

Association
chiropratique
canadienne



Canadian
Chiropractic
Association

Recommandations en matière de pratique professionnelle

Engagement dans le cadre de la Déclaration conjointe

Janvier 2018

Introduction

Les opioïdes sont rapidement devenus l'un des principaux traitements de première ligne des douleurs aiguës et chroniques non cancéreuses. Des études ont démontré que les douleurs dorsales et autres problèmes musculosquelettiques s'inscrivaient parmi les principales causes de prescription d'opioïdes. Ce recours excessif aux opioïdes s'est fait malgré des données probantes limitées sur leur efficacité à traiter efficacement les douleurs musculosquelettiques aiguës et chroniques. Les conséquences imprévues des opioïdes sont de plus en plus évidentes et constituent un problème de santé majeur. Les conséquences sont encore plus graves au sein des populations vulnérables et marginalisées en raison de la prévalence plus élevée des douleurs lombaires et de la consommation d'opioïdes au sein de ces groupes. Toute solution devrait viser la réduction de la pression en ce sens pour privilégier des approches alternatives à la gestion des douleurs.

Comme elle en a fait état dans son livre blanc intitulé « Une meilleure approche de la gestion de la douleur », l'Association chiropratique canadienne (ACC) est convaincue que pour changer les choses et réduire le recours aux opioïdes, il est nécessaire d'adopter une approche plus globale de la gestion de la douleur. Les données probantes récentes, y compris les Recommandations canadiennes 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse, indiquent clairement que les thérapies manuelles, dont la chiropratique, devraient être des choix de première ligne pour le traitement de problèmes musculosquelettiques au sein d'équipes de santé interprofessionnelles.

En tant que signataire de la Déclaration conjointe sur les mesures visant à remédier à la crise des opioïdes du gouvernement fédéral, l'ACC s'est engagée à élaborer des recommandations pratiques et des ressources fondées sur des données probantes pour faciliter le triage et la prise en charge adéquate des Canadiens qui souffrent de problèmes musculosquelettiques aigus et chroniques et réduire leur recours aux opioïdes. Pour ce faire, elle a rassemblé plusieurs cliniciens, formateurs, chercheurs et décideurs et formé le comité

consultatif national afin d'obtenir un point de vue équilibré sur les recommandations. Ayant reçu le mandat de fournir des conseils stratégiques pour l'élaboration de ces recommandations et ressources clés, le comité a joué un rôle déterminant dans la création d'une stratégie globale ainsi que dans les premières étapes de la mise au point d'outils et de ressources pour faciliter le triage des patients et leur prise en charge par des professionnels de la santé.

Une méthodologie détaillée a été appliquée pour effectuer le travail, qui consistait entre autres à réaliser une recension sélective des écrits et des meilleures pratiques, à mener une consultation auprès des intervenants et représentants clés du milieu chiropratique et à procéder à une évaluation critique des recommandations et ressources visant à aider la prise de décisions cliniques éclairées – toujours dans l'objectif d'améliorer le triage des patients et leur prise en charge par des professionnels offrant des soins de santé conservateurs et ainsi fournir d'autres options que la prescription d'opioïdes. Les recommandations mettent l'accent sur les pratiques exemplaires en matière de traitement de la dorsalgie et de la cervicalgie par l'intermédiaire de divers points de contact avec les patients.

RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Principes généraux À titre informatif seulement

1. L'utilisation de plans de soins vertébraux multidisciplinaires fondés sur des données probantes qui sont conformes aux guides de pratique clinique et aux protocoles cliniques établis doit être envisagée dans toutes les interventions de première ligne^{1, 2, 3, 4, 5, 6}.
2. Afin d'obtenir des résultats optimaux, on encourage les professionnels de la santé à adopter une approche systématique^{A, 7} pour diagnostiquer et traiter la dorsalgie et la cervicalgie. Cette approche doit tenir compte des préférences du patient.

Triage diagnostic

3. Lorsqu'un patient présente des symptômes pour la première fois, les professionnels de la santé devraient suivre les étapes ci-après :
 - Réaliser une analyse approfondie des antécédents médicaux, ce qui peut inclure l'utilisation de l'Outil d'évaluation du risque de dépendance aux opioïdes (Opioid Risk Tool) si des opioïdes sont indiqués^{B, 8}.
 - Exclure toute pathologie sous-jacente grave (drapeaux rouges^{C, 9, 10}) et cerner les facteurs de pronostic (drapeaux jaunes^{D, 11, 12}) susceptibles d'influencer négativement le pronostic.
 - Procéder à un examen clinique ciblé.
 - Déterminer si les troubles vertébraux sont d'ordre mécanique^E ou s'ils sont attribuables à une pathologie viscérale ou non mécanique (voir l'Annexe 1)^{F, 13}

^A De la façon la plus efficace possible, c'est-à-dire de manière à générer systématiquement des résultats optimaux.

^B Ces risques comprennent les suivants : patients jeunes souffrant ou ayant déjà souffert de maladie mentale, de toxicomanie ou d'alcoolisme et patients prenant de fortes doses de médicaments sous ordonnance.

^C Les drapeaux rouges sont des troubles qui peuvent indiquer la présence d'une pathologie sous-jacente; ils peuvent comprendre l'apparition d'un trouble avant l'âge de 20 ans ou après l'âge de 55 ans, une douleur non mécanique, des antécédents de carcinome, la prise de stéroïdes, le VIH, une sensation générale de malaise, une perte de poids soudaine, des symptômes neurologiques généralisés et une déformation structurale de la colonne vertébrale.

^D Les drapeaux jaunes sont des troubles qui peuvent indiquer la présence de facteurs de risque psychosociaux susceptibles de contribuer à une chronicité du problème. Le patient peut par exemple croire que la douleur est néfaste ou invalidante, avoir peur ou éviter de faire des activités ou des mouvements, avoir tendance à être déprimé ou à s'isoler, s'attendre à obtenir des soins passifs et douter de l'utilité d'une participation active au traitement, présenter un problème de dépendance à la drogue ou à l'alcool ou être sous l'emprise de ces substances, voir les autres s'inquiéter pour lui ou, à l'inverse, être ostracisé par son entourage, ou vivre de l'insatisfaction au travail.

^E Le terme général « douleur mécanique » fait référence à tout type de douleur dorsale causée par une tension anormale sur les structures de la colonne vertébrale avec une étiologie multifactorielle.

^F Les blessures de nature traumatique ou les cas où on soupçonne une fracture doivent être gérés différemment des autres causes mécaniques des douleurs dorsales; il se peut donc que les présentes recommandations ne s'appliquent pas.



- Déterminer les traitements appropriés en fonction de la cause présumée de la douleur ou de la dysfonction (voir l'Annexe 2).
- 4. Pour le traitement initial des patients qui reçoivent un diagnostic de douleurs dorsales ou cervicales mécaniques et qui présentent des symptômes aigus^{G, 14}, subaigus^{H, 14} et chroniques^{I, 14}, on évitera le recours à des opioïdes et privilégiera les thérapies non pharmacologiques, par exemple les soins chiropratiques (voir l'Annexe 2)^{15, 16, 17, 18}.
- 5. Sauf indications spécifiques, la radiographie n'est pas recommandée pour diagnostiquer les douleurs dorsales ou cervicales mécaniques^{J, 19}.
- 6. Tous les professionnels de la santé doivent discuter des options de traitement recommandées avec leurs patients. Ils doivent travailler en collaboration avec eux afin de définir le plan de traitement le plus approprié en fonction de leur situation, de leurs moyens financiers et des soins accessibles dans leur région.

Orientation vers des options de traitement non pharmacologiques

**Principes visant les soins chiropratiques (en prévision d'efforts similaires relatifs à des traitements autres que les opioïdes)*

7. Dans le cadre de l'évaluation et de la réévaluation, des mesures d'évaluation des résultats pertinentes et éprouvées doivent être utilisées (voir l'Annexe 3)^K.
8. Les chiropraticiens doivent procéder à une analyse détaillée, mais ciblée des antécédents médicaux et à un examen physique, fournir un diagnostic ou une impression clinique, et élaborer un plan de traitement éprouvé. Ils doivent également discuter des objectifs du patient et de ses attentes envers le traitement, et obtenir de sa part un consentement éclairé conformément au Parcours des soins et aux normes de pratique (voir l'Annexe 4)^{20, 21}.
9. On doit recommander aux patients souffrant de douleurs dorsales et cervicales mécaniques d'éviter de garder le lit et les encourager à reprendre leurs activités le plus rapidement possible²².
10. Les chiropraticiens doivent tenir compte des objectifs du patient qui ont été consignés. Des stratégies d'information et d'autogestion peuvent être intégrées au plan de traitement.
11. Si les patients ne répondent pas à un traitement conservateur, ou si leur situation ne s'améliore pas dans les délais attendus compte tenu de l'histoire naturelle du problème, un cotraitement ou une orientation vers le médecin qui a fait la demande de consultation devient nécessaire.

^G Douleur aiguë : lombalgie présente pendant moins de 4 semaines.

^H Douleur subaiguë : lombalgie présente pendant 4 à 12 semaines

^I Douleur chronique : lombalgie présente pendant plus de 12 semaines.

^J Les examens d'imagerie ne sont indiqués que si l'on soupçonne des « des drapeaux rouges » comme un cancer, une infection, un syndrome de la queue de cheval, un déficit neurologique grave ou progressif, ou une fracture par compression.

^K Les mesures fonctionnelles s'entendent des mesures des résultats d'un traitement selon les composantes pertinentes des fonctions, y compris les fonctions et les structures du corps, l'activité et la participation.

12. Lorsqu'un patient a retiré d'un traitement conservateur tous les bienfaits thérapeutiques possibles^L, il doit cesser d'être traité ou être redirigé vers un autre professionnel de la santé.

Soins interprofessionnels

13. La communication entre les professionnels de la santé et les patients doit être au cœur du traitement de la douleur. L'utilisation de ressources et d'outils existants, comme les dossiers de santé informatisés, peut faciliter cette communication.
14. Lorsqu'ils reçoivent une demande de consultation pour un patient, tous les professionnels de la santé doivent fournir un rapport au professionnel de la santé à l'origine de la demande. Ce rapport doit inclure les principales observations, le diagnostic ou les impressions cliniques et le plan de traitement proposé.
15. Si le patient ne répond pas au traitement, ou si son état de santé se détériore, le professionnel de la santé doit envisager de communiquer avec le médecin de premier recours.

^L Un effet thérapeutique découle d'un traitement médical jugé souhaitable et avantageux. Tous les bienfaits thérapeutiques possibles ont été obtenus lorsque les résultats ont atteint un plateau à la suite d'un traitement adéquat administré sur une période d'une durée appropriée.

Annexe 1

Exemples de douleurs vertébrales

Exemples de douleurs vertébrales mécaniques, viscérales et non mécaniques*		
Douleurs mécaniques	Douleurs viscérales	Douleurs non mécaniques
<ul style="list-style-type: none"> • Entorse lombaire • Discopathie dégénérative/dégénérescence des articulations facettaires • Hernie discale • Sténose du canal rachidien • Spondylolisthésis • Traumatiques • Maladie congénitale 	<ul style="list-style-type: none"> • Anévrisme de l'aorte • Région pelvienne (p. ex., troubles gynécologiques, prostatite) • Troubles rénaux (p. ex., infection urinaire) • Troubles gastro-intestinaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Néoplasie • Infection • Arthrite inflammatoire • Maladie de Paget • Maladie de Scheuermann • Syndrome myofascial

* Jarvik JG, Deyo RA. Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Ann Intern Med.* 2002; 137: 586-97. PMID: [12353946](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12353946/).

#Les exemples d'« instabilité rachidienne » et de « lésion discale interne » ont été retirés de l'article original sur l'avis d'un spécialiste.



Annexe 2

Traitements non pharmacologiques

		Traitements non pharmacologiques appuyés par des guides de pratique clinique								
		Manipulation vertébrale ou mobilisation	Exercice	Réadaptation	Massage	Acupuncture	Tai-chi ou yoga	Thérapie cognitivo- comportementale	Relaxation	Chaleur superficielle
Douleurs dorsales	Aiguës et subaiguës ^{23,} 24, 25	X			X	X				X
	Chroniques ²⁶ , 27, 28, 29	X	X	X		X	X	X	X	
Douleurs cervicales	Aiguës et subaiguës ^{30,} 31	X	X							
	Chroniques ³²	X	X	X	X		X	X		

« X » signifie que le traitement est appuyé par un guide de pratique clinique associé à certains troubles précis.

Annexe 3

Liste de certains outils d'évaluation des résultats couramment utilisés

Mesures d'évaluation des résultats : Résultats d'un test objectif et validé qui est utilisé pour déterminer/quantifier la douleur et les fonctions d'un patient à l'état normal et évaluer les progrès à chacune des phases du traitement.

Mesures pronostiques : Toute mesure utilisée pour évaluer ou quantifier de façon objective les facteurs/caractéristiques permettant de prévoir la réponse à une intervention thérapeutique.

Liste d'outils d'évaluation des résultats validés couramment utilisés :

Incapacités

Oswestry Disability Index (ODI)

ODI Instrument
ODI Instrument Review

Neck Disability Index (NDI)

NDI Instrument
NDI Instrument Review

Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ)

RDMQ Instrument
RMDQ Instrument Review

Headache Disability Index

Headache Disability Index Scoring

Capacité fonctionnelle et stratification

STarT Back Screening Tool

STarT Back Tool Instrument
STarT Back Tool Instrument Review

État de santé

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ)

PHQ-9 Instrument
Instrument Review

Opioid Risk Tool

Opioid Risk Tool Instrument
Opioid Risk Tool Instrument - Alternate Format

Facteurs psychosociaux

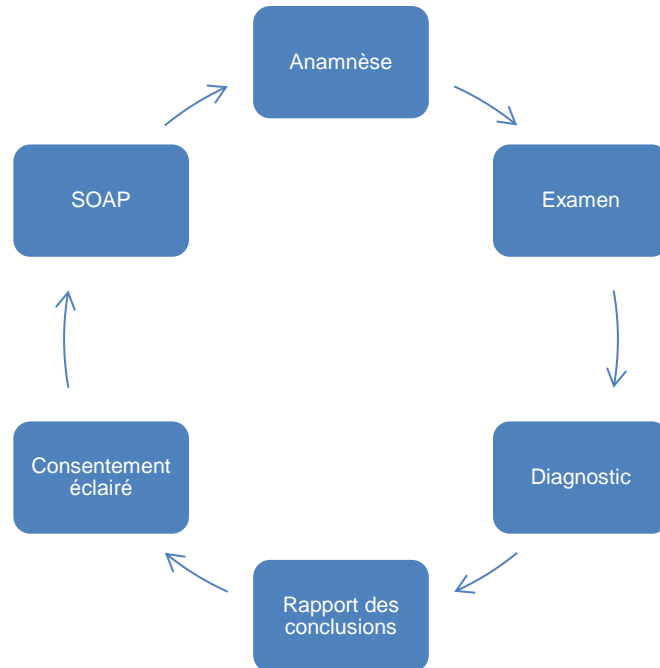
Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ)

FABQ Instrument
FABQ Instrument Review

Assessing Psychosocial Yellow Flags in Acute Low Back Pain Instrument

Annexe 4

Parcours de soins



Anamnèse : Analyse détaillée et ciblée des problèmes de santé actuels et passés du patient qui comprend notamment les traitements en cours, les médicaments actuellement consommés et les antécédents de santé familiaux.

Examen : Examen fondé sur l'information fournie par le patient.

Diagnostic : Diagnostic, notamment différentiel, fondé sur l'anamnèse et les conclusions de l'examen.

Rapport des conclusions : Le rapport des conclusions est une partie importante du processus dans le cadre duquel le patient participe aux discussions sur son traitement. Le patient a ainsi l'occasion d'exprimer ses préférences, de poser des questions à propos du plan de traitement et de jouer un rôle actif.

Consentement éclairé : Le consentement éclairé s'entend de la discussion sur les risques et les avantages du traitement proposé au patient ainsi que sur les solutions de rechange. Le contenu des échanges

est consigné dans un document qui est ensuite signé.

SOAP : Sommaire du traitement prodigué au patient et de sa réaction au traitement. Les notes SOAP doivent démontrer que le traitement prodigué s'inscrit dans les objectifs définis dans le plan de traitement.

Source : Association de protection chiropratique canadienne



Références

- ¹ Dorflinger L, Moore B, Kerns R, et al. A partnered approach to opioid management, guideline concordant care and the stepped care model of pain management. *J Gen Intern Med.* 2014; 29(Suppl 4): 870-6. doi: [10.1007/s11606-014-3019-2](https://doi.org/10.1007/s11606-014-3019-2).
- ² Paskowski I, Schneider M, Stevans J, Ventura JM, Justice BD. A hospital-based standardized spine care pathway: report of a multidisciplinary, evidence-based process. *J Manipulative Physiol Ther.* 2011; 34(2) :98-106. doi: [10.1016/j.jmpt.2010.12.004](https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2010.12.004).
- ³ Mior S, Gamble B, Barnsley J, Côté P, Côté E. Changes in primary care physician's management of low back pain in a model of interprofessional collaborative care: an uncontrolled before-after study. *Chiropr Man Therap.* 2013; 21(6). doi: [10.1186/2045-709X-21-6](https://doi.org/10.1186/2045-709X-21-6).
- ⁴ Mior S, Barnsley J, Boon H, Ashbury FD, Haig R. Designing a framework for the delivery of collaborative musculoskeletal care involving chiropractors and physicians in community-based primary care. *J Interprof Care.* 2010; 24(6): 678-89. doi: [10.3109/13561821003608757](https://doi.org/10.3109/13561821003608757).
- ⁵ Goertz C, Long C, Hondras M, et al. Adding chiropractic manipulative therapy to standard medical care for patients with acute low back pain: results of a pragmatic randomized comparative effectiveness study. *Spine.* 2013; 38(8): 627-34. doi: [10.1097/BRS.0b013e31827733e7](https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31827733e7).
- ⁶ Passmore SR, Toth A, Kanovsky J, Olin G. Initial integration of chiropractic services into a provincially funded inner city community health centre: a program description. *JCCA.* 2015; 59(4): 363-72. PMID: [PMCID: PMCID: PMC4711334](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2711334/).
- ⁷ Fourney DR, Dettori JR, Hall H, Härtl R, McGirt MJ, Daubs MD. A systematic review of clinical pathways for lower back pain and introduction of the Saskatchewan spine pathway. *Spine.* 2011; 36(21 Suppl): S164-71. doi: [10.1097/BRS.0b013e31822ef58f](https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31822ef58f).
- ⁸ Opioid Risk Tool, McMaster University. Tiré du site http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/cgop_b_app_b02.html. Consulté le 11 août 2017.
- ⁹ Bratton RL. Assessment and Management of Acute Low Back Pain. *Am Fam Physician.* 1999; 15;60(80): 2299-306. PMID: [10593321](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10593321/).
- ¹⁰ Deyo RA. Low back pain in primary care. *BMJ.* 2014; 349: g4266. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.g4266>.
- ¹¹ Center for Effective Practice. Management of chronic non cancer pain. March 2017. Tiré du site https://thewellhealth.ca/wp-content/uploads/2017/03/CEP_CNCP_Main_V1.pdf. Consulté le 11 août 2017.
- ¹² Linton & Halldén. Guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain: Risk factors for long-term disability and work loss. 1996. Tiré du site http://www.chiro.org/LINKS/GUIDELINES/FULL/NEW_ZEALAND/Guide_to_Assessing/patient.html. Consulté le 11 août 2017.
- ¹³ Jarvik JG, Deyo RA. Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Ann Intern Med.* 2002; 137(7): 586-97. PMID: [12353946](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12353946/).
- ¹⁴ Summaries for Patients. Noninvasive treatments for acute, subacute and chronic low back pain. *Ann Intern Med.* 2017; 166(7): I-20–I-24. doi: [10.7326/P17-9032](https://doi.org/10.7326/P17-9032).
- ¹⁵ Qaseem A, Wilt T, McLean R, Forciea A. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2017; 166(7): 514-30. doi: [10.7326/M16-2367](https://doi.org/10.7326/M16-2367).
- ¹⁶ Busse JW, Craigie S, Juurlink DN, Buckley DN, et al. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *CMAJ.* 2017; 189(18): E659-66. doi: [10.1503/cmaj.170363](https://doi.org/10.1503/cmaj.170363).
- ¹⁷ Centers for Disease Control and Prevention. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain. Dernière mise à jour de la page : 15 mars 2017. Tiré du site <https://www.cdc.gov/drugoverdose/prescribing/guideline.html>. Consulté le 11 août 2017.
- ¹⁸ Wong JJ, Côté P, Sutton DA, et al. Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTiMa) Collaboration. *Eur J Pain.* 2017; 21(2): 201-16. doi: [10.1002/eip.931](https://doi.org/10.1002/eip.931).
- ¹⁹ Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, et al, on behalf of the COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain. Chapter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J.* 2006; 15(Suppl 2), s192-s300. doi: [10.1007/s00586-006-1072-1](https://doi.org/10.1007/s00586-006-1072-1).
- ²⁰ Groupe de travail sur l'expérience-patient (non publié).
- ²¹ Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.* 2001. Washington, DC: National Academies Press. p. 6. doi: <https://doi.org/10.17226/10027>.
- ²² Wong JJ, Côté P, Sutton DA, et al. Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTiMa) Collaboration. *Eur J Pain.* 2017; 21(2): 201-16. doi: [10.1002/eip.931](https://doi.org/10.1002/eip.931).
- ²³ Qaseem A, Wilt T, McLean R, Forciea A. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2017; 166(7): 514-30. doi: [10.7326/M16-2367](https://doi.org/10.7326/M16-2367).
- ²⁴ Walker BF, French SD, Grant W, Green S. A Cochrane review of combined chiropractic interventions for low-back pain. *Spine.* 2011; 36(3): 230-42. doi: [10.1097/BRS.0b013e318202ac73](https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e318202ac73).
- ²⁵ Wong JJ, Côté P, Sutton DA, et al. Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTiMa) Collaboration. *Eur J Pain.* 2017; 21(2): 201-16. doi: [10.1002/eip.931](https://doi.org/10.1002/eip.931).
- ²⁶ Qaseem A, Wilt T, McLean R, Forciea A. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2017; 166(7): 514-30. doi: [10.7326/M16-2367](https://doi.org/10.7326/M16-2367).



-
- ²⁷ Wong JJ, Côté P, Sutton DA, et al. Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMa) Collaboration. *Eur J Pain*. 2017; 21(2): 201-16. doi: [10.1002/ejp.931](https://doi.org/10.1002/ejp.931).
- ²⁸ Dougherty PE, Karuza J, Savino D, Katz P. Evaluation of a modified clinical prediction rule for use with spinal manipulative therapy in patients with chronic low back pain: A randomized clinical trial. *Chiropr Man Therap*. 2014; 22(1): 41. doi: [10.1186/s12998-014-0041-8](https://doi.org/10.1186/s12998-014-0041-8).
- ²⁹ Wong JJ, Côté P, Sutton DA, et al. Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMa) Collaboration. *Eur J Pain*. 2017; 21(2): 201-16. doi: [10.1002/ejp.931](https://doi.org/10.1002/ejp.931).
- ³⁰ Bryans R, Decina P, Descarreaux M, Duranleau M, et al. Evidence-based guidelines for the chiropractic treatment of adults with neck pain. *J Manipulative Physiol Ther*. 2014; 37(1): 42-63. doi: [10.1016/j.jmpt.2013.08.010](https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2013.08.010).
- ³¹ Bussi eres AE, Stewart G, Al-Zhoubi F, et al. The treatment of neck pain-associated disorders and whiplash-associated disorders: A clinical practice guideline. *J Manipulative Physiol Ther*. 2016; 39(8): 523-564e27. doi: [10.1016/j.jmpt.2016.08.007](https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2016.08.007).
- ³² Bryans R, Decina P, Descarreaux M, Duranleau M, et al. Evidence-based guidelines for the chiropractic treatment of adults with neck pain. *J Manipulative Physiol Ther*. 2014; 37(1): 42-63. doi: [10.1016/j.jmpt.2013.08.010](https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2013.08.010).