



HAL
open science

L'ostéopathie comme ressource en maïeutique : comment s'y réfèrent les sages-femmes ?

Chloé Corniquel

► To cite this version:

Chloé Corniquel. L'ostéopathie comme ressource en maïeutique : comment s'y réfèrent les sages-femmes ?. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01652563

HAL Id: dumas-01652563

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01652563>

Submitted on 15 Feb 2018

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.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

CHLOE CORNIQUEL

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

<p>L'OSTEOPATHIE COMME RESSOURCE EN MAÏEUTIQUE : COMMENT S'Y REFERENT LES SAGES- FEMMES ?</p>
--

Soutenu le : 23 juin 2017

Directeur de mémoire : Fabien COLLOMBELLE, Ostéopathe D.O.

JURY

Madame A. ROUSSEAU, Sage-femme enseignante, Département de Maïeutique, UVSQ

Madame E. PROT, Sage-femme enseignante, Département de Maïeutique, UVSQ

Madame S. CARBONNEAUX, Sage-femme coordinatrice

Numéro national d'étudiant : 2504050123 M

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 expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

A Fabien Collombelle, mon directeur de mémoire qui m'a aidé à mettre en place ce travail et m'a encouragé tout au long de ce projet,

Aux professeurs de l'école et en particulier Anne Rousseau pour son suivi et son aide précieuse tout au long de la rédaction,

Aux cadres de service des hôpitaux ayant diffusé mon questionnaire à leurs équipes et aux sages-femmes ayant répondu,

A ma maman qui m'a soutenu, encouragé et aidé pendant la réalisation de ce mémoire.

Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	IV
LISTE DES TABLEAUX	VIII
LISTE DES FIGURES	IX
LISTE DES ANNEXES	X
LEXIQUE	XI
TITRE ET RESUME	XII
TITLE AND ABSTRACT	XIII
INTRODUCTION	1
1 CONTEXTE	2
1.1 Les désordres physiologiques de la grossesse et leur prise en charge	2
1.1.1 Les troubles gastro-intestinaux	2
1.1.2 Les troubles musculosquelettiques	2
1.1.3 Une autre façon de les prendre en charge	3
1.2 L'ostéopathie	4
1.2.1 Pratique actuelle de l'ostéopathie	4

1.2.2	Principes de l'ostéopathie	5
1.2.3	Encadrement législatif de la formation	6
1.2.4	L'accès à la formation	8
1.3	Revue de littérature sur l'usage de l'ostéopathie en périnatalité	9
1.3.1	Symptomatologie des douleurs lombaires et pelviennes pendant la grossesse (21)	9
1.3.2	L'étude PROMOTE : étude des douleurs lombaires et des restrictions entraînées au 3 ^e trimestre de grossesse (22)	10
1.3.3	Evaluation de l'ostéopathie sur des douleurs lombaires persistantes du post-partum (23)	11
1.3.4	Prévalence et caractéristiques des femmes consultant un ostéopathe pendant leur grossesse en Australie (24)	11
2	MATERIEL ET METHODES	14
2.1	Objectifs de l'étude	14
2.2	Type d'étude	14
2.3	Population étudiée	14
2.3.1	Critères d'inclusion	14
2.3.2	Critères d'exclusion	15
2.4	Déroulement de l'étude	15
2.5	Variables retenues	16
2.6	Stratégie d'analyse	17
2.7	Considérations éthiques et réglementaires	17
3	RESULTATS	18
3.1	La population	18
3.2	Caractéristiques de la population étudiée	19
3.3	Habitudes d'orientation des patientes par les sages-femmes et principales indications retenues	20
3.3.1	Pendant la grossesse	20
3.3.2	En postpartum	21

3.3.3	En pré-conceptionnel	22
3.3.4	Période optimale pour l'orientation des femmes enceintes	23
3.4	Facteurs personnels et/ou professionnels pouvant influencer la pratique des sages-femmes	24
3.5	Autres résultats	25
3.5.1	Traitements proposés aux femmes enceintes en cas de douleurs lombaires et/ou pelviennes	25
3.5.2	Représentation de l'ostéopathie selon les sages-femmes	26
3.5.3	Retours des patientes	27
3.5.4	Freins à lever pour une meilleure collaboration	27
4	DISCUSSION	28
4.1	Orientation des patientes vers un ostéopathe et principales indications retenues	28
4.1.1	Pendant la grossesse	28
4.1.2	Pendant le postpartum	28
4.1.3	En pré-conceptionnel	29
4.1.4	Période optimale pour une consultation	29
4.2	Facteurs personnels et/ou professionnels pouvant influencer la pratique des sages-femmes	30
4.3	Mise en lien des résultats avec la littérature	31
4.3.1	Indications de l'ostéopathie pendant la grossesse	31
4.3.2	Traitement des douleurs pelviennes et lombaires pendant la grossesse	33
4.3.3	Efficacité de l'ostéopathie pendant la grossesse	33
4.3.4	Indications de l'ostéopathie pendant le postpartum	34
4.3.5	Efficacité de l'ostéopathie en postpartum	34
4.3.6	Orientation des patientes vers un ostéopathe en pré-conceptionnel	35
4.4	Les points forts de l'étude	35
4.5	Limites et biais	36
4.5.1	Limites de l'étude	36
4.5.2	Biais de l'étude	37
4.6	Implications et perspectives	38
	CONCLUSION	39

BIBLIOGRAPHIE

41

ANNEXES

45

Liste des tableaux

Tableau 1: Tableau présentant les caractéristiques de la population de sages-femmes étudiée	19
Tableau 2 : Tableau des facteurs pouvant avoir une influence sur la pratique des sages-femmes pour l'orientation des patientes vers un ostéopathe.....	24

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme des flux des maternités contactées et/ou ayant diffusé le questionnaire	18
Figure 2 : Principales indications pour l'orientation des patientes vers un ostéopathe pendant la grossesse (n=108)	21
Figure 3 : Principales indications pour l'orientation des patientes vers un ostéopathe en postpartum (n=106)	22
Figure 4 : Principales indications d'orientation des patientes vers un ostéopathe en pré-conceptionnel (n=32)	23
Figure 5 : Traitements proposés par la sage-femme à une femme enceinte en cas de douleurs lombaires et/ou pelviennes (n=108)	26
Figure 6 : Représentation de l'ostéopathie selon les sages-femmes (n=108)	26

Liste des annexes

Annexe I: Questionnaire « Parcours de soins et collaboration entre sages-femmes et ostéopathes »	46
--	----

Lexique

MYPA : Maternité en Yvelines et périnatalité active

SA : Semaines d'aménorrhée

PMI : Protection Maternelle et Infantile

Titre et résumé

Objectifs La grossesse est une période de grands bouleversements physiques et psychologiques, souvent accompagnée de désagréments liés à toutes ces modifications. Le traitement de ces maux peut s'avérer complexe du fait des nombreux médicaments contre-indiqués pendant la grossesse. L'essor des thérapies non conventionnelles, en particulier l'ostéopathie, technique manuelle pour soulager les troubles fonctionnels pendant et hors grossesse, peut apporter une solution non médicamenteuse. Nous avons voulu étudier la collaboration des sages-femmes avec les ostéopathes : période d'orientation et indications, ainsi que la présence de facteurs pouvant influencer les habitudes de pratique des sages-femmes en matière d'ostéopathie pour chaque période du projet de grossesse.

Matériel et méthodes Nous avons réalisé une étude descriptive multicentrique à l'aide d'un questionnaire auprès des sages-femmes libérales des Yvelines et des sages-femmes hospitalières du réseau MYPA. L'étude s'est déroulée entre novembre 2016 et mars 2017.

Résultats Sur les 108 sages-femmes ayant répondu, 105 (97,2%) orientent leurs patientes pendant la grossesse, 106 (98,1%) disent orienter leurs patientes en postpartum. Les indications principales citées par les sages-femmes sont les troubles musculosquelettiques. En pré-conceptionnel, 32 sages-femmes (29,6%) proposent une consultation chez un ostéopathe, en particulier pour les difficultés de conception et l'infertilité. Concernant les facteurs pouvant influencer la pratique des sages-femmes, nous ne retrouvons pas de lien significatif avec l'orientation des patientes pendant la grossesse et le postpartum. La présence à un atelier sur l'ostéopathie ($p=0,015$) et la connaissance d'un ostéopathe ($p<0,001$) sont les seuls facteurs à avoir une influence significative sur l'orientation des patientes en pré-conceptionnel.

Mots-clés : ostéopathie, indications, grossesse, postpartum, pré-conceptionnel

Title and Abstract

Objective Pregnancy is a period of great physical and psychological upheaval, often accompanied by inconveniences related to all these changes. The treatment of these ills can be complex because of the many contra-indicated drugs for use during pregnancy. The rise of unconventional therapies, especially osteopathy, a manual technique for relieving functional disorders during and outside of pregnancy, can provide a non-drug solution. We wanted to study the collaboration of midwives with osteopaths: orientation period and indications, as well as the presence of factors that can influence osteopathic midwifery practices for each period of the pregnancy project.

Methods We carried out a multi-centric descriptive study using a questionnaire to liberal midwives working in the Yvelines and hospital midwives of the MYPA network. The study was conducted between November 2016 and March 2017.

Results and conclusion Of the 108 midwives who responded, 105 (97.2%) referred during pregnancy, 106 (98.1%) reported referral to their postpartum patients for consultation with an osteopath. The main indications cited by midwives are musculoskeletal disorders. During the preconception period, 32 midwives (29.6%) offer a consultation with an osteopath, especially for conception difficulties and infertility. We found no significant relationship with the orientation of pregnant and postpartum women in the practice of midwives. The presence at a workshop on osteopathy and having met an osteopath around his place of work are the only factors to have a significant influence on the orientation of the patients in preconception period.

Keywords : Osteopathy, indications, pregnancy, postpartum, preconception.

Introduction

La grossesse est une période de changements physiques, psychologiques et émotionnels. Ces modifications imposées au corps de la femme vont entraîner des troubles fonctionnels, aussi appelés « petits maux » de la grossesse, pouvant créer des déséquilibres ou des tensions. Ces troubles se retrouvent dans tous les grands systèmes du corps et peuvent s'exprimer tout au long de la grossesse (1).

Le comportement des patients et encore plus celui des futurs parents se modifie. Suite aux scandales sanitaires de ces dernières années, à l'envie d'un mode de vie plus sain et à l'émergence des médecines non conventionnelles, ils se tournent de plus en plus vers des techniques et des remèdes non pharmaco-chimiques pour soulager ces troubles.

Les sages-femmes sont alors nombreuses à s'informer et à se former sur des méthodes permettant une prise en charge non médicalisée de la grossesse et de ses désagréments. Ces techniques vont être proposées de manière raisonnée et raisonnable sans mettre en danger la vie de la mère ou du futur enfant.

Une des méthodes proposées se révèle être de plus en plus souvent l'ostéopathie qui permet une prise en charge manuelle des troubles fonctionnels préexistants ou liés à la grossesse (2). La prise en charge ostéopathique est globale. Pour cela, les sages-femmes développent une collaboration et essaient de se créer un réseau de professionnels afin d'adresser leurs patientes à des praticiens formés à la prise en charge des femmes enceintes ou jeunes accouchées.

1 Contexte

1.1 Les désordres physiologiques de la grossesse et leur prise en charge

1.1.1 Les troubles gastro-intestinaux

Les troubles gastro-intestinaux sont les premiers dont les femmes enceintes vont se plaindre. Ils regroupent les nausées et vomissements gravidiques, le reflux gastro-œsophagien, la constipation. Les nausées et vomissements apparaissent dès le début de la grossesse et disparaissent normalement entre 16 et 20 semaines d'aménorrhées (SA). La cause exacte étant encore inconnue, le traitement de ces troubles reste complexe. Cependant, il a été prouvé que seul l'acupuncture et le gingembre sont efficaces pour le traitement des nausées (3). En ce qui concerne le reflux gastro-œsophagien, la constipation et les hémorroïdes, le médecin ou la sage-femme conseillera en premier lieu à la patiente un changement d'habitude de vie et de régime alimentaire. Ils pourront proposer par la suite des antiacides contre le reflux gastro-œsophagien, des laxatifs en cas de constipation persistante et des traitement anti-hémorroïdaires en cas d'échec des premières mesures (3).

1.1.2 Les troubles musculosquelettiques

Avec l'avancement de la grossesse et l'extension de l'utérus, les femmes vont naturellement modifier leur posture. Cela peut entraîner des troubles ostéo-articulaires comme le syndrome du canal carpien, les douleurs lombo-pelviennes, le relâchement de la symphyse pubienne, et les crampes. Les traitements proposés vont être une modification des habitudes de vie et un traitement médicamenteux, le plus souvent du paracétamol. Cependant, il semblerait qu'aucun traitement médicamenteux ne soit réellement efficace. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande depuis 2005 de proposer à la femme enceinte des exercices dans l'eau ou des séances d'éducation individuelles ou collectives pour soulager les dorsalgies et lombalgies de

la grossesse. En cas de crampes, il faudrait une alimentation riche en magnésium afin de limiter leur fréquence (3).

1.1.3 Une autre façon de les prendre en charge

Malgré les recommandations, les premiers traitements restent encore majoritairement médicamenteux mais leur innocuité n'est pas forcément prouvée pour tous (1).

Pour la prise en charge de tous ces troubles, les patientes préfèrent de plus en plus souvent avoir recours à des méthodes non médicamenteuses et plus naturelles telles que l'homéopathie, l'acupuncture, les thérapies manuelles comme l'ostéopathie etc., d'autant plus que beaucoup de médicaments sont contre-indiqués pendant la grossesse et l'allaitement.

Pour aller dans ce sens, une information sur ces nouvelles médecines complémentaires par les professionnels est maintenant proposée et intégrée aux études de sages-femmes afin de présenter les différentes techniques (acupuncture, homéopathie, hypnose, ostéopathie) et leur champ d'application autour de la grossesse. Suite à ces informations, il est plus facile et plus légitime pour la sage-femme de proposer ce genre de prise en charge à ses patientes.

Cependant, certaines sages-femmes veulent aller plus loin et elles sont de plus en plus nombreuses à se former parallèlement aux médecines non conventionnelles compatibles avec le suivi des femmes enceintes et le post-partum. Pour cela, il existe des diplômes universitaires et interuniversitaires d'acupuncture obstétricale, d'homéopathie, d'hypnose médicale, de phytothérapie et d'aromathérapie (4). Tous ces diplômes complémentaires ont pour but d'aider la sage-femme à accompagner, soutenir, conseiller et soulager au mieux les patientes avant la mise en place de traitement médicamenteux si nécessaire. Pour répondre aux attentes des patientes et éviter une surmédicalisation de la grossesse, la sage-femme, lorsqu'elle le jugera nécessaire, et en l'absence de contre-indication, peut conseiller à sa patiente d'aller consulter un ostéopathe à tout moment.

1.2 L'ostéopathie

1.2.1 Pratique actuelle de l'ostéopathie

Tous les âges de la vie sont concernés par l'ostéopathie, du nourrisson à la personne âgée en passant par la femme enceinte ou l'adulte en bonne santé. L'ostéopathe devra néanmoins adapter ses manipulations à chaque personne en fonction de son anatomie, de la qualité de ses tissus et des contraintes auxquelles le corps doit faire face et s'adapter. En théorie, l'indication de l'ostéopathie est la dysfonction somatique qui apparaît quand les capacités d'adaptation du corps sont perturbées ou dépassées. La douleur est la première cause de consultation d'un ostéopathe. Cependant, l'ostéopathe est habilité à traiter d'autres troubles que la douleur, car certaines manifestations liées à des troubles fonctionnels sont muettes et n'entraînent aucun symptôme (2).

Des dysfonctions somatiques sont susceptibles d'être trouvées et traitées dans les troubles fonctionnels, notamment dans les symptomatologies :

- De l'appareil locomoteur : cervicalgies, dorsalgies, névralgies, entorses, accidents musculaires, tendinites, céphalées d'origine mécanique etc.,
 - Du système neuro-végétatif : dystonie neurovégétative,
 - Du système digestif : dysphagies, gastralgies, reflux gastro-œsophagien, régurgitations, nausées etc.,
 - Du système génito-urinaire : dysménorrhées fonctionnelles, dyspareunies mécaniques, dysurie etc.,
 - De la bouche et de la sphère ORL : dysphonie fonctionnelle, prévention des sinusites et des otites à répétitions, vertiges fonctionnels,
 - Du système respiratoire : dysphrénie fonctionnelle, prévention des bronchites répétitives
- (2).

Lors d'une consultation chez un ostéopathe, le praticien va réaliser une anamnèse permettant une écoute attentive de l'histoire de vie du patient, de ses antécédents médicaux et chirurgicaux afin de connaître son état de santé. Il va ensuite s'intéresser au motif de consultation, et dans un deuxième temps, par l'observation, se renseigner sur l'aspect général, l'aspect de la peau, le tonus musculaire et la posture de son patient (5). L'ostéopathe

s'intéressera principalement à la chronologie d'apparition des symptômes et à l'adaptation du corps par rapport aux événements physiques, émotionnels ou métaboliques, potentiellement traumatiques, vécus par le patient (6). Les deux premières phases de l'examen et les tests de mobilité réalisés vont permettre de faire un bilan et de reconnaître toutes les restrictions de mouvement du corps. Le traitement et le travail tissulaire à effectuer seront définis par l'ostéopathe en fonction des réactions individuelles de chaque patient en réponse aux tests réalisés au début de la consultation (2).

Ainsi, la prise en charge du patient sera globale et individualisée afin de traiter toutes les dysfonctions du corps, même muettes, selon une technique adaptée au patient et à l'origine de ses troubles (7).

Cela est d'autant plus vrai chez la femme enceinte qui doit faire face à une modification de ses rapports anatomiques et dont tout l'équilibre du corps est remis en question. Lorsque certains déséquilibres précèdent la grossesse, l'adaptation du corps peut se révéler difficile, voire douloureuse, l'amenant à demander à la sage-femme un moyen de la soulager. Si cette dernière estime, selon son expérience, que cette indication peut relever de l'ostéopathie, elle pourra alors conseiller à sa patiente de consulter un ostéopathe, évitant ou limitant ainsi l'utilisation d'un traitement chimique.

1.2.2 Principes de l'ostéopathie

L'ostéopathie est une méthode de soins manuelle qui permet de traiter les restrictions de mobilité pouvant affecter les structures du corps humain. La naissance de cette thérapie remonte à la deuxième partie du XIXe siècle par un médecin américain, Andrew Taylor Still. Il pose les bases conceptuelles permettant d'appréhender cette nouvelle discipline qu'il nommera « Ostéopathie » [du grec « osteon » qui signifie « os » et « pathein » qui signifie « souffrir », « ressentir »] (8), basée sur la connaissance exacte de l'anatomie et de la physiologie du corps humain. Par ses observations, ses expérimentations et ses conclusions, A.T Still va définir l'ostéopathie comme une philosophie, un art thérapeutique, une approche particulière de la santé qui s'appuie sur quatre principes :

- Le principe d'autorégulation (homéostasie) : le corps posséderait un système d'autorégulation, d'auto-entretien et d'auto-guérison dès lors que les contraintes mécaniques qui l'en empêchent sont levées (9) (10),
- Le corps est une unité fonctionnelle indissociable : tous les éléments du corps sont physiquement reliés. Lorsqu'un déséquilibre s'installe, il se répercute sur les structures voisines entraînant des mécanismes de compensation qui pourront occasionner des symptômes à distance du trouble initial (10),
- Structure et fonction sont en interrelation réciproque : la modification de structure d'un élément du corps (muscle, articulation etc.) va entraîner l'altération fonctionnelle. A l'inverse, l'altération de fonction d'un organe ou d'un système peut entraîner une altération de structure de l'organisme (10),
- La règle de « l'artère reine » : un organe doit posséder, en plus d'une structure intègre, une vascularisation et une innervation suffisante. La vascularisation de l'organe sera évaluée par l'ostéopathe par la qualité des tissus et leur plasticité (11).

Selon Elisa BOILLOT, sage-femme ostéopathe, « l'ostéopathie est un véritable outil d'autonomie et d'apprentissage de l'équilibre entre structure et fonction, qui considère la synergie de la matière, du mouvement et du psychique » permettant la prise en charge globale du patient (1).

1.2.3 Encadrement législatif de la formation

La loi de 2002 sur le droit des malades permet d'affirmer que : « *L'usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie ou à la chiropraxie délivrée par un établissement de formation agréé par le ministre chargé de la santé dans des conditions fixées par décret* » (12). La durée des études, le nombre d'heures nécessaires à la formation seront définis par les décrets de 2007 et 2014.

D'après le décret du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie « *Les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du*

corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques. Ces manipulations sont musculosquelettiques et myo-fasciales, exclusivement manuelles et externes. [...] Pour la prise en charge de ces troubles fonctionnels, l'ostéopathe effectue des actes de manipulations et mobilisations non instrumentales, directes et indirectes, non forcées, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de santé » (13). Ce décret permet de compléter la loi de 2002 en précisant les points clés de la profession.

Les ostéopathes sont théoriquement habilités à effectuer des manipulations du rachis cervical, du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de six mois après un diagnostic médical déterminant l'absence de contre-indication. Les praticiens justifiant du seul titre d'ostéopathe ne peuvent pas réaliser de manipulations gynéco-obstétricales et de touchers pelviens. Ces interdictions ne se rapportent pas aux professionnels de santé autorisés à effectuer ces manipulations dans le cadre de l'exercice de leur profession de santé et disposant d'un diplôme d'ostéopathie (13). La sage-femme justifiant d'un titre d'ostéopathe peut réaliser tous les actes entrant dans la définition du champ de pratique de l'ostéopathie mais elle devra attendre un diagnostic établi par un médecin avant de réaliser des manipulations du crâne, de la face, et du rachis chez le nourrisson de moins de six mois, ou des manipulations du rachis cervical (14).

Le décret de 2014 pose les bases d'une formation en ostéopathie uniformisée en définissant le nombre d'heure de formation théoriques et pratiques et en proposant un programme type (15).

Un nouveau décret relatif au secret professionnel datant du 20 juillet 2016 permet d'intégrer les ostéopathes dans la prise en charge et la continuité des soins des patients. En effet, ce décret définit les conditions d'échange et de partage d'informations relatives à la prise en charge d'une même personne. Ne sont concernées que les « *informations strictement nécessaire à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de ladite personne et dans le périmètre de leurs missions* » (16).

1.2.4 L'accès à la formation

En post-bac, un diplôme bac +5 obtenu dans une école agréée par le ministère de la Santé permet de devenir ostéopathe. L'entrée dans l'école se fait sur dossier et entretien. Selon le décret de 2014, la formation se divise en 3360 heures de formation théorique et 1500 heures de formation pratique clinique comprenant 150 consultations complètes et validées (15) (17).

Dans le cadre de la formation initiale en ostéopathie, les étudiants, durant leurs cinq années d'études, reçoivent des enseignements sur l'anatomie et la physiologie générale de tous les systèmes. Des cours de sémiologie détaillent par système toutes affections humaines avec physiopathologie, symptomatologie, examens complémentaires, diagnostic et traitement. Ceux-ci incluent la sémiologie des affections du système génito-urinaire pour permettre de reconnaître les signes d'alertes en gynécologie et pendant la grossesse : contractions utérines, céphalées, hypertension artérielle, douleurs abdominales et la sémiopathologie de la grossesse. En pédiatrie, les cours portent sur la sémiologie des affections pédiatriques, avec la reconnaissance de signes d'alertes : tensions des fontanelles, troubles du sommeil, traumatismes récents et la sémiologie des affections pédiatriques dont le reflux gastro-œsophagien, les dysmorphies crano-faciales, les pathologies infectieuses et virales de l'enfant, les troubles orthopédiques etc. Une partie de l'apprentissage porte sur les diagnostics d'opportunité, c'est-à-dire les conduites à tenir en consultation. Le but de cet enseignement est d'apprendre aux futurs ostéopathes à détecter les risques avant, pendant et après la consultation. Ils doivent savoir identifier les symptômes et les signes d'alertes des situations qui nécessitent un avis médical préalable (15).

Au 1^{er} avril 2016, il y avait 14953 ostéopathes exclusifs en exercice (18).

Une formation en ostéopathie est possible pour les professionnels de santé dont les sages-femmes. Celle-ci se déroule dans une école d'ostéopathie agréée par l'état pour les professionnels de santé. Elle dure 5 ans et se réalise en temps partiel parallèlement à l'activité professionnelle de la sage-femme. Après cinq ans d'études, la sage-femme aura les deux diplômes et pourra exercer l'ostéopathie en parallèle à son métier de sage-femme.

Au 10 mars 2016, il existe seulement 4 établissements destinés à la formation des professionnels de santé et 5 écoles dites mixtes pour les étudiants en formation initiale et les professionnels de santé (19). Parmi toutes les sages-femmes en exercice, seulement 18 ont le double diplôme Maïeutique / Ostéopathe (les dernières données datent de janvier 2013) (20).

1.3 Revue de littérature sur l'usage de l'ostéopathie en périnatalité

La recherche de littérature sur le sujet avec les mots-clés « ostéopathie et grossesse » sur les différentes plateformes de documentation scientifique a permis de retrouver quelques publications évaluant l'efficacité de l'ostéopathie pendant la grossesse et le post-partum.

1.3.1 Symptomatologie des douleurs lombaires et pelviennes pendant la grossesse (21)

Les lombalgies pendant la grossesse sont fréquentes et vont avoir un impact important sur la qualité de vie des femmes enceintes. On estime que 50% des femmes vont souffrir de ces maux au cours de la grossesse ou pendant le post-partum. Ces lombalgies semblent être la résultante de facteurs mécaniques tels que la prise de poids, le déplacement du centre de gravité etc., et des facteurs hormonaux entraînant une hyperlaxité ligamentaire induite par la Relaxin, mais aucune étude ne retrouve d'étiologie certaine à ces douleurs. On va différencier les douleurs de la ceinture pelvienne et les douleurs lombaires. Les douleurs de la ceinture pelvienne sont environ 4 fois plus fréquentes que les douleurs lombaires. Elles sont décrites comme profondes, lancinantes, récurrentes, unies ou bilatérales, entre la crête iliaque postérieure et le pli fessier, elles vont parfois irradier vers la face postéro-latérale de la cuisse, le genou ou le mollet mais pas vers le pied. Le test de provocation de la douleur de l'articulation sacro-iliaque va être positif. Ces douleurs, plus fréquentes pendant la grossesse que pendant le post-partum, sont invalidantes et minimisent l'activité physique.

Les douleurs lombaires de la grossesse ont les mêmes caractéristiques que celles retrouvées hors grossesse. Pour celles-ci, le test de provocation de la douleur de l'articulation sacro-

iliaque va être négatif. Elles vont s'accroître pendant le post-partum et peuvent être exacerbées par des postures ou des activités, même si elles semblent moins invalidantes que les douleurs de la ceinture pelvienne.

Il est important de diagnostiquer et de différencier rapidement ces douleurs afin d'adapter le traitement. Il existe plusieurs possibilités de traitement comme la physiothérapie, les ceintures de stabilisation, le traitement pharmacologique, la stimulation nerveuse, l'acupuncture, le massage, la relaxation, le yoga. Certains facteurs tels qu'un antécédent de traumatisme pelvien, une lombalgie chronique et la lombalgie au cours d'une grossesse précédente (85% des patientes souffrant de lombalgies lors d'une grossesse précédente développeront une lombalgie pendant la grossesse suivante), la prise de poids excessive au cours de la grossesse augmenteraient le risque de lombalgies et de douleurs pelviennes au cours de la grossesse. La prévention de ces douleurs passe par l'information et l'éducation des patientes à propos des postures, du port de charges lourdes. La plupart des femmes enceintes considèrent les lombalgies inévitables, 50 % des femmes qui vont en souffrir chercheront des conseils auprès d'un professionnel de santé et 70% recevront un traitement. Il est donc important de prendre au sérieux les plaintes des patientes au sujet de ces douleurs et de leur proposer un traitement afin de les soulager et d'améliorer leur qualité de vie (21).

1.3.2 L'étude PROMOTE : étude des douleurs lombaires et des restrictions entraînées au 3^e trimestre de grossesse (22)

L'étude PROMOTE avait pour but d'évaluer l'efficacité de l'ostéopathie sur les douleurs lombaires et les restrictions d'activité qu'elles entraînent. 400 patientes entre 18 et 35 ans pendant leur troisième trimestre ont été divisées en trois groupes similaires suite à un tirage au sort : des patientes avec la prise en charge obstétricale habituelle, des patientes ayant droit à la prise en charge obstétricale habituelle et des séances d'ostéopathie d'environ 20 minutes et des patientes bénéficiant d'un traitement placebo par ultrasons pendant environ 2 minutes sur les mêmes zones du corps que les traitements ostéopathiques. L'étude comprend 7 visites correspondant à des visites prénatales de routine à 30, 32, 34, 36, 37, 38 et 39 SA. 25% des patientes ont fait les 7 visites de l'étude, les autres patientes n'ayant pas pu assister à toutes les consultations ou ayant accouché avant. Le traitement ostéopathique a permis l'atténuation

de la douleur et des restrictions fonctionnelles comparé aux soins obstétricaux seuls. Il n'y a cependant pas de différence significative entre l'ostéopathie et le traitement par ultrasons qui aurait été plus actif que prévu (22).

1.3.3 Evaluation de l'ostéopathie sur des douleurs lombaires persistantes du post-partum (23)

Une autre étude en Allemagne avait pour but d'évaluer l'efficacité de l'ostéopathie chez les femmes souffrant de douleurs lombaires persistantes en post-partum depuis au moins 3 mois. Les patientes étaient réparties en deux groupes, un groupe bénéficiant du traitement ostéopathique et un groupe contrôle. Les patientes du groupe ostéopathie ont reçu 4 fois le traitement à deux semaines d'intervalle. Dans les deux groupes, les patientes n'avaient pas le droit de recevoir un traitement antidouleur additionnel pendant la durée de l'étude. L'efficacité du traitement était évaluée par une échelle analogique visuelle. Dans le groupe ostéopathie, le score de douleur était passé de 7,3 à 2 et dans le groupe contrôle de 7 à 6,5. L'étude révèle une amélioration statistiquement significative de l'intensité de la douleur dans le groupe ostéopathie (23).

1.3.4 Prévalence et caractéristiques des femmes consultant un ostéopathe pendant leur grossesse en Australie (24)

Une étude de cohorte australienne avait pour but d'examiner la prévalence et de définir les caractéristiques des femmes qui consultent un ostéopathe pendant leur grossesse. L'échantillon de l'étude est extrait de « the Australian Longitudinal Study on Women's Health » qui comprend 40 000 femmes sélectionnées au hasard dans la base de données nationale de l'assurance maladie. Dès le début de la cohorte en 1996, les patientes sont réparties dans trois groupes d'âge représentant les 3 âges de la vie : les « young » nées entre 1973 et 1978, les « mid-age » nées entre 1946 et 1951 et les « old » nées entre 1921 et 1926. Ici, on ne va s'intéresser qu'à la sous-enquête numéro 5 commencée en 2010 et qui comprend les femmes enceintes du groupe des « young » et les femmes ayant accouchés dans les 12 derniers mois. L'enquête examine les désagréments liés à la grossesse tels que la fatigue, les

nausées, les douleurs dorsales, cervicales, de la hanche, les difficultés de sommeil, les céphalées, la constipation et le diabète gestationnel. On a demandé aux patientes si elles ont consulté un ostéopathe pendant la grossesse pour ces problèmes et combien de fois elles y sont allées. Les enquêteurs se sont intéressés au lieu de résidence, au statut de mariage, au niveau de revenu et au type d'assurance des patientes, puis les femmes ont dû noter leurs habitudes de santé et l'utilisation des médecines complémentaires sur une échelle de Likert à 5 points. Finalement, 1835 patientes ont répondu à l'enquête (entraînant un taux de réponse de 79,2%). Parmi les participantes, au moment de la naissance de leur dernier enfant, 96,3% vivaient en couple, 62,4% vivaient dans un milieu urbain, 60,1% détenaient un diplôme universitaire, 64,3% avaient un emploi permanent, 72% des patientes avaient une assurance privée avec une prise en charge des médecines complémentaires. Concernant les principaux motifs de consultation chez un ostéopathe, la majorité concerne des troubles musculosquelettiques dont 39,5% pour des douleurs lombaires, de la hanche ou pelvienne, 22,1% pour des sciatiques. Les symptômes viscéraux (reflux gastro-œsophagien ou brûlures d'estomac) correspondent à 37,4% des consultations, les nausées entraînent 32,9% des consultations. Au total, 6,1% des patientes ont consulté un ostéopathe pendant la grossesse dont 40,4% ont consulté 1 à 2 fois, 20,2% ont consulté 3-4 fois, 14,4% ont consulté 5 ou 6 fois et 24% ont consulté au moins 7 fois. L'étude démontre que les patientes étaient plus susceptibles de consulter un ostéopathe pendant la grossesse si elles souffraient de douleurs lombaires, de troubles de l'humeur, de problème pour gérer la prise de poids ou si elles avaient des antécédents de rétention placentaire. Au contraire, les patientes multipares ou souffrant de cervicalgies semblent moins susceptibles de consulter un ostéopathe. Les femmes enceintes étant demandeuses de consultations chez un ostéopathe, l'étude soulève le fait qu'une meilleure intégration des soins ostéopathiques dans la prise en charge classique de la grossesse pourrait être bénéfique (24).

Pendant la grossesse, les nombreux médicaments contre-indiqués limitent les possibilités thérapeutiques chez la femme enceinte. Les sages-femmes doivent donc trouver de nouvelles solutions pour soulager leurs patientes. Ces dernières réclament souvent une grossesse moins médicalisée et s'intéressent de plus en plus aux médecines non-conventionnelles. En plus d'un suivi obstétrical classique, l'ostéopathie apparaît alors comme une approche thérapeutique globale et complémentaire intéressante à proposer à ces femmes.

Grâce à un sondage réalisé auprès des sages-femmes, nous nous interrogeons sur les circonstances pour lesquelles elles adressent leurs patientes chez un ostéopathe, afin de définir des pistes communes de réflexions ayant pour but d'articuler le monde hospitalier et le monde libéral autour de réseaux périnataux incluant les ostéopathes.

Nous partons des hypothèses suivantes :

- Les sages-femmes orientent leurs patientes vers un ostéopathe à différentes périodes d'un projet de grossesse (pré-conceptionnel, pendant la grossesse ou en postpartum) et les indications retenues varient en fonction de la période à laquelle les patientes sont adressées,
- Il existe des facteurs personnels et/ou professionnels influençant la pratique des sages-femmes en matière d'orientation vers un ostéopathe.

Un réseau regroupant les professionnels de santé et plus spécifiquement les sages-femmes et les ostéopathes permettrait d'aider les patientes à trouver un ou une ostéopathe pouvant les accompagner tout au long de la grossesse et en post-partum. L'ostéopathe pourrait également accompagner leur nourrisson.

2 Matériel et méthodes

2.1 Objectifs de l'étude

Dans cette étude, nous nous sommes demandés quand et sur quelles indications les sages-femmes choisissent d'orienter leurs patientes chez un ostéopathe.

L'objectif principal de l'étude était de faire un état des lieux des pratiques des sages-femmes sur leurs habitudes de collaboration avec les ostéopathes pendant la grossesse, le postpartum et la période pré-conceptionnelle et de répertorier les principales indications retenues.

Le second objectif était de définir si certains facteurs personnels et/ou professionnels pouvaient influencer leur pratique.

2.2 Type d'étude

Pour répondre à ces objectifs, nous avons mené une étude descriptive observationnelle multicentrique grâce à un questionnaire standardisé créé sur Google Document et présenté en annexe 1.

2.3 Population étudiée

Notre étude a été réalisée auprès des sages-femmes hospitalières dans les maternités du réseau MYPA et auprès des sages-femmes libérales exerçant dans les Yvelines.

2.3.1 Critères d'inclusion

- Sages-femmes hospitalières dans les Yvelines,
- Sages-femmes libérales dans les Yvelines,

- Sages-femmes ayant la double activité et travaillant dans les Yvelines.

2.3.2 Critères d'exclusion

- Sages-femmes travaillant en centre de PMI dans les Yvelines.

2.4 Déroulement de l'étude

L'étude a été réalisée entre novembre 2016 et mars 2017.

Le questionnaire a été diffusé aux sages-femmes hospitalières des maternités du réseau MYPA par le biais des cadres de service ayant accepté de participer à notre étude et par mail aux sages-femmes libérales du département des Yvelines.

Le questionnaire a été envoyé aux cadres de service à trois reprises afin de permettre une diffusion plus large et un taux de réponses plus important.

Dans le cas des sages-femmes libérales, les adresses mails ont été récupérées par le biais du listing des sages-femmes libérales du Conseil de l'Ordre National des sages-femmes, et par celui des sages-femmes libérales inscrites à l'Association Nationales des Sages-femmes Libérales. Lorsque l'adresse mail n'était pas indiquée, les sages-femmes ont été contactées par téléphone afin de récupérer leur adresse mail.

Nous attendions une centaine de réponses afin de réaliser une étude représentative sur les habitudes de pratiques des sages-femmes en matière d'ostéopathie.

Ce questionnaire anonyme comportait des questions ouvertes et fermées réparties en plusieurs thèmes :

- Une partie permettait une description de la population répondant au questionnaire,
- Une question portait sur les traitements proposés par les sages-femmes à leurs patientes pour soulager les douleurs lombaires et/ou pelviennes,

- Une question permettait aux sages-femmes de donner leur représentation de l'ostéopathie,
- Une grande partie du questionnaire concernait les habitudes d'orientation des patientes vers un ostéopathe pendant les différentes périodes du projet de grossesse ainsi que les principales indications retenues,
- Une autre partie permettait aux sages-femmes d'exprimer leurs attentes et leurs besoins vis-à-vis de la collaboration avec les ostéopathes,
- La dernière question permettait aux sages-femmes de faire part de leurs remarques.

2.5 Variables retenues

Les variables utilisées pour connaître les habitudes des sages-femmes en matière de collaboration avec un ostéopathe étaient l'orientation pendant la grossesse, le post-partum et en pré-conceptionnel ainsi que les indications retenues.

Les variables retenues pour connaître les facteurs influençant la pratique des sages-femmes étaient l'ancienneté du diplôme, la possession d'un diplôme universitaire en médecine non conventionnelle, si elles avaient eu une information ou une formation sur l'ostéopathie, la consultation à titre personnel d'un ostéopathe, la connaissance d'ostéopathes autour de leur lieu de travail, et la présence d'un ostéopathe dans les services de maternité pour les sages-femmes hospitalières. Tous ces facteurs ont été testés pour l'orientation des patientes pendant la grossesse, en postpartum et en pré-conceptionnel et ont été répertoriés dans le tableau 2 regroupant les résultats de la manière suivante :

- « Ancienneté » correspond au nombre d'années d'exercice,
- « DU » correspond à la possession d'un diplôme universitaire,
- « Formation » réfère au fait d'avoir assister à une formation ou une information au sujet de l'ostéopathie,
- « Ostéopathe personnel » correspond à la consultation d'un ostéopathe à titre personnel,
- « Ostéopathes connus » réfère au fait de connaître des ostéopathes autour de son lieu de travail,
- « Ostéopathe service » réfère à la présence d'un ostéopathe dans le service de maternité.

Pour chaque sage-femme, nous avons recueilli des données sociodémographiques afin de décrire notre population d'étude, c'est-à-dire l'ancienneté de diplôme, mode d'exercice et la maternité d'exercice si la sage-femme travaille à l'hôpital. Chaque sage-femme a également eu l'occasion de nous donner sa représentation de l'ostéopathie et nous avons demandé à chacune d'entre elles sa façon de traiter des douleurs lombaires ou pelviennes pendant la grossesse.

2.6 Stratégie d'analyse

Toutes les données du questionnaire ont été consignées et traitées dans Excel et analysées par le logiciel R. Nous retrouvons des données quantitatives et qualitatives.

Les variables quantitatives ont été décrites par les paramètres suivants : moyenne, écart-type, médiane. L'analyse des variables quantitatives a été réalisée par le test de Student si les conditions d'application étaient respectées ou, dans le cas contraire, par le test de Man Wilcox.

Les variables qualitatives ont été décrites par les paramètres suivants : effectifs et pourcentages. Nous avons décidé de les regrouper par grands thèmes afin de les étudier et de faire ressortir les thèmes principaux. Pour l'analyse des variables, nous avons utilisé le test de Chi2 quand les conditions d'applications étaient respectées, ou dans le cas contraire, le test de Fisher.

2.7 Considérations éthiques et réglementaires

Notre questionnaire étant anonyme et non stigmatisant, nous n'avons eu besoin que de l'accord des cadres et/ou des chefs de service des hôpitaux du réseau MYPA. Les sages-femmes libérales contactées étaient libres de décider de participer ou non à l'étude.

3 Résultats

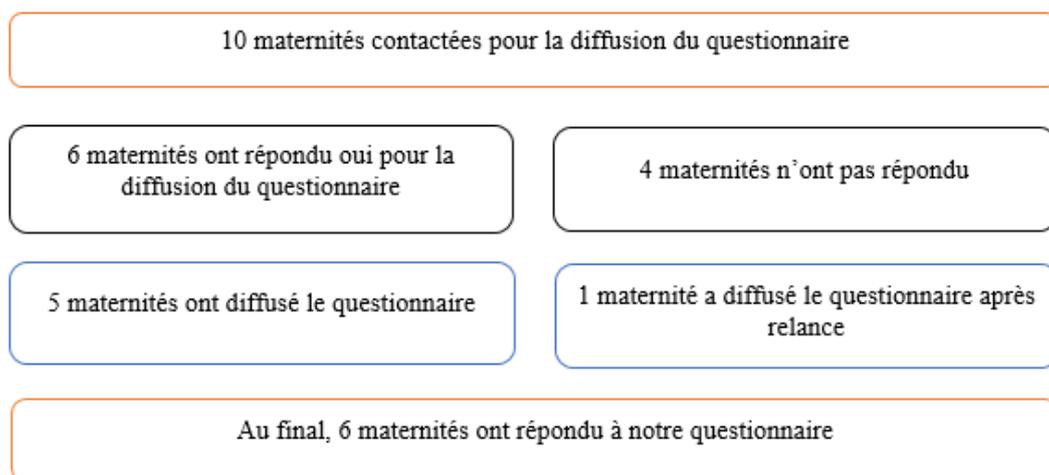
Notre étude est une étude multicentrique. Nous voulions interroger les sages-femmes hospitalières et libérales des Yvelines. Le questionnaire avait pour but d'évaluer la connaissance et l'utilisation de l'ostéopathie comme ressource à leur disposition pour soulager les patientes.

Nous avons récupéré 108 questionnaires.

3.1 La population

Pour cela, nous avons demandé aux cadres de service des maternités du réseau MYPA de diffuser notre questionnaire aux sages-femmes qui y travaillent. Le nombre de maternités contactées et/ou ayant répondu est représenté dans le diagramme des flux ci-dessous (Figure 1).

Figure 1 : Diagramme des flux des maternités contactées et/ou ayant diffusé le questionnaire



Nous avons également contacté les sages-femmes libérales travaillant dans les Yvelines pour notre étude.

3.2 Caractéristiques de la population étudiée

La population de sages-femmes étudiée et ses caractéristiques sont décrites dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1: Tableau présentant les caractéristiques de la population de sages-femmes étudiée

Population de sages-femmes totale			
n=108			
Ancienneté du diplôme	Moy = 12,01 ans ± 9,38 Med = 10 ans		
Mode d'exercice	Hospitalier 63 (58,3%)	Libéral 40 (37,0%)	Double activité 5 (4,7%)
Population de sages-femmes hospitalières et à double activité			
n=68			
Type de maternité	Type I 2 (2,9%)	Type II 43 (63,2%)	Type III 23 (33,9%)
Statut des maternités	Maternité publique 52 (76,5%)		Maternité privée 16 (23,5%)

Parmi les 108 sages-femmes interrogées :

- 92 (85,2%) possèdent un diplôme universitaire ou interuniversitaire supplémentaire dont 30 en médecine non conventionnelle (7 en acupuncture, 8 en hypnose, 2 en ostéopathie et 13 en homéopathie),
- 25 (23,1%) disent avoir reçu une information sur l'ostéopathie dans le cadre de leurs études ou lors d'une formation,
- 96 (88,9%) affirment avoir déjà consulté un ostéopathe à titre personnel,
- 98 sages-femmes (90,7%) disent connaître au moins un ostéopathe autour de leur lieu de travail. 20 n'en connaissent qu'1, 38 disent en connaître entre 2 et 3, 38 disent en connaître 4 ou plus et 2 sages-femmes n'ont pas précisé.

68 sages-femmes ayant répondu au questionnaire ont une activité hospitalière et parmi elles, 31 (44,3%) déclarent avoir le passage d'un ostéopathe dans le service de maternité :

- Pour 3 d'entre elles, 1 fois par semaine,

- Pour 26 d'entre elles, 2 fois par semaine,
- Pour 1 d'entre elles, le passage de l'ostéopathe se fait à la demande,
- Une sage-femme déclare qu'un ostéopathe passe mais ne sait pas quand ni combien de fois par semaine.

3.3 Habitudes d'orientation des patientes par les sages-femmes et principales indications retenues

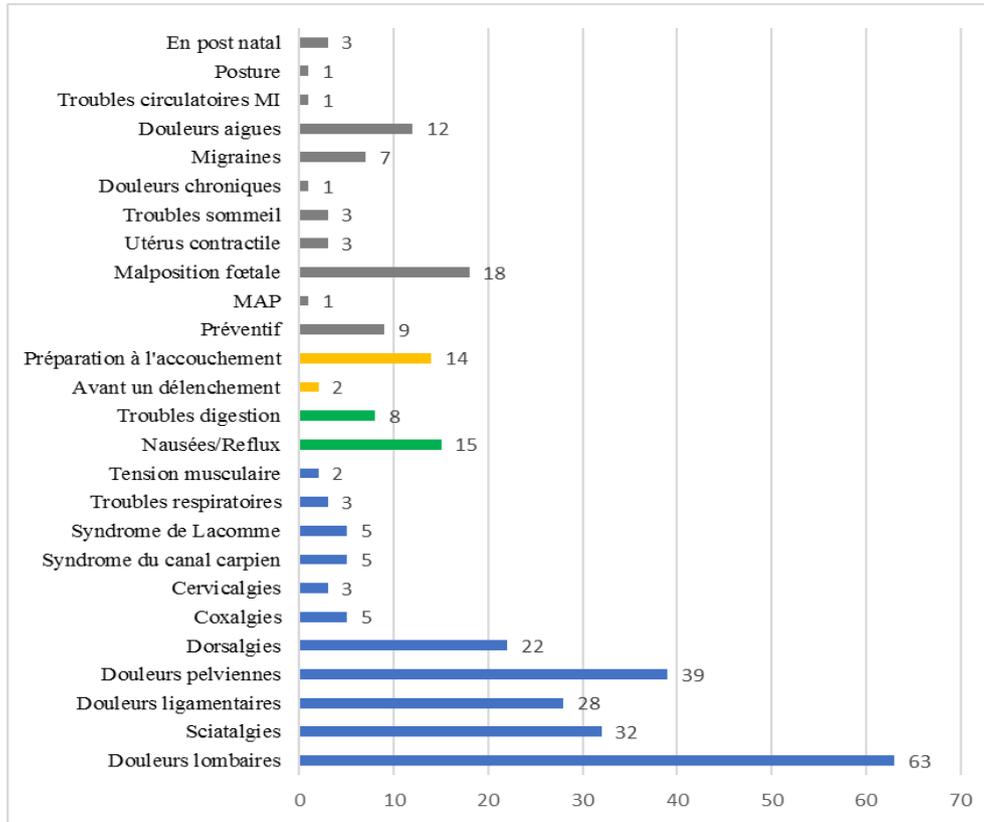
3.3.1 Pendant la grossesse

Sur les 108 sages-femmes interrogées, 105 (97,2%) affirment conseiller à leurs patientes de consulter un ostéopathe pendant la grossesse.

Les principales indications retenues par les sages-femmes pour orienter leurs patientes ont été consignées dans la figure 2 et regroupées de la façon suivante :

- En vert, les troubles digestifs,
- En bleu, les troubles musculosquelettiques,
- En jaune, la préparation à l'accouchement,
- En gris, les indications diverses.

Figure 2 : Principales indications pour l'orientation des patientes vers un ostéopathe pendant la grossesse (n=108)



A noter que sur cette question, 3 sages-femmes ont spontanément répondu orienter leurs patientes pendant la période du postpartum.

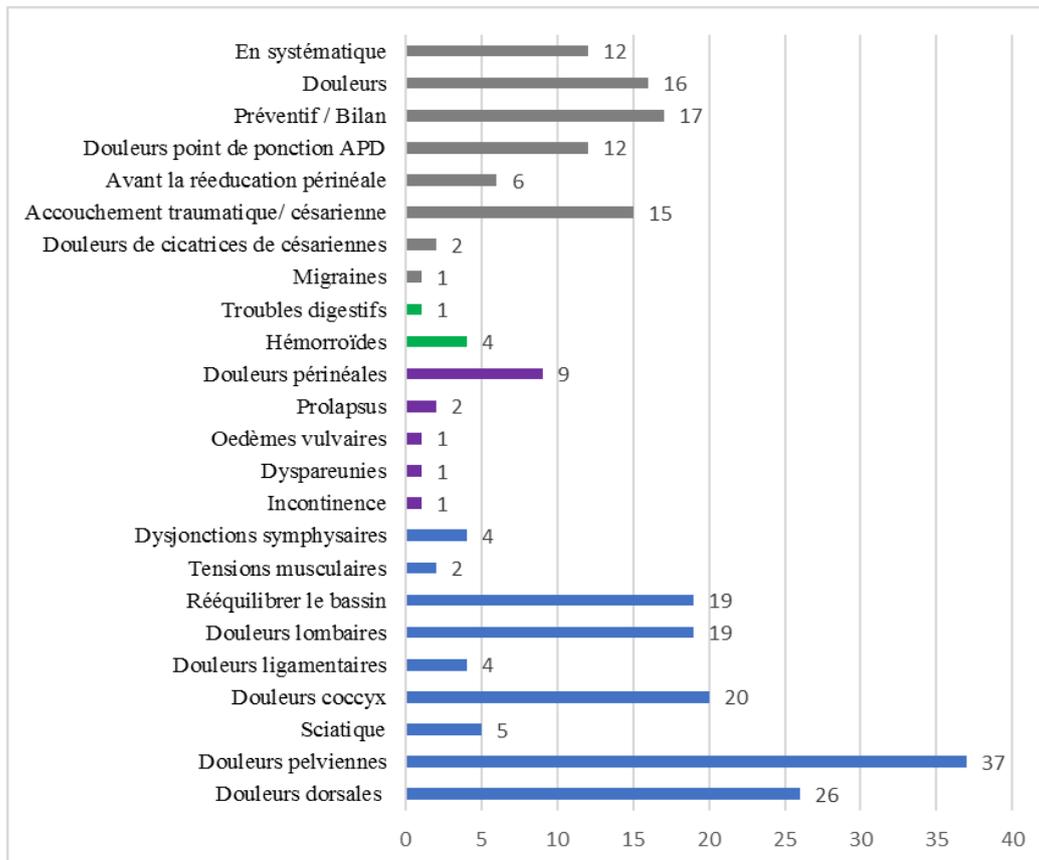
3.3.2 En postpartum

106 sages-femmes (98,1%) déclarent proposer à leurs patientes de consulter un ostéopathe pendant la période du postpartum.

Les principales indications retenues sont présentées dans la figure 3. Elles ont été regroupées en grandes catégories :

- En vert, les troubles digestifs,
- En bleu, les troubles musculosquelettiques,
- En violet, les troubles de la sphère génito-urinaire,
- En gris, les indications diverses.

Figure 3 : Principales indications pour l'orientation des patientes vers un ostéopathe en postpartum (n=106)



Sur cette question, 59 sages-femmes (54,6%) ont spontanément affirmé conseiller aux patientes d'aller voir un ostéopathe pour leur nouveau-né. Nous avons cependant décidé de ne pas traiter ces réponses car elles ne correspondent pas au sujet de l'étude.

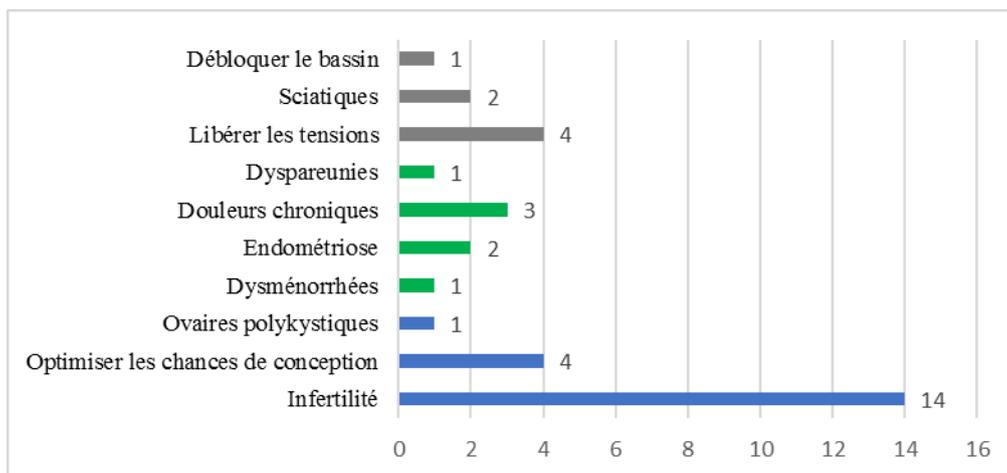
3.3.3 En pré-conceptionnel

Pour cette question, 32 sages-femmes (29,6%) ont répondu orienter leurs patientes en pré-conceptionnel. Les principales indications retenues sont regroupées dans la figure 4.

Les indications sont regroupées de la manière suivante :

- En gris, les troubles de la fertilité,
- En vert, les douleurs liées à un trouble gynécologique,
- En bleu, les troubles musculosquelettiques.

Figure 4 : Principales indications d'orientation des patientes vers un ostéopathe en pré-conceptionnel (n=32)



Parmi les 76 sages-femmes (70,4%) ayant répondu ne pas orienter les patientes en période pré-conceptionnelle, 19 d'entre elles (38,0%) ne savent pas pour quelles indications les orienter, 5 (10,0%) ne sont pas convaincues par l'efficacité de l'ostéopathie sur cette période ou ne trouvent pas cela cohérent.

3.3.4 Période optimale pour l'orientation des femmes enceintes

15 sages-femmes (13,9%) sur les 108 interrogées pensent qu'il existe une période optimale pendant la grossesse pour orienter les patientes vers un ostéopathe. Parmi elles :

- 3 disent orienter dès le début de la grossesse,
- 2 orientent dès l'apparition des premiers symptômes,
- 3 proposent une consultation à partir du deuxième trimestre,
- 7 pensent qu'il faut orienter les patientes pendant le dernier trimestre de grossesse.

Parmi les 93 sages-femmes (86,1%) pensant qu'il n'existe pas de période optimale, 4 ont quand même répondu à la question :

- 2 ne savent pas à quel moment orienter les patientes,
- 1 sage-femme répond que chaque trimestre a son indication,
- 1 sage-femme pense qu'au moins une consultation est essentielle en fin de grossesse.

3.4 Facteurs personnels et/ou professionnels pouvant influencer la pratique des sages-femmes

Les résultats permettant de savoir s'il existe des facteurs pouvant avoir une influence sur la pratique des sages-femmes pour l'orientation des patientes vers un ostéopathe pendant la grossesse, le postpartum et le pré-conceptionnel ont été regroupés dans le tableau 2.

Tableau 2 : Tableau des facteurs pouvant avoir une influence sur la pratique des sages-femmes pour l'orientation des patientes vers un ostéopathe

		Orientation pendant la grossesse		Orientation en postpartum		Orientation en pré-conceptionnel	
		Oui n=105	Non n=3	Oui n=106	Non n=2	Oui n=32	Non n=76
Ancienneté (années)		Moy=11,95	Moy=14	Moy=11,85	Moy=20,50	Moy=14,06	Moy=11,14
		±9,29	±14,73	±9,39	±2,12	±10,98	±8,56
		Med = 10	Med = 6	Med=10	Med=20,50	Med=11	Med=9
DU	Oui	89 (84,8%)	3 (100,0%)	91 (85,8%)	1 (50,0%)	26 (81,2%)	66 (86,8%)
	Non	16 (15,2%)	0	15 (14,2%)	1 (50,0%)	6 (18,8%)	10 (13,2%)
Formation	Oui	25 (23,8%)	0	25 (23,6%)	0	12 (37,5%)	13 (17,1%)
	Non	80 (76,2%)	3 (100,0%)	81 (76,4%)	2 (100,0%)	20 (62,5%)	63 (82,9%)
Ostéopathe personnel	Oui	93 (88,6%)	3 (100,0%)	94 (88,7%)	2 (100,0%)	29 (90,6%)	67 (88,2%)
	Non	12 (11,4%)	0	12 (11,3%)	0	3 (9,4%)	9 (11,8%)
Ostéopathes connus	Oui	96 (91,4%)	2 (66,7%)	96 (90,6%)	2 (100,0%)	30 (93,7%)	8 (10,5%)
	Non	9 (8,6%)	1 (33,3%)	10 (9,4%)	0	2 (6,3%)	68 (89,5%)
		Sages-femmes hospitalières					
		Oui n=65	Non n=3	Oui n=66	Non n=2	Oui n=14	Non n=54
Ostéopathe service	Oui	31 (47,6%)	0	31 (47,0%)	0	5 (35,7%)	26 (48,1%)
	Non	34 (52,3%)	3 (100,0%)	35 (53,0%)	2 (100,0%)	9 (64,3%)	28 (51,9%)

Nous retrouvons un p significatif pour l'orientation des patientes en pré-conceptionnel pour les facteurs suivants : formation ou information au sujet de l'ostéopathie ($p=0,015$) et pour le fait de connaître au moins un ostéopathe autour de son lieu de travail ($p<0,001$). Tous les autres facteurs n'ont pas d'influence significative sur la pratique des sages-femmes quelle que soit la période d'orientation des patientes.

3.5 Autres résultats

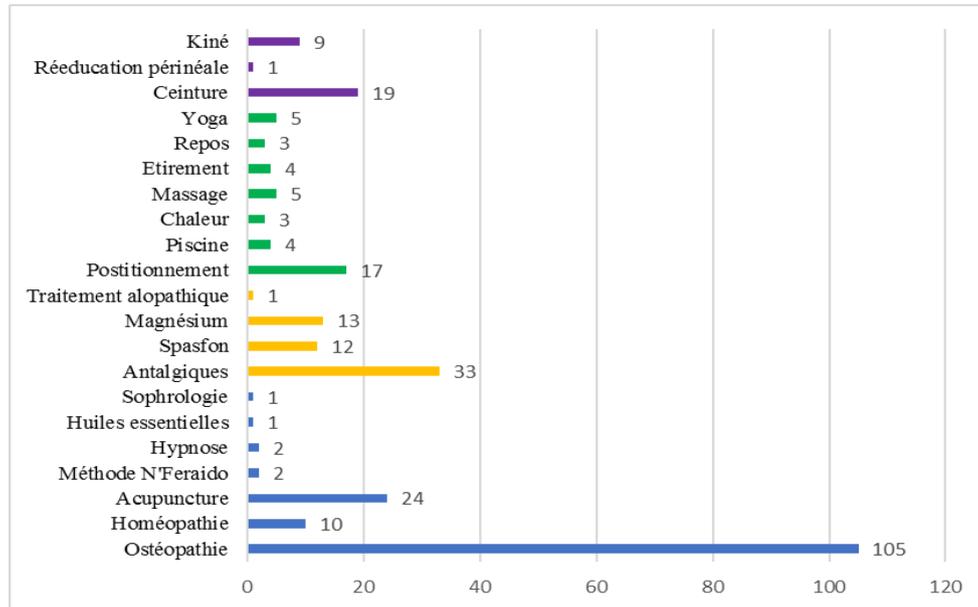
3.5.1 Traitements proposés aux femmes enceintes en cas de douleurs lombaires et/ou pelviennes

Nous avons demandé aux sages-femmes comment elles traitaient les douleurs lombaires et/ou pelviennes de leurs patientes pendant la grossesse. Toutes les réponses sont présentées dans la figure 5.

Les traitements sont regroupés de la manière suivante :

- En jaune, les traitements médicamenteux,
- En bleu, les traitements et médecines non conventionnelles,
- En violet, les techniques conventionnelles,
- En vert, les traitements divers.

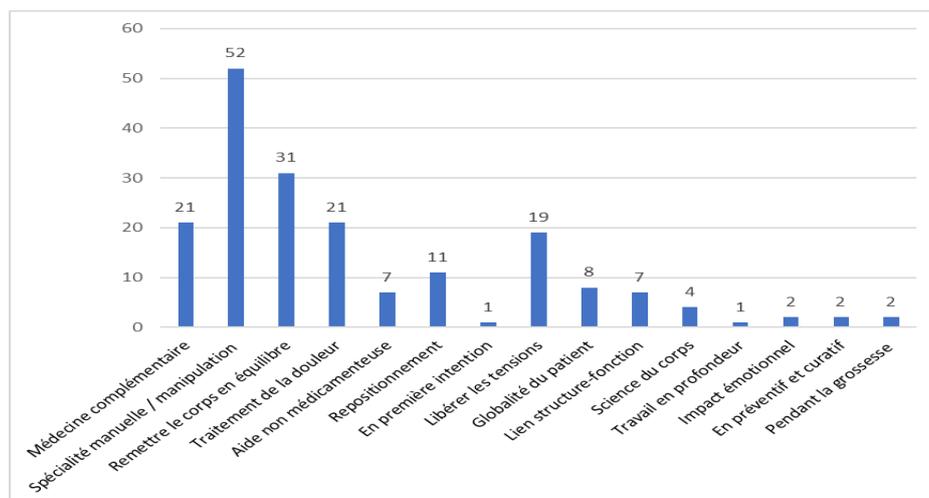
Figure 5 : Traitements proposés par la sage-femme à une femme enceinte en cas de douleurs lombaires et/ou pelviennes (n=108)



3.5.2 Représentation de l'ostéopathie selon les sages-femmes

Dans le questionnaire, une question ouverte avait pour but de connaître les grands thèmes auxquels les sages-femmes associent le mot « ostéopathie ». Les réponses sont regroupées dans la figure 6 ci-dessous.

Figure 6 : Représentation de l'ostéopathie selon les sages-femmes (n=108)



3.5.3 Retours des patientes

Nous avons interrogé les sages-femmes sur les retours qu'elles recevaient de leurs patientes suite à leur consultation chez un ostéopathe. 86 sages-femmes (79,6%) ont répondu à la question. Parmi elles, 83 sages-femmes (96,5%) ont eu des retours positifs (soulagement, amélioration des symptômes, mieux-être etc.), 12 (14,0%) ont eu des retours mitigés (résultats variables, mieux pendant quelques temps) et 6 (7,0%) ont eu des mauvais retours (onéreux, pas de changements, besoin de plusieurs séances).

3.5.4 Freins à lever pour une meilleure collaboration

92 sages-femmes (85,2%) souhaitent une collaboration avec les ostéopathes plus étendue et plus fréquente.

Nous leur avons demandé quels étaient les freins à lever pour une meilleure collaboration. 28 sages-femmes (25,9%) ont répondu le prix de la consultation et le non remboursement. 25 d'entre elles (23,1%) pensent qu'il faudrait que les ostéopathes soient plus intégrés grâce à leur présence en maternité, en développant le lien ville-hôpital et les maisons médicales. D'autres grands thèmes ressortent, comme le manque de connaissance de la discipline par les professionnels (14 sages-femmes, c'est-à-dire 13,0%), dont le manque d'information sur les indications (4 sages-femmes soit 3,7%), 6 sages-femmes (5,6%) souhaiteraient des journées de formation ou d'information au sujet de l'ostéopathie. 15 sages-femmes (13,9%) pensent qu'il serait nécessaire de développer la communication et les rencontres entre professionnels. Enfin, 13 sages-femmes (12,0%) estiment que la collaboration est limitée par la réticence des professionnels de santé face à cette pratique, et en particulier celle des médecins.

De plus, en leur posant la question, 61 sages-femmes (56,5%) expriment le besoin ou l'envie d'assister à un atelier ou à une information sur l'apport de la pratique ostéopathique autour du thème de la grossesse.

4 Discussion

4.1 Orientation des patientes vers un ostéopathe et principales indications retenues

4.1.1 Pendant la grossesse

Grâce à notre étude et à l'analyse des résultats, nous avons pu noter que la grande majorité des sages-femmes, 97,2% de celles interrogées, orientent leurs patientes vers un ostéopathe pendant la grossesse. Les indications les plus fréquentes sont les troubles musculosquelettiques. L'ensemble de ces troubles représente 207 réponses des sages-femmes en notant que les plus fréquemment citées sont les douleurs lombaires (63 fois soit 60,0% des réponses) et les douleurs pelviennes (39 fois ce qui correspond à 37,1% des réponses). Les sciatalgies et les douleurs ligamentaires sont également citées de nombreuses fois, respectivement 32 fois soit dans 30,5% des cas et 28 fois ce qui correspond à 26,7% des réponses.

4.1.2 Pendant le postpartum

98,1% des sages-femmes affirment proposer à leurs patientes d'aller voir un ostéopathe en postpartum. Les principales indications retenues par les sages-femmes sont également les troubles musculosquelettiques dont les douleurs pelviennes, citées 37 fois par les sages-femmes, ce qui correspond à 34,9% des réponses. Nous notons ensuite les douleurs dorsales citées par 26 sages-femmes soit 24,5% des réponses. Les coxalgies, les douleurs lombaires et la consultation pour rééquilibrer le bassin sont en troisième position des réponses. En effet, ces indications ont respectivement été citées 20 fois soit 18,9% des réponses, et 19 fois pour les deux autres réponses, soit dans 17,9% des cas. 14 réponses (13,2%) correspondent à des troubles de la sphère génito-urinaire, soit une incontinence, des dyspareunies, un œdème vulvaire, un prolapsus ou des douleurs périnéales.

4.1.3 En pré-conceptionnel

32 sages-femmes sur les 108 interrogées (29,6%) disent orienter les patientes en pré-conceptionnel, principalement dans le cas d'infertilité (14 réponses soit 43,8% des cas) et 4 dans le cadre d'optimiser les chances de conception des patientes, soit 12,5% des réponses. 38,0% des sages-femmes interrogées disent ne pas savoir si une orientation en pré-conceptionnel pourrait être cohérente et ne savent pas dans quelles indications orienter leurs patientes. Parmi les sages-femmes interrogées sur la cohérence et les raisons d'une orientation en pré-conceptionnel, 13 (17,3%) pensent que cela serait intéressant dans le cadre des difficultés de conception et 7 (9,3%) pensent que cela pourrait augmenter la réceptivité à la nidation. Une autre indication pouvant être intéressante, selon les sages-femmes, est de libérer les tensions du corps avant la conception (cités 14 fois, soit 18,7% des réponses).

4.1.4 Période optimale pour une consultation

15 sages-femmes (13,9%) pensent qu'il existe une période optimale pour orienter une patiente vers un ostéopathe, dont 7 qui pensent que le dernier trimestre est la meilleure période. Cependant 93 sages-femmes (86,1%) ne retiennent pas de période particulière pour orienter les patientes.

Nous pouvons donc affirmer avec ces réponses que les sages-femmes orientent leurs patientes à différents moments d'un projet de grossesse. Les deux périodes principales sont cependant la grossesse et le post-partum. Nous notons également que les sages-femmes orientent durant les différents trimestres de la grossesse et non pas à un moment T défini. De plus, le recueil des différentes indications d'orientation nous permet de voir que celles-ci sont nombreuses et varient en fonction de la période d'orientation bien que les troubles musculosquelettiques se retrouvent dans les trois grandes périodes (pré-conceptionnel, grossesse et postpartum).

Cela nous permet donc de confirmer notre première hypothèse.

4.2 Facteurs personnels et/ou professionnels pouvant influencer la pratique des sages-femmes

Suite aux réponses des sages-femmes, nous avons recherché des facteurs pouvant influencer leur pratique. Nous avons testé plusieurs facteurs :

- L'ancienneté d'exercice,
- La possession d'un diplôme universitaire,
- Le fait d'avoir assisté à une information sur l'ostéopathie dans le cadre des études ou à une formation en ostéopathie,
- La consultation à titre personnel d'un ostéopathe,
- Le fait de connaître un ou plusieurs ostéopathes autour du lieu de travail de la sage-femme,
- La présence d'un ostéopathe au sein de la maternité (uniquement pour les sages-femmes hospitalières).

Tous ces facteurs ont été testés dans le cadre de l'orientation pendant la grossesse, pendant le postpartum et en pré-conceptionnel.

Pendant la grossesse, nous notons qu'aucun de ces facteurs n'influencent significativement les sages-femmes dans leur pratique et pour l'orientation des patientes vers un ostéopathe.

En postpartum, ces facteurs n'ont également aucune influence significative sur la pratique des sages-femmes en matière d'orientation vers un ostéopathe.

En pré-conceptionnel, nous retrouvons une influence significative de la participation à une formation ou à une information sur l'ostéopathie ($p=0,015$) et sur le fait de connaître au moins un ostéopathe autour de son lieu de travail ($p<0,001$). Tous les autres facteurs n'ont pas d'influence significative sur la pratique des sages-femmes.

Nous ne pouvons donc pas conclure et infirmer l'hypothèse de l'existence de facteurs personnels et/ou professionnels influençant la pratique des sages-femmes quant à l'orientation des patientes vers un ostéopathe pendant les différentes périodes d'un projet de grossesse.

4.3 Mise en lien des résultats avec la littérature

La grossesse est une période d'adaptation corporelle importante pouvant entraîner des déséquilibres physiologiques gênant pour la femme. Chaque trimestre comporte ses troubles propres pouvant être traités ou soulagés par l'ostéopathie.

4.3.1 Indications de l'ostéopathie pendant la grossesse

Au premier trimestre, les troubles les plus fréquemment retrouvés vont être les nausées, vomissements, les troubles du transit, les lombalgies et l'irritabilité. L'ostéopathie pourra permettre d'optimiser les régulations neurovégétatives permettant de soulager la patiente et de calmer les symptômes (25).

Au deuxième trimestre, on va retrouver une limitation des mouvements respiratoires dû à l'expansion de l'utérus, refoulant les autres organes environnants. Les troubles vasculaires et les contractions induites pendant cette période peuvent être soulagés par un traitement ostéopathique visant à rééquilibrer le bassin et à lui redonner toute sa mobilité. Cela pourra également améliorer la souplesse des tissus environnants (25).

Enfin, au troisième trimestre, l'ostéopathe pourra agir sur l'équilibre global du corps ainsi que sur les douleurs, le reflux gastro-œsophagien, la fatigue et le syndrome du canal carpien fréquent sur la fin de grossesse (25).

Toutes les indications citées précédemment ont été évoquées par les sages-femmes lors des réponses à notre questionnaire.

Il est important de noter qu'il existe des indications de consultation chez un ostéopathe pour chaque trimestre de la grossesse et que par conséquent, aucune période n'est à privilégier pour orienter une patiente en cas de symptômes pouvant être pris en charge par un ostéopathe. Une information pourrait être nécessaire auprès des sages-femmes afin de mieux leur faire connaître les indications de consultation chez un ostéopathe et surtout les informer de l'absence de période optimale. En effet, l'orientation chez un ostéopathe peut être conseillée

dès l'apparition des premiers symptômes ou même en prévention afin de régler les déséquilibres préexistants encore muets pouvant se déclarer avec l'avancement de la grossesse.

Dans les résultats de notre étude, nous avons pu constater que les principales indications retenues par les sages-femmes pour orienter les patientes sont les troubles musculosquelettiques dont les douleurs lombaires et pelviennes respectivement à 60,0% et 37,1% des réponses.

Un article sur la symptomatologie des douleurs lombaires et pelviennes pendant la grossesse, par Katonis et al, indique que les lombalgies pendant la grossesse sont fréquentes et vont entraîner une restriction d'activité chez les femmes enceintes. Cet article permet de différencier les douleurs pelviennes, 4 fois plus fréquentes, des lombalgies. Les caractéristiques et la symptomatologie vont être identiques à celles retrouvées hors grossesse (21).

Une étude australienne à grande échelle avait pour objectif, entre autres, de définir les principaux motifs de consultation des femmes chez un ostéopathe pendant leur grossesse. Parmi les principaux motifs de consultation, les troubles musculosquelettiques sont les plus fréquents, dont 39,5% de douleurs lombaires, de la hanche ou pelviennes, 22,1% de sciatiques. Les troubles digestifs correspondent à 37,4% des consultations, les nausées sont les motifs les plus fréquents. Enfin cette étude permet de démontrer que les femmes étaient plus amenées à consulter un ostéopathe pendant leur grossesse en cas de douleurs lombaires (24).

Cette indication en particulier et les troubles musculosquelettiques en général, sont les plus fréquemment cités par les sages-femmes quand nous leur avons demandé pourquoi elles orientaient les patientes.

4.3.2 Traitement des douleurs pelviennes et lombaires pendant la grossesse

Dans l'article de Katonis et al, les différentes possibilités de traitement sont présentées. Nous retrouvons : la physiothérapie, les ceintures de stabilisation, le traitement médicamenteux, la stimulation nerveuse, l'acupuncture, le massage, la relaxation et le yoga. De plus, cet article précise que l'éducation des patientes à propos de la posture est un facteur de prévention d'apparition des lombalgies. La physiothérapie est définie comme la science de la réadaptation employant des techniques manuelles et est pratiquée par les masseurs-kinésithérapeutes (21).

Une question de notre formulaire portait sur le traitement proposé aux patientes en cas de douleurs lombaires ou pelviennes pendant la grossesse. La majorité des traitements cités précédemment ont été retrouvés dans les réponses des sages-femmes. Nous avons pu faire ressortir l'ostéopathie, proposée par 105 sages-femmes (97,2%), suivi par les antalgiques (sans précision supplémentaire) proposés par 33 sages-femmes (30,6%), l'acupuncture pour 24 sages-femmes (22,2%), 19 d'entre elles (17,6%) proposent des ceintures de maintien et 17 (15,4%) vont donner des indications et aider les patientes à mieux se positionner.

4.3.3 Efficacité de l'ostéopathie pendant la grossesse

L'étude PROMOTE présentée dans la première partie du mémoire avait pour but d'évaluer l'efficacité de l'ostéopathie sur les douleurs lombaires de fin de grossesse et sur les restrictions d'activité entraînées. Cette étude met en évidence l'atténuation de la douleur et des restrictions fonctionnelles dans le groupe des patientes ayant reçu un traitement ostéopathique pendant la grossesse (22).

La proposition d'un traitement ostéopathique, par les sages-femmes ayant répondu à l'étude, dans le cadre des troubles musculosquelettiques, et d'autant plus, dans le cas de douleurs lombaires semble donc légitime et justifiée de par les résultats de cette étude.

4.3.4 Indications de l'ostéopathie pendant le postpartum

Pendant le postpartum, une consultation ostéopathique peut être recommandée pour permettre de rééquilibrer le corps et de traiter les douleurs persistantes liées à la grossesse et à l'accouchement. Cela pourra rendre à la femme un confort dans ses activités de tous les jours. Les indications de consultation vont être diverses : lombalgies, sciatiques, douleurs suites à l'accouchement dont celles liées aux positions pendant le travail et l'accouchement, l'expression abdominale, l'épisiotomie, les suites de la péridurale, les douleurs suite à une césarienne. Une consultation avec un ostéopathe pourra également être utile avant la rééducation périnéale, elle permettra une optimisation de l'efficacité du traitement et un résultat plus rapide (25).

Toutes ces indications ont été citées par les sages-femmes ayant répondu au questionnaire. En effet, selon leurs réponses, les indications les plus fréquentes sont celles pour les troubles musculosquelettiques parmi lesquelles les douleurs de la sphère pelvienne sont citées le plus souvent. Les sages-femmes disent également orienter les patientes pour des troubles de la sphère génito-urinaire comme des incontinences, des dyspareunies, un prolapsus etc.

4.3.5 Efficacité de l'ostéopathie en postpartum

Une étude allemande a été mise en place pour évaluer l'efficacité de l'ostéopathie chez des femmes souffrant de douleurs lombaires persistantes depuis au moins 3 mois après leur accouchement. Dans cette étude, aucun traitement antalgique additionnel n'était autorisé, même pour le groupe de patientes ne recevant pas le traitement ostéopathique. Les résultats ont montré que l'intensité de la douleur avait significativement diminué dans le groupe de patientes recevant le traitement ostéopathique (23).

Au vu des résultats de cette étude, la proposition d'une consultation chez un ostéopathe en postpartum semble être une solution de première intention par rapport à un traitement médicamenteux. 106 sages-femmes sur les 108 interrogées dans l'étude disent déjà proposer cette solution à leurs patientes se plaignant de douleurs persistantes après l'accouchement.

4.3.6 Orientation des patientes vers un ostéopathe en pré-conceptionnel

Dans notre étude, peu de sages-femmes disent orienter vers un ostéopathe avant la grossesse. Elles sont 32 (29,6%) à avoir répondu et les principales indications retenues sont les difficultés de conception (citées 18 fois soit 56,3%). Nous retrouvons également la mobilité du bassin et la libération des tensions du corps (citées 5 fois soit 15,6%).

En effet, selon Elisa Boillot, sage-femme ostéopathe, « la meilleure prévention pour une grossesse équilibrée serait de pouvoir intervenir avant la fécondation. Alors l'ovulation, la fécondation et la nidation en premier lieu puis tout le déroulement de la grossesse seraient facilités grâce à une mobilité restituée de l'utérus, des annexes et de leur vascularisation » (1).

Une consultation chez un ostéopathe avant un projet de grossesse semble donc intéressante afin de remettre le corps dans un état d'équilibre. Dans notre étude, 16 sages-femmes (32,0%) pensent que cela serait effectivement cohérent dans le but de rééquilibrer le corps (cité 12 fois soit 16,0%) et de libérer les points de tension (cité 14 fois soit 18,7%) afin d'optimiser les chances de conception du couple.

4.4 Les points forts de l'étude

Nous avons choisi d'interroger des sages-femmes hospitalières et/ou libérales avec 63 réponses de sages-femmes hospitalières (58,3%), 40 de sages-femmes libérales (37,0%) et 5 de sages-femmes avec une double activité (4,7%). En interrogeant les sages-femmes libérales, nous avons pensé qu'elles étaient plus à même de connaître des praticiens ostéopathes autour de leur lieu de travail ou de travailler dans le même cabinet qu'un ostéopathe. Pour les sages-femmes hospitalières, cela nous a permis de savoir si un ostéopathe était rattaché à la maternité dans laquelle elles exercent car cela pourrait effectivement aider à développer la collaboration entre les deux professions.

Comme nous l'avons vu précédemment, notre étude est une étude multicentrique effectuée dans le réseau MYPA. L'avantage de ce réseau est qu'il regroupe tous les types de maternités

existants. En effet, nous retrouvons des maternités publiques et privées ainsi que des maternités de niveau 1, de niveau 2 et de niveau 3. Nous avons réussi à obtenir des réponses de sages-femmes travaillant dans ces différents types de maternités bien que le niveau 1 soit peu représenté (2 réponses soit 2,9% des réponses). Le type 2 représente 43 réponses soit 63,2% des réponses et le type 3 représente 23 réponses (33,8%). En ce qui concerne le statut des maternités, nous avons eu 52 réponses (76,5%) de sages-femmes travaillant dans une maternité publique (tous niveaux confondus) et 16 (23,5%) de maternités privées (tous niveaux confondus).

Un autre point fort de l'étude pourrait être la large répartition de l'ancienneté des sages-femmes (tous modes d'exercice confondus). En effet, nous avons une moyenne d'ancienneté d'exercice de 12,01 ans avec un minimum à 0, concernant les sages-femmes diplômées de la promotion de 2016 (l'étude ayant débuté en 2016) et un maximum à 35 ans. Le large éventail d'années d'exercice dans les réponses recueillies nous montre que l'ostéopathie est un sujet qui concerne les sages-femmes sans distinction d'expérience et que celles-ci considèrent l'ostéopathie comme une ressource complémentaire pour le suivi des femmes enceintes et en post-partum.

De plus, nous nous sommes permis de demander aux sages-femmes quels étaient leurs besoins afin de favoriser la collaboration avec les ostéopathes. Nous avons pu faire ressortir que de nombreuses sages-femmes trouveraient utile et ressentiraient même le besoin d'assister à une formation ou à un atelier sur l'apport de l'ostéopathie autour de la période de grossesse afin de mieux connaître les indications pour orienter leurs patientes.

4.5 Limites et biais

4.5.1 Limites de l'étude

Nous avons créé le questionnaire qui nous a servi pour l'étude. Cet outil était donc nouveau. Nous ne l'avons pas envoyé à un petit nombre de sages-femmes pour le tester avant de le diffuser à plus grande échelle afin de l'améliorer. En testant ce questionnaire, nous aurions pu

apporter des modifications limitant ainsi les biais de subjectivité et d'interprétation et permettant aux sages-femmes de donner des réponses plus précises.

Parmi les sages-femmes ayant répondu, 2 d'entre elles avaient une activité libérale dans les Yvelines mais une activité hospitalière dans un autre département. Notre étude portant sur la population des sages-femmes des Yvelines, nous avons décidé de les considérer comme sages-femmes libérales et non comme sages-femmes à double activité.

Le plus souvent, les sages-femmes hospitalières interrogées ne voient pas les patientes pendant la période pré-conceptionnelle. Et parmi les sages-femmes libérales, seules celles formées à réaliser le suivi gynécologique de prévention voient les patientes avant la grossesse. Cela explique ainsi le petit nombre de sages-femmes ayant répondu orienter les femmes chez un ostéopathe sur la période pré-conceptionnelle.

4.5.2 Biais de l'étude

Nous retrouvons plusieurs biais dans notre étude. Pour commencer, nous retrouvons un biais de sélection. En effet, certaines sages-femmes ont été contactées par mail (soit par l'intermédiaire des cadres de service, soit par nous directement quand elles étaient libérales), sans savoir si elles souhaitaient participer à l'étude et donc si elles allaient répondre au questionnaire. D'autres sages-femmes libérales ont d'abord été contactées par téléphone afin de récupérer leur adresse mail, or lorsqu'elles ne souhaitaient pas participer, elles ne donnaient pas suite au message laissé et ne recevaient donc pas le questionnaire.

De ce fait, nous retrouvons également un biais d'autosélection. Ce biais se produit lorsque les sujets doivent s'inscrire eux même pour participer à l'étude. C'est ce qu'il s'est produit lorsque les sages-femmes recevaient directement le questionnaire par mail et décidaient d'y répondre ou non. Le plus souvent les participants à l'étude répondent car le sujet de l'étude les intéresse.

Dans cette étude, il existe également un biais de désirabilité sociale. C'est-à-dire que les sages-femmes ayant répondu connaissaient le sujet de l'étude dès le début du questionnaire et ont pu adapter leurs réponses à ce que nous cherchions à montrer.

Enfin, nous avons un biais de subjectivité du chercheur dans l'analyse des réponses données par les sages-femmes. En effet, lors de l'analyse des questions ouvertes, nous avons regroupés les réponses par grands thèmes. Cependant certaines réponses ont pu être interprétées d'une manière différente de la réponse donnée par la sage-femme.

4.6 Implications et perspectives

Avec notre étude, nous nous sommes intéressés aux habitudes et pratiques des sages-femmes au sujet de l'ostéopathie et de leur souhait de collaboration avec les ostéopathes. Il serait par la suite intéressant de demander aux ostéopathes ce qu'ils pensent et ce qu'ils attendent de la collaboration avec les sages-femmes et de les laisser définir les indications sur lesquelles ils pourraient agir chez les femmes ayant un projet de grossesse, enceintes ou en postpartum.

Une autre possibilité, suite à cette étude, serait d'intégrer un atelier ou une information concernant l'ostéopathie aux étudiants sages-femmes afin de leur faire découvrir les possibilités thérapeutiques de cette discipline. Pour les sages-femmes déjà diplômées, l'ouverture d'ateliers ou de journées d'informations en ostéopathie pourrait être intéressant afin de leur faire découvrir l'apport de l'ostéopathie à leur pratique. Si cela existe déjà, il faudrait plus de visibilité sur ces ateliers.

Enfin, une dernière perspective de l'étude serait d'organiser des rencontres entre les professionnels, sages-femmes et ostéopathes, afin d'échanger sur les compétences spécifiques et complémentaires de chacun pour le suivi et le bien-être des patientes souhaitant ce type de prise en charge.

Conclusion

L'objectif de l'étude était d'évaluer comment les sages-femmes utilisaient l'ostéopathie pour soulager leurs patientes des « maux » de la grossesse et des troubles persistants après l'accouchement.

Nous avons ainsi constaté que de très nombreuses sages-femmes (> 95%) utilisent cette ressource en complément d'un suivi de grossesse obstétrical classique. Beaucoup d'entre elles orientent les patientes pendant la grossesse, sans période préférentielle, et en postpartum. Selon elles, les principales indications sont les troubles musculosquelettiques pendant ces deux périodes (cités 343 fois). D'autres indications sont citées comme les troubles digestifs (proposés 28 fois), communs aux deux périodes, et d'autres sont spécifiques à chaque période (la préparation à l'accouchement pendant la grossesse ou les troubles de la sphère génito-urinaire et les douleurs persistantes après l'accouchement). En pré-conceptionnel, les sages-femmes sont moins nombreuses à orienter les patientes (29,6%). Cela peut certainement s'expliquer par un nombre de réponses plus faible de sages-femmes libérales, susceptibles de recevoir en consultation les patientes en désir de grossesse. Les femmes sont alors le plus souvent orientées vers un ostéopathe pour des difficultés de conception (56,3%). Durant cette période, nous retrouvons un lien entre l'orientation des patientes et la participation à un atelier concernant l'ostéopathie et/ou le fait de connaître au moins un ostéopathe autour de son lieu de travail.

Certaines sages-femmes ont spontanément répondu orienter les patientes avec leurs nouveau-nés dans la période du postpartum. En effet, les ostéopathes ayant une formation spécifique peuvent prendre en charge ces très jeunes patients, en préventif suite à l'accouchement, ou en curatif pour soulager le nourrisson de troubles fonctionnels.

A la suite de nos résultats, nous pensons que cette collaboration entre les deux professions est à entretenir et à développer en encourageant les sages-femmes à proposer l'ostéopathie à leurs patientes et à leurs nouveau-nés. Cela peut se concrétiser par des ateliers de formation pour

leur présenter les apports de l'ostéopathie en périnatalité, en précisant les indications de cette discipline et ainsi orienter au mieux les patientes.

Aujourd'hui, à l'heure de la révolution e-santé, le monde de l'entreprise souhaite aussi participer à ce cercle vertueux d'information et d'accompagnement en périnatalité. Par exemple, très récemment a été créé une plateforme numérique nommée Kiddizy.com. Ce média informatif et collaboratif a pour premier objectif d'informer de façon la plus fiable possible les parents sur tous les sujets liés à la parentalité et de valoriser les professions qui accompagnent la future ou jeune maman avec son nouveau-né. Ce site regroupe des avis scientifiques sur les grandes questions de santé de la femme, avant, pendant et après la grossesse, ainsi que des vidéos d'experts afin d'informer au mieux les femmes. Les parents peuvent demander un rendez-vous et être orientés vers les bonnes typologies d'experts en sélectionnant les filtres disponibles. Une trentaine de professions est représentée, du médical au paramédical. Ce genre de structure ou de projet a pour objectif d'aider la femme à appréhender le plus sereinement possible cette période de la vie.

Cette collaboration entre professionnels, quelle que soit sa forme, a pour but de soulager, rassurer et assurer le bien-être de la patiente pendant son projet de grossesse, au cours de sa grossesse et à l'arrivée de son nouveau-né.

Bibliographie

1. Collège National Des Sages-Femmes de France. Sage-femme et « petits » maux de la grossesse : Autre regard, autres pratiques [Internet]. 2012 [cité 4 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.cnsf.asso.fr/doc/747AB9E6-5056-9C00-417B1C6D9FCBF3F3.pdf>
2. Champs d'application de l'ostéopathie - Pourquoi consulter ? - GRAND PUBLIC - Registre Des Ostéopathes de France ROF - Association ostéopathie [Internet]. [cité 10 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.osteopathie.org/100-pourquoi-consulter--champs-d-application-de-l-osteopathie.html>
3. HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé [Internet]. 2005 [cité 4 avr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf
4. Liste des DU - DIU [Internet]. [cité 25 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Liste-des-DU-DIU.pdf>
5. T. Marin, M. Soudain-Pineau, W. Bertucci. Validité de l'observation visuelle de la posture statique dans l'examen ostéopathique. 2001;(1):13- 8.
6. Collombelle F. Les médecines écologiques, des pratiques au service de la santé. *Métiers Petite Enfance*. oct 2016;22(238):28- 30.
7. Comment se déroule une consultation ? - Les questions - GRAND PUBLIC [Internet]. Registre Des Ostéopathes de France - Association Ostéopathie. [cité 7 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.osteopathie.org/deroulement-consultation.html>
8. TRICOT P. Les fondements de l'ostéopathie [Internet]. 2003 [cité 10 janv 2016]. Disponible sur: http://www.osteo-granville.fr/images/stories/PDF/pt_fondements.pdf

9. TRICOT P. Une brève histoire de l'ostéopathie [Internet]. 2003 [cité 11 janv 2016]. Disponible sur: http://www.osteo-granville.fr/images/stories/PDF/pt_historique.pdf
10. Pierre TRICOT, Laurent GAISON. Vie et oeuvre d'A.T Still [Internet]. 2009 juill 3 [cité 15 janv 2016]. Disponible sur: http://www.approche-tissulaire.fr/images/stories/fichiers_pdf/ATStill-SOO.pdf
11. Kévin DUBOCQUET. Ostéopathie de Still et Ostéopathie contemporaine [Internet]. Collège ostéopathique Sutherland; 2010 [cité 15 janv 2016]. Disponible sur: http://www.approche-tissulaire.fr/images/stories/fichiers_pdf/Memoires/memoire_Dubocquet.pdf
12. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
13. Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie | Legifrance [Internet]. Sect. Article 1 et Article 3. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2007/3/25/SANH0721330D/jo/texte>
14. Les activités nécessitant des diplômes complémentaires [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 11 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/formation-complementaire/>
15. Arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie [Internet]. Décembre, 2014. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2014/12/12/AFSH1426478A/jo/texte>
16. Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel. 2016-994 juillet, 2016.

17. Fiche métier - Ostéopathe [Internet]. Onisep. [cité 1 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/osteopathe>
18. La démographie des ostéopathes en France [Internet]. [cité 10 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.osteopathe-syndicat.fr/osteopathie-france>
19. OstéopathesPlus. Mise à jour des écoles agréées délivrant le titre d'ostéopathe [Internet]. [cité 10 avr 2017]. Disponible sur: <http://osteopathesplus.com/actualites/mise-à-jour-des-écoles-agréées-delivrants-le-titre-dosteopathe>
20. Etudes démographiques - INFORMATIONS / PRESSE [Internet]. Registre Des Ostéopathes de France - Association Ostéopathie. [cité 29 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.osteopathie.org/demographie.html>
21. Katonis P, Kampouroglou A, Aggelopoulos A, Kakavelakis K, Lykoudis S, Makrigiannakis A, et al. Pregnancy-related low back pain. Hippokratia. 2011;15(3):205- 10.
22. Hensel KL, Buchanan S, Brown SK, Rodriguez M, Cruser des A. Pregnancy Research on Osteopathic Manipulation Optimizing Treatment Effects: the PROMOTE study. Am J Obstet Gynecol. janv 2015;212(1):108.e1- 9.
23. Schwerla F, Rother D, Ruetz M, Resch K-L. Osteopathic Manipulative Therapy in Women With Postpartum Low Back Pain and Disability: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. J Am Osteopath Assoc. juill 2015;115(7):416- 25.
24. Frawley J, Sundberg T, Steel A, Sibbritt D, Broom A, Adams J. Prevalence and characteristics of women who consult with osteopathic practitioners during pregnancy; a report from the Australian Longitudinal Study on Women's Health (ALSWH). J Bodyw Mov Ther. 1 janv 2016;20(1):168- 72.

25. Ostéopathes de France. Ostéopathie / L'ostéopathie et la grossesse [Internet]. [cité 5 mai 2017]. Disponible sur: <http://osteofrance.com/osteopathie/grossesse/>

Annexes

Annexe I : Questionnaire « Parcours de soins et collaboration entre sages-femmes et ostéopathes »

Dans le cadre de ma dernière année d'étude de sage-femme, je réalise un mémoire sur la collaboration entre les sages-femmes et les ostéopathes pendant la grossesse. Ce questionnaire s'adresse aux sages-femmes hospitalières et libérales et a pour but d'évaluer les connaissances de base des sages-femmes sur le métier d'ostéopathe et d'étudier leurs habitudes quant à l'utilisation de cette ressource.

***Obligatoire**

1. En quelle année avez-vous commencé à exercer en tant que sage-femme ? *

.....

2. Quel est votre mode d'exercice ? * Plusieurs réponses possibles

- Libéral
- Hospitalier
- Double activité

3. Dans quel type d'établissement travaillez-vous ? Plusieurs réponses possibles

- Type I
- Type II
- Type III
- Maternité publique
- Maternité privée

4. Dans quelle maternité travaillez-vous ?

.....

5. Etes-vous titulaire d'un DU en médecine non-conventionnelle ? *

.....

6. Si oui, le/lesquels ?

.....

7. Etes-vous en possession d'autres certificats de formation qui ont enrichi votre pratique ? *

Oui

Non

8. Si oui, le/lesquels ?

.....

9. Quel(s) traitement(s) proposez-vous à une patiente se plaignant de douleurs lombaires ou pelviennes ? *

.....

10. Pour vous, qu'est-ce que l'ostéopathie ? *

.....

11. Avez-vous reçu une information ou une initiation à l'ostéopathie dans le cadre de vos études ou lors d'une formation ? * *Une seule réponse possible*

Oui

Non

12. Avez-vous déjà consulté un ostéopathe ? * *Une seule réponse possible*

Oui

Non

13. Connaissez-vous des ostéopathes exerçant autour de votre lieu de travail ? *

Oui

Non

14. Si oui, combien ? *

.....

15. Si vous exercez en maternité, bénéficiez-vous de la visite d'un ostéopathe dans le service ? Une seule réponse possible

Oui

Non

Je ne sais pas

16. Si oui, combien de fois par semaine ?

.....

17. Orientez-vous les femmes vers un ostéopathe au cours du suivi de grossesse ? *

Oui

Non

18. Si oui, selon quelles indications ?

.....

19. Si non, pourquoi ?

.....

20. Orientez-vous les femmes vers un ostéopathe en post-partum ? * Une seule réponse possible

Oui

Non

21. Si oui, dans quelles indications ?

.....

22. Si non, pourquoi ?

.....

23. Estimez-vous qu'il existe une période optimale de la grossesse pour conseiller un traitement ostéopathique à vos patientes ? *

Oui

Non

24. Si oui, précisez laquelle.

.....

25. Avez-vous déjà conseillé de consulter un ostéopathe en pré-conceptionnel ?

Oui

Non

26. Si oui, pourquoi ?

.....

27. Cela vous semblerait-il cohérent, et pour quelle(s) raison(s) à votre avis ?

.....

28. Seriez-vous intéressées par une collaboration plus fréquente avec les ostéopathes ? *

Oui

Non

Je ne sais pas

29. Comment favoriser cette collaboration selon vous ? Quels sont les freins à lever selon vous ? *

.....

30. Avez-vous des retours de vos patientes qui ont vu un ostéopathe pendant leur grossesse ? * Une seule réponse possible.

Oui

Non

31. Citez les retours les plus fréquents ? *

.....

32. Ressentez-vous le besoin de participer à un atelier ou à une formation courte sur l'ostéopathie afin de mieux connaître la discipline ? * Une seule réponse possible.

Oui

Non

Je ne sais pas

33. Lorsque vous étiez étudiante, à quel moment de vos études un atelier sur l'ostéopathie vous aurait-il semblé le plus utile ? *

.....

34. Avez-vous d'autres remarques sur le partenariat entre sages-femmes et ostéopathes ? *

.....