



RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

**Masso-kinésithérapie
dans les cervicalgies communes
et dans le cadre du « coup du lapin » ou *whiplash***

Recommandations

Mai 2003

Service des recommandations professionnelles

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.
Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'ANAES est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été finalisé en Mai 2003. Il peut être acheté (frais de port compris) auprès de :

ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé)

Service communication

2, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX - Tél. : 01 55 93 70 00 – Fax : 01 55 93 74 00

© 2004. ANAES

SOMMAIRE

RECOMMANDATIONS	4
I. BILAN MASSO-KINÉSITHÉRAPIQUE	4
I.1. La douleur	4
I.2. La posture	4
I.3. La palpation.....	5
I.4. La mobilité articulaire	5
I.5. L'activité neuro-musculaire	5
I.6. La proprioception	5
I.7. Le retentissement fonctionnel et professionnel.....	5
I.8. Synthèse des bilans.....	5
I.9. Fiche de transmission	6
II. TRAITEMENT KINÉSITHÉRAPIQUE	7
II.1. Le repos ou l'immobilisation	7
II.2. Les agents physiques antalgiques ou anti-inflammatoires	7
III. STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE DE LA CERVICALGIE COMMUNE	8
III.1. À court terme : le retour au calme sensoriel.....	8
III.2. À moyen terme : le travail de perception	8
III.3. À long terme : le soutien sensoriel	9
IV. STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE DANS LE CADRE DU « FLÉAU CERVICAL » (APPELÉ PARFOIS « COUP DU LAPIN » OU EN ANGLAIS WHIPLASH)	9
V. PROPOSITIONS D' ACTIONS FUTURES	9
PARTICIPANTS	10
FICHE DESCRIPTIVE	13

RECOMMANDATIONS

Les cervicalgies regroupent l'ensemble des douleurs de la région cervicale. Les cervicalgies sont qualifiées de « communes » lorsque la démarche étiologique menée par le médecin ne conduit pas à une affection précise impliquant une cause et une évolutivité particulière justiciable d'un traitement spécifique. Il n'est pas recommandé d'utiliser le terme « cervicalgie commune » pour décrire une symptomatologie qui peut être chronique et invalidante et n'est pas vécue comme banale par le patient. Le qualificatif « non spécifique » serait plus approprié.

D'autre part, l'expression « fléau cervical » (en anglais : *whiplash*), communément appelée « coup du lapin », rassemble des cervicalgies qui se distinguent par leurs circonstances d'apparition. Si le « coup du lapin » traduit un mouvement violent d'extension du rachis cervical, le « fléau cervical » représente l'accélération brutale de la tête vers l'avant puis vers l'arrière entraînant une hyperflexion puis une hyperextension du rachis cervical.

Ces recommandations incluent les cervicalgies communes et les cervicalgies après « coup du lapin ».

Sont exclues les cervicalgies associées à une radiculalgie des membres supérieurs qui justifient une prise en charge particulière.

Ces recommandations s'adressent à tous les professionnels concernés par la rééducation de cette pathologie.

I. BILAN MASSO-KINÉSITHÉRAPIQUE

Le bilan kinésithérapique a pour buts :

- de choisir les techniques en fonction du diagnostic kinésithérapique ;
- de suivre l'évolution de la pathologie ;
- de mesurer les résultats thérapeutiques.

Différents domaines sont explorés par le kinésithérapeute.

I.1. La douleur

L'utilisation de l'échelle visuelle analogique de 100 mm (EVA) peut être recommandée pour évaluer l'intensité de la douleur du patient. L'utilisation d'un schéma représentant les zones douloureuses est recommandée afin de mieux localiser la topographie des territoires douloureux. Ce dessin pourra être complété soit par le patient soit par le praticien (accord professionnel).

I.2. La posture

La position de la tête semble jouer un rôle dans la survenue de certaines cervicalgies (notamment lorsqu'elle est anté-projetée). Il est recommandé de l'évaluer par la mesure de distances comme la distance menton-fourchette sternale, ou en mesurant les flèches de certains repères anatomiques (tragus, apophyse épineuse de C7, acromion, grand trochanter, partie antérieure du genou, malléole externe) par rapport à un fil à plomb. Plusieurs études ont montré une bonne reproductibilité de ces instruments de mesure. Cependant des travaux sont souhaitables pour approfondir ces caractéristiques et éventuellement développer de nouveaux instruments de mesure. Dans certaines situations (modifications de courbures, etc.), la radiographie peut apporter des informations complémentaires (accord professionnel).

I.3. La palpation

Dans le diagnostic kinésithérapique, la reproductibilité de la palpation reste non validée. Cependant, l'abord manuel du patient fait partie intégrante du bilan. À ce titre, elle est recommandée (accord professionnel).

I.4. La mobilité articulaire

La cervicalgie est souvent associée à une diminution de mobilité globale du rachis cervical sans que cette association soit de nature causale. Plusieurs études ont montré que la mobilité du rachis cervical diminuait avec l'âge. À l'inverse, cette mobilité est plus grande chez la femme. La mesure de la mobilité par un mètre-ruban est la technique la plus couramment utilisée en pratique quotidienne. Sa reproductibilité est bonne chez le praticien expérimenté. La mesure par inclinométrie est moins répandue. C'est pourtant la méthode la plus fiable. Il faut encourager son utilisation en France.

L'évaluation de la mobilité intersegmentaire effectuée manuellement manque de reproductibilité.

I.5. L'activité neuro-musculaire

L'évaluation manuelle de la résistance musculaire est un des moyens qui permettent d'apprécier les capacités fonctionnelles du patient. Parmi les tests disponibles, il est recommandé d'utiliser, lorsque l'état du patient le permet, 2 tests d'endurance : un test pour évaluer la résistance des muscles extenseurs du rachis, l'autre pour évaluer celle des fléchisseurs.

L'extensibilité se définit comme la capacité du muscle à s'étirer sur une amplitude importante. La mesure de l'extensibilité des muscles cervicaux est difficile à mettre en œuvre. Il n'existe aucune preuve de l'utilité de son évaluation.

I.6. La proprioception

Plusieurs auteurs ont souligné l'intérêt de la mesure du repositionnement de la tête chez les patients souffrant de cervicalgie. Cette mesure utilise le déplacement d'un pointeur lumineux fixé sur la tête du patient comme outil de mesure. Il est demandé au sujet de viser avec le pointeur lumineux une cible placée devant lui. Puis, les yeux fermés, le sujet effectue une rotation de la tête et revient dans la position de départ. Le test mesure l'écart entre le positionnement du point lumineux sur la cible au départ de la mesure et sa position après la rotation cervicale. Il est recommandé d'utiliser ce test car il est reproductible, et permet de suivre l'état du patient.

I.7. Le retentissement fonctionnel et professionnel

Les retentissements fonctionnel (incapacité), professionnel et social (handicap évalué par la durée des arrêts de travail, les échelles d'évaluation du retentissement sur les activités de tous les jours, etc.) de la cervicalgie doivent faire partie des bilans. Il est possible d'utiliser des échelles algofonctionnelles du type « NPDS » (version française) pour évaluer le retentissement de la douleur sur les activités fonctionnelles (accord professionnel).

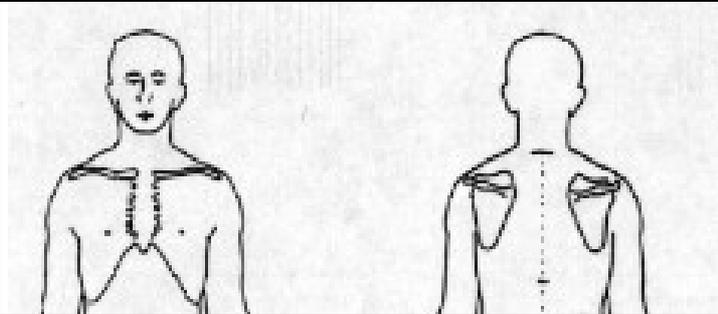
I.8. Synthèse des bilans

La synthèse du bilan fait l'objet d'un diagnostic kinésithérapique qui permet de mettre en place la stratégie thérapeutique.

I.9. Fiche de transmission

Une fiche de synthèse est adressée au prescripteur du traitement selon les modalités réglementaires. Elle synthétise les éléments liés aux résultats thérapeutiques. Une proposition de fiche de synthèse regroupant les différents paramètres recommandés est décrite ci-après.

Proposition de fiche de synthèse à adresser au médecin prescripteur.

Date : Nom : Prénom : Date de naissance : Kinésithérapeute : Médecin prescripteur :				
		Date de début	Date	Date de fin
Douleur	EVA (en mm)			
Posture	Commentaires sur la posture			
	Distance menton-fourchette sternale au repos (cm)			
Mobilité articulaire	Distance menton-fourchette sternale en F/E (cm)			
	Distance menton-acromion RD/RG (cm)			
	Distance tragus-acromion ILD/ILG (cm)			
Endurance musculaire	Temps : muscles extenseurs (sec)			
	Temps : muscles fléchisseurs (sec)			
Proprioception	Distance par rapport au centre de la cible (cm)			
Principales gênes fonctionnelles et/ou professionnelles				
Échelle NPDS (score sur 2 000)				
Commentaires généraux :				

F : flexion ; E : extension ; RD : rotation droite ; RG : rotation gauche ; ILD : inclinaison latérale droite ; ILG : inclinaison latérale gauche ; cm : centimètres ; sec : secondes.

II. TRAITEMENT KINÉSITHÉRAPIQUE

Il y a peu de techniques kinésithérapiques qui ont été validées isolément. Le plus souvent, les protocoles de recherche publiés dans la littérature associent différentes modalités thérapeutiques, ce qui rend difficile l'interprétation des résultats.

II.1. Le repos ou l'immobilisation

L'immobilisation ou la mise au repos de la région cervicale doit être d'un usage bref (2-3 jours) et proposé uniquement durant les épisodes de cervicalgie aiguë. L'immobilisation du rachis apportée par les colliers cervicaux est faible (grade C). D'une manière générale, le traitement kinésithérapique des cervicalgies communes devra associer des techniques antalgiques, articulaires, musculaires, de reprogrammation neuro-musculaire et de réadaptation à la vie normale et professionnelle (grade B). Les modalités d'association de ces techniques dépendent des résultats du diagnostic kinésithérapique.

II.2. Les agents physiques antalgiques ou anti-inflammatoires

Électrothérapie, ultrasons et infrarouges

Aucune étude méthodologiquement correcte n'a évalué isolément chacune de ces modalités thérapeutiques. Les seules études disponibles ont toujours évalué l'efficacité des agents physiques antalgiques ou anti-inflammatoires (électrothérapie, ultrasons, infrarouges) en association avec d'autres thérapeutiques kinésithérapiques. Elles suggèrent un effet positif de ces associations sans que l'on puisse mesurer le rôle spécifique joué par chacun de ces 3 types d'agent physique (grade C).

LASER

Les études contrôlées ayant évalué l'efficacité du LASER sur les douleurs cervicales ont fourni des résultats contradictoires. Il n'y a pas de raisons actuelles pour le recommander (accord professionnel).

L'électromagnétothérapie et les aimants

Ces modalités thérapeutiques n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. Elles ne sont pas recommandées (accord professionnel).

Les tractions

Il existe un manque de preuve de l'efficacité des tractions vertébrales (effectuées selon les modalités réglementaires). Elles pourraient avoir un effet bénéfique à court terme (accord professionnel).

L'hydrothérapie

Il n'a pas été retrouvé de référence spécifique évaluant l'utilité de l'hydrothérapie dans le traitement des cervicalgies.

Le massage

Il existe un consensus fort pour l'utilisation du massage manuel, malgré l'absence d'étude montrant son efficacité. L'absence de risque démontré, sa large utilisation par les kinésithérapeutes, la reconnaissance de ses bienfaits par les patients autorisent son emploi. Il ne doit pas constituer exclusivement la base du traitement kinésithérapique, mais être un adjuvant thérapeutique (accord professionnel).

Les techniques de gain de mobilité

Les techniques de mobilisations actives, passives ou de contracté-lâché participent à l'amélioration des amplitudes articulaires de la région cervicale. Ces techniques sont recommandées (grade B).

Les manipulations

Les manipulations vertébrales cervicales sont très largement employées. Elles font l'objet d'une formation spécifique. Plusieurs essais thérapeutiques contrôlés, méthodologiquement bien conduits, ont conclu à leur efficacité à court terme, mais le plus souvent dans le cadre d'associations de traitements (grade B).

Les risques d'effets secondaires liés aux manipulations sont peu fréquents, mais ils sont potentiellement graves.

Il n'en demeure pas moins que la réalisation d'un interrogatoire simple et d'un examen clinique méthodique, avec le respect des contre-indications proposées par la profession, est un préalable indispensable à la pratique des manipulations. Il est recommandé d'informer les patients des risques encourus. Il est recommandé de pratiquer les manipulations en fonction du contexte réglementaire autorisant les professionnels à exercer cette technique.

La rééducation oculo-cervicale

Les techniques visant à solliciter le repositionnement céphalique sont recommandées pour tous les types de patients cervicalgiques (grade B). Ces techniques sont proposées en complément des techniques de gain de mobilité.

Les exercices actifs

Le travail actif est recommandé dans le traitement des cervicalgies chroniques et aiguës (grade B). Les exercices actifs intensifs ne semblent pas démontrer de supériorité dans le traitement des cervicalgies chroniques par rapport aux techniques actives simples, contrairement à ce qui est observé dans le cadre des lombalgies chroniques.

III. STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE DE LA CERVICALGIE COMMUNE

Elle se décompose en 3 temps :

III.1. À court terme : le retour au calme sensoriel

Cette première partie vise la sédation de la douleur, par action sur les réactions inflammatoires et les contractures musculaires. L'objectif est de retrouver une bonne mobilité rachidienne ainsi qu'une bonne trophicité des tissus mous cervicaux.

III.2. À moyen terme : le travail de perception

Dans cette deuxième étape, le patient explore de façon analytique les différents schémas de la motricité de la région cervicale. Il découvre ou redécouvre les liens unissant la fonction de vision au rachis cervical. Il explore de même la relation fonctionnelle entre le cou et la ceinture scapulaire. Cette phase du traitement a pour but de redonner au patient un éveil sensoriel de qualité, qu'il pourra ensuite entretenir par des exercices d'autokinésithérapie. Après que le patient a présenté des résultats bénéfiques suffisants (diminution des douleurs, amélioration des amplitudes, de la force et des gestes fonctionnels), le thérapeute doit organiser le suivi à plus ou moins long terme.

III.3. À long terme : le soutien sensoriel

Les traitements masso-kinésithérapiques devront être adaptés aux résultats obtenus. À cet effet, le thérapeute peut proposer un certain nombre d'exercices à visée d'éveil sensoriel (gestes matinaux d'entretien de la mobilité rachidienne et travail de perception musculaire) et d'entretien de la force musculaire. Il peut alors espacer le rythme des séances, dont l'objectif est de vérifier l'acquisition par le patient de certains paramètres : bonne posture, bonne récupération des efforts, bonne trophicité des tissus.

Les objectifs du traitement d'éveil sensoriel sont adaptés en fonction des besoins de chaque patient. Les traitements proposés prennent en compte l'âge, le sexe, les activités professionnelles et sportives du patient (accord professionnel).

IV. STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE DANS LE CADRE DU « FLÉAU CERVICAL » (APPELÉ PARFOIS « COUP DU LAPIN » OU EN ANGLAIS *WHIPLASH*)

Plusieurs essais thérapeutiques contrôlés ont montré un effet bénéfique à court terme des techniques de mobilisation active à condition d'être appliquées précocement (grade B). Ces études n'ont pas recensé d'effet secondaire grave. Cependant, en raison du retard possible au diagnostic de lésions graves dans les suites de ces traumatismes, il est recommandé aux praticiens de s'appuyer sur un examen méthodique et soigné pour éliminer une contre-indication à la mise en route d'un traitement précoce par mobilisation active (accord professionnel). En cas d'évolution prolongée des plaintes, il est recommandé de réadresser le patient au médecin traitant pour réévaluation du patient, en particulier pour imagerie (accord professionnel).

V. PROPOSITIONS D' ACTIONS FUTURES

Le groupe de travail a constaté le manque d'essais thérapeutiques bien conçus pour évaluer les techniques kinésithérapiques. Cette carence est particulièrement vraie en France. Le groupe de travail encourage vivement la recherche à entreprendre des études dans ce champ d'action.

Il recommande aussi la promotion du recours à l'utilisation d'outils validés pour évaluer la mobilité du rachis.

Enfin, le rôle de l'éducation du patient dans la prévention des récurrences et/ou le maintien des résultats obtenus nécessite d'être exploré par des actions de recherche bien conduites.

PARTICIPANTS

Ces recommandations ont été réalisées à la demande de l'Association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie.

Elles ont été établies selon la méthode décrite dans le guide « Les Recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France », publié par l'ANAES en 1999.

Les sociétés savantes dont les noms suivent ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

- Association française de lutte anti-rhumatismale ;
- Association nationale des ambassades de réflexion des cadres de santé en masso kinésithérapie ;
- Association nationale des kinésithérapeutes salariés ;
- Centre de documentation et de recherche en médecine générale ;
- Collège national des généralistes enseignants ;
- Société française des masseurs kinésithérapeutes du sport ;
- Société française de médecine générale ;
- Société française de médecine physique et de réadaptation.

L'ensemble du travail a été coordonné par M. Pierre TRUDELLE, chef de projet, sous la direction du D^f Patrice DOSQUET, responsable du service des recommandations professionnelles.

La recherche documentaire a été effectuée par M^{me} Emmanuelle BLONDET, documentaliste, avec l'aide de M^{me} Laurence FRIGÈRE, sous la direction de M^{me} Rabia BAZI, responsable du service documentation.

Le secrétariat a été réalisé par M^{lle} Isabelle LE PUIL.

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé tient à remercier les membres du comité d'organisation, les membres du groupe de travail, du groupe de lecture et de son Conseil scientifique qui ont participé à ce travail.

COMITÉ D'ORGANISATION

M^{me} Françoise Bizouard, masseur
kinésithérapeute, Paris
M. François Brégeon, chargé de projet,
masseur kinésithérapeute, Paris
M. Jean-Paul Carcy, masseur kinésithérapeute,
Bourg-Madame
D^f Jean-Jacques Crappier, généraliste, Le
Mans
D^f Mathieu de Sèze, médecine physique et de
réadaptation, Bordeaux

P^f Liana Euller-Ziegler, rhumatologue, Nice
M. Bernard Jumentier, masseur
kinésithérapeute, Carvin
D^f Olivier Kandel, généraliste, Poitiers
D^f Laurence Lucas-Couturier, généraliste,
Asnières
M. Dominique Perrein, masseur-
kinésithérapeute, Paris

GROUPE DE TRAVAIL

D^f Luc Martinez, généraliste, président du groupe de travail, Bois-d'Arcy
M. François Brégeon, masseur kinésithérapeute, chargé de projet, Paris
M. Pierre Trudelle, chef de projet ANAES, Paris

D^f Gérard Andréotti, généraliste, La Crau
M. Jean-Paul Carcy, masseur kinésithérapeute,
Bourg-Madame
D^f Laure Chapuis, rhumatologue, Vitré

D^f Patrick Chevallier, généraliste, Maule
D^f Fernand De Peretti, chirurgien
orthopédique, Nice

Masso-kinésithérapie dans les cervicalgies communes et dans le cadre
du « coup du lapin » ou *whiplash*

M^{me} Hélène Duval-Lafaurie, masseur
kinésithérapeute, Angers
M^{me} Christine Gantois, masseur
kinésithérapeute, Marseille
M. Daniel Mach, masseur kinésithérapeute,
Vence
M. Éric Pastor, masseur kinésithérapeute,
Montpellier

M. Patrick Spillman, masseur kinésithérapeute,
Mouans-Sartoux
M. Jacques Vaillant, masseur kinésithérapeute,
Grenoble
P^r Philippe Vautravers, médecine physique
et réadaptation, Strasbourg

GROUPE DE LECTURE

M^{me} Françoise Bizouard, masseur
kinésithérapeute, Fontenay-sous-Bois
M. Luc BouSSION, masseur kinésithérapeute,
Vichy
D^r Yvonnick Clémence, généraliste,
Remiremont
M. Patrick Colné, masseur kinésithérapeute,
Paris
D^r Jean-Jacques Crappier, généraliste, Le Mans
M. Francis Crépon, masseur kinésithérapeute,
Saint-Maurice
M^{me} Sophie Daubercies, masseur
kinésithérapeute, Vitry-sur-Seine
D^r Mathieu de Sèze, médecine physique et
réadaptation, Bordeaux
D^r Denis De Valmont, Conseil scientifique
ANAES, Paris
M. Jean-Jacques Desmarets, masseur-
kinésithérapeute, Armentières
D^r Jean Doubovetzky, généraliste, Albi
P^r Bernard Duquesnoy, rhumatologue, Lille
M. Jean-Louis Estrade, masseur
kinésithérapeute, Issoudun
P^r Liana Euliez-Ziegler, rhumatologue, Nice
D^r Pierre Ferru, généraliste, Gençay
D^r Alain Frey, urgentiste, Poissy
M^{me} Françoise Gomez, masseur
kinésithérapeute, Bordeaux
D^r Jean-Claude Goussard, médecine physique
et réadaptation, Paris
M. Dominique Grassier, masseur
kinésithérapeute, Besançon
M. Dominique Grosse, masseur
kinésithérapeute, Mulhouse
M. Franck Guais, masseur kinésithérapeute,
Nantes
M^{me} Agnès Habert, masseur kinésithérapeute,
Valence
D^r Nicolas Halmagrand, rhumatologue, Paris
M. Gérard Henrion, masseur kinésithérapeute,
Lamalou-les-Bains

M. Yann Heymes, masseur kinésithérapeute,
La Seyne-sur-mer
M. Bernard Jumentire, masseur
kinésithérapeute, Carvin
D^r Patrick Juvin, médecine physique et
réadaptation, Paris
D^r Olivier Kandel, généraliste, Poitiers
P^r Pierre Kehr, chirurgien orthopédique,
Illkirch
M. Khelaf Kerkour, physiothérapeute,
Delemont (Suisse)
M. Christian Lacomère, masseur
kinésithérapeute, Paris
D^r Sylvie Lagrue, généraliste, Panazol
D^r Jean-Marie Lamoulière, rhumatologue, La
Seyne-sur-Mer
M. Patrick Le Roux, masseur kinésithérapeute,
Saint-Sébastien-sur-Loire
M. Jean-Jacques Lempereur, masseur
kinésithérapeute, Grenoble
M. Dominique Leroux, masseur
kinésithérapeute, Saint-Denis
D^r Laurence Lucas-Couturier, généraliste,
Asnières
M. Marc Messina, généraliste, Bidart
M. Jacques Monet, Conseil scientifique,
ANAES, Paris
M^{me} Pascale Novaro-Mach, masseur
kinésithérapeute, Biot
M. Jacek Olek, masseur kinésithérapeute,
Saint-André-de-Sangonis
M. Gilles Péninou, masseur kinésithérapeute,
Paris
D^r Dominique Perrein, généraliste, Paris
M. Michel Pocholle, masseur kinésithérapeute,
Montpellier
D^r Vincent Pointillart, chirurgien orthopédique,
Bordeaux
M. Jean-Yves Prigent, masseur
kinésithérapeute, Saint-Mamert-du-Gard
P^r Christian Roques, médecine physique et
réadaptation, Toulouse

Masso-kinésithérapie dans les cervicalgies communes et dans le cadre
du « coup du lapin » ou *whiplash*

D^r Olivier Rouillon, rééducation fonctionnelle,
Villiers-sur-Marne
M. Philippe Stévenin, Conseil scientifique
ANAES, Paris
M. Thierry Vassart, masseur kinésithérapeute,
Contrexéville

M^{me} Sylviane Villard, masseur
kinésithérapeute, Grasse
M. Philippe Voisin, masseur kinésithérapeute,
Lille-Hellemmes

FICHE DESCRIPTIVE

TITRE	Masso-kinésithérapie dans les cervicalgies communes et dans le cadre du « coup du lapin » ou <i>whiplash</i>
Type de document	Recommandation pour la pratique clinique
Date de validation	Mai 2003
Objectif(s)	Les recommandations abordent les questions suivantes : <ul style="list-style-type: none">- le bilan masso-kinésithérapique ;- les techniques kinésithérapiques ;- la stratégie thérapeutique de la cervicalgie commune ;- la stratégie thérapeutique dans le cadre du « coup du lapin ».
Professionnel(s) de santé concerné(s)	Professionnels concernés par la rééducation de ces pathologies
Demandeur	Association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie
Promoteur	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (service des recommandations professionnelles)
Pilotage du projet	M. Pierre Trudelle, chef de projet, service des recommandations professionnelles (chef de service : D ^f Patrice Dosquet) Secrétariat : M ^{me} Isabelle Le Puil Recherche documentaire : M ^{me} Emmanuelle Blondet avec l'aide de M ^{me} Laurence Frigère, service de documentation de l'Anaes (chef de service : M ^{me} Rabia Bazi)
Participants	Sociétés savantes Comité d'organisation Groupe de travail (président : D ^f Luc Martinez, médecin généraliste, Bois-d'Arcy) Groupe de lecture (cf. liste des participants)
Recherche documentaire	Recherche documentaire effectuée par le service de documentation de l'Anaes (période de recherche : janvier 1990-décembre 2002 ou sans limites selon les questions)
Auteurs de l'argumentaire	Chargé de projet : M. François Brégeon, masseur kinésithérapeute, Paris Chef de projet : M. Pierre Trudelle, service des recommandations professionnelles de l'Anaes
Auteurs des recommandations	Groupe de travail, accord du groupe de lecture
Validation	Validées par le Conseil scientifique de l'Anaes en mai 2003
Autres formats	Fiche de synthèse et argumentaire des recommandations téléchargeables gratuitement sur www.has-sante.fr