

ANNEXES FICHE MEMO

Évaluation du patient atteint de cervicalgie et prise de décision thérapeutique en chiropraxie

25 Janvier 2017

Cette fiche mémo a reçu le label méthodologique de la Haute Autorité de Santé (HAS). Ce label signifie que cette fiche mémo a été élaborée selon les procédures et les règles méthodologiques préconisées par la HAS. Toute contestation sur le fond doit être portée directement auprès du promoteur.

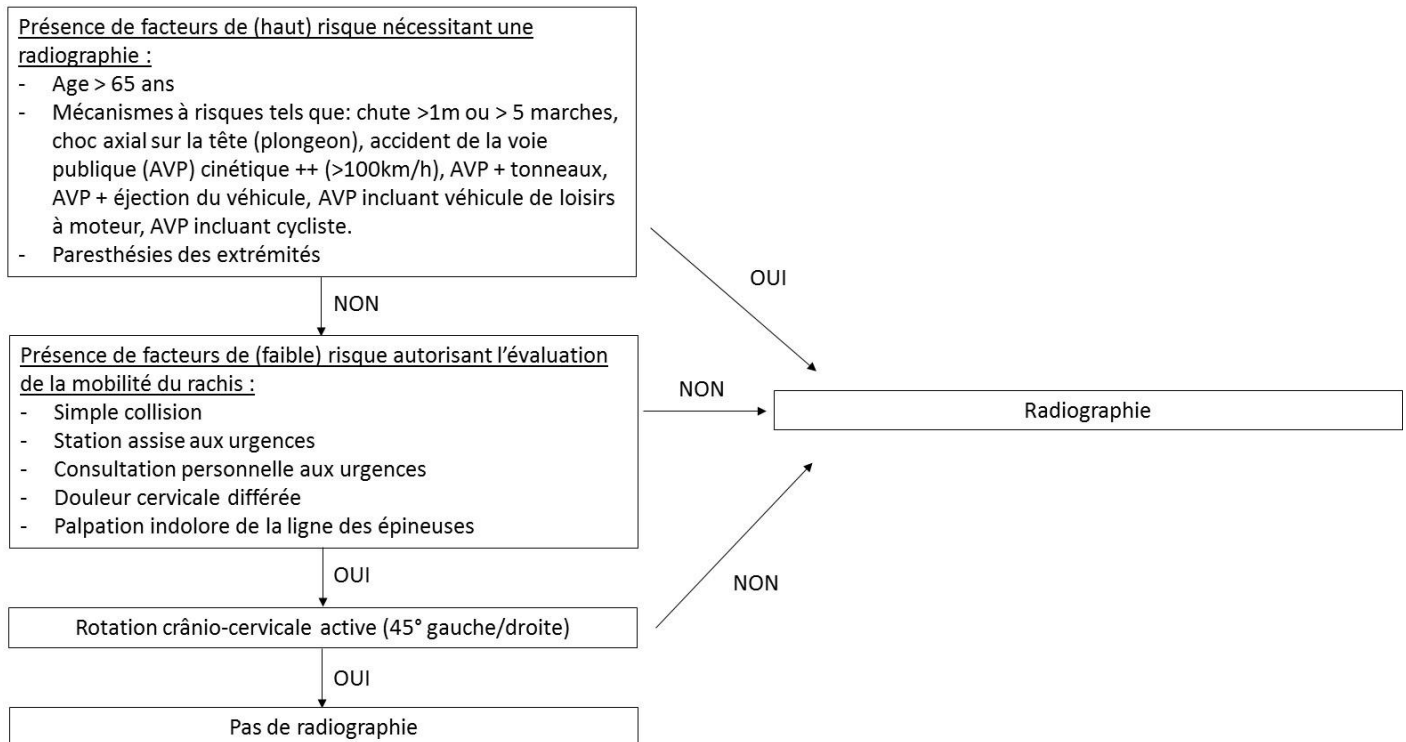
Liste des Annexes :

- Annexe 1 : Règles de prédiction clinique Canadienne C-Spine et critères NEXUS
- Annexe 2 : Modèle de lettre type pour référer un patient à un médecin pour avis
- Annexe 3 : Description du test de traction des membres supérieurs
- Annexe 4 : Echelle analogique visuelle et Echelle numérique de la douleur
- Annexe 5 : Index d'incapacité cervicale
- Annexe 6 : Document retraçant la chronologie d'une visite chiropratique incluant les définitions des termes, tests d'évaluation et de prise en charge nécessaires
- Annexe 7 : Exemple de consentement éclairé

ANNEXE 1 : Règles de prédiction clinique Canadienne C-Spine et critères NEXUS (National Emergency X-Radiography Utilization Study)

Les règles de prédiction clinique permettent d'informer le chiropracteur sur la nécessité de référer le patient pour des examens radiologiques supplémentaires afin de confirmer la présence d'une fracture traumatique.

A. Règle de prédiction clinique Canadienne C-Spine :



Le patient doit être alerte et stable avec un traumatisme aigue à la tête ou au cou :

- Alerté signifie conscient avec un score de Glasgow égal à 15/15
- Stable signifie avec des signes vitaux normaux comme définie par le *Revised Trauma Score* (Pression systolique ≥ 90 mmHg et une fréquence respiratoire de 10 à 24 respirations/minutes)
- Aigue réfère à une blessure dans les 48 heures précédentes

B. Critères NEXUS (fiable pour les patients de plus de 65 ans) :

Les critères de faible probabilité de lésion cervicale sont :

- Conscience normale (score de Glasgow égal à 15/15)
- Déficit neurologique focal <0
- Intoxication associée <0
- Douleur du rachis cervical <0 (ligne apophyse épineuses libre, contracture para-cervicale <0)
- Absence de blessure « distrayante » douloureuse. Les blessures « distrayantes » sont des blessures qui entravent la fiabilité de l'interrogatoire et l'examen du patient. Elles peuvent inclure des fractures des os longs, des lésions viscérales nécessitant une intervention chirurgicale, de grandes lacérations, des blessures par écrasement, des brûlures graves, ou toute autre lésion produisant une déficience fonctionnelle aiguë.

ANNEXE 2 : Modèle de lettre type pour référer un patient à un médecin

Nom du chiropracteur

Adresse

Tel

Mail

Nom du médecin

Etablissement

Service

Adresse

Lieu, Date

Objet : Avis médical sur un patient et/ou demande d'examen(s) complémentaire(s)

Docteur,

Je reçois Melle/Mme/Mr X, âgé(e) de Y ans qui consulte pour une cervicalgie et présente :

- Pour les grades I/II : des facteurs de risque de pathologies sévères (lister les facteurs de risque).
- Pour les grades III/IV : des signes neurologiques / des facteurs de risque de pathologies sévères (lister les facteurs de risque).
- un traumatisme cervical

Je vous adresse Melle/Mme/Mr X pour un avis médical et/ou examen d'imagerie. En effet, conformément à la réglementation en vigueur¹, afin de mettre en œuvre la prise en charge chiropratique la plus appropriée, je souhaiterais avoir votre avis médical et/ou les examens d'imagerie suivants (lister) afin d'attester l'absence de contre-indication à une mobilisation et/ou une manipulation, listée au Titre II de l'Annexe du décret du 7 janvier 2011².

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à la situation de Melle/Mme/Mr X et vous prie, Docteur, de croire en l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Nom Prénom, DC

Signature

1 : Article 2 du Décret n°2011-32 du 7 janvier 2011 : « les praticiens justifiant d'un titre de chiropracteur sont tenus, s'ils n'ont pas eux-mêmes la qualité de médecin, d'orienter le patient vers un médecin lorsque les symptômes nécessitent un diagnostic ou un traitement médical, lorsqu'il est constaté une persistance ou une aggravation de ces symptômes ou que les troubles présentés excèdent leur champ de compétences ».

2 : Titre II de l'Annexe du Décret n°2011-32 du 7 janvier 2011 : « Les contre-indications aux manipulations ou mobilisations cervicales par un chiropracteur sont : Fracture, tassement, déchirure ligamentaire avec instabilité articulaire, tumeurs malignes (primitive ou secondaire, tumeurs méningées), tumeurs bénignes fragilisant la structure osseuse, spondylodiscite, ostéomyélite, pathologie rhumatismale systémique avec laxité majeure, signes d'insuffisance vertébro-basilaire, ostéopénie majeure, myélopathies, compression radiculaire, méningite. »

ANNEXE 3 : Description du test de traction des membres supérieurs

Extrait du polycopié de cours rédigé par Olivier Guenoun (DC, MSc), Responsable des domaines Sciences Cliniques et Examens des Compétences Chiropratiques à l'Institut Franco-Européen de Chiropraxie.

MANŒUVRE DE TENSION DES NERFS DU MEMBRE SUPERIEUR (U.L.T.T.)

- Pour le nerf médian (ou Upper Limb Tension Test (U.L.T.T.) 1)

PP : Le Patient est en décubitus dorsal.

PE : L'Examineur se tient latéralement au patient, du côté examiné, à hauteur de l'épaule.

MC : Main controlatérale au côté examiné. La main de contact saisit l'aspect antéro-externe de la main du patient

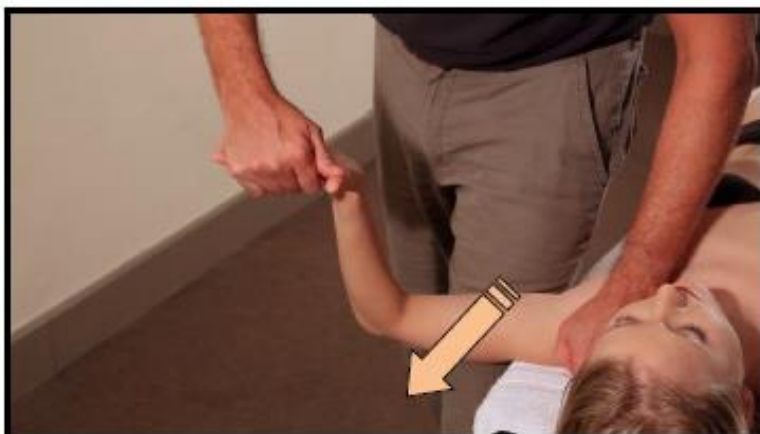
MI : Main homolatérale au côté examiné. La M.I. stabilise l'épaule en prenant contact sur son aspect antéro-supérieur.

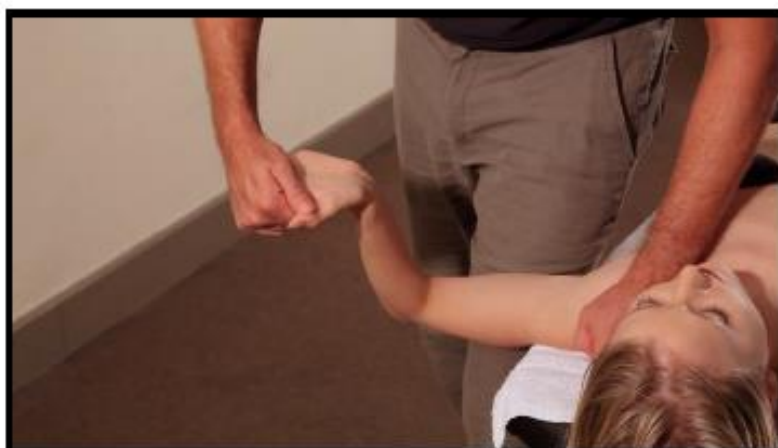
P : la procédure doit être stoppée dès que les douleurs du patient deviennent insupportables !

- Etape n°1 : Le praticien place l'aspect antérieur de sa cuisse au plus près du creux axillaire du patient afin d'amener l'épaule à 90° d'abduction. Le coude du patient est amené en complète supination et est fléchi à 90°. Le poignet du patient est amené en complète extension. Afin d'étirer au maximum les terminaisons du nerf médian, la MC du praticien saisit la face palmaire et radiale de la main du patient (englobement des doigts) avec la particularité que le pouce de la MC vienne pousser le pouce de la main du patient en complète extension et abduction.

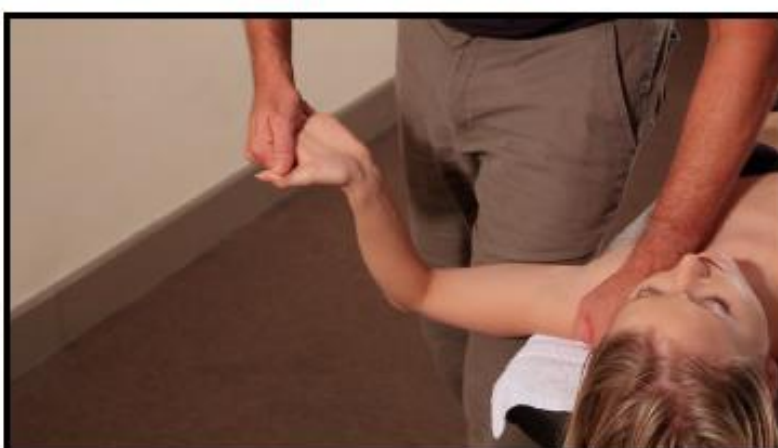


- Etape n°2 : En maintenant la position, la cuisse du praticien pousse à nouveau l'épaule du patient en élévation (la MI stabilise fermement l'épaule) et la MC entraîne une rotation externe progressive de l'articulation.





- Etape n°3 : En maintenant toujours la position, la MC entraîne la main du patient en déviation ulnaire (afin d'étirer le nerf médian lors de son passage dans le canal carpien).



- Etape n°4 : En maintenant la position, l'épaule est amenée en rotation externe complète.



- Etape n°5 : Enfin, le coude est amené le plus possible en extension.



- Si la tension n'est pas encore trouvée, on demande au patient de basculer la tête en inflexion latérale opposée au côté examiné.
- Pour le nerf radial(ULTT2)

PP : Le Patient est en décubitus dorsal.

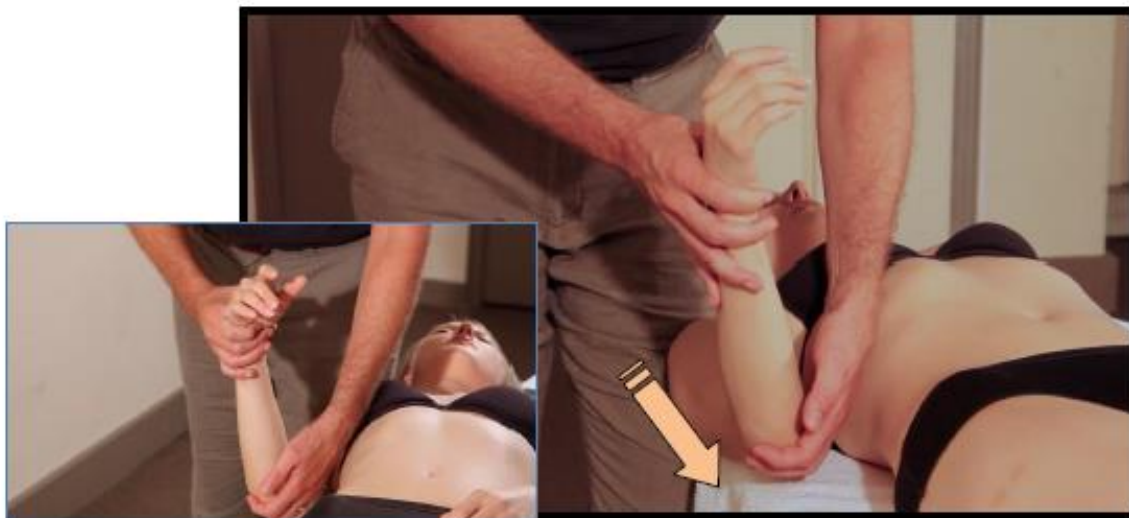
PE : L'Examineur se tient latéralement au patient, du côté examiné, à hauteur de la tête.

MC : Main homolatérale au côté examiné. La main de contact saisit l'aspect postérieur de la main du patient.

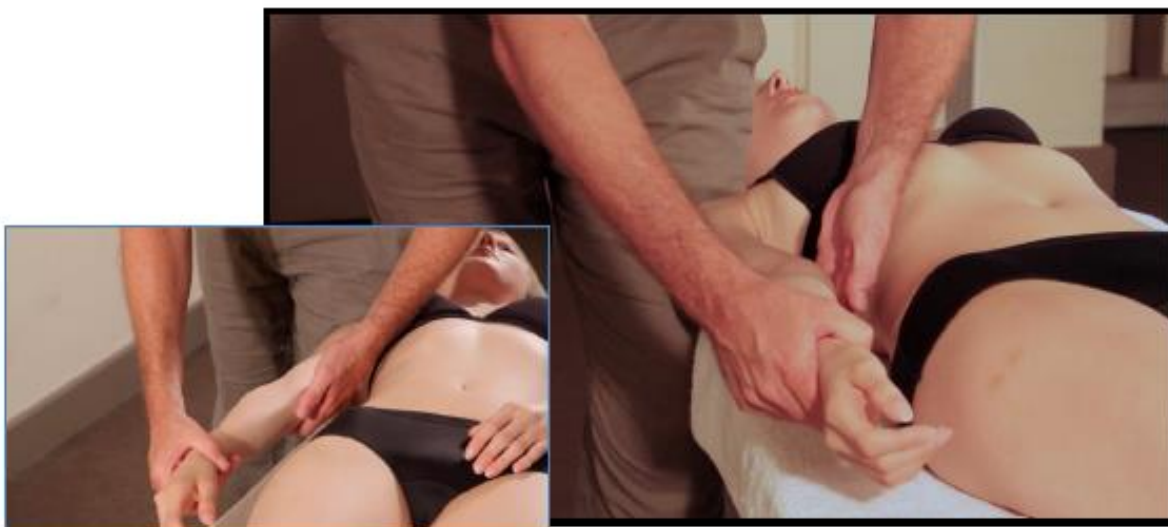
MI : Main controlatérale au côté examiné. La MI saisit l'aspect médial du coude du patient.

P : la procédure doit être stoppée dès que les douleurs du patient deviennent insupportables !

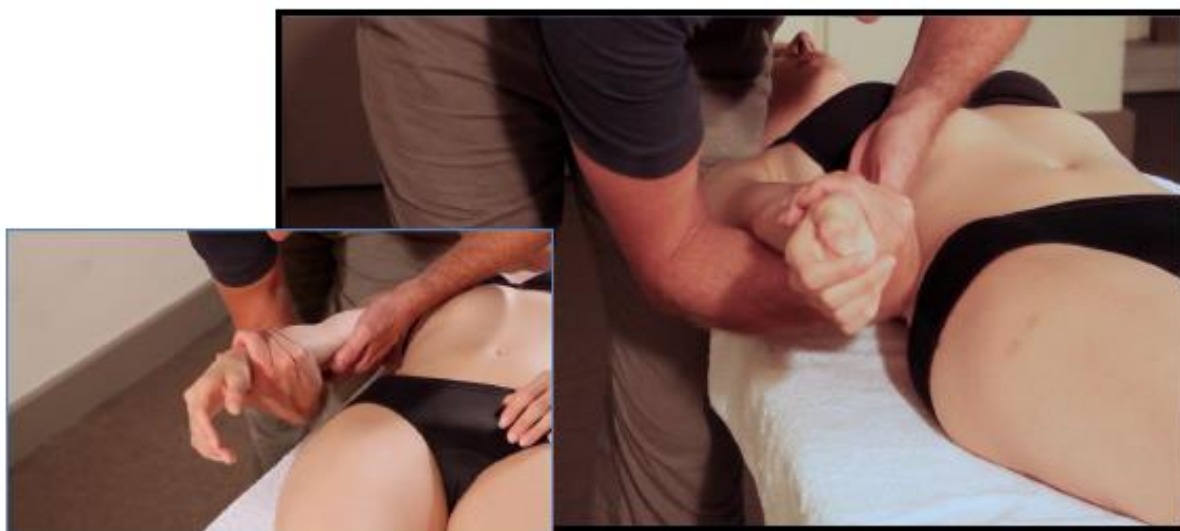
- Etape n°1 : Le praticien place l'aspect antérieur de sa cuisse au niveau de l'aspect supérieur de l'épaule du patient afin d'amener cette dernière en abaissement total (et augmenter ainsi l'étirement du nerf). Le coude du patient est d'abord fléchi à 90°.



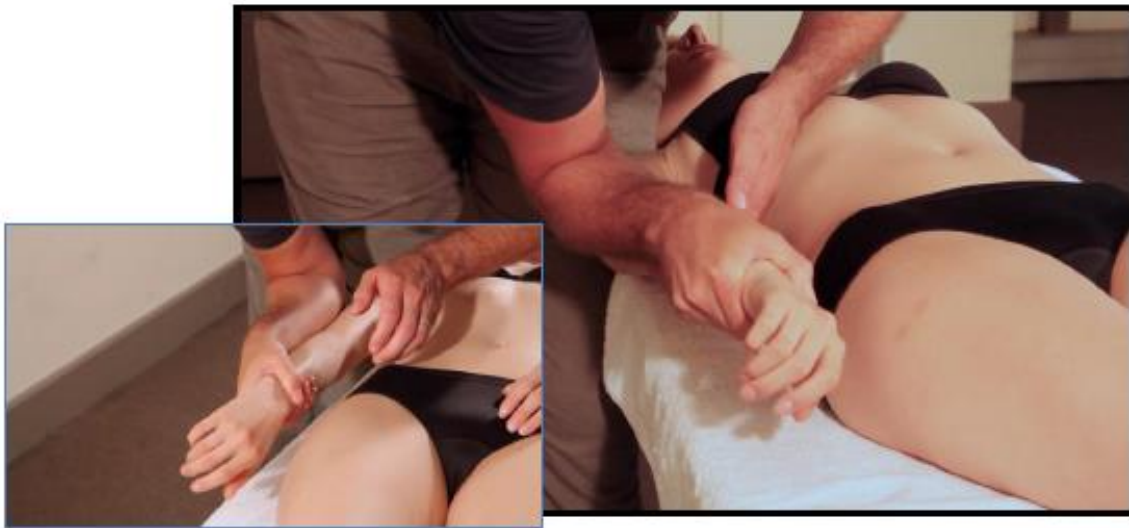
- Etape n°2 : En maintenant la position, le coude est amené en pleine extension et l'épaule en complet abaissement...



- Etape n°3 : ... Puis, en maintenant toujours la position, le praticien se penche sur l'avant-bras pour que sa MC passe par-dessous le poignet du patient, sur son aspect antérieur.



- Etape n°4 : En maintenant la position, l'épaule est amenée en rotation interne complète par une pronation totale du poignet.



- Etape n°5 : En maintenant la position, la MI lâche le coude et amène le poignet et la main du patient en complète flexion.



- Si la tension n'est pas encore trouvée, on demande au patient de basculer la tête en inflexion latérale opposée au côté examiné.
- Pour le nerf ulnaire(ULTT3)

PP : Le Patient est en décubitus dorsal.

PE : L'Examineur se tient latéralement au patient, du côté examiné, à hauteur de l'épaule.

MC : Main controlatérale au côté examiné. La main de contact saisit l'aspect antéro-externe de la main du patient

MI : Main homolatérale au côté examiné. La M.I. stabilise l'épaule en prenant contact sur son aspect antéro-supérieur.

P : la procédure doit être stoppée dès que les douleurs du patient deviennent insupportables !

- Etape n°1 : Le praticien place l'aspect antérieur de sa cuisse au plus près du creux axillaire du patient afin d'amener l'épaule à 90° d'abduction. Le coude du patient est amené en pronation et est fléchi à 90°. Le poignet du patient est amené en complète extension. Afin d'étirer au maximum les terminaisons du nerf ulnaire, la MC du praticien saisit la face palmaire de la main du patient avec la particularité que les doigts de la MC viennent pousser ceux de la main du patient en complète extension.



- Etape n°2 : En maintenant la position, la cuisse du praticien pousse à nouveau l'épaule du patient en élévation (la MI stabilise fermement l'épaule) et la MC entraîne la main du patient en déviation radiale (afin d'étirer le nerf ulnaire à son émergence du canal de Guyon).



- Etape n°3 : En maintenant toujours la position, la MC amène le coude du patient en complète flexion.



- Etape n°4 : En maintenant la position, la cuisse pousse l'épaule en complète élévation (ce qui permet au poignet du patient d'être amené en extension totale.)



- Si la tension n'est pas encore trouvée, on demande au patient de basculer la tête en inflexion latérale opposée au côté examiné.



RP : Reproduction de la douleur et/ou des symptômes dans la région cervicale et/ou le membre supérieur du côté impliqué.

IP :

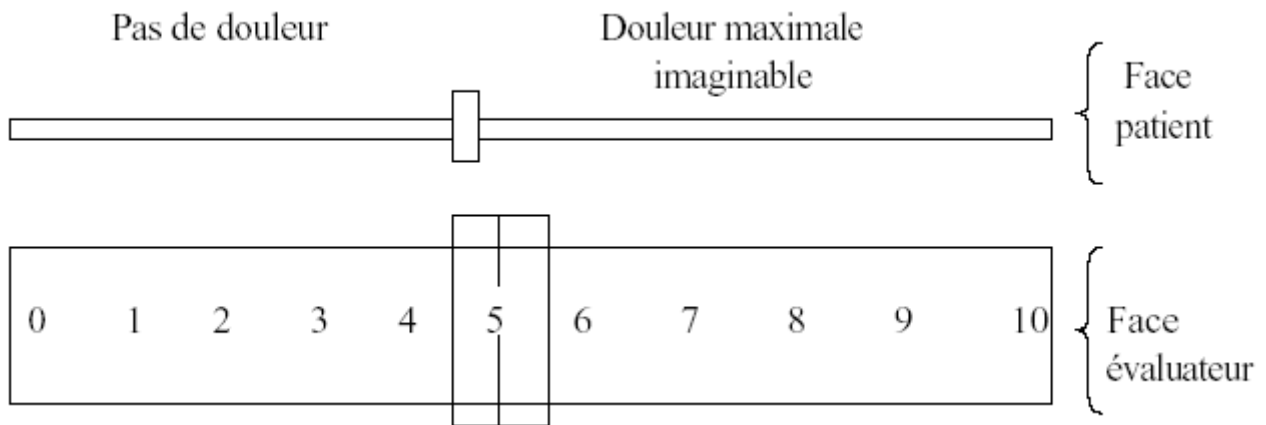
- Possible compression tronculaire du nerf médian, ulnaire ou radial.
- Faux positif : Possible compression radiculaire du plexus brachial.

M :

- Ces manœuvres induisent un étirement maximal des nerfs périphériques du membre supérieur.
- L'inflexion latérale et la rotation controlatérales fournissent un étirement maximum du nerf examiné, mais également des racines C8-T1.
- Une reproduction des symptômes suggère une irritation du nerf examiné, donc une compression dans son défilé tronculaire.
- Si cette irritation se situe au niveau des racines nerveuses, des symptômes radiculaires peuvent être également reproduits.

ANNEXE 4 : Echelle Analogique visuelle (EVA) ou échelle numérique de la douleur**A. Echelle Analogique Visuelle :**

Se présente sous la forme d'une réglette avec une face destinée au patient et un recto pour l'évaluateur :



Le patient déplace le curseur sur la réglette en fonction de l'intensité de sa douleur et le chiropracteur voit la cotation de la douleur correspondante sur une échelle de 0 à 10. Zéro correspondant à aucune douleur et 10 la douleur maximum imaginable, insupportable.

B. Echelle numérique de la douleur :

Le chiropracteur demande à son patient : « Sur une échelle de 0 à 10, quelle est l'intensité de la douleur ressentie ? Zéro correspondant à aucune douleur et 10 à la douleur maximale imaginable et insupportable ».

ANNEXE 5 : Index d'incapacité cervicale (questionnaire d'auto-évaluation rempli par le patient)

Questionnaire d'auto-évaluation qui mesure la sévérité des symptômes et l'incapacité liées aux douleurs cervicales. Il se compose de 10 items qui se notent individuellement sur une échelle de 0 (aucune incapacité) à 5 (incapacité totale). Le total de toutes les questions aboutit à un score sur 50. Plus le score est élevé, plus l'incapacité est totale.

Lisez bien les instructions pour chacune des questions, et répondez à toutes les questions. Merci de votre compréhension.

NOM : Date :/...../..... Heure : h

ÉCHELLE D'INCAPACITÉ CERVICALE

Ce questionnaire a été établi afin de permettre à votre médecin d'apprécier le retentissement de vos douleurs cervicales sur votre vie au quotidien. Veuillez répondre à toutes les questions en ne cochant que **LA** case qui vous correspond le mieux.

Bien que 2 réponses dans une même rubrique puissent vous correspondre, nous vous remercions de ne cocher qu'une seule case, celle qui se rapporte plus précisément à votre cas.

RUBRIQUE 1 : intensité des douleurs cervicales

- ☐ Je n'ai pas de douleur en ce moment.
- ☐ La douleur est très légère en ce moment.
- ☐ La douleur est moyenne en ce moment.
- ☐ La douleur est très intense en ce moment.
- ☐ La douleur est assez intense en ce moment.
- ☐ La douleur est la pire que je puisse imaginer en ce moment.

RUBRIQUE 2 : soins personnels (se laver, s'habiller, etc.)

- ☐ Je peux prendre soin de moi normalement, sans entraîner plus de douleurs que d'ordinaire.
- ☐ Je peux prendre soin de moi normalement, mais cela provoque plus de douleurs que d'ordinaire.
- ☐ M'occuper de moi est douloureux, et je le fais lentement et avec précaution.
- ☐ J'ai besoin d'aide mais je me débrouille pour la plupart de mes soins personnels.
- ☐ J'ai besoin d'une aide quotidienne pour la plupart de mes soins personnels.
- ☐ Je ne peux pas m'habiller, je me lave avec difficulté, et je reste au lit.

RUBRIQUE 3 : soulever des charges

- ☐ Je peux soulever des charges lourdes, sans plus de douleurs que d'ordinaire.
- ☐ Je peux soulever des charges lourdes, mais cela provoque plus de douleurs que d'ordinaire.
- ☐ Les douleurs cervicales m'empêchent de soulever des charges lourdes du sol, mais je peux y arriver si elles sont placées commodément, par exemple sur une table.
- ☐ Les douleurs cervicales m'empêchent de soulever des charges lourdes, mais je peux soulever des charges.
- ☐ Je ne peux soulever que de très légères charges, moyennes ou légères, si elles sont posées commodément.
- ☐ Je ne peux rien soulever ou porter du tout.

RUBRIQUE 4 : lecture

- ☐ Je peux lire autant que je le veux, sans douleur cervicale.
- ☐ Je peux lire autant que je le veux, avec de légères douleurs cervicales.
- ☐ Je peux lire autant que je le veux, avec des douleurs cervicales modérées.
- ☐ Je ne peux pas lire autant que je le veux à cause de douleurs cervicales modérées.
- ☐ Je peux à peine lire à cause de douleurs cervicales intenses.
- ☐ Je ne peux pas lire du tout à cause de mes douleurs cervicales.

RUBRIQUE 5 : maux de tête

- ☐ Je n'ai pas du tout de maux de tête.
- ☐ J'ai des maux de tête légers et peu fréquents.
- ☐ J'ai des maux de tête modérés et peu fréquents.
- ☐ J'ai des maux de tête modérés et fréquents.
- ☐ J'ai des maux de tête intenses et fréquents.
- ☐ J'ai presque tout le temps des maux de tête.

RUBRIQUE 6 : concentration

- ☐ Je peux me concentrer complètement sans difficulté quand je le veux.
- ☐ Je peux me concentrer complètement avec de légères difficultés quand je le veux.
- ☐ Il m'est relativement difficile de me concentrer quand je le veux.
- ☐ J'ai beaucoup de difficultés à me concentrer quand je le veux.
- ☐ J'ai d'énormes difficultés à me concentrer quand je le veux.
- ☐ Je n'arrive pas du tout à me concentrer.

RUBRIQUE 7 : travail (professionnel ou personnel)

- ☐ Je peux travailler autant que je le veux.
- ☐ Je ne peux faire que mon travail courant, mais rien de plus.
- ☐ Je peux faire la plus grande partie de mon travail courant, mais rien de plus.
- ☐ Je ne peux pas faire mon travail courant.
- ☐ Je peux à peine travailler.
- ☐ Je ne peux pas travailler du tout.

RUBRIQUE 8 : conduite

- ☐ Je peux conduire ma voiture sans aucune douleur cervicale.
- ☐ Je peux conduire ma voiture autant que je le veux, avec de légères douleurs cervicales.
- ☐ Je peux conduire ma voiture autant que je le veux, avec des douleurs cervicales modérées.
- ☐ Je ne peux pas conduire ma voiture autant que je le veux, en raison de douleurs cervicales modérées.
- ☐ Je peux à peine conduire en raison de douleurs cervicales intenses.
- ☐ Je ne peux pas du tout conduire ma voiture à cause des douleurs cervicales.

RUBRIQUE 9 : sommeil (avec ou sans prise médicamenteuse)

- ☐ Mon sommeil n'est pas perturbé.
- ☐ Mon sommeil est à peine perturbé (moins d'une heure sans dormir).
- ☐ Mon sommeil est un peu perturbé (1-2 h sans dormir).
- ☐ Mon sommeil est modérément perturbé (2-3 h sans dormir).
- ☐ Mon sommeil est très perturbé (3-5 h sans dormir).
- ☐ Mon sommeil est complètement perturbé (5-7 h sans dormir).

RUBRIQUE 10 : loisirs (cuisine, sports, activités manuelles, etc.)

- ☐ Je peux participer à toutes mes activités de loisirs sans aucune douleur cervicale.
- ☐ Je peux participer à toutes mes activités de loisirs, avec quelques douleurs cervicales.
- ☐ Je peux participer à la plupart de mes activités habituelles de loisirs, mais pas à toutes à cause de mes douleurs cervicales.
- ☐ Je ne peux participer qu'à quelques-unes de mes activités de loisirs habituelles à cause de mes douleurs cervicales.
- ☐ Je peux à peine participer à des activités de loisirs à cause de mes douleurs cervicales.
- ☐ Je ne peux participer à aucune activité de loisir à cause de mes douleurs cervicales.

Merci de vérifier que vous avez répondu à toutes les questions.

ANNEXE 6 : Document retraçant la chronologie d'une visite chiropratique incluant les définitions des termes, tests d'évaluation et de prise en charge nécessaires pour l'évaluation du patient atteint de cervicalgie et la prise de décision thérapeutique chiropratique.

1^{ère} PARTIE : EVALUATION DU PATIENT

1) Première étape : Anamnèse

a. Identification des « drapeaux rouges », marqueurs d'une pathologie grave :

- « Drapeaux rouges » suggérant la présence d'une fracture traumatique : règle de prédiction clinique Canadienne « C-Spine » positive (pour les patients âgés de 65 ans ou moins) ou présence des critères NEXUS (pour les patients âgés de plus de 65 ans). Il est recommandé au chiropracteur d'utiliser les règles de prédiction clinique, règle Canadienne C-Spine ou critères NEXUS (âge >65 ans), pour exclure la présence de fractures ou de dislocations chez les patients ayant subi un traumatisme modéré récent (moins de 48 heures) à la nuque. Un traumatisme modéré se définit chez un patient comme un traumatisme à faible risque d'alerte où le patient est conscient, sans état d'ébriété, avec un score de 15/15 sur l'échelle de Glasgow (GCS) et sans aucune blessure majeure « distrayante ». Le GCS est un outil validé et utilisé pour évaluer le niveau de conscience du patient. Les blessures « distrayantes » sont des blessures qui entravent la fiabilité de l'anamnèse et l'examen du patient. Elles peuvent inclure des fractures des os longs, des lésions viscérales nécessitant une intervention chirurgicale, de grandes lacérations, des blessures par écrasement, des brûlures graves, ou toute autre lésion produisant une déficience fonctionnelle aiguë. Les blessures peuvent être décrites comme gênantes si elles ont le potentiel de nuire à la capacité du patient pour apprécier d'autres blessures. L'Annexe 1 de la fiche mémo contient la règle de prédiction Canadienne « C-Spine » et les critères NEXUS.
- « Drapeaux rouges » suggérant la présence de fractures ostéoporotiques : antécédents d'ostéoporose, prise prolongée de corticostéroïdes, âge avancé.
- « Drapeaux rouges » suggérant la présence d'un cancer : antécédents de cancer, perte de poids inexpliquée, douleur nocturne, âge > 50.
- « Drapeaux rouges » suggérant la présence d'une infection vertébrale : fièvre, usage de drogues par voie intraveineuse, infection récente.
- « Drapeaux rouges » suggérant la présence d'une myélopathie ou de déficits neurologiques sévères ou progressifs : raideur nucale avec douleur, douleur au bras et faiblesse, changements sensitifs aux membres inférieurs, motricité affaiblie et atrophie, hyperréflexie, démarche spastique.
- « Drapeaux rouges » suggérant la présence d'une dissection de l'artère carotide/vertébrale : apparition soudaine et intense de maux de tête ou douleur au cou.
- « Drapeaux rouges » suggérant la présence d'hémorragie cérébrale ou de lésion intracrânienne : apparition soudaine et intense de maux de tête.
- « Drapeaux rouges » suggérant la présence d'une arthrite inflammatoire : raideur matinale, gonflement de plusieurs articulations.

Y a-t-il présence de « drapeaux rouges » chez mon patient ?

- Oui, la présence de « drapeaux rouges » permet au chiropracteur d'identifier une possible cervicalgie de grade IV qui doit être référée à un médecin pour évaluation et/ou imagerie dans le cadre d'une suspicion de pathologie grave. La prise en charge ne sera possible que si le compte rendu médical et/ou l'imagerie ne révèlent aucune contre-indication à la prise en charge chiropratique.
- Non, je continue mon évaluation

b. Identification des « drapeaux jaunes », facteurs de mauvais pronostics :

Liste des « drapeaux jaunes » suivants :

- un âge avancé,
- des antécédents de douleurs cervicales,
- des niveaux élevés de douleur initiale,
- des niveaux élevés d'incapacité initiale,
- des facteurs psychologiques post-traumatiques (pessimisme concernant le rétablissement,
- symptôme de stress aigüe (≤ 4 semaines),
- symptôme de stress post-traumatique (≤ 4 semaines),
- humeur dépressive ou sensation de déprime due à la douleur,
- anxiété ou peur de la douleur,
- niveau élevé de frustration ou de colère vis-à-vis de la douleur,
- passivité face à la douleur,
- kinésiophobie,
- activités évitées à cause de la douleur.

Y a-t-il présence de « drapeaux jaunes » chez mon patient ?

- Oui, je repère lesquels peuvent être modifiables pour entreprendre une prise en charge multidisciplinaire et présager au mieux le pronostic dans le but de favoriser la récupération et le rétablissement du patient
- Non, je continue mon évaluation

L'anamnèse comprend tout une série de questions permettant au chiropracteur d'ajuster sa prise en charge en fonction du patient. Des questions portant sur les traitements en cours, comme par exemple anticoagulants, ou le passé chirurgical du patient feront l'objet d'une interrogation.

2) Deuxième étape : Examen clinique :

a. Inspection visuelle : Pour évaluer la posture et la démarche de mon patient

b. L'examen neurologique, comprenant les tests réflexes ostéo-tendineux, et la recherche d'un déficit sensitif ou moteur pour évaluer la présence d'une atteinte neurologique chez les patients ayant une cervicalgie.

Dermatomes : Test sensoriel comprenant plusieurs tests mesurant un dysfonctionnement de la moelle épinière. Par exemple, sensation de la douleur (lors d'une piqûre), sensation au toucher léger, utilisation de la température, vibrations.

Myotomes : Tests manuels musculaires qui mesurent la force musculaire. Les résultats du test sont classés comme suit : 0 : signifie qu'aucune contraction musculaire n'est palpable ou observable; 1 : signifie qu'aucun mouvement n'est visible, contraction/proéminence du tendon palpable ou observable; 2 : capacité de déplacement dans toute l'amplitude du mouvement, sans gravité; 3 : capacité à maintenir la position de test contre la gravité; 4 : capacité à maintenir la position de test contre une résistance modérée; et 5 : capacité à maintenir la position d'essai contre une résistance maximale.

Tests de réflexe : Le réflexe du tendon profond est une contraction musculaire en réponse à l'étirement du muscle. Les réflexes des tendons profonds sont classés comme suit : 0 signifie pas de réponse, toujours considérée comme anormale; 1+ signifie une réponse légère mais positive, peut-être normale ou non; 2+ signifie une réponse rapide, considérée comme normale; 3+ signifie une réponse très rapide, peut ou non être normale ; 4+ signifie une répétition de réflexes, toujours considérée comme anormale.

c. Evaluation de la présence d'une souffrance radiculaire grâce à un test de provocation. Le test de traction des membres supérieurs devrait être privilégié.

Tests de traction des membres supérieurs : Se composent de 4 tests différents utilisés dans le diagnostic des conditions neurogènes dans les extrémités supérieures avec ou

sans douleur au cou. Le test conduit à une contrainte mécanique du plexus brachial et/ou du nerf spinal et/ou d'une racine nerveuse. Avec le patient en décubitus dorsal, l'examineur introduit séquentiellement les mouvements suivants à l'extrémité supérieure symptomatique : 1) la dépression scapulaire, 2) l'abduction de l'épaule, 3) l'extension de l'avant-bras, poignet et doigts en supination, 4) la rotation latérale de l'épaule, 5) l'extension du coude, et 6) la flexion cervicale latérale, controlatérale puis ipsilatérale. Les variations 1 et 2a testent le nerf médian, la variation 2b teste le nerf radial et la variation numéro 3 teste le nerf ulnaire. L'Annexe 3 de la fiche mémo, décrit en image le déroulement du test de traction des membres supérieurs.

- d. **Evaluation de l'intensité douloureuse** lors de l'examen et des accès paroxystiques, ainsi que son évolution chez le patient grâce à l'utilisation de l'échelle visuelle analogique (EVA) ou l'échelle numérique de la douleur, fournies en Annexe 4 de la fiche mémo.

e. **La localisation de la douleur :**

- i. L'examen manuel des vertèbres cervicales (ou palpation statique) est recommandé aux chiropracteurs pour préciser le niveau du segment douloureux chez le patient.

Examen manuel : Test qui permet de détecter la présence ou l'absence d'une dysfonction de facette cervicale. Les sujets sont positionnés sur le ventre en position neutre. L'évaluateur applique une force postéro-antérieure dirigée sur les piliers articulaires de C2-3 à C6-7 de chaque côté (pas effectuées pour les articulations C1-2 et C0-1). Toute résistance perçue au mouvement est classée comme normale, légère, modérée ou marquée. Le test est considéré comme positif si la douleur locale provoquée est supérieure à 3/10 sur l'échelle numérique.

Palpation statique : Technique qui utilise les mains du clinicien pour appliquer des pressions manuelles afin de sentir et évaluer plusieurs paramètres (comme par exemple la tension du muscle, la forme, la taille, la consistance, la position) qui régissent la mobilité et la santé des tissus mous et osseux du cou. Palpation qui permet de mesurer la présence ou l'absence de signes segmentaires. Si tous les signes physiques sont présents à la palpation (affaiblissement d'une ou plusieurs articulations zygapophysiales) le patient est jugé " cliniquement positif " pour la(les) articulation(s). A l'inverse, le patient est jugé " cliniquement négatif " en absence de signes segmentaires.

La palpation dynamique peut être utilisée en complément de la palpation statique pour cibler la manipulation ou la mobilisation si besoin.

Palpation dynamique ou en mouvement : Technique dans laquelle les mains du praticien sont utilisées pour sentir le mouvement des segments spécifiques de la colonne cervicale pendant que le patient est en mouvement cervical.

- ii. La palpation manuelle musculaire, à la recherche des points gâchettes (*Trigger Points*) et des points sensibles (*Tender Points*), est recommandée pour évaluer et localiser les points douloureux des patients atteints de cervicalgie.

Points gâchettes ou *Trigger Points* : Palpation musculaire représentée par un spot hyper-irritable, habituellement dans un muscle squelettique tendu ou dans le fascia du muscle. L'endroit est douloureux à la compression et peut déclencher les caractéristiques précises de la douleur.

Points sensibles ou *Tender Points* : Palpation musculaire décrivant une zone discrète du tissu mou douloureuse à la pression, avec une force approximative de 4 kg. Ce test permet de reproduire et de localiser la douleur en appliquant des points de pression musculaire.

- iii. Le test orthopédique d'Extension-Rotation est recommandé pour reproduire et localiser la douleur des patients atteints de cervicalgie.

Un test orthopédique est défini comme une procédure visant à repérer le stress fonctionnel des structures tissulaires isolées censé être responsable de la douleur du patient ou de la dysfonction. Ce sont des tests utilisés pour induire délibérément un dérangement pathologique suspect qui ne comporte pas d'éléments ou de pathologies neurologiques.

Test d'Extension-Rotation : Le patient est assis et étend sa tête et son cou le plus possible. Une rotation est ajoutée (des deux côtés), jusqu'à ce que le patient ne ressente aucune douleur en fin du mouvement. Un test est positif quand le test reproduit la douleur cervicale (3/10 sur l'échelle numérique).

- f. **Evaluation des restrictions de mouvement** du patient par des tests d'amplitude de mouvement. L'amplitude de mouvement est l'arc à travers lequel le mouvement se produit au niveau d'une articulation ou d'une série de jonctions, ici le cou. L'amplitude de mouvement est active lorsque le mouvement est généré par le patient. L'amplitude de mouvement est passive lorsque le mouvement est généré par le clinicien. Les différents mouvements mesurés sont la flexion, l'extension, les rotations et flexions latérales de chaque côté.
- g. **Evaluation du degré d'incapacité** grâce à l'index d'incapacité cervicale, questionnaire d'auto-évaluation. Le questionnaire, ainsi que son interprétation, sont fournis en Annexe 5 de la fiche mémo.

3) Troisième étape : Classement du patient en fonction de son grade de sévérité :

Y a-t-il présence de « drapeaux rouges » chez mon patient ?

- Oui, il est possible que ce soit une cervicalgie de grade IV qui doit être référée à un médecin pour évaluation et/ou imagerie dans le cadre d'une suspicion de pathologie grave. La prise en charge ne sera possible que si le compte rendu médical et/ou l'imagerie ne révèlent aucune contre-indication à la prise en charge chiropratique.

Y a-t-il présence de signes neurologiques chez mon patient ?

- Oui, c'est une cervicalgie de grade III. Dans le cadre des cervicalgies de grade III et selon le décret du 7 janvier 2011, le chiropracteur doit référer pour avis médical et/ou imagerie afin d'exclure toutes contre-indications listées dans le décret du 7 janvier 2011.
- Non, c'est une cervicalgie de grades I ou II.

Est-ce que la douleur interfère avec les activités quotidiennes du patient ?

- Oui, c'est une cervicalgie de grade II.
- Non, c'est une cervicalgie de grade I.

2^{ème} PARTIE : PRISE DE DECISION THERAPEUTIQUE CHIROPRACTIQUE

- 1) **Première étape : Consentement éclairé du patient et informations du programme de soin** : Informer le patient sur les effets secondaires possibles, l'Annexe 7 de la fiche mémo fournit un exemple de consentement éclairé avec toutes les informations nécessaires. Les chiropracteurs doivent informer et éduquer les patients sur la nature de leurs symptômes, les rassurer sur l'évolution naturelle et le pronostic habituellement favorable des cervicalgies de grades I à III, en expliquant l'importance de continuer à mobiliser activement le rachis cervical.
- 2) **Deuxième étape : Programme de soin** :
 - a. Pour les cervicalgies de grades I et II de durée ≤ 3 mois, il est recommandé aux chiropracteurs d'envisager une éducation du patient structurée en combinaison avec soit

une prise en charge multimodale alliant des techniques de manipulations ou mobilisations chiropratiques complétées par des exercices d'amplitude du mouvement soit des exercices d'amplitude du mouvement.

Education structurée du patient : Informations sur la nature, la prise en charge et l'évolution des douleurs cervicales comme plan d'initiation au programme de soin. L'éducation structurée se focalise sur des conseils de mobilisation active du rachis cervical et sur le fait de rassurer le patient en l'informant de son pronostic (durée de rétablissement si possible).

Exercice d'amplitude du mouvement combinés à des exercices d'étirements : 5 à 10 répétitions sans résistance, 6 à 8 fois par jour incluant le cou en rétraction, extension, flexion, rotation, flexion latérale et traction scapulaire. Une fois enseignés au patient lors de la consultation, ces exercices peuvent être faits à la maison.

En absence de faits scientifiques, il est recommandé aux chiropracteurs de ne pas proposer ou conseiller une éducation du patient structurée seule, une thérapie *strain-counterstrain*, un massage de relaxation, un collier cervical.

- b. Pour les cervicalgies de grades I et II de durée > à 3 mois, il est recommandé aux chiropracteurs d'envisager une éducation structurée du patient avec soit une prise en charge multimodale alliant des techniques de manipulations ou mobilisations chiropratiques complétées par des exercices d'amplitude du mouvement, soit des exercices d'amplitude du mouvement et d'étirements, si cela n'a pas déjà été effectué lors des 3 premiers mois, et ils peuvent conseiller des activités physiques douces complémentaires (comme par exemple du qigong ou du Iyengar yoga).

Exercice d'amplitude du mouvement : maximum de 2 sessions par semaines pendant 12 semaines.

En absence de faits scientifiques, il est recommandé aux chiropracteurs de ne pas proposer des exercices d'étirements seuls, une thérapie *strain-counterstrain*, un massage relaxant, une thérapie de relaxation pour la douleur ou l'incapacité.

- c. Pour les cervicalgies de grade III, selon le décret du 7 janvier 2011 (Annexe, titre I), le chiropracteur ne doit pas procéder à une manipulation ou à une mobilisation cervicale en présence de signes cliniques neurologiques qui doivent alerter le praticien sur la possibilité d'une pathologie grave sous-jacente et de la nécessité d'investigations complémentaires. Dans ce cas, le chiropracteur doit référer pour avis médical. L'Annexe 2 de la fiche mémo fournit un modèle de lettre type à envoyer au médecin pour demande d'examens complémentaires.

En l'absence de contre-indication à la prise en charge chiropratique listée au Titre II de l'Annexe du décret du 7 janvier 2011 dans le compte rendu médical, le chiropracteur pourra procéder à des manipulation ou mobilisation chiropratiques adaptées à la condition physique du patient souffrant de cervicalgie. Il est recommandé au chiropracteur de proposer des exercices d'étirements, de renforcement, de stabilisation, de mobilité ou de relaxation supervisés en plus de l'éducation structurée du patient.

En présence de contre-indications, des techniques chiropratiques tissulaires n'entraînant pas de manipulation ou de mobilisation pourront être utilisées. Les techniques chiropratiques tissulaires comprennent par exemple les points gâchettes (*Trigger Points*) ou les points sensibles (*Tender Points*).

Exemple d'exercices d'étirements : 2 sessions par semaines pendant 6 semaines.

Les exercices suivants sont conseillés sous la supervision d'un entraîneur sportif en salle de musculation :

Exercice 1 : Echauffement, Développé-couché en position assise. 2 séries de 10 répétitions avec 5 kg.

Exercice 2 : Echauffement, Tirage poitrine à la poulie haute, position assise. 2 séries de 10 répétitions avec 20 kg.

Exercice 3 : Echauffement, écarté couché. Haltères dans les deux mains, faire des « mouvements d'écartés des bras » en position debout, plié en avant, ou assis en appuyant le torse sur une chaise. 2 séries de 10 répétitions avec 1 kg.

Exercice 4 : Echauffement, Presse cervicale, Poussez les haltères de l'épaule au-dessus de la tête, en position debout. 2 séries de 10 répétitions avec 1 kg.

Exercice 5 : Stabilité. Elévations en avant : levez les haltères en avant à hauteur des épaules en position debout. 2 séries de 10 répétitions avec 1 kg.

Exercice 6 : Force. Tirage nuque vertical avec une barre, les coudes terminent au-dessus de la hauteur des épaules et les poignets terminent à la hauteur des épaules en position debout. 2 séries de 10 répétitions avec 7.5 kg.

Exercice 7 : Force et stabilité. Rotation : En position debout, tenir la barre en position verticale, la partie inférieure reste au sol, les bras tendus et tournez à gauche et à droite. 3 répétitions : 5 séries à droite, 5 séries à gauche avec 7.5 kg

Exemple d'exercices conseillés à la maison en complément des exercices précédents :
une fois par jour, 2 séries de 10 répétitions

Exercice 1 : Mobilité, en position debout, position naturelle du cou : retirer le menton.

Exercice 2 : Mobilité, couché sur le dos, retirer le menton tout en gardant la tête sur le sol.

Exercice 3 : Mobilité, position debout. Retirer le menton et tourner la tête d'un côté le plus loin possible. Faire pareil de l'autre côté.

Exercice 4 : Stabilité et force musculaire, position debout, retirer le menton, mettre la paume de la main contre la tête sur le front (côté droit ou côté gauche) et exercer une résistance de la tête contre la main sans que la tête ne bouge. Faire pareil de l'autre côté.

Exercice 5 : Stabilité et force musculaire. Position debout : Placer la main droite sur la tête derrière l'oreille droite et la main gauche sur le côté gauche du front. Tourner la tête vers la droite en exerçant une résistance contre les mains. La tête ne doit pas bouger. Faire pareil de l'autre côté.

Exercice 6 : Stabilité et force musculaire. Position debout. Retirer le menton, placer les deux mains sur le dos de la tête, et pousser la tête contre les mains. Aucun mouvement de la tête ne doit avoir lieu.

Exercice 7 : Stabilité et force musculaire. Position debout, Retirer le menton, placer la main droite sur le côté droit de la tête et déplacer la tête vers la droite en exerçant une résistance avec la main. Répéter à gauche.

Exercice 8 : Stabilité et force musculaire. Allongé sur le dos : Soulever la tête du sol et amener le menton vers la poitrine.

Exercice 9 : Stabilité et force musculaire. Allongé sur le dos, soulever la tête du sol et tourner la tête vers la droite. Répéter à gauche.

Exercice 10 : Relaxation. Assis sur une chaise, les bras allongés le long du corps, redresser les épaules et se relaxer.

En l'absence de données scientifiques, il est recommandé au chiropracteur de ne pas proposer d'éducation structurée du patient seule, ou un collier cervical.

Glossaire de tous les soins proposés :

- Education structurée du patient : Informations sur la nature, la prise en charge et l'évolution des douleurs cervicales comme plan d'initiation au programme de soin. L'éducation structurée se focalise sur des conseils de mobilisation active du rachis cervical et sur le fait de rassurer le patient en l'informant de son pronostic (durée de rétablissement si possible).
- Exercice d'amplitude du mouvement : 5 à 10 répétitions sans résistance, 6 à 8 fois par jour incluant le cou en rétraction, extension, flexion, rotation, flexion latérale et rétraction scapulaire. Une fois enseignés au patient lors de la consultation, ces exercices peuvent être fait à la maison.
- Prise en charge multimodale : 6 sessions pendant 8 semaines incluant plusieurs modalités de soins telles que des exercices d'amplitude de mouvement avec la manipulation ou la mobilisation cervicale ou thoracique.
- Thérapie strain-counterstrain : aussi appelée thérapie des tissus mous, qui implique une pression exercée sur un muscle du cou positionné de façon à fournir un léger étirement à ce muscle.
- Massage de relaxation : Forme de thérapie des tissus mous visant à détendre les muscles, déplacer les fluides corporels et promouvoir le bien-être.
- Qigong : Exercice ciblé en douceur pour l'esprit et le corps qui vise à augmenter et à rétablir le flux d'énergie Qi et favoriser la guérison. Limité à un maximum de 2 sessions pendant 12 semaines.
- Iyengar Yoga : implique une gamme de poses de yoga classique adaptées aux patients souffrant de douleurs cervicales avec l'utilisation d'accessoires de soutien. L'accent est mis sur le renforcement musculaire, les étirements, la mobilité des articulations, et une bonne posture. Limité à un maximum de 9 sessions pendant 9 semaines.
- Exercices d'étirements à forte dose : Exercices de renforcement mettant l'accent sur le nombre élevé de répétitions et l'augmentation progressive des charges.

3) Troisième étape : Suivi des patients :

- Réévaluer le patient à chaque visite pour déterminer si des soins supplémentaires sont nécessaires, si la condition s'aggrave, ou si le patient est rétabli.
- Dès que le patient montre un rétablissement significatif, la continuité du suivi chiropratique sera basée sur une décision partagée entre le chiropracteur et le patient.
- Demandez aux patients : « Comment percevez-vous la récupération de vos troubles ? ». Les options de réponse comprennent : « complètement amélioré », « amélioré », « légèrement amélioré », « sans changement », « légèrement moins bien », « pire », « pire que jamais ». Les patients ayant les réponses « complètement amélioré » ou « amélioré » sont considérés comme rétabli, la continuité du suivi chiropratique sera basée sur une décision partagée entre le chiropracteur et le patient. Les patients n'ayant pas récupéré suivent les soins comme indiqués précédemment.
- Une prise en charge chiropratique doit donner des résultats suggérant un rétablissement dans les premières semaines et ne saurait excéder 2 mois en l'absence totale d'amélioration.

ANNEXE 7 : Exemple de consentement éclairé à un traitement chiropratique cervical

Document à expliquer au patient et à faire signer

Tout acte de soin à la personne présente un risque que le professionnel est formé à évaluer, afin d'en minimiser tant la gravité que la fréquence. La probabilité que se produise un événement indésirable fait partie des éléments que le chiropracteur prend en compte pour évaluer la pertinence d'un acte.

La manipulation vertébrale ou articulaire peut entraîner des troubles bénins tels que des douleurs générales ou locales (voir une exacerbation de la douleur d'origine) pouvant durer de quelques heures à trois jours, des courbatures, une gêne passagère au niveau de la zone traitée (ou encore de rares manifestations de type œdème, hématome ou ecchymose).

Une aggravation de la lésion avec douleurs difficiles à supporter, parfois une fracture vertébrale, voire une névralgie cervico-brachiale (avec ou sans atteinte d'un nerf) sont rapportés parmi les risques modérés rares.

De façon plus exceptionnelle, des cas d'accident vasculaire cérébral (AVC) ont été signalés. Néanmoins, aucun fait scientifique n'a établi de relation de cause à effet entre une prise en charge chiropratique et un AVC. D'après les faits scientifiques, le risque d'accident vasculaire cérébral est un événement très rare dans la population avec une incidence de 8 cas sur 1 000 000 de personnes par an. La fréquence d'AVC associée à des visites chez un médecin ou un chiropracteur est due à l'apparition des symptômes (maux de tête et douleurs cervicales intenses) chez des patients à la recherche de soin avant leur AVC. Il n'y a aucun fait scientifique prouvant une association entre AVC et soins chiropratiques ou médicaux. De plus, aucun fait scientifique probant n'est en faveur de l'utilisation du doppler vélocimétrique portatif pour dépister les sténoses de l'artère vertébrale chez des patients atteints de cervicalgies.

Le chiropracteur est soumis à l'obligation de s'assurer.

La cervicalgie est, dans la majorité des cas, une affection bénigne avec une évolution spontanée. Il est recommandé au patient de rester actif, de continuer à mobiliser activement le rachis cervical, et à participer à son programme de soin. Le programme de prise en charge est basé sur une décision partagée entre le patient et le chiropracteur. Le patient est informé de la durée de ses soins quand cela est possible.

Je reconnais avoir lu ce formulaire de consentement et avoir discuté de son contenu avec mon chiropracteur. J'accepte le programme de soin recommandé par mon chiropracteur et accepte à ce que ce consentement s'applique à tous mes soins chiropratiques, présents et futurs concernant ma cervicalgie.

Date : Jour/Mois/Année

Nom du patient :

Nom du chiropracteur :

Signature du patient :

Signature du chiropracteur :