



HAL
open science

Petits maux de la grossesse : étude de la lombalgie

Maryse Batonat

► **To cite this version:**

Maryse Batonat. Petits maux de la grossesse : étude de la lombalgie. Gynécologie et obstétrique. 2010. dumas-00558463

HAL Id: dumas-00558463

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00558463v1>

Submitted on 2 Feb 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10



UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine de Paris

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : 15 avril 2010

par

Maryse BATONAT

Née le 13 juillet 1986

Petits Maux de la Grossesse

Etude de la lombalgie

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme MAREST Cécile

Sage-Femme, Maternité Port-Royal, PARIS XIVème

GUIDE DU MEMOIRE :

Mme Catherine MENINAT

Sage-Femme enseignante, Ecole de Sage Femme de Baudelocque, PARIS XIVème

N° du mémoire : 2010PA05MA03

Remerciements

A toutes les cadres et les professeurs de service où ont été distribués mes questionnaires, de m'avoir permis de réaliser mon enquête au sein de leur maternité. De même je remercie les équipes soignantes de ces maternités pour leur aide dans la distribution des questionnaires.

A toutes les femmes qui ont pris le temps de remplir avec soin mon questionnaire.

A Mme Cécile Marest et Mme Catherine Méninat pour leur soutien tout au long de l'élaboration de ce mémoire. Vous avez su faire preuve de patience, d'écoute, et de clairvoyance dans la manière de me guider pour la réalisation de ce mémoire.

A Mlle Julie TORT, dont l'aide m'a été précieuse.

A toute l'équipe pédagogique de l'École de Sages-Femmes de Baudelocque pour l'enseignement qu'elle m'a prodigué.

A ma famille qui a su me soutenir durant ces 5 années d'études bercées de moments joyeux mais également plus difficiles. Une énorme pensée également à mes amis : Agnès MER, Noémi DIBAYULA, Kadiba COULIBALY, Carine GOMEZ, Virginie JORIS et tant d'autres qui ont su me reconforter, et me redonner de l'élan.

A toute la promotion d'étudiantes sages-femmes 2006-2010 avec qui j'ai énormément partagé durant ces 5 années. Plus particulièrement, à Mlle Mandy FRAYSSINET, Giuliana FAURE, Alix JOBBE DUVAL qui m'ont toujours apporté réconfort et soutien.

Résumé

La lombalgie est une douleur fréquente durant la grossesse. En effet, elle se présente chez environ 45% des femmes. De plus, pour environ 25% d'entre elles, cette douleur se prolongera durant la période du post-partum. Souvent considérée comme faisant partie des « petits maux de la grossesse », rappelant le « mal joli » des anciens, elle apparaît en tout cas comme un symptôme mineur pour la majorité des consultants. Diverses étiologies sont connues dont certaines sont d'ordre psychosocial.

L'objectif de cette étude est d'étudier la gestion des lombalgies. Dans un premier temps sont évalués les modes de prévention de cette atteinte spinale. Puis nous avons analysé le taux et la qualité de la prise en charge des lombalgies chez la femme enceinte. Enfin, une évaluation de l'efficacité des solutions proposées est présentée.

Une étude prospective a été menée à partir de 196 questionnaires distribués aux femmes enceintes dans 3 maternités parisiennes de différents types (type 1, 2 et 3) et de statuts différents (privé, public).

Cette étude a démontré que toutes les femmes « lombalgiques » durant la grossesse ne bénéficiaient pas d'une prise en charge de la douleur, et ce, indépendamment du type de maternité. En effet, aucune différence significative n'est ressortie dans la comparaison des taux de traitements dans ces trois maternités. Cependant, en comparant les résultats selon le statut de la maternité, nous avons pu constater que la proportion de femmes signalant leur mal et bénéficiant d'une prise en charge était significativement plus élevée dans la maternité privée.

L'existence de moyens de prévention efficaces et simples pour lutter contre la survenue de ces lombalgies ont été mis en évidence. Les patientes suivies en type 1 connaissaient un taux de prévention significativement plus élevé que celles suivies en type 2 ($X^2= 6,45$, significatif à 5%, $\alpha=5\%$) et 3 ($X^2= 9,9\%$ significatif à 1%). Ce constat était le même lorsqu'on comparait maternité publique et privée.

D'autre part, l'étude révélait que l'emploi des méthodes dites « classiques » pour palier aux lombalgies était moins fréquent que l'emploi de la médecine alternative et complémentaire (37% vs 63%). Par ailleurs, la médecine alternative s'avérait être plus efficace que la médecine classique. Cette dernière n'était responsable d'une diminution de l'EN que dans 37,7% des cas.

Au vu de nos résultats et des données de la littérature exposés dans ce travail, nous pouvons suggérer de rendre la prévention de la lombalgie systématique. La sage-femme apparaît alors comme un acteur principal de cette prévention par le biais des séances de préparation à la naissance, les consultations prénatales, l'entretien du 4^{ème} mois. De plus, l'information des patientes comme des soignants sur les moyens thérapeutiques existants semble capital afin d'obtenir un suivi complet et efficace des femmes enceintes.

Mots-clés : lombalgie, grossesse, prévention, traitement.

Abstract

Low back pain is frequent during pregnancy. Indeed, approximately 45% of women suffer from it. In addition, the pain will continue during the post-partum period for 25% of women. Often considered part of "small evils of pregnancy," recalling the "mal joli*" of the past, low back pain appears all in all as a minor symptom for most consultants. Various etiologies are known, and some are psychosocial related.

The objective of this study is to investigate how low back pain affliction is dealt with. Initially, prevention methods of the spinal affection were evaluated. Then we analyzed the rate and quality of low back pain care for pregnant women. Finally, an evaluation of the effectiveness of proposed solutions is presented.

A prospective study was conducted from 196 questionnaires distributed to pregnant women in 3 maternity wards in Paris of different types (Type 1, 2 and 3) and status (private, public).

This study showed that women suffering from low back pain during pregnancy did not benefit from treatment addressing the pain regardless of their maternity ward. Indeed, no significant differences emerged in comparing the rates of treatment in the maternity wards. However, comparing the results according to maternity wards status, we found that the proportion of women reporting their affliction and receiving treatment was significantly higher in the private maternity ward.

The presence of simple and effective tools to prevent the manifestation of these low back pains was identified. Patients followed in type 1 maternity ward had a prevention rate significantly higher than those in type 2 ($X^2 = 6.45$, significant at 5%, $\alpha = 5\%$) and 3 ($X^2 = 9.9\%$ significant at 1%). This finding was similar when comparing public and private maternity wards.

The study revealed that use of methods known as "classical" to compensate for low back pain was less frequent than use of complementary and alternative medicine (37% vs. 63%). Moreover, alternative medicine proved to be more effective than conventional medicine. The latter was responsible for a decrease of in 37.7% of cases only.

Based on our results and complementary readings on the subject, we believe, prevention of low back pains should be systematic through preparation sessions at birth, prenatal consultations and maintenance of the 4th month consultation. Midwives would play a key factor in those activities. In addition, information on existing therapeutic alternative is capital to achieve comprehensive and effective monitoring of pregnant women and should, therefore, be provided to patients and caregivers.

Keywords : Low back pain, pregnancy, prevention, treatment.

Table des matières

INTRODUCTION	1
Première partie : LES LOMBALGIES DURANT LA GROSSESSE ET LE POST-PARTUM	3
1. Les Etiologies de la lombalgie.....	4
1.1. <i>La contrainte bio-mécanique</i>	4
1.1.1 L'hyperlordose	4
1.1.2 Les hormones	5
1.2. <i>Les éléments vasculaires</i>	6
1.3. <i>Les facteurs musculaires</i>	7
1.4. <i>L'environnement psychosocial</i>	8
2. Les facteurs de risque	9
3. Le diagnostic	10
4. L'évolution des lombalgies pendant la grossesse et le post-partum ...	12
Deuxième partie : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	18
1. Problématique	19
2. Objectifs.....	19
3. Hypothèses	20
4. Matériel et Méthode	20
4.1 <i>Outils</i>	20
4.2 <i>La Méthode</i>	21
4.3 <i>Logiciels et statistiques</i>	21
5. Présentation des résultats de l'étude	22
5.1 <i>Le taux de lombalgies dans la population étudiée</i>	22
5.2 <i>Taux de prévention</i>	24
5.2.1. En général.....	24
5.2.2. Selon les maternités.....	25
5.3 <i>Le Traitement</i>	26
5.3.1. En général.....	26
5.3.2. Traitement en fonction des différents facteurs.	26
5.3.3. Le type de Traitement	30
5.4 <i>L'Intensité de la douleur</i>	34
5.5 <i>Evaluation de la satisfaction des femmes</i>	37

5.5.1. A propos de l'écoute	37
5.5.2. A propos de la prise en charge reçue	38
Troisième partie : ANALYSE ET DISCUSSION.....	39
1. Biais de l'étude	40
2. Discussion.....	41
2.1 <i>La Prévention</i>	41
2.2. <i>Le taux de prise en charge des lombalgies</i>	47
2.3. <i>Taux et qualité de la prise en charge en fonction des maternités</i>	50
2.4. <i>Type et efficacité de la prise en charge</i>	52
2.4.1. Les médicaments	53
2.4.2. Méthodes éducatives, naturelles.....	55
2.4.3. Paramédical.....	56
2.4.4. Médecine alternative et complémentaire	57
2.4.5. Les agents physiques, chimiques.....	61
3. Propositions	62
CONCLUSION	65
BIBLIOGRAPHIE	67
ANNEXES	

INTRODUCTION

La grossesse s'accompagne souvent d'un panel de troubles fonctionnels intitulés « les petits maux de la grossesse ». Ces derniers, souvent considérés comme bénins, peuvent également avoir un impact important sur la santé globale de la femme enceinte. Parmi eux, on retrouve les rachialgies. Elles font parties des douleurs de la grossesse les plus couramment rencontrées par les femmes enceintes. La sage-femme en charge du suivi de grossesse s'avère alors être un interlocuteur privilégié de ces femmes.

Le terme rachialgie englobe plusieurs types de maux de dos, se situant à différents niveaux sur le rachis et ne sollicitant pas les mêmes articulations.

Il faut notamment distinguer dans ces rachialgies à l'étage lombaire, les lombalgies (Low Back Pain : LBP) et les douleurs pelviennes postérieures (Posterior Pelvic Pain : PPP).

Les douleurs pelviennes postérieures concernent l'articulation sacro-iliaque. Les lombalgies quant à elles, ne touchent que les dernières vertèbres lombaires : L3, L4, L5. Il est important d'individualiser ces deux types de douleurs, différentes dans leurs caractéristiques, moment de survenue et dans leur traitement. Toutefois, il est à noter que dans certains cas, leurs présences chez la femme enceinte sont concomitantes.

Nous traiterons plus particulièrement des lombalgies. Elles se définissent comme des douleurs récurrentes ou continues durant au moins une semaine. Leur prévalence est environ de 45% pendant la grossesse (pouvant aller au-delà de 60% dans certaines études) et de 25% dans le post-partum. Elles peuvent engendrer une douleur aiguë et avoir des répercussions graves et/ou longues chez la femme. En effet des lombalgies chroniques peuvent apparaître à la suite de lombalgies durant la grossesse.

De ce fait, la lombalgie survenant au cours d'une grossesse semble être un désagrément ne concernant pas seulement cette période de la vie, mais la santé de la femme en général.

Quelle est alors la source de ces lombalgies ? Est-ce réellement une douleur inéluctable durant la grossesse ? Existe-il des moyens de prévention et des traitements efficaces ?

Dans un premier temps nous aborderons les caractéristiques des lombalgies durant la grossesse et le post-partum. Dans un second temps nous retranscrirons les résultats d'une étude prospective réalisée par le biais de questionnaires dans trois maternités parisiennes. Enfin, dans une troisième partie, seront effectués une analyse et une discussion des résultats obtenus. S'y ajouteront des propositions concernant la prise en charge des lombalgies durant la grossesse et le post-partum.

Première partie :
LES LOMBALGIES DURANT LA
GROSSESSE ET LE POST-PARTUM

1. Les Etiologies de la lombalgie

Depuis des années les lombalgies chez la femme enceinte font l'objet d'études et de controverses.

1.1. La contrainte bio-mécanique

1.1.1 L'hyperlordose

Tout d'abord, la lombalgie résulterait de l'augmentation de la contrainte biomécanique dont les effets se répercuteraient sur la colonne vertébrale et ses articulations. [28] En effet, du fait du poids de l'utérus gravide, un déplacement du centre de gravité s'opère alors vers l'avant [25]. Afin de rétablir l'équilibre, le tronc bascule en arrière, accentuant la lordose lombaire et créant des lombalgies [27]. Or, il est à noter que pour compenser les systèmes extenseurs musculaires : cervical, dorsal, et lombaire entrent en jeu. De ce fait, contrairement à une idée reçue, il n'y a pas systématiquement de majoration de la lordose lombaire [25,33].

Cet élément biomécanique, l'accentuation de la lordose lombaire, est donc à remettre en question. Ceci d'autant plus que des lombalgies surviennent parfois en début de grossesse, au moment où la prise de poids n'est pas encore significative. On pourrait alors penser que dans ce cas là, la lombalgie serait surtout due à un trouble préexistant d'hyper-lordose et non d'une hyper-lordose résultant de la grossesse [28].

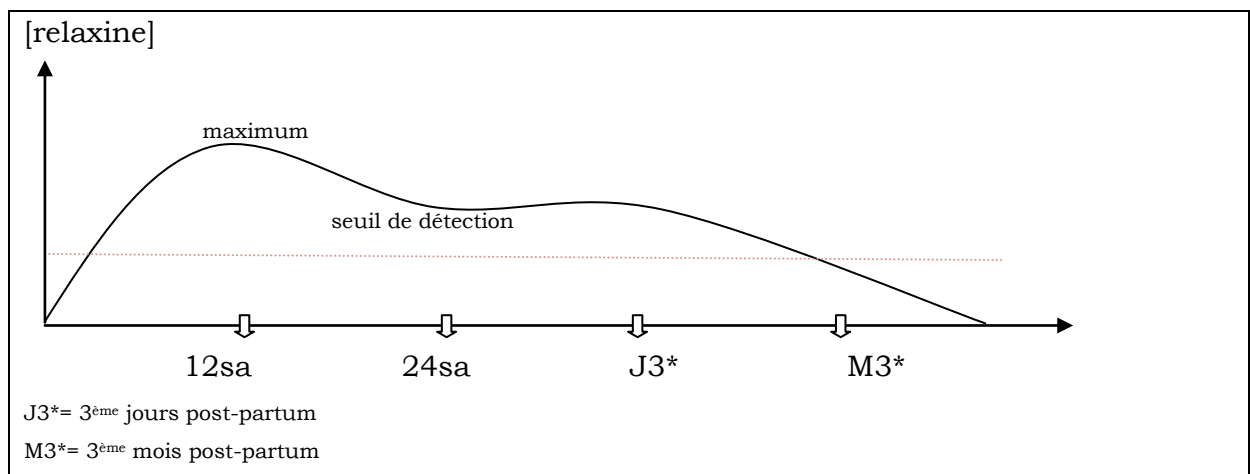
De plus, il semblerait que la prise de poids, associée à la laxité ligamentaire, est quant à elle responsable de l'augmentation de l'inconfort ressenti par les femmes [28].

Le lien entre hyper-lordose précédent la grossesse et lombalgie durant la grossesse, sans être systématique, semble tout de même être un des éléments biomécaniques à retenir [25].

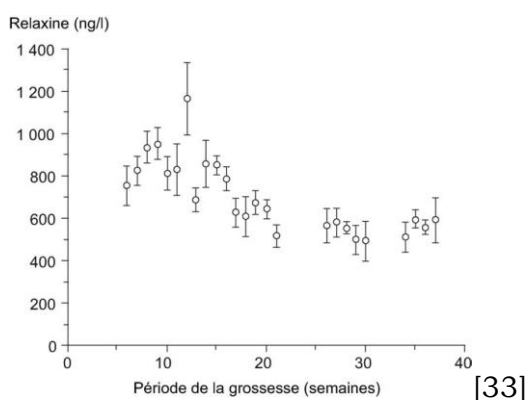
1.1.2 Les hormones

L'imprégnation hormonale joue également un rôle dans l'analyse des étiologies des lombalgies. Les hormones concernées sont l'œstrogène et la relaxine. La relaxine, produite par le corps jaune et l'endomètre. Elle a un puissant effet sur le métabolisme. En effet, à une concentration maximale de relaxine, la synthèse et la sécrétion du collagène sont diminuées de 40%. Parallèlement à cela, la dégradation du collagène est stimulée, ce qui engendre un relâchement du tissu conjonctif de soutien musculaire et tendineux, un relâchement des structures ligamentaires et la relaxation du myomètre [33]. Dans notre article, le taux sanguin a été corrélé non significativement à l'intensité de la lombalgie [8].

La cinétique de la relaxine durant la grossesse et le post-partum peut être représentée de la façon suivante :



Ou encore de la manière suivante :



Une autre étude s'est intéressée à l'influence que pouvait avoir la fécondation in vitro sur la survenue de douleurs lombopelviennes [13]. Son but était d'analyser la corrélation entre l'hyperstimulation ovarienne (avec hyperproduction de relaxine) et la fréquence de survenue des lombalgies. Cette étude rapporte une augmentation de la survenue de lombalgies chez les patientes ayant eu une FIV versus groupe témoin (annexe I). Ne pourrait-on pas associer à ces facteurs hormonaux, l'anxiété suscitée par la FIV, pour également justifier ces résultats.

Au final, l'hyper-lordose et la laxité ligamentaire semblent être entre autres, deux sources de l'augmentation de la contrainte mécanique sur le bas du dos [8].

Retenons donc que l'argument biomécanique est un élément étiologique des lombalgies mais il continue à être sujet de débats.

1.2. Les éléments vasculaires

Une autre hypothèse avancée est celle de la compression vasculaire. Le décubitus prolongé entraîne une compression de la veine cave inférieure. L'augmentation de pression intraveineuse due à la stase sanguine aboutit à une diminution de la saturation en oxygène et donc conduit à une hypoxie.

Le métabolisme des structures nerveuses est alors compromis, engendrant une douleur [8] s'exprimant par des lombalgies nocturnes non liées aux changements posturaux.

Il semble intéressant de savoir dépister ce type de douleur afin de conseiller de manière appropriée la femme. Le conseil à fournir aux patientes serait de privilégier les positions en décubitus latéral gauche durant le sommeil [13].

1.3. Les facteurs musculaires

Il y aurait également un facteur musculaire dans la survenue de lombalgies durant la grossesse.

Tout d'abord étudions les muscles spinaux. Pendant l'antéflexion du tronc, en cas de diminution de leur activité au premier trimestre, on observe une plus grande fréquence de lombalgies ainsi qu'un niveau d'incapacitation plus élevé au troisième trimestre [13].

D'autre part, certains auteurs avancent la simple hypothèse de « fatigue » musculaire. En effet, dans les études observant les facteurs aggravant la douleur durant la grossesse, il a été constaté que :

- la douleur avait tendance à augmenter avec l'activité, et donc au cours de la journée
- la douleur était moindre avec du repos [25,8]
- les lombalgies augmentaient avec les efforts et les mouvements du rachis [28]

De plus, selon une étude réalisée en Suède, l'endurance musculaire est un facteur important dans la survenue de dorsalgie en générale durant la grossesse. Des tests d'endurance ont alors été réalisés sur les muscles extenseurs spinaux dorsaux, et les muscles abducteurs de la hanche chez des femmes souffrant de maux de dos 3 ans après la grossesse. L'endurance de ces muscles varie en fonction du type de douleur : LBP, de PPP ou de douleurs combinées. Lorsque ces femmes souffrent d'une douleur combinée, l'endurance de ces muscles est plus affectée. Cela est mis en corrélation avec les postures exacerbant la douleur telles que : la station debout, une activité comme « faire les courses » qui nécessitent une résistance musculaire [23].

1.4. L'environnement psychosocial

La notion d'environnement social est également à prendre en considération dans l'analyse des causes de survenue de lombalgies durant la grossesse.

Notons que les facteurs de risque de lombalgies sont très proches de ceux rencontrés durant la dépression de la grossesse mais surtout celle du post-partum [13].

Il semble évident que seule l'approche biomédicale seule, ne peut répondre de manière satisfaisante aux questions sur les causes de lombalgie durant la grossesse.

Au sein d'une étude, le constat suivant a été fait : les facteurs de détresse psychologique durant la grossesse sont proches de ceux de la lombalgie commune, tels que : le faible niveau de ressources, les conflits familiaux, le travail précaire, des antécédents de dépression, le peu de soutien familial, des événements stressants vécus dans l'année de conception [13]. D'autre part, la grossesse est souvent source de stress et d'anxiété.

Or la gestion des stimuli nociceptifs est influencée par des facteurs psychologiques [13].

Il semblerait donc judicieux d'adopter l'approche biopsychosociologique dans la gestion des lombalgies chez la femme enceinte.

Un modèle prenant en compte les facteurs non spécifiques de la femme enceinte (environnement social) et les facteurs spécifiques (modifications biomécaniques, état d'anxiété propre à la grossesse), semble mieux adapté à une prise en charge globale de la femme.

2. Les facteurs de risque

La détermination des facteurs de risque de la survenue de lombalgie durant la grossesse est soumise à plusieurs controverses.

Un article de l'American Collège of Obstetricians and Gynecologists semble bien mettre en exergue les réels facteurs de risque de lombalgie durant la grossesse. Ces derniers sont exposés dans une étude prospective multicentrique menée dans plusieurs cliniques à New Haven County dans le Connecticut. Elle démontre, entre autre, que l'âge de la patiente enceinte fait parti d'un facteur de risque de survenue de lombalgie durant la grossesse.

En effet, la probabilité pour une femme d'avoir une lombalgie diminue avec l'âge. Parmi les femmes ayant moins de 20 ans : 90% sont concernées, parmi celles ayant entre 20 et 30 ans : 67%, parmi celles ayant entre 31 et 40 ans : 61% et parmi celles ayant plus de 41 ans : 45% [32]. L'étude conclue donc à une augmentation de la survenue de douleurs lombaires auprès des femmes très jeunes [8,32].

Il existerait des éléments pouvant prédire la survenue de lombalgies qui sont: des antécédents de lombalgie avant la grossesse, durant les règles, au cours d'une grossesse précédente [32].

De plus, il a été constaté que l'effet de l'augmentation de la lordose lombaire sur le taux de survenue de dorsalgies durant la grossesse, est plus lié à la parité.

Les risques de lombalgies et d'arrêt de travail sont d'autre part, plus faibles chez les femmes ayant un haut niveau de forme physique avant la grossesse [25].

Un autre facteur de risque est l'activité professionnelle intense, physique, stressante [13]. En effet, le stress et l'anxiété au travail, ou encore les craintes relatives à l'état de grossesse, peuvent modifier la perception de la douleur chez les femmes enceintes

Il y aurait également un rôle de l'origine ethnique dans la survenue de LBP. Selon l'étude rétrospective menée dans le New Haven, 89,3% de femmes afro-américaines connaissent des LBP durant leur grossesse contre 60,5% des femmes provenant d'autres ethnies [32].

D'autres facteurs de risques ont été étudiés dans la littérature et sont considérés comme non significatifs: des antécédents d'infertilité avec la prise d'hormones, la consommation de caféine durant la grossesse, le tabagisme durant la grossesse, l'exercice physique avant la grossesse, des antécédents de péridurale, une activité physique répétitive journalière, la prise de poids pendant la grossesse ou encore la gestité [32].

3. Le diagnostic

On retrouve dans différentes études une disparité dans les taux de lombalgies et de douleurs pelviennes chez la femme enceinte. Cette disparité est probablement due à un problème dans le diagnostic de ces douleurs. Cela souligne donc la nécessité d'avoir des critères standardisés de classifications des douleurs articulaires de la ceinture pelvienne et des douleurs lombaires.

Différentes études ont pu démontrer une variabilité des symptômes existants dans les douleurs lombaires et les douleurs articulaires de la ceinture pelvienne [annexe II]. De plus, leurs traitements diffèrent également. Or, il existe des facteurs de confusion dans le diagnostic qui pourrait être la source d'un taux élevé de thérapie inappropriée.

Il existe un panel de tests cliniques allant de la désignation topographique de la douleur sur un schéma, à des examens comprenant 40 tests cliniques.

Les critères principaux qui accréditent ce test sont les suivants :

- la capacité de différencier grâce au test les douleurs pelviennes des douleurs lombaires
- l'existence de la plus grande fiabilité inter-opérateur
- une bonne sensibilité et spécificité

Nous retenons donc 3 outils à employer pour diagnostiquer les lombalgies et la distinguer des douleurs pelviennes postérieures

- la localisation topographique de la douleur et la palpation du rachis
- le test de provocation de la douleur dont le but est de solliciter des structures afin de tenter de reproduire les symptômes douloureux du patient.
- les caractéristiques de ces deux atteintes (annexe II)

Une étude réalisée sur un an, dans un hôpital danois en 2000 avait pour but de décrire une manière standardisée et fiable pour examiner les articulations pelviennes [6].

15 tests diagnostiques sont retenus, et 4 ont été considérés comme des tests de diagnostic différentiel.

Les résultats obtenus dans un premier temps sont les suivants :

- la fiabilité inter-opérateur variant entre 88 et 100%.
- Parmi ces tests, 5 montrent une sensibilité supérieure
- La spécificité quant à elle est très bonne pour tous ces tests (entre 0,98 et 1) excepté pour le test « pelvic topography » (observation topographique du bassin) ayant une spécificité de 0,79.

L'étude mettait donc en évidence la possibilité de réaliser un examen standardisé performant de la ceinture pelvienne.

Une seconde série de résultats conclue que pour distinguer la douleur pelvienne postérieure de la douleur lombaire, il faut dans un premier temps utiliser un dessin [annexe II].

Il ressort également de cette étude que les tests de provocation de la douleur concernant les articulations sacro-iliaques sont des outils fiables pour distinguer les douleurs sacro-iliaques des douleurs lombaires. En effet quand c'est une lombalgie la douleur émane uniquement des lombaires. Le test le plus performant (plus grande spécificité et sensibilité, concernant douleur sacro-iliaque bilatérale ou unilatérale) est alors le « Positive pelvic pain provocation test » [annexe III].

Il semble donc fort intéressant de réaliser les tests des articulations sacro-iliaques chez les femmes enceintes souffrant de lombalgies afin pourvoir distinguer les douleurs lombaires, des douleurs sacro-iliaques, des douleurs lombaires et sacro-iliaques, et donc d'en optimiser leur traitement.

Le diagnostic des lombalgies semble donc se faire par la localisation de la douleur sur un schéma corporel, le test de provocation de la douleur et la référence aux caractéristiques de chaque affect. [13,8].

4.L'évolution des lombalgies pendant la grossesse et le post-partum

Elles peuvent débuter à n'importe quel moment de la grossesse, même très tôt dès 12 sa. Cependant, elles surviennent souvent entre 5 et 7 mois de grossesse, pour après diminuer (figure 4) ou atteindre un plateau jusqu'à la fin de la grossesse (figure 5) [25, 13].

Figure 4 : évolution lombalgie

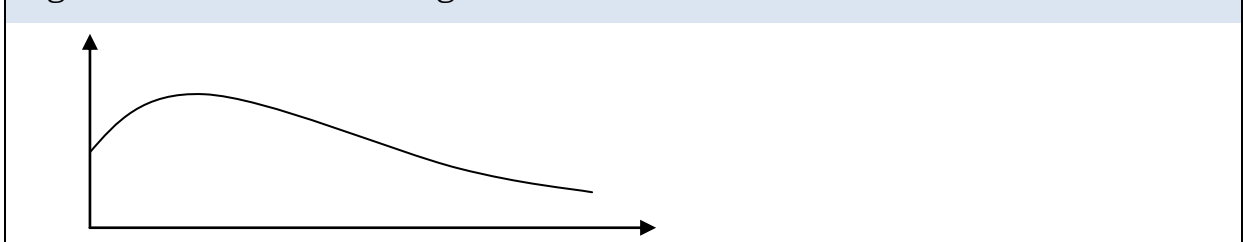
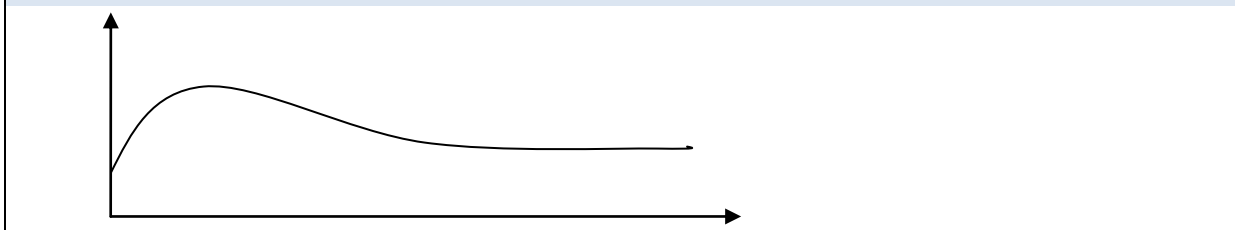


Figure 5 : Evolution lombalgie



Les lombalgies peuvent être présentes pendant le post-partum : 30 à 45% des femmes sont concernées durant cette période [8,16]. Toutefois, dans environ 90% des cas, elles régressent dans un délai de 12 semaines après l'accouchement [13].

La lombalgie pendant la grossesse peut avoir des répercussions à long terme. Les lombalgies se résolvent souvent durant les six premiers mois de post-partum [13]. Cependant elles peuvent persister au-delà. Selon une étude, 7% des patientes voient leur douleur persister 18 mois après l'accouchement [13].

Une autre étude prospective menée en Suède en 2001 traite de la persistance des lombalgies 3 ans après la grossesse. Dans cette dernière 20% des femmes ont toujours des résidus de maux de dos consécutifs à des maux de dos durant une grossesse, 3 ans après leur grossesse.

L'étude révèle également que les femmes souffrant de LBP sontt moins gênées pour la marche et les tâches ménagères. Les femmes ayant une douleur combinée sont plus gênées pour l'exercice que celles n'ayant que des douleurs lombaires.

La nouvelle notion apportée par cette étude concerne la résistance et l'endurance musculaire de 2 types de muscles : la résistance musculaire des extenseurs dorsaux et des abducteurs de la hanche est fortement réduite chez les femmes ayant une douleur combinée.

De même, par rapport à la résistance musculaire attendue dans un groupe témoin comparable, celle des femmes souffrant de lombalgies 3 ans après une grossesse est fortement diminuée (88s vs 180s) pour les muscles extenseurs dorsaux.

Il semble qu'il existe des facteurs prédictifs de la persistance de la douleur après l'accouchement: la perte de force et d'endurance des muscles (extenseurs spinaux, abdominaux, et abducteurs de la hanche), un contexte professionnel stressant et peu de repos au travail, et la survenue précoce des douleurs pendant la grossesse [13]. La persistance de la LBP dans le post-partum après 24 mois semble être liée à la sévérité de la douleur de survenue précoce durant la grossesse [8].

En conclusion, 10 à 20% des femmes ayant des dorsalgies chroniques rapportent que ces dernières ont commencé à la suite de dorsalgies durant la grossesse [25, 34].

Le mal de dos durant la grossesse apparaît alors comme étant un facteur de risque du mal de dos en général, ou du mal de dos chronique [29]. Il constitue ainsi un problème de santé public.

5. Les répercussions sur la vie quotidienne

Les lombalgies font partie des maux communs de la grossesse. Elles sont souvent banalisées, or elles peuvent, dans certains cas, avoir des conséquences non négligeables sur la femme enceinte, et sur la santé de la femme en général.

De manière générale, dans 28% des cas la lombalgie engendre une incapacité dans les activités de la vie quotidienne [13].

La lombalgie peut avoir un impact sévère sur le plan socio-professionnel. En effet elle conduit dans certains cas à des arrêts de travail de 7 jours en moyenne (20% des cas) [13].

C'est la cause la plus fréquente d'arrêts de travail durant la grossesse. Dans différents pays, elle contribue aux dépenses des assurances sociales du fait de l'absentéisme au travail qu'elle peut engendrer.

Des publications ont rapporté que 70% des femmes enceintes connaissent un type de mal de dos durant leur grossesse. Et parmi ces femmes, 20% ont un arrêt de travail dont le pourcentage est d'une durée de 7 semaines [23].

Une étude portant sur les effets des lombalgies a été réalisée auprès de femmes enceintes suivies dans le New Haven, une ville du Connecticut.

Selon cette étude, un des premiers facteurs jouant sur la lombalgie est l'ergonomie des femmes. En effet, 56% des femmes rapportent que le fait d'être debout aggravait leur douleur. Pour 47,2% c'était la position assise, pour 42,4 % c'était le fait de se pencher, pour 36% c'était le décubitus, et pour 34%, le fait de marcher [13].

Dans cette même étude, 58% des femmes rapportent des perturbations du sommeil dues à la douleur. Le même pourcentage de femmes se plaignent de voir leurs activités de la vie quotidienne perturbées par la douleur comme : monter les marches (46,7%), courir (39,7%), réaliser des tâches lourdes (28,2%), la pratique d'exercice (30,5%). 10,6% d'entre-elles ont été obligées de prendre un congé à cause des symptômes de la LBP.

Près de 30% des femmes disent également qu'elles ont du arrêter au moins une de leurs activités quotidiennes à cause du LBP.

Il existe un aspect psychologique dans les répercussions sur la vie quotidienne. Durant la grossesse et le post-partum, les femmes sont plus sujettes à la douleur et la dépression. D'autre part, la dépression a des effets négatifs sur le lien mère-enfant et/ou la vie sociale des mères.

Selon une étude réalisée en Suède d'août 2001 à septembre 2003, il existe une co-morbidité entre la lombalgie et les symptômes dépressifs dans le post partum. Cette dernière étudie les différences de prévalence de dépression du post-partum parmi les femmes ayant ou n'ayant pas eu de douleurs lombopelviennes à trois mois de post-partum.

En conséquence :

- les symptômes dépressifs du post-partum ont une prévalence trois fois plus élevée chez les femmes ayant une douleur lombopelvienne que chez celles n'en ayant pas eu.
- les patientes avec des douleurs lombopelviennes ont 3 à 6 fois plus de chance d'avoir des symptômes dépressifs pendant la grossesse.
- la prévalence de symptômes dépressifs chez les femmes ayant des douleurs lombaires est plus élevée quelque soit le seuil utilisé dans l'échelle d'Edinburg.
- la co-morbidité est de 10% entre les symptômes dépressifs du postpartum et les douleurs lombopelviennes.

Au vue de cela, il semble judicieux de penser à la dépression du post-partum chez les femmes ayant n'importe quel type de douleurs lombopelviennes. De plus, il paraît intéressant d'évaluer ces deux items dans le suivi post-partum des femmes afin d'identifier les femmes à risques et de pouvoir établir une stratégie de traitement appropriée. Et ce, même au-delà de la période post-natale. En effet, quand des facteurs psycho-environnementaux favorisent la survenue de ces douleurs, la non corrélation de ces facteurs dans la prise en charge de la patiente, pourrait aboutir à la poursuite de la gêne au-delà de l'accouchement (indépendamment des facteurs biomécaniques).

Pour finir, citons une des complications les plus sévères, mais rare de la lombalgie : la hernie des disques lombaires pendant la grossesse. Cela concerne 1 cas sur 10000 des femmes ayant des douleurs lombo-sacrées durant la grossesse [8]. Il existe des situations où la lombalgie peut être un signal d'alarme.

Ces situations sont les suivantes : le mal de dos est accompagné de changements sensoriels ou moteurs, d'un changement dans les réflexes, ou lorsque cela est associé à des dysfonctionnements vésicaux ou intestinaux. Dans ces cas, l'évaluation rapide et immédiate d'un spécialiste est requise [25].

A la lumière de tous ces éléments, il apparaît clairement que Les lombalgies, même si elles sont considérées comme un des maux communs de la grossesse, ont de vraies répercussions sur la vie quotidienne des femmes enceintes concernées. La gêne ou la douleur suscitée par ces lombalgies peut perdurer bien au-delà du post-partum immédiat. Il est donc important de ne pas négliger cet affect durant la grossesse et le post-partum et de trouver des moyens pour y remédier.

Deuxième partie :
METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

1. Problématique

Au cours des entretiens avec les femmes enceintes souffrant de lombalgies, on constate que la plupart des femmes considèrent cette douleur comme inéluctable, normale, quelque chose à endurer et qu'on ne peut traiter. Certaines d'entre elles ressentent alors un manque de considération, d'autres déplorent le manque de traitement.

Il semble cependant que certaines femmes ont bénéficié d'une prise en charge qui leur a permis de connaître une disparition - ou du moins une diminution- de l'intensité de leur douleur.

C'est en partant de ce point de vue, que nous nous sommes interrogées sur le bien fondé de cette croyance : les petits maux de la grossesse sont-ils inéluctables ? Nous avons alors souhaité étudier la prise en charge de la lombalgie auprès des femmes suivies dans des maternités de différents types (type 1, 2, 3) et catégories (privée, publique).

2. Objectifs

Les objectifs de notre étude sont les suivants :

- analyser la possibilité de prévenir la survenue de dorsalgies durant la grossesse
- estimer le taux de prise en charge des dorsalgies durant la grossesse
- évaluer la qualité de prise en charge des dorsalgies durant la grossesse
- déterminer l'efficacité des solutions proposées

3. Hypothèses

Nos hypothèses de départ sont les suivantes :

- Des moyens de prévention sont proposés par les professionnels mais sont également employés par les femmes elles-mêmes afin de limiter voire d'éviter la survenue de dorsalgie.
- Il existe un défaut de prise en charge des dorsalgies durant la grossesse
- Le taux et la qualité de prise en charge des patientes souffrant de dorsalgies pendant la grossesse varie en fonction du lieu de suivi : - privée/publique ; -type de maternité
- Les médecines alternatives sont plus efficaces mais moins proposées que les solutions dites classiques.

4. Matériel et Méthode

4.1 Outils

Nous avons mené une étude prospective par le biais de questionnaires. Ils étaient destinés aux patientes enceintes et étaient remis dans les services de consultation obstétricale des maternités suivantes : Les Diaconesses Paris 12ème (type 1, privée à but non lucratif), la Pitié-Salpêtrière Paris 13ème (type 2, publique), Trousseau Paris 12ème (type 3, publique).

Les questionnaires ont été distribués durant les mois de juin, juillet et août 2009.

Voici la répartition des questionnaires distribués :

- 80 à la Pitié-Salpêtrière
- 70 aux Diaconesses
- 70 à Trousseau

Parmi ces questionnaires, 24 ont été exclus de l'enquête car les patientes ne répondaient pas aux critères d'inclusion qui sont :

- Ne pas présenter d'atteinte spinale particulière
- Avoir une lombalgie non associée à d'autres pathologies du pelvis (exemple : lombalgie + douleur sacro-iliaque)
- Savoir lire et écrire en français
- Etre suivie dans une des 3 maternités citées ci-dessus.

4.2 La Méthode

Le choix du questionnaire comme outil de recherche nous a paru le plus adapté afin de répondre au mieux à nos objectifs.

Après son élaboration, ce dernier a été testé sur des personnes non familières au sujet traité.

A la suite de ce test, le questionnaire a été remanié, retravaillé puis distribué au sein des maternités après avoir reçu l'accord des sages-femmes cadres et des chefs de service.

Les patientes ayant des lombalgies durant leur grossesse actuelle remplissaient le questionnaire dans son intégralité, celles n'en n'ayant pas s'arrêtaient à la question n°7.

Le questionnaire comprenait des questions générales concernant les femmes (âge, gestité, parité), des éléments d'ordre socio-économique (situation socio- professionnelle), des items relatifs à leurs lombalgies (facteur de risques, prévention, prise en charge).

4.3 Logiciels et statistiques

Les logiciels employés étaient : Word 2007, Excel 2007

Afin d'analyser nos résultats, nous avons testé leur significativité par le biais du test du Chi² unilatéral au risque d'erreur $\alpha=5\%$. La valeur seuil était alors 2,71, car il s'agissait d'un test unilatéral à un degré de liberté (les maternités étaient comparées deux à deux).

5. Présentation des résultats de l'étude

5.1 Le taux de lombalgies dans la population étudiée

- ✓ Le taux de lombalgies est quasiment similaire entre les 3 maternités.
- ✓ Notons cependant une répartition moins homogène si l'on considère chaque maternité séparément (fig 2).

Figure 1 : Taux de lombalgie dans la population

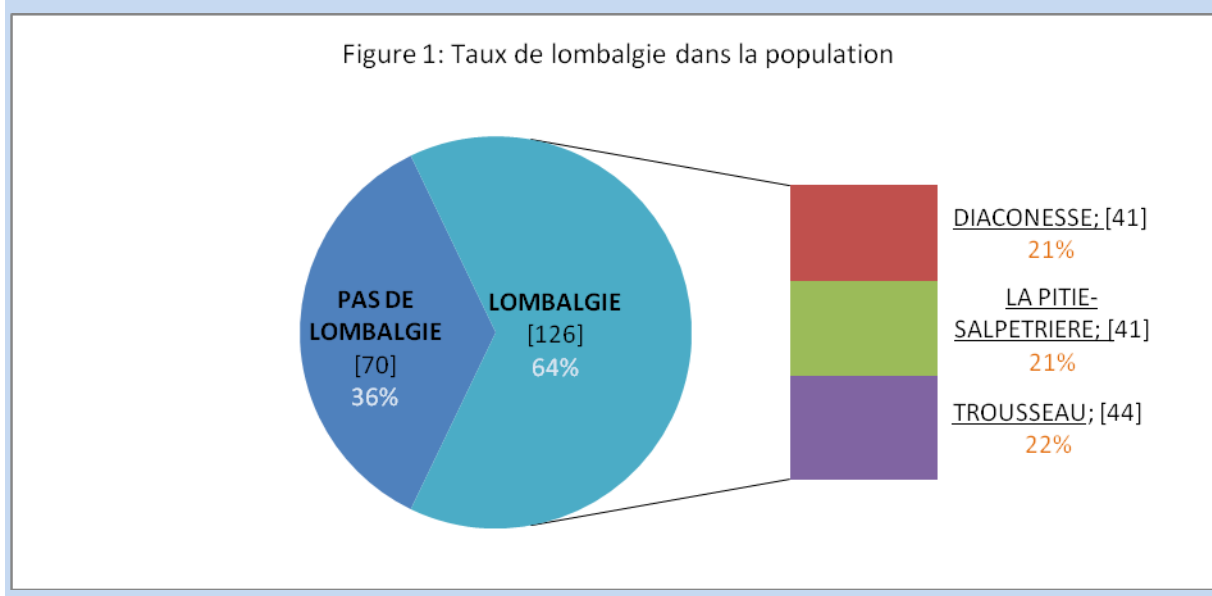
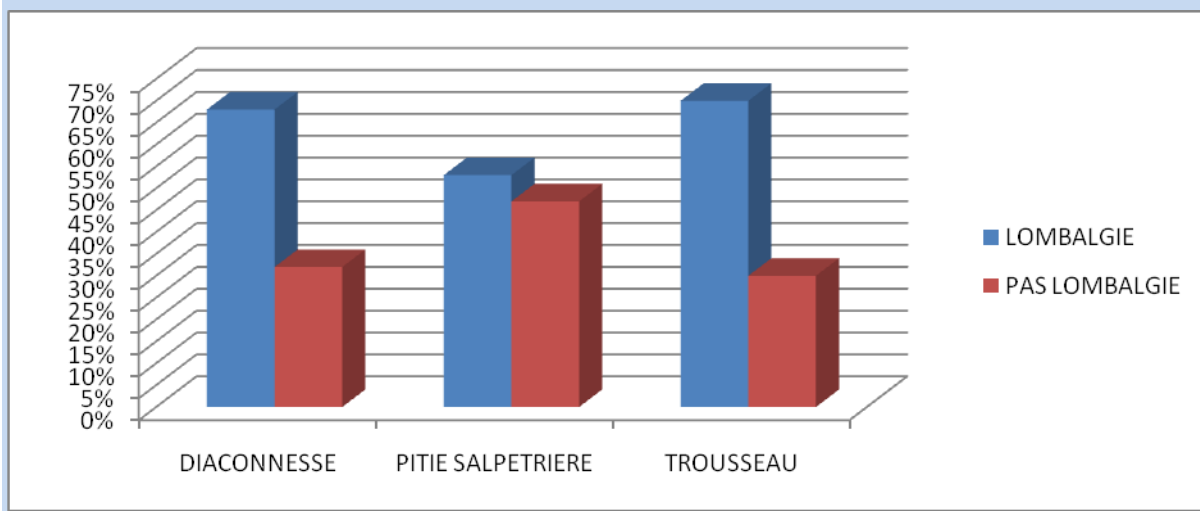


Figure 2 : Taux de lombalgies en fonction des maternités

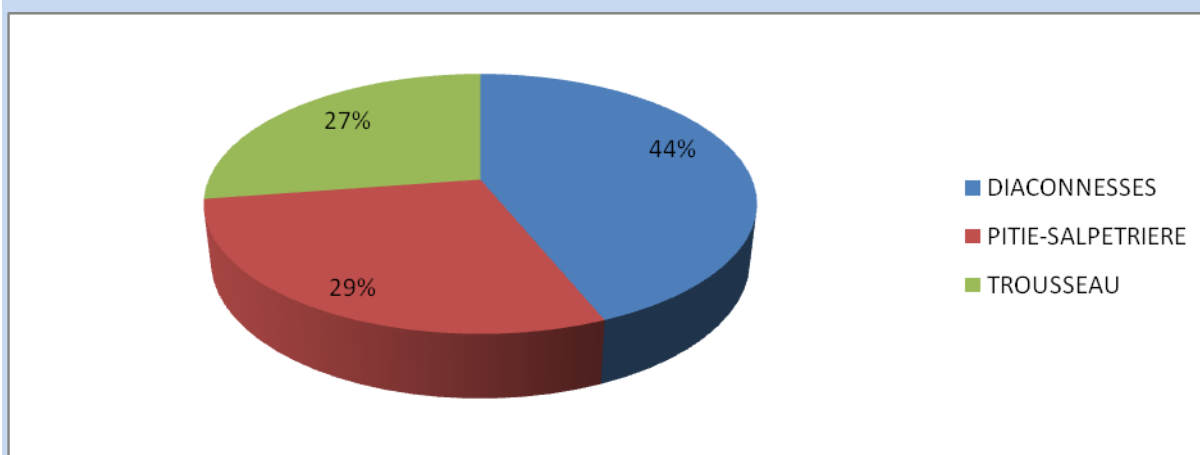


✓ Les taux de lombalgies aux Diaconesses et à Trousseau sont significativement plus élevés qu'à la Pitié-Salpêtrière. On ne peut cependant pas mettre en évidence de différence significative dans les taux de lombalgies retrouvés à Trousseau et aux Diaconesses.

5.2 Taux de prévention

5.2.1. En général

Figure 3 : Taux de prévention



✓ On constate donc que ce sont les femmes suivies en maternité de type 1 qui ont un taux de prévention significativement plus élevé versus celui des femmes suivies en type 2 ($X^2= 6,45$, significatif à 5%, $\alpha=5\%$) et 3 ($X^2= 9,9\%$ significatif à 1%).

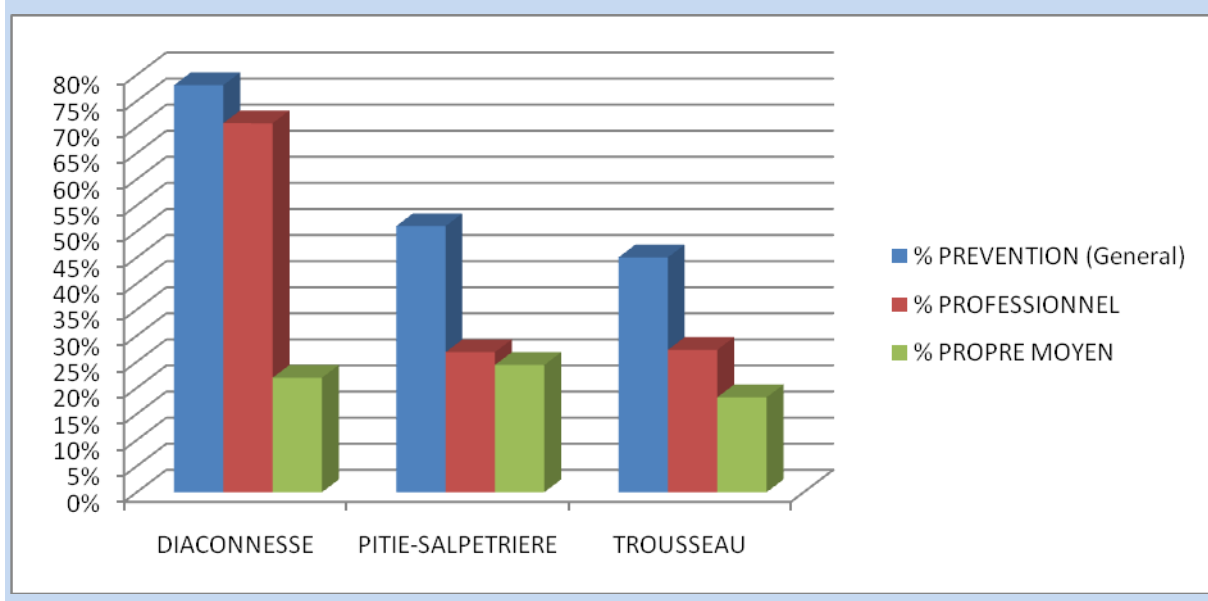
5.2.2. Selon les maternités

✓ La prévention peut se faire par le biais de professionnels médicaux, paramédicaux, les praticiens de médecine alternative... Elle peut aussi venir des conseils de l'entourage des femmes, de leurs lectures, c'est ce qui a été catégorisé comme la prévention par leurs «propres moyens».

✓ Les Diaconesses est la maternité qui connaît un taux de prévention des lombalgies le plus élevé.

✓ La population de cette maternité a également un taux de prévention par le biais des professionnels le plus élevé.

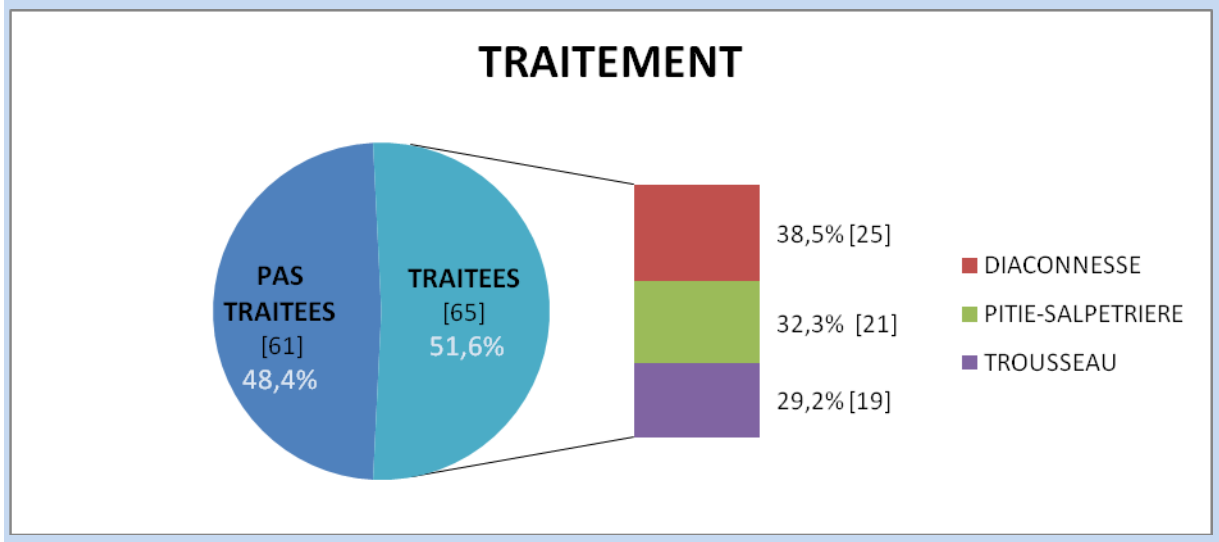
Figure 4 : Taux et type de prévention



5.3 Le Traitement

5.3.1. En général

Figure 5 : Prévalence du traitement dans la population



✓ On constate que parmi les femmes de notre population ayant reçu un traitement, 38,6% étaient issues d'une maternité privée de type 1. Cependant aucune différence significative n'a pu être mise en évidence dans la comparaison par rapport au type ou au statut de ces 3 maternités.

5.3.2. Traitement en fonction des différents facteurs.

5.3.2.1. Indépendamment du jugement des femmes par rapport au traitement :

✓ Dans les maternités publiques sur 45 femmes ayant signalé leur douleur, 33 ont été traitées.

✓ En maternité privée, sur les 27 ayant manifesté leur gêne, leur inconfort, 26 ont été traitées.

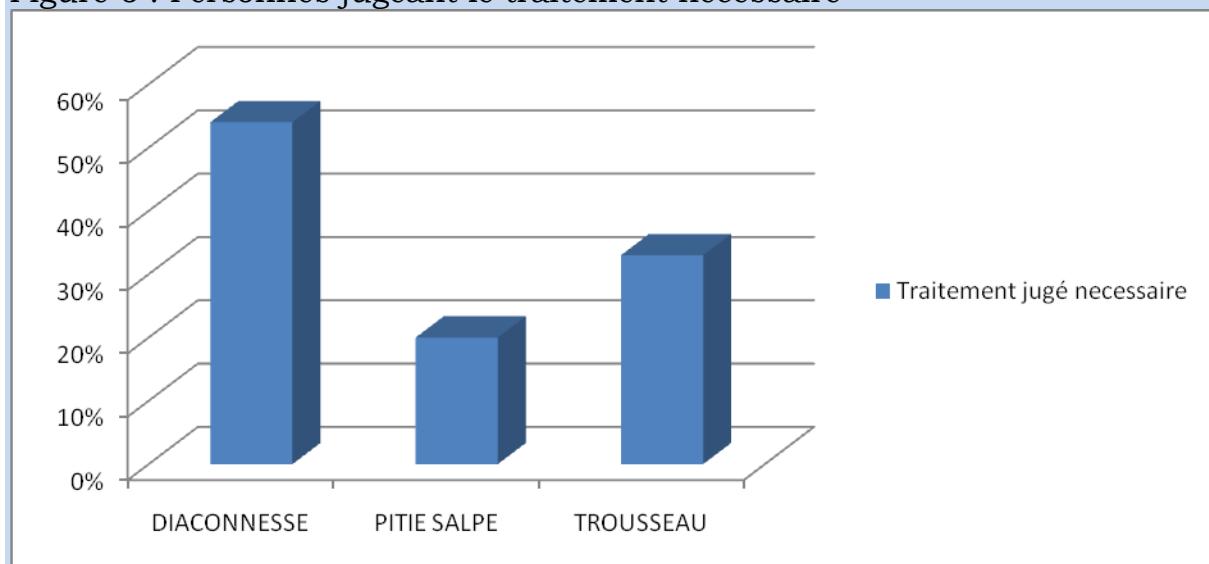
✓ Ainsi, nous pouvons conclure que les femmes suivies en maternité

privée signalant leur douleur sont plus souvent traitées que celles suivies en maternité publique (73,3% vs 96,3% significatif à 5%).

5.3.2.2. Traitement jugé nécessaire

✓ Les femmes suivies dans la maternité de type 1 considèrent plus le traitement comme étant nécessaire que les femmes suivies dans les 2 autres maternités (significatif à 1% [type1 vs type 3], significatif à 5% [type1 vs type 3]).

Figure 6 : Personnes jugeant le traitement nécessaire



✓ Parmi les femmes suivies aux Diaconesse nécessitant un traitement et l'ayant signalé, toutes ont été traitées.

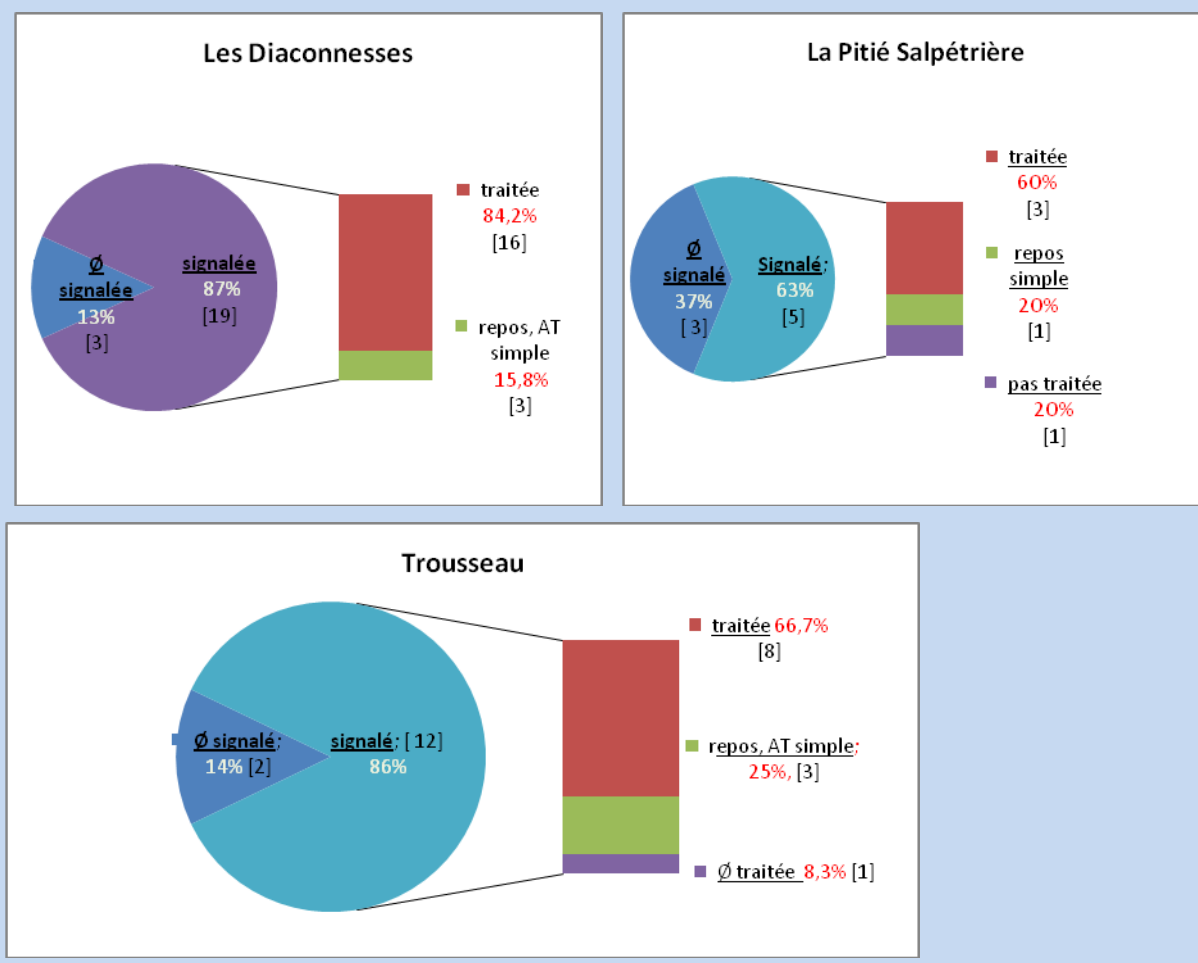
✓ A la Pitié-Salpêtrière, 20% des femmes dans la même situation n'ont pas reçu de traitement et 8,3% à Trousseau.

✓ Certaines femmes ont reçu en guise de traitement, un repos ou un arrêt de travail uniquement. La proportion de ce type de traitement est de 15,8% dans la maternité de type 1, 20% dans celle de type 2, 25% dans celle de type 3.

✓ Le taux de femmes ayant reçu un traitement (ne comprenant pas celles

n'ayant eu que du repos ou un arrêt de travail) est plus élevé dans la maternité de type 1.

Figure 7 : Personnes nécessitant un traitement, l'ayant signalé et type de traitement reçu

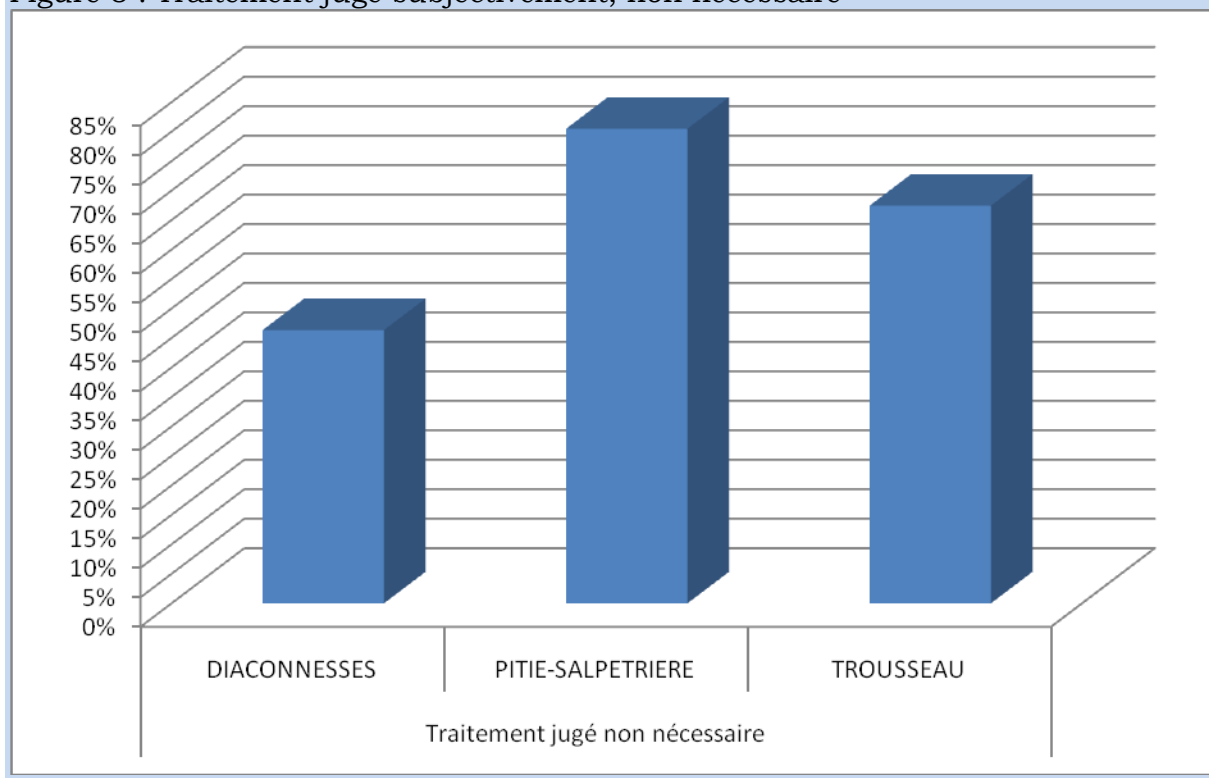


5.3.2.3. Traitement jugé non nécessaire

✓ Environ 80% des femmes suivies à la Pitié-Salpêtrière ont jugé le traitement non nécessaire.

✓ A Trousseau, 67% ont jugé le traitement non nécessaire, et 46% aux Diaconesses.

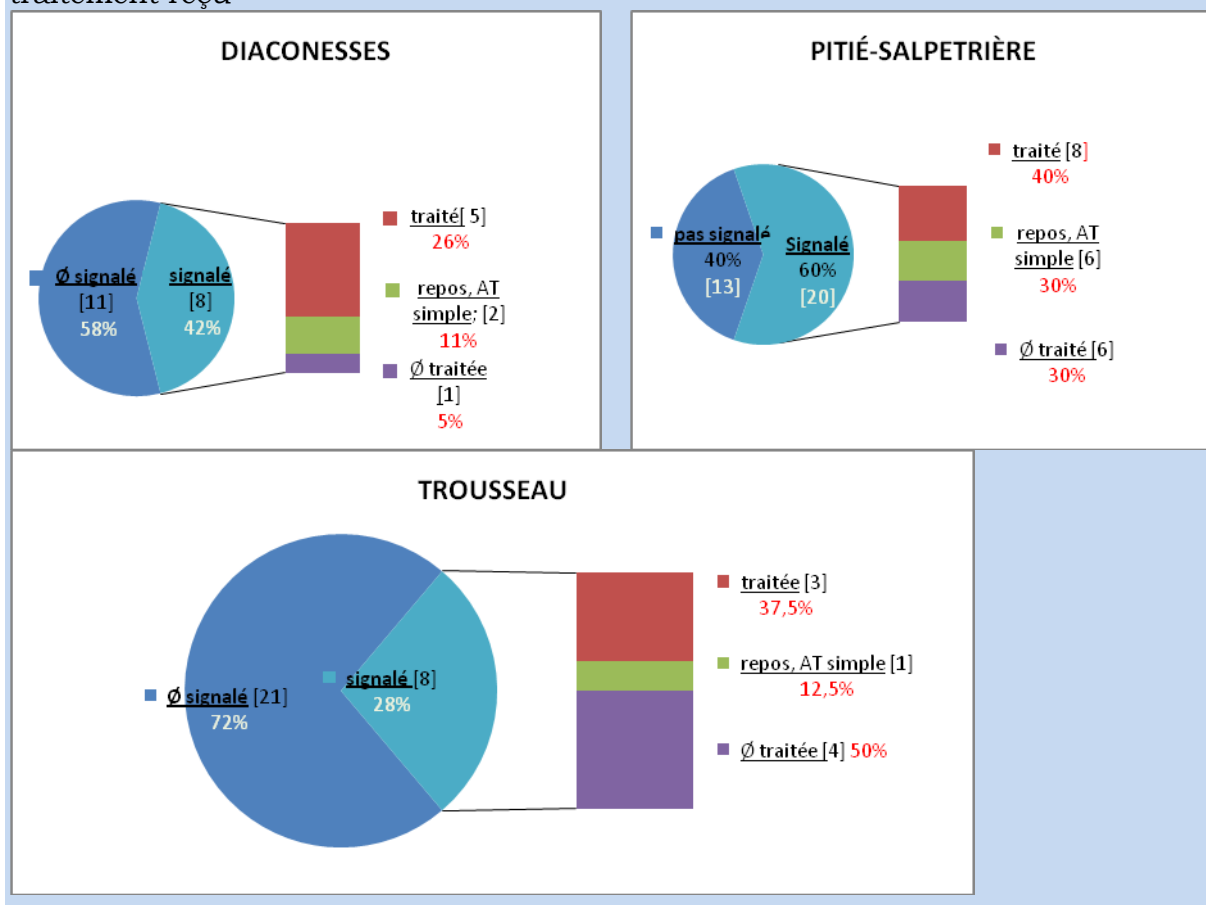
Figure 8 : Traitement jugé subjectivement, non nécessaire



✓ Aux Diaconesses et à Trousseau, une majorité de femmes ne jugeant pas le traitement nécessaire, n'ont pas signalé leur mal de dos (58% et 72%).

✓ Par contre, à la Pitié-Salpêtrière, il y a significativement eu plus de femmes jugeant le traitement inutile (60%) qui ont tout de même signalé leur mal de dos que dans les deux autres maternités.

Figure 9 : Personnes ne nécessitant pas de traitement, l'ayant signalé et type de traitement reçu

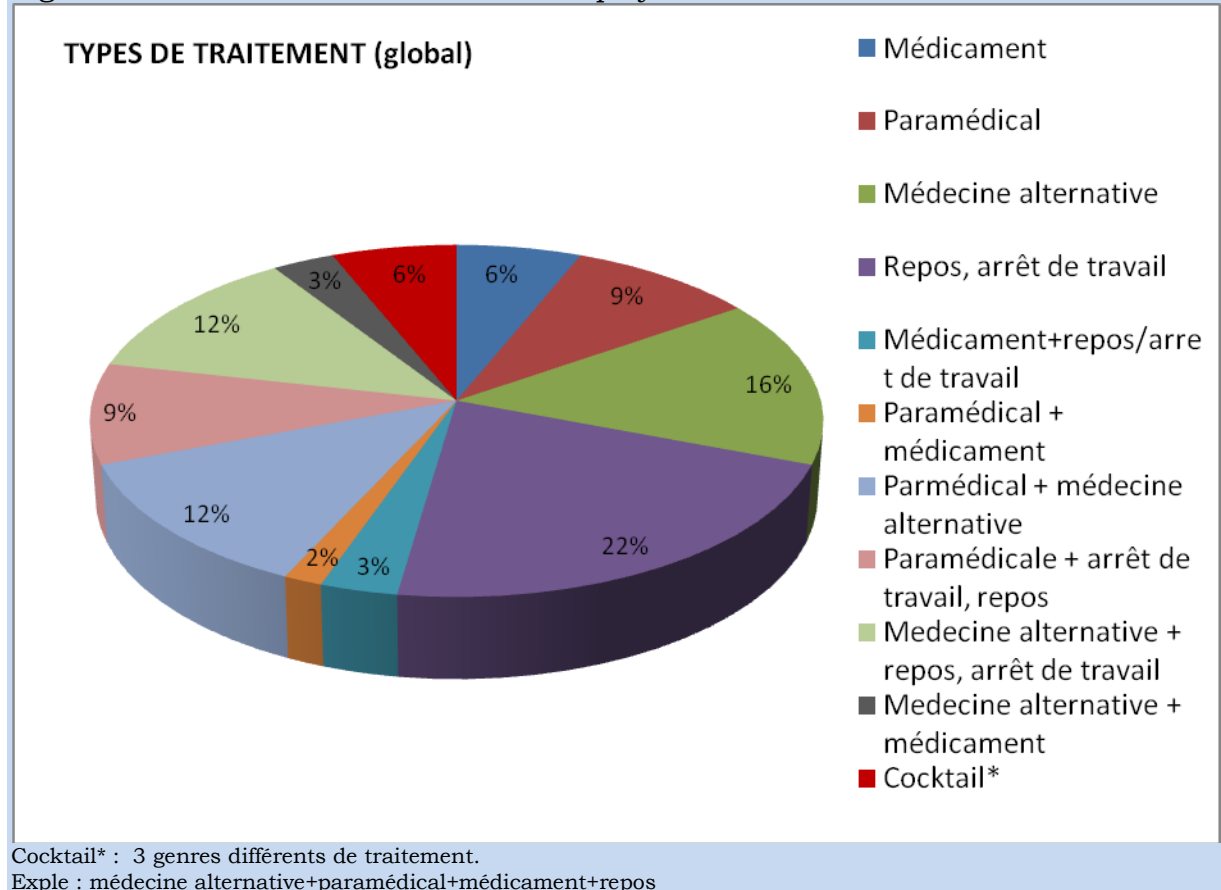


5.3.3. Le type de Traitement

- ✓ Le traitement peut être de la médecine alternative : acupuncture, ostéopathie, homéopathie, balnéothérapie, ou encore relevé du paramédical : kinésithérapie.
- ✓ Il peut également consister en un repos et/ou un arrêt de travail, une médication.
- ✓ On peut également rencontrer une combinaison de plusieurs traitements, que nous avons intitulé « cocktail ».

✓ Dans cette étude, le principale mode de prise en charge est le repos, les arrêts de travail (n=14). Viennent ensuite : la médecine alternative (n=10), la médecine alternative associée à une prise d'antalgique (n=8), le paramédical couplé à de la médecine alternative (n=8).

Figure 10 : Les différents traitements employés



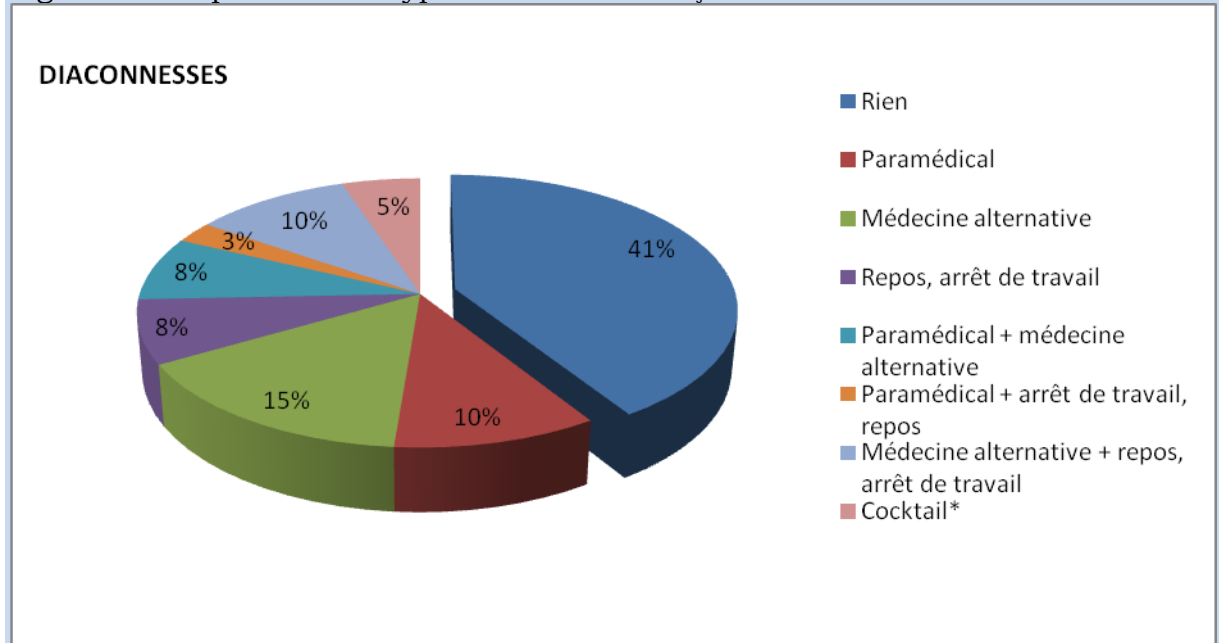
✓ Les taux d'absence de traitement sont respectivement dans les maternités de type 1 et 3 de 41% et 59%. Dans la comparaison de ces deux taux, on est à la limite du seuil de significativité ($\chi^2 = 2,69 /$ valeur seuil = 2,71 : test unilatéral). (figures 11 et 13)

✓ Dans la maternité de type 2, ce taux est de 50% (figure 12)

✓ D'autre part, aux Diaconesses, le traitement principalement proposé consiste en de la Médecine alternative, puis du paramédical et de la médecine alternative couplée au repos (figure 10).

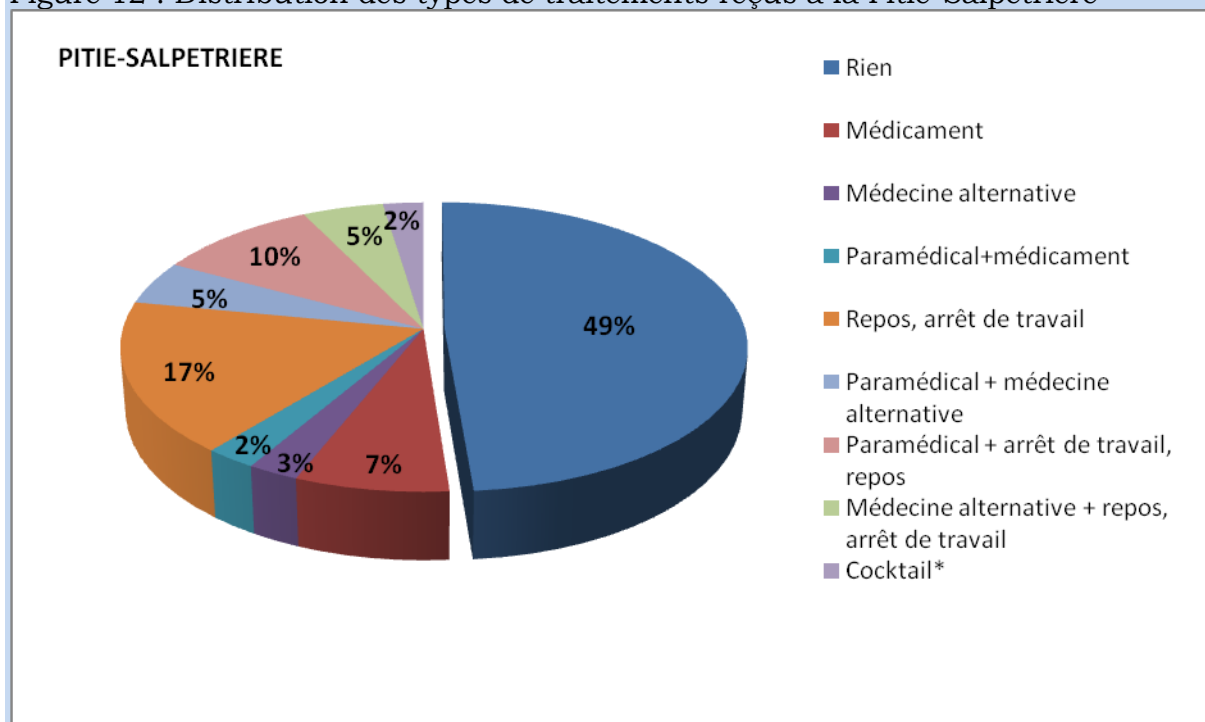
✓ Dans les maternités de type 2 et 3, le principal traitement préconisé est le repos, l'arrêt de travail (figure 11, 12).

Figure 11 : Répartition du type de traitement reçu aux Diaconesses



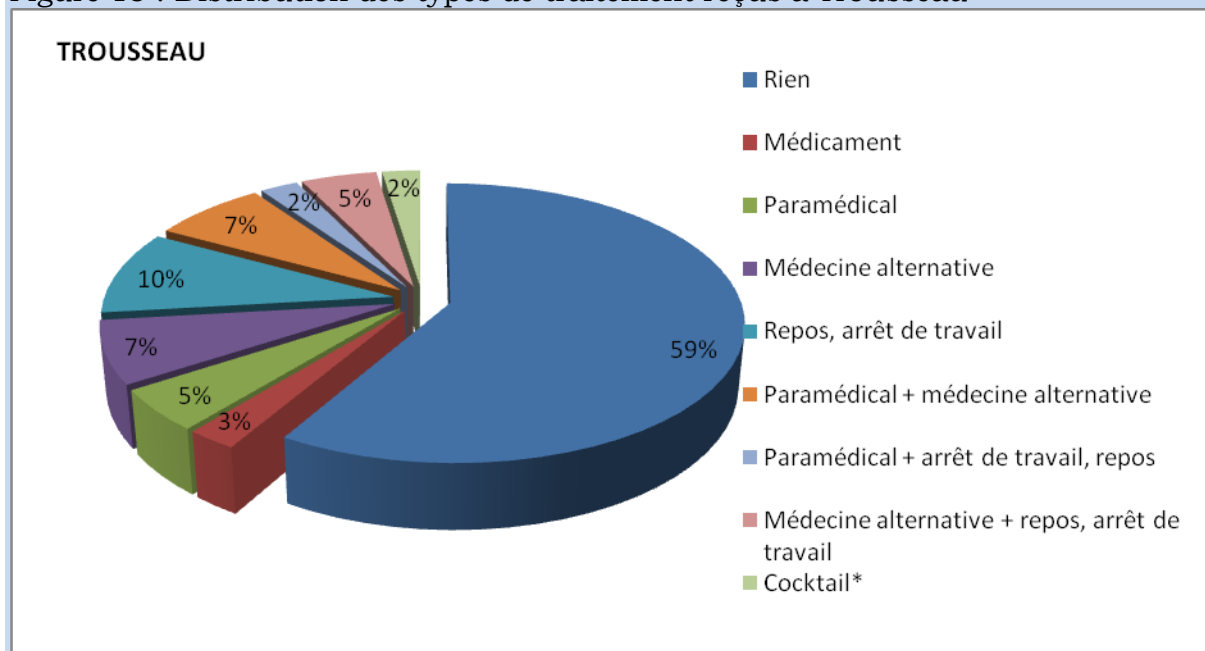
Cocktail* : 3 genres différents de traitement.
Exple : médecine alternative+paramédical+médicament+repos

Figure 12 : Distribution des types de traitements reçus à la Pitié-Salpêtrière



Cocktail* : 3 genres différents de traitement.
 Exple : médecine alternative+paramédical+médicament+repos

Figure 13 : Distribution des types de traitement reçus à Trousseau

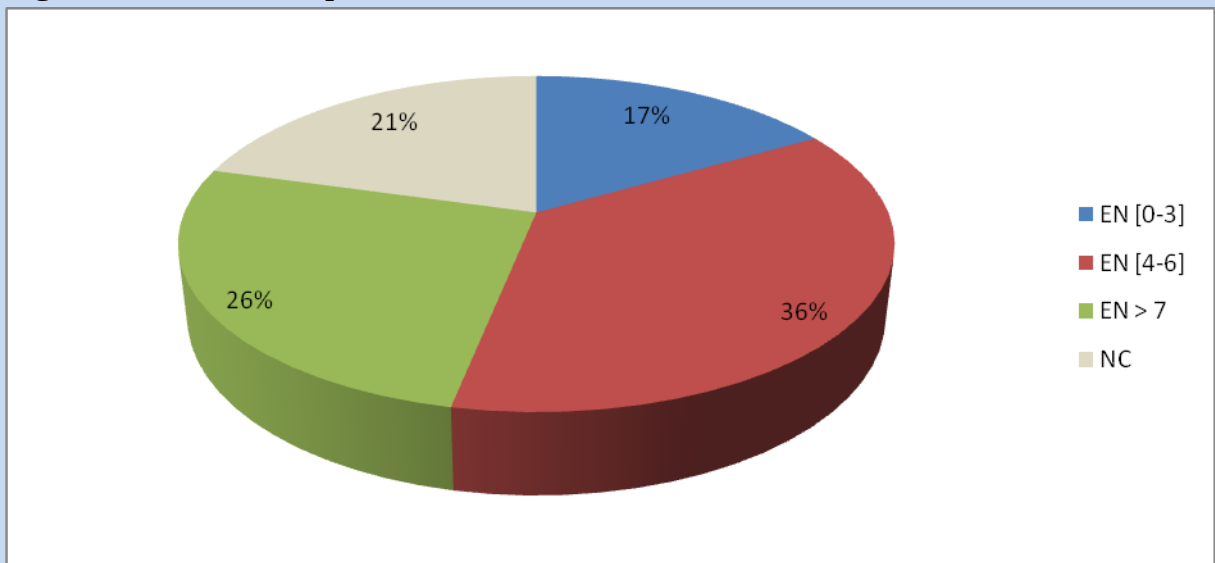


Cocktail* : 3 ou plus de genres différents de traitement.
 Exple : médecine alternative+paramédical+médicament+repos

5.4 L'Intensité de la douleur

✓ La douleur chez un patient peut être évaluée par différentes méthodes. Dans notre étude, nous avons utilisé l'Echelle Numérique (EN). Cette méthode consiste à demander aux femmes de coter leur douleur sur une échelle de 0 à 10. Le zéro correspondant à aucune douleur, et le 10 à la plus forte imaginable.

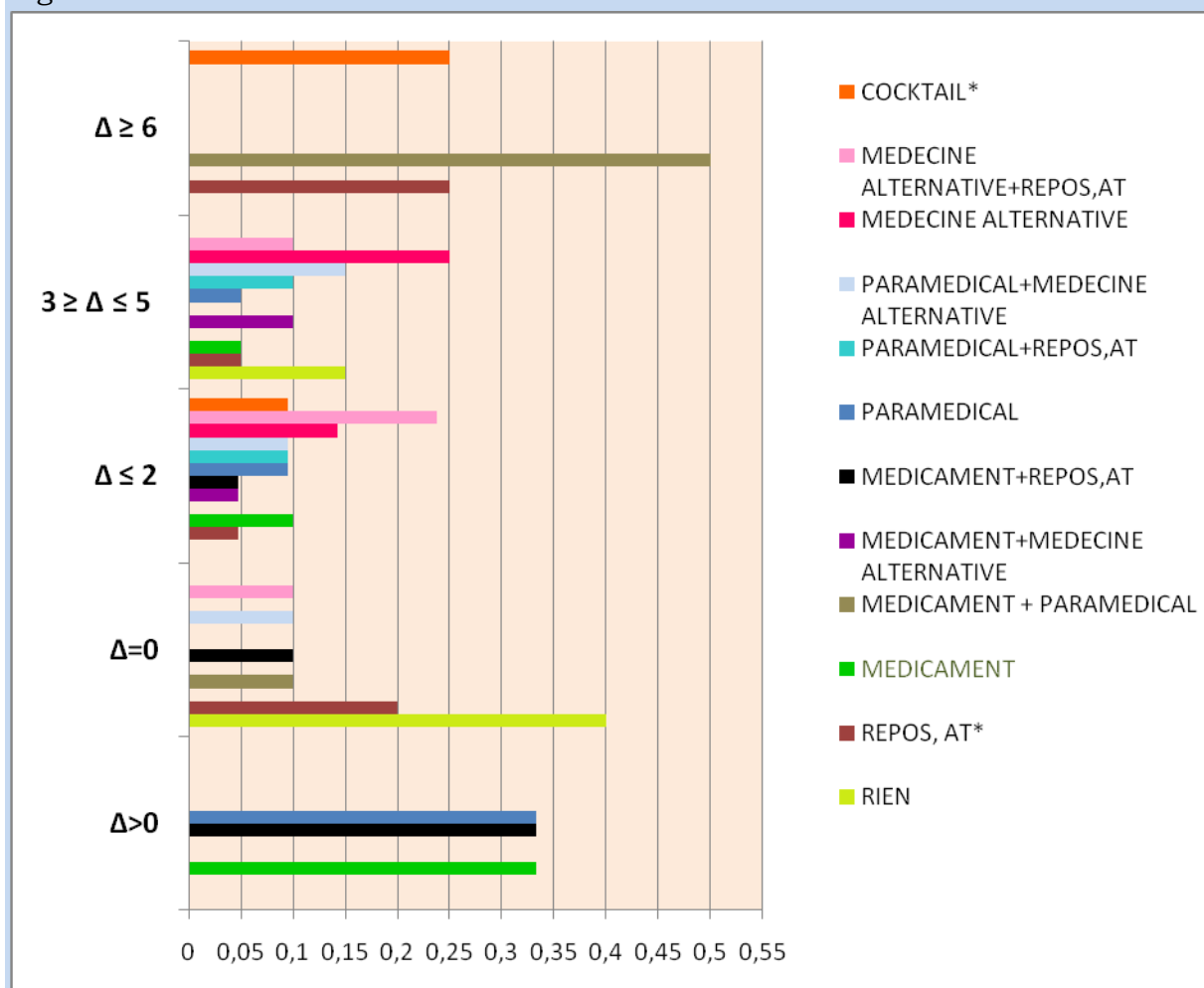
Figure 14 : EN de départ



NC= non communiqué

✓ L'EN avant tout traitement est majoritairement comprise entre 4 et 6.

Figure 15 : Traitement et EN



$\Delta = (\text{E.N avant traitement}) - (\text{E.N après traitement})$

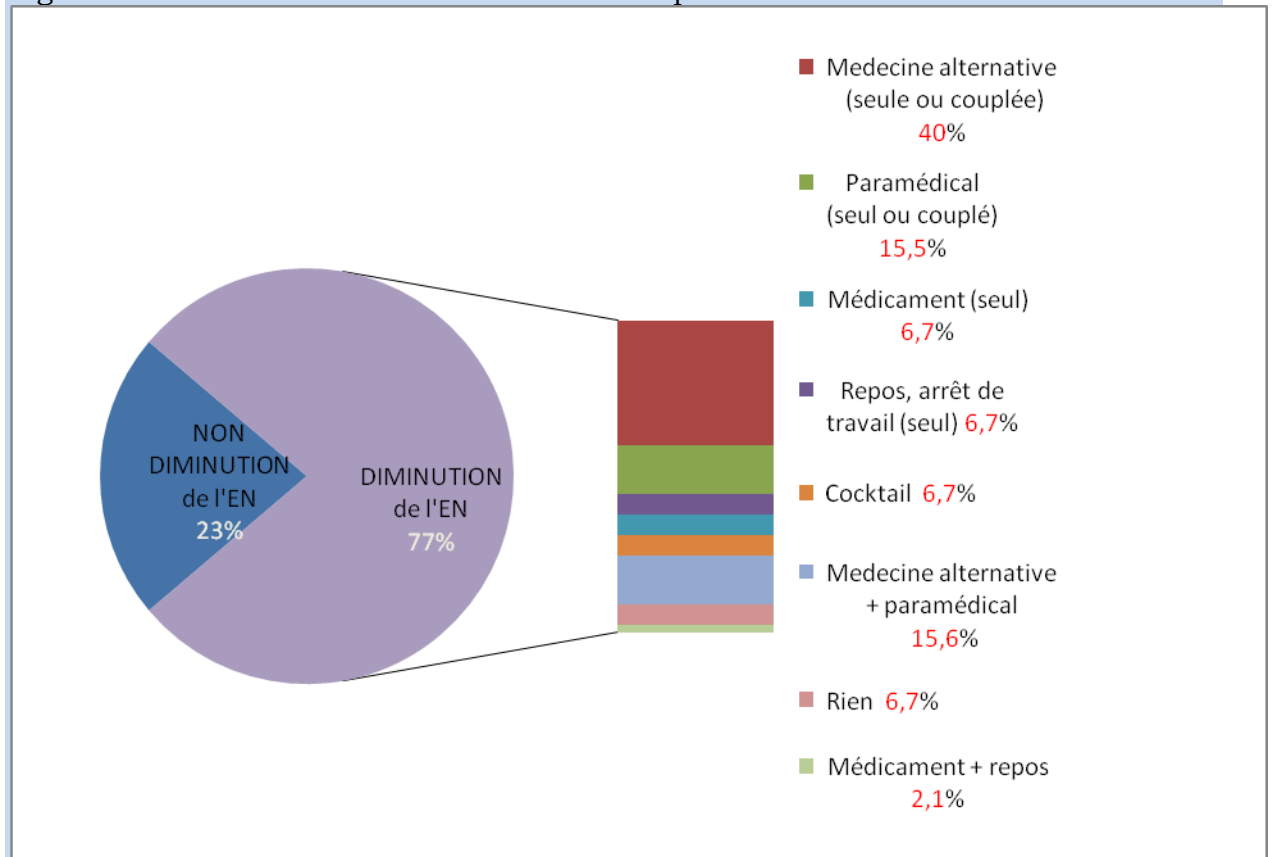
AT* = Arrêt de Travail

Cocktail* : 3 ou plus de genres différents de traitement.

- ✓ Le plus souvent l'E.N inchangé résulte d'une absence de traitement (40%), puis du repos, arrêt de travail simple (20%).
- ✓ Dans notre étude, l'association paramédical-médicament est plus souvent responsable d'une diminution de l'E.N supérieure ou égale à 6 points que l'association médecine alternative-médicament (50% vs 25%).
- ✓ Le traitement plus efficace pour obtenir une diminution de l'EN de 3 à 5 points est un traitement par de la médecine alternative (25%).

- ✓ Pour une diminution de l'EN inférieure ou égale à 2 points, c'est l'association médecine alternative et repos qui est la plus efficace (23,8%).
- ✓ Les seuls cas où l'on rencontre une augmentation de l'EN, c'est lorsque la prise en charge consiste en un traitement médicamenteux seul, du paramédical associé à du repos, ou des arrêts de travail seuls.

Figure 16 : Traitement et diminution de l'EVA post traitement



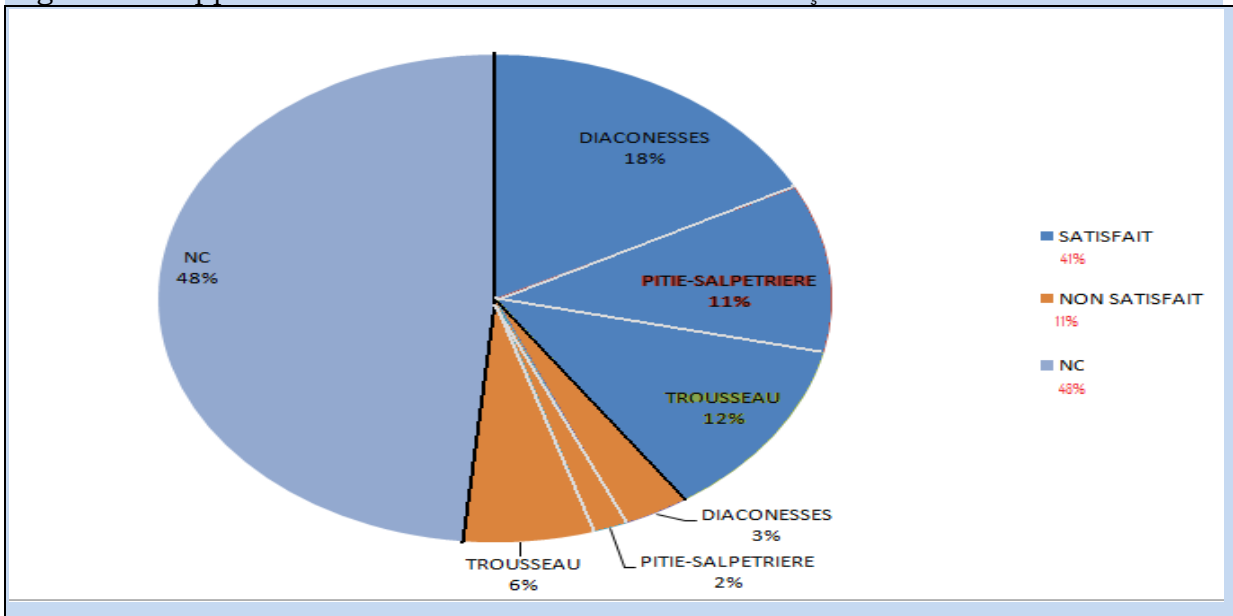
- ✓ Le type de traitement le plus souvent responsable d'une diminution de l'E.N (après son emploi) est la médecine alternative, seule, ou couplée à d'autres méthodes (40%)[excepté le paramédical]
- ✓ La médecine dite classique (médicament, repos/arrêt de travail, le paramédical seul ou couplé [aux médicaments, repos, arrêt de travail], pas de traitement) est responsable d'une diminution de l'EN dans 37,7% des cas.

5.5 Evaluation de la satisfaction des femmes

5.5.1. A propos de l'écoute

- ✓ 18% des femmes satisfaites faisaient suivre leur grossesse au sein d'une maternité de type 1, 12% dans une maternité de type 2, 11% dans une maternité de type 3.
- ✓ Aucune différence significative n'est démontrée dans la comparaison de la répartition de la satisfaction dans les 3 différents types de maternité.

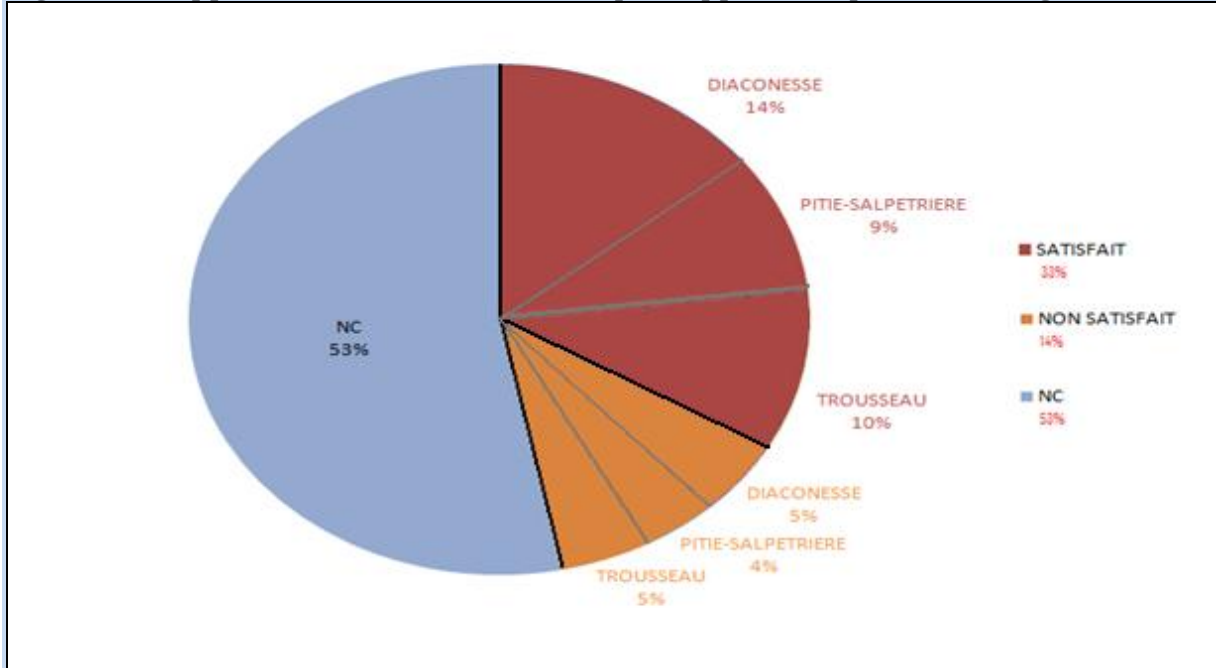
Figure 15 : Appréciation de la satisfaction de l'écoute reçue



5.5.2. A propos de la prise en charge reçue

Parmi les patientes satisfaites, 14% étaient suivies dans une maternité de type 1, 9% dans une maternité de type 2, 10% dans une maternité de type 3.

Figure 16 : Appréciation de la satisfaction par rapport à la prise en charge reçue



Troisième partie :
ANALYSE ET DISCUSSION

1. Biais de l'étude

Un des principaux biais de notre étude réside dans la population étudiée. Les populations de chaque maternité n'étaient pas en tous points identiques, notamment sur le plan social (ressources financières). De plus, le nombre de questionnaires récupérés dans chaque maternité n'était pas identique non plus. Ces deux critères ont pu être des sources de biais dans la comparaison des 3 maternités.

Cependant ces maternités ont été volontairement choisies car elles restaient géographiquement proches les unes des autres. De ce fait, si nous partons du principe que le choix de la maternité de suivi se fait principalement selon la proximité avec son domicile, une femme suivie dans une maternité aurait pu être suivie dans une autre. Ainsi, on peut penser que les populations des 3 maternités ne sont pas tant divergentes.

D'autre part, la proximité de 3 maternités entre-elles, permet d'optimiser les chances d'avoir des femmes ayant choisi leur lieu de suivi, par rapport à leur statut (privé, publique).

En d'autres termes les femmes suivies en maternité privé sont comparables à celles suivies en maternité publique.

Le nombre de femmes « lombalgiques » recensé étant faible, cela peut être la source des valeurs non significatives retrouvées, et d'une puissance un peu diminuée de l'étude.

Dans notre étude, il n'y avait qu'une seule maternité privée, qui était aussi la seule maternité de type 1. D'où peut être le manque de significativité de certains résultats dans la comparaison privé-public.

Pour finir, la population française diverge des populations étudiées dans les diverses études mentionnées. De ce fait certaines considérations sur la prévention et la prise en charge sont à nuancer.

Prenons par exemple, l'exercice physique. Le Collège américain de gynécologie et d'obstétrique en a fait des recommandations pendant la grossesse. Mais l'existence et le contenu de ces recommandations sont influencés et adaptés à la politique de santé actuelle en Amérique du Nord. Concernant le traitement, les européens et les américains du nord n'ont ni la même considération, ni le même usage des médecines alternatives et complémentaires.

2. Discussion

2.1 La Prévention

Notre première interrogation portait sur les moyens de prévention. En existent-ils ? Par qui sont-ils proposés ? Quelles en sont les modalités ?

Lorsque l'on reprend la signification du mot prévention et ses implications, on retrouve la notion de facteurs de risque. En effet, afin d'assurer une prévention des plus pertinente, il semble nécessaire de connaître et de savoir identifier les facteurs de risques en lien avec l'affection que l'on veut prévenir.

Dans notre étude les facteurs de risques étaient de deux ordres : médicaux et sociologiques. Concernant les facteurs de risques biomécaniques ont été retenus un travail physique, stressant, inconfortable. Pour ce qui est des facteurs de risque sociaux seul l'isolement social a été étudié. En d'autres termes, dans les questionnaires, nous avons interrogé les femmes sur le soutien social qu'elles avaient ou non eu.

Nous avons alors retrouvé 40,9% des femmes [n=80 femmes] souffrant de lombalgies et ayant des facteurs de risques biomécaniques. Seul 2% des femmes lombalgiques (n=4) étaient dans une situation d'isolement social.

Nous sommes ensuite concentrées sur les différentes modalités de la prévention.

Le taux de prévention s'élevait à 58% dans l'étude (73 femmes parmi les 126 femmes atteintes de lombalgies). Son taux par maternité était inférieur à 50% (figure 3).

Une des modalités de prévention est réalisée par le biais des professionnels. Dans la population étudiée quelle que soit la maternité la prévention se faisait essentiellement selon cette modalité (63% des femmes ayant bénéficié d'une prévention) (figure 4).

Une étude prospective randomisée faite en double aveugle à Téhéran d'avril 2003 à janvier 2004, a démontré que les femmes enceintes participant à un programme d'exercices (3 fois/ semaine des séances de 45 minutes pendant 12 semaines), sont moins sujettes aux lombalgies que les femmes n'en ayant pas [14]. Le programme d'exercices durant la grossesse semble donc être un bon moyen de prévenir les lombalgies.

Une activité physique et son maintien de manière modérée pendant la grossesse paraît alors être une recommandation judicieuse. Ceci est d'ailleurs déjà préconisé au Canada [27, 25, 8]. Un programme régulier d'exercices physiques pourrait même être initié avant la grossesse, car il réduirait le risque de survenue de maux de dos pendant la grossesse [28]. En effet, pour la santé et le bien être de tous les américains, les recommandations générales optent pour une accumulation d'exercices journaliers visant à renforcer l'état cardiorespiratoire et musculo-squelettique. La durée totale recommandée est de 30 minutes par jour, tous les jours de la semaine au mieux. En l'absence de contre-indications obstétricales ou médicales [annexe IV], cela s'applique aussi aux femmes enceintes. L'exercice peut être de deux types : au sol, ou aquatique.

Auparavant l'exercice durant la grossesse était associé à une élévation de la température corporelle, une hypoglycémie maternelle, une augmentation des problèmes musculo-squelettiques.

Il y avait également des inquiétudes concernant l'hyperthermie maternelle, la contractilité utérine, le bien être fœtale, la balance énergétique maternelle. Or des récentes études n'ont pas confirmées la présence de ces risques lors d'exercices physiques modérés chez les femmes ayant une grossesse de déroulement physiologique. De plus cela préviendrait également la survenue d'un diabète gestationnel [8].

Le Collège américain de Gynécologie et Obstétrique a même émis des recommandations sur les exercices à réaliser pendant la grossesse et le post-partum.

D'après ces recommandations, la prescription d'un programme d'exercice durant la grossesse doit respecter certains critères.

Elle requiert :

- une évaluation des risques potentiels résultant de l'exercice
- et une analyse des capacités physiques nécessaires pour la pratique de l'exercice prescrit.

Une évaluation approfondie de chaque femme enceinte est à effectuer avant la recommandation d'un programme d'exercices. Le suivi prénatal de routine (séances de préparation à la naissance, visite mensuelle...) est suffisant pour encadrer ces programmes d'exercice. L'état nutritionnel, cardiovasculaire et musculo-squelettique sont à évaluer fréquemment lors des visites prénatales afin de réajuster le programme si besoin.

Des directives sont également données concernant la gestion de ces programmes d'exercices en fonction du profil des patientes (femmes sédentaires, actives avant la grossesse, les athlètes). A noter que pour les athlètes, l'arrêt brutal de leur activité physique peut les rendre plus sujettes aux lombalgies.

Un autre point est mis en exergue : celui d'un programme individualisé. En effet, cela semble être plus efficace dans la réduction de la douleur et des arrêts de travail dus au mal de dos durant la grossesse que les sessions d'apprentissage en groupe. Les sessions individuelles d'exercices incluraient des exercices de posture, d'ergonomie à réaliser une fois par semaine pendant 5 semaines [8]

Le programme d'exercice peut comporter différentes activités à faire de manière rythmique et continue et sollicitant un large groupe musculaire, comme : marcher, faire des randonnées, nager, faire du vélo... Du fait qu'on ait besoin de contrôler l'intensité de l'exercice dans des limites plutôt précises, sont plutôt conseillés la marche et le vélo stationnaire. Les activités majorant le risque de chute (ski), de traumatisme abdominal ou induisant un stress sur les articulations (course, tennis) sont indésirables et devrait conduire à une information des femmes enceintes concernées.

En plus des exercices d'aérobic et des exercices promouvant la forme physique (fitness) se joignent au programme d'exercice. Ces derniers incluent des exercices axés sur la résistance musculaire et la souplesse.

Pour finir, en ce qui concerne l'exercice en général, la reprise graduelle de celui-ci dans le post-partum est recommandée dès que cela s'avère être physiquement et médicalement sécurisé. En effet, aucune publication ne révèle de complications consécutives à une reprise de l'activité dans le post-partum, à coordonner avec la rééducation du périnée et la fermeture du col utérin. Cependant, pour les femmes allaitantes, il est conseillé d'allaiter leur enfant avant l'exercice pour éviter l'inconfort du à l'engorgement de leurs seins (à priori pleins avant la tétée). D'autre part, cela évite les potentiels problèmes associés à l'augmentation de l'acidité du lait secondaire à l'accumulation de l'acide lactique.

De plus, nous nous sommes intéressés à l'exercice aquatique en particulier.

Une étude contrôlée randomisée menée dans 3 centres de suivi anténataux d'août 95 au 31 mai 96, a cherché à comparer l'effet de l'exercice aquatique et l'exercice au sol pendant 1 semaine sur les douleurs lombaires, les douleurs pelviennes ou les deux. Elle inclue 390 femmes bien portantes. Dans les deux types d'exercices, la séance dure 45 minutes et se termine par 15 minutes de relaxation. Les exercices sont basés sur l'étirement, la souplesse, le renforcement musculaire, la mobilisation du pelvis. Les mêmes groupes musculaires sont sollicités.

La seule différence réside dans le type d'environnement. L'eau élimine la gravité et le frein à la résistance dans les mouvements. Les exercices sont élaborés par des physiothérapeutes et des sages-femmes.

Il en ressort qu'il y a significativement moins d'arrêts de travail chez les femmes ayant participé à des séances de gymnastique aquatique [15]. De plus, l'exercice aquatique aide au contrôle des œdèmes périphériques (communs chez la femme enceinte). Il engendre également une diminution du pouls maternel même pendant l'exercice alors que les exercices au sol engendrent un stockage de la chaleur et une sudation plus intense [8]. L'immersion est donc idéale pour la dissipation de la température. Le principal effet de l'immersion est la redistribution du fluide extravasculaire dans l'espace vasculaire résultant d'une augmentation du volume vasculaire. Cela se produit rapidement et est proportionnel à la profondeur de l'immersion, menant à une diminution de la pression systémique. D'autres changements s'opèrent également dans la circulation sanguine et la ventilation des femmes.

La grossesse ne doit pas être associée à un arrêt de toutes les activités par méconnaissance. Elle ne doit pas non plus être vécue comme un état d'emprisonnement, de confinement, de punition ou de frustration des femmes enceintes. Pour celles ayant une grossesse sans complications, elles sont encouragées à continuer ou à s'engager dans des activités physiques. En dépit du fait que la grossesse soit caractérisée par des changements anatomiques et physiologiques profonds, l'exercice physique durant la grossesse physiologique est à moindre risque et a des avantages confirmés pour la plupart des femmes s'y soumettant. Les femmes enceintes sont donc désormais encouragées par leur soignant à faire un exercice modéré durant leur grossesse [8].

Des conseils sur la protection de la colonne lombaire peuvent être fournis. Il s'agit alors de conseils sur la manière de se pencher (éviter de se pencher en avant en engendrant une rotation spinale), de se lever.

Des moyens de protéger sa colonne lombaire lors d'exercices contraignants sont également enseignés. Certaines actions sont à éviter tel que le port de charges lourdes. Peuvent être également employés, pour limiter les contraintes sur la colonne vertébrale, l'utilisation d'un repose pied, de coussins supportant les jambes et l'abdomen lors d'un couchage sur le coté ou encore sous la taille lors d'un couchage sur le dos, privilégier les sièges avec dossiers.

D'autre part, des conseils sur les positions à adopter dans la journée peuvent être donnés [32]. En effet le fait d'être debout est moins bon pour leur dos que le fait de marcher.

Si toutefois elles doivent rester debout, elles peuvent faire l'exercice suivant : faire basculer le poids de leur corps d'une jambe à l'autre, ou utiliser un petit tabouret sur lequel elles peuvent alternativement reposer une de leur jambe. De manière générale, il est bon de changer fréquemment de position, de ne pas rester trop longtemps debout, ou trop longtemps assis.

Pour finir, le fait d'avoir des moments de repos en milieu de journée, permettant ainsi aux muscles de récupérer, semble également être un bon élément de prévention des lombalgies durant la grossesse [27, 25].

La prévention des lombalgies peut avoir lieu au cours des séances de préparation à la naissance, animées par les sages-femmes. Des exercices visant à améliorer la force et la flexibilité des structures soutenant les tissus sollicités y seront donc enseignés aux femmes enceintes. Des exercices visant à réduire la lordose lombaire ou encore à étirer la colonne lombaire pourront s'y ajouter, lorsque la douleur aigue est contrôlée. En plus, des conseils d'usage sur la protection lombaire seront fournis, dont certains portants sur l'ergonomie dans la vie quotidienne.

D'autres professionnels peuvent également intervenir comme les acupuncteurs, les ostéopathes, les chiropracteurs. Ceci concerne surtout les femmes qui en dehors de la grossesse ont déjà l'habitude de côtoyer ces professionnels.

Elles continueraient alors à les voir pendant la grossesse et travailleraient avec eux pour anticiper, prévenir la survenue des maux de la grossesse, ou du moins en limiter les effets.

Deuxièmement les femmes peuvent prévenir leur lombalgie en suivant les conseils de leur entourage, ou encore à travers des lectures personnelles sur le sujet. Cela concernait 37% (n=27) des femmes ayant eu une prévention (n=73) (figure 4).

Notre première hypothèse est donc confirmée : il existe des moyens de prévention par les professionnels et/ou employés par les femmes elles-mêmes, afin de limiter voire d'éviter la survenue de dorsalgie.

2.2. Le taux de prise en charge des lombalgies

Notre deuxième hypothèse était la suivante : Il existe un défaut de prise en charge des dorsalgies durant la grossesse.

Le taux de lombalgie dans la population étudiée est de 64% (figure 1). Il est réparti de manière non homogène dans les différentes maternités (figure 2).

Le taux de traitement était de 51,6% parmi les femmes ayant des lombalgies (figure 5).

Il ressortait également de notre étude, que les femmes signalant leur douleur étaient significativement plus traitées en maternité privée que publique (96,3% vs 73,3%).

Nous constatons donc que toutes les femmes « lombalgiques » ne sont pas traitées.

Cela ne serait-il pas du au fait que les femmes enceintes considèrent la lombalgie comme quelque chose d'inéluctable pendant la grossesse et donc à ne pas traiter ?

En effet lorsqu'elles étaient questionnées sur la nécessité (jugée subjectivement) d'un traitement, 62,7% d'entre elles (n=79) l'estimaient non nécessaire.

Nous pouvons également nous interroger sur le fait qu'elles interprètent la notion de traitement comme évoquant un facteur de gravité, donc trop important par rapport à leur gêne, de leur inconfort. Du fait qu'elles considèrent la lombalgie comme commune pendant la grossesse, elles n'envisagent pas de palier à cette douleur, ni à cette gêne. Donc quand un traitement est proposé, elles le jugent parfois inadapté à cette douleur, certes gênante mais considérée comme normale, et ce d'autant plus que les femmes enceintes ont tendance à craindre la médication pour le bien être de l'enfant qu'elles portent. Elles ont pour la plupart tendance à privilégier leur enfant par rapport à elles-mêmes.

N'y aurait-il pas non plus une influence du personnel médical dans cette croyance ? Aux Etats-Unis, la plupart des obstétriciens expliquent aux femmes que les lombalgies sont un aspect normal de la grossesse. Ceci pourrait expliquer que seulement 32% des femmes font part de leurs maux de dos [32].

Le rôle de la sage-femme, interlocutrice privilégié, des femmes pendant la grossesse et après l'accouchement semble être important. En effet, leurs qualités d'empathie, d'écoute sont alors requises afin de promouvoir la liberté d'expression des patientes, sans gêne, sans jugement. Et leur clairvoyance est requise afin de lever les idées reçues.

Parmi les femmes jugeant le traitement non nécessaire, 45,6% d'entre elles (n=36) ont quand même signalé leur mal de dos à leur soignant. Or, nous savons que d'un point de vue psychologique, la grossesse s'accompagne d'un remaniement identitaire de la femme et de son compagnon. La future mère mobilise toutes ses capacités pour s'adapter aux bouleversements internes et externes qu'elle subit. Un nouvel état narcissique se met alors en place [11].

On peut se demander si le fait de juger le traitement non nécessaire, mais de le signaler tout de même, ne rentre pas en compte dans le processus narcissique, égocentrique que développe la femme enceinte. Le signalement de la symptomatologie serait surtout pour attirer l'attention des soignants sur elle mais sans désir réel de prise en charge. Ce procédé expliquerait en partie le défaut de prise en charge des lombalgies chez les femmes enceintes.

Il est également intéressant d'analyser ce jugement en fonction des maternités.

Le traitement est significativement plus souvent jugé nécessaire dans la maternité de type 1 comparé aux maternités de type 2 et 3 (figure 6).

On peut penser que la population suivie dans une maternité de type 1 n'a pas les mêmes attentes que les femmes suivies en type 2 et 3. En type 1, on serait plus à la recherche de la physiologie, d'une écoute de son corps.

En type 2 et 3, l'attention se porterait plus sur la technique et la prise en charge médicale du suivi de la grossesse.

D'après une étude menée dans le Connecticut de mai 2002 à 2003, seul 32% des femmes ayant des douleurs lombaires pendant la grossesse le signalent [32]. Dans notre étude ce pourcentage s'élevait à 57,1%. On peut donc retenir le manque de signalement de la douleur comme une des raisons du défaut de prise en charge.

Pour finir, la tolérance de la douleur ne jouerait-elle pas sur le taux de traitement ? En effet, si la douleur est jugée supportable, il paraît normal que la patiente ne sollicite pas de traitement ou même ne signale pas cette douleur à son soignant. Dans notre étude l'EN de départ était majoritairement compris entre 4 et 6 (figure 14).

Nous pouvons donc conclure qu'il existe bel et bien un défaut de prise en charge des lombalgies durant la grossesse. Notre deuxième hypothèse est donc validée.

2.3. Taux et qualité de la prise en charge en fonction des maternités

Nous nous sommes interrogées sur le taux et la qualité de la prise en charge dans les différentes maternités de notre étude. Ces derniers ne seraient-ils pas enclins à varier en fonction du lieu de suivi, c'est-à-dire en fonction du type de maternité et selon que celle-ci soit publique ou privée ?

Dans notre étude les taux de prise en charge différaient d'une maternité à une autre (figure 11,12,13). En effet nous avons constaté que le taux le plus élevé de non traitement s'observait dans la maternité publique de type 3. C'est dans la maternité privée de type 1 que ce dernier était le moins élevé.

Selon une étude prospective menée de mai 2002 à octobre 2003 dans le Connecticut, 75% des soignants en charge du suivi de grossesse ne recommandent pas de traitement pour des femmes enceintes « lombalgiques » [32]. Si l'on compare ce pourcentage avec ceux retrouvés dans notre étude, on constate tout même que le taux de prise en charge dans les maternités étudiées était plus élevé. En fait le taux de non traitement variait de 40 à 60%.

Concernant la qualité de la prise en charge, nous avons souhaité porter notre attention sur son caractère global. Pour ce faire, nous avons aussi interrogées nos patientes sur les aspects socioprofessionnels de leur vie.

Nous avons alors retrouvé respectivement dans la maternité de type 2 et de type 3 : 4,9% (n=2) et 4,5% (n=2) de femmes souffrant de lombalgies qui présentaient des facteurs de risques sociaux mais qui n'avaient pas reçu de prise en charge sociale particulière. Aucune femme lombalgique suivie dans la maternité privée de type 1 n'avait de facteur de risque social. On ne peut donc pas mettre en évidence de différence significative dans la comparaison de la qualité de la prise en charge dans les différentes maternités.

Cette différence observée est probablement due au fait que la population suivie en maternité privée n'est pas en tous points comparable avec celle suivie en maternité publique, et ce surtout d'un point de vue socio-économique.

Ce qu'il semble important de retenir c'est que, quelque soit l'endroit du suivi, la prise en charge globale de la femme enceinte est importante. En ce qui concerne les lombalgies durant la grossesse, nous avons pu constater qu'il existe des étiologies d'ordre socioprofessionnel et non seulement biomécanique. Il faudrait donc, dans un souci de bonne prise en charge, fournir à la patiente ayant des lombalgies une assistance à la fois médicale et/ou paramédicale, mais également sociale.

D'autre part, des divergences dans le type de traitement proposé ont été retrouvées (figures 11, 12,13). Au sein des 2 maternités publiques, le traitement principalement préconisé est le repos/l'arrêt de travail. Dans la maternité privée, on constate que c'est la médecine alternative.

En second plan viennent respectivement dans les maternités de type 1, 2 et 3 : le paramédical, les médicaments et le paramédical isolé ou associé.

Notons que dans la maternité de type 1, aucune femme traitée ne l'est uniquement par des médicaments.

Terminons par noter le fait qu'aucune différence significative dans les taux de satisfaction (prise en charge et écoute) n'est démontrée dans notre étude (figure 16).

On remarque donc qu'en fonction du type de maternité et de son statut (publique ou privé), le taux et le type de prise en charge varie. Cependant par manque de données et du fait du biais concernant l'aspect non totalement comparable de nos populations, nous ne pouvons pas statuer sur la qualité de la prise en charge en fonction des maternités. Notre troisième hypothèse est donc partiellement validée

2.4. Type et efficacité de la prise en charge

Pour répondre à notre quatrième hypothèse qui est: les médecines alternatives sont plus efficaces mais moins proposées que les solutions dites classiques, nous avons analysé le type de traitement proposé aux femmes enceintes ayant des lombalgies et leur efficacité.

Pour ce faire, les femmes devaient coter leur douleur avant et après le traitement. La cotation se faisait par le biais de l'Echelle Numérique. En d'autres termes, elles devaient donner à leur douleur une note pouvant aller de 0 à 10. En sachant que 0 correspondait à aucune douleur, et 10 faisait référence à la note donnée à la douleur la plus forte qu'elles aient déjà ressentie.

Au sein de l'étude menée, nous avons retrouvé divers types de traitement, dont le taux d'utilisation variait (figure 10). Cependant, nous n'avons pu mettre en évidence aucune différence significative dans les différents types de traitement proposés en fonction des maternités. On retrouve ces traitements dans la littérature. Chaque traitement influencerait de manière différente sur le mal de dos. Selon l'article de M.A. Timsit [28], le repos et le paracétamol entraîne une « sédation des douleurs ». De la gymnastique aquatique pendant la seconde moitié de la grossesse, la physiothérapie, l'éducation de patientes, la relaxation, les techniques d'épargne lombaire diminuent les arrêts de travail pour lombalgies pendant la grossesse. D'autre part, l'acupuncture est un traitement complémentaire efficace. Des exercices de rééducation et de renforcement musculaire (muscles paravertébraux et psoas) peuvent être également conseillés.

2.4.1. Les médicaments

Dans notre étude le traitement médicamenteux s'est révélé être décevant. Il n'était responsable d'une diminution de l'EN que dans 6,7% des cas (figure 16). Le même constat est retrouvé dans la littérature [27].

Face à la douleur et l'inflammation différents niveaux d'antalgiques peuvent être employés. Nous expliciterons ceux indiqués lors de lombalgies durant la grossesse.

Le paracétamol est l'antalgique de première intention durant la grossesse [8, 28].

Même si les antalgiques de niveau 2 n'ont pas l'AMM pendant la grossesse, ils sont parfois utilisés. Le dextropropoxyphène, un analgésique opioïde, dérivé de la morphine (Diantalvic®) est alors l'antalgique de référence [12, 8, 28].

Les dérivés de la codéine et les opiacés peuvent être utilisés en cas de grande nécessité et avec précaution.

Il est à noter que l'usage prolongé de ces antalgiques de niveau 2 en fin de grossesse peut exposer à un syndrome de sevrage du nouveau-né (en cas d'arrêt brutal) et à des détresses respiratoires [12,28]. Ils peuvent être prescrits pendant une durée brève (2-3 jours) en cas d'allaitement maternel.

D'autres antalgiques comme l'oxycodone peuvent être envisagés. Cependant, ils sont à éviter du fait d'un manque de données fiables à leur sujet. De plus leur usage est réservé aux anesthésistes [12, 8].

Les AINS ne sont pas tératogènes, mais sont contre-indiqués pendant la grossesse même en prise unique et interdits dès le 6^{ème} mois de grossesse (cours + 37,12, 28). Au cours de l'allaitement l'administration de ketoprofène (profenid®) ou d'ibuprofène (Brufen®) est possible.

Les corticoïdes peuvent être employés chez la femme enceinte. Ils traversent le placenta, cependant la prednisone est catabolisée en grande partie par celui-ci. Ceci explique le fait que son utilisation soit préférée aux autres corticoïdes chez la femme enceinte. Il est tout de même à savoir que son utilisation dans le cadre d'un traitement maternel (à dose élevée) peut engendrer un retard de croissance foetal et une hypertension artérielle dans l'enfance [12, 28]. Ce traitement est utilisable en cas d'allaitement maternel.

L'emploi de relaxant musculaire peut également être envisagé. D'après les recommandations de l'ANAES, dans le soulagement des lombalgies chroniques seul l'effet analgésique du tétrazépam a fait l'objet d'une étude. Aucun effet malformatif ne lui a été attribué. Son utilisation tout au long de la grossesse est permis si le traitement par myorelaxant est indispensable, et ce à dose efficace la plus faible possible. Cependant s'il est employé proche de l'accouchement, l'équipe obstétricale et pédiatrique doit en être avertie car des signes d'imprégnation et un syndrome de sevrage néonatal transitoire sont possibles chez le nouveau-né [sites net, 37, 8].

2.4.2. Méthodes éducatives, naturelles

Le fait d'identifier et de traiter tôt les maux de dos, améliore les chances de rendre les traitements efficaces. Souvent des mesures simples sont adoptées, et cela peut suffire à réduire la douleur.

On retrouve parmi ces mesures, des éléments mentionnés dans les moyens de prévention : des postures adéquates, des exercices d'étirement de la colonne, un maintien de l'exercice physique (qui peut être aquatique) afin de renforcer les muscles abdominaux et paravertébraux [25, 8].

Le fait de s'allonger avec les pieds surélevés par un coussin, l'utilisation d'un marche pied lorsqu'on est assis sont fréquemment recommandés. En ayant les hanches fléchies, la lordose lombaire est réduite et cela aide à soulager le spasme musculaire et la douleur aiguë [25, 8].

Un exercice peut être fait également : s'asseoir sur une chaise à l'envers, de manière à avoir son buste qui repose sur le dossier de la chaise. Cela permet d'étirer le bas de la colonne vertébrale. C'est d'ailleurs souvent une position de confort en fin de grossesse [25]. Autre exemple : s'allonger sur le dos, les jambes légèrement pliées, puis tenter de sentir l'appui de chaque apophyse épineuse des vertèbres lombaires sur un plan dur (le sol). Cela permet également une correction de la lordose.

Des compresses chaudes ou froides peuvent être appliquées sur le dos en association ou non à des massages [27, 25].

Des exercices de relaxation enseignés et effectués lors des séances de préparation à la naissance sont également bénéfiques pour les lombalgies.

Pour finir l'emploi d'une ceinture de soutien lombaire et abdominale élastique en velcro peut soulager la douleur. Le mécanisme de la ceinture lombaire consiste en la bascule du poids de l'abdomen vers la colonne spinale. Cela engendre une amélioration de l'inconfort dans le dos.

Son port n'a pas d'effets délétères sur l'hémodynamique maternelle et fœtale [25, 3, 5].

Une revue de littérature effectuée dans la base de données de la Cochrane répertorie 3 études contrôlées randomisées [38]. Il en ressort qu'afin de soulager la lombalgie :

- l'exercice aquatique est plus bénéfique que le non traitement
- l'emploi d'oreillers spéciaux pour les lombalgies est plus adapté que l'emploi d'oreillers standards

Cependant, l'étude de Perkins et al constate que tous ces « trucs et astuces », n'éliminaient pas toujours la lombalgie. Ils contribuaient, tout de même, à en diminuer l'intensité, à réduire les temps d'arrêt de travail sans systématiquement les corriger [25].

2.4.3. Paramédical

La physiothérapie est aussi une méthode de traitement des lombalgies.

Elle se définit comme « la science de l'évaluation des personnes ayant des incapacités physiques et de l'intervention auprès de celles-ci par l'exercice, les manipulations, les massages, et l'utilisation d'énergie électrique mécanique ou irradiante ». Seul un membre de l'ordre de la physiothérapie du Québec, peut porter le nom de physiothérapeute. En France la physiothérapie est pratiquée par les masseurs-kinésithérapeutes.

Dans notre étude, ce mode de prise en charge arrive en 3^{ème} position (figure 10). Son emploi s'avérait être un type de traitement principalement responsable d'un non changement dans l'intensité de la douleur (figure 15). Mais c'était également le traitement principalement responsable d'une diminution de plus de 6 points de l'EN quand il était couplé à des antalgiques.

2.4.4. Médecine alternative et complémentaire

L'OMS définit la médecine alternative et complémentaire comme un large ensemble des pratiques de santé qui ne font pas parti des propres traditions du pays ou non intégrés dans le système de santé dominant [31].

Dans notre étude, les médecines alternatives et complémentaires mentionnées étaient : l'acupuncture, l'ostéopathie, l'homéopathie, la balnéothérapie, la relaxation.

Nous avons retrouvé 12% des femmes qui faisaient usage de la médecine alternative isolée pour palier à leurs maux. Dans 27% des cas, elles la couplaient avec d'autres types de traitement (figure 15).

D'autre part, la médecine alternative seule ou couplée à d'autres modes de prise en charge, était le traitement principalement responsable d'une baisse de l'intensité de la douleur (diminution de l'EN supérieure ou égale à 6 points, comprise entre 3 et 5 points, inférieure ou égale à e 2 points) [figure 15].

De manière plus générale, la médecine alternative est responsable d'une diminution de L'EN dans 63% des cas (figure 10)

Avant de conseiller et/ou d'instaurer un traitement de médecine alternative, il semble judicieux de connaître en premier lieu le ressenti des femmes vis-à-vis de ces méthodes, d'interroger les patientes sur les stratégies de traitement qu'elles envisagent. Environ 60% des femmes aux Etats-Unis affirment qu'elles accepteraient l'emploi de la médecine alternative durant leur grossesse [9, 31].

Ces méthodes sont à employer en complément des conseils d'usage donnés aux femmes souffrant de lombalgies 9].

Concernant les soignants, selon une étude réalisée dans le New Haven [31], 61% d'entre eux considèrent la médecine alternative comme efficace pour traiter les lombalgies durant la grossesse. Les sages-femmes les recommandent plus que les obstétriciens (93% vs 64%).

Toujours selon cette étude, 90,2% des soignants préconisent une forme non médicamenteuse de traitement.

Y figure également une liste de traitements les plus conseillés par les soignants américains tels que: l'acupuncture, la relaxation ou le yoga.

Selon une revue de la littérature citée ci-dessus [38], il apparaît que :

- 10 séances d'acupuncture sont plus efficaces que la kinésithérapie.
- Les massages sont plus efficaces que la relaxation.

Débutons par l'étude de l'acupuncture. L'acupuncture concerne plus de 2 millions de personnes par an aux Etats-Unis.

Plus d'un tiers de la population y a recours [3]. Diverses études ont été menées pour prouver son efficacité sur les maux de dos durant la grossesse.

L'une d'entre elle est une revue de la littérature réalisée par Carolyn C and al, dont la base de données provient de diverses sources (The Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), National Library for Health Complementary and Alternative Medicine Specialist Library, CINAHL, EMBASE, AMED, Acubriefs MEDLINE).

Y sont incluses toutes les études contrôlées randomisées ayant pour objet d'étudier l'emploi de l'acupuncture sur les lombalgies et les douleurs pelviennes postérieures.

3 études sont retenues dont une très pertinente, multicentrique, celle de Elden et al en 2005. Il en ressort que la combinaison acupuncture/conseils est le traitement le plus efficace (EN médian significativement moins important que dans les autres groupes), et ce, aussi bien au bout d'une semaine de traitement qu'à la fin des 6 semaines de traitement. De plus, aucun effet délétère concernant l'acupuncture n'est relevé [9].

Une autre étude contrôlée randomisée, faite chez des femmes souffrant de lombalgies et de douleurs pelviennes, compare 3 groupes. Le premier bénéficie de l'acupuncture auriculaire, le second : un groupe placebo (simulation d'acupuncture), le troisième groupe ne recevant rien. Après 1 semaine, il y a une différence significative dans l'intensité de la douleur.

Les femmes ayant eu de l'acupuncture sont les moins algiques de toutes après une semaine de traitement [1].

Pour finir, parlons d'une autre étude contrôlée randomisée qui a pour but de comparer l'acupuncture à la physiothérapie. Elle a été menée en Suède en 1999. 60 femmes ont été admises dans l'étude. Elles souffrent de LBP et ont un âge gestationnel de moins de 32 semaines. Elles ont tiré au sort un traitement par acupuncture ou par physiothérapie.

Le traitement par l'acupuncture consiste en un traitement trois fois par semaine durant les deux premières semaines, puis deux fois par semaines les deux dernières semaines. Il y a un total de 10 séances sur un mois, chacune durant 30 minutes. Le traitement commence toujours par de l'acupuncture auriculaire complété si besoin par de l'acupuncture corporelle. Celui par la physiothérapie consiste en une séance une à deux fois par semaine. Au total 10 séances en 6-8 semaines, durant chacune 50 minutes. Il s'agit principalement de séances de groupe.

L'étude met en évidence qu'il y a une diminution de l'EN dans le groupe traité par l'acupuncture et également dans le groupe traité par physiothérapie, mais à moindre mesure. Après le traitement, une diminution significative de la valeur médiane de l'EVA est constatée dans le groupe acupuncture. Cette diminution n'est pas significative dans le groupe physiothérapie. Les femmes traitées par acupuncture relatent un état de bien être après les premiers traitements, ce qui n'est pas le cas pour les autres.

D'autre part, la gêne dans la vie quotidienne est significativement moindre dans la catégorie «traitées par acupuncture ». La physiothérapie ne joue pas sur la gêne durant les activités quotidiennes.

La satisfaction des femmes est de 96,4% dans le groupe acupuncture et de 77,8% dans le groupe physiothérapie.

L'étude conclue au fait que l'acupuncture soulage mieux la douleur et diminue plus la gêne dans la vie quotidienne que la physiothérapie.

Au final, l'acupuncture est assimilée à un traitement « analgésique » alors que la physiothérapie est considérée comme étant un traitement réhabilitant en augmentant la force musculaire et la coordination pour compenser la gêne causée par l'instabilité des articulations.

Aucun effet délétère n'a été relevé dans aucun des deux groupes. Toutes les femmes ont accouché à terme et les enfants étaient bien portant [34].

Différentes études ont donc montré l'effet bénéfique de l'acupuncture durant le 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de la grossesse, et ce, sans effets nocifs, délétères [8].

Elle apparaît alors comme étant une des méthodes de médecine alternative qui a un effet bénéfique sur les lombalgies durant la grossesse.

L'ostéopathie est aussi une discipline de la médecine alternative qui semble être efficace sur les lombalgies durant la grossesse.

Des recommandations ont été effectuées par la Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathique en 2007. Elles stipulent entre autres qu'il ne faille pas faire de manipulation au premier trimestre, car il y a déjà un risque naturel de fausse couche augmenté. Il faut également éviter la manipulation en décubitus latéral droit (pression aortocave), ou si la patiente est sous anticoagulant à dose curative. Pour finir, les manipulations ne sont pas non plus recommandées en cas d'hypotrophie fœtale et/ou de pré-éclampsie.

Dans tous les cas, un traitement ostéopathique chez la femme enceinte doit se faire en concertation avec l'obstétricien ou la sage-femme responsable de son suivi de grossesse [36].

Une étude contrôlée randomisée en simple aveugle réalisée aux Etats-Unis de juillet 2003 à décembre 2005, a prouvé les bénéfices durant la grossesse. Les 146 patientes sélectionnées ont été réparties en 3 groupes : soins usuels prénataux+ostéopathie (n=49), traitement usuel + traitement placebo d'ultrason (n=48), soins usuels prénataux uniquement (n=49). Les deux premiers groupes ont reçu 7 séances de traitement à 30, 32, 34, 36, 37, 38, 39 sa.

Quand l'ostéopathie est couplée aux soins usuels, la fonction dorsale est significativement moins détériorée qu'avec les deux autres modes de traitement.

D'autre part, l'intensité de la douleur est diminuée dans le groupe ostéopathie et soins usuels alors que dans le groupe traitement placebo et soins usuels, l'intensité de la douleur reste inchangée. Dans le groupe soins usuels uniquement, elle est augmentée.

L'étude conclue donc au fait que l'ostéopathie ralentit ou stoppe la détérioration fonctionnelle du dos durant le dernier trimestre de la grossesse, conduisant ainsi à une diminution de la douleur [19].

2.4.5. Les agents physiques, chimiques

Le traitement par des agents physiques est restreint. En effet 80% des études s'accordent pour dire que le traitement par ultrason est contre-indiqué durant la grossesse. Cela pourrait atteindre le développement du fœtus. Dans 27% des sources, le traitement par la chaleur est contre-indiqué. Cela peut engendrer une hyperthermie maternelle. De même l'immersion dans de l'eau chaude peut causer des hyperthermies maternelles.

De manière générale, du fait que le développement foetal puisse être affecté par des influences même subtiles, les soignants contre indiquent les thérapies par la chaleur et les ultrasons chez les femmes enceintes. Pour ces mêmes raisons, les traitements par stimulation électriques sont à éviter.

Il existe donc divers moyens de traiter les lombalgies durant la grossesse.

Dans notre étude, les médecines alternatives étaient plus employées que les médecines traditionnelles. De plus, en accord avec les données de la littérature, l'emploi de la médecine alternative s'avère être plus efficace sur les lombalgies.

Notre quatrième hypothèse est donc partiellement validée

3. Propositions

Au travers de ce mémoire, nous nous sommes aperçus que la lombalgie survient fréquemment durant la grossesse. Elle a des répercussions sur la vie quotidienne, et ce, même d'un point de vue économique (arrêt de travail). D'autre part, il peut y avoir des répercussions à long terme (lombalgie chronique).

De ce fait la prévention de cet affect semble trouver toute son importance durant la grossesse, et dans le post-partum. Il paraît donc judicieux de tenter de le prévenir systématiquement, même avant la grossesse.

La sage-femme se présente alors comme l'interlocuteur privilégié des femmes en âge de procréer. En effet, depuis peu, elle a dans son champ de compétences le suivi gynécologique physiologique des femmes. Elle a donc un rôle prépondérant dans la prévention de cet affect chez ces dernières. Une prise en charge globale des femmes et une éducation débutant au lycée pourrait familiariser les jeunes femmes à préparer leur corps bien avant la venue de l'enfant.

Pendant la grossesse, elle pourrait exercer ce rôle dans les séances de préparation à la naissance. Au cours de ces dernières, la sage-femme évoquerait la possibilité de survenue de cette douleur au cours de la grossesse. Elle transmettrait également les conseils afin d'y palier, et/ou d'en réduire l'intensité.

La prévention est également à adapter en fonction du profil des patientes. De ce fait la recherche de facteurs de risque semble indispensable. Dans un souci de suivi global et complet, elle devrait également se porter sur des critères psychosociologiques. En effet cela permettrait une prise en charge plus ciblée, donc plus efficace de la femme enceinte.

Lorsque la femme enceinte se plaint de douleur de bas du dos se pose le problème de savoir de quel type de douleur souffre-t-elle ? Une lombalgie ? Une douleur pelvienne postérieure ? La combinaison des deux ?

Du fait que ces deux types de douleur divergent par leurs caractéristiques et par leurs traitements, le diagnostic est un élément capital pour la bonne prise en charge de la femme. Un diagnostic basé sur : les caractéristiques respectives des deux types de douleurs, un schéma topographique et le test de provocation de la douleur pelvienne postérieure, pourrait alors être réalisé.

Dans notre étude, est également ressortie la notion suivante : toutes les femmes enceintes « lombalgiques » ne signalent pas leur douleur et ce pour diverses raisons. L'une de ces raisons étant qu'elles pensent qu'il faut simplement l'endurer pendant la grossesse. Les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens en charge du suivi de grossesse devraient alors mettre en avant leurs qualités d'écoute et d'empathie afin de favoriser l'expression de ces femmes. Les idées reçues concernant l'aspect inéluctable des lombalgies et de leur prise en charge devraient également être levées. Pour un maximum d'efficacité les soignants devraient connaître les différents traitements existants, leur efficacité, leur modalité d'accès (exemple : prescription ou non, tarifs...). Cette connaissance serait acquise par le biais de la formation continue, des colloques, des congrès et des dernières études publiées.

La lombalgie reste une atteinte singulière à chaque patiente. Le suivi personnalisé de cet affect chez chaque femme est important. Ainsi, même si les séances de groupe permettent d'aborder le sujet, le fait de l'évoquer de nouveau et de manière personnalisée lors des consultations de suivi de grossesse paraît être nécessaire. L'entretien du quatrième mois semble alors être le moment privilégié pour conseiller la patiente.

Pour finir, l'étude a démontré une certaine co-morbidité entre la lombalgie durant le post-partum et les symptômes dépressifs durant cette même période. Or, ces derniers sont néfastes pour l'établissement du lien mère-enfant. Dans un souci de bien être maternel, et familial, il est de la responsabilité du personnel médical et paramédical, de veiller à ce que ces lombalgies, soit considérées et bien prises en charge pendant le post-partum.

CONCLUSION

Les lombalgies durant la grossesse et le post-partum sont considérées comme « des petits maux de la grossesse ». Ce travail de recherche a cependant démontré qu'elles génèrent une gêne, un inconfort voir même un état de mal être qui pourraient perdurer dans le temps. Différentes étiologies peuvent en expliquer l'existence.

Notre étude a mis en exergue le fait que des moyens de prévention peuvent être instaurés, et ce, avant même la grossesse. D'autre part, cet affect présente des facteurs de risque qu'il semble bon de connaître.

Par ailleurs bien que les lombalgies soient communes à plusieurs femmes, elles peuvent avoir une expression singulière. Ceci justifierait donc une prise en charge de groupe mais également personnalisée.

Il existe aussi un défaut de prise en charge de ces lombalgies qui pourraient résulter du fait que certains soignants ou les femmes elles-mêmes les considèrent comme inéluctables. Or divers traitements efficaces existent pour palier à cette douleur. Ces derniers n'ont ni le même effet, ni la même efficacité sur la lombalgie.

La qualité de la prise en charge de la lombalgie réside dans son diagnostic, et aussi dans l'aspect global de son traitement. Cette prise en charge ne doit pas dépendre du type de maternité ou encore du caractère privé ou publique de cette dernière. Les lombalgies chez la femme enceinte, ou venant d'accoucher sont donc à prendre en compte, et ce par tout le personnel médical en charge du suivi de grossesse et du post-partum.

A la lumière de cela, et dans un souci d'un suivi global et efficace des femmes, il paraît indispensable que les acteurs de santé concernés connaissent les modes de prévention de ces lombalgies, et les diverses modalités de prise en charge qui existent, et puissent en informer les femmes.

Ainsi, l'étude d'un des multiples maux de la grossesse, nous permet de dire qu'aucune douleur ou plainte n'est anodine, et qu'ils peuvent parfois constituer une problématique de santé publique.

Il est à noter que l'étude portait sur une population française. Or du fait de l'absence de données françaises, les recherches bibliographiques ont conduit à associer les résultats de cette étude à ceux effectués sur des populations socialement et culturellement divergentes (nord américaine, Europe du nord). Un biais relatif à certaines recommandations sur la prévention et le traitement des lombalgies est alors apparu. D'autre part, notre étude s'est portée sur un faible échantillon expliquant peut être le manque de puissance de certains résultats.

De ce fait, il serait intéressant d'effectuer à plus grande échelle et sur la population française, des études portant sur la prévention et le traitement des lombalgies durant la grossesse et le post-partum.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages imprimés

1. TROISSIER, Olivier. *Les lombalgies : du symptôme au diagnostic*. PARIS : Médecine-Sciences Flammarion, 2001, 338 p.
2. MAIGNE, Jean-Yves. *Soulager le mal de dos*. PARIS : Masson, 1991, 372 p.
3. PONS, J-C. *Soigner la femme enceinte*. PARIS : Masson, 2005

Articles de périodiques imprimés

4. MENS, Jan M. A. Mobility of Pelvic Joints in Pregnancy-Related Lumbopelvic Pain. A Systematic Review. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 2009, 64 (3), pp : 200-208
5. BEATY, Colene M. Low Backache During Pregnancy. Acute Hemodynamic Effects of a Lumbar Support. *The Journal of Reproductive Medicine*, 1999, 44 (12), pp : 1007-1011

Articles de périodiques électroniques

6. ALBERT, Hanne. Evaluation of clinical tests used in classification procedures in pregnancy-related pelvic joint pain *European Spine Journal*, [en ligne], 2000, 9
7. ARTAL, R.. Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. *British Journal of Sports Medicine*, [en ligne], 2003, 37
8. BORG-STEIN, J. Musculoskeletal aspects of pregnancy. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, [en ligne], 2005, 84 (5)

9. CARR, Carolyn. Acupuncture for pelvic and back pain. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, [en ligne], 2008
10. CARR, Catherine A.. Use a Maternity Support Binder for Relief of Pregnancy-Related Back Pain. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, [en ligne], 2003, 32 (4)
11. DARVES-BORNOZ, JM. Psychiatrie et grossesse : la mère et l'enfant. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale 5-046-A10, Psychiatrie, -37-660-A-10*, [en ligne], 2001
12. DE BANDT, M. Traitements rhumatologiques autorisés. *EMC (Elsevier SAS, Paris), Traité de Médecine Akos*, [en ligne], 7-0908, 2006.
13. FOUQUET, Bernard. Rachis lombaire et grossesse. *Revue du Rhumatisme*, [en ligne], 2005, 72
14. GARSHASBI, A. The effect of exercise on the intensity of low back pain in pregnant women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, [en ligne], 2005, 88
15. GRANATH, Aina B.. Water Aerobics Reduces Sick Leave due to Low Back Pain During Pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, [en ligne], 2006, 35 (4)
16. GUTKE, A. Pelvic girdle pain and lumbar pain in relation to postpartum depressive symptoms. *Spine*, [en ligne], 2007, 32 (13)
17. GUTKE, Annelie. Association between muscle function and low back pain in relation to pregnancy. *J Rehabil Med*, [en ligne], 2008, 40

18. HO, Simone SM. Effectiveness of maternity support belts in reducing low back pain during pregnancy: a review. *Journal of Clinical Nursing*, [en ligne], 2009, 18
19. LICCIARDONE, John C. Osteopathic manipulative treatment of back pain and related symptoms during pregnancy: a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, [en ligne], 2009, 201
20. LIOTE, Frédéric. Médicaments rhumatologiques autorisés pendant la grossesse. *Revue du Rhumatisme*, [en ligne], 2005, 72
21. MOGREN, Ingrid A. Previous physical activity decreases the risk of low back pain and pelvic. *Scandinavian Journal of Public Health*, [en ligne], 2005, 33
22. MØRKVED, S. Does group training during pregnancy prevent lumbopelvic pain? A randomized clinical trial.. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, [en ligne], 2007, 86 (3)
23. NOREN, L. Lumbar back and posterior pelvic pain during pregnancy: a 3-year follow-up.. *European spine journal* , [en ligne], 2002, 11 (3)
24. OSTGAARD, Hans C. Assessment and Treatment of Low Back Pain in Working Pregnant Women. *Seminars in Perinatology*, [en ligne], 1996, 20 (1)
25. PERKINS, Jan. Identification and management of pregnancy-related low back pain. *Journal of Nurse-midwifery*, [en ligne], 1998, 43 (5)
26. STUGE, B. Physical therapy for pregnancy-related low back and pelvic pain: a systematic review. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, [en ligne], 2003, 82 (11)

27. THOULON, J.M. Petits maux de la grossesse. *EMC (Elsevier SAS, Paris), Obstétrique 5-012-A-20*
28. TIMSIT, Marie-Agnès. Grossesse et douleurs rhumatologiques lombaires basses et de la ceinture pelvienne. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, [en ligne], 2004, 32
29. TIMSIT, Marie-Agnès. Syndrômes douloureux pelviens (rhumatologiques) au cours de la grossesse. *Revue du Rhumatisme*, [en ligne], 2005, 72
30. TREVES, Richard. L'antalgie multimodale lors des lombalgies. *Douleurs*, [en ligne], 2005, 6
31. WANG, SHU-MING. Complementary and Alternative Medicine for Low-Back Pain. *The Journal Of Alternative And Complementary Medicine*, [en ligne], 2005, 11 (3)
32. WANG, SM. Low back pain during pregnancy: prevalence, risk factors, and outcomes. *Obstetrics and gynecology*, [en ligne], 2004, 104 (1)
33. WAYNBERGER, Sandrine Physiologie de l'appareil locomoteur au cours de la grossesse. *Revue du Rhumatisme*, [en ligne], 2005, 72
34. WEDENBERG , K. A prospective randomized study comparing acupuncture with physiotherapy for low-back and pelvic pain in pregnancy. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, [en ligne], 2000, 79 (5)

Communication dans un congrès

35. CONFERENCE DE CONSENSUS : Prise en charge du patient lombalgique.
In : Encyclopédie Médicale-Chirurgicale, Paris: AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 7-0912, 2001, p.6

36. XXIII^e CONGRES NATIONAL DE LA SOFMER.
MEDECINE MANUELLE ET OSTEOPATHIE : CERTITUDES ET
INCERTITUDES EN 2008
Recommandations de la Sofmmoo à propos des manipulations
vertébrales chez la femme enceinte
M.-E. Isnera, J. Lecocqb, E. Boudierb, G. Fritz b, I. Nisand.
In : Annales de réadaptation et de médecine physique 789, Mulhouse,
22 au 25 octobre 2008

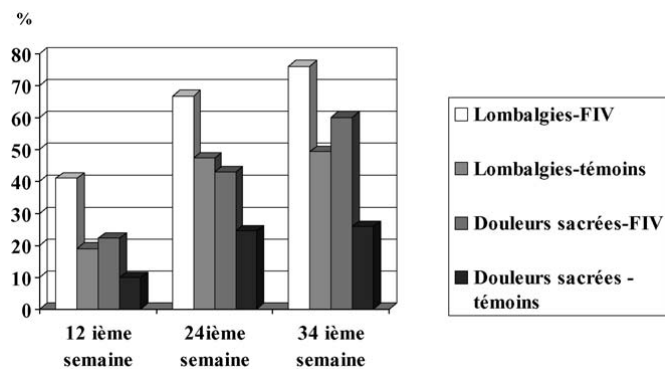
Sites web consultés

37. www.lecrat.org
38. www.has-sante.fr
39. www.who.int/fr
40. www.sante.gouv.fr

ANNEXES

Annexe I : Etude de Kristiansson

L'étude de Kristiansson chez des femmes ayant une grossesse provoquée par fécondation in vitro a montré une fréquence anormalement élevée de douleurs lombopelviennes »[27].



[13]

Annexe II : Caractéristiques des lombalgies

Figure 1 : Différence de localisation des LBP et des PPP [13]

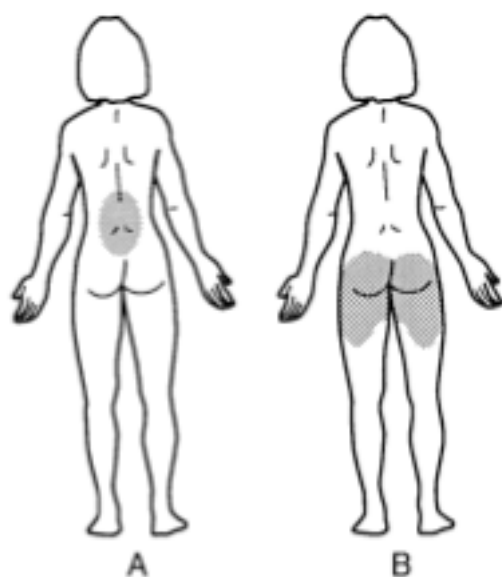


FIGURE 1.
Typical pain distribution of lumbar pain (A) and posterior pelvic pain (B).

Fig. 2: Caractéristique des douleurs lombaires, et des douleurs pelviennes postérieures

	Lombalgie	Douleur pelvienne postérieure
Localisation de la douleur	<p>Douleur sur et autour des lombaires</p> <p>Radiation ou pas dans la jambe et le pied</p>	<p>Douleur uni ou bilatérale, distale et latérale au niveau de la zone L5-S1 (fesses, bas du dos)</p> <p>Radiation ou pas dans la cuisse, le genou mais pas dans le pied</p>
Caractéristiques des douleurs	<p>Douleur déjà expérimentée avant la première grossesse, habituellement</p> <p>Sensibilité des muscles spinaux à la palpation (muscle érecteur spinal)</p>	<p>Douleur pour la première expérimentée pendant cette grossesse</p> <p>Aggravation de la douleur quand des postures prolongées sollicitant la zone proche de la limite hanche-étendue du bas du dos, sont prises :</p> <ul style="list-style-type: none"> - être assise et se pencher en avant (travail sur ordinateur) - s'asseoir dans des chaises profondes <p>Période de douleur aiguë</p> <p>Période sans douleur</p> <p>Difficulté pour : se retourner dans le lit, monter les marches, courir, marcher, sortir de la voiture ou du bain, se relever d'une chaise basse</p> <p>Association possible avec des douleurs de la symphyse pubienne</p>
Tests	Test de provocation de douleur postérieure = négatif	Test de provocation de douleur postérieure = positif

[13, 25]

Annexe III : Diagnostic des lombalgies

Figure 1 : le test de provocation de la douleur postérieure [13]



FIGURE 2.
The posterior pain provocation test.

Ce test s'effectue de la manière suivante : le sujet est allongé sur le dos. Une jambe est fléchie avec un angle de 90° entre l'articulation de la hanche et du genou. Avec ses mains, l'opérateur saisit le genou fléchi et exerce une pression verticale vers le bas, le fémur dans le bassin

Annexe IV : Contre-indication de l'exercice durant la grossesse.

Box 1 Absolute contraindications to aerobic exercise during pregnancy (with permission from ACOG¹)

- Haemodynamically significant heart disease
- Restrictive lung disease
- Incompetent cervix/cerclage
- Multiple gestation at risk for premature labour
- Persistent second or third trimester bleeding
- Placenta praevia after 26 weeks gestation
- Premature labour during the current pregnancy
- Ruptured membranes
- Pregnancy induced hypertension

Box 2 Relative contraindications to aerobic exercise during pregnancy (with permission from ACOG¹)

- Severe anaemia
- Unevaluated maternal cardiac arrhythmia
- Chronic bronchitis
- Poorly controlled type I diabetes
- Extreme morbid obesity
- Extreme underweight (body mass index <12)
- History of extremely sedentary lifestyle
- Intrauterine growth restriction in current pregnancy
- Poorly controlled hypertension/pre-eclampsia
- Orthopaedic limitations
- Poorly controlled seizure disorder
- Poorly controlled thyroid disease
- Heavy smoker

Box 3 Warning signs to terminate exercise while pregnant

- Vaginal bleeding
- Dyspnoea before exertion
- Dizziness
- Headache
- Chest pain
- Muscle weakness
- Calf pain or swelling (need to rule out thrombophlebitis)
- Preterm labour
- Decreased fetal movement
- Amniotic fluid leakage

[7]

Annexe V: Questionnaire

Bonjour Mesdames,

Je suis une **étudiante sage-femme** en 3^{ème} année à l'Ecole de Baudelocque (Port-Royal, Paris 14^{ème}).

Je réalise en ce moment un mémoire sur **les maux de dos durant la grossesse**.

Afin de mener à bien ce **mémoire de fin d'études**, j'ai réalisé ce questionnaire qui évalue comment sont considérés les maux de dos durant la grossesse.

L'aboutissement de ce mémoire repose sur votre collaboration, c'est pour cela que je me permets de vous solliciter aujourd'hui.

Ce **questionnaire** est destiné **à toutes les femmes enceintes**, il est **anonyme, court** (23 questions), et se remplit **rapidement** (réponses à choix multiples à cocher).

Je vous remercie d'avance pour votre attention et votre collaboration.

Excellente journée !

QUESTIONNAIRE

1. Quel âge avez-vous ?
2. Combien de grossesses avez-vous déjà eu ?
 - aucune
 - une
 - Entre 2 et 4
 - Plus de 4

3. Où êtes vous suivie pour cette grossesse ?

- Bichat
- Les Bluets
- Les Diaconnesses
- La Pitié-Salpêtrière
- Trousseau

4. A quel terme (mois de grossesse) êtes –vous actuellement ?

- Moins de 18 sa [moins de 3,5 mois de grossesse]
- Entre 18 et 35 sa + 6j [entre 3,5 mois et 8 mois, non inclus, de grossesse]
- Dès 36 sa [dès 8 mois de grossesse]

7. Durant cette grossesse avez-vous eu des maux dos ?

- Oui
- Non **si non, arrêtez-vous à cette question, merci**

8. Quand est apparu ce mal de dos ?

- Avant 18 sa (3,5 mois de grossesse)
- Entre 18 sa et 35sa + 6j (entre 3,5mois et 8 mois de grossesse, non inclus)
- A partir de 36 sa (dès 8 mois de grossesse)

9. Pouvez-vous localiser votre douleur (fléchez le/les schémas de votre choix)



www.idiata.over-blog



www.kinergo.net



www.larousse.fr

10. Combien d'enfants avez-vous à la maison ?

- Aucun
- Un
- Entre 2 et 4 inclus
- Plus de 4

11. Quelle est votre situation sociale ?

- Vit seule sans entourage proche soutenant (amis, famille, père de l'enfant)
- Vit seule avec un entourage proche soutenant (père de l'enfant, amis, famille)
- Vit en couple
- Autre

facultatif -précisez :.....
.....
.....
.....

12. Comment qualifiez-vous votre travail ? (plusieurs réponses possibles)

- Stressant
- Physique
- Inconfortable (concerne les positions, attitudes physiques exigées par l'exercice de la profession)
- Aucune des réponses ci-dessus
- Ne travaille pas
- Autre

facultatif -précisez :.....
.....
.....

13. Avez-vous tenté d'empêcher et/ou de limiter la survenue de ces maux de dos ?

- Oui en suivant les conseils de professionnels (séances de préparation à la naissance, consultations, PMI, HAD...)

facultatif -précisez : (quels conseils, par qui)

- Oui en suivant des recommandations de mon entourage

facultatif -précisez : (quelles recommandations, par qui)
.....
.....

- Autres (internet, émission TV, livres, magazines...)

facultatif -précisez :.....

14. Votre mal de dos a-t-il des effets sur votre vie quotidienne (plusieurs choix possibles)

- Sommeil
- Activités ménagères, courses
- Des douleurs musculaires
- La marche
- Le travail
- Les loisirs
- Autres

facultatif -précisez :

15. Selon-vous votre mal de dos nécessite t-il une prise en charge thérapeutique (un traitement)?

- Oui
- Non, la gêne est supportable
- Autre

facultatif -précisez :

.....

16. Avez-vous signalé votre mal de dos à la personne qui suit votre grossesse ?

- oui
- non

facultatif -précisez pourquoi.....

.....

...

17. Avez-vous reçu l'un des traitements suivants (plusieurs choix possibles) ?

- Médicament
-précisez si possible
- Massage, kinésithérapie
- Ostéopathie
- Acupuncture
- Exercice aquatique
- Balnéothérapie
- Relaxation
- Repos
- Arrêt de travail
- Ceinture pelvienne
- Education
- Autres : précisez :
- Aucun traitement reçu

18. Pour votre dorsalgie, vous a-t-on orienté vers :

- Une assistante sociale
 - Une travailleuse familiale (aide ménagère,...)
 - Un psychologue
 - Autres acteurs psycho-sociaux
- facultatif* - précisez qui :
- N'a pas été orienté

19. Votre traitement est-il terminé ?

- Oui
- combien de temps a-t-il duré ?
- Non :
- depuis combien de temps dure t-il ?

20. Cotez votre douleur/ gêne avant le traitement (entourez une valeur)

EVA : **0**----1----2----3----4----5----6----7----8----9----**10**

(aucune douleur)
ressentie)

(la douleur la plus forte que vous ayez déjà

21. Cotez votre douleur/ gêne après le traitement, ou à ce jour si le traitement n'est pas terminé (entourez une valeur)

(Si plusieurs traitements ont été utilisés, cotez le plus efficace selon vous et précisez lequel est-il)

traitement :

EVA : **0**----1----2----3----4----5----6----7----8----9----**10**

(aucune douleur)
avez déjà ressentie)

(la douleur la plus forte que vous

22. Que pensez-vous de l'écoute dont vous avez bénéficié ?

23. Que pensez-vous de la prise en charge dont vous avez bénéficié ?