



HAL
open science

Étude de satisfaction de la prise en charge des douleurs lombosciatiques chez la femme enceinte

Léa Pitelet

► **To cite this version:**

Léa Pitelet. Étude de satisfaction de la prise en charge des douleurs lombosciatiques chez la femme enceinte. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03220528

HAL Id: dumas-03220528

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03220528>

Submitted on 7 May 2021

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.



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**ETUDE DE SATISFACTION DE LA PRISE EN CHARGE DES DOULEURS
LOMBOSCIATIQUES CHEZ LA FEMME ENCEINTE**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

PITELET Léa

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2020



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**ETUDE DE SATISFACTION DE LA PRISE EN CHARGE DES DOULEURS
LOMBOSCIATIQUES CHEZ LA FEMME ENCEINTE**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

PITELET Léa

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2020

Remerciements

A Madame Coudert Coralie, ostéopathe, et Madame Madrona Eve Caroline, sage-femme enseignante, pour avoir dirigé ce mémoire, pour leur disponibilité et leur soutien et pour m'avoir aiguillée dans la bonne direction et conseillée tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

A ma promotion d'étudiantes sages-femmes pour tous les moments passés à leurs côtés pendant ces quatre années d'études.

Pour leur soutien sans faille durant toutes ces années d'études, je voudrais particulièrement remercier mes parents et mes sœurs, ainsi que ma famille et mes proches, sans qui rien de tout cela n'aurait été possible.

Sommaire

A.	Introduction.....	2
B.	Revue de la littérature	3
I.	Douleurs lombaires, sciatique et grossesse	3
1.	Définition de la sciatique	3
2.	Définition de la lombalgie.....	4
3.	Etiologies des douleurs lombosciatiques chez la femme enceinte.....	4
4.	Facteurs de risques	5
5.	Epidémiologie	6
6.	Le rôle de la sage-femme dans la prise en charge de la douleur lombo-sciatique chez la femme enceinte	7
II.	La prise en charge des douleurs lombosciatiques chez la femme enceinte.....	8
1.	Prévention des douleurs lombosciatiques pendant la grossesse.....	8
2.	Prise en charge médicamenteuse.....	9
3.	La ceinture de grossesse de série	10
4.	L'acupuncture	11
5.	L'ostéopathie.....	13
C.	Méthode	17
I.	Population	17
II.	Méthodes.....	17
1.	Type d'étude	17
2.	Rappel des objectifs	18
3.	Critères de jugement	18
4.	Déroulement de l'étude et le recueil de données	18
5.	L'analyse statistique des données	18
6.	Les aspects éthiques et réglementaires.....	18
D.	Résultats.....	20
E.	Discussion.....	32
I.	Objectif principal	32
II.	Limites et biais de l'étude	32
III.	Comparaison des résultats.....	33
F.	Conclusion	42
G.	Bibliographie.....	1

A. Introduction

La grossesse est un état physiologique, mais qui peut parfois s'accompagner de maux, appelés petits maux de grossesse.

La sciatique et les lombalgies font parties de ces maux, retrouvés chez beaucoup de femmes enceintes. Et même si ces douleurs sont liées aux modifications physiologiques de la grossesse (modifications hormonales et mécaniques), elles peuvent être très handicapantes dans la vie quotidienne des femmes enceintes. En effet parfois une sciatique ou une lombalgie de grossesse peut durer pendant toute la grossesse et être douloureuse pendant plusieurs mois.

De plus, ces douleurs pouvant durer plusieurs mois, il peut y avoir un véritable impact psychologique sur le vécu de la grossesse. En effet, ces douleurs peuvent parfois être tellement invalidantes qu'elles peuvent conduire à un arrêt de travail, et même si ce n'est pas le cas le vécu de la grossesse peut être impacté par les difficultés à se mouvoir dans son quotidien et par la durée des symptômes. Il ne faut ainsi pas minimiser ces symptômes qui peuvent impacter la femme enceinte autrement que physiquement.

Plusieurs solutions sont possibles pour prendre en charge ces douleurs (paracétamol, ceinture de grossesse, acupuncture, ostéopathie, etc....) car la demande est très fréquente de la part des femmes enceintes et il faut que les professionnels de santé soient capables de proposer plusieurs prises en charges aux femmes pour qu'elles puissent faire un choix, et trouver ce qui les soulage le plus.

Au travers d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale, l'objectif principal sera de connaître la satisfaction des femmes lors de la prise en charge des douleurs lombosciatiques durant leur grossesse.

En effet, les professionnels de santé peuvent donner des conseils aux femmes enceintes pour soulager leurs douleurs lombosciatiques mais il serait intéressant d'avoir leur retour sur leur prise en charge pour pouvoir mieux les orienter.

B. Revue de la littérature

I. Douleurs lombaires, sciatique et grossesse

1. Définition de la sciatique

Le nerf sciatique, nerf mixte (sensitivo-moteur), constitue la branche terminale du plexus sacral. Il se constitue de neurofibres des nerfs lombaires L4 et L5 et des nerfs sacraux S1, S2 et S3.

Il est le nerf le plus volumineux de l'organisme (5 mm d'épaisseur et 10 à 15 mm de largeur).

Il prend son origine dans la région glutéale, au niveau du tiers supérieur de la ligne unissant l'épine iliaque postéro-supérieure à la tubérosité ischiatique. Le trajet du nerf sciatique est légèrement médial par rapport au milieu de la ligne unissant le grand trochanter à la tubérosité ischiatique et il se projette le long de l'axe médian dans la région fémorale postérieure. Il se termine dans la partie supérieure de la fosse poplitée en nerf tibial et fibulaire commun (Annexe I).

Le nerf sciatique assure essentiellement la flexion de la jambe, la flexion et l'extension du pied et il peut être comprimé par un utérus gravide. Cela entraîne une paralysie sciatique qui se traduit par l'impossibilité de courir, de fléchir la jambe et de se tenir sur la pointe des pieds ou sur les talons. On peut aussi noter l'abolition des réflexes achilléen et cutané plantaire ainsi qu'une atrophie musculaire et des troubles vasomoteurs et trophiques.

Ainsi l'une des étiologies de la sciatique de la grossesse est une compression du nerf sciatique par le fœtus, entraînant le plus souvent une douleur unilatérale qui irradie à la face extérieure de la hanche, de la cuisse et du membre inférieur [26].

2. Définition de la lombalgie

La lombalgie est définie par une douleur lombaire, limitée par une zone du bas du dos se situant entre la 12^{ème} côte et le pli fessier.

On parle de lombalgie aiguë s'il y a moins d'un mois d'évolution, de lombalgie subaiguë avec une évolution entre 1 et 3 mois et de lombalgie chronique si elle évolue depuis plus de 3 mois.

Selon la présence ou non d'une irradiation dans les membres inférieurs on distingue :

- Les lombalgies sans irradiation au-delà du pli fessier,
- Les lombalgies avec irradiation douloureuse au-dessus du genou,
- Les lombalgies avec irradiation douloureuse au-dessous du genou [8].

Chez la femme enceinte, la clinique retrouve une hyperlordose et quelquefois une contracture musculaire localisée des muscles lombaires [22].

3. Etiologies des douleurs lombosciatiques chez la femme enceinte

On retrouve deux grandes étiologies aux douleurs du cadre osseux pelvien. La première étant les phénomènes hormonaux accompagnant la grossesse et pouvant expliquer l'apparition de ce type de douleurs dès le début de la grossesse. La deuxième comporte les phénomènes mécaniques de la grossesse, augmentant la prévalence de ces douleurs au troisième trimestre de la grossesse [24].

a. Les phénomènes hormonaux

La relaxine, produite par le corps jaune et l'endomètre, voit sa production augmenter et passer en grande quantité dans la circulation sanguine chez la femme enceinte. Elle a pour effet principal de stimuler le remodelage du tissu conjonctif des tissus cibles au niveau de l'appareil reproducteur mais également des ligaments articulaires et des fibroblastes cutanés.

Pour la femme enceinte, la relaxine agit donc pour le relâchement du tissu conjonctif et pour la relaxation du myomètre.

La relaxine à une concentration maximale vers 12 semaines d'aménorrhée, diminue ensuite vers 24 semaines d'aménorrhée pour atteindre un niveau constant qui se maintiendra jusqu'à la fin de la grossesse [24].

b. Les phénomènes mécaniques

Lors de la grossesse, le système musculosquelettique du bassin subit des contraintes mécaniques plus importantes ce qui intervient dans la survenue de douleurs lombosciatiques.

Le déplacement du centre de gravité de la femme enceinte vers l'avant, tout au long de la grossesse est la conséquence de la prise de poids globale, du poids de l'utérus gravide et celui des seins. Ce déplacement du centre de gravité conduit à une hyperflexion rachidienne relative qui est compensée par le système extenseur musculaire cervical, dorsal et lombaire afin de limiter les contraintes rachidiennes [24].

4. Facteurs de risques

Des facteurs de risques d'apparition de douleurs lombosciatiques sont évoqués dans la littérature. Globalement, ces facteurs de risques sont, pendant la grossesse :

- Une activité professionnelle intense, physique et stressante.
- Des antécédents de lombalgies (en général avant ou pendant une grossesse).

D'autres sont discutés, et dont les données sont contradictoires tels que la multiparité et l'âge maternel (en effet certaines études ont montré une prévalence plus élevée des douleurs lombosciatiques chez les femmes ayant moins de 30 ans et d'autres une prévalence de ces mêmes douleurs chez des femmes de plus de 30 ans) [16].

Les douleurs lombosciatiques sont aussi corrélées à la prise de poids importante lors de la grossesse, au tabagisme maternel, au stress environnemental et professionnel. Ces douleurs s'inscrivent aussi dans un contexte de plus faible niveau socio-économique, de facteurs psychoaffectifs et sociologiques [12].

Une étude américaine se déroulant de 2002 à 2003 a mis en évidence une prévalence de douleurs lombalgiques chez 68.5% des femmes enceintes et a montré chez 37% de ces femmes une lombalgie avant grossesse. Pour 21.9% d'entre elles, une lombalgie était déjà survenue au cours d'une grossesse précédente. Cette étude montre également une forte

prévalence de douleurs lombosciatiques (90%) chez des femmes âgées de moins de 20 ans, contre 67% chez des femmes âgées de 20 à 30 ans, 61% chez des femmes âgées entre 31 et 40 ans et 45% chez des femmes âgées de plus de 41 ans [23].

Cette dernière étude montre une prévalence des douleurs lombosciatiques chez les femmes enceintes âgées de moins de 20 ans mais une autre étude montre une prévalence de ces douleurs plus élevée chez les femmes âgées de plus de 29 ans. C'est pourquoi ce facteur de risque reste très discuté dans les diverses études sur les douleurs lombosciatiques.

5. Epidémiologie

La survenue de douleurs lombosciatiques pendant la grossesse semble très fréquente, en effet, selon les séries on retrouve une prévalence de ces douleurs chez 20 à 50% des femmes enceintes.

Une étude américaine de 2002 à 2003 a permis de mettre en évidence une prévalence de douleurs lombalgiques chez 68.5% des femmes enceintes. Ces douleurs ayant entraîné des troubles du sommeil chez 58% des femmes enceintes et une altération de leur vie quotidienne pour 57% d'entre elles.

Cette même étude montre que seul 32% des femmes ayant eu des douleurs lombosciatiques lors de leur grossesse ont parlé de leurs symptômes à leurs prestataires de soins prénataux et seul 25% d'entre elles se sont vu recommander un traitement pour gérer leurs symptômes. Ainsi, 75% des patientes ayant parlé de leurs douleurs ne se sont vu recommander aucun traitement [23].

Une autre étude, suédoise, de 2012 comprenant 891 femmes a montré une prévalence de la lombalgie pendant la grossesse de 72% [14].

Au travers des différentes études, on remarque que la prévalence des douleurs lombosciatiques au cours de la grossesse est élevée, et elles altèrent dans la majorité des cas la qualité de vie des femmes enceintes.

6. Le rôle de la sage-femme dans la prise en charge de la douleur lombo-sciatique chez la femme enceinte

La profession de sage-femme est une profession médicale à compétence définie.

Ces compétences sont encadrées par l'article R.4127-318 du code de la santé publique.

Ainsi, « la sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie, concernant :

- Les femmes à l'occasion d'un suivi gynécologique de prévention et de la réalisation de consultations de contraception ;
- Les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et durant la période postnatale ;
- [...] » [3].

De plus, selon l'article R.4127-325 « dès lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né » [4].

La sage-femme est donc un acteur central du dépistage des douleurs lombosciatiques au cours de la grossesse, dépistage se faisant à chaque consultation de la femme enceinte. La sage-femme a pour rôle d'orienter la patiente et de subvenir au mieux à sa demande.

Pour prendre en charge au mieux les femmes souffrant de douleurs lombosciatiques, la sage-femme peut proposer plusieurs solutions en accord avec ses compétences, à la femme enceinte qui sont :

- Les antalgiques,
- L'homéopathie,
- La ceinture de grossesse,
- L'acupuncture,
- L'ostéopathie,
-

La sage-femme peut prescrire du paracétamol et la ceinture de grossesse et peut sous certaines conditions pratiquer l'acupuncture et l'ostéopathie.

Il y a d'autres possibilités de prise en charge, qui sont des conseils, que la sage-femme peut prodiguer tout au long de la grossesse comme le fait de pratiquer du sport (compatible avec la grossesse, comme la piscine, le yoga, des étirements, ...) ou bien des postures à adopter [32].

II. La prise en charge des douleurs lombosciatiques chez la femme enceinte

1. Prévention des douleurs lombosciatiques pendant la grossesse

Une des premières choses à faire pour se protéger des douleurs lombosciatiques pendant la grossesse est de se posturer au mieux. Eviter d'accentuer la lordose déjà présente pendant la grossesse en se tenant le plus droit possible, aligner les épaules avec le bassin et la tête. Cela permettra une posture plus droite et qui évitera l'apparition des douleurs lombosciatiques (Annexe II).

La posture assise est aussi une posture à risque d'apparition de douleurs lombosciatiques, il faut donc apprendre à bien s'asseoir. Il faut positionner les pieds dans l'axe des genoux (l'angle entre les cuisses et les mollets faisant ainsi 90°), avoir le dos droit et s'installer assis sur l'avant des cuisses et non sur l'arrière des fesses. Il ne faut pas hésiter à s'asseoir sur un coussin, pour rehausser un peu le bassin et se sentir plus à l'aise [29].

Réaliser des exercices doux d'étirements des muscles du dos et de l'abdomen et protéger sa colonne vertébrale sont des choses à apprendre aux femmes enceintes pour éviter les douleurs lombosciatiques lors de la grossesse.

Les exercices d'étirements peuvent se pratiquer au sol, la femme étant couchée sur le dos, les jambes légèrement pliées. Un coussin peut aussi être mis sous les genoux pour permettre une flexion des jambes et ainsi les maintenir pliées sans effort. Cela permet de corriger la lordose physiologique de la grossesse, notamment en essayant de sentir l'appui de chaque apophyse épineuse de la colonne lombaire sur le plan dur (Annexe III).

Le yoga peut aussi être une bonne alternative avec des positions permettant d'étirer le dos et le nerf sciatique, comme par exemple la position de la vache (Annexe IV) [22].

La protection de la colonne lombaire se fait par des mesures simples comme redresser sa colonne et la bloquer avant de soulever un poids ou de se baisser. Il faut préférer le fléchissement des genoux et pousser sur les cuisses plutôt que de se pencher en avant [15].

2. Prise en charge médicamenteuse

a. Antalgique de palier 1

Le paracétamol, utilisable tout au long de la grossesse, est l'antalgique de première intention prescriptible par la sage-femme lors de douleurs lombosciatiques.

En effet, selon l'arrêté du 12 octobre 2011 modifié par l'arrêté du 8 août 2016, « la sage-femme est autorisée à prescrire en primo-prescription du paracétamol » [1].

La posologie du paracétamol pendant la grossesse, quel que soit le terme, est d'un gramme toutes les 6 heures.

L'utilisation, ponctuelle ou chronique, des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), est formellement contre-indiquée dès la 24^{ème} semaine d'aménorrhées et fortement déconseillée au premier trimestre de la grossesse en vue des risques cardio-pulmonaires fœtaux (constriction du canal artériel, hypertension pulmonaire, toxicité rénale).

Ainsi, la sage-femme peut uniquement proposer le paracétamol comme prise en charge médicamenteuse lors de la grossesse [6].

b. Antalgiques de palier 2 et 3

Parmi les antalgies de palier 2 on retrouve la codéine, qui est présente dans le paracétamol codéiné par exemple. La codéine est un dérivé morphinique qui est métabolisé en morphine par une enzyme, le cytochrome 450, au niveau du foie (à hauteur de 5%). Cependant, le polymorphisme de cette enzyme expose certaines personnes à une concentration élevée en morphine dans l'organisme. L'utilisation de codéine pendant la grossesse est possible mais il existe un risque de syndrome de sevrage chez le nouveau-né ainsi que de détresse respiratoire néonatale. Il faut donc l'utiliser avec précaution.

La morphine, antalgique opioïde de palier 3, peut être utilisée pendant la grossesse. Cependant la morphine est responsable, notamment en fin de grossesse, d'un syndrome de sevrage du nouveau-né et d'une détresse respiratoire néonatale.

Il convient donc d'utiliser la codéine et la morphine avec parcimonie, surtout en fin de grossesse pour éviter d'éventuels effets indésirables chez les nouveau-nés [28].

c. Autres médicaments

La sage-femme a une autre alternative médicamenteuse à sa disposition, l'homéopathie. Si les sages-femmes peuvent se perfectionner grâce à des formations et des diplômes universitaires, la prescription d'homéopathie est possible pour toute la profession.

Pour soulager les lombalgies, les sages-femmes peuvent prescrire du Kalium carbonicum 9CH et du Ruta graveolens 5CH. Pour soulager la sciatique, il faut connaître les caractéristiques des douleurs mais il y a plusieurs possibilités comme l'Ammonium muriaticum 9CH, le Kalium carbonicum 9CH, le Nux vomica 9CH et l'Hypericum perforatum 15CH.

La posologie de ces différents remèdes est généralement de 5 granules deux à trois fois par jour. Cela dépendra des symptômes ressentis par la patiente (par exemple aggravation aux mouvements, au toucher, par la chaleur, par le froid, ...) et le professionnel de santé pourra ou non les prescrire en association (cela pourra aussi dépendre des symptômes) [30].

3. La ceinture de grossesse de série

L'arrêté du 27 juin 2006 fixe la liste des dispositifs médicaux que la sage-femme est autorisée à prescrire. Ainsi, selon l'article 1 modifié par l'arrêté du 12 octobre 2011 « à l'exclusion des produits et matériels utilisés pendant la séance, les sages-femmes sont autorisées, dans le cadre de l'exercice de leur compétence, à prescrire à leurs patients les dispositifs médicaux suivants :

- Ceinture de grossesse de série, [...] » [2].

La ceinture de grossesse permet un maintien non compressif de la paroi abdominale, un soutien lombaire et une légère suspension de la région sus-pubienne. Elle peut être

prescrite dès le 5^{ème} mois de grossesse, notamment dans le cadre de douleurs lombosciatiques.

La ceinture de grossesse, de par son soutien lombaire ou bien par le resserrement des ailes iliaques permettant de repositionner la colonne vertébrale, permet de diminuer l'hyperlordose commune chez la femme enceinte et de redresser la colonne lombaire permettant de soulager les douleurs lombosciatiques.

Le port de la ceinture de grossesse, sans éliminer complètement la douleur, permet de la soulager quelque peu, sans conséquence hémodynamique sur la fréquence cardiaque fœtale, la tension artérielle maternelle et le débit cardiaque maternel. Cela permet donc une meilleure tolérance de la ceinture chez la femme enceinte.

Ainsi l'association du port de la ceinture de grossesse et d'antalgique permet d'améliorer la condition de vie des femmes enceintes souffrant de douleurs lombosciatiques [7].

4. L'acupuncture

Selon l'Article R.4127-318 du code de la santé publique encadrant les compétences des sages-femmes, « la sage-femme est notamment autorisée à pratiquer des actes d'acupuncture sous réserve que la sage-femme possède un diplôme d'acupuncture obstétricale délivré par une université de médecine et figurant sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, ou un titre de formation équivalent l'autorisant à pratiquer des actes dans un Etat membre de la Communauté européenne ou en partie à l'accord sur l'Espace économique européen » [3].

a. Présentation de l'acupuncture

L'acupuncture fait partie de la Médecine Traditionnelle Chinoise. Elle regroupe l'ensemble des techniques de stimulation ponctuelle de points précis du corps à visée thérapeutique. C'est une discipline très ancienne, dont le raisonnement diagnostique et la thérapeutique sont basés sur une théorie holistique, c'est-à-dire que les maladies seraient liées à une perturbation de l'équilibre énergétique. Ainsi la thérapie repose sur la stimulation de points spécifiques de l'organisme, à l'aide d'aiguilles le plus souvent, pour rétablir la bonne circulation de cette énergie.

Ainsi le Collège Français d'Acupuncture définit l'acupuncture comme « l'ensemble des techniques de stimulations ponctuelles physiques (mécanique, électrique, magnétique, thermique, lumineuse) ou physico-chimique de points d'acupuncture à visée thérapeutique » [27].

b. La place de l'acupuncture dans la prise en charge des douleurs lombosciatiques de la grossesse

Tout d'abord, il faut savoir que certains points sont contre-indiqués pendant la grossesse. Il est en effet recommandé d'éviter un maximum les points induisant ou favorisant l'accouchement lors de la grossesse pour ne pas induire de menace d'accouchement prématuré. Certains de ces points contre-indiqués se trouvent dans la région lombosacrée, région concernée par les douleurs lombosciatiques de la grossesse. C'est pour cela qu'une bonne connaissance théorique des points et une bonne pratique clinique est essentielle pour la pratique de l'acupuncture, d'autant plus pendant la grossesse [17].

Une revue de la Cochrane mise à jour en 2007 et incluant 8 études randomisées soit 1305 patientes évalue de manière globale les interventions pour prévenir et traiter les douleurs pelviennes et les lombalgies de la femme enceinte. Selon cette revue, 60% des femmes enceintes traitées par acupuncture se disent soulagées contre 14% dans le groupe contrôle. Cependant, les auteurs de cette revue soulignent l'importance des biais dans 7 des 8 études [20].

Une étude française de 2009 avec 150 patientes étudiant l'effet de l'acupuncture sur les diverses lombalgies (hautes, basses, ...) et sciatgies (sciatique) a montré une bonne efficacité de l'acupuncture sur les douleurs lombosciatiques de la grossesse. En effet, en plus de diminuer la douleur causée par les lombalgies ou la sciatique de grossesse, elle montrait son efficacité en moins de deux séances [18].

Une étude suédoise, prospective randomisée de 2001, comparait un groupe de 30 patientes bénéficiant de l'acupuncture et un groupe de 18 patientes bénéficiant de physiothérapie. L'étude notait une importante diminution des douleurs lombaires, du matin et du soir, dans le groupe de patientes bénéficiant de l'acupuncture. Une diminution, certes moins importante, était tout de même à noter dans le groupe contrôle. Et la satisfaction globale des patientes était bonne dans les deux groupes [11].

Une autre revue de la littérature, publiée en 2009, ne permet pas de tirer de conclusions définitives sur l'efficacité réelle de l'acupuncture. En effet, les recherches sur l'efficacité de l'acupuncture sont peu nombreuses, peu sont de bonne qualité méthodologique. Et même si l'acupuncture semble être de bonne efficacité pour traiter les douleurs lombosciatiques lors de la grossesse, il est impossible de conclure sur un réel bénéfice du traitement par acupuncture [10].

Une étude française de 2012 recherchant l'effet de l'acupuncture sur les douleurs lombopelviennes de la grossesse a montré, sur un échantillon de 39 patientes, une diminution de la douleur liée à ces symptômes. En effet, avant le traitement par acupuncture, les patientes avaient donné une note en moyenne de 60 sur 100 à la douleur, cette note ayant diminué à en moyenne 30 sur 100. De plus, le score d'invalidité calculé dans cette étude avait diminué après le traitement par acupuncture. Certes de manière insuffisante pour être significatif, car on restait dans l'incapacité modérée avant et après traitement, mais une diminution était tout de même à soulever.

Si l'acupuncture n'a pas démontré de manière certaine son efficacité dans le traitement des douleurs lombosciatiques lors de la grossesse, certaines études montrent tout de même un soulagement des patientes y ayant recours. Les thérapeutiques étant limitées pendant la grossesse, et l'acupuncture n'ayant pas d'effet secondaire ni n'étant pas contre-indiquée lors de la grossesse, la sage-femme peut y avoir recours pour traiter toute patiente le demandant.

5. L'ostéopathie

a. Présentation de l'ostéopathie

L'ostéopathie est une pratique récente (milieu du XIX^{ème} siècle), développée aux Etats-Unis et reconnue en France seulement depuis la loi du 4 mars 2002.

En Europe, l'ostéopathie se définit par une pratique exclusivement manuelle dont le but est de palier aux dysfonctionnements de mobilité des structures du corps humain (le terme de structures rassemble les articulations, les muscles, les ligaments, les viscères, les fascias,...). Pour la réalisation de l'acte, l'ostéopathe recherche le dysfonctionnement de mobilité au niveau de ces structures par un diagnostic ostéopathique dit « spécifique » qui se définit par la recherche de la lésion fonctionnelle tissulaire ou viscérale. Elle est

caractérisée par une modification de mobilité des tissus où qu'elle soit, et réversible par une manipulation appropriée. Le diagnostic ostéopathique spécifique établit un lien entre l'anatomie de la structure à mobilité perturbée, la physiopathologie de la fonction perturbée et l'expression du trouble fondamental.

L'ostéopathie se définit aussi comme une méthode de soins qui s'emploie à déterminer et à traiter les restrictions de mobilité qui peuvent affecter l'ensemble des structures composant le corps humain. Ainsi, toute perte de mobilité des articulations, des muscles, des ligaments ou des viscères peut provoquer un déséquilibre de l'état de santé.

L'ostéopathie se fonde sur le contact pour le diagnostic et le traitement. Elle se fonde aussi sur de grands principes :

- « La vie c'est le mouvement » : les structures anatomiques du corps humain sont en mouvement les unes avec les autres, donc toute restriction de la mobilité de ces structures sera susceptible d'entraîner des complications.
- « La structure gouverne la fonction » : chaque fonction s'appuie sur des éléments anatomiques qui lui appartiennent et qui forment la structure. La modification d'une structure entraînera une modification de sa fonction.
- « L'homéostasie » : l'organisme a la faculté de rééquilibrer ses constantes et de s'auto-réparer. Cela est possible uniquement si aucune lésion ne trouble sa structure.
- « L'unité du corps » : l'ostéopathie considère l'homme dans sa totalité. Chaque souci de santé, qu'il soit physique ou psychologique, signifie un déséquilibre de la cohésion du corps entier. Pour guérir, il faut donc rétablir cette harmonie au niveau de la partie atteinte mais également dans tout l'organisme.
- « La règle de l'artère » : le sang, étant capable de fabriquer tous les principes utiles pour assurer l'immunité naturelle et lutter contre les maladies, un corps bien irrigué ne serait pas sujet aux congestions ni aux dégénérescences cellulaires. Ainsi pour que les organes fonctionnent parfaitement, la circulation sanguine doit être fluide.

C'est en s'appuyant sur ces grands principes que l'ostéopathe pose un diagnostic et propose un traitement adapté à son patient.

L'ostéopathie est indiquée dans le traitement des troubles fonctionnels des articulations et des muscles, donc est indiquée dans le traitement des lombalgies et sciatiques [19 ; 21 ; 31].

b. La place de l'ostéopathie dans la prise en charge des douleurs lombosciatiques de la grossesse

La sage-femme, selon l'Article 4 du décret n°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie, doit être titulaire d'un diplôme d'ostéopathie et pratiquer l'ostéopathie de manière professionnelle. Selon l'Article 75 de la loi du 4 mars 2002 et du décret n°2007-435 du 25 mars 2007, seules les sages-femmes titulaires :

- D'un diplôme universitaire ou interuniversitaire sanctionnant une formation suivie au sein d'une unité de formation et de recherche de médecine délivré par une université de médecine et reconnu par le conseil national de l'ordre des médecins.
- D'un diplôme délivré par des établissements de formation agréés qui dispensent une formation en ostéopathie réservée aux professionnels de santé.
- D'une autorisation d'exercice de l'ostéopathie ou d'user du titre d'ostéopathie délivrée par le directeur général de l'ARS.

La sage-femme ostéopathe peut donc effectuer des manipulations gynéco-obstétricales et des touchers pelviens [5].

Si la sage-femme ne pratique pas l'ostéopathie, elle peut cependant orienter les femmes enceintes souffrant de douleurs lombosciatiques vers un ostéopathe.

La prise en charge ostéopathique des douleurs lombosciatiques de la grossesse se concentre sur la détente ligamentaire douce de tout le système ostéoarticulaire. Ce sont des techniques dites « tissulaires » plus respectueuses des tissus et de leurs besoins pendant la grossesse [9].

Toutefois, l'ostéopathie traitant toutes les dysfonctions de structures, dont les muscles, les fascias, les ligaments, les viscères et les articulations, des manœuvres directes sur le système articulaire peuvent se faire pendant la période périnatale. Et si certains ostéopathes utilisent des techniques douces de types fonctionnelles et tissulaires, ce n'est

pas une généralité et certains utilisent aussi des techniques structurelles chez les femmes enceintes.

L'étude de Licciardone, en 2010, étudiait le recours au traitement ostéopathique manipulatif sur les douleurs dorsales au cours du troisième trimestre de la grossesse. Les 144 sujets ont été répartis en trois groupes, le premier recevant de la 30^{ème} à la 39^{ème} semaine de grossesse uniquement des soins prénataux classiques, le deuxième recevait les soins prénataux classiques plus 7 séances d'ostéopathie, et le troisième recevait les traitements prénataux classiques plus 7 séances de traitement factice par ultrasons.

Si les scores de douleur entre les groupes n'ont pas évolué avec des différences statistiquement significatives, les scores d'invalidité qui se sont aggravé pendant la grossesse se sont détérioré de moindre façon dans le groupe avec soins additionnels ostéopathiques [13].

C. Méthode

I. Population

La population cible de cette étude était les femmes ayant accouché au sein d'un centre hospitalier de type III au sein de la région Auvergne Rhône-Alpes et ayant souffert de douleurs lombosciatiques pendant leur grossesse.

1. Echantillon de l'étude

a. Les critères d'inclusion

Les femmes incluses dans l'étude sont les suivantes :

- Les femmes ayant accouché à terme (c'est-à-dire à partir de 37 semaines d'aménorrhées).
- Les femmes ayant accouché par voie basse ou par césarienne.

b. Les critères d'exclusions

Les femmes ayant été exclues de l'étude sont les suivantes :

- Les femmes ne comprenant pas, ne parlant pas et ne lisant pas le français.
- Les femmes ayant accouché d'un enfant nécessitant une hospitalisation en réanimation néonatale, aux soins intensifs néonataux ou en néonatalogie.
- Les femmes souffrant de lombalgies ou de sciatiques avant la grossesse.
- Les femmes mineures.

II. Méthodes

1. Type d'étude

Cette étude est une étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale.

2. Rappel des objectifs

L'objectif de cette étude était de connaître la satisfaction des femmes suite à leur prise en charge de leurs douleurs lombaires et/ou sciatiques lors de leur grossesse.

3. Critères de jugement

Le critère de jugement principal est mesuré grâce à la note sur cinq que les femmes interrogées attribueront à leur prise en charge. C'est une note globale, comprise entre un et cinq qui sera le reflet de leur satisfaction.

4. Déroulement de l'étude et le recueil de données

L'étude s'est déroulée du 16 décembre 2019 au 26 janvier 2020.

Les données ont été recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire réalisé sur Word (Annexe V).

L'auto-questionnaire comprenait 15 questions et il a été testé auprès de trois personnes qui ont mis entre 10 et 15 minutes pour le compléter.

Les questionnaires, ont été distribués aux femmes pendant leur séjour en suites de couches, lors de leur deuxième ou troisième jour d'hospitalisation. Une fois les questionnaires distribués, un temps était laissé aux femmes pour le remplir puis le questionnaire était récupéré le jour même, une fois complété.

5. L'analyse statistique des données

Le test statistique utilisé est le test de Student et les données ont été traitées sur le logiciel Epi Info ainsi que sur le logiciel Excel.

Nous avons aussi analysé les données grâce à des moyennes.

6. Les aspects éthiques et réglementaires

a. Avis de comités consultatifs

Pour réaliser cette étude et distribuer les questionnaires, un avis consultatif a été demandé au délégué à la protection des données ainsi qu'aux coordinateurs et coordonateurs du service maternité d'un centre hospitalier de type III.

b. Information et consentement

Une information orale et écrite sous forme de lettre d'information a été donnée aux femmes lors de leur recrutement pour participer à l'étude (Annexe VI).

Une fois les informations données, les femmes choisissaient ou non de participer à l'étude.

c. Anonymat

Le questionnaire remis aux femmes était totalement anonyme. Il ne comportait aucune question permettant d'identifier les femmes ou les thérapeutes ayant suivis les femmes pendant leur grossesse.

D. Résultats

I. Taux de participation

Au total, 114 questionnaires ont été distribués et 111 questionnaires ont été récupérés. Le taux de participation était donc de 97,4%. Cependant sur 111 questionnaires, 3 ont été exclus car non complétés en totalité, ainsi seuls 108 questionnaires étaient complets, ce qui fait au final un taux de participation de 94,7%.

II. Descriptif de la population

Tableau I : Descriptif de la population

Descriptif de la population	Effectifs (%)
Moyenne d'âge (années) +/- écart-type	29,80 +/- 5,34
Parité	
Primipare	55 (50,93)
Multipares	53 (49,07)
Catégorie socioprofessionnelle	
Agriculteur exploitant	2 (1,85)
Artisan, commerçant et chef d'entreprise	7 (6,48)
Cadre et profession intellectuelle supérieure	11 (10,19)
Profession intérimaire	7 (6,48)
Employé	59 (54,63)
Ouvrier	8 (7,41)
Sans profession	14 (12,96)

La moyenne d'âge de la population de l'étude est de 29,8 ans.

On retrouve un taux de primipares et de multipares presque identique (50,93% contre 49,07%).

La principale profession de la population est la profession salariée (54,63%).

Tableau II : Type de suivi

Type de suivi	Effectifs (%)
Obstétricien hospitalier	11 (10,18)
Obstétricien libéral	11 (10,18)
Sage-femme hospitalière	21 (19,44)
Sage-femme libérale	34 (31,49)
Obstétricien hospitalier et sage-femme hospitalière	21 (19,44)
Obstétricien hospitalier et sage-femme libérale	5 (4,63)
Obstétricien hospitalier, sage-femme hospitalière et libérale	1 (0,93)
Obstétricien libéral et sage-femme hospitalière	1 (0,93)
Obstétricien libéral et sage-femme libérale	1 (0,93)
Sage-femme hospitalière et libérale	2 (1,85)

Dans notre population, les types de suivi étaient nombreux, 31,49% des femmes étaient suivies par une sage-femme libérale uniquement, 19,44% par une sage-femme hospitalière et 10,18% par un obstétricien libéral et le même pourcentage de femmes était suivi par un obstétricien hospitalier.

Quelques femmes de notre étude avaient un suivi combiné entre un obstétricien hospitalier et/ou libéral et une sage-femme hospitalière et/ou libérale. Elles représentent 28,70% de notre population.

III. Descriptifs des douleurs lombosciatiques

1. Prévalence des douleurs lombaires et sciatiques

Tableau III : Prévalence des douleurs lombosciatiques

Prévalence	Effectifs (%)
Sciatique	69 (63,89)
Lombalgie	71 (65,74)
Lombalgie et sciatique	32 (29,63)

Dans la population étudiée, 63,89% des personnes interrogées souffraient de sciatiques, 65,74% ont souffert de lombalgies et 29,63% ont souffert de sciatique et de lombalgies durant leur grossesse.

2. Caractéristiques des douleurs sciatiques

Tableau IV : Trimestre touchés par la sciatique de grossesse

Trimestre	Effectifs (%)
1^{er} trimestre	1 (1,45)
2^{ème} trimestre	14 (20,29)
3^{ème} trimestre	29 (42,03)
1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} trimestre	1 (1,45)
2^{ème} et 3^{ème} trimestre	24 (34,78)

La sciatique de grossesse touche en grande majorité les patientes de l'étude lors du 3^{ème} trimestre (42,03% des patientes) mais pour 34,78% d'entre elles, la sciatique de grossesse est présente lors du 2^{ème} et 3^{ème} trimestre.

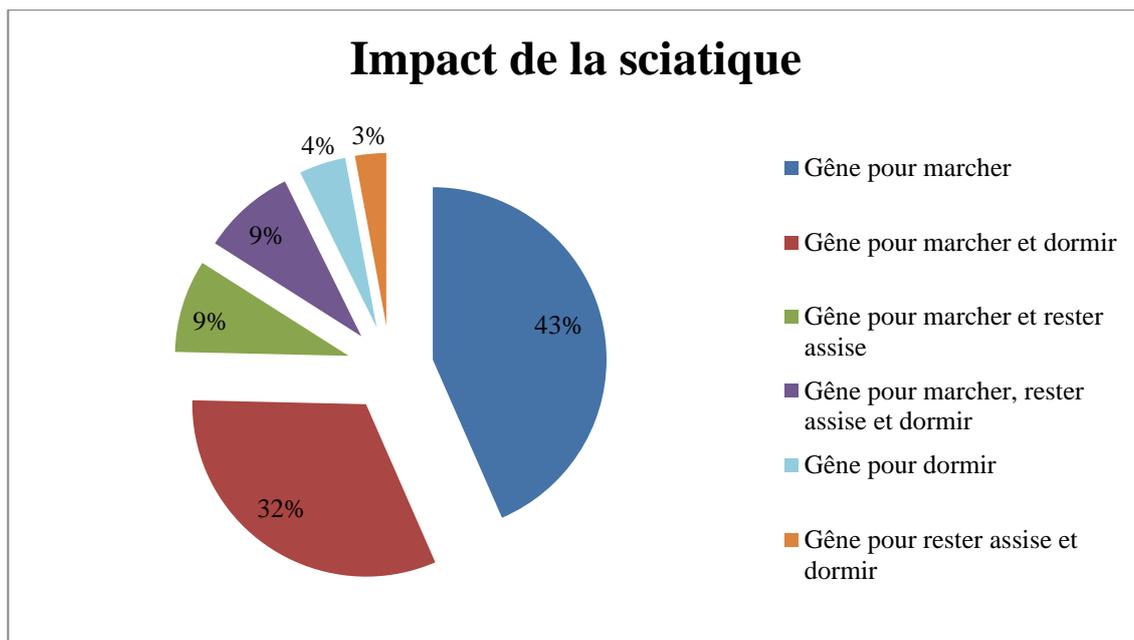


Schéma 1 : Impact de la sciatique pendant la grossesse

Le principal impact de la sciatique de grossesse dans notre étude est la gêne pour marcher et ensuite la gêne pour marcher concomitante à la gêne pour dormir.

3. Caractéristiques des douleurs lombaires

Tableau V : Trimestres touchés par les lombalgies de la grossesse

Trimestre	Effectifs (%)
2^{ème} trimestre	12 (16,9)
3^{ème} trimestre	32 (45,07)
1^{er} et 2^{ème} trimestre	1 (1,41)
1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} trimestre	1 (1,41)
2^{ème} et 3^{ème} trimestre	25 (35,21)

Les lombalgies de grossesse touchent en grande majorité les patientes de l'étude lors du 3^{ème} trimestre (45,07% des patientes) mais pour 35,21% d'entre elles, les lombalgies de grossesses sont présentes lors du 2^{ème} et 3^{ème} trimestre.

Dans notre étude, nous ne notons pas d'apparition de douleurs lombaires uniquement au 1^{er} trimestre de la grossesse. En effet si des douleurs lombaires sont apparues au court du 1^{er} trimestre, elles se sont prolongées sur le 2^{ème} voir le 3^{ème} trimestre.

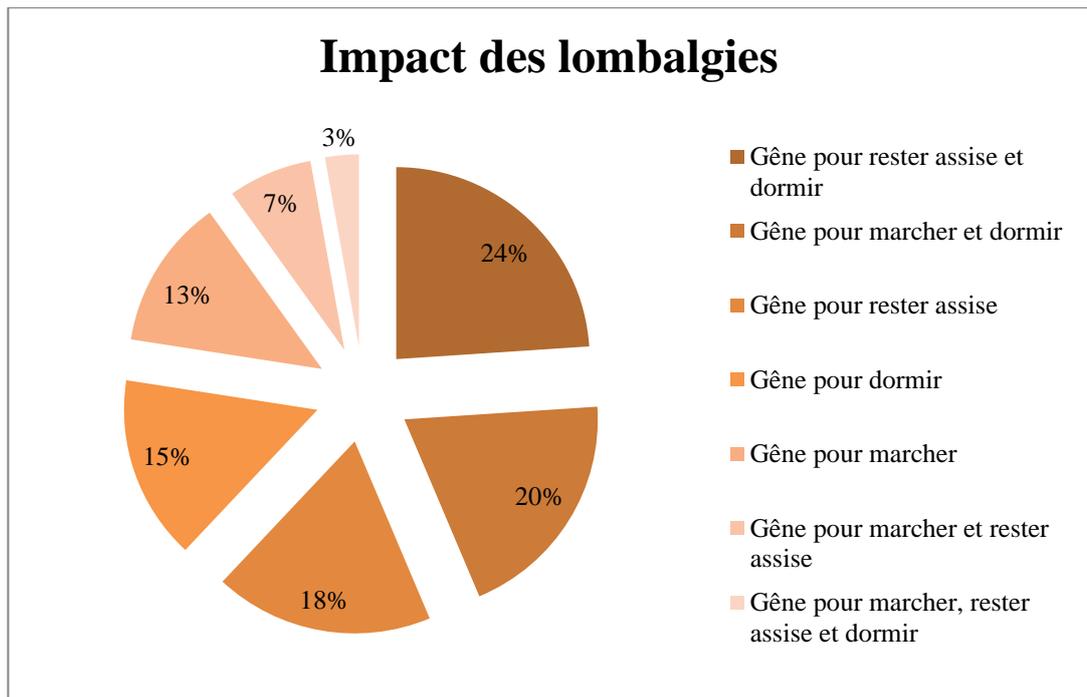


Schéma 2 : Impact des lombalgies pendant la grossesse

Les lombalgies pendant la grossesse pour la majorité d'entre elles sont responsables d'une gêne pour rester assise et dormir ainsi que d'une gêne pour marcher concomitante à une gêne pour dormir.

IV. Place de la prévention des douleurs lombosciatiques

Sur les 108 patientes de l'étude, 44 ont reçu une information de prévention sur l'apparition des douleurs lombosciatiques lors de la grossesse, soit un effectif de 40,74%.

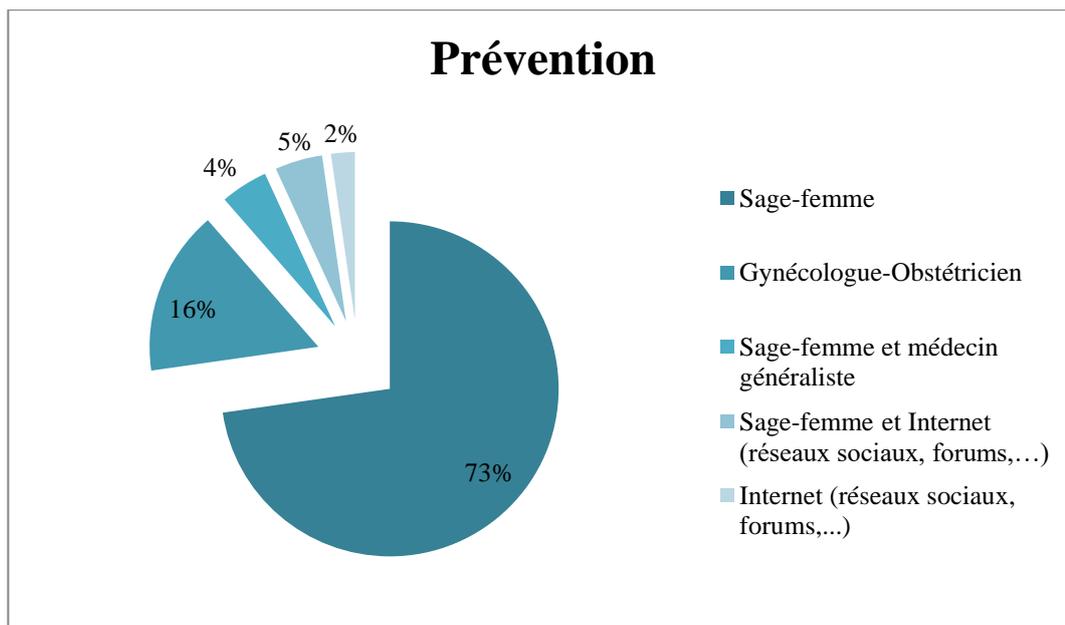


Schéma 3 : Professionnels ayant fait la prévention

La plupart des patientes ayant reçu une information sur la prévention des douleurs lombosciatiques l'ont reçu de la part de leurs sages-femmes (libérale et/ou hospitalière) et on note quand même le recourt de 2% de notre population à une information de prévention sur Internet.

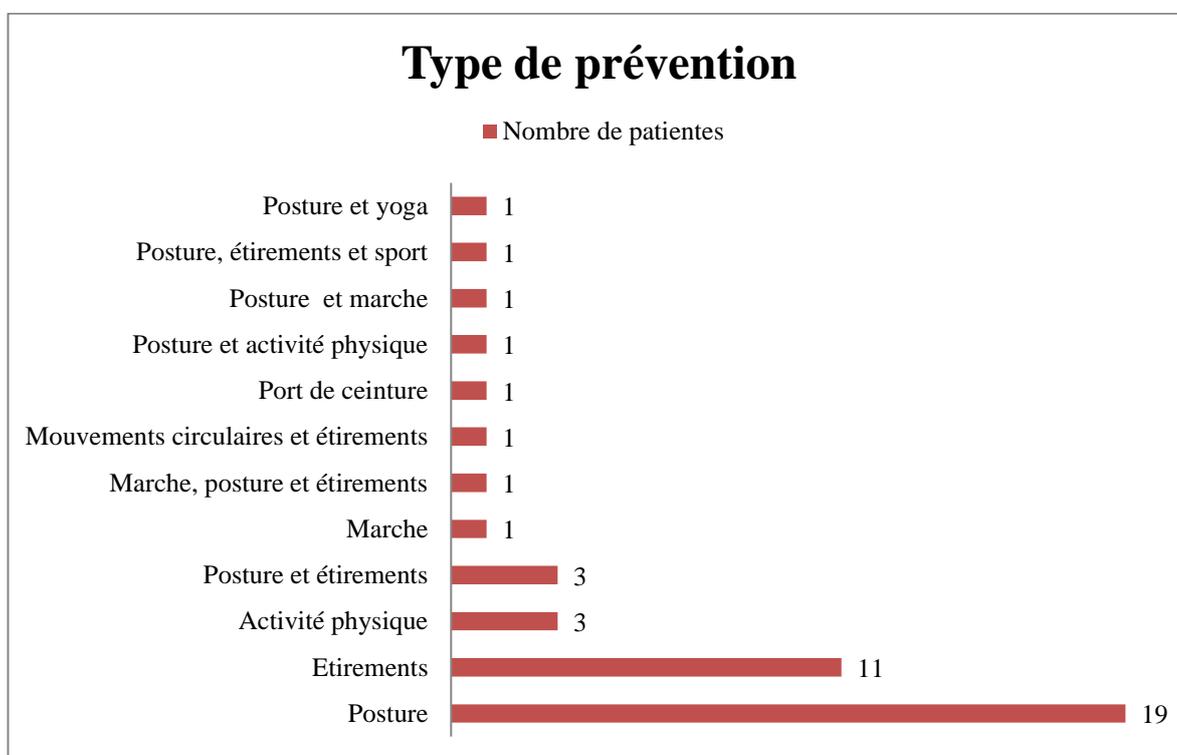


Schéma 4 : Type de prévention proposée par les professionnels

La plupart des conseils donnés par les professionnels concernent les postures à adopter pendant la grossesse ainsi que des étirements à faire pour soulager le dos.

V. Satisfation de la prise en charge des douleurs lombosciatiques de la grossesse

Tableau VI : Satisfation de la prise en charge des douleurs lombosciatique de la grossesse

Satisfation	Moyenne +/- écart-type
Satisfation de la prévention	3,5 +/- 0,81
Satisfation de la prise en charge proposée	3,43 +/- 1,17
Satisfation globale de la prise en charge	3,46 +/- 1,19

La satisfation globale de la prise en charge résulte de l'information de prévention qu'elles ont pu avoir, de la satisfation des propositions de prise en charge de leurs douleurs qui leurs ont été faites ainsi que de la satisfation de leur prise en charge finale (le traitement final résultant du choix de la patiente).

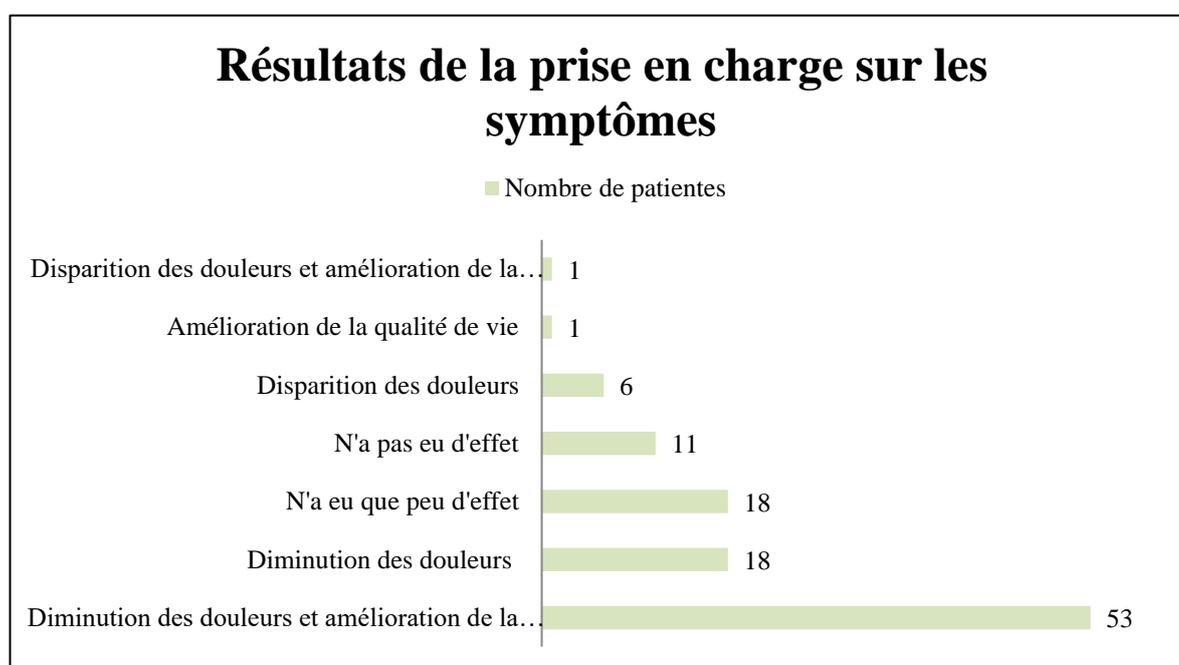


Schéma 4 : Résultats de la prise en charge sur les douleurs lombosciatiques de la grossesse

Au terme de la prise en charge des douleurs lombosciatiques, 49,07% des patientes ont observé une diminution des douleurs couplée à une amélioration de la qualité de vie. Cependant pour 10,18% des patientes, la prise en charge n'a pas eu d'effet et pour 16,67% d'entre elles la prise en charge n'a eu que peu d'effet.

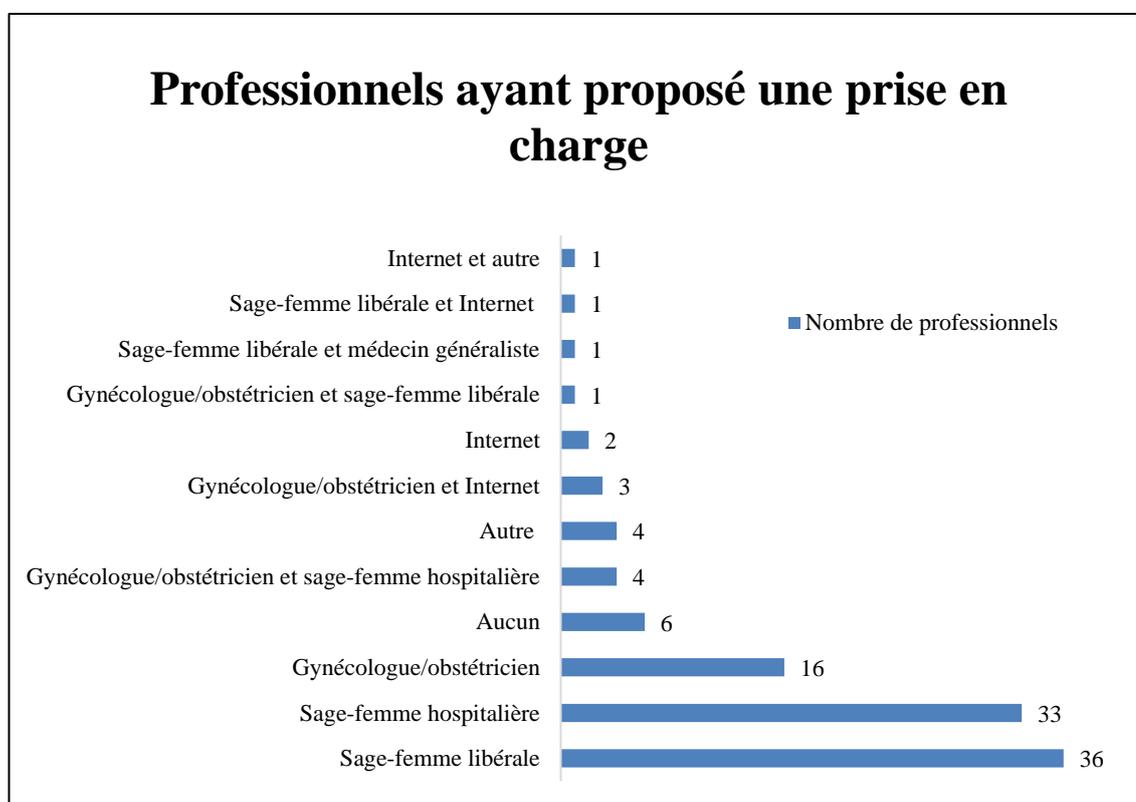


Schéma 5 : Professionnels ayant proposé une prise en charge des douleurs lombosciatiques de la grossesse

Les professionnels ayant le plus proposé de prise en charge pour les douleurs lombosciatiques sont les sages-femmes libérales (33,33%) et les sages-femmes hospitalières (30,56%). Pour 14,91% des patientes, la prise en charge a été proposée par un gynécologue/obstétricien.

On note que pour 10,18% des patientes, il y a eu des propositions de la part de plusieurs professionnels.

En ce qui concerne les propositions d'autres personnes, pour 3,70% des patientes, elles provenaient de personnes de leur famille et d'amies.

Tableau VII : Propositions de prise en charge

Propositions de prise en charge	Effectifs (%)
Proposition unique	12 (11,11)
Propositions multiples	85 (78,70)
Aucune proposition	11 (10,18)

Sur toute notre population, 95,37% des patientes ont parlé de leurs douleurs lombosciatiques lors d'une consultation avec un professionnel de santé. Ainsi, la plupart des patientes (78,70%) ont reçu de multiples propositions de prises en charges par les professionnels et 10,18% des patientes n'ont reçu aucune proposition de prise en charge (dans ces 10,18% sont pris en compte les 4,31% de patientes n'ayant pas parlé de leurs douleurs lors d'une consultation donc finalement, seul 5,87% des patientes n'ont pas reçu de proposition de prise en charge après en avoir parlé avec un professionnel de santé).

Pour connaître quelles prises en charge ont été proposées aux femmes enceintes souffrant de douleurs lombosciatiques, nous avons détaillé toutes les propositions reçues par les femmes enceintes. Certaines avaient reçu de multiples propositions, d'autres une unique proposition et d'autres aucunes.

Ainsi les femmes de notre étude ont reçu en tout 261 propositions. En sachant qu'une femme pouvait recevoir une, deux, trois, quatre ou cinq propositions par le même professionnel de santé.

Nous avons ainsi le détail des propositions de prise en charge reçues par les femmes de notre étude.

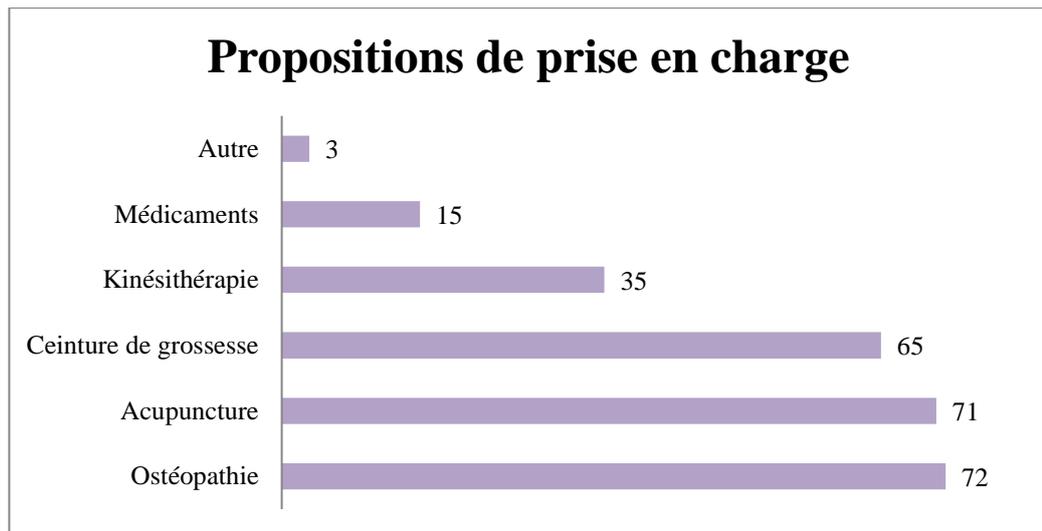


Schéma 6 : Propositions de prise en charge des douleurs lombosciatiques de la grossesse

Les prises en charges les plus proposées par les professionnels sont l'ostéopathie, l'acupuncture et la ceinture de grossesse ce qui correspond respectivement à 27,59%, 27,2% et 24,9% des propositions.

Parmi les autres propositions évoquées par les professionnels de santé on retrouve une plaque chauffante et des exercices sur ballon.

Tableau VIII : Choix de prise en charge des patientes

Prise en charge (choix des patientes)	Effectifs (%)
Prise en charge unique	21 (19,45)
Prise en charge multiple	75 (69,44)
Pas de prise en charge	12 (11,11)

69,44% des patientes se sont orientées vers une prise en charge multiple et il faut noter que 11,11% des patientes n'ont pas souhaité de prise en charge.

De la même manière, pour connaître plus précisément les prises en charge choisies par les femmes de notre étude, leurs réponses ont été séparées et comptabilisées. Et comme les patientes de notre étude ont pu se tourner vers une seule prise en charge ou plusieurs, nous totalisons 191 prises en charge.

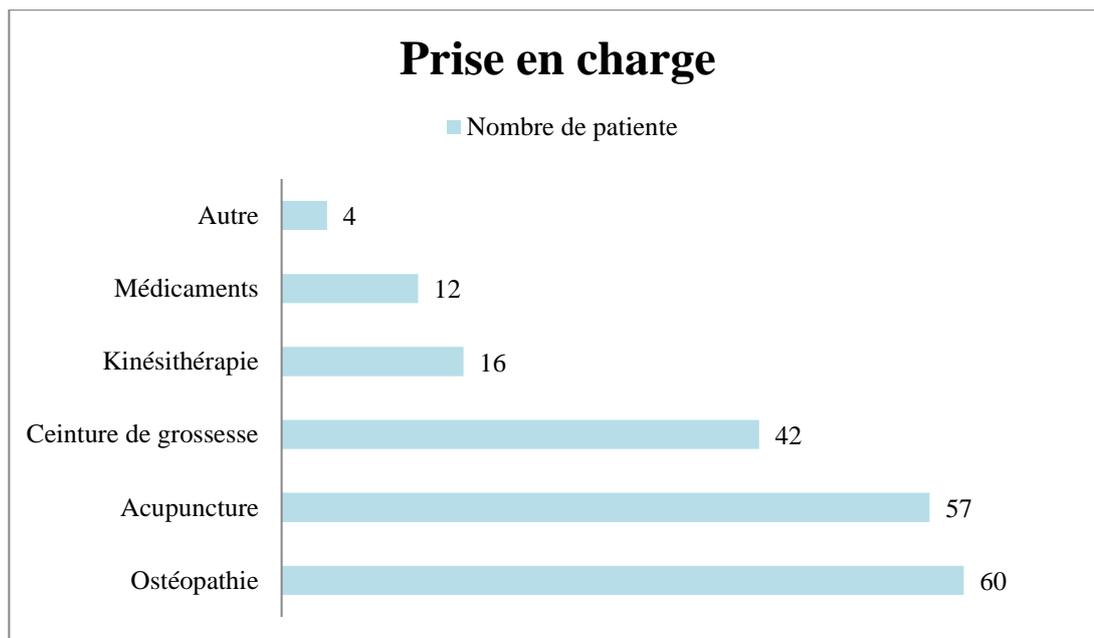


Schéma 7 : Choix de prise en charge des patientes

Les principales prises en charge choisies par les patientes restent les mêmes que les propositions faites par les professionnels de santé. On retrouve en majorité l'ostéopathie, l'acupuncture et la ceinture de grossesse aux pourcentages respectifs de 31,41%, 29,84% et 22%.

Parmi cette prise en charge, il leur a été demandé si les douleurs avaient été soulagées à court ou long terme.

Tableau IX : Efficacité à court et long terme de la prise en charge

Prise en charge	Court terme (%)	Long terme (%)
Médicaments	11 (5,76)	1 (0,52)
Ceinture de grossesse	29 (15,18)	13 (6,81)
Kinésithérapie	7 (3,67)	9 (4,71)
Ostéopathie	26 (13,61)	34 (17,80)
Acupuncture	26 (13,61)	31 (16,24)
Autre	3 (1,57)	1 (0,52)

Selon les patientes de notre étude, les prises en charge efficaces au long terme selon les personnes interrogées sont l'ostéopathie (17,80%) et l'acupuncture (16,24%).

Dans les autres types de prise en charge que celles proposées sont retrouvés les exercices sur ballons, les étirements et la mise en place d'une plaque chauffante (efficace à long terme).

Nous avons souhaité savoir si le fait que les professionnels aient proposé une seule ou plusieurs prises en charge avait pu influencer sur la note de satisfaction des femmes. Pour cela, nous avons eu recours au test statistique de Student.

L'hypothèse nulle H_0 étant que la satisfaction globale des femmes était supérieure si les professionnels de santé leurs avaient proposé plusieurs prises en charge (par exemple avoir proposé ceinture de grossesse, kinésithérapie et acupuncture ou bien seulement ostéopathie). L'hypothèse alternative H_1 étant qu'il n'y a pas de différence, que les professionnels aient proposé une seule ou plusieurs prises en charge.

La p-value du test de Student est de 0,14, elle est donc supérieure à la p-value de 0,05 qui montre une corrélation entre 2 variables quantitatives. Ainsi on ne peut dire que nous rejetons l'hypothèse nulle H_0 et que nous retenons l'hypothèse alternative H_1 qui exprime le fait que la satisfaction des femmes n'est pas influencée par le nombre de proposition données par les professionnels de santé.

E. Discussion

I. Objectif principal

L'objectif de l'étude était de connaître la satisfaction des femmes sur la prise en charge des douleurs lombosciatiques pendant la grossesse.

Cet objectif principal est atteint car on retrouve une note de satisfaction globale (comprenant la prévention des douleurs lombosciatiques, les propositions de prise en charge et la prise en charge finale choisie par les patientes) de 3,46 sur 5.

Cependant, dans les différentes études composant notre revue de la littérature, une note de satisfaction globale de prise en charge n'est pas retrouvée. On a effectivement une satisfaction en fonction d'un traitement (acupuncture, ostéopathie) mais pas de satisfaction globale, sur toute la prise en charge comprenant l'avant apparition des douleurs jusqu'au traitement de ces douleurs.

On ne peut donc pas comparer le résultat de notre objectif principal à d'autres résultats publiés dans d'autres études.

Cependant il est toujours intéressant d'avoir la satisfaction globale des femmes concernant leur prise en charge car si la proposition donnée par le professionnel de santé n'a pas été efficace, cela ne jouera peut-être pas sur la satisfaction globale. En effet la femme pourra être très satisfaite d'avoir été écoutée, que le professionnel ait pris sa plainte en considération et lui ait proposé une solution à son problème.

II. Limites et biais de l'étude

Notre étude et le recrutement de notre échantillon de patiente ne s'est déroulé que dans un seul centre hospitalier, et même s'il s'agit d'un centre hospitalier de type III qui regroupe une population diversifiée, nous n'avons pas le reflet des populations de centres hospitaliers de type I ou II ce qui limite notre étude et l'interprétation de nos résultats.

Un biais de notre étude est un biais de sélection. En effet même si 108 patientes ont été intégrées à notre étude, elles souffraient toutes de douleurs lombosciatiques. Il est donc

difficile de reporter la prévalence des douleurs sciatiques et/ou lombaires à toute la population de femmes enceintes.

Des questionnaires auraient aussi pu être distribués aux femmes n'ayant pas présenté de douleurs lombosciatiques pendant la grossesse, cela nous aurait permis d'avoir la prévalence de ces douleurs sur un échantillon de population et cet échantillon aurait pu être plus important car plus de questionnaires auraient été distribués. Cependant, les femmes interrogées et n'ayant pas souffert de douleurs lombosciatiques n'ont pas souhaité remplir le questionnaire et n'ont donc pas pu être incluses dans l'étude. Nous n'avons donc pas pu calculer la prévalence des douleurs lombosciatiques dans un échantillon de population au sein de notre étude.

Notre étude a une autre limite dans l'interprétation des résultats. En effet, nous avons basé notre étude et notre résultat final sur la prise en charge globale des douleurs lombosciatiques de la grossesse. Nous n'avons donc pas pu évaluer avec précision l'efficacité d'un seul traitement sur les douleurs lombosciatiques. Pour cela il nous aurait fallu un groupe témoin (non exposé au traitement) et un groupe exposé (avec un groupe exposé à chaque traitement proposé (médicament, ceinture de grossesse, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture)).

De plus, dans notre étude, plusieurs traitements étaient souvent proposés aux femmes et celles-ci avaient la plupart du temps recouru à plusieurs prises en charge en même temps ce qui rendait impossible de savoir la satisfaction pour un traitement précis.

III. Comparaison des résultats

1. Descriptif de la population

La moyenne d'âge de notre population était de 29,80 ans, ce qui nous donne ainsi une moyenne d'âge d'apparition des douleurs lombosciatiques chez la femme enceinte. Dans notre revue de la littérature, nous avons pu voir que l'âge était un facteur de risque controversé. En effet si certaines études considèrent que le risque de douleurs lombosciatiques est plus élevé chez les femmes ayant moins de 30 ans, alors notre étude conforte ce résultat. Cependant si nous comparons notre résultat à l'étude américaine de 2002 à 2003, qui trouvait une plus grande prévalence de douleurs lombosciatiques chez les femmes de moins de 20 ans, notre prévalence de douleurs lombosciatiques est dans la

tranche d'âge au-dessus. Mais nos résultats restent proches car dans cette étude américaine, les douleurs lombosciatiques concernaient 67% de leur population de femmes de 20 à 30 ans ce qui englobe la moyenne d'âge de notre étude. Nous ne pouvons malheureusement pas, avec notre étude, infirmer ou confirmer un âge qui serait facteur de risque d'apparition de douleurs lombosciatiques chez la femme enceinte car nous avons une moyenne d'âge proche de l'âge discuté comme facteur de risque dans la revue de littérature.

Il en va de même pour la parité. C'est en effet un facteur de risque discuté dans la littérature, à savoir si la primiparité est un facteur de risque aggravant l'apparition de douleurs lombosciatiques ou s'il s'agit au contraire de la multiparité. Or dans notre étude nous avons trouvé un taux de douleurs lombosciatiques quasiment identique chez les primipares (50,93%) et les multipares (49,07%). Et même si la prévalence est légèrement supérieure chez les primipares de notre étude, cela reste bien insuffisant pour identifier un facteur de risque.

En ce qui concerne le trimestre d'apparition des douleurs, nous n'avons pas beaucoup d'informations dans la revue de la littérature. Dans notre étude, que ce soit pour les douleurs lombaires ou pour les sciatiques de grossesse, l'apparition survient souvent au deuxième ou au troisième trimestre et pour beaucoup des douleurs dont l'apparition a été au deuxième trimestre la douleur est restée pendant le troisième trimestre. En effet pour la sciatique de grossesse, l'apparition des douleurs au deuxième trimestre est de 20,29%, elle est de 42,05% au troisième trimestre et 34,78% des sciatiques de grossesses sont apparues au deuxième trimestre et ont continué au troisième trimestre. Pour les lombalgies de grossesses, 16,90% des douleurs sont apparues au deuxième trimestre, 45,07% au troisième trimestre et 35,21% des lombalgies apparues au deuxième trimestre et se sont poursuivies au troisième trimestre. Nous voyions ainsi que l'apparition des douleurs lombaires et des sciatiques de grossesses est plus fréquente à partir du deuxième trimestre et elle se poursuit au troisième trimestre. Ainsi en sachant que ces douleurs apparaissent (pour la grande majorité) plus tardivement pendant la grossesse, une prévention peut être mise en place en début de grossesse ou une prise en charge peut être adaptée lors de la grossesse.

Dans les différentes études qui composent notre revue de la littérature, la prévalence des douleurs lombosciatiques dans un échantillon de population était variable. Cependant on

retrouvait un taux de 20 à 50% de douleurs lombosciatiques, avec pour une étude américaine de 2002 à 2003 un taux de lombalgie de l'ordre de 68,5%. Si dans notre étude toutes nos patientes souffraient de douleurs lombaires et/ou de sciatiques, on retrouve un taux de douleurs lombaires de 65,74% ce qui reste proche du taux de l'étude évoqué précédemment même si cette prévalence dans notre étude est celle parmi les femmes présentant des douleurs lombosciatiques.

De plus, dans cette étude, 58% des patientes évoquaient une gêne pour dormir contre 15% dans notre étude. Cependant, 100% des patientes avaient une altération de leur qualité de vie, que ce soit une gêne pour dormir en passant par une gêne pour rester assise ou bien marcher.

Dans notre étude, le taux de douleurs lombaires couplées à une douleur sciatique est de 29,63% ce qui est cohérent avec les différents taux retrouvés dans les différentes études qui va de 20 à 50%. Cependant la prévalence des douleurs sciatiques dans notre étude est la prévalence parmi les femmes présentant une douleur lombosciatique.

Dans notre étude, nous avons pu voir que certains professionnels de santé proposaient une prévention à l'apparition des douleurs lombosciatiques lors de la grossesse. dans notre revue de la littérature, nous avons mis l'accent sur les postures et étirements que les femmes enceintes pouvaient réaliser pour protéger leur dos et nous avons vu que dans notre étude ce sont les types de prévention qui ressortent le plus. Mais même si les postures et les étirements sont les préventions les plus proposées par les professionnels de santé, nous voyons que ce qu'il est conseillé la plupart du temps aux femmes enceintes est de rester active (notamment par le sport tel que la marche, le yoga ou la natation).

L'étude américaine de 2002 à 2003 montrait que seul 32% des patientes en avaient parlé à leurs prestataires de santé contre 95,37% dans notre étude, ce qui montre que les femmes hésitent moins maintenant pour parler de ces douleurs qui les dérangent. Dans l'étude américaine, seul 25% des femmes avaient eu des propositions de traitement, contre 89,81% des patientes de notre étude. Si dans l'étude américaine 25% des patientes n'avaient pas reçu de proposition de traitement, elles sont 5,87% dans notre étude. Ainsi, dans l'étude américaine, la population de patientes n'ayant pas parlé de leurs douleurs lombosciatiques et n'ayant pas reçu de proposition de soins étaient de 75% contre 10,18% dans notre étude.

Grâce à notre étude, nous pouvons donc dire qu'une grande majorité de professionnels propose une prise en charge face aux douleurs lombosciatiques des patientes, prend en considération leur plainte et les orientent ainsi vers différents traitements, même si le choix final appartient à la patiente qui va choisir ou non de traiter ses douleurs.

Cependant, la comparaison avec l'étude américaine est à nuancer. Effectivement, l'accès à une couverture sociale aux Etats-Unis est moins aisé qu'en France, les femmes incluses dans l'étude américaine n'avaient peut-être pas toutes une couverture sociale et pouvaient craindre un alourdissement des frais de leur suivi de grossesse s'il y avait une prise en charge de leurs douleurs lombosciatiques. Ainsi on peut émettre l'hypothèse que les femmes de l'étude américaine s'accommodaient de leurs douleurs lombosciatiques de peur de payer trop cher une prise en charge de ces douleurs si elles en parlaient à leurs professionnels de santé.

Nous avons cependant pu, dans notre étude, savoir quel type de professionnel avait proposer une prise en charge.

2. Prise en charge finale

Dans notre étude, les propositions de prises en charge ont été faite en grande majorité par les sages-femmes (libérales et/ou hospitalières). En effet les propositions faites par les sages-femmes représentent 63,89% des propositions faites par les professionnels de santé. Seul 14,81% des femmes ont reçues des propositions de prise en charge de la part d'un gynécologue/obstétricien. Nous pouvons expliquer cela car dans notre étude, la plus grande majorité des femmes étaient suivies par des sages-femmes hospitalières et/ou libérales (même en suivi conjoint avec un obstétricien). Ainsi, les sages-femmes étaient plus à même de proposer diverses prises en charge.

Cependant, les sages-femmes se forment plus souvent aux médecines complémentaires telles que l'homéopathie ou encore l'acupuncture pour pouvoir proposer d'autres alternatives à leurs patientes. Les médecins, quelle que soit leur spécialité, se forment moins à ces médecines complémentaires que les sages-femmes ce qui peut expliquer qu'ils ne proposent pas autant ces alternatives aux femmes enceintes souffrant de douleurs lombosciatiques. De plus, nous pouvons nous poser la question du temps dont disposent les médecins pour pouvoir donner divers conseils de prévention ou de prise en charge. En effet parfois, les consultations peuvent parfois être plus condensées pour les médecins

alors que la sage-femme dispose de certaines consultations supplémentaires pendant le suivi de grossesse pour dispenser ces conseils à la femme enceinte (notamment l'entretien prénatal précoce et les séances de préparation à la naissance et à la parentalité).

Nous avons cependant peu de recul sur ces résultats car nous n'avons pas d'études qui comparaient la prise en charge proposée en fonction du professionnel de santé auquel s'était adressée une femme enceinte. Il serait intéressant de pouvoir connaître le point de vue des professionnels de santé prenant en charge les femmes enceintes sur les médecines dites alternatives ou bien si ceux-ci les conseillent à leurs patientes si elles souffrent de douleurs lombosciatiques.

Dans les différentes études retrouvées, les résultats de la prise en charge par les différents traitements proposés étaient assez variables.

Si nous n'avons pas d'études comparant les différentes prises en charge proposées pour soulager les douleurs lombosciatiques, nous voyons dans notre étude que ce qui est le plus proposé est l'ostéopathie (27,55%), l'acupuncture (27,20%) et la ceinture de grossesse (24,90%). Si l'ostéopathie et l'acupuncture sont beaucoup proposés par les sages-femmes, cela peut s'expliquer par le fait qu'elles s'intéressent plus aux médecines complémentaires et pour l'acupuncture, le fait que les sages-femmes peuvent disposer d'un diplôme d'acupuncture obstétricale (tout comme les obstétriciens) influe sûrement sur leurs propositions de prise en charge par acupuncture. Nous remarquons aussi dans notre étude que le paracétamol, pourtant antalgique utilisable tout au long de la grossesse et prescriptible par la sage-femme, n'est que peu proposé aux femmes enceintes et peu utilisé par ces dernières. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des douleurs lombosciatiques apparaissant à partir du deuxième trimestre et continuant sur le troisième trimestre, les professionnels de santé ne voulaient pas proposer une prise quotidienne de paracétamol pendant de longs mois et les femmes enceintes n'étaient peut-être pas non plus prêtes à prendre un traitement journalier au long terme. Une prise en charge unique ou se répétant que quelques fois pendant la grossesse semblait être privilégié autant dans les propositions que dans les choix de prise en charge.

Si aucune étude n'a été retrouvée sur l'efficacité du port de la ceinture de grossesse de série, notre étude a mis en évidence une efficacité à court terme plus importante qu'à long terme (15,18% à court terme contre 6,81% à long terme).

En ce qui concerne l'acupuncture pour le traitement des douleurs lombosciatiques, la revue de la littérature de 2009 ne permettait de tirer aucune conclusion sur son efficacité même si d'autres études telles que l'étude suédoise de 2001 montraient une diminution des douleurs lombaires et une revue de la Cochrane de 2007 montrait que 60% des patientes ayant recouru à l'acupuncture étaient soulagées de leurs douleurs.

Si notre étude montre un taux inférieur, de 29,85%, l'efficacité de l'acupuncture sur les douleurs lombosciatiques est mise en évidence. De plus, l'efficacité à long terme de l'acupuncture est de 16,24% et de 13,61% à court terme.

Il est cependant difficile de comparer ce taux à ceux de la revue de la littérature car d'autres traitements étaient proposés lors de la prise en charge et toutes les patientes ne se sont pas toutes tournées vers l'acupuncture, il est donc normal que le taux de notre étude soit inférieur (en effet le taux de patientes ayant choisi l'acupuncture comme traitement de leurs douleurs lombosciatiques est de 29,85% dans notre étude).

En ce qui concerne l'ostéopathie comme traitement des douleurs lombosciatiques de la grossesse, il y a peu d'études et ces dernières sont peu concluantes.

En effet, selon l'étude Licciardone de 2010, il n'y avait pas d'amélioration statistiquement significative dans le groupe traité par ostéopathie pour soulager les douleurs lombosciatiques par rapport au groupe témoin. Cependant, il était important de souligner que les scores d'invalidité s'étaient détériorés plus rapidement dans le groupe témoin qui n'avait pas reçu de traitement ostéopathique.

Dans notre étude, 31,41% des patientes composant notre échantillon se sont tournées vers l'ostéopathie pour traiter leurs douleurs lombosciatiques. On a donc pu observer une efficacité de l'ostéopathie car 13,61% des patientes ont été soulagées à court terme et 17,80% des patientes ont été soulagées à long terme.

Nous avons donc pu voir, dans notre étude, que l'ostéopathie avait une place importante dans la prise en charge des douleurs lombosciatiques car c'est la prise en charge la plus proposée par les professionnels et la plus choisie par les patientes.

Dans notre étude, les propositions faites par les professionnels de santé étaient nombreuses et certaines femmes les réalisaient toutes ou bien seulement quelques-unes. Ainsi 42,59% de femmes de notre étude ont réalisé les propositions faites par leur

professionnel de santé pour un score de satisfaction de 3,11 contre 3,73 pour les 57,41% des autres femmes ayant suivi une partie des propositions données par les professionnels de santé ou pas du tout.

Nous observons donc que les femmes n'ayant suivi qu'une partie des propositions de prise en charge des douleurs lombosciatiques étaient plus nombreuses (62 femmes soit un effectif de 57,41%) mais leur score de satisfaction était plus élevé (3,73) que celui des femmes ayant choisi de suivre toutes les propositions faites par leur professionnel de santé (3,11).

Nous pouvons donc penser qu'il est important que la femme puisse choisir sa prise en charge parmi les propositions faites par un professionnel de santé et que même si elle ne suit pas toutes les propositions et qu'elle n'en choisisse qu'une seule, l'importance pour sa satisfaction personnelle est d'avoir été écoutée et de pouvoir faire un choix. C'est pour cela qu'il est important d'écouter les plaintes des patientes et de pouvoir leur proposer plusieurs solutions de prise en charge, tout en leur laissant le choix de décider vers quelle prise en charge s'orienter. La femme sera ainsi active dans sa prise en charge et n'en sera que plus satisfaite.

IV. Projet d'action

Il serait intéressant de réaliser différentes études permettant de comparer l'efficacité de ces trois traitements par rapport à un groupe témoin ne les recevant pas, réaliser une étude cas témoin pour chaque traitement (ceinture de grossesse de série, acupuncture et ostéopathie).

De plus, un des axes d'amélioration dans la prise en charge des douleurs lombosciatiques serait que les professionnels de santé (obstétriciens, sages-femmes, ...) soient formés à la prévention des douleurs lombosciatiques pendant la grossesse ce qui pourrait permettre de diminuer la prévalence d'apparition ou bien d'en limiter les impacts sur la vie quotidienne des femmes enceintes.

Pour la prise en charge des douleurs lombosciatiques par les sages-femmes, un des axes pouvant être mis en place est la prévention de la sciatique et lombalgie de grossesse lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. En premier lieu, lors de l'entretien prénatal précoce qui se déroule au premier trimestre et dont l'un des objectifs

est d'informer la femme enceinte sur les divers facteurs de risques, la sage-femme peut évoquer le fait d'essayer de ne pas prendre trop de poids pendant la grossesse, ce qui peut favoriser la survenue de douleurs lombosciatiques. Elle peut aussi évoquer le fait qu'il est toujours bénéfique de continuer ou d'entreprendre une activité physique (compatible avec la grossesse comme la piscine, la marche, le yoga, ...) qui permettra de se protéger de la survenue des douleurs lombosciatiques. De plus, les professionnels de santé réalisant l'entretien prénatal précoce pourront sensibiliser les femmes enceintes sur l'apparition des douleurs lombosciatiques de la grossesse et les exercices ou étirements pouvant être réalisés avant d'avoir des exercices plus détaillés en séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

De plus, pendant les séances individuelles ou en groupe de préparation à la naissance et à la parentalité, la sage-femme pourrait montrer les différentes positions à adopter et les étirements à réaliser pour soulager le dos et ainsi éviter l'apparition des douleurs lombosciatiques de la grossesse. Cependant, les douleurs lombosciatiques peuvent apparaître avant la mise en place de ces séances qui peuvent parfois arriver tard pendant la grossesse. Ainsi ces séances de préparation à la naissance et à la parentalité peuvent avoir deux rôles dans la prise en charge des douleurs lombosciatiques de la grossesse. Le premier est un vrai rôle de prévention par les postures à adopter pour éviter des douleurs lombosciatiques pendant la grossesse et le second rôle est celui de montrer des positions, des étirements pour soulager ces douleurs si celle si sont apparues avant la prévention par les séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

Il serait aussi intéressant de pouvoir sensibiliser les professionnels de santé prenant en charge les femmes enceintes des modalités de prise en charge des séances de kinésithérapie. En effet à partir du 6^{ème} mois, l'assurance maladie prend en charge à 100% les séances chez un kinésithérapeute. Cependant si ces séances sont prescrites avant le 6^{ème} mois, elles ne sont prises en charge qu'à 60%. Or cela arrive que les douleurs lombosciatiques arrivent avant le 6^{ème} mois et elles peuvent être prises en charge par des séances de kinésithérapie. Si cela est le cas, certaines mutuelles peuvent prendre en charge la partie non remboursée par l'assurance maladie. De plus, dans le cadre de la prévention des douleurs lombosciatiques, des séances de kinésithérapie peuvent être prescrites avant le 6^{ème} mois, il est donc important que les professionnels de santé connaissent ces modalités de remboursements et en informent leurs patientes pour qu'elles puissent aussi

se renseigner auprès de leurs mutuelles. De plus, il faut savoir que pour que les séances de kinésithérapie soient remboursées il faut que la prescription soit faite par un médecin.

Il en va de même pour les séances d'ostéopathie. Certaines mutuelles remboursent les séances d'ostéopathie, il faut donc que les professionnels de santé y soient sensibilisés pour qu'ils puissent en informer les femmes enceintes qui souhaiteraient y avoir recours.

Un des axes d'amélioration de la prise en charge des douleurs lombosciatiques seraient que les professionnels prenant en charge la femme enceinte soient sensibilisés sur toutes les possibilités existant pour soulager la sciatique et la lombalgie de grossesse. Ainsi ils pourraient mieux orienter les femmes enceintes pour les soulager. De plus, comme nous avons vu que la multiplicité des propositions de prise en charge n'influencait pas la satisfaction des femmes, il serait intéressant de pouvoir proposer la prise en charge la plus juste sans forcément toutes les citer aux patientes qui peuvent s'y perdre et se trouver submerger sous trop d'information.

Un projet d'action a été mis en place et consistait en la réalisation d'une affiche comportant quelques postures de prévention des douleurs lombosciatiques (Annexe VII).

Cette affiche pourrait être affichée dans les cabinets libéraux des professionnels de santé s'occupant des femmes enceintes (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, médecins traitant) ou bien au sein des hôpitaux, dans les salles de consultations de grossesse ou dans les salles de préparation à la naissance et à la parentalité.

Si les postures de cette affiche sont exhaustives et que nous savons qu'il existe beaucoup d'autres postures permettant d'étirer le dos, soulager les lombaires et la compression du nerf sciatique, elle peut être un point de départ de réflexion et encourager les professionnels à apposer ce genre de message dans leurs salles de consultations.

F. Conclusion

Nous savons que la grossesse est un état physiologique, mais qu'elle peut parfois s'accompagner de maux, appelés petits maux de grossesse.

La sciatique et les lombalgies font parties de ces maux, retrouvés chez beaucoup de femmes enceintes. Et même si ces douleurs sont liées aux modifications physiologiques de la grossesse (modifications hormonales et mécaniques), elles peuvent être très handicapantes dans la vie quotidienne des femmes enceintes. En effet parfois une sciatique ou une lombalgie de grossesse peut durer pendant toute la grossesse et être douloureuse pendant plusieurs mois

Dans ce mémoire, l'objectif principal était de connaître la satisfaction de la prise en charge des douleurs lombosciatiques chez les femmes enceintes en ayant souffert lors de leur grossesse.

Notre étude nous a permis d'avoir une note moyenne de cette satisfaction qui est de 3,46 et aussi de voir quelle prise en charge avait été efficace sur le long terme. Les plus efficaces au long terme selon notre étude étaient donc l'ostéopathie, l'acupuncture et la ceinture de grossesse.

Nous avons aussi pu voir que la plupart des femmes se voyaient proposer une prise en charge, qu'elle soit unique ou multiple, même si cette dernière pouvait avoir une efficacité limitée. Parmi ces prises en charge, les plus populaires parmi les femmes enceintes sont les mêmes que les prises en charge les plus efficaces, qui sont donc l'ostéopathie, l'acupuncture et la ceinture de grossesse.

G. Bibliographie

[1] Arrêté du 8 août 2016 fixant la liste des classes thérapeutique ou médicaments autorisés aux sages-femmes pour leur usage professionnel et leur prescription auprès des femmes, Code de la santé publique.

[2] Arrêté du 27 juin 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire, Code de la santé publique

[3] Article R.4127-318, Code de la santé publique (2012)

[4] Article R.4127-325, Code de la santé publique (2012)

[5] Barry C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie. Rapport Inserm [Internet]. 2012 [cité 25 mai 2019]. Disponible sur : https://www.researchgate.net/profile/Caroline_Barry2/publication/268349537_Evaluation_de_l'efficacite_de_la_pratique_de_l'osteopathie/links/55b62a3008aec0e5f436e4ba.pdf

[6] Battu C. Quels antalgiques pour soulager les lombalgies au cours de la grossesse ? Actualités Pharmaceutiques [Internet]. 2015 [cité le 27 mai 2019];54.

[7] Beaty, CM., Bhaktaram VJ, Rayburn WF, Parker MJ, Christensen HD, et Chandrasekaran K. Low backache during pregnancy. Acute hemodynamic effects of a lumbar support. The Journal of reproductive medicine [Internet] 1999 [cité le 28 mai 2019];44

[8] Beroud F. Les douleurs lombaires. Paris: Editorial Paris ; 2015

[9] Boillot E. L'ostéopathie et les petits maux de la grossesse. Collège National des Sages-femmes de France [Internet]. 2012 [cité le 26 mai 2019] ; 25. Disponible sur : <https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2017/11/cnsf-dossiers-thematiques-2012-sage-femme-et-petits-maux-de-la-grossesse-autre-regard-autres-pratiques.pdf>

[10] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2005;513.

[11] Elden H, Ladfors L, Fagevik Olsen M, Ostgaard HC, et Hagberg H. Effects of acupuncture and stabilising exercises as adjunct to standard treatment in pregnant women with pelvic girdle pain: randomised single blind controlled trial. BMJ [Internet]. 2005 [cité le 29 mai 2019] ; 330. Disponible sur : <https://www.bmj.com/content/330/7494/761.full>

[12] Fouquet B, Borie MJ, et Pellieux S. Rachis lombaire et grossesse. Revue de rhumatisme. 2005;72(8) :707-714

[13] Licciardone JC, Buchanan S, Kendi LH, King HH, Fulda KG, et Scott TS. Osteopathic manipulative treatment of back pain and related symptoms during pregnancy: a randomized controlled trial. American Journal of Obstetrics and Gynecology [Internet]. 2010 {cité le 27 mai 2019} ;202. Disonible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937809008436>

[14] Mogren IM., et Pohjanen AI. Low Back Pain and Pelvic Pain During Pregnancy: Prevalence and Risk Factors. Spine [Internet]. 2005 [cité le 28 mai 2019] ; 30. Disponible sur : https://journals.lww.com/spinejournal/Abstract/2005/04150/Low_Back_Pain_and_Pelvic_Pain_During_Pregnancy_.22.aspx

[15] Netgen. Atteintes nerf-muscle de la grossesse et du post-partum. [Internet] Revue Médicale Suisse. 2002 [cité le 1 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2002/RMS-2390/22141>

[16] Ostgaard HC., Zetherström G, Roos-Hansson E, et Svanberg B. Reduction of back and posterior pelvic pain in pregnancy. Spine [Internet]. 1994 {cité le 26 mai 2019} ; 19. Disponible sur : https://journals.lww.com/spinejournal/Abstract/2005/04150/Low_Back_Pain_and_Pelvic_Pain_During_Pregnancy_.22.aspx

[17] Pelletier Lambert A. Du respect au bon usage des points interdits pendant la grossesse. *Acupuncture & Moxibustion*. 2013 ; 12 : 61–63

[18] Rempp C. Lombalgies et lombosciatalgies de la femme enceinte : à propos de 150 cas. *Acupuncture et Moxibustion*. 2005 ; 4 : 298

[19] Rolin M. Sciatalgie et grossesse [Internet]. [Mémoire]. [Lille] : Université de Lorraine ; 2014 [cité le 22 mai 2019]. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2014_ROLIN_MARINE.pdf

[20] Smith CA, et Cochrane S. Does Acupuncture Have a Place as an Adjunct Treatment During Pregnancy? A Review of Randomized Controlled Trials and Systematic Reviews. *Birth* [Internet]. 2009 [cité le 28mai 2019] ; 36. Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1523-536X.2009.00329.x>

[21] Sueur G. L'ostéopathie, la santé au bout des mains. Paris: Jacques Gancher ; 1992

[22] Thoulon J-M. Petits maux de la grossesse. *EMC-Obstétrique* [Internet]. 2011 [cité le 25 mai 2019] ;5-012-A-20 (2011): 1-9. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1762614505000120>

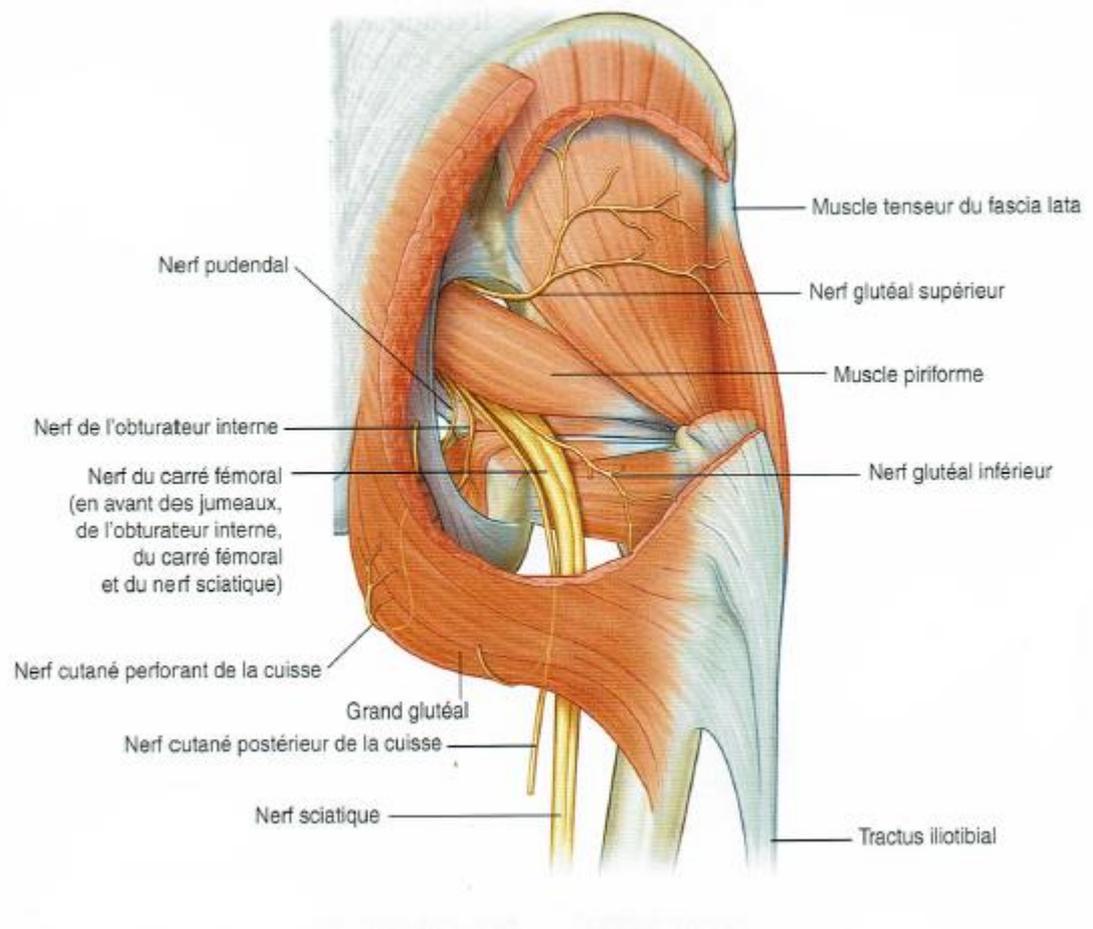
[23] Wang S-M, Dezinno P, Maranets I, Berman MR, Caldwell-Andrews AA, et Kain ZN. Low Back Pain During Pregnancy: Prevalence, Risk Factors, and Outcomes. *Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 2004 [cité le 29 mai 2019] ; 104. Disponible sur : https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2004/07000/Low_Back_Pain_During_Pregnancy_Prevalence_Risk.11.aspx

[24] Waynberger S, Potin J, Chevillot M, et Perrotin F. Physiologie de l'appareil locomoteur au cours de la grossesse : Le syndrome douloureux pelvien de la grossesse. *Revue de rhumatisme*. 2005 ;72 :681-685

- [25] Wedenberg K, Moen B, et Norling A. A prospective randomized study comparing acupuncture with physiotherapy for low-back and pelvic pain in pregnancy. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* [Internet]. 2000 [Cité le 28 mai 2019] ; 79. Disponible sur : <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1034/j.1600-0412.2000.079005331.x>
- [26] Di Marino V, Francke J-P, Santini J-J. *Kamina, Anatomie clinique, tome 1, Anatomie générale et Membres*. Paris : Editions Maloine ; 2009.
- [27] Barry C, Seegers V, Guegen J, Hassler C, Ali A, Falissard B. Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture. Rapport Inserm [Internet]. 2014 [cité le 26 mai 2019] ; 17. Disponible sur : <http://lishan.fr/wp-content/uploads/2016/09/Acupuncture.pdf>
- [28] De Mas Latrie B. *Acupuncture et douleurs lombo-pelviennes pendant la grossesse* [Internet] [Mémoire]. [Paris] : Université Paris Descartes ; 2012 [cité le 25 juin 2019]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00726069/document>
- [29] Woodward L. *En forme pendant et après la grossesse*. Paris. Leduc Edition ; 2015.
- [30] Rocher C. *Homéopathie, La femme enceinte*. Paris. Marabout ; 2003.
- [31] Dubocquet K. *Ostéopathie d'Andrew Taylor Still et ostéopathie contemporaine* [Internet] [Mémoire]. [Gennevilliers] : Collège ostéopathique Sutherland ; 2010 [cité le 25 avril 2020]. Disponible sur : https://approche-tissulaire.fr/images/stories/fichiers_pdf/Memoires/memoire_Dubocquet.pdf.
- [32] Haute Autorité de santé (HAS). *Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé*. has-santé.fr. 2005 [cité 11 mai 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf.

H. Annexes

Annexe I



Annexe II



Annexe III



Annexe IV



Questionnaire : étude de satisfaction de la prise en charge des douleurs lombo-sciatique de la grossesse

1) Quel est votre âge ?

2) Quel est votre catégorie socioprofessionnelle ?

- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant et chef d'entreprise
- Cadre et profession intellectuelle supérieure
- Profession intermédiaire
- Employé
- Ouvrier
- Autre :

3) Aviez-vous une activité sportive avant votre grossesse ?

- Oui
- Non

Si oui, laquelle :

Si oui, l'avez-vous pratiqué pendant votre grossesse ?

- Oui
- Non

4) Combien avez-vous d'enfant ?

5) Pendant votre grossesse, quel a été votre suivi ?

- Obstétricien hospitalier
- Obstétricien libéral
- Sage-femme hospitalière
- Sage-femme libérale
- Autre :

6) Pendant votre grossesse, avez-vous reçu une information de prévention sur la sciatique et les lombalgies pendant la grossesse (posture, port de charges lourdes, étirements) ?

- Oui
- Non

Si oui, par qui :

- Gynécologue-obstétricien
- Sage-femme
- Médecin généraliste
- Internet (réseaux sociaux, forums, ...)
- Autre :

Si oui, quels ont été les conseils de prévention qui vous ont été transmis :

Sur une échelle de 1 à 5, à quel point avez-vous été satisfaite de ces informations

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

7) Avez-vous, pendant votre grossesse, souffert d'une sciatique (point douloureux dans la fesse, pouvant irradier dans la cuisse, la jambe et le pied) ?

- Oui
- Non

Si oui, la douleur est apparue :

- Au 1^{er} trimestre
- Au 2^{ème} trimestre
- Au 3^{ème} trimestre

Si oui, la douleur était-elle responsable

- D'une gêne pour marcher
- D'une gêne pour rester assise
- D'une gêne pour dormir
- Autre :

8) Avez-vous, pendant votre grossesse, souffert de lombalgie (douleur en barre dans le bas du dos) ?

- Oui
- Non

Si oui, la douleur est apparue :

- Au 1^{er} trimestre
- Au 2^{ème} trimestre
- Au 3^{ème} trimestre

Si oui, la douleur était-elle responsable

- D'une gêne pour marcher
- D'une gêne pour rester assise
- D'une gêne pour dormir
- Autre :

9) Si vous avez souffert d'une sciatique ou d'une lombalgie pendant cette grossesse, en avez-vous parlé pendant vos consultations ?

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ?

10) Si vous avez souffert d'une sciatique ou d'une lombalgie pendant cette grossesse, était-ce le cas pour une précédente grossesse ?

- Oui
- Non

11) Que vous a-t-on proposé ?

- Médicaments
 - Si oui lesquels :
- Ceinture de grossesse
- Kinésithérapie
- Ostéopathie
- Acupuncture
- Rien
- Autre

Qui vous l'a proposé

- Gynécologue/obstétricien
- Sage-femme libérale
- Sage-femme hospitalière
- Médecin généraliste
- Internet (réseaux sociaux, forums, ...)
- Autre

Sur une échelle de 1 à 5, à quel point avez-vous été satisfaite des propositions

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

12) Vers quoi vous êtes-vous finalement orienté pour prendre en charge votre sciatique et/ou lombalgie ?

- Médicaments
 - Si oui lesquels :
 - Cela vous a t'ils apporté un soulagement :
 - A court terme
 - A long terme
- Ceinture de grossesse
 - Cela vous a t'ils apporté un soulagement :
 - A court terme
 - A long terme
- Kinésithérapie
 - Cela vous a t'ils apporté un soulagement :
 - A court terme
 - A long terme
- Ostéopathie
 - Cela vous a t'ils apporté un soulagement :
 - A court terme
 - A long terme
- Acupuncture
 - Cela vous a t'ils apporté un soulagement :
 - A court terme
 - A long terme
- Rien
- Autre

13) Vous a-t-on donné des conseils lors de votre prise en charge ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquels

- Posture
- Gymnastique
- Etirement
- Sport
- Autre :

14) Cette prise en charge a permis ?

- Une disparition des douleurs
- Une diminution des douleurs
- Une amélioration de votre qualité de vie
- N'a eu que peu d'effet
- N'a pas eu d'effet

15) Sur une échelle de 1 à 5, à quel point avez-vous été satisfaite de cette prise en charge ?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

LETTRE D'INFORMATION

Etude de satisfaction de la prise en charge des douleurs lombo- sciatiques de grossesse

Investigateurs :

- PITELET Léa, étudiant(e) sage-femme à Clermont-Ferrand
- sous la direction de Mme COUDERT Coralie

Madame,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude appelée « Etude de satisfaction des douleurs lombo-sciatiques de la grossesse ».

Une étude sur la satisfaction des douleurs lombo-sciatiques de la grossesse est engagée au sein du Puy-de-Dôme. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité d'un directeur de mémoire.

1. Pourquoi cette étude

La grossesse est un état physiologie, mais qui peut parfois s'accompagner de petits « maux », appelé « maux de grossesse ».

La sciatique et les lombalgies font parties de ces « maux », retrouvés chez beaucoup de femmes enceintes.

Plusieurs solutions sont possibles pour prendre en charges ces douleurs (paracétamol, ceinture de grossesse, acupuncture, ostéopathie).

2. L'étude en pratique

Après avoir reçu l'information par votre sage-femme et donné votre consentement, un auto-questionnaire vous sera donné lors de votre séjour en maternité après votre accouchement.

3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles (si recueillies) seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

- Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et de la loi

Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait (aucune modification de prise en charge).

Conformément au RGPD et à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite e

5. Obtention d'informations complémentaires :

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires.

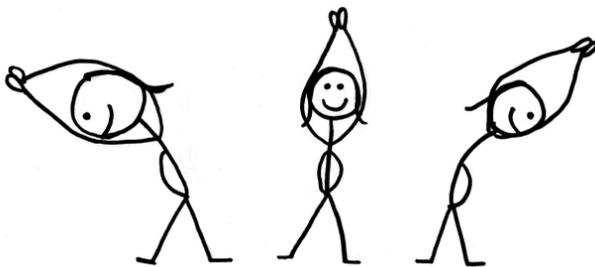
Exercices de prévention de la sciatique et la lombalgie de grossesse

A réaliser 1 à 2 fois par jour !

Associé à la respiration

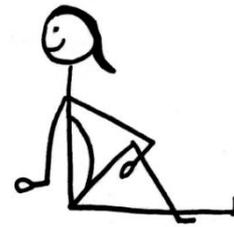
Tenir les étirements 10 à 20 secondes

Posture debout



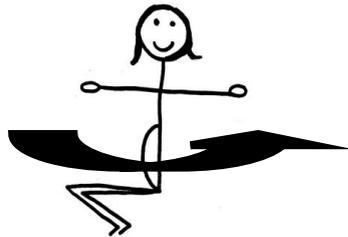
Se grandir
Mouvements de flexion sur le côté

Posture assise



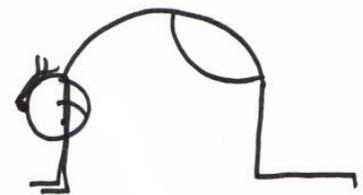
Jambe gauche tendue et jambe droite pliée, pied droit à l'extérieur du genou gauche
Placer son bras gauche sur jambe droite Se grandir et regarder vers la droite et l'arrière
Inversez

Posture allongée



Se mettre sur un côté jambes fléchies
Ouvrir le bras sur le côté opposé

Posture à 4 pattes



Sans bouger mains et genoux, bomber le dos comme pour toucher le plafond et redescendez lentement.

Bien soulever des objets



Utiliser les cuisses
Protège le dos (à utiliser enceinte ou non)

Résumé

La grossesse est un état physiologique, mais qui peut parfois s'accompagner de maux, appelés petits maux de grossesse. La sciatique et les lombalgies font parties des petits maux de grossesse, retrouvés chez beaucoup de femmes enceintes. Ces douleurs peuvent être très handicapantes et invalidantes pour la femme enceinte et la sage-femme dispose de plusieurs solutions pour prendre en charge ces douleurs (paracétamol, ceinture de grossesse, acupuncture, ostéopathie).

L'objectif principal de cette étude est de connaître la satisfaction des femmes lors de la prise en charge des douleurs lombosciatiques durant leur grossesse.

L'étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale s'est déroulée dans un centre hospitalier de type III de la région Auvergne Rhône-Alpes et le critère de jugement principal est le niveau de satisfaction de la femme au cours de sa prise en charge. Sur une population de 108 femmes interrogées, la note moyenne de la satisfaction globale de la prise en charge était de 3,46 sur 5 au travers de diverses prises en charge comme la ceinture de grossesse, l'ostéopathie, la kinésithérapie ou l'acupuncture.

Mots-clés utilisés : grossesse, sciatique, lombalgie, douleurs pelviennes, acupuncture, ostéopathie.

Bases de données utilisées : Google scholar, PubMed, EM Preinium, Cochrane Library, Cismef.

Abstract

Pregnancy is a physiological condition, but it can sometimes be accompanied by pains, called little pregnancy pains. Sciatica and low back pain are among the little pregnancy pains found in many pregnant women. These pains can be very disabling and invalid for the pregnant woman and the midwife have several remedies are possible to manage these pains (paracetamol, pregnancy belt, acupuncture, osteopathy).

The main objective of this study is to know the satisfaction of women when taking care of low back pain during their pregnancy.

The cross-sectional descriptive observational epidemiological study was carried out in a level III hospital in the Auvergne Rhône-Alpes region and the main judgment criterion is the level of satisfaction of the woman during her treatment. On a population of 108 women interviewed, the average score of the overall satisfaction of the laden price was 3.46 out of 5 through various treatments such as the pregnancy belt, osteopathy, physiotherapy or acupuncture.

Keywords: pregnancy, lower back pain, pelvic girdle syndrome, osteopathy, acupuncture.