

UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2025

THESE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Efficacité de l'ostéopathie dans les lombalgies chroniques
en médecine générale : une revue systématique de
littérature**

Présentée et soutenue publiquement le 31 janvier
2025 à 14h00 au pôle recherche

Par Samy AJOODHA

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Nassir MESSAADI

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Adnane DABRI

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Abdelmadjid KHEDIM

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sigles

OMT	Technique de manipulation ostéopathique
AINS	Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
EVA	Echelle Visuelle Analogique
FDR	Facteur de risque
CLBP	Chronic low back pain ou lombalgie chronique
HAS	Haute Autorité de Santé
IRM	Imagerie par Résonnance Magnétique
OD	Ostéopathe
MD	Docteur en medecine
NIH	<i>National Institute of Health</i>
RMDQ	<i>Rolland Morris Disability Questionnaire</i>
ODI	<i>Oswestry Disability Index</i>
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta Analyses</i>
SF-36	<i>Short-Form 36</i>
TSK	<i>Tampa scale of kinesophobia</i>

SOMMAIRE

Avertissement	2
Remerciements	Erreur ! Signet non défini.
Sigles	3
Introduction	5
1. Introduction générale et définitions.....	5
2. La lombalgie chronique commune.....	5
Matériel et méthodes	7
1. Sélection des articles	7
2. Analyse des données	7
3. Niveau de preuve des articles	8
Résultats.....	9
1. Sélection des articles	9
2. Flow chart.....	10
3. Caractéristiques des études.....	16
Discussion.....	20
1. Synthèse des résultats des articles sélectionnés	20
2. Limites de cette revue	25
3. Perspectives.....	26
Conclusion	28
Références	29
Annexe 1 – PRISMA 2020	32
Annexe 2 – Équations de recherche	33

Introduction

1. Introduction générale et définitions

La lombalgie est une douleur localisée dans la région lombaire, entre la charnière thoraco-lombaire et le pli fessier inférieur. La douleur est dite aiguë jusqu'à 6 semaines, subaiguë (ou persistante) entre 6 semaines et 3 mois, et chronique au-delà de 3 mois.(1)

Les lombalgies se divisent en lombalgies communes et lombalgies symptomatiques.(2) Ces dernières sont liées à des pathologies sous-jacentes spécifiques, comme des infections ou des tumeurs. À l'inverse, les lombalgies communes, majoritairement d'origine mécanique, surviennent sans signes d'alerte.(3) Elles sont souvent associées à des atteintes dégénératives des disques ou des articulations, voire à des troubles de la statique vertébrale.(4)

La lombalgie commune est un problème majeur de santé publique dans de très nombreux pays industrialisés, dont la France.(5) La lombalgie chronique constitue le 8e motif de consultation le plus fréquent.(6)

L'ostéopathie est une méthode de diagnostic et de traitement fondée sur une palpation rigoureuse qui permettrait de détecter des tensions cachées ou de minimes mouvements osseux et de les corriger par des manipulations adaptées.(7)

L'ostéopathie a connu une forte croissance en France au cours des deux dernières décennies. Le nombre d'ostéopathes par habitant dans le pays est désormais le plus élevé au monde.(8) Cette expansion s'explique en partie par l'instauration du titre d'ostéopathe avec la loi Kouchner de 2002, ainsi que par l'ouverture de la profession aux non-médecins.(9) Le nombre d'ostéopathes est ainsi passé d'environ 4 000 entre 2002 et 2007 à près de 40 000 en 2024.(10)

Cette croissance est également alimentée par la demande croissante et la popularité de l'ostéopathie, qui est la médecine complémentaire la plus répandue en France. En effet, trois Français sur cinq ont déjà consulté un ostéopathe.(11)

Dans cette étude, nous nous concentrerons sur l'utilisation de l'ostéopathie pour le traitement des lombalgies chroniques communes.

2. La lombalgie chronique commune

a. Facteurs de risques

De multiples facteurs de risque (FDR) de la lombalgie chronique commune ont été identifiés dans la littérature, avec des niveaux de preuve scientifique variés.(12) Parmi les FDR disposant d'un fort niveau de preuve scientifique, la littérature met en avant : les antécédents de lombalgie, incluant la sévérité de la douleur, la durée de la lombalgie, la gravité de l'incapacité fonctionnelle, la présence d'une sciatique, les antécédents d'arrêt de travail liés à la lombalgie, ainsi que les antécédents de chirurgie lombaire. Par ailleurs, d'autres FDR, bien que soutenus par un niveau de preuve

intermédiaire, tels que les facteurs socioprofessionnels et psychologiques, doivent également être pris en compte.(13)

b. Prévention

La prévention des lombalgies chroniques communes repose principalement sur des stratégies associant exercice physique et éducation. Selon une méta-analyse, ces approches combinées réduisent de manière significative le risque d'épisodes de lombalgie(14). L'exercice seul peut aussi contribuer à diminuer ces risques(15). L'utilisation de ceintures lombaires, l'éducation seule(16) ou le port de semelles orthopédiques se sont avérées inefficaces(17) pour prévenir les épisodes de lombalgie ou les arrêts de travail qui y sont liés. Ces résultats soulignent l'importance d'intégrer des programmes réguliers d'exercice et d'éducation pour prévenir les récurrences et les impacts à long terme des douleurs lombaires.(18)

c. Traitements

La lombalgie chronique ne peut être guérie par un traitement spécifique, mais des interventions existent pour atténuer la douleur, réduire les limitations fonctionnelles et gérer les conséquences d'une douleur prolongée.(19)

Un des enjeux essentiels dans la gestion de la lombalgie chronique consiste donc à orienter les patients vers des approches validées telles que les traitements antalgiques, l'éducation et les exercices physiques et à les éloigner des offres de soins peu fiables et trompeuses(20).

Le recours à l'ostéopathie peut également être envisagé comme option de traitement pour la gestion de la lombalgie chronique.(21) Cependant, l'ostéopathie demeure une pratique controversée dans le domaine médical, et son efficacité n'est pas toujours reconnue par la communauté scientifique.(22)

d. Épidémiologie

La lombalgie chronique (CLBP) représente un enjeu de santé publique majeur, particulièrement dans les pays industrialisés où elle constitue l'affection bénigne la plus coûteuse au sein de la population active(23). En France, la prévalence de la lombalgie chronique est estimée à environ 9 % dans la population générale, avec un impact économiques considérables, les consultations pour lombalgies représentant 1,5% des dépenses de santé en 2003. Tandis que les arrêts de travail prolongés et l'invalidité en faisaient la première cause d'incapacité chez les moins de 45 ans.(24) Ces données soulignent l'importance d'une meilleure compréhension et prise en charge de la CLBP.

e. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'efficacité de l'ostéopathie dans le traitement des lombalgies chroniques communes en médecine générale, en s'appuyant sur une revue systématique de la littérature.

Ce travail ambitionne ainsi de contribuer à une meilleure compréhension de la place de l'ostéopathie dans l'arsenal thérapeutique des lombalgies chroniques, tout en sensibilisant les professionnels de santé aux approches validées par la recherche.

Matériel et méthodes

Conformément aux directives internationales PRISMA (Annexe 1) cette étude se présente comme une revue systématique de littérature.

1. Sélection des articles

La recherche, la collecte et la sélection des articles ont été réalisées par 3 opérateurs indépendants du 16 juin au 20 septembre 2024.

Google Scholar, Web of Science, PubMed, Embase et Excerpta Medica étaient les 5 bases de données utilisées pour la sélection d'articles.

Les mots clés MeSh pour la collecte d'articles sont les suivants : (Osteopathy), (Osteopathic medicine), (Chronic low back pain), (Persistent low back pain), (Primary care), (Family practice), (Family medicine), (General practice), et (General medicine). Plusieurs équations de recherche ont été rédigées selon la base de données (Annexe 2).

Seuls les essais cliniques rédigés en français ou en anglais traitant d'une population humaine âgée de 18 ans ou plus ont été inclus, tout autre type de publication tels que les méta-analyses, les revues de littérature, les mémoires et les thèses par exemple ont été exclus. Les études n'abordant pas le thème exclusivement des lombalgies chroniques furent également exclus : les lombalgies aiguës (lombalgies de moins de trois mois), les lombalgies secondaires (tumeurs, infections, traumatismes etc.), les études associant d'autres médecines alternatives. Il faut souligner qu'en raison d'un trop grand nombre d'articles, seuls les articles des 10 premières pages triées par pertinence sur les 100 disponibles sur Google Scholar ont été sélectionnés.

Une fois cette étape terminée, l'application web Rayyan QRCI spécialisée dans les revues systématiques de littérature a été utilisée dans le processus de sélection, et de manière anonyme par trois auteurs. S'il y avait un désaccord après la levée de l'aveugle, une discussion sur l'inclusion ou non de l'article était engagée jusqu'au consensus.

Le processus se déroulait en trois étapes successives : la première consistait à inclure ou exclure les articles sur la base de leurs titres. La seconde était de faire de même avec les articles restants sur la lecture de l'abstract. Enfin, la dernière sur la lecture de l'article dans son intégralité. Les critères d'inclusion ou d'exclusion pour chaque étape étaient préalablement définis.

2. Analyse des données

Les données de chaque article ont été résumées et agrégées dans un tableau pour faciliter leur analyse par l'auteur de la revue. Ce tableau consignait plusieurs points, notamment les références de l'article (auteur, titre, etc.), les caractéristiques de la population, les caractéristiques de l'étude, les critères de jugement principaux et

secondaires, les principaux résultats, les limites, les forces et le niveau de preuve de l'étude.

3. Niveau de preuve des articles

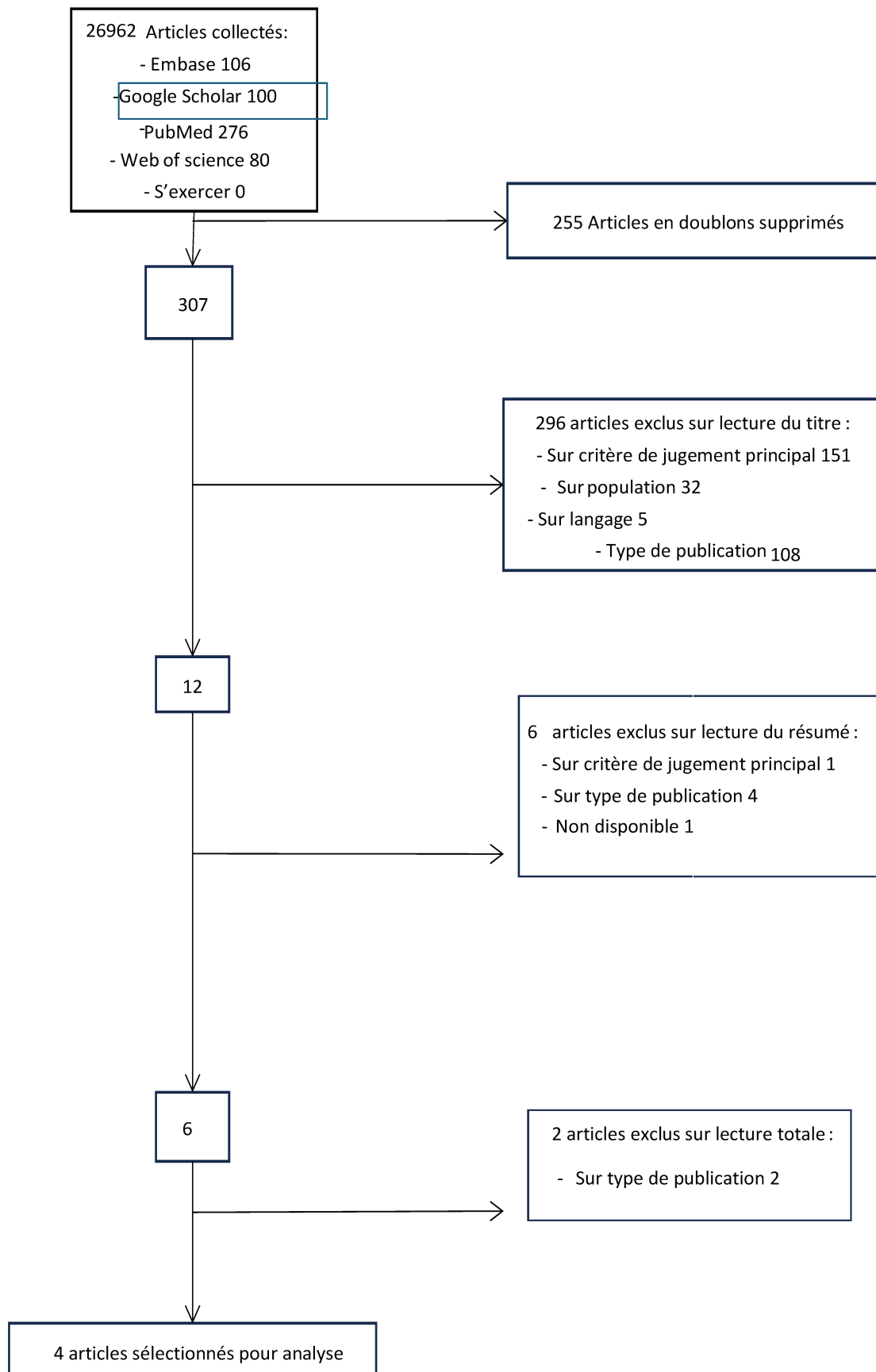
Le niveau de preuve et la qualité de l'étude ont été évalués à l'aide de plusieurs scores, la classification HAS, l'impact factor et le score de validité interne de Downs and Black (Annexe 3). La classification HAS classe les études en 4 niveaux : Niveau 1 (bonne qualité), Niveau 2 (moyenne qualité), Niveau 3 et Niveau 4 (mauvaise qualité). L'impact factor est calculé à l'aide des données du Journal Citation Reports (JCR) et se définit par le nombre de citations qu'une revue reçoit au cours d'une année, divisé par le nombre d'articles publiés dans cette revue au cours des deux années précédentes. Le score de validité interne de Downs and Black est un questionnaire comportant 27 items évaluant la méthodologie des études.

Résultats

1. Sélection des articles

Un total de 562 articles a été sélectionné à partir des différentes bases de données, dont 255 doublons supprimés à l'aide du logiciel ZOTERO. Sur les 307 articles restants 4 ont été retenus pour la revue.

2. Flow chart



Pain and functional recovery from chronic low back pain over 12 months: implications for osteopathic medicine

John C. Licciardone and Vishruti Pandya

From the journal: Journal of Osteopathic Medicine 24 august 2022

	Caractéristiques de la population	Caractéristiques de l'étude	Critères de jugement	Principaux résultats	Forces et limites	Niveau de preuve
RL 1	-740 patients -Sex ratio 189 hommes pour 551 femmes -Age moyen 42,9 + ou – 13,1 -507 (68%) souffraient de lombalgie depuis >5 ans -262 utilisaient des opioïdes -patients recrutés dans le registre de la douleur PRECISION Critères d'inclusion : -inscription au registre PRECISION entre 2016 et 2020 -lombalgie depuis 3-6 mois avec des douleurs au moins la moitié des jours -4 consultations trimestrielles Critères d'exclusion : -patients avec une maîtrise limitée de l'anglais -résidant dans des établissements institutionnels -les femmes enceintes	Type d'étude : Étude de cohorte prospective Lieu de l'étude : USA à l'aide de la base de données PRECISION Protocole : - Participants suivis sur 12 mois avec des évaluations trimestrielles. - Analyse basée sur les échelles de douleur (numérique) et de fonction (Roland-Morris).	Principal : -récupération durable de la douleur sur 12 mois avec EVA<1 -la récupération fonctionnelle Roland Morris < 4 Secondaires : - l'impact de facteurs psychosociaux comme l'auto-efficacité (questionnaire) face à la douleur et la tendance à catastrophiser (échelle) la douleur sur les taux de récupération.	Résultats : -740 (93,4%) des 792 participants ont participé aux 4 consultations. -Aucune récupération de la douleur maintenue à la fin des 12 mois. -16 soit 2,3% ont maintenu une récupération fonctionnelle Facteurs positifs - Auto-efficacité élevée. - Origine hispanique. Facteurs négatifs : - Niveau élevé de catastrophisme lié à la douleur. - Douleur chronique généralisée.	Forces : -Suivi de 12 mois permettant d'observer des résultats durables. -Large échantillon. -Faibles taux de données manquantes <7% -Outils de mesures validés Limites : -Le type d'étude -Biais de sélection : Les participants motivés par l'étude pourraient être plus enclins à des résultats positifs et population peu diversifiée -Absence de randomisation. -Pas d'aveuglement ni chez les participants ni chez les évaluateurs	Impact factor : 1.04 HAS : 2 /4 Score de validité : 24/27

Osteopathic manipulative treatment (OMT) for chronic low back pain: a randomized controlled trial

*John C Licciardone 1, Scott T Stoll, Kimberly G Fulda, David P Russo, Jeff Siu, William Winn, Jon Swift Jr
Journal Spine, volume 28, number 13, date 2023*

	Caractéristiques de la population	Caractéristiques de l'étude	Critères de jugement	Principaux résultats	Forces et limites	Niveau de preuve
RL 2	91 (46%) des 199 personnes qui ont répondu aux procédures de recrutement ont été randomisées Age 49 ans + ou – 12 Sexe 69% de femme Pour le groupe 1 Critères d'inclusion : - souffrant de lombalgies non spécifiques, constantes ou intermittentes, depuis au moins trois mois Critères d'exclusion : -moins de 21 ans ou de plus de 69 ans -six causes possibles de symptômes lombaires (ostéomyélite, fracture vertébrale, hernie discale, spondylarthrite, syndrome de la cauda equina ou cancer) -si chirurgie du bas du dos au cours des trois mois précédents -si indemnités d'accident du travail au cours des trois mois précédents -grossesses -une manipulation au cours des trois mois précédents ou à plus de trois reprises au cours de l'année précédente.	Type d'étude : Essai contrôlé randomisé Lieu d'études : université du Texas Fort Worth Protocole : -répartis au hasard en 3 groupes : OMT (1), manipulation fictive (SHAM), ou aucune intervention -fusion des groupes 2 et 3 Si résultats sans différence significative -groupes 1 et 2 ont bénéficiés de 7 visites sur 5 mois Et collectes des données a 1,3 et 6 mois. -groupe 3 collectes des données sur le même schéma par le biais de questionnaires postaux sans visite. -durée des séances 15-30 minutes	Critère principal Réduction de la douleur (échelle visuelle analogique). -Amélioration des limitations fonctionnelle par l'échelle de Roland-Morris (RM) Critères secondaires -Consommation d'analgésiques -Perception globale de l'amélioration. -Satisfaction des patients -Le questionnaire SF-36 a été utilisé pour mesurer l'état de santé auto-déclaré des sujets	Résultats : -66 (73%) sujets sont allés au bout de l'étude -Amélioration de la douleur dans les groupes OMT et SHAM versus sans intervention sans différence entre OMT et SHAM -Pas de différence sur le score RM entre OMT et SHAM -Les groupes OMT et SHAM ont utilisé moins de co-traitement, moins de jour de travaux perdus. Mais aucune différence entre ces 2 groupes -Amélioration de la santé mental et satisfaction dans les groupes OMT et SHAM sans différences entre les deux	Forces : -Essai contrôlé randomisé en double aveugle -Suivi sur 6 mois avec nombreuse visite Limites : -Taille de l'échantillon -comparaison versus un groupe témoin sans traitement -Manipulation réalisée par des étudiants -mauvais contrôle des co-traitements pouvant entraîner un biais -Petits effectifs -Recueil des données par auto-évaluation	Impact factor : 4.9 HAS : 2/4 Score de validité : 21/27

Osteopathic Medical Care With and Without Osteopathic Manipulative Treatment in Patients With Chronic Low Back Pain: A Pain Registry-Based Study

John C. Licciardone, DO, MS, MBA; Robert J. Gatchel, PhD

Journal of the American Osteopathic Association, Vol. 120, No. 2, 2020

	Caractéristiques de la population	Caractéristiques de l'étude	Critères de jugement	Principaux résultats	Forces et limites	Niveau de preuve
RL 3	-518 patients du registre PRECISION ont été sélectionnés et 445 (85,9%) répondaient aux critères d'éligibilités. -d'avril 2016 à février 2019 -âge de 21 à 79 ans avec âge moyen a 54 +/- 12 -308 (69,2%) femmes Critères d'inclusion : -Lombalgie depuis au moins 3 à 6 mois avec une fréquence de douleur d'au moins la moitié des jours au cours des 6 derniers mois -avoir entre 21 ans et 79 ans -anglophone -avoir un médecin qui avait prodigué des soins médicaux pour lombalgie Critères d'exclusion : -être enceinte -être institutionnalisé	Type d'étude : Observationnelle rétrospective Protocole : 445 patients sélectionnés dans le registre PRECISION : -79 ont été traités par des ostéopathes ayant recours au traitement manipulatif ostéopathique OD+OMT -48 par des ostéopathes sans traitement manipulatif ostéopathique OD-OMT -318 par des médecins MD Les patients ont rempli les instruments de collectes de données à l'aide d'un ordinateur ou d'un appareil mobile, aidés par le personnel si besoin.	Principal : -intensité de la douleur avec l'échelle d'évaluation numérique -l'évaluation fonctionnelle avec le questionnaire de Roland Morris Secondaires : -l'utilisation d'AINS et d'opioïdes avec un élément du NIH Autres données utilisées : -NIH minimum dataset comprend 40 éléments rapportés par le patient -groupe SPADE 29 points sur la qualité de vie -inventaire des antécédents médicaux et des traitements non pharmacologiques pour les lombalgies chroniques	Résultats : -Différences significatives dans l'intensité de la lombalgie selon le type de praticien et des comparaisons post hoc significatives : OD+OMT vs OD-OMT, OD+OMT vs MD -Différences significatives dans l'incapacité fonctionnelle selon le type de praticien et des comparaisons post hoc significatives : OD+OMT vs OD-OMT, OD+OMT vs MD AINS utilisés par 41(51,9%) dans le groupe OD avec OMT, 30(62,5%) dans le groupe OD sans OMT, 217(68,2%) dans le groupe MD Opioïdes utilisés par 20(25,3%) dans le groupe OD avec OMT, 17(35,4%) dans le groupe OD sans OMT, 127(39,9%) dans le groupe MD	Forces : Bonne validité externe Base de données issue d'un registre Comparateur actif Analyse comparative entre soins médicaux ostéopathiques avec et sans OMT Critères de jugement multiples augmentant la validité clinique. Limites Étude observationnelle : Faible niveau de preuve intrinsèque Absence de randomisation Biais de mesure : données autodéclarées Validité externe limitée Les résultats peuvent ne pas être extrapolables à des populations hors du registre étudié.	Impact factor : 1.5 HAS : 3/4 Score de validité : 21/27

Osteopathic manipulation treatment versus therapeutic exercises in patients with chronic nonspecific low back pain : A randomized, controlled and double-blind study

Frederico de Oliveira Meirelles^{a,b}, Júlio César de Oliveira Muniz Cunha^a and Elirez Bezerra da Silva^b Estacio de Sá University, Instituto de Educação Física e Desportos, Rio de Janeiro State University, Brazil, Rio de Janeiro
Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation 33 (2020)

	Caractéristiques de la population	Caractéristiques de l'étude	Critères de jugement	Principaux résultats	Forces et limites	Niveau de preuve
RL 4	- 42 participants au début de l'étude, 38 ont terminé l'étude Critères d'inclusion -Âge : Participants âgés de 30 à 50 ans. -Diagnostic de lombalgie chronique non spécifique, avec douleur persistante ou intermittente depuis au moins 3 mois. -Intensité de la douleur initiale supérieure à 30 mm sur l'échelle visuelle analogique (EVA). Critères d'exclusion -Hernie discale symptomatique. -Fractures vertébrales ou autres lésions structurelles identifiables. -Maladies inflammatoires comme la spondylarthrite ankylosante. -Tumeurs, infections -Syndrome de la queue de cheval -Douleurs référées d'origine viscérale -Inégalité de longueur des membres inférieurs supérieure à 20 mm. -Lésions musculaires ou ligamentaires sévères. -Grossesse -Incapacité à suivre le protocole ou absence pendant plus de deux semaines	Type d'étude : étude clinique randomisée contrôlée, en double aveugle, comparative Lieu de l'étude : Brésil Protocole 42 participants répartis en deux groupes : -Groupe actif (ACG) : 19 recevant des exercices thérapeutiques 2 séances par semaine -Groupe manipulation ostéopathique (OMTG) 23 recevant des manipulations ostéopathiques 1 séance par semaine Suivi sur 5 semaines	Principal : Réduction de la douleur lombaire chronique non spécifique mesurée par l'échelle visuelle analogique (EVA). Secondaires : -Incapacité fonctionnelle : Mesurée par l'Oswestry Disability Index (ODI) 2.0. -Kinésiophobie : Évaluée à l'aide de la Tampa Scale of Kinesiophobia. -Dépression : Analysée avec le Beck Depression Inventory.	Résultats : -Réduction de la douleur : La douleur a significativement diminué dans les deux groupes par rapport à la valeur initiale. Groupe OMTG : Réduction de la douleur significativement supérieure à celle du groupe ACG. -Incapacité fonctionnelle : Amélioration dans les deux groupes, mais plus marquée dans le groupe OMTG. Kinésiophobie et dépression Réduction significative dans les deux groupes, sans mention explicite d'une différence significative entre les groupes. Conclusion : Les deux traitements ont été efficaces, mais la manipulation ostéopathique a montré une supériorité globale, notamment sur la réduction de la douleur.	Forces : Méthodologie rigoureuse La randomisation, le double aveugle et l'utilisation de groupes parallèles avec une intervention active. Choix des interventions 2 approches largement utilisées pour le traitement Mesures pertinentes : avec des échelles validées. Limites : L'échantillon : 42 Suivi limitée : 5 semaines Population : L'âge des participants (30-50 ans) limitent l'extrapolation Biais d'intervention le double aveuglement total est difficile à garantir dans une étude impliquant des manipulations Manque de précision dans les protocoles pour une reproductibilité	Impact factor : 1.4 HAS : 2/4 Score de validité : 24/27

	Critère de jugement principal	Résultat principal	Résultats secondaires
RL1	Récupération complète de la douleur (EVA ≤ 1) et de la fonctionnalité (RMDQ ≤ 4)	Aucun participant n'a atteint une récupération complète de la douleur maintenue sur 12 mois. 2,3 % des patients ont atteint une récupération fonctionnelle	Facteurs psychosociaux tels que l'auto-efficacité sont associés positivement à une meilleure récupération fonctionnelle. Les catastrophismes liés à la douleur diminuent les chances de récupération. Facteurs positifs : •Auto-efficacité élevée •Origine hispanique Facteurs négatifs : •Catastrophisme élevé •Douleur chronique généralisée
RL2	Réduction de la douleur (EVA). Amélioration de la limitation fonctionnelle (RMDQ)	OMT et SHAM ont significativement réduit la douleur par rapport au contrôle. Aucune différence significative entre OMT et SHAM Pas de différences significatives entre OMT et SHAM dans l'incapacité fonctionnelle	Réduction modérée de l'utilisation des cothérapies dans le groupe OMT. Aucune différence significative entre les groupes dans la consommation de thérapeutiques spécifiques pour les douleurs. Une amélioration significative de la santé mentale (SF-36) dans le groupe OMT par rapport aux sujets témoins sans intervention. Une plus grande satisfaction des patients vis-à-vis de la prise en charge dans le groupe OMT et SHAM. Pas de différences significatives dans le nombres de jours de travail ou scolaire perdus.
RL3	Réduction de la douleur (EN) et amélioration fonctionnelle (RMDQ).	Différences significatives dans l'intensité de la lombalgie selon le type de praticien et des comparaisons post hoc significatives : OD+OMT vs OD-OMT, OD+OMT vs MD -Différences significatives dans l'incapacité fonctionnelle selon le type de praticien et des comparaisons post hoc significatives : OD+OMT vs OD-OMT, OD+OMT vs MD	Réduction de la prise d'AINS et d'opioïdes dans le groupe OD+OMT Les AINS ont été utilisés par 41(51,9%) dans le groupe OD+OMT, 30(62,5%) dans le groupe OD-OMT, 217(68,2%) dans le groupe MD Les opioïdes ont été utilisés par 20(25,3%) dans le groupe OD+OMT, 17(35,4%) dans le groupe OD-OMT, 127(39,9%) dans le groupe MD
RL4	Réduction de la douleur lombaire chronique non spécifique mesurée par l'échelle visuelle analogique (EVA).	La douleur a significativement diminué dans les deux groupes par rapport à la valeur initiale et une réduction dans le groupe OMTG significativement supérieure à celle du groupe ACG.	Amélioration de l'incapacité fonctionnelle dans les deux groupes, mais plus marquée dans le groupe OMTG (ODI) Réduction de la dépression dans le groupe OMTG (BDI) Réduction de la kinésiophobie dans le groupe OMTG (TSK)

Le tableau suivant résume les différents résultats des différentes études.

3. Caractéristiques des études

Les quatre articles analysés et leurs principaux résultats sont résumés dans un tableau (Collecte des données). Les études ont été menées aux États-Unis (3 études) et une au Brésil, sur des durées allant de 5 semaines à 3 ans selon les méthodologies adoptées. Les échantillons de patients variaient de 42 à 740 participants, avec une prédominance féminine dans la plupart des études, la proportion de femmes oscillant entre 57 % et 74 %.

Ces travaux, comprenaient à la fois des essais contrôlés randomisés (RL 2 et 4) et des études observationnelles longitudinales (RL 1 et 3), avec des classifications HAS allant de 2/4 à 3/4, et des impact factors compris entre 1,04 et 4,9. Les critères d'inclusion ciblaient exclusivement des patients souffrant de lombalgie non spécifique depuis au moins 3 mois. Les outils utilisés pour évaluer les résultats incluaient des échelles de douleur (VAS), des questionnaires fonctionnels (Roland-Morris Disability Questionnaire : RMDQ, Oswestry Disability Index : ODI), ainsi que des mesures psychosociales comme la Tampa Scale for Kinesiophobia : TSK et le Beck Depression Inventory : BDI

a. Étude sur la douleur

Les études montrent une diminution significative de la douleur à court, moyen et long terme, mesurée principalement par l'échelle visuelle analogique (EVA) ou la numeric rating scale (NRS) dans les groupes bénéficiant de manipulations ostéopathiques ou d'exercices thérapeutiques. Voici un résumé des résultats par article :

L'étude RL 1 montre une amélioration de la douleur (EVA<1/10) chez seulement 1,6 % des patients à 3 mois et qu'aucun n'a maintenu une récupération de la douleur au 12ème mois.

L'étude RL 2 montre des tendances significativement différentes au fil du temps entre les groupes de traitement en ce qui concerne les scores de l'EVA pour la douleur dorsale. Les sujets traités par OMT et par manipulation fictive (SHAM) ont signalé des améliorations plus importantes de la douleur dorsale que les sujets témoins sans intervention à 1, 3 et 6 mois. Le traitement manipulatif ostéopathique n'a pas apporté de bénéfices significatifs par rapport à la SHAM.

L'étude RL 3 montre des différences significatives dans l'intensité de la douleur selon l'échelle d'évaluation numérique (EN) en fonction du type de praticien. Des comparaisons post hoc significatives ont été observées pour les patients traités par des ostéopathes ayant utilisé l'OMT par rapport aux patients traités par des ostéopathes n'ayant pas utilisé l'OMT ainsi que pour les patients traités par des ostéopathes ayant utilisé l'OMT par rapport aux patients traités par des médecins. La Moyenne de l'intensité de la douleur pour l'ensemble de la population était de 6.1(2.0) sur l'EN au début de l'étude. Les résultats après intervention ne sont présentés que dans un tableau à l'aide d'un diagramme en barre.

L'étude RL 4 montre que la douleur finale (EVA) dans le groupe OMTG était significativement moindre que dans le groupe ACG après l'ensemble de la prise en charge, et que cette douleur à la fin de la prise en charge était plus faible dans les deux groupes qu'avant l'intervention. Avec des valeurs d'EVA respectives avant le traitement de 62mm (+16) versus 44mm (+22) après le traitement dans le groupe ACG et des valeurs respectives de 66mm(+17) avant le traitement versus 17mm(+17) après le traitement dans le groupe OMTG

b. Étude sur la récupération fonctionnelle et physique

Les études montrent une récupération fonctionnelle significative, principalement mesurée par l'échelle de Roland Morris, l'ODI, et/ou le SF36 Role limitation-physical scale.

L'étude RL 1 met en évidence une récupération fonctionnelle (RMDQ<4) à 3 mois chez seulement 5,6% des patients, cette récupération n'est maintenue que chez 2,3% d'entre eux à 12 mois. Le fait d'avoir un haut niveau d'auto-efficacité face à la douleur, une appartenance ethnique hispanique étaient positivement associés à cette récupération. Il n'y avait aucun lien significatif entre récupération fonctionnelle et le type de médecin (ostéopathe ou allopathe).

L'étude RL 2 ne montre pas de différences significatives entre les différents groupes au niveau de l'incapacité fonctionnelle (RMDQ). En ce qui concerne les limitations physiques dans la vie quotidienne (évalué par le SF-36), l'étude montre des différences significatives : A 1 mois ont retrouvé une amélioration plus importante du fonctionnement physique dans le groupe OMT comparativement au groupe témoins sans interventions. A 3 et 6 mois ont retrouvé une amélioration plus importante uniquement dans le groupe SHAM comparativement au groupe témoins sans interventions.

L'étude RL 3 montre des différences significatives dans la récupération fonctionnelle (RMDQ) signalée en fonction du type de praticien et du type d'intervention. Des comparaisons post hoc significatives ont été observées entre le groupe traité par des ostéopathes utilisant l'OMT versus le groupe traité par des ostéopathes n'ayant pas utilisés l'OMT. Ainsi qu'entre le groupe traité par des ostéopathes utilisant l'OMT et le groupe traité par des médecins. La moyenne du RMDQ au début de l'étude pour l'ensemble de la population était de 14.1 (5.9). Comme pour l'intensité de la douleur, les résultats du RMDQ après intervention ne sont présentés que dans un tableau à l'aide d'un diagramme en barre.

L'étude RL 4 montre que l'incapacité fonctionnelle (ODI) finale dans le groupe OMTG était significativement plus faible à celle du groupe ACG. Et que cette incapacité à la fin de l'étude était plus faible dans ces deux groupes était significativement inférieure à l'incapacité fonctionnelle initiale. Avec des valeurs respectives de l'ODI avant le traitement de 18(+8) versus 14(+7) après le traitement dans le groupe ACG et des

valeurs respectives de 16(+6) avant le traitement versus 6(+6) après le traitement dans le groupe OMTG.

c. Dépression et santé mentale

L'étude RL 1 montre qu'un haut niveau de catastrophisme lié à la douleur et une douleur chronique généralisée (impactant souvent la santé mentale) sont des facteurs négatifs

L'étude RL 2 montre que les sujets traités par OMT ont une amélioration significative de leurs santés mentales (SF-36) par rapport aux sujets témoins sans intervention à 1 mois.

L'étude RL 4 montre que la dépression finale (Beck Depression Inventory BDI) dans le groupe OMTG était significativement plus basse que la dépression initiale, et uniquement dans ce groupe. Avec des valeurs respectives du BDI avant le traitement de 12(+7) versus 10(+5) après le traitement dans le groupe ACG et des valeurs respectives de 12(+10) avant le traitement versus 6(+5) après le traitement dans le groupe OMTG. Les mêmes résultats sont retrouvés pour la kinésiophobie (Tampa Scale of Kinesiophobia TSK). Avec des valeurs respectives de la TSK avant le traitement de 41(+8) versus 40(+8) après le traitement dans le groupe ACG et des valeurs respectives de 40(+9) avant le traitement versus 33(+8) après le traitement dans le groupe OMTG.

d. Usage thérapeutique

L'étude RL2 montre que le groupe traité par OMT ont significativement moins utilisés des co-thérapies que le groupe témoin sans intervention au 6-ème mois. Aucune différence significative n'a été retrouvée au sujet des thérapeutiques médicamenteuses spécifiques aux douleurs lombaires.

L'étude RL3 montre des différences significatives sur l'utilisations d'AINS : l'utilisation d'AINS par 41 (51,9 %) patients traités par des ostéopathes utilisant l'OMT, l'utilisation d'AINS par 30 (62,5 %) patients traités par des ostéopathes sans OMT et utilisation d'AINS par 217 (68,2 %) patients traités par des médecins. Il montre également des différences significatives dans l'utilisation d'opioïdes : l'utilisation d'opioïdes par 20 (25,3%) patients traités par des ostéopathes avec l'OMT, l'utilisations d'opioïdes par 17 (35,4 %) patients traités par des ostéopathes sans OMT et l'utilisation d'opioïdes par 127 (39,9 %) patients traités par des médecins. La prise déclarée d'AINS était associée à une prise moins fréquente d'opioïdes et réciproquement.

e. Adhérence à la prise en charge

L'étude RL2 montre que la satisfaction vis-à-vis de la prise en charge est significativement plus élevée dans les groupes OMT et SHAM que dans le groupe témoins sans interventions.

f. Arrêt maladie

L'étude RL 2 ne montre pas de différence significative entre les groupes concernant le nombre de jours perdus de travail ou d'école.

Discussion

1. Synthèse des résultats des articles sélectionnés

Les quatre articles sélectionnés mettent en évidence une diversité de résultat dans la littérature concernant l'intérêt de l'ostéopathie et des traitements manipulatifs ostéopathiques dans la prise en charge de la lombalgie chronique commune. Dans l'ensemble elles soutiennent et concluent avec certaines réserves, que cette discipline permet une réduction de la douleur mesurée par des échelles standardisées (EVA et EN). (RL2, RL3, RL4)

En effet, Licciardone et al. (2023) (RL2), dans un essai contrôlé randomisé, rapportent une réduction significative de la douleur dans le groupe traité par OMT, mais sans différence significative par rapport aux manipulations fictives (SHAM). Cela soulève la question de l'efficacité intrinsèque des techniques ostéopathiques.

Dans une étude de cohorte, Licciardone et al. (2020) (RL3) rapportent également une réduction significative de la douleur chez les patients traités par des ostéopathes utilisant l'OMT.

De même, Frederico de Oliveira Meirelles et al. (2020) (RL4) rapportent une réduction significative de la douleur dans le groupe OMTG (patients traités par des techniques d'OMT). Une réduction significative est également observée dans le groupe ACG (patients traités par des exercices thérapeutiques). Cependant, contrairement à l'étude RL2, une différence significative est retrouvée entre ces deux groupes.

Cette divergence pourrait s'expliquer, d'une part, par l'expérience des praticiens : dans RL2, les manipulations dans les deux cohortes ont été réalisées par des étudiants en ostéopathie, dont le manque de pratique et d'expérience peut limiter l'efficacité des techniques utilisées, tandis que dans RL4, le groupe OMTG a été pris en charge par un ostéopathe diplômé et expérimenté, alors que le groupe ACG a été traité par des étudiants en kinésithérapie. D'autre part, la grande variabilité des pratiques ostéopathiques entre les deux études pourrait également jouer un rôle. En effet, RL4 décrit l'utilisation de techniques d'OMT très spécifiques et standardisées, tandis que la prise en charge dans RL2 semble avoir été moins encadrée et potentiellement plus variable. Ces différences méthodologiques et pratiques semblent apporter des éléments d'explication aux divergences observées entre les résultats de RL2 et RL4.

Cependant, les résultats de Licciardone et al. (2022) (RL1) nuancent ceux des études précédentes, en rapportant qu'aucune réduction significative de la douleur n'était maintenue à la fin du suivi de 12 mois. Ces différences peuvent s'expliquer par de multiples raisons, notamment des critères de jugement principaux stricts ($EVA < 1$ et $RMDQ < 4$) et le fait que les données proviennent majoritairement de participants recevant des soins dans des conditions de vie réelle. Cela contraste avec les interventions plus structurées et intensives des essais cliniques contrôlés (RL2 et RL4). Cette disparité pourrait expliquer les écarts observés avec des études comme l'essai OSTEOPATHIC, également mené par Licciardone et al., qui indiquait que l'OMT réduisait significativement la lombalgie, avec des effets supérieurs à ceux attendus des seuls effets placebo, persistant pendant au moins trois mois (25). Cependant, une

critique de cet essai a remis en question la solidité des conclusions des auteurs, en soulignant plusieurs limites méthodologiques(26).

D'autres revues de la littérature ou méta-analyses mettent en évidence la variabilité des résultats concernant l'efficacité de l'ostéopathie. Par exemple, Posadzki et Ernst rapportent que cinq essais contrôlés randomisés (ECR) ont suggéré que l'ostéopathie, comparée à diverses interventions de contrôle, entraînait une réduction significative des douleurs musculo-squelettiques. En revanche, onze autres ECR n'ont montré aucun changement notable dans ces douleurs. Pris dans leur ensemble, ces résultats ne permettent pas de fournir de preuves concluantes sur l'efficacité de l'ostéopathie comme traitement des douleurs musculo-squelettiques. (27)

Franke et al., dans une méta-analyse, montrent qu'il existe des preuves de qualité modérée indiquant une différence significative en faveur de l'OMT dans la prise en charge de la lombalgie chronique. Cependant, les auteurs soulignent la nécessité de mener des études de meilleure qualité afin de confirmer ces conclusions. (28)

De la même façon, une méta-analyse récente, publiée en 2021, aboutit à des conclusions similaires. En effet, Dal Farra et al. rapportent que l'ostéopathie améliore à court terme la douleur et l'incapacité fonctionnelle chez les patients atteints de lombalgie chronique non spécifique, mais que les résultats restent incertains à moyen terme. (29)

La plupart de ces revues de littérature et méta-analyses aboutissaient à la même conclusion : la nécessité de mener d'autres essais cliniques randomisés, de forte puissance, avec des méthodes cohérentes et rigoureuses.(30)

En ce qui concerne l'incapacité fonctionnelle, mesurée par le questionnaire standardisé d'incapacité de Roland-Morris (RMDQ) ou l'index d'incapacité d'Oswestry (ODI), le constat reste le même, avec une importante variabilité des résultats. Licciardone et al. (2020) (RL3) ainsi que Frederico de Oliveira Meirelles et al. (2020) (RL4) rapportent des améliorations significatives de l'incapacité fonctionnelle. Dans une moindre mesure, Licciardone et al. (2022) (RL1) rapportent une récupération fonctionnelle (RMDQ < 4) maintenue chez seulement 2,3 % des patients à 12 mois. Bien que cette étude mette en évidence certains facteurs positifs, comme l'auto-efficacité face à la douleur, et certains facteurs négatifs, tels qu'un haut degré de catastrophisme ou des douleurs généralisées chroniques, le faible nombre de participants ayant atteint une récupération fonctionnelle (16 sur 692) a conduit à des estimations statistiquement imprécises dans les modèles de régression. Cela a réduit la puissance de l'étude pour identifier des facteurs pertinents influençant cette récupération. Par exemple, l'ostéoporose, identifiée comme un facteur négatif de récupération, pourrait être liée à ces imprécisions.

Les résultats de Licciardone et al. (2023) (RL2) s'opposent à ceux des études précédentes, ne montrant aucune différence notable entre les groupes en termes d'incapacité fonctionnelle. Cependant, une diminution significative des limitations

physiques dans les activités quotidiennes a été observée dans le groupe OMT, évaluée par l'échelle SF-36. Ce résultat est toutefois contrebalancé par une observation inverse : les limitations physiques à 3 et 6 mois n'étaient significativement améliorées que dans le groupe soumis aux manipulations fictives (SHAM). Ces données soulignent le rôle potentiel de l'effet placebo et des interactions médecin-patient dans les résultats obtenus.

L'effet placebo, bien connu et largement étudié depuis plusieurs décennies, est reconnu comme un facteur important dans la réduction de la douleur, notamment dans de nombreux contextes thérapeutiques. Une méta-analyse publiée par Haas et al. a permis d'évaluer son efficacité globale, estimée à environ 30 %. (31) Ce pourcentage souligne l'influence considérable que peuvent avoir des éléments tels que les attentes des patients, leur perception des soins reçus et la qualité de la relation médecin-patient sur les résultats cliniques, en particulier dans le domaine de la gestion de la douleur. (32) Ces observations appuient les résultats de RL1, qui mettent en évidence l'impact de facteurs positifs, tels que l'auto-efficacité face à la douleur, et de facteurs négatifs, comme un haut degré de catastrophisme ou des douleurs généralisées chroniques, sur la récupération fonctionnelle.

L'échelle SF-36, qui comprend de multiples composantes, permet également d'évaluer la santé mentale. À l'aide de cet outil, Licciardone et al. (RL2) rapportent une amélioration significative de la santé mentale des patients du groupe OMT. Dans une perspective similaire, Frederico de Oliveira Meirelles et al. (RL4) confirment ces observations en mettant en évidence une diminution significative de la dépression, mesurée par l'échelle de dépression de Beck (BDI), ainsi qu'une réduction de la kinésiophobie, évaluée par l'échelle TSK. Ces résultats suggèrent que les interventions ostéopathiques pourraient avoir un impact favorable non seulement sur la douleur physique, mais également sur des dimensions psychologiques importantes telles que la santé mentale, la dépression et la peur du mouvement.

Licciardone et al. (RL1) est le seul article à s'être focalisé exclusivement sur la douleur et l'incapacité fonctionnelle, sans intégrer pleinement les dimensions psychosociales. Les auteurs reconnaissent cette omission comme une limite méthodologique et soulignent l'importance d'inclure des éléments psychosociaux, tels que l'anxiété et la dépression, dans le traitement des patients, en complément des approches physiques. Cependant dans une méta-analyse de Gianola et al. publiée en 2018, il est rapporté que la réadaptation biopsychosociale dans la gestion de la douleur lombaire présente un avantage cliniquement modeste par rapport aux soins habituels, mais uniquement à court et moyen termes. À long terme, bien que l'avantage soit statistiquement significatif, il n'est pas considéré comme cliniquement pertinent. (33)

Dans la même idée, Kamper et al. soulignent que les effets de la réadaptation biopsychosociale dans la lombalgie chronique, bien qu'existants, restent d'une ampleur modeste. Ils ajoutent que ces bénéfices devraient être mis en balance avec

les besoins en temps et en ressources que ce type d'approche exige, en particulier dans le cadre de la prise en charge globale des patients.(34)

Deux des quatre articles sélectionnés (RL2 et RL3) abordaient le thème de la réduction des thérapeutiques médicamenteuses chez les patients traités par OMT. Licciardone et al. (RL2) ne montrent aucune différence significative dans la consommation globale de médicaments, observant uniquement une diminution des cothérapies. À l'inverse, RL3 rapporte une réduction significative de la prise d'AINS et d'opioïdes dans les groupes traités par OMT.

Ces résultats pourraient être encourageants dans le contexte actuel. En effet, les risques et effets indésirables associés aux AINS sont bien documentés, et la consommation d'opioïdes a explosé au cours des dix dernières années, avec une forte augmentation des cas de mésusage, des intoxications et des décès liés à leur usage.(35)

Cependant, un essai contrôlé randomisé français récent, publié en 2021 par Nguyen et al., n'a trouvé aucune preuve de différence concernant la consommation d'analgésiques ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) entre le groupe recevant une OMT standard et celui bénéficiant d'une OMT simulée. Les conclusions étaient similaires pour la douleur, la qualité de vie liée à la santé et l'absentéisme au travail, soulignant ainsi des résultats peu concluants pour l'efficacité de l'OMT dans ces domaines.(36) D'ailleurs, l'étude RL2 ne montrait pas de différence significative entre les groupes en ce qui concerne le nombre de jours d'absence au travail ou à l'école. Ces résultats, combinés aux conclusions de Nguyen et al., soulignent les limites actuelles des données disponibles pour établir un impact clair de l'OMT sur des aspects socio-économiques tels que l'absentéisme. Bien que certains articles rapportent des bénéfices sur des dimensions spécifiques, comme la réduction de certains médicaments (RL3), les résultats restent hétérogènes et nécessitent des recherches supplémentaires, avec des méthodologies robustes et des échantillons suffisamment puissants pour clarifier ces observations.

Une dernière observation rapportée dans RL2 concerne l'adhérence accrue aux interventions proposées, laquelle s'accompagnait d'une satisfaction plus élevée dans les groupes OMT et SHAM par rapport au groupe contrôle sans intervention. Cependant, aucune différence significative n'a été observée entre l'utilisation de l'OMT et celle des manipulations factices. Ces résultats soulignent le rôle potentiel de l'effet placebo et des interactions thérapeutiques dans la satisfaction des patients, indépendamment de la nature spécifique de l'intervention.

Bien que les articles sélectionnés présentent plusieurs forces méthodologiques, les études comportent de nombreuses failles, biais et limites qui réduisent leur validité globale. Par exemple, RL2 et RL4 adoptent un modèle d'essais contrôlés randomisés, considéré comme un standard élevé en recherche clinique, la randomisation assurant une répartition équitable entre les groupes et contribuant à réduire les biais. L'étude

RL4, menée en double aveugle, renforce la validité interne en minimisant les biais liés à la perception des résultats par les participants et les chercheurs, bien que cette approche reste difficile à appliquer pour des interventions comme les manipulations ostéopathiques, où les perceptions des patients, la connaissance des praticiens rendent l'aveuglement partiel ou imparfait.

Cependant, la taille réduite des échantillons, respectivement 66 et 38 participants pour RL2 et RL4, limite la puissance statistique de ces études et compromet la généralisation des résultats à une population plus large. D'un point de vue populationnel, les études RL 1 et RL 3 s'appuient sur de vastes bases de données, comme le registre PRECISION, offrant ainsi une grande diversité de profils de patients et une meilleure représentativité. Cependant, leur nature observationnelle limite leur niveau de preuve en raison de l'absence de randomisation. Cette méthodologie expose à des biais de sélection, les participants inscrits dans ces registres étant souvent plus motivés ou présentant des caractéristiques spécifiques susceptibles d'influencer les résultats. De plus, la surreprésentation des femmes dans les études (69 % à 74,5 % selon les articles) constitue un biais de genre limitant la généralisation des résultats à la population globale. Un autre problème majeur réside dans le manque d'homogénéité des protocoles ostéopathiques. Les études varient considérablement, passant de manipulations ostéopathiques standardisées (RL 4) à des approches mixtes intégrées (RL 3), rendant les résultats difficilement reproductibles. De plus, la durée de suivi, souvent limitée, constitue une autre faiblesse. Par exemple, RL 4 ne suit les patients que sur une période de cinq semaines, empêchant ainsi d'évaluer les effets à moyen et long terme.

D'autres biais méritent d'être soulignés. Dans RL2, les pertes de vue atteignent 27 % à 6 mois, ce qui est significatif. Cela réduit la puissance statistique de l'étude et peut introduire un biais de sélection, les patients les plus motivés ou les moins sévèrement atteints étant probablement surreprésentés parmi ceux ayant complété le suivi. Ces pertes importantes compromettent la robustesse des conclusions et peuvent également affecter la comparabilité entre les groupes. Egalement, le déséquilibre marqué entre les tailles des groupes dans RL3 (DO avec OMT : 79, DO sans OMT : 48, MD : 318) constitue un biais potentiel, car il réduit la puissance statistique des comparaisons et complique l'interprétation des résultats. Les groupes plus petits sont plus sensibles aux variations aléatoires, tandis que le groupe MD, beaucoup plus important, peut dominer l'analyse et fausser les conclusions. Ce déséquilibre limite la comparabilité entre les groupes et pourrait refléter des biais méthodologiques plutôt que des différences réelles liées aux traitements.

Les articles analysés mettent en lumière les bénéfices potentiels des traitements ostéopathiques, notamment la réduction de la douleur et l'amélioration de l'état fonctionnel à court terme, tout en soulignant des limitations importantes. Les divergences dans les résultats s'expliquent par des méthodologies variées, des biais de sélection, des protocoles hétérogènes, des échantillons souvent réduits et des

durées de suivi limitées. De plus, la surreprésentation des femmes et les déséquilibres dans les tailles de groupes compromettent la généralisation des conclusions. Bien que certaines études apportent des résultats encourageants, ces limites méthodologiques soulignent la nécessité de mener des essais cliniques plus rigoureux, avec des échantillons plus représentatifs, des protocoles standardisés et un suivi prolongé pour mieux évaluer l'efficacité de l'ostéopathie dans la prise en charge de la lombalgie chronique.

2. Limites de cette revue

Les limites de cette étude reposent principalement sur plusieurs aspects méthodologiques et contextuels. Le faible nombre d'articles sélectionnés (quatre sur les 562 identifiés) limite la représentativité des résultats obtenus. Parmi ces articles, trois ont pour auteur principal Licciardone, un médecin ostéopathe américain et figure reconnue dans le domaine. Cette prédominance peut introduire un biais d'autorité, en accordant un poids disproportionné à ses travaux. De plus, lors de la sélection initiale basée sur les résumés, huit des douze articles pré-sélectionnés avaient également Licciardone comme auteur principal, soulignant ainsi une forte concentration autour de ses recherches.

Cette surreprésentation s'explique en partie par la pauvreté de la littérature disponible sur la thématique spécifique de notre question de recherche, probablement trop restreinte. Elle est également influencée par des critères d'inclusion limitants, notamment la prise en compte exclusive des articles publiés en anglais et en français. Ces choix, bien qu'ils visent à garantir une qualité scientifique élevée, peuvent avoir conduit à exclure des travaux pertinents publiés dans d'autres langues ou dans des contextes différents, réduisant ainsi la diversité des perspectives examinées.

De plus, le recours à un nombre restreint de bases de données, à savoir Embase, Google Scholar, PubMed, Web of Science et Excerpta Medica, a pu entraîner l'exclusion d'études pertinentes issues d'autres sources ou contextes scientifiques. Cette approche méthodologique limite la diversité des perspectives et restreint la portée des conclusions. Une stratégie de recherche plus inclusive, élargissant les bases de données et intégrant des articles rédigés dans d'autres langues ou provenant de contextes géographiques variés, offrirait une vision plus complète et nuancée de l'efficacité des traitements ostéopathiques.

Toutefois, cette thèse a également veillé à inclure dans la discussion des articles provenant d'auteurs diversifiés et à intégrer des critiques issues de revues scientifiques reconnues. Cette démarche a permis de confronter les résultats, de diversifier les perspectives et de nuancer les conclusions, compensant ainsi partiellement les limites initiales liées à la sélection des articles.

Cette revue présente plusieurs points forts, tout en reconnaissant certaines limites méthodologiques. Les bases de données explorées ont permis une recherche

diversifiée, bien que restreinte aux articles rédigés en anglais et en français. Cependant, la sélection des articles a suivi une méthodologie rigoureuse, impliquant trois investigateurs travaillant en double aveugle et respectant les recommandations de la grille PRISMA. Ces éléments renforcent la fiabilité et la transparence du processus de sélection, contribuant ainsi à la robustesse des résultats de cette revue.

Les classifications HAS des articles inclus varient entre 2/4 et 3/4, reflétant une validité intermédiaire. De même, l'impact factor des journaux dans lesquels ces études ont été publiées, oscillant entre 1,04 et 4,9, illustre une certaine hétérogénéité dans la qualité des publications. Bien que les outils de mesure utilisés, tels que l'EVA, le RMDQ, l'ODI ou encore le SF-36, soient reconnus et validés, des disparités importantes dans les protocoles ostéopathiques ainsi que la forte dépendance à l'auto-évaluation des patients introduisent des biais méthodologiques. Ces limitations affectent la comparabilité des études et la robustesse des conclusions concernant l'efficacité de l'ostéopathie.

3. Perspectives

Les résultats de cette revue de la littérature, bien que contrastés, ouvrent de nombreuses perspectives pour l'avenir de l'ostéopathie dans la prise en charge de la lombalgie chronique commune.

Cependant, pour progresser significativement, il sera essentiel de renforcer la validité des futures études en s'appuyant sur des protocoles de recherche plus rigoureux et mieux adaptés. Cela implique notamment de travailler à la standardisation des techniques ostéopathiques utilisées, afin de garantir une homogénéité dans les interventions et de faciliter la comparaison des résultats entre les études. Par ailleurs, il sera crucial d'inclure des échantillons de plus grande taille, ce qui permettra non seulement d'améliorer la représentativité des populations étudiées, mais également d'augmenter la puissance statistique des analyses.

Un autre aspect fondamental réside dans l'intégration de suivis à long terme. Ces suivis sont indispensables pour évaluer non seulement les effets immédiats des interventions, mais également leur durabilité et leur impact à plus longue échéance. Enfin, le recours à des mesures objectives, en complément des évaluations subjectives souvent privilégiées dans ce domaine, constituerait un atout majeur pour garantir une évaluation plus précise et équilibrée des résultats obtenus.

Il est également nécessaire que les études futures approfondissent la compréhension des mécanismes physiopathologiques sous-jacents à l'efficacité potentielle des techniques ostéopathiques. Pour exemple Fryer *et al.* rapporte qu'une manipulation à haute vitesse et faible amplitude appliquée à l'articulation lombo-sacrée a entraîné une réduction significative de l'excitabilité des réflexes corticospinaux et spinaux, tandis qu'aucune modification notable n'a été observée après l'intervention de contrôle. Les variations des réflexes de Hoffmann se sont avérées plus marquées que

celles des potentiels évoqués moteurs, indiquant un degré d'inhibition plus prononcé au niveau de la moelle épinière.(37) Quant à Degenhardt *et al*, il a tenté de déterminer l'effet du traitement manuel sur les cytokines et les sensations de douleur chez les personnes souffrant de lombalgie, mais les marqueurs inflammatoires dans la circulation veineuse n'ont pas permis de différencier les groupes d'étude (38). Par ailleurs, les travaux récents en neuroimagerie, qui explorent les mécanismes thérapeutiques associés à l'OMT (Osteopathic Manipulative Treatment), ouvrent des perspectives intéressantes, Tamburella *et al*. rapporte que que l'OMT, contrairement au traitement placebo, induisait des modifications de la perfusion cérébrale au repos mesurée par IRM chez de jeunes volontaires asymptomatiques.(39) Sur la base de ces études, certains auteurs suggèrent que l'OMT pourrait agir sur les voies intéroceptives. D'Alessandro *et al*. rapporte que les pratiques manuelles basées sur le toucher, comme l'ostéopathie, semblent exercer des effets anti-inflammatoires et stimuler le système parasympathique. Elles pourraient ainsi constituer une approche alternative et singulière pour moduler les états de sensibilisation temporaires ou chroniques via l'interaction avec les tissus périphériques au cours du traitement. Cette intervention favoriserait une cascade d'événements biologiques et neurologiques, impactant les processus intéroceptifs et interrompant ainsi le cercle vicieux d'une inflammation persistante à bas seuil.(40) Cependant, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour confirmer ces hypothèses.

Les comparaisons entre l'ostéopathie et d'autres modalités de traitement pour la lombalgie chronique sont également essentielles pour mieux positionner cette approche dans l'arsenal thérapeutique, les données actuelles étant limitées et parfois contradictoires. Pour mieux positionner l'ostéopathie, il serait nécessaire de mener des essais cliniques de grande envergure comparant directement l'ostéopathie à d'autres thérapies couramment utilisées, d'évaluer le rapport coût-efficacité, d'identifier les sous-groupes de patients qui pourraient en bénéficier le plus, et d'examiner les effets à long terme. Ces comparaisons plus approfondies permettraient de mieux comprendre la place de l'ostéopathie dans la prise en charge de la lombalgie chronique et d'optimiser son utilisation dans la pratique clinique.

Une évaluation médico-économique rigoureuse pourrait influencer les décisions futures concernant le remboursement de l'ostéopathie et son intégration dans les parcours de soins. En France, la question du remboursement de l'ostéopathie par l'Assurance Maladie reste un sujet de débat. Actuellement, les consultations ostéopathiques ne sont pas prises en charge par la Sécurité Sociale, bien que certaines mutuelles proposent un remboursement partiel. Le développement de guidelines cliniques spécifiques à l'ostéopathie pour la prise en charge de la lombalgie chronique pourrait améliorer la qualité des soins et standardiser les pratiques. Par ailleurs, l'exploration de l'intégration de l'ostéopathie dans la pratique de la médecine générale représente une piste intéressante pour une approche pluridisciplinaire.

Conclusion

Cette revue systématique met en lumière l'hétérogénéité des résultats concernant l'efficacité de l'ostéopathie dans la prise en charge des lombalgies chroniques communes. Si certaines études montrent des bénéfices à court terme, notamment sur la réduction de la douleur et l'amélioration fonctionnelle, les données sur le long terme restent incertaines. De plus, la distinction entre l'efficacité intrinsèque des techniques ostéopathiques et l'impact de l'effet placebo demeure un enjeu central.

Les résultats suggèrent également que l'ostéopathie pourrait contribuer à une réduction modérée de la consommation de certains médicaments tels que les AINS et les opioïdes. Cependant, les limitations méthodologiques, notamment des échantillons de petite taille, des protocoles variés et des durées de suivi restreintes, appellent à la prudence dans l'interprétation des données.

Pour renforcer la place de l'ostéopathie dans l'arsenal thérapeutique, il est impératif de mener des études rigoureuses avec des protocoles standardisés, des échantillons représentatifs et un suivi prolongé. De telles recherches permettraient de clarifier le rôle de cette discipline dans la prise en charge des lombalgies chroniques et de mieux évaluer les bénéfices cliniques et économiques.

Références

1. Zegarra-Parodi R, Dey M, Krief G. Traitement ostéopathique de patients souffrant de lombalgies chroniques communes. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. 1 févr 2012;13(1):17-24.
2. Lombalgie [Internet]. [cité 23 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/low-back-pain>
3. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 23 déc 2024]. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune
4. *synthese_aps_lombalgie_commune_chronique.pdf* [Internet]. [cité 14 oct 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-04/synthese_aps_lombalgie_commune_chronique.pdf
5. Lombalgie et hernie discale [Internet]. [cité 15 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/troubles-musculo-squelettiques/donnees/lombalgie-et-hernie-discale>
6. La lombalgie, un enjeu de santé publique [Internet]. [cité 15 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/pathologies/lombalgies/enjeu-sante-publique>
7. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine [Internet]. [cité 15 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=ost%C3%A9opathie>
8. La démographie des ostéopathes en France [Internet]. [cité 23 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.osteopathe-syndicat.fr/osteopathie-france>
9. Article 75 - Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 26 déc 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000031549014
10. *ans_tableau-des-populations-rpps_0.pdf* [Internet]. [cité 26 déc 2024]. Disponible sur: https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/ans_tableau-des-populations-rpps_0.pdf
11. L'IGAS fait un constat détaillé et préoccupant de l'ostéopathie [Internet]. 2023 [cité 5 janv 2025]. Disponible sur: <https://publications.osteopathes.pro/fr/dossiers/rapport-igas-2022/rapport-igas-2021-sur-l-osteopathie-un-constat-d%C3%A9tail%C3%A9-et-preoccupant/>
12. Coudeyre E, Ratinaud MC. Quels facteurs de risque de la lombalgie et de son passage à la chronicité ? *Rev Rhum*. 1 mars 2011;78:S52-5.
13. Fayad F, Lefevre-Colau MM, Poiraud S, Fermanian J, Rannou F, Wlodyka Demaille S, et al. Chronicité, récurrence et reprise du travail dans la lombalgie : facteurs communs de pronostic. *Ann Réadapt Médecine Phys*. 1 mai 2004;47(4):179-89.
14. Steffens D, Maher CG, Pereira LSM, Stevens ML, Oliveira VC, Chapple M, et al. Prevention of Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. févr 2016;176(2):199-208.
15. Henchoz Y, Kai-Lik So A. Exercice et lombalgies communes : revue de la littérature. *Rev Rhum*. 1 oct 2008;75(9):790-9.
16. van Poppel MNM, Koes BW, van der Ploeg T, Smid T, Bouter LM. Lumbar Supports and Education for the Prevention of Low Back Pain in Industry A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 10 juin 1998;279(22):1789-94.
17. Mattila VM, Sillanpää P, Salo T, Laine HJ, Mäenpää H, Pihlajamäki H. Orthotic insoles do not prevent physical stress-induced low back pain. *Eur Spine J*. 2011;20(1):100-4.
18. Abouzakhm S, Pouplin Jardin S, Vittecoq O, Lequerré T. Éducation thérapeutique

dans la lombalgie chronique : impact à 2 ans. Rev Rhum. 1 déc 2020;87:A96.

19. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. The Lancet. 18 févr 2017;389(10070):736-47.
20. Rozenberg S, Foltz V, Fautrel B. Stratégie thérapeutique devant une lombalgie chronique. Rev Rhum. 1 nov 2012;79:A27-31.
21. Zegarra-Parodi R, Dey M, Krief G. Traitement ostéopathique de patients souffrant de lombalgies chroniques communes. Douleurs Eval - Diagn - Trait. 1 févr 2012;13(1):17-24.
22. Inserm [Internet]. [cité 23 déc 2024]. Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie – 2012 · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/rapport/evaluation-de-lefficacite-de-la-pratique-de-losteopathie-2012/>
23. Petit Le Manac'h A, Parot-Schinkel E, Fouquet N, Richard I, Roquelaure Y. Lombalgie et prise en charge hiérarchisée : une obligation démographique. Rev Rhum. 1 janv 2011;78(1):95-6.
24. Fouquet B, Trehorel L. Conséquences économiques des lombalgies chroniques. Rev Rhum. 1 oct 2024;91(5):642-52.
25. Licciardone JC, Brimhall AK, King LN. Osteopathic manipulative treatment for low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Musculoskelet Disord. 4 août 2005;6:43.
26. Franke H. Why reservations remain: a critical reflection about the systematic review and meta-analysis « Osteopathic manipulative treatment for low back pain » by Licciardone et al. J Bodyw Mov Ther. oct 2012;16(4):411-5.
27. Posadzki P, Ernst E. Osteopathy for musculoskeletal pain patients: a systematic review of randomized controlled trials. Clin Rheumatol. févr 2011;30(2):285-91.
28. Franke H, Franke JD, Fryer G. Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis. BMC Musculoskelet Disord. 30 août 2014;15:286.
29. Dal Farra F, Risio RG, Vismara L, Bergna A. Effectiveness of osteopathic interventions in chronic non-specific low back pain: A systematic review and meta-analysis. Complement Ther Med. 1 janv 2021;56:102616.
30. Orrock PJ, Myers SP. Osteopathic intervention in chronic non-specific low back pain: a systematic review. BMC Musculoskelet Disord. 9 avr 2013;14:129.
31. Haas H, Fink H, Härtfelder G. Das Placeboproblem. In: Beckett AH, Büchi J, Chen KK, Lin TM, Haas H, Kunz W, et al., éditeurs. Fortschritte der Arzneimittelforschung / Progress in Drug Research / Progrès des recherches pharmaceutiques [Internet]. Basel: Birkhäuser; 1959 [cité 9 janv 2025]. p. 279-454. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-3-0348-7035-1_5
32. Casassus P. Effet placebo ? Effet nocebo ? Qu'en sait-on ? Médecine Mal Métaboliques. 1 mars 2021;15(2):194-200.
33. Gianola S, Andreano A, Castellini G, Moja L, Valsecchi MG. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: the need to present minimal important differences units in meta-analyses. Health Qual Life Outcomes. 15 mai 2018;16(1):91.
34. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJE, Ostelo RW, Guzman J, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2014 [cité 9 janv 2025];(9). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000963.pub3/full>
35. ANSM [Internet]. [cité 9 janv 2025]. Actualité - Antalgiques opioïdes : l'ANSM publie un état des lieux de la consommation en France. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/antalgiques-opioides-lansm-publie-un-etat-des-lieux-de-la-consommation-en-france>
36. Nguyen C, Boutron I, Zegarra-Parodi R, Baron G, Alami S, Sanchez K, et al. Effect of

Osteopathic Manipulative Treatment vs Sham Treatment on Activity Limitations in Patients With Nonspecific Subacute and Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 1 mai 2021;181(5):620-30.

37. Fryer G, Pearce AJ. The Effect of Lumbosacral Manipulation on Corticospinal and Spinal Reflex Excitability on Asymptomatic Participants. *J Manipulative Physiol Ther.* 1 févr 2012;35(2):86-93.

38. Degenhardt BF, Johnson JC, Fossum C, Andicochea CT, Stuart MK. Changes in Cytokines, Sensory Tests, and Self-reported Pain Levels After Manual Treatment of Low Back Pain. *Clin Spine Surg.* juill 2017;30(6):E690.

39. Tamburella F, Piras F, Piras F, Spanò B, Tramontano M, Gili T. Cerebral Perfusion Changes After Osteopathic Manipulative Treatment: A Randomized Manual Placebo-Controlled Trial. *Front Physiol* [Internet]. 5 avr 2019 [cité 10 janv 2025];10. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/journals/physiology/articles/10.3389/fphys.2019.00403/full>

40. D'Alessandro G, Cerritelli F, Cortelli P. Sensitization and Interoception as Key Neurological Concepts in Osteopathy and Other Manual Medicines. *Front Neurosci* [Internet]. 10 mars 2016 [cité 10 janv 2025];10. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/journals/neuroscience/articles/10.3389/fnins.2016.00100/full>

Annexe 1 – PRISMA 2020



PRISMA 2020 Checklist

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	
ABSTRACT			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	
METHODS			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	
	13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	
Reporting bias assessment	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	
	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	
RESULTS			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	
DISCUSSION			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	
OTHER INFORMATION			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	
Availability of data, code and other materials	27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Annexe 2 – Équations de recherche

Équations de recherche	
PUBMED	(Osteopathy), (Osteopathic medicine), (Chronic low back pain), (Persistent low back pain), (Primary care), (Family practice), (Family medicine), (General practice), et (General medicine) Filtres: Aucun
GOOGLE SCHOLAR	(Osteopathy), (Osteopathic medicine), (Chronic low back pain), (Persistent low back pain), (Primary care), (Family practice), (Family medicine), (General practice), et (General medicine) Filtre: dix premières pages
WEB OF SCIENCE	(Osteopathy), (Osteopathic medicine), (Chronic low back pain), (Persistent low back pain), (Primary care), (Family practice), (Family medicine), (General practice), et (General medicine) Filtres: Aucun
EMBASE	(Osteopathy), (Osteopathic medicine), (Chronic low back pain), (Persistent low back pain), (Primary care), (Family practice), (Family medicine), (General practice), et (General medicine) Filtres: Aucun
EXERCER	(Osteopathy), (Osteopathic medicine), (Chronic low back pain), (Persistent low back pain), (Primary care), (Family practice), (Family medicine), (General practice), et (General medicine) Filtres : Aucun

AUTEUR : Nom : AJOODHA **Prénom :** SAMY

Date de Soutenance : 31/01/2025

Titre de la Thèse : Efficacité de l'ostéopathie dans les lombalgies chroniques en médecine générale : une revue systématique de littérature

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST ou option : Médecine Générale

Mots-clés : osteopathy, osteopathic medicine, chronic low back pain, persistent low back pain, primary care, family practice, family medicine, general practice, general medicine.

Résumé : (2500 caractères maximum, espace et ponctuations compris)

Contexte : La lombalgie chronique commune représente un enjeu majeur de santé publique, constituant une des principales causes d'incapacité et de consultations médicales dans les pays industrialisés. Face aux limites des traitements conventionnels, l'ostéopathie est de plus en plus sollicitée comme approche complémentaire pour la prise en charge de cette pathologie. Cependant, son efficacité reste débattue au sein de la communauté scientifique, avec des résultats hétérogènes et une méthodologie souvent critiquée dans les études disponibles. Cette revue systématique vise à évaluer de manière rigoureuse les données actuelles sur l'impact des techniques ostéopathiques dans le traitement des lombalgies chroniques en médecine générale, afin de clarifier leur rôle et leurs bénéfices potentiels.

Matériel et Méthodes : Cette étude suit les directives PRISMA, des recommandations internationales conçues pour réaliser des revues systématiques d'articles déjà publiés sur un sujet. Cinq grandes bases de données seront utilisées pour identifier les articles pertinents : EMBASE, Web of Science, Google Scholar, PubMed et Excer

Résultats : Sur 562 articles collectés, 4 ont été sélectionnés pour la revue.

Conclusion : Cette revue systématique souligne l'hétérogénéité des résultats concernant l'efficacité de l'ostéopathie pour les lombalgies chroniques. Des études rigoureuses et standardisées sont nécessaires pour confirmer son efficacité et clarifier son rôle thérapeutique.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Docteur Nassir MESSAADI

Assesseurs : Monsieur le Docteur Adnane DABRI

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Abdelmadjid KHEDIM