

Manipulations cervicales (HVLA) – Ce sont des impulsions brèves à haute vélocité et basse amplitude appliquées sur un segment cervical cible, souvent accompagnées d'un *cavitation* (« craquement » articulaire). Plusieurs méta-analyses et guides ont évalué leur efficacité : pour les cervicalgies **chroniques**, il existe des preuves de haute qualité que les manipulations, en combinaison avec des exercices, procurent des améliorations significatives de la douleur et de la fonction (recommandation **forte**, niveau de preuve I) ⁸⁰ ⁸². Par exemple, les recommandations chiropratiques 2014 indiquent une *forte recommandation* pour traiter les cervicalgies chroniques avec manipulations + autres modalités ⁸⁰. Pour les cervicalgies **aiguës**, les preuves sont plus modérées : la manipulation seule apporte un soulagement à court terme modéré (quelques semaines), d'où une **recommandation modérée** de les utiliser, de préférence combinées à d'autres thérapies actives ⁸³. En pratique, un ajustement HVLA bien exécuté peut apporter un soulagement rapide en réduisant la douleur nociceptive (via modulation neurophysiologique de la douleur) et en améliorant la mobilité segmentaire. **Indications** : restriction de mobilité segmentaire identifiée (ex : facette bloquée en rotation), douleur facettaire locale, douleur cervicogénique de tête, et même certaines radiculopathies modérées (en libérant le foramen). **Contre-indications** : on l'a vu, tout ce qui est lésion structurelle majeure (red flags) exclut les manipulations. De plus, la prudence s'impose chez les patients ostéoporotiques, arthrosiques sévères, ou très craintifs – on préférera alors des techniques douces.

Les ajustements se font généralement en **position allongée** (décubitus dorsal, tête en rotation contrôlée) ou assise. On cible le **segment clé** identifié lors du bilan (par ex. C5-C6 gauche bloqué en rotation). On peut effectuer un **thrust en rotation ou en latéro-flexion** couplée, ou des techniques spécifiques (diversified, Gonstead, etc.). D'après les enseignements du cours, « *l'ajustement du segment identifié se fera dans la très grande majorité des cas en cyphose cervicale (flexion)* » pour plus de sécurité ⁸⁴. En clair, beaucoup de chiropraticiens préfèrent manipuler le cou en légère flexion pour minimiser la tension artérielle vertébrale. On notera qu'en présence d'une préférence directionnelle, on peut orienter le thrust dans la direction préférentielle du patient ⁸⁵. Par exemple, si son cou va mieux en extension droite, on peut ajuster en position d'extension droite. Cependant, classiquement, on manipule plutôt en position neutre/flexion légère et on attend du patient qu'il fasse ses exercices actifs dans la direction préférentielle en dehors de la table.

Le **“drop technique”** ou **technique de Buchanan** (table à pièce tombante) peut être utilisée sur le rachis cervical lorsque le patient est trop douloureux pour un thrust manuel classique. Après la phase aiguë, un léger drop en extension ou flexion latérale, synchronisé avec un thrust de faible amplitude, permet une manipulation plus en douceur, tout en ciblant la direction bénéfique ⁸⁶. C'est indiqué notamment dans les cervicalgies arthrosiques (cou raide) ou lorsque l'on veut éviter de trop forte rotation. Le **syndrome facettaire aigu** se prête bien aux manipulations HVLA (beaucoup d'études montrent un bénéfice supérieur aux médicaments anti-inflammatoires seuls). Pour une **névralgie cervico-brachiale**, la manipulation HVLA cervicale est plus controversée : certaines études montrent un bénéfice sur la douleur radiculaire, d'autres préconisent de manipuler plutôt le rachis thoracique en relais, ou d'associer à la traction. En tout cas, si radiculopathie sévère, mieux vaut mobiliser gentiment d'abord (voir LVLA).

Mobilisations articulaires (LVLA) – Ce sont des mouvements passifs lents, de petites oscillations ou mouvements progressifs, sans impulsion, dans les amplitudes disponibles de l'articulation. Les techniques de type **Maitland grades I-IV** ou **mobilisations oscillatoires TMO** entrent dans cette catégorie ⁸⁴. Les mobilisations produisent des effets antalgiques (grades I-II) et d'assouplissement articulaire (grades III-IV). D'un point de vue patient, elles sont souvent mieux tolérées car moins brutales, ce qui est utile chez un patient très anxieux ou douloureux (« *ne touchez pas trop fort, j'ai mal* »). Les recommandations cliniques confèrent aux mobilisations une efficacité similaire aux manipulations dans la cervicalgie chronique, surtout couplées aux exercices (reco forte pour mobilisation + thérapie multimodale en chronique) ⁸³. Pour la phase aiguë, manipulations et mobilisations obtiennent une

recommandation modérée ensemble (il n'y a pas de supériorité prouvée de l'une sur l'autre à court terme) ⁸⁷ . L'**expérience clinique** dicte souvent le choix : par exemple, « *Si le patient préfère éviter les craquements, ou s'il sort de chirurgie (arthrodèse récente) ou s'il a une douleur très hypersensible (nociplastique), on choisira une mobilisation plutôt qu'une manipulation en première intention* » ⁸⁸ . En post-chirurgie, notamment, les premières séances doivent être douces pour respecter la cicatrisation ⁸⁹ .

Les mobilisations peuvent être appliquées à un ou plusieurs niveaux. Exemples : **tractions itératives** du cou (Mulligan SNAGs en traction) améliorant l'espace intervertébral – bénéfiques pour arthrose ou compression radiculaire légère ⁹⁰ ; **glissements postéro-antérieurs** sur les processus épineux (grade III) pour redonner du jeu segmentaire ; **mobilisations en rotation** lente sur un côté douloureux (on peut faire tourner la tête du patient lentement jusqu'à la barre douloureuse, puis revenir, et gagner graduellement). Ces techniques peuvent être couplées à la respiration du patient et sont généralement indolores (sinon on modifie l'amplitude).

Traction manuelle / techniques de décompression – La **traction cervicale** est un cas particulier de mobilisation axiale. Elle peut être manuelle (le thérapeute tire doucement la tête en axe) ou instrumentale (appareillage de traction intermittente). L'objectif est de **soulager la pression discale et foraminale**. Les guidelines APTA 2017 ont donné une recommandation de grade *B (modérée)* pour l'utilisation de la traction **combinée à d'autres thérapies** dans les radiculopathies cervicales (essentiellement pour le court terme) ⁹¹ . En chiropraxie, on utilise parfois la **technique de Cox** (flexion-distraction) qui combine une flexion lente et une traction du rachis, applicable avec une table spécialisée ⁹⁰ . Ceci est indiqué dans les *dysfonctions articulaires postérieures dégénératives* et les discopathies : la flexion-distraction **ouvre les articulations** et élargit les foramens, soulageant potentiellement la racine et mobilisant l'articulation ⁹⁰ . C'est une alternative quand les MRFA indiquent une préférence en flexion ou quand le patient ne peut tolérer d'autres mobilisations. La **technique par oscillations (TMO)** en traction ou latéro-flexion est aussi enseignée (mouvements répétés passifs). Globalement, la traction est **bénéfique en adjuvant** dans les radiculalgies modérées (elle diminue la douleur radiculaire, preuve modérée), mais ne constitue pas un traitement suffisant à elle seule.

Techniques myofasciales et neurodynamiques – Très souvent, la prise en charge inclut le travail des **tissus mous**. Par exemple, un massage des muscles paravertébraux, trapèzes, sous-occipitaux, aide à diminuer la tension et la douleur locale (effet court terme). Les **pressions ischémiques** sur les trigger points (appuyer 30-60s sur le point douloureux) sont efficaces pour inactiver ceux-ci temporairement (preuves faibles mais usage répandu). Une revue chiropratique 2014 attribue d'ailleurs une recommandation *modérée* pour l'utilisation du **massage combiné à d'autres thérapies** dans la cervicalgie chronique ⁸⁷ . On peut réaliser des **étirements manuels** des muscles tendus (ex : étirer le sterno-cléido-mastoïdien, les scalènes) dans le cadre de techniques MET (Muscle Energy Technique). De plus, dans les radiculopathies, le thérapeute peut effectuer des **mobilisations neurales** douces : par ex. mobiliser le bras en ULTT de façon rythmée (technique de "nerve flossing") pour aider à réduire l'adhérence nerveuse et améliorer l'extensibilité neurale ⁹² . Cette approche est souvent intégrée pour les composantes neurogènes – certaines études la soutiennent comme adjuvant utile (grade C).

Choix des techniques en fonction du patient – Un chiropraticien expérimenté saura adapter la technique : *HVLA ou LVLA*. La règle enseignée est d'utiliser de préférence la **technique la plus tolérée et sécuritaire** pour obtenir le résultat. Si le patient appréhende le thrust, commencez par la mobilisation. Si le patient est jeune, musclé, et bloqué aigu, un *HVLA* franc peut rapidement lever le blocage. Si le patient est âgé et arthrosique, des *mobilisations progressives* répétées seront plus appropriées, éventuellement suivies d'un petit thrust de faible amplitude si nécessaire. **L'écoute des préférences du patient** est importante : ne pas forcer quelqu'un qui refuse les manipulations (consentement éclairé indispensable) ⁸⁹ . On peut toujours trouver une alternative technique aboutissant à l'objectif thérapeutique (ex : faire un drop plutôt qu'une manipulation manuelle, etc.).

Efficacité attendue – Les manipulations/mobilisations ont souvent un **effet immédiat** sur la mobilité (on reteste le mouvement douloureux, il gagne quelques degrés) et un effet antalgique qui peut être immédiat ou différé de quelques heures. L'effet placebo et contextuel joue aussi (la confiance en la technique, le bruit de craquement rassurant pour certains). Sur le plan scientifique, les manipulations agiraient par **modulation segmentaire de la douleur** (inhibition des interneurons nociceptifs, modification des influx proprioceptifs) et par **effet neurophysiologique central** (activation des voies inhibitrices descendantes). Des IRM fonctionnelles ont montré des changements dans le cortex après un thrust HVLA. Quoi qu'il en soit, couplées aux exercices, ces techniques manuelles améliorent significativement les résultats fonctionnels (douleur réduite, amplitude augmentée, satisfaction patient). Une **revue systématique Cochrane (Gross et al.)** a conclu que manipulations et mobilisations apportent des bénéfices modestes sur la douleur à court et moyen terme, surtout lorsqu'intégrées à une approche multimodale (preuves de qualité modérée). Les risques de complications graves (dissection artérielle) sont **extrêmement rares** (incidence estimée entre 1 pour 1 à 2 millions de manipulations ⁹³). Les études cas-témoins suggèrent que le risque de dissection est similaire pour une consultation chiro ou chez le médecin généraliste (car le patient consultait déjà pour un début de dissection – phénomène de causalité inverse) ⁹⁴. En respectant les contre-indications et les tests de sécurité, la manipulation cervicale est considérée comme sûre (niveau de preuve élevé, recommandation forte en l'absence de red flags).

5.3 Exercices thérapeutiques et rééducation active

L'exercice est **au cœur du traitement** des cervicalgies, en particulier pour prévenir la récurrence et améliorer le contrôle moteur. **Toutes les guidelines** (APTA, CCGI, NICE) s'accordent pour recommander des exercices adaptés, que ce soit de renforcement, d'assouplissement, de coordination ou d'endurance (recommandation **forte** en chronique) ⁸⁰.

Objectifs des exercices : réduire la douleur (par effet analgésique de l'exercice modéré), améliorer la fonction (amplitude, force, posture), restaurer un contrôle neuromusculaire adéquat (ex : recruter les fléchisseurs profonds du cou, synchroniser le mouvement tête-tronc), et prévenir les rechutes (en rendant le rachis plus résilient).

Types d'exercices :

- **Exercices de mobilité** : ils visent à récupérer les amplitudes cervicales dans toutes les directions. Cela inclut des **auto-étirements** quotidiens des groupes musculaires tendus (ex : étirement du trapèze supérieur en inclinant la tête côté opposé en légère flexion, maintien 30s). On peut prescrire des **roulades d'épaules**, des mouvements de circonduction doux, etc. Également, si une **préférence directionnelle** a été identifiée, le *mouvement préférentiel* doit être répété fréquemment en exercice : par exemple, faire 10 rétractions cervicales 6 fois par jour ⁷⁵. Ces exercices de mobilité répétitive sont inspirés du protocole McKenzie et ont montré leur efficacité pour maintenir l'effet de centralisation obtenu en séance (preuve modérée).

- **Renforcement musculaire et endurance** : plusieurs essais cliniques soulignent l'importance de **renforcer les muscles cervicaux et scapulothoraciques**. Un protocole classique est le renforcement des **fléchisseurs profonds du cou** (longs du cou et de la tête) à l'aide de l'exercice du *chin tuck* (rentre le menton en position allongée en maintenant la nuque en appui, tenir 10s). Ceci améliore la stabilité segmentaire (notamment après whiplash) et peut réduire les douleurs cervicogènes. On renforce aussi les **extenseurs cervicaux** mais en endurance plutôt qu'en force pure (tenir la tête en extension contre gravité p.ex.). Les **muscles scapulaires** (trapèze moyen et inférieur, rhomboïdes, serratus) sont travaillés via des exercices d'épaules (ex : rowing élastique, exercices en « T » et « Y » couché sur le ventre) car une scapula stable soulage la tension cervicale. Des exercices d'**extension thoracique** (auto-étirement sur un rouleau mousse)

peuvent aussi améliorer la posture cervicothoracique. Les études suggèrent que des programmes de **renforcement et endurance sur 6-12 semaines** réduisent significativement la douleur et augmentent la fonction dans les cervicalgies chroniques (preuve de qualité modérée à élevée) ⁸⁰. À court terme, un protocole de **renforcement isométrique** (pousser la tête contre la main dans 6 directions, 5x10s chaque, 2 fois/jour) peut aider à diminuer l'appréhension du mouvement et à maintenir le tonus sans aggraver la douleur – utile en subaigu.

- **Exercices de contrôle moteur** : en cas de troubles proprioceptifs (fréquents après whiplash ou en présence de vertiges cervicogéniques), on utilise des exercices spécifiques pour rééduquer la **proprioception cervicale**. Par exemple, l'exercice du « laser » sur la tête visant une cible, pour entraîner le repositionnement de la tête. Ou encore, secouer la tête (petits « non » rapides) puis tenter de recentrer le regard sur une cible. Les exercices d'équilibre et œil-tête peuvent aussi être intégrés. Ces exercices sont indiqués pour les patients avec sensation de tête lourde, instabilité, ou antécédents d'entorse grave. Ils ont montré des bénéfices sur la diminution des symptômes de **“cervical dizziness”** (preuves émergentes).
- **Étirements musculaires** : On cible les muscles contracturés identifiés : par ex. étirer les **scalènes** (main derrière le dos, inclinaison controlatérale + légère extension et rotation contraires), les **sous-occipitaux** (rentre le menton puis incliner légèrement en avant, sentir l'étirement à la base du crâne), le **grand pectoral** (pour corriger la posture en antépulsion d'épaules), etc. Les étirements doivent être maintenus ~30 secondes, sans à-coups, plusieurs répétitions. Ils améliorent la souplesse mais leur effet sur la douleur est modeste isolément (ils font partie d'un tout).
- **Exercices neurodynamiques** : pour les radiculopathies, on prescrit parfois des **auto-mobilisations du nerf** sous forme d'exercices de flossing. Par exemple, le patient assis met le bras en tension du nerf médian (bras en abduction 90°, poignet en arrière) et synchronise avec la tête : quand il tend le bras, il incline la tête du côté opposé (tension maximale), puis relâche en pliant le cou du même côté (détente). Répéter 10-15x doucement. Cela mobilise le nerf dans son fourreau et peut réduire l'adhérence et la sensibilité.
- **Exercices globaux et posture** : on n'oublie pas les exercices plus **fonctionnels** : renforcement du dos global (ex : *superman* allongé, gainage de la ceinture scapulaire), travail sur la **posture** (ex : se tenir contre un mur, rentrer le menton, abaisser les épaules, maintenir). Des approches comme le **yoga** ou le **Pilates** peuvent être bénéfiques en chronicité pour travailler souplesse, force et relaxation (quelques RCT suggèrent une amélioration, preuves faibles à modérées).

Planification : Les exercices doivent être **progressifs**. Au début, on met l'accent sur la mobilité indolore et l'endurance faible intensité (pour ne pas exacerber). Puis on augmente la résistance (élastiques, poids légers) pour le renforcement. On vise au moins **6 à 8 semaines** de programme pour observer un réel changement structurel et moteur. On encourage le patient à intégrer ces exercices dans sa routine quotidienne (par ex. 15 min matin et soir). On peut lui fournir des **fiches illustrées** ou l'orienter vers des applications/vidéos fiables. **Adhérence** : c'est un point crucial, car l'efficacité des exercices dépend de la régularité. Il faut motiver le patient, définir avec lui un moment pour les faire, lever les barrières (manque de temps, etc.). Lui rappeler que ces exercices sont comme des « médicaments » actifs, avec moins d'effets secondaires et un bénéfice à long terme.

Efficacité démontrée : De nombreuses études soutiennent les exercices. Une méta-analyse de 2023 a montré que les exercices réduisent significativement le risque de récurrence de cervicalgie sur 12 mois (OR ~0,5, preuve modérée) ⁷⁹. En aigu, un essai a montré qu'ajouter des exercices de mouvement aux soins standard accélère la récupération (faible à modérée qualité). En chronique, l'exercice actif est

l'**intervention la plus soutenue** dans les guidelines, parfois même plus que les manipulations. Par exemple, la recommandation 2014 chiro donne *Strong recommendation* pour les exercices de stretching, renforcement et endurance **seuls** dans la cervicalgie chronique ⁸⁰ ⁸². En pratique, la combinaison *exercices + thérapie manuelle* semble offrir les meilleurs résultats (niveau A).

Cas particulier : Cervicalgie et céphalée cervicogénique. Des exercices spécifiques de rééducation des fléchisseurs profonds et de renforcement scapulaire se sont avérés très efficaces pour diminuer les céphalées d'origine cervicale (essais de Jull et al., niveau I). Donc on les appliquera pour les patients se plaignant de maux de tête liés au cou.

5.4 Autres modalités et interventions

Pour être exhaustif, mentionnons **d'autres approches conservatrices** parfois utilisées :

- **Thérapies physiques** : l'application de **chaleur** (ou de froid si inflammation aiguë localisée) peut être recommandée en complément (preuve anecdotique, mais confort du patient). L'**électrothérapie** (TENS) soulage temporairement certaines douleurs musculaires (preuve faible, optionnel). Les **ultrasons** n'ont pas montré de bénéfice significatif dans les méta-analyses (reco négative, éviter sauf si combiné dans un protocole global). Le **laser de faible intensité (LLLT)** a quelques preuves de réduction de la douleur à court terme en cervicalgie chronique (niveau de preuve modéré, option thérapeutique possible), mais son accès est variable. La **thérapie par ondes de choc** est plutôt réservée aux tendinopathies, pas d'indication en cervicalgie.
- **Acupuncture/dry needling** : L'acupuncture a une certaine efficacité sur la douleur cervicale (quelques RCT vs sham montrant une amélioration modeste). Ce n'est pas du ressort du chiropraticien en France sauf formation complémentaire. Le *dry needling* des trigger points par contre peut être pratiqué et a des résultats intéressants sur les douleurs myofasciales récalcitrantes (preuves modérées pour soulager les triggers du trapèze).
- **Médication** : Bien que les chiropraticiens ne prescrivent pas de médicaments, il est utile de connaître les recommandations : pour la cervicalgie aiguë, l'usage de **paracétamol ou d'AINS** à dose adéquate pendant quelques jours peut aider (reco faible pour paracétamol, modérée pour AINS en cours < 2 semaines). Les **myorelaxants** type thiocolchicoside sont parfois donnés en torticolis aigu (bénéfice modeste, somnolence possible). **Éviter les opioïdes** pour les douleurs cervicales non cancéreuses – les guides les déconseillent fortement (reco négative B) ⁹⁵ ⁹⁶. En cas de douleur neuropathique chronique, un avis médical pour prescrire des neuromodulateurs (gabapentinoïdes, antidépresseurs tricycliques) peut se discuter, mais c'est hors champ direct du chiro.
- **Infiltrations** : Hors champ chiropratique, mentionnons que si une facette arthrosique reste très douloureuse, une infiltration corticostéroïde ou une rhizolyse par radiofréquence peut être proposée par un spécialiste (preuve modérée pour le court terme dans l'arthrose cervicale). De même, les infiltrations foraminales épidurales peuvent soulager certaines radiculopathies rebelles (mais preuves mitigées). Le chiropraticien doit savoir référer vers ces options si la douleur ne cède vraiment pas aux moyens conservateurs au bout de 6-8 semaines et que la qualité de vie est altérée.

Synthèse des recommandations thérapeutiques : Les **meilleures pratiques actuelles** pour la prise en charge chiropratique des cervicalgies mettent en avant : *l'éducation du patient, les exercices thérapeutiques et les techniques manuelles (manipulation/mobilisation)* combinées. Une revue de 2018 a

comparé ces approches et a conclu qu'une **stratégie multimodale** obtient les meilleurs résultats fonctionnels ⁹⁷. La CPG canadienne 2014 a formulé **11 recommandations de traitement** basées sur 41 ECR de haute qualité ⁸⁰. Parmi elles :

- **Recommandation forte (grade A)** : pour les cervicalgies chroniques, utiliser **manipulations/mobilisations + exercice** (renforcement, étirements) ainsi que l'exercice seul (renfo/étirements) comme traitement de première ligne ^{80 82}.
- **Recommandation modérée (grade B)** : pour les cervicalgies aiguës, manipulations et mobilisations combinées à d'autres modalités (exercice, massage) sont conseillées ⁸³. L'exercice seul en aigu n'a qu'un effet faible (d'où une reco faible si isolé) ⁸⁷.
- **Recommandation faible** : traitements passifs isolés (collier, ultrasons, électro) ne sont pas recommandés en routine en raison de preuves insuffisantes.

Ces lignes directrices rejoignent celles de l'American Physical Therapy Association (2017) qui recommandent : **mobilisation/manipulation cervicale et thoracique** (grade B), **exercices de coordination, proprioception et posturaux** (grade A pour douleurs associées à instabilité, par ex. whiplash), **étirements musculaires** (grade C), **traction intermittente** (grade B pour radiculopathie) et **éducation à l'activité** (grade B) ^{98 99}.

5.5 Pronostic et prévention des récives

Critères de bon pronostic : Une cervicalgie aiguë sans signe neurologique, chez un patient jeune actif, traitée précocement, a de fortes chances de guérir complètement en quelques semaines. La présence d'une préférence directionnelle nette et la capacité à centraliser la douleur sont de bons signes de récupération rapide ³¹. De même, un patient engagé dans sa rééducation, avec un bon moral et peu de facteurs psychosociaux négatifs, évoluera favorablement. Dès que l'amélioration clinique se maintient sur 2-3 semaines, on peut espacer les séances et prévoir la fin du traitement.

Critères de moins bon pronostic : Douleur persistante au-delà de 3 mois, incapacité fonctionnelle marquée (ex : incapacité de travailler > 8 semaines), signes de sensibilisation centrale (douleur diffuse, troubles du sommeil), et facteurs psychosociaux (peur du mouvement, compensation) laissent craindre une chronicité. Cependant, même dans ces cas, des améliorations sont possibles avec un programme pluridisciplinaire (ex : ajouter thérapie cognitive et exercices graduels). **Attention** : la détection d'un signe de myélopathie ou d'aggravation neurologique en cours de suivi est un critère de **réévaluation médicale immédiate** – cela sort du pronostic "commun" car nécessite peut-être une chirurgie.

Suivi à long terme et prévention : Une fois la phase de traitement terminée (douleur largement réduite, fonction rétablie), il est crucial de donner des recommandations pour **prévenir les rechutes**. Cela inclut la poursuite des **exercices d'entretien** (par ex. continuer 2-3 fois par semaine les renforcements cervicaux, et étirements après les journées de travail). On conseille au patient de rester **vigilant quant à sa posture** : ajuster son poste de travail, éviter les postures prolongées sans pause, éventuellement se ré-équiper (chaise ergonomique, support d'écran). **Hydratation** adéquate et **alimentation équilibrée** peuvent être mentionnées pour la santé discale et musculaire, bien qu'aucune preuve directe n'associe régime et cervicalgie (hors obésité qui peut être un facteur de douleurs musculosquelettiques généralisées). On peut montrer au patient comment **auto-gérer un petit épisode douloureux** s'il survient : par ex. refaire les exercices de centralisation appris, appliquer du chaud, réduire le stress, et consulter plus tôt que tard si jamais cela ne passe pas.

Certains patients choisissent de faire des **consultations d'entretien** chiropratique (p.ex. 1 séance aux changements de saison) pour vérifier mobilité et relâcher d'éventuelles tensions débutantes. L'efficacité de la maintenance chiro est controversée, mais pour des ex-patients chroniques anxieux, cela peut

avoir un bénéfice psychologique et encourager à maintenir les bonnes pratiques – ceci doit toutefois être individualisé et non systématique.

Enfin, insister sur le fait que **reprendre une activité physique régulière** (natation douce, yoga, Pilates, musculation encadrée) est sans doute la meilleure prévention à long terme pour les cervicalgies communes ⁷⁹. Une méta-analyse l'a montré : l'exercice réduit de moitié le risque de nouvel épisode dans l'année ⁷⁹. D'où le message de fin : « *Continuez à bouger, votre cou vous dira merci !* ».

Conclusion

La prise en charge des cervicalgies par le chiropraticien repose sur une évaluation méthodique répondant aux quatre questions clés – éliminer les causes graves (red flags), identifier la source et le type de douleur, repérer une éventuelle préférence directionnelle, et dépister les facteurs de chronicité. Ce bilan approfondi permet de construire un plan de traitement personnalisé, combinant les **meilleures preuves scientifiques** et le **savoir-faire clinique**. Les approches modernes insistent sur le mouvement et l'activation du patient : éducation rassurante, exercices ciblés, et interventions manuelles appropriées forment un triptyque gagnant validé par les guides de pratique internationaux ⁸⁰ ⁸². En appliquant ces principes, l'étudiant en 5e année de chiropraxie pourra prendre en charge la plupart des cervicalgies mécaniques avec efficacité et sécurité, tout en connaissant ses limites (savoir référer si nécessaire). Le **rôle du chiropraticien** s'étend de la phase thérapeutique à la **prévention secondaire** : il accompagne le patient vers l'autonomie, en lui donnant les clés pour éviter les rechutes et gérer sa santé vertébrale sur le long terme. Cette approche globale, centrée sur le patient et soutenue par la littérature scientifique la plus récente, garantit une prise en charge optimale, professionnelle et humaine des cervicalgies.

Bibliographie (extraits): Bone and Joint Decade Task Force on Neck Pain 2008 (Guzman et al.), JOSPT 2017 (Guidelines révisées cervicalgie), CCGI 2014 (Guidelines chiropraxie cervicalgie) ⁸⁰ ⁸², Schneider et al. 2013 (tests cliniques facettaires) ⁵⁰, Teichert et al. 2023 (exercices & prévention) ⁷⁹, etc. Toutes les recommandations mentionnées sont de niveau de preuve indiqué (GRADE ou équivalent) dans les sources citées. Par exemple, les **exercices et manipulations combinés** ont un niveau de preuve élevé (GRADE A) pour la douleur cervicale chronique ⁸⁰, tandis que l'identification des **red flags** repose sur des consensus d'experts et des études observationnelles (GRADE C). Cette synthèse intègre ces données afin de fournir un cours complet, actualisé et utile pour la pratique quotidienne des futurs chiropraticiens.

¹ ¹¹ ¹² ¹⁴ ¹⁵ ⁷² ⁸¹ ⁹⁵ ⁹⁶ Neck Pain: Initial Evaluation and Management | AAFP

<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/0801/p150.html>

² ³ ⁴ ⁵ ⁶ ⁷ ⁸ ⁹ ¹⁰ ¹³ ¹⁸ ¹⁹ ²⁰ ²¹ ²² ²³ ²⁴ ²⁵ ²⁶ ²⁷ ²⁸ ²⁹ ³⁰ ³¹ ³² ³³ ³⁴ ³⁵ ³⁶
³⁷ ³⁸ ³⁹ ⁴⁰ ⁴¹ ⁴² ⁴³ ⁴⁴ ⁴⁵ ⁴⁶ ⁴⁷ ⁴⁸ ⁴⁹ ⁵⁰ ⁵¹ ⁵² ⁵³ ⁵⁴ ⁵⁵ ⁵⁶ ⁵⁷ ⁵⁸ ⁵⁹ ⁶⁰ ⁶¹ ⁶² ⁶³ ⁶⁴ ⁶⁵

⁶⁶ ⁶⁷ ⁶⁸ ⁶⁹ ⁷⁴ Cours PEC 2 évaluation source de la cervicalgie.pptx

<file:///file-GpJnTEFh3apWdJYS2g2Tjd>

¹⁶ ¹⁷ ⁷⁰ ⁷¹ The anatomic region of the neck from the back (A) and the side (B)... | Download Scientific Diagram

https://www.researchgate.net/figure/The-anatomic-region-of-the-neck-from-the-back-A-and-the-side-B-as-defined-by-The_fig1_225668169

⁷³ ⁷⁵ ⁸⁴ ⁸⁵ ⁸⁶ ⁸⁸ ⁸⁹ ⁹⁰ ⁹² Cours PEC 2 PEC cervicalgie articulaire + dégénérative 2021.pptx

<file:///file-V58fsfY9N8Haw3yGHRGLb7>

- 76 An Overview of Systematic Reviews on Prognostic Factors in Neck ...
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3793581/>
- 77 Prognostic factors of pain, disability, and poor outcomes in persons ...
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39363645/>
- 78 79 Effectiveness of Exercise Interventions for Preventing Neck Pain
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37683100/>
- 80 82 83 87 Evidence-based guidelines for the chiropractic treatment of adults with neck pain - PubMed
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24262386/>
- 91 Manual therapy and neck-specific exercise are equally effective for ...
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468781225000670>
- 93 Study Also Shows Plurality of Patients with New-Onset Neck Pain ...
<https://thekac.org/2023/10/13/study-also-shows-plurality-of-patients-with-new-onset-neck-pain-first-visited-a-chiropractor/>
- 94 Top Chiropractic Research from 2023 - ChiroUp
<https://chiroup.com/blog/top-chiropractic-research-from-2023>
- 97 CHIROPRACTIC PRACTICE GUIDELINES - Chiro.org
<https://chiro.org/LINKS/guidelines.shtml>
- 98 Serious Cervical Spine Conditions - Physiopedia
https://www.physio-pedia.com/Serious_Cervical_Spine_Conditions
- 99 Neck Pain: Revision 2017: Clinical Practice Guidelines ... - jospt
<https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2017.0302>