentent une préférence directionnelle en **extension**. En effet, les hernies discales postérieures sont fréquentes, et l'extension + rétraction tend à les réduire vers l'avant, soulageant la racine (phénomène de centralisation) ⁷⁴ . Ces patients sont souvent aggravés par la flexion (direction délétère) qui pousse la hernie en arrière et périphérise la douleur ³² . À l'inverse, dans certaines **canal étroit** arthrosiques ou protrusions antérieures, une **préférence en flexion** peut exister : le patient se sent mieux en position assise penché en avant, pire en se redressant. On retrouve là un tableau proche de la claudication neurale (comme en lombaire). De même, une *préférence en inclinaison latérale* se voit dans les torticolis discaux : si la tête est inclinée à gauche (antalgie), la préférence sera généralement l'inclinaison droite (opposée) combinée éventuellement à l'extension ⁷⁴ . Le tableau du cours propose : *PD en flexion* – douleur améliorée en position assise penchée, aggravée à la marche ou en extension ; *PD en extension* – douleur aggravée en position assise (enflexion), améliorée à la marche, intolérance à la flexion (ex: impossible de lire longtemps tête baissée), Valsalva positif, signe qu'une extension soulage ⁷³ . *PD en flexion latérale* – douleur aggravée par extension et flexion globales, mais soulagée cou allongé de côté, souvent associé à un torticolis antalgique ⁷³ . Ces patterns ne sont pas absolus mais orientent l'examineur.

Préférence directionnelle absente ou indéterminée : Tous les patients ne présentent pas de PD franche. Environ **70% des lombalgiques** en ont une d'après certaines études, le pourcentage en cervical est moins documenté mais se situe possiblement dans les mêmes ordres. Si aucun mouvement répété ne modifie durablement les symptômes (ni en bien ni en mal), on parle de *syndrome dysfonctionnel ou postural* selon McKenzie – souvent le cas des douleurs facettaires ou myofasciales sans dérangement discal. Dans ces cas, on n'a pas de direction « magique » pour soulager : il faudra traiter de façon multimodale (mobilisations articulaires, étirements musculaires, exercices généraux). **Attention** : l'absence de PD ne signifie pas qu'on ne doit pas encourager le mouvement – au contraire, on fera mobiliser dans **toutes** les directions sans préférence, pour restaurer la fonction.

Intégration au plan de traitement : Si une préférence directionnelle est identifiée, il s'agit d'un **élément-clé du traitement actif**. On va éduquer le patient à effectuer régulièrement des **auto-exercices dans la direction bénéfique** pour accélérer la récupération ⁷⁵ . Par exemple, apprendre les rétractions cervicales multiples si c'est l'extension qui centralise sa douleur. Ces exercices sont à faire toutes les 2-3 heures en phase aiguë (quelques séries de 10 mouvements) ⁷⁵ . En parallèle, le clinicien peut appliquer des techniques manuelles dans ce sens (mobilisations, manipulations orientées dans la direction préférentielle). Par contre, on **évitera strictement** dans un premier temps les mouvements dans la direction aggravante. Lorsque la douleur aura bien régressé, on pourra réintroduire progressivement ces mouvements délétères afin de *remodeler* le tissu et éviter une perte de mobilité. Par exemple, une fois la crise passée, on rééduquera la flexion cervicale même si elle était initialement nocive, pour que le patient retrouve une mobilité complète sans douleur.

La préférence directionnelle a également une **valeur pronostique positive** : un patient qui parvient à centraliser sa douleur avec un mouvement a de fortes chances d'aller mieux rapidement avec un traitement conservateur ³¹ . À l'inverse, l'absence de centralisation (ou pire, une périphérisation incontrôlable) est un signe de **mauvais pronostic** relatif, pouvant indiquer un risque de chronicité ou la nécessité d'examen complémentaires (ex : si aucune direction ne soulage une radiculalgie, envisager imagerie pour voir si myélopathie).

En résumé, la recherche de *préférence directionnelle* fait partie intégrante de l'évaluation d'une cervicalgie mécanique. C'est un moyen simple et efficace d'orienter le traitement actif. Les recommandations cliniques encouragent cette approche : par exemple, les guides de pratique insistent

sur l'utilisation de mouvements répétitifs qui centralisent la douleur dans le cadre du MDT (preuve modérée, recommandation conditionnelle en faveur) ²⁹ ³³ .

4. Facteurs de récurrence ou d'entretien de la douleur

Malgré un traitement adéquat, certaines cervicalgies ont tendance à **récidiver** ou à **persister** dans le temps. Il est essentiel d'identifier les facteurs qui favorisent cette chronicisation afin de les adresser dans la prise en charge (prévention secondaire). On peut distinguer : les facteurs liés au **patient lui-même**, les facteurs liés à son **environnement/activités**, et les facteurs liés à la **nature de la blessure initiale**.

Facteurs individuels et psycho-sociaux : Des études de pronostic (projet ICON) ont montré que les **meilleurs prédicteurs** d'une évolution défavorable sont l'**intensité initiale de la douleur** élevée et le **niveau d'incapacité initial** élevé ⁷⁶ . En d'autres termes, plus le patient se présente avec une douleur sévère et un handicap fonctionnel important, plus le risque que la douleur persiste à long terme est grand (niveau de preuve élevé) ⁷⁶ . De plus, un **épisode antérieur de cervicalgie** dans les mois/années passées augmente la probabilité de récurrence – l'historique de douleurs cervicales est un facteur de risque bien établi (on considère parfois la cervicalgie comme une condition récurrente par nature dans ~50% des cas sur 1–5 ans). Sur le plan **psychologique**, des facteurs comme un **fort niveau de stress**, de l'**anxiété**, une **dépression** ou un **catastrophisme** (peur exagérée de la douleur, vision pessimiste de la guérison) sont associés à la chronicité de nombreuses douleurs musculosquelettiques, y compris cervicales ⁷⁷ . Un patient convaincu qu'il a une « colonne fragile » et qui évite tout mouvement par peur (*kinésiophobie*) risque d'entretenir sa douleur par déconditionnement et hypervigilance. Ces facteurs sont modifiables par l'éducation thérapeutique et, si besoin, un soutien psychologique. Par ailleurs, le **statut professionnel** joue : une insatisfaction au travail, un travail très monotone ou stressant, ou au contraire l'obtention d'un gain secondaire (arrêt de travail prolongé, litige d'assurance) peuvent inconsciemment maintenir la douleur. A contrario, un **patient actif, confiant** en son traitement, qui participe à sa rééducation, a plus de chances de récupérer vite.

Facteurs biomécaniques et environnement : Un **mauvais poste de travail** est souvent en cause dans les cervicalgies chroniques (position prolongée devant un écran mal placé, absence de pauses, chaise non ergonomique, etc.). Le **manque d'activité physique** régulière est également délétère : des muscles cervico-scapulaires peu endurants se fatiguent plus vite et deviennent douloureux en fin de journée. À l'inverse, la pratique d'exercices de renforcement du cou et du dos réduit l'incidence des nouvelles douleurs ⁷⁸ . Une **rééducation incomplète** peut aussi laisser des séquelles : par exemple, après un coup du lapin, ne pas rééduquer suffisamment la stabilité cervicale peut conduire à une instabilité segmentaire et des douleurs prolongées. De même, un **défaut persistant de posture** (menton en avant) entretiendra la surcharge discale et musculaire. Le **tabagisme** est un facteur souvent cité de dégénérescence discale et de mauvaise cicatrisation des tissus, pouvant influencer la chronicité des douleurs rachidiennes. Par ailleurs, des **troubles du sommeil** non corrigés (apnée du sommeil, insomnie) amplifient la perception douloureuse et retardent la récupération musculaire.

Facteurs lésionnels initiaux : Certaines caractéristiques de la lésion de départ impliquent un pronostic plus réservé. Par exemple, dans le cadre d'un **whiplash traumatique (entorse cervicale)**, on sait que les patients qui cumulent dès le départ une douleur très intense ($\geq 7/10$), un niveau de handicap élevé (questionnaires), des symptômes neuro (paresthésies) et un stress post-traumatique ont un risque accru d'évolution défavorable (WAD grade II-III) – cela a été montré par des études de cohorte (NHMRC niveau B) ⁷⁶ . Une **atteinte radiculaire sévère** (avec déficit moteur) persiste plus facilement qu'une radiculalgie purement sensitive. Une **instabilité ligamentaire** (ex: rupture du ligament transverse C1-C2) aura du mal à guérir sans traitement orthopédique adéquat et pourra donner des douleurs

chroniques. Par ailleurs, la **présence de changements dégénératifs** avancés (disques très pincés, ostéophytes) ne se corrige pas : on peut seulement compenser. Ainsi, un patient arthrosique aura une douleur récurrente par poussées même avec une bonne prise en charge, car l'arthrose reste sous-jacente. Ce n'est pas forcément de la chronicité au sens continu, mais plutôt une susceptibilité aux récides. Enfin, la persistance de **facteurs d'entretien périphériques** comme des *triggers points* actifs peut prolonger la douleur même si la lésion principale est guérie. C'est pourquoi il faut veiller à traiter **toutes les composantes** de la cervicalgie : par exemple, après avoir réduit la hernie discale (douleur radiculaire guérie), s'il reste des cordons musculaires douloureux, il faut les désactiver sinon le patient aura l'impression que « sa douleur est toujours là ».

En résumé, les **facteurs de récidence** d'une cervicalgie comprennent : une douleur initiale sévère ou prolongée, un terrain anxieux ou dépressif, des croyances inadaptées (peur du mouvement), des antécédents de traumatismes ou d'épisodes douloureux répétés, un faible niveau d'activité physique, un environnement de travail ou de vie ergonomiquement défavorable, et certaines caractéristiques lésionnelles (atteinte neurologique, arthrose) non modifiables. Lors de l'anamnèse, ces éléments doivent être recherchés. Par exemple : « *Travaillez-vous longtemps sur écran ? Votre poste est-il adapté ? Faites-vous du sport ? Avez-vous des appréhensions quant à certains mouvements du cou ?* ». Cela permet d'orienter la **prévention des récides**. Il est démontré par des revues systématiques qu'un **programme d'exercices réguliers** peut réduire significativement le risque de nouvel épisode de cou douloureux dans l'année suivant un épisode initial (niveau de preuve modéré) ⁷⁹. En effet, l'exercice améliore la force et l'endurance des muscles cervicaux, augmente la vascularisation des disques et diminue le stress psychosocial, créant un terrain plus résilient. La **prise en charge active et éducative** est donc la clé pour rompre le cycle de chronicité.

Prise en charge thérapeutique en chiropraxie

Après avoir évalué le patient selon les axes précédents, le chiropraticien élabore un **plan de traitement individualisé**. Les recommandations actuelles encouragent une **prise en charge multimodale** combinant plusieurs approches conservatrices ⁸⁰. Pour les cervicalgies mécaniques non spécifiques (Grades I-III), les lignes directrices internationales (CPG) préconisent en première intention : **éducation et conseils actifs, thérapies manuelles (manipulations/mobilisations) et exercices thérapeutiques** ⁸⁰. Les traitements passifs isolés ou la surmédicalisation sont à éviter. Nous détaillons ci-dessous les principales modalités, en soulignant le niveau de preuve de leur efficacité lorsque connu :

5.1 Éducation du patient et conseils ergonomiques

Explications sur la condition – Il est essentiel d'informer clairement le patient sur la nature bénigne de sa cervicalgie dans la majorité des cas, et de le rassurer quant à son pronostic. On corrigera d'emblée les idées fausses : « *Non, votre cou n'est pas "démis" ou "détruit" : vous avez une entorse musculaire/discale qui va guérir. La chirurgie n'est indiquée que dans de très rares cas (déficits sévères persistants)* ». On expliquera que la douleur, bien que pénible, **n'implique pas forcément un dommage grave** et qu'elle peut être gérée activement. Ce travail de réassurance vise à diminuer la peur et l'anxiété du patient, facteurs reconnus de mauvaise évolution. Il faut adopter une communication empathique, écouter les préoccupations (par ex. crainte de la paralysie, peur du craquement articulaire) et y répondre de façon scientifique.

Attitude face à la douleur – Encourager le patient à **rester actif** autant que possible, en évitant le repos strict prolongé sauf éventuellement 24-48h en phase hyperalgique. De nombreuses études montrent qu'en lombalgie comme en cervicalgie, le maintien d'une certaine activité favorise la récupération (niveau de preuve A). On conseille d'adapter temporairement les activités pour ne pas

exacerber la douleur, mais sans immobilisation totale. Par exemple, éviter de porter de lourdes charges au-dessus de la tête pendant quelques semaines si discopathie cervicale, mais continuer les activités légères. **Éviter la minerve** systématique sauf indication précise (fracture, instabilité) – le collier cervical n'est plus recommandé en usage prolongé pour les entorses cervicales, car il entretient la raideur et la peur du mouvement (grade B, recommandation négative).

Ergonomie et habitudes de vie – On discute des **aménagements ergonomiques** : hauteur de l'écran d'ordinateur (à hauteur des yeux), soutien lombaire pour éviter la tête en avant, fréquence des pauses (se lever toutes les heures, faire quelques mouvements de cou), posture de sommeil (oreiller à la bonne hauteur pour garder le cou neutre). On peut recommander un **oreiller ergonomique** si le patient se plaint de douleurs au réveil – les études sur les oreillers sont limitées mais certaines suggèrent une amélioration subjective du confort (preuve faible). Conseiller d'**éviter les facteurs aggravants** identifiés : par ex. limiter l'usage prolongé du smartphone tête penchée (*text-neck*), alterner les tâches pour ne pas garder la même posture. Inciter à la **pratique d'une activité physique générale** (marche, natation douce, etc.), qui a montré des bienfaits non spécifiques sur les douleurs chroniques en améliorant la condition physique et le moral (niveau de preuve modéré).

Auto-gestion de la douleur – Donner des outils au patient pour **gérer ses symptômes** : l'application de **chaleur locale** (bouillotte tiède 15 min) peut soulager les tensions musculaires et est sans risque (recommandation de bonne pratique). Des **exercices d'assouplissement doux** à faire à la maison plusieurs fois par jour (voir section exercices) font partie de l'auto-traitement. On peut fournir un petit mémo avec 2-3 exercices simples. Apprendre au patient la technique de **retrait du menton** (auto-agrandissement axial) pour soulager la pression discale, qu'il peut faire discrètement en situation de travail. De même, montrer un **auto-étirement du trapèze** ou un **automassage** avec une balle contre le mur pour les trigger points peut l'aider entre les séances.

Durée de récupération et suivi – Informer honnêtement le patient du temps de récupération attendu. Par exemple : « *Une radiculalgie discale, c'est souvent 4 à 6 semaines pour que le nerf se calme bien, avec des hauts et des bas* ». Insister sur l'importance de **poursuivre le programme d'exercices même après amélioration**, pour consolider et prévenir les récurrences. Un **suivi régulier** (ex : 1x/semaine en phase aiguë puis espacer) permet de réévaluer les progrès (douleur, mobilité, fonctions) et d'ajuster le traitement. Le patient doit être acteur de sa rééducation : on l'invite à tenir un **journal de bord** de ses symptômes, à noter ce qui les influence, afin de mieux comprendre sa douleur et y faire face.

Preuves et recommandations : L'éducation du patient est recommandée dans toutes les directives cliniques (Grade A, forte recommandation). Par exemple, la CPG canadienne 2014 souligne qu'il faut « *rassurer sur le pronostic favorable et encourager le maintien d'activités modérées* » (reco forte, consensus d'experts) ^{72 81}. Les approches de type « **Pain Neuroscience Education** » ont montré des résultats prometteurs pour réduire la peur de bouger et la catastrophisation (preuves modérées). **En pratique**, passer du temps à expliquer et conseiller est aussi important que les techniques manuelles.

5.2 Thérapies manuelles chiropratiques (ajustements et mobilisations)

Le chiropraticien dispose d'un arsenal de techniques manuelles visant à restaurer la mobilité et à diminuer la douleur au niveau de la colonne cervicale. Cela inclut les **manipulations vertébrales (ajustements HVLA)**, les **mobilisations articulaires douces (LVLA)**, les techniques de **traction manuelle**, ainsi que le travail sur les tissus mous (**massages, points trigger**). La littérature soutient globalement l'efficacité de ces interventions combinées pour les cervicalgies mécaniques, surtout en association avec l'exercice.