



HAL
open science

Traitements des douleurs osseuses, musculaires et ligamentaires dans le post-partum

Emilie Ancel

► **To cite this version:**

Emilie Ancel. Traitements des douleurs osseuses, musculaires et ligamentaires dans le post-partum. Médecine humaine et pathologie. 2009. hal-01890803

HAL Id: hal-01890803

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01890803>

Submitted on 9 Oct 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes de Metz

*Traitements des douleurs osseuses, musculaires et
ligamentaires dans le post-partum*

Mémoire présenté et soutenu par :
Emilie ANCEL
Née le 26 avril 1985

Promotion 2005-2009

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur

REMERCIEMENTS

Je remercie toutes les personnes qui m'ont aidé dans l'élaboration de mon mémoire de fin d'études et particulièrement :

- ❖ *Madame PRETO Monique,
Sage-femme D.E., et directrice du mémoire,*

- ❖ *Mme PEIGNE MATHIEU Brigitte,
Ostéopathe D.O.*

Je remercie également toutes les femmes qui ont accepté de participer à mon enquête.

Enfin, je remercie tout particulièrement ma famille pour sa présence et son soutien tout au long de ma formation.

SOMMAIRE

Remerciements	3
Sommaire	4
Introduction	6
Première Partie : Cadre de la recherche.....	7
1. Bassin et accouchement	8
1.1. Ossature du bassin	8
1.1.1. Pendant la grossesse.....	9
1.1.2. A l'accouchement.....	10
1.2. Les muscles du bassin	12
1.2.1. Rôle des muscles	13
1.2.2. Incidence de la grossesse sur les muscles	13
1.3. Viscères et ligaments du bassin	14
1.3.1. La vessie.....	14
1.3.2. L'utérus	14
1.3.3. Le rectum	15
1.4. Modifications physiologiques	16
1.4.1. Pendant la grossesse :.....	16
1.4.2. Après l'accouchement :	16
1.4.3. Rôle du système lymphatique	17
2. La douleur.....	18
2.1. Définition	18
2.2. Physiopathologie	19
2.2.1. Différents types de douleurs :	19
2.2.2. La transmission de la douleur par stimulation nociceptive.....	19
2.2.3. Mécanisme de régulation de la douleur	21
2.3. Méthodes d'évaluation de la douleur	22
2.3.1. Echelles unidimensionnelles	22
2.3.2. Echelles pluridimensionnelles.....	23
3. Modalités de traitement des douleurs osseuses, musculaires et ligamentaires (OML) dans le post-partum	24
3.1. Moyens médicamenteux : les antalgiques	24
3.2. Moyens non médicamenteux.....	24
3.2.1. L'ostéopathie	24
3.2.2. L'homéopathie	27
3.2.3. L'acupuncture	28
3.2.4. Les méthodes physiques	29
3.3. Soins traditionnels dans le monde.....	30

Deuxième Partie : Etude auprès des accouchées.....	32
1. Présentation de l'étude	33
1.1. Objectifs et hypothèses	33
1.2. Méthodologie de l'enquête.....	33
2. Présentation des résultats	35
2.1. Pré-requis	35
2.1.1. Population générale.....	35
2.1.2. Activité de l'ostéopathe :	37
2.2. Renseignement généraux	37
2.3. Antécédents et déroulement grossesse.....	38
2.4. Déroulement du travail et de l'accouchement.....	40
2.5. Les douleurs OML dans le post-partum.....	44
2.5.1. Douleurs de bassin	44
2.5.2. Douleurs de dos.....	47
2.5.3. Douleur au point de ponction de péridurale.....	48
2.5.4. Evolution de toutes les douleurs OML du post-partum	51
2.5.5. Ostéopathie : accès initial ?.....	52
Troisième Partie : Analyse, discussions et propositions	53
1. Analyse de l'enquête et discussions	54
2. Propositions	60
2.1. Ostéopathie en maternité ?.....	60
2.2. Rôle de la sage-femme dans les douleurs OML.....	62
Conclusion.....	67
Bibliographie	68
Annexe 1.....	I
Annexe 2.....	III
Annexe 3.....	IX
Annexe 4.....	XI
Annexe 5.....	XIII
Annexe 6.....	XIV
Annexe 7.....	XV

Introduction

La prise en charge de la douleur est un véritable enjeu de santé publique. Reconnu comme un droit fondamental de toute personne, par la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002, le soulagement de la douleur s'inscrit parmi les objectifs à atteindre ces prochaines années....

Dans le post-partum, il existe différents types de douleurs. Le personnel médical et paramédical est plus sensibilisé qu'avant à ce problème et met en œuvre différents moyens afin de soulager les accouchées.

Cependant, en tant qu'élève sage-femme, j'ai pu constater que le personnel soignant était peu sensibilisé aux douleurs osseuses, musculaires et ligamentaires, celles-ci étant souvent considérées comme « normales » après un accouchement. Pourtant selon les dires des patientes, elles sont assez douloureuses et la réponse thérapeutique ne semble pas suffisante.

Le constat de ces douleurs m'a interpellé. Comment optimiser cette prise en charge pour les patientes en services de suites de couches ? Aussi, j'ai envisagé l'ostéopathie comme complément à la médication actuelle.

La première partie de mon travail permettra de comprendre l'origine des douleurs osseuses, musculaires et ligamentaires (OML) dans le post-partum. La physiopathologie de la douleur sera expliquée. Seront également abordés les différents moyens thérapeutiques existants, à l'heure actuelle, pour les douleurs OML.

La seconde partie présentera le contenu des entretiens réalisés auprès des accouchées. Différentes douleurs OML dans le post-partum seront identifiées et deux types de traitements seront comparés : la médication actuelle seule et l'ostéopathie associée à cette même médication. Des facteurs d'influence à ces douleurs seront mis en évidence, permettant des propositions d'actions préventives.

La dernière partie résultera d'une analyse des données de l'enquête associée à une réflexion personnelle, afin d'envisager une prise en charge adaptée.

Première Partie :

CADRE DE LA RECHERCHE

1. BASSIN ET ACCOUCHEMENT

Le périnée correspond à la région du corps qui se trouve au niveau de la partie basse du tronc, formant le fond du bassin. Il est composé par des muscles, des ligaments et aponévroses, des nerfs, des vaisseaux, des viscères, des orifices et des corps érectiles. Il s'attache sur un cadre osseux : le bassin.

1.1. Ossature du bassin [1],[2],[3],[4],[5]

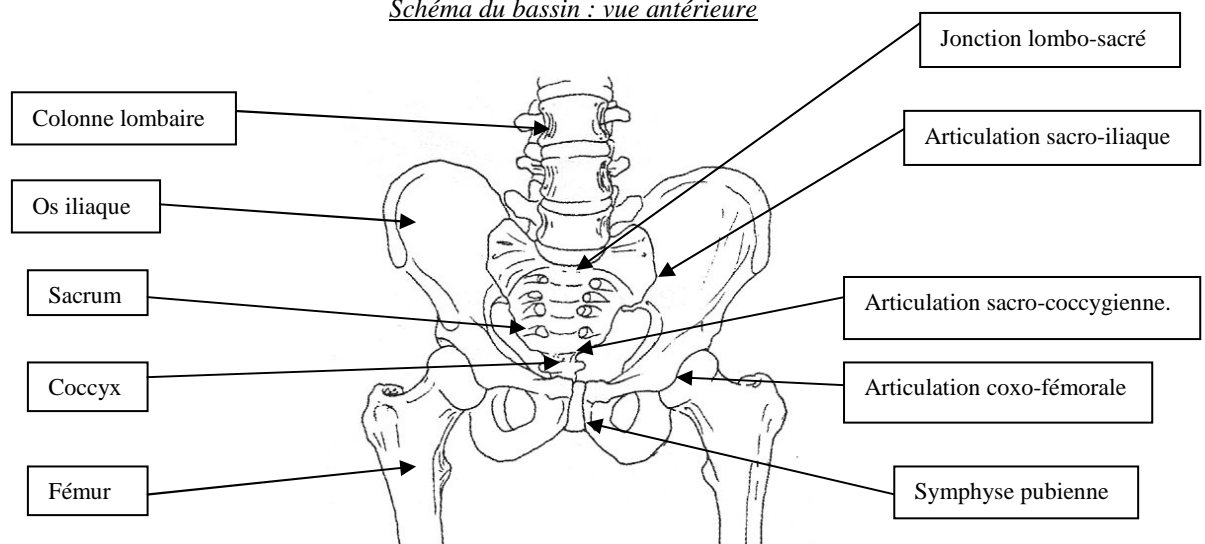
Le bassin est la ceinture osseuse du périnée, et va assurer sa stabilité.

D'une part, il s'articule avec **la colonne lombaire** par le sacrum : c'est *la jonction lombo-sacrée (L5-S1)*. Elle est renforcée par des ligaments (L. supra-épineux, L. longitudinal, L. ilio-lombaire).

D'autre part, il s'articule avec **le fémur** par l'os iliaque au niveau du cotyle : c'est *l'articulation coxo-fémorale*.

Il a été modelé dans les premières années de la vie par la pression du poids de la partie supérieure du corps transmise par le rachis, et par la contre pression venue du sol transmise par les fémurs.

Schéma du bassin : vue antérieure



Il est formé de 4 os :

- **deux os iliaques** : l'os iliaque correspond à la fusion de trois os primitifs : l'ilion, l'ischion et le pubis qui se réunissent par un cartilage centré sur le cotyle. *La symphyse pubienne* est formée par la réunion des 2 pubis.

- **un sacrum** : composé de 5 os solidaires. Il est relié à l'os iliaque par l'*articulation sacro-iliaque*.
- **un coccyx** : composé de 3 à 5 os soudés. Il s'articule avec le sacrum par l'*articulation sacro-coccygienne*.

Les os sont renforcés par différents ligaments :



- *Ligaments sacro-épineux (vert)*
- *Ligaments sacro-tubéraux (orange)*
- *Ligaments sacro-iliaques (bleu)*
- *Ligaments sacro-coccygiens (violet)*

Les os du bassin sont donc unis par des articulations très rigides, ne permettant que des mouvements limités.

1.1.1. Pendant la grossesse

Il se produit une forte imprégnation hormonale de progestérone et de HCG qui donne une hyperlaxité aux ligaments, avec une augmentation des amplitudes de mouvements des os (écartement, glissement).

Des mouvements au niveau des vertèbres et du bassin sont possibles :

- les vertèbres lombaires bougent entre elles, creusant la région lombaire en arrière (mouvement de **lordose**), ou effaçant plus ou moins ce creux (mouvement de **délordose**).
- les os iliaques peuvent se mouvoir autour des têtes fémorales, permettant la « bascule » du bassin. L'épine iliaque antéro-supérieure sert de repère et va indiquer le sens de bascule : si elle part en avant, le bassin fait une **antéversion** ; si elle part en arrière, le bassin fait une **rétroversion**.

Mouvements du bassin :



Antéversion et Lordose



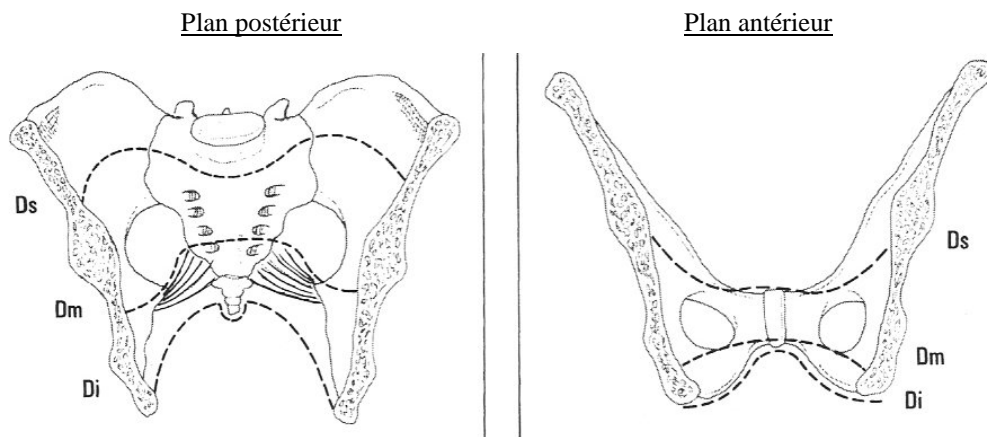
Rétroversion et Délordose

Ces mouvements ont un intérêt certain puisqu'ils vont mobiliser la région basse de l'abdomen, y amenant une activation de la circulation.

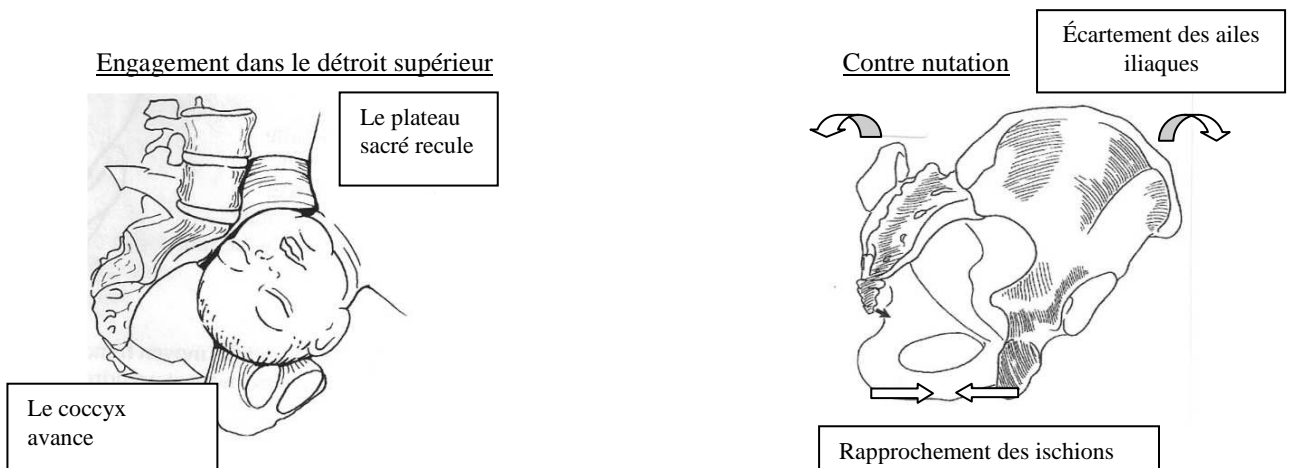
Antéversion et lordose vont s'accroître pendant la grossesse du fait du poids de l'enfant et de la souplesse des articulations. L'hyperlaxité ligamentaire peut être à l'origine de désordre ostéo-articulaire. Elle peut intéresser les vertèbres lombaires, les articulations sacro-iliaques ou la symphyse pubienne, générant ainsi une déstabilisation de la marche, des souffrances articulaires lombo-pelviennes (syndrome de LACOMME), ou des sciatalgies.

1.1.2. A l'accouchement

La tête du fœtus doit franchir le bassin maternel en passant par trois détroits : un détroit supérieur (Ds), un détroit moyen (Dm), et un détroit inférieur (Di).



Le détroit supérieur est le premier passage osseux pour le fœtus, qui s'engage dans le bassin. Pour passer le détroit supérieur, la tête fœtale effectue une première rotation dans un des diamètres obliques. Il se produit le **mouvement de contre-nutation**, qui permet d'agrandir le détroit supérieur en mobilisant le sacrum et les os iliaques.

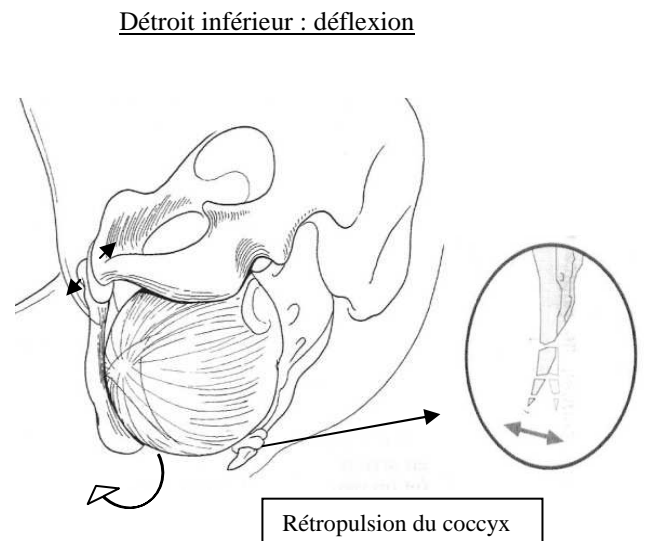
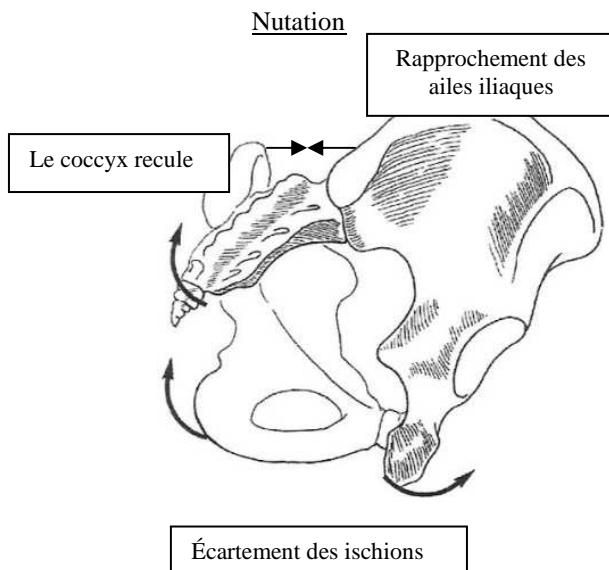


Puis la tête fœtale descend dans le bassin et pénètre dans le *détroit moyen* où s'effectue une deuxième rotation. Elle rencontre alors les muscles profonds du plancher pelvien. A ce niveau, entre les épines sciatiques, l'excavation est plus étroite : la tête se tourne d'un quart de tour pour placer sa face vers le sacrum, puis se fléchit.

Détroit moyen : rotation et flexion



Enfin, la tête atteint le *détroit inférieur*. C'est la phase dite d'expulsion, la tête fœtale va se défléchir pour effectuer sa sortie. Il va se produire le **mouvement de nutation** (inverse du mouvement de contre-nutation), de **rétropulsion du coccyx**, ainsi qu'un léger **mouvement de glissement et d'écartement de la symphyse pubienne**. L'ensemble de ces mouvements vont permettre d'élargir le détroit inférieur.



1.2. Les muscles du bassin [1],[6]

Le périnée est composé de différents muscles qui vont se contracter et se faire étirer de manière excessive lors de l'accouchement.

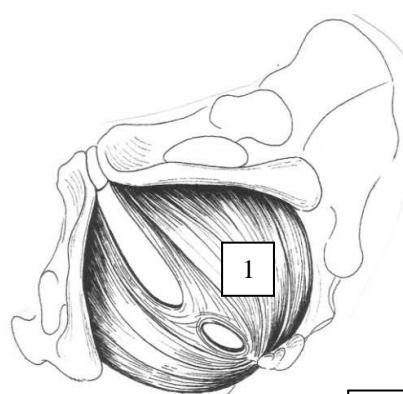
Ces muscles s'insèrent sur la face interne du petit bassin, au niveau du pourtour du détroit moyen (plan profond) et du détroit inférieur (plan moyen et superficiel).

Ils s'entrecroisent, entourent les trois orifices (urètre, vagin, anus), et se fixent sur un tissu fibro-conjonctif appelé Noyau Fibreux Central du Périnée (NFCP) situé entre le vagin et le rectum.

Positionné en trois plans : superficiel, moyen et profond, cet ensemble est séparé par des membranes fibreuses conjonctives, les aponévroses. Sous le feuillet de l'aponévrose périnéale moyenne sont fixés les corps érectiles : corps caverneux, clitoris, bulbes vestibulaires, glandes de Bartholin.

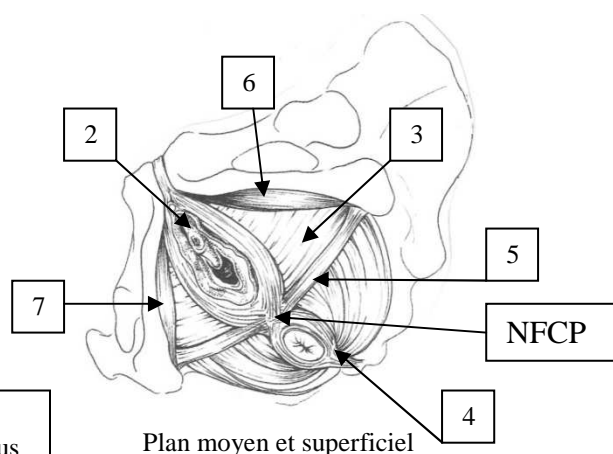
Muscles et localisation :

	PUBIS	Urètre	Vagin	NFCP	Rectum	COCCYX
Plan profond	<i>Aponévrose périnéale profonde</i>					
	Muscles releveurs de l'anus (1)					
Plan moyen	<i>Aponévrose périnéale moyenne</i>					
	Sphincter externe de l'urètre (2)		M. Transverses profonds (3)		Sphincter externe de l'anus (4)	
Plan superficiel	M. Bulbo-caverneux (6)		M. Transverses superficiels (5)			
	M. Ischio-caverneux (7)		M. Transverses superficiels (5)			
<i>Aponévrose périnéale superficielle et peau</i>						



Plan profond

Bassin,
Vu du dessous



Plan moyen et superficiel

1.2.1. Rôle des muscles

Le plan profond

Il comprend les muscles de « l'étage haut » et est situé au plus près des viscères.

Il forme un « hamac », aussi appelé diaphragme pelvien, qui **soutient tous les organes pelviens**. Il répond aux variations de pression de l'abdomen, de manière passive (élastique) et active (tonique).

Les releveurs de l'anus interviennent particulièrement dans la statique pelvienne et la physiologie du rectum. Quant aux ischio-coccygiens, ils s'opposent à la rétropulsion du coccyx.

L'insertion des releveurs de l'anus forme une échancrure, laissant une zone libre (sans muscle) appelée *fente uro-génitale* correspondant à l'emplacement vessie/urètre et utérus/vagin. C'est un lieu large de passage pour l'accouchement et un lieu de faiblesse pour le soutien viscéral (facteur de prolapsus ou d'incontinence).

Les plans moyen et superficiel

Ils contiennent les muscles de « l'étage bas ». Les muscles entourant l'urètre et l'anus ont un **rôle de sphincter** (contrôle volontaire de la continence miction/défécation), les autres, un **rôle de renfort périnéal**.

Le Noyau Fibreux Central du Périnée va quant à lui être « un point fort » pour la résistance de l'ensemble musculaire.

Les aponévroses vont assurer une architecture servant de support aux tissus nerveux et liquidiens, une surface de glissement entre les différentes structures, et le contrôle de la mobilité des organes.

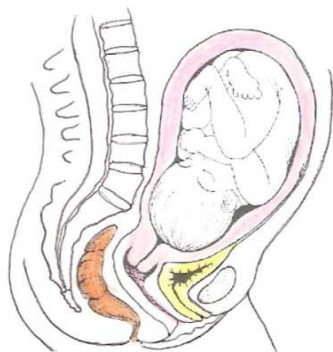
1.2.2. Incidence de la grossesse sur les muscles

Du fait du changement hormonal, le tissu conjonctif des muscles dans son ensemble est momentanément moins résistant. A cela s'ajoute le poids croissant de l'utérus gravide, qui appuie sur le « plancher » pelvien, le fragilisant.

1.3. Viscères et ligaments du bassin [1],[3]

La vessie, l'utérus, et le rectum sont imbriqués les uns dans les autres, assurant leur stabilité. Ils sont suspendus et cloisonnés par le péritoine, des ligaments et des bandes fibreuses, et sont soutenus par les muscles du plancher pelvien.

Viscères : coupe de profil



- Vessie (jaune)
- Utérus – Vagin (rose)
- Rectum (marron)

1.3.1. La vessie

C'est une poche membraneuse et musculaire dans laquelle l'urine s'accumule entre les mictions. L'urètre permet l'évacuation de l'urine.

Pendant la grossesse : l'utérus crée une pression sur la vessie les trois derniers mois, entraînant une élongation de l'urètre et de son sphincter.

A l'accouchement : la vessie et l'urètre se laissent comprimer lors de la descente du bébé, et le sphincter de l'urètre s'étire pendant l'expulsion.

Il est donc important de vérifier le volume du globe vésical de la parturiente avant la phase d'expulsion, afin de ne pas gêner la progression du bébé, et d'éviter une lésion trop importante de l'urètre et de son sphincter, souvent facteur d'incontinence.

1.3.2. L'utérus

L'utérus est un sac musculaire creux, dont la muqueuse interne très vascularisée permet l'implantation et le développement de l'œuf.

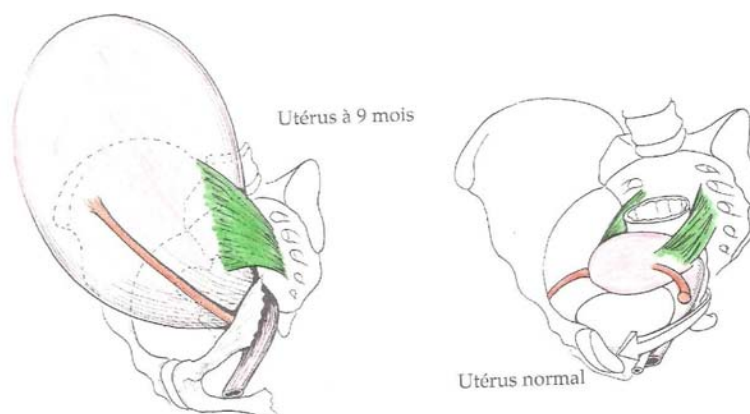
Il est soutenu par :

- le vagin (« mât de soutien »)
- des plans d'adhérence et de soutien (fascia de Halban, aponévroses)

- des ligaments :
 - en avant par **les ligaments ronds**, s'attachant au pubis,
 - latéralement par le **ligament large**,
 - en arrière par les **ligaments utéro-sacrés**, s'attachant au sacrum.
- le plancher musculaire.

Pendant la grossesse : l'utérus va d'abord s'épaissir puis s'étirer progressivement, s'adaptant à la taille croissante du fœtus. Les ligaments qui suspendent l'utérus, en particulier les ligaments ronds (*rouge*) et utéro-sacrés (*vert*), vont s'étirer considérablement et changer d'orientation.

Remarque : un utérus rétroversé entraîne un étirement plus important des ligaments pouvant générer des douleurs importantes.



A l'accouchement : l'utérus va se contracter de multiples fois, assurant la dilatation du col et l'expulsion de l'enfant. Le vagin, quant à lui, va se déplisser et se distendre.

Après l'accouchement : l'utérus se rétracte : durant les douze premiers jours, il est abdominal, puis il devient pelvien. En six semaines, il retrouve sa taille normale et sa position antéversée.

1.3.3. Le rectum

C'est la dernière partie du gros intestin, juste avant l'orifice terminal : l'anus.

Il n'est pas modifié par la grossesse mais peut être distendu lors de l'expulsion.

1.4. Modifications physiologiques [3],[7]

1.4.1. Pendant la grossesse :

La grossesse est une phase d'**anabolisme, de construction et de stockage**.

Différentes fonctions sont bouleversées :

- *fonction digestive* : la consommation alimentaire augmente, la fonction gastrique diminue, et la constipation est fréquente.
- *fonction pulmonaire* : le débit ventilatoire augmente de 40 %, la consommation d'oxygène augmente de 15 %.
- *fonction cardio-vasculaire* : le cœur est refoulé vers le haut, le débit cardiaque passe de 4,5 L/mn à 6 L/mn à terme, et la fréquence cardiaque augmente légèrement.
- *fonction rénale* : les bassinets se dilatent, la filtration glomérulaire augmente de 50 %
- *prise de poids* : de 20 à 24 %
- *métabolisme eau / sodium* : il y a une rétention physiologique du sodium, une augmentation importante du volume hydrique allant de 6 à 8 L.
- *sang* : le volume sanguin augmente de 34 %, le volume plasmatique augmente de 40 % et le volume globulaire augmente de 24 %. En revanche le taux d'hémoglobine et d'hématocrite baisse.
- *les hormones* : elles jouent un rôle important dans le métabolisme de la grossesse en influençant les différentes fonctions du corps.

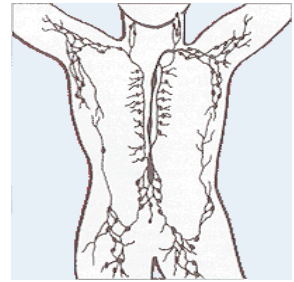
1.4.2. Après l'accouchement :

La femme a fourni un énorme travail. La période des suites de couches est une phase de **catabolisme** : il faut détruire et éliminer tout ce qui a été fabriqué et stocké pour la grossesse. La femme a besoin de beaucoup d'énergie, de repos, de chaleur et de drainage pour retrouver son équilibre durant les semaines à venir.

1.4.3. Rôle du système lymphatique

Le système lymphatique est constitué de l'ensemble fonctionnel des *vaisseaux lymphatiques*, des *ganglions lymphatiques*, des *tissus lymphoïdes* associés aux muqueuses, de la *moelle osseuse*, ainsi que des organes tels que la *rate* et le *thymus* qui permettent le renouvellement de la lymphe

Système lymphatique humain



Ses rôles essentiels sont :

- la circulation des anticorps et des macrophages pour permettre l'activation de la réponse immunitaire spécifique et le processus de cicatrisation.
- la nutrition, le transport des protéines et l'élimination cellulaire.

A l'exception du cerveau, le corps dispose de réseaux de vaisseaux lymphatiques parallèles aux veines, et de ganglions. La circulation de la lymphe résulte des mouvements du corps, des contractions des muscles, et des contractions des fibres lisses des parois des vaisseaux lymphatiques. Au niveau du cœur, elle rejoint la circulation sanguine par le canal thoracique et se jette dans la veine sous-clavière gauche.

La lymphe se charge d'une partie des déchets de l'activité cellulaire, qui sont évacués lors du passage dans les ganglions.

Le fait d'être dans une immobilité prolongée entrave le drainage de la lymphe et provoque des œdèmes.

Le traitement du système lymphatique passe par le traitement des fascias.

2. LA DOULEUR

2.1. Définition [8],[10]

L'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) définit ainsi la douleur :
« *La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire réel ou virtuel ou décrit en terme d'un tel dommage* ».

Est douleur tout ce qui est décrit comme telle. Toute approche de la douleur de l'autre passe par la communication. La douleur est donc en partie subjective.

La douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique, altère la qualité de vie et peut modifier l'état général, comme le désir de vie du sujet.

Elle rassemble différentes composantes :

- ✓ **émotionnelle** : elle résulte de l'intégration psychique, des références aux expériences antérieures, de la compréhension, des croyances, Elle affecte toute perception douloureuse d'un caractère désagréable.
- ✓ **sensorielle** : elle correspond à notre capacité d'analyser la nature, la localisation, l'intensité et la durée du stimulus. Elle est inscrite dans le corps. Sa genèse et sa transmission se font par un système de cellules nerveuses spécialisées. Ce qui la différencie d'une émotion ou d'un phénomène psychologique.
- ✓ **cognitive** : elle résulte de l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer la perception de la douleur et les réactions comportementales qu'elle détermine : attention, diversion de l'attention, interprétations et valeurs attribuées à la douleur, anticipation, décision sur le comportement à adopter.
- ✓ **comportementale** : elle englobe l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez la personne qui souffre. Elle est réglée par les apprentissages antérieurs, l'environnement familial et ethnoculturel, et les standards sociaux.

La douleur apparaît donc comme un phénomène multifactoriel, et non comme une réaction simple, univoque.

2.2. Physiopathologie [8],[9]

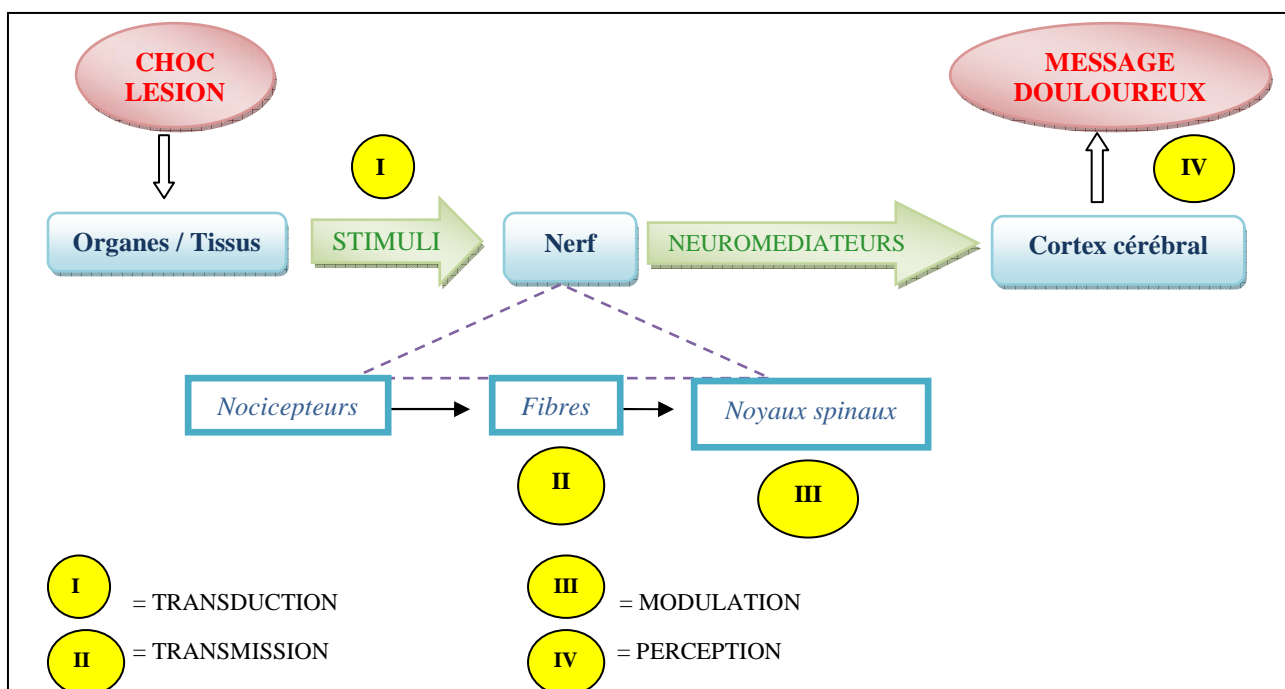
2.2.1. Différents types de douleurs :

Les douleurs par excès de nociception : ces douleurs proviennent de lésions tissulaires, où l'innervation ou les connexions aux centres médullaires sont intactes.

Les douleurs neurogènes : anciennement appelées « douleurs par désafférentation », elles correspondent à une perturbation du système d'intégration de la douleur. Elles sont liées en plus d'une lésion tissulaire, à une lésion nerveuse périphérique ou centrale.

Les douleurs psychogènes : elles regroupent un vaste ensemble de douleurs sans lésion apparente, dues au psychisme, ou massivement exagérées par celui-ci.

2.2.2. La transmission de la douleur par stimulation nociceptive



✓ Le stimuli (signal électrique)

La douleur est une sensation déclenchée par des stimulations intenses, qualifiées de nociceptives, capable de menacer l'intégrité de l'organisme. Elle entraîne un comportement de défense élémentaire tel un simple réflexe de retrait ou de réactions végétatives. Elle prend naissance dans les tissus périphériques et dans les organes abdominaux ou thoraciques.

Le stimuli va voyager dans le système nerveux sous différentes formes (voir schéma)

✓ Le nerf

De l'extrémité de la fibre jusqu'à la moelle épinière, c'est sous la forme d'un courant électrique que le message voyage. Ce courant électrique est créé par une modification de la perméabilité de la membrane du neurone.

L'innervation du bassin se fait par le *nerf hypogastrique* (donnant : le plexus hypogastrique inférieur, les nerfs splanchniques pelviens et sacraux, et le nerf honteux)

○ Les nocicepteurs

Les récepteurs de la douleur sont constitués par les terminaisons libres de fibres nerveuses périphériques placées en sentinelles partout sous la peau et dans la plupart des organes.

○ Les fibres

Les fibres nerveuses, véhiculant la douleur, rassemblées en nerfs qui vont de la périphérie à la moelle épinière sont de trois sortes.

- fibres nerveuses A β , de gros diamètre, myélinisées, conduisant rapidement l'influx nerveux (40 à 100 mètres seconde), transmettent des **informations sensorielles non nociceptives**.
- fibres nerveuses A δ , de fin diamètre, myélinisées, conduisant moins rapidement l'influx nerveux (4 à 10 m/s), transmettent **la sensibilité nociceptive** et ne répondent qu'à des stimulations mécaniques (pincement, piqûre) et thermiques.
- fibres nerveuses C, de très fins diamètre, non myélinisées, conduisant lentement l'influx nerveux (1 m/s), répondent **à tous les types de stimulations** (thermique, mécanique, chimique), à condition qu'elles soient suffisamment intenses.

○ Les noyaux spinaux

Ils se trouvent dans la moelle épinière au niveau de la corne postérieure de la substance grise. Ils vont permettre de renforcer ou de supprimer le message douloureux (modulation).

✓ Les neuromédiateurs (signal chimique)

Ils permettent le relais neuronal. L'un des neuromédiateurs les plus connus est la substance P (Pain : douleur).

✓ **Le cortex cérébral** (au niveau des noyaux gris centraux)

Contrairement aux cinq sens qui possèdent chacun une zone corticale spécifique, il n'existe pas de zone corticale spécialisée dans la douleur.

Le thalamus va jouer un rôle dans la localisation de la zone douloureuse : il permet d'apprécier l'intensité et la durée du stimulus. Puis il y a transmission à l'ensemble des aires corticales, permettant d'expliquer les réactions motrices et émotionnelles.

2.2.3. Mécanisme de régulation de la douleur

L'organisme dispose de systèmes capables de moduler les messages nociceptifs en diminuant ou en facilitant certains de ces messages.

Théorie du Gate-Control :

Ce mécanisme s'exerce au niveau de la corne postérieure de la moelle épinière.

L'arrivée d'un influx sensitif, suscité par le frottement, sur les fibres rapides A β , entraîne une diminution des messages circulant dans le même temps sur les fibres lentes C. Ce système de contrôle peut être renforcé par la stimulation des fibres rapides : frottement, stimulation électrique, glace ou bouillotte chaude. Ces techniques analgésiques sont redevenues actuelles grâce à cette théorie.

Le contrôle inhibiteur diffus négatif :

Il s'agit d'un contrôle induit par des stimulations nociceptives. Il repose sur l'observation que l'existence d'une douleur dans l'organisme peut diminuer l'intensité d'une autre douleur. Plus simplement : une douleur peut en cacher une autre.

Sur le plan thérapeutique, un massage atténue la reconnaissance du signal nociceptif.

Les endomorphines (morphines naturelles)

Il existe dans l'organisme des récepteurs endomorphiniques sur lesquels se fixe la morphine. Ces récepteurs sont très nombreux dans la corne postérieure de la moelle, dans le thalamus et dans certaines régions du tronc cérébral. La saturation de ces récepteurs par des morphines endogènes bloque le message nociceptif.

On retrouve leur implication dans l'analgésie induite par le stress.

La morphine exogène agit en mimant et en renforçant ce mécanisme physiologique des endorphines.

2.3. Méthodes d'évaluation de la douleur [10]

L'évaluation de la douleur est un préalable indispensable à toute démarche thérapeutique. L'évaluation tente de rendre objectif ce qui est éminemment subjectif.

Pour une évaluation complète et un bon suivi de l'évolution de la douleur, plusieurs moyens sont à la disposition des professionnels de santé.

2.3.1. Echelles unidimensionnelles

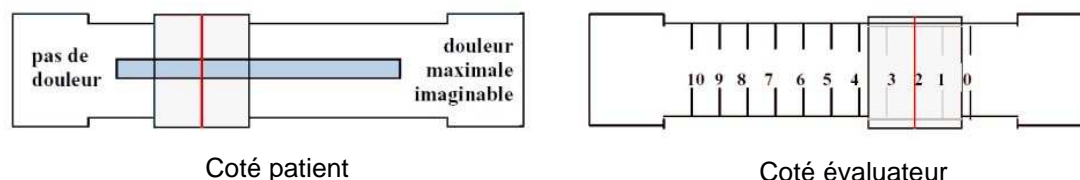
= **Echelle visuelle analogique (EVA) / échelle numérique (EN)**

Il est proposé au malade de donner un chiffre à sa douleur, entre 0 et 10, zéro correspondant à l'absence de douleur, et 10 à la douleur maximale imaginable.

- **EVA**

Cette échelle est la plus utilisée et se présente sous forme de réglette. Celle-ci comporte deux faces : une face que l'on présente au patient et une face pour l'évaluateur.

La note 0 correspond à « pas de douleur », et la note 10 représente « une douleur inimaginable »



Il est demandé au patient de déplacer le curseur figurant sur la réglette et le soignant relève le chiffre correspondant à l'endroit où le patient a placé ce curseur.

- **EN**

Elle permet de mesurer l'intensité de la douleur d'un malade qui, pour des raisons de langage par exemple, ne serait pas en mesure d'intégrer les qualificatifs utilisés dans les EVA, les chiffres étant universellement compris. Seuls 2 % des patients sont incapables de répondre à l'EN.

2.3.2. Echelles pluridimensionnelles

Il s'agit de questionnaires d'adjectifs qui analysent plus particulièrement les composantes sensorielles et émotionnelles. Ces échelles comportementales plus complexes à manipuler sont essentiellement utilisées dans le cadre de l'évaluation d'une douleur chronique le **MPQ** (Mac Gill Pain Questionary) le **QDSA** (Questionnaire Douleur Saint-Antoine)

Les répercussions de la douleur sur les comportements ou la qualité de vie en général sont incluses dans la démarche d'évaluation. Des échelles comportementales apprécient le retentissement de la douleur sur la vie du patient.

- état de dépression : échelle de BECK ;
- état d'anxiété : échelle STAI ;
- échelle de prises médicamenteuses et autre

3. MODALITES DE TRAITEMENT DES DOULEURS OSSEUSES, MUSCULAIRES ET LIGAMENTAIRES (OML) DANS LE POST-PARTUM

3.1. Moyens médicamenteux : les antalgiques [11],[12]

Niveau 1 : analgésiques non morphiniques pour les douleurs faibles à modérées.

- **Paracétamol** : antalgique et antipyrétique (*Dafalgan®*, *Doliprane®*, *Efferalgan®*, *Perfalgan®*)
- **AINS** : antalgique, antipyrétique et anti-inflammatoire (*Nifluril®*, *Voltarène®*, *Profénid®*)

Le paracétamol est le plus utilisé en maternité, parfois associé aux AINS.

Niveau 2 : analgésiques morphiniques faibles pour les douleurs modérées à sévères.

- **Codéine** : antalgique, antitussif, et anti diarrhéique : (*Efferalgan-codéine®*, *Dafalgan-codéine®*)
- **Tramadol** : antalgique (*Topalgic®*)

Niveau 3 : analgésiques morphiniques forts pour les douleurs très sévères, voir rebelles

- **Nalbuphine** (*Nubain®*)
- **Buprénorphine** (*Temgesic®*)

Les antalgiques de niveau 2 et 3 sont utilisés de façon exceptionnelle en maternité.

3.2. Moyens non médicamenteux

3.2.1. L'ostéopathie [13],[14],[15],[16]

L'ostéopathie (d'ostéon (os en grec) et pathos (maladie)) est une médecine non conventionnelle qui se veut à la fois préventive et curative, créée vers 1874 par le médecin américain Andrew Taylor Still (1828-1917).

La formation : L'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, reconnaît la profession d'ostéopathe. Elle stipule que l'usage professionnel du titre d'ostéopathe est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie délivrée par un établissement de formation agréé par le Ministre chargé de la santé.

L'usage professionnel du titre d'ostéopathe est autorisé aux médecins, sages-femmes, kinésithérapeutes et infirmiers titulaires d'un diplôme universitaire ou interuniversitaire délivré par une université de médecine et reconnu par le conseil national de l'ordre des médecins.

Sont également autorisés à pratiquer les **titulaires d'un diplôme délivré par un établissement agréé** par voie réglementaire et les titulaires d'une autorisation d'exercice de l'ostéopathie (ressortissant de l'union européenne).

Les décrets d'applications qui encadrent cette nouvelle profession sont parus le 25 mars 2007 (Annexe 2).

Pratique :

Elle est fondée sur des techniques manuelles visant à la conservation ou la restauration de la mobilité des différentes structures de l'organisme. L'ostéopathie considère que toute perte de mobilité naturelle des organes les uns par rapport aux autres apparaît au niveau des muscles ou tendons, des viscères, du crâne ou des enveloppes (fascias) y induisant des dysfonctionnements.

L'ostéopathie est organisée autour de 4 principes de bases :

- chaque structure du corps a une fonction physiologique, chaque fonction entretient une certaine structure et « la structure gouverne la fonction »
- le concept d'unité et d'interrelations entre les différentes parties du corps
- le principe d'auto guérison : le corps dispose de nombreux systèmes de réparation, adaptation, défense ou compensation
- « le rôle de l'artère est absolu » : toute structure somatique non atteinte d'une lésion organique est capable de fonctionner normalement, pour peu que sa vascularisation soit correcte.

L'ostéopathe dispose de différentes approches thérapeutiques qu'il adapte aux besoins spécifiques du patient, à ses affinités et à ses connaissances.

Il existe l'ostéopathie dite **structurelle** (incluant les manipulations vertébrales et articulaires), l'ostéopathie **viscérale** (qui intéresse les organes) et l'ostéopathie **crânienne**. L'ostéopathie **tissulaire** est une approche plus globale de l'individu.

La palpation manuelle recherche les dysfonctions somatiques au sein de tous les tissus du corps. En dehors de l'interrogatoire, la main représente l'outil essentiel tant du diagnostic que du traitement.

Pendant la grossesse, l'ostéopathie va permettre de libérer et d'équilibrer les différentes structures du corps de la femme :

- traitement des troubles de la grossesse :
 - **mécanique : douleurs coccygiennes, vertébrales ou sciatiques**
 - digestifs : nausées, vomissements, remontées acides, digestions difficiles
 - uro-gynécologiques : infections urinaires, sensation de pesanteur
 - obstétricaux : présentation du siège ou transverse, contractions utérines
- confort de la grossesse : gestion du stress, **amélioration des troubles circulatoires** et des fonctions respiratoires.
- préparation de la naissance : **toute séquelle de traumatisme du bassin** est susceptible de perturber le bon déroulement de l'accouchement. Par son travail spécifique, l'ostéopathe s'assure de la bonne mobilité du bassin et de l'axe vertébral (chute ancienne sur le coccyx, luxation, cicatrice d'épisiotomie, ancienne péridurale douloureuse).

Dans le post-partum, l'ostéopathe peut corriger les désordres biomécaniques articulaires et organiques consécutifs aux contraintes permanentes de la grossesse et aux mécanismes de l'accouchement.

L'ostéopathie agit sur :

- la douleur rachidienne, de bassin,
- la douleur post-péridurale,
- les troubles circulatoires (œdème),
- les tranchées, les céphalées, les problèmes respiratoires, les troubles du transit...

L'ostéopathie, technique tissulaire manuelle douce, est sans danger pour la maman et le fœtus.

La consultation n'est pas remboursée par la sécurité sociale mais certaines mutuelles peuvent en rembourser une partie ou la totalité (**Annexe 3**).

3.2.2. L'homéopathie [17],[18],[19],[20]

L'homéopathie est une médecine non conventionnelle, définie pour la première fois par Samuel HAHNEMANN (18^{ème} siècle), qui consiste à administrer au malade des doses faibles d'un médicament conçu selon le principe de similitude : « une personne atteinte de maladie peut être traitée au moyen d'une substance (végétale, minérale ou animale) qui peut produire des symptômes semblables à ceux de la maladie chez une personne en bonne santé. »

Formation : il existe un diplôme universitaire d'homéopathie, réservé aux **Docteurs en Médecine français et étrangers, Pharmaciens, Chirurgiens-dentistes, Sages-femmes et Vétérinaires (DE)** ([Annexe 4](#))

Pratique :

La préparation du médicament se fait par des dilutions successives au centième (CH). Des secousses sont réalisées entre chaque dilution, permettant de supprimer les effets toxiques du médicament tandis que les qualités de la substance sont conservées par le solvant (eau, sucre ou alcool).

On nomme :

- basse dilution : 4 ou 5 CH, lorsque le symptôme est localisé (rougeur, coup,...)
- moyenne dilution : 7 et 9 CH, lorsque le symptôme est général ou fonctionnel (spasmes, crampes, maux de tête....)
- haute dilution : 15 et 30 CH, lorsque le symptôme est comportementale ou chronique.

Le médicament homéopathique existe sous forme de granules à laisser fondre sous la langue, de solutés buvables (gouttes, sirop), de pommades, de suppositoires,....

Les praticiens choisissent les traitements après une consultation qui prend en compte l'état physique et psychologique du patient.

Les indications de l'homéopathie pendant la grossesse et dans le post-partum sont nombreuses : soit parce qu'il n'existe pas de médicament allopathique pour traiter le symptôme, soit parce que le médicament allopathique peut présenter des effets secondaires nocifs pour la mère et l'enfant.

Dans les douleurs osseuses, musculaires et ligamentaires, il existe différents traitements homéopathiques pour les crampes, les lombalgies, les douleurs au point de ponction péridurale et les douleurs ligamentaires. ([Annexe 5](#))

3.2.3. L'acupuncture [21],[22],[23]

L'acupuncture est une composante de la médecine traditionnelle chinoise.

Fondée sur une approche énergétique et holistique, l'acupuncture agit sur le Qi (énergie) qui circule dans le corps par la voie des méridiens. Des aiguilles insérées à la surface de la peau permettent de stimuler des points d'acupuncture spécifiques.

Selon la tradition chinoise, l'homme est une organisation résultant de la combinaison de matière (le corps matériel ou physique - de nature *YIN*), et d'énergie qui anime la matière (de nature *YANG*). L'équilibre harmonieux entre ces deux composants conditionne l'état de santé. Les perturbations de cet équilibre sont responsables de la maladie. Toute perturbation de nature à rompre cet équilibre affecte d'abord préférentiellement l'énergie.

L'énergie (Qi) est mouvement et sa perturbation entraîne un blocage. L'énergie bloquée en une région du corps matériel s'accumule en amont du blocage, alors que les régions en aval du blocage vont se trouver en déficit énergétique.

En présence d'un état de pathologie ainsi décrit, l'acupuncteur va établir son diagnostic en recherchant les niveaux auxquels l'énergie est bloquée, et quelle est la raison du blocage. Il va ensuite appliquer son traitement en levant le blocage et en corrigeant, si cela se peut, la raison de ce blocage. L'aiguille va lui permettre de diriger le cours des énergies.

Formation : il existe :

- un **diplôme interuniversitaire d'acupuncture** (enseigné dans six facultés de médecine en France). Pour s'inscrire, il faut être **docteur en médecine**. Le DIU se transforme actuellement en *capacité d'acupuncture*, diplôme d'état.
- un **diplôme interuniversitaire d'acupuncture obstétricale**, réservé **aux sages-femmes et aux gynécologues** dans le cadre obstétrical exclusif. ([Annexe 6](#))

L'acupuncture est indiquée en cas de douleurs OML.

Pendant la grossesse, elle est efficace sur les douleurs lombaires, les sciatiques, le canal carpien et les crampes musculaires. Elle prépare le périnée et le col utérin pour l'accouchement. Pendant l'accouchement, elle agit sur les douleurs sacro-iliaques (douleurs aux reins).

Dans le post-partum, cette dernière se révèle moins efficace sur les douleurs OML, sans doute lié au bouleversement physique et hormonal de l'accouchement. Elle aide cependant au niveau de l'œdème et de la cicatrisation des tissus (système lymphatique).

3.2.4. Les méthodes physiques [24],[25]

➤ La thermothérapie

Elle consiste à employer de la chaleur pour soulager des douleurs musculaires.

La chaleur :

- active la circulation sanguine à un endroit précis. Les échanges y sont facilités : nutriment, eau, oxygène et permettent la réparation des cellules. Par conséquent, appliquée sur un muscle douloureux, la chaleur facilite le nettoyage et la réparation. Cette augmentation du débit sanguin favorise aussi la pénétration d'agents extérieurs dans le muscle (crème antalgique chauffante).
- diminue l'efficacité de la transmission des messages nerveux. Ainsi, les sensations de douleurs ont du mal à passer de la zone chauffée jusqu'au cerveau. C'est pourquoi une élévation de la température possède un effet antalgique assez rapide.

Il existe de nos jours plusieurs façons d'utiliser la thermothérapie pendant la grossesse et dans le post-partum sur les douleurs du dos :

- une douche chaude, insistant sur la zone douloureuse,
- la pose d'une source de chaleur : bouillotte, couverture,
- les crèmes, gel ou autres produits chauffant à base de camphre ou de menthol, associés à un massage,
- les patchs chauffants (durent plusieurs heures).

➤ Le massage

Le massage est l'application d'un ensemble de techniques manuelles qui visent le bien-être des personnes grâce à l'exécution de mouvements des mains sur les différents tissus vivants. Cette thérapie agit entre autre sur la peau, les muscles, les tendons et les ligaments (ces tissus sont appelés communément tissus mous) et vise une bonne santé (tant le bien-être physique que psychique puisqu'ils sont intimement liés).

Les vertus du massage sont nombreuses :

Sur le *plan physique*, le massage détend les muscles, renforce le tonus musculaire, assouplit les articulations. De plus, il favorise l'élimination des toxines et augmente l'oxygénation du sang et des tissus.

Sur le *plan mental*, il soulage le stress et l'angoisse. Il libère un flot d'endorphines, substances anxiolytiques qui agit comme antidouleur.

Le massage est applicable sur la femme enceinte, ainsi que dans le post-partum, pour des douleurs musculaires au dos.

3.3. Soins traditionnels dans le monde [26]

Les sociétés traditionnelles accordent une grande attention à la période des suites de couches. C'est un temps de très grande vulnérabilité. Différentes théories existent selon les cultures :

- **au Maghreb**, l'âme de la mère et de son enfant « flottent » pendant 40 jours.
- **au Vietnam**, les suites de couches sont considérées comme une période de mue.
- **en Afghanistan**, la femme ne doit jamais rester toute seule, ni pendant l'accouchement ni après.

Les femmes sont prises en charge et soignées pendant une période d'environ 6 semaines. La période pendant laquelle la nouvelle accouchée à un statut spécial se retrouve dans toutes les cultures.

Le repos :

La femme ne se lève pratiquement pas pendant les sept premiers jours, puis très peu jusqu'à vingt et un jours. Le retour aux travaux domestiques se fait après quarante jours.

L'alimentation :

Quelque soit le pays ou la religion, partout les grandes lignes directrices se retrouvent selon les produits disponibles : des plats chauds, épicés, riches en protéines et en sucres, et des boissons chaudes (bouillons de viandes, infusions ...).

La chaleur et le drainage :

Pendant la période de suites de couches, il faut détruire et éliminer tout ce qui a été fabriqué et stocké pendant la grossesse. Les traditions aident ce catabolisme avec

beaucoup de bon sens : il faut du repos, de l'énergie (nourriture calorique), mais surtout, il faut stimuler les fonctions d'élimination. La femme doit se trouver dans une atmosphère chaude et humide. L'utérus est « purgé » avec des décoctions de plantes, le transit est facilité par des massages et des plantes ; les reins et le foie sont stimulés. De plus, il faut drainer le sang.

- **En Asie**, l'accouchée est enveloppée de linges et posturée plusieurs fois par jour sur des sources de chaleur.
- **En Afrique noire**, elle est massée avec des « herbes qui chauffent » qui font circuler le sang.
- **En Afghanistan**, même en plein été, est préparé le 'sandali' : une couverture très épaisse posée sur un cadre en bois sous laquelle est placé un récipient rempli de braises. La femme va rester plusieurs jours sous la couverture avec son bébé

Le toucher du corps :

Les traditions nous enseignent qu'il faut remettre en place les organes et le bassin. Pour cela, la femme est bandée et contenue. Il existe aussi dans la plupart des cultures des massages spécifiques pour cette période. Sur le plan mécanique, les articulations du bassin ont joué dans le sens de l'ouverture pendant l'accouchement, de façon asymétrique. Des travaux d'ostéopathie ont mis en évidence que le sacrum féminin glisse en nutation avec le temps, cela s'amplifiant à chaque grossesse, créant des déséquilibres de la statique pelvienne, avec augmentation des pressions sur la ligne blanche et la paroi antérieure du bassin.

- **Au Japon**, les femmes ne se lèvent pas avant que l'équilibre droite-gauche des iliaques ne soit rétablie (3, 6 à 9h).
- **Au Maghreb**, les matrones de Kabylie pratiquent des manœuvres de contre-nutation immédiatement après l'accouchement. De plus, elles bandent la femme au niveau de la symphyse, ce qui maintient la contre-nutation pendant vingt et un jours.
- **En Afghanistan**, la « daïa » (sage-femme traditionnelle) pratique de nombreuses manipulations et contentions allant de la tête au bassin. ([Annexe 7](#))

Les médecines traditionnelles utilisent un ensemble de techniques allant du massage à l'usage d'une pharmacopée dans un contexte de rituels sociaux et religieux.

Deuxième Partie :

*ETUDE AUPRES DES
ACCOUCHEES*

1. PRESENTATION DE L'ETUDE

1.1. Objectifs et hypothèses

1.1.1. Problématique

L'ostéopathie est-elle un complément efficace à la médication des douleurs osseuses, musculaires et ligamentaires (OML) dans le post-partum ?

1.1.2. Objectifs

- ❖ Identifier les douleurs OML
- ❖ Etudier ces douleurs au travers deux groupes :
 - un groupe patient témoin
 - un groupe patient traité par ostéopathie
- ❖ Evaluer l'incidence de l'ostéopathie sur les douleurs OML

1.1.3. Hypothèses

L'ostéopathie apporte une amélioration dans la prise en charge des douleurs OML

Cette prise en charge diminue la durée de prise des médicaments

Cette prise en charge engendre une amélioration des suites du post-partum

1.2. Méthodologie de l'enquête

1.2.1. Lieu d'étude

L'étude a été réalisée du 16 octobre 2008 au 15 décembre 2008, sur trois lieux différents :

- Hôpital Marie-Madeleine à Forbach, maternité de niveau II
- Clinique des Franciscaines à Versailles, maternité de niveau I, où un ostéopathe intervient deux fois par semaine en maternité auprès des mères et de leur nouveau-né
- Hôpital Maternité de Metz, maternité de niveau II

1.2.2. Nature de l'étude

Mon étude a été menée auprès de 151 accouchées (voie basse et voie haute).

Il a été retenu **39 patientes, ayant accouchées par voie basse** et présentant des douleurs OML. Ces dernières ont été séparées en 2 groupes :

- **un groupe A (témoin)**, composé de 22 patientes ayant reçu un traitement médicamenteux
- **un groupe B (étude)**, composé de 17 patientes ayant reçu le même traitement médicamenteux associé à un traitement ostéopathique.

Note : Pour cette étude, sont exclues les césariennes du fait que leur prise en charge ostéopathique est distante de l'opération, aux 6ème - 7ème jours du post-partum.

C'est une étude prospective, avec recueil des données auprès des patientes et de leur dossier à J0, J2, ainsi que d'un entretien téléphonique à J10 du post-partum.

1.2.3. Outils

L'outil utilisé est une grille de recueil de données. ([Annexe 1](#))

Celle-ci comprend :

- des renseignements généraux
- les antécédents et le déroulement de la grossesse
- le déroulement du travail et de l'accouchement
- les suites de couches avec évaluation de la douleur à J0, J2, et J10 du post-partum.

1.2.4. Biais de l'étude

Dans cette étude, il existe deux biais :

- *le premier* est que l'usage d'une médication d'antalgique est systématisé en suites de couches car on utilise un antalgique standard multi pathologies couvrant toutes les douleurs du post-partum.
- *le deuxième* est que les femmes peuvent avoir plusieurs douleurs en même temps, ce qui induit une difficulté à isoler un type de douleur ou un lieu précis de douleur.

2. PRESENTATION DES RESULTATS

2.1. Pré-requis

2.1.1. Population générale

151 accouchées ont été interrogées sur leur mode d'accouchement et sur leurs types de douleurs à J1 du post-partum, et à J2 du post-partum pour les césariennes.

✚ *Modalités d'accouchement de la population*

- Césarienne : 17%
- Voie basse : 83% dont :
 - 74% d'accouchements normaux (AN)
 - 6% de ventouse
 - 3% de forceps

✚ *Types de douleurs*

151 femmes ont présenté des douleurs diverses soit 217 douleurs identifiées et regroupées par typologie.

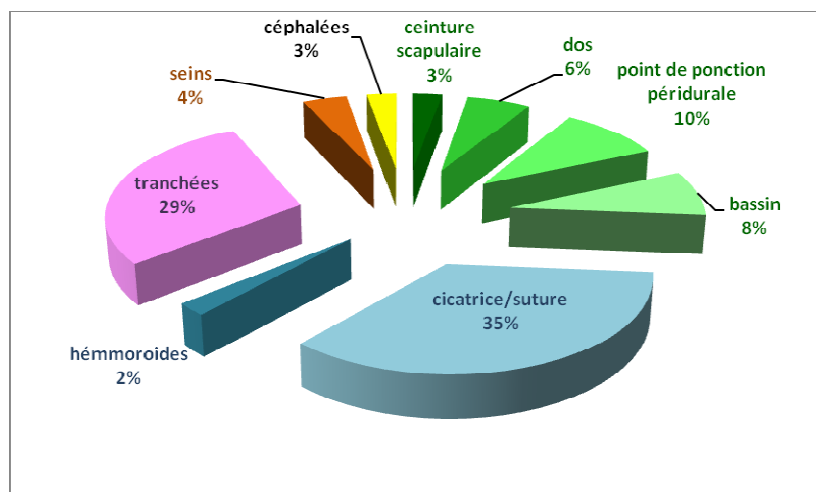

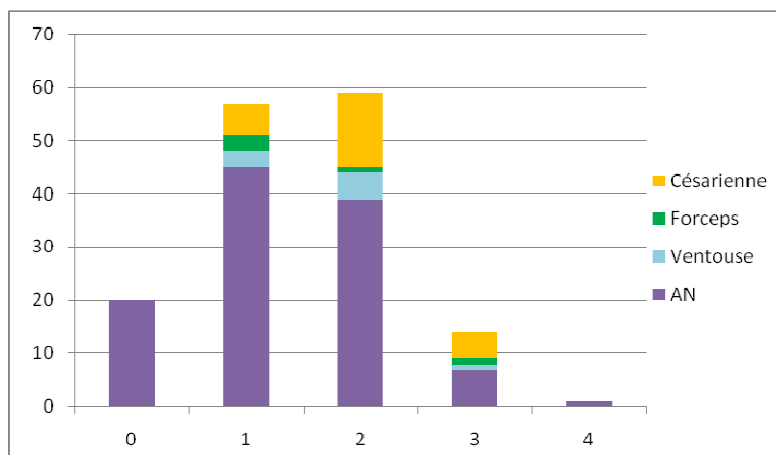


Figure 1

Les douleurs osseuses, musculaires et ligamentaires (OML) représentent **27% des douleurs**

 **Nombre de types de douleurs**



- **13,2%** des accouchées n'ont **pas de douleur**. L'ensemble de ces patientes ont eu un accouchement voie basse simple
- **86,6%** des accouchées **présentent une ou plusieurs douleurs**
 - 37,7% des accouchées présentent un type de douleur
 - 49.1% des accouchées présentent de multi douleurs

 **Les douleurs osseuses, musculaires et ligamentaires (OML)**

Ces douleurs concernent 52 accouchées dont

- **39 accouchées voie basse**
- **13 accouchées césarisées** (exclues de l'enquête). **A noter que ce groupe a des douleurs spécifiques au niveau de la partie haute et moyenne du dos**

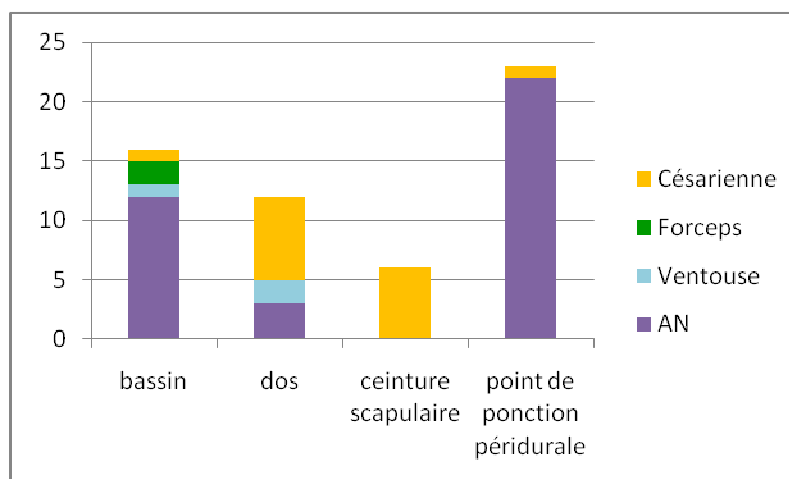


Figure 3

Les douleurs OML concernent **34% des accouchées**

2.1.2. Activité de l'ostéopathe :

Brigitte Peigné Mathieu, ostéopathe D.O., est présente deux matinées par semaine (lundi et jeudi) à la clinique des franciscaines à Versailles.

Cette étude a été réalisée sur trois semaines, soit six matinées au total.

31 patients ont été traités par ostéopathie :

- 11 nouveaux nés,
- 20 accouchées (dont 3 césariennes).

Il est à noter que mon enquête a suscité plus de consultations maternelles qu'à l'habitude pour l'ostéopathe, soit 2/3 de mamans à la place de 2/3 de nouveau-nés.

2.2. Renseignement généraux

Mon enquête concerne **39 patientes** présentant des douleurs osseuses, musculaires et ligamentaires (OML) dans le post-partum :

- **un groupe A (témoin)** de 22 patientes qui ont bénéficié d'un traitement médicamenteux
- **un groupe B (étude)** de 17 patientes qui ont bénéficié du même traitement médicamenteux associé à **un traitement ostéopathique**

✚ *Situation professionnelle :*

La situation professionnelle est classée en 4 catégories sur les bases de l'INSEE. La catégorie « profession intermédiaire » encadre l'enseignement, la santé et le travail social.

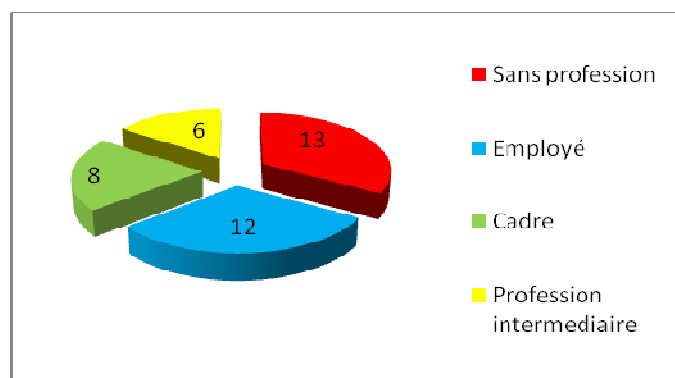


Figure 4

Age

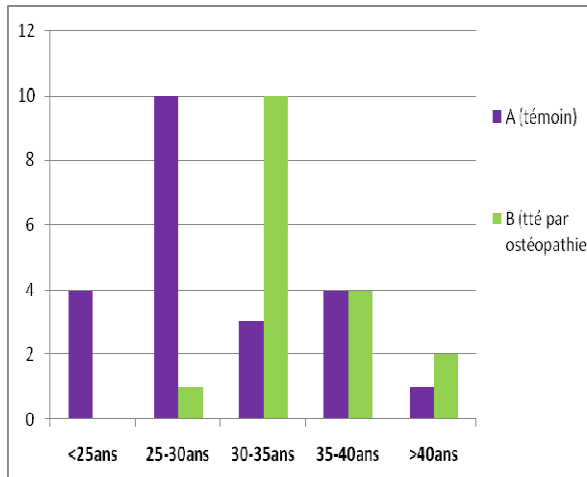


Figure 5

Parité

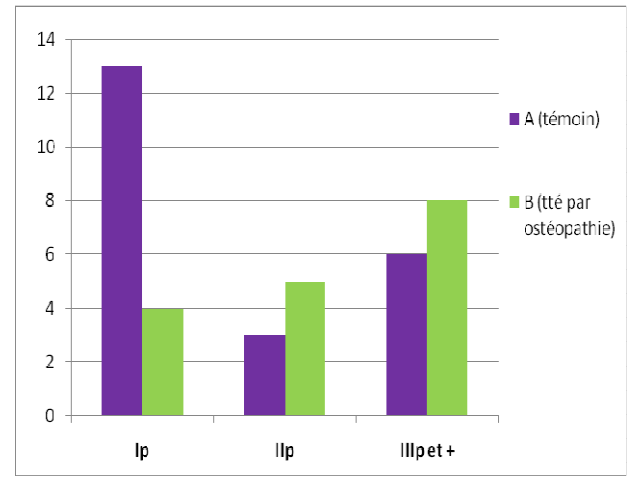


Figure 6

La moyenne d'âge est de 31 ans.

- 29 ans pour le groupe A
- 33 ans pour le groupe B

Le nombre de douleurs OML augmente avec l'âge et la parité.

Indice de Masse Corporelle (IMC) :

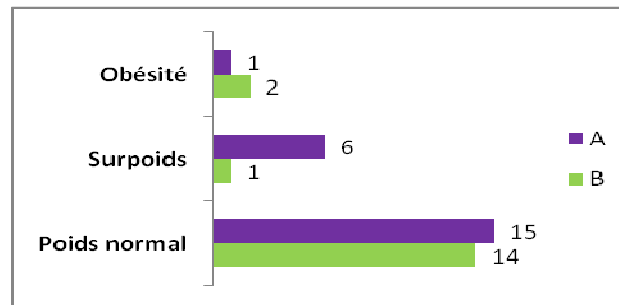


Figure 7

La majorité des femmes ont un poids normal

2.3. Antécédents et déroulement de la grossesse

Antécédents chirurgicaux, médicaux, et gynécologiques :

Hormis une patiente ayant un utérus rétroversé, qui pourrait expliquer ses violentes douleurs ligamentaires évoluant avec sa grossesse, aucune autre patiente ne présentait de douleur OML avant sa grossesse, ni d'antécédents influant sur ces douleurs.

■ **Accouchements antérieurs des multipares et poids de leur enfant**

■ **Accouchements antérieurs :**

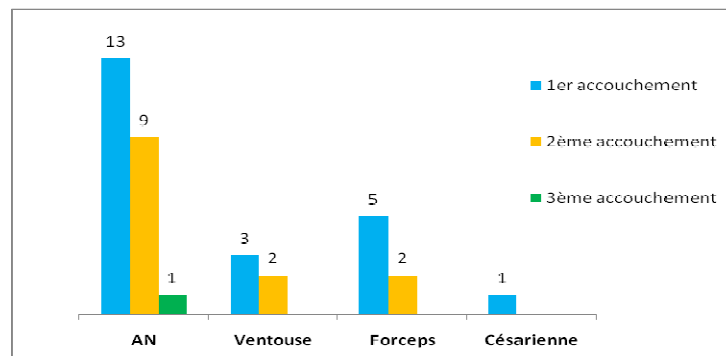


Figure 8

- **9/22 femmes** ont eu une aide instrumentale pour leur 1^{er} accouchement (41%)
- **4/13 femmes** ont eu une aide instrumentale pour leur 2^{ème} accouchement (31%)

■ **Poids de l'enfant :**

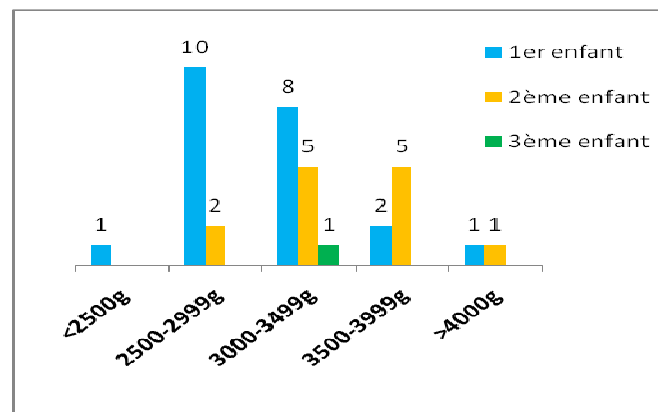


Figure 9

La moyenne de poids des enfants est de :

- **2960 g** pour le 1^{er} enfant
- **3410 g** pour le 2^{ème} enfant

81% des primipares ont le poids de leur enfant compris entre **2500g et 3500g**

■ **Déroulement de la grossesse actuelle :**

Une femme présente une grossesse gémellaire.

Pathologies pendant la grossesse :

- 4 femmes ont présenté d'autres pathologies : 2 hypertensions artérielles, une séroconversion à la toxoplasmose et un diabète gestationnel traité par insuline.

- 2/3 des femmes ont présenté des **pathologies OML** pendant la grossesse, dont 7 femmes avaient une « multi pathologie » (5 multipares et 2 primipares)

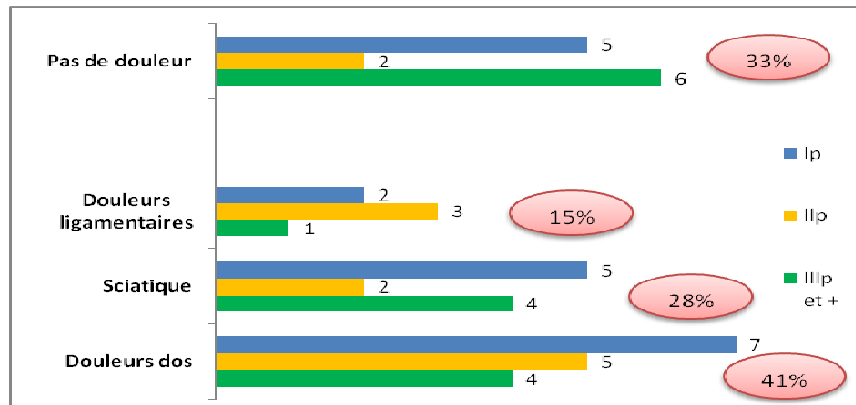


Figure 10

Hospitalisation pendant la grossesse :

4 femmes ont été hospitalisées pour grossesse pathologique : une menace d'accouchement prématuré, une gastro-entérite, un diabète gestationnel et une pyélonéphrite.

Aucune pathologie OML n'a nécessité une hospitalisation

2.4. Déroulement du travail et de l'accouchement

✚ Durée de la grossesse :

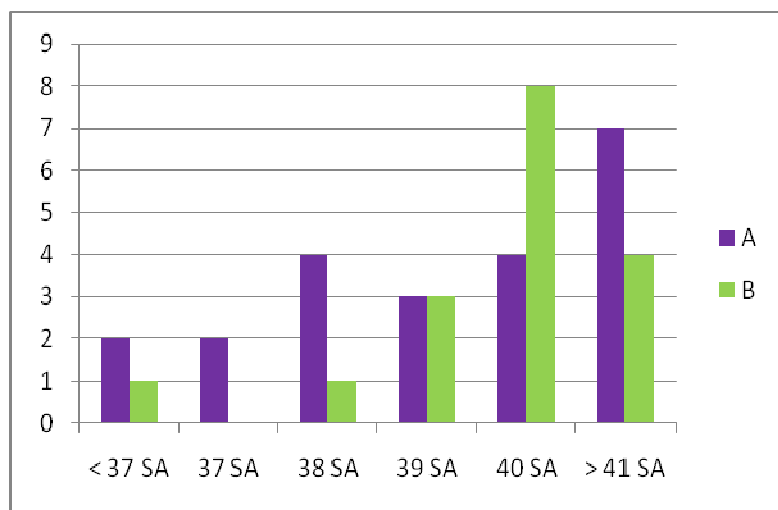
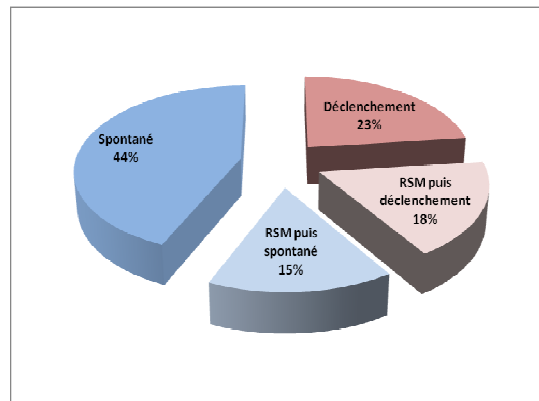


Figure 11

3/4 des femmes ont accouché après 39SA
Seulement 3 femmes ont accouché prématurément

✚ **Début de travail :**

RSM = Rupture spontanée des membranes

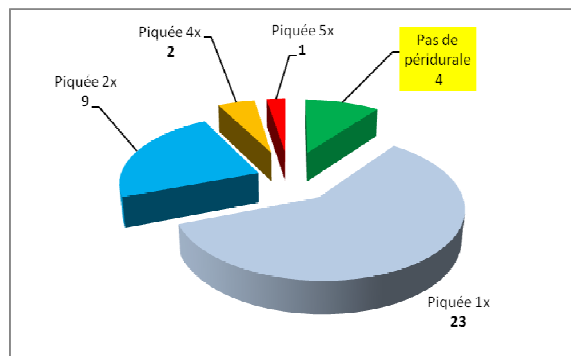


La répartition est de :

- **60%** de débuts de travail « naturels »
- **40%** de débuts de travail déclenchés

Figure 12

✚ **Pose de l'analgésie péridurale :**



La majorité des femmes ont eu une analgésie péridurale (**9/10**)

Figure 13

✚ **Durée du travail (de 3cm à expulsion)**

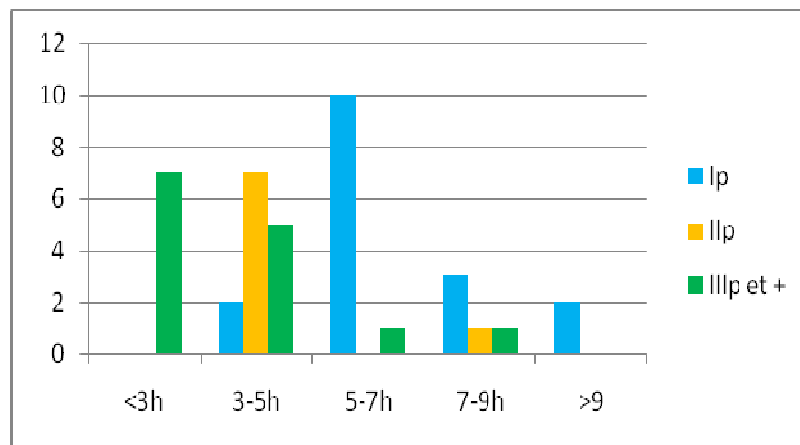


Figure 14

La durée de travail s'étend de **1h à 14h**.

- Pour **19 /22 multipares**, la durée de travail s'étend de **1h à 5h** (86%)
La grossesse gémellaire a eu une durée de travail égale à 8h
Moyenne = 3h40
- Pour **13/17 primipares**, la durée de travail s'étend de 5h à 9h (76%)
Moyenne = 7h

Durée des efforts expulsifs :

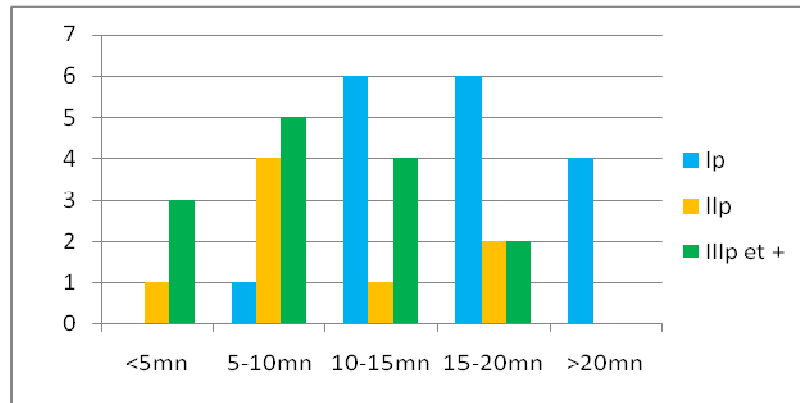


Figure 15

- **18/22 multipares** ont une durée d'efforts expulsifs comprise entre **moins de 5mn et 15mn** (82%)
- **12/17 primipares** ont une durée d'efforts expulsifs comprise entre **10mn et 20mn** (70%)
dont 4 d'une durée supérieure à 20mn (3 avec une aide

Modalités d'accouchement :

Toutes les femmes ont accouché en décubitus dorsal.

Quant aux fœtus, tous étaient en présentation céphalique et se sont dégagés en occipito-pubien (OP)

Aide instrumentale :

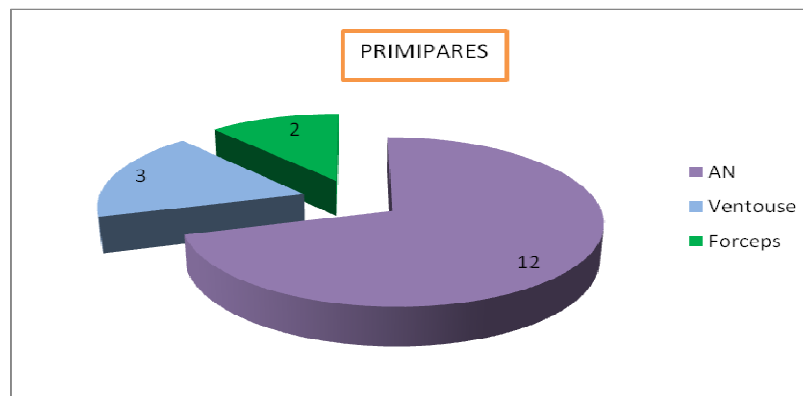


Figure 16

- **5/17 primipares ont eu une aide instrumentale** : 3 ventouses et 2 forceps
(Le poids des enfants compris entre 3000g et 3800g.)
- **Aucune des multipares n'a eu d'aide instrumentale.**

 **Etat du périnée :**

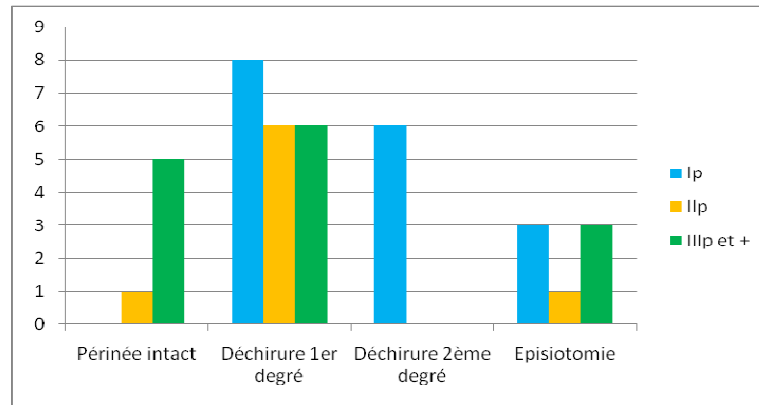


Figure 17

- Chez les primipares :
 - o 8/17 ont une déchirure de 1^{er} degré (47%)
 - o 6/17 ont une déchirure de 2^{ème} degré (35%)
 - o 3/17 ont une épisiotomie (18%)

- Chez les multipares :
 - o 6/22 ont un périnée intact (27%)
 - o 12/22 ont une déchirure de 1^{er} degré (55%)
 - o 4/22 ont une épisiotomie (18%)

 **Poids de l'enfant :**

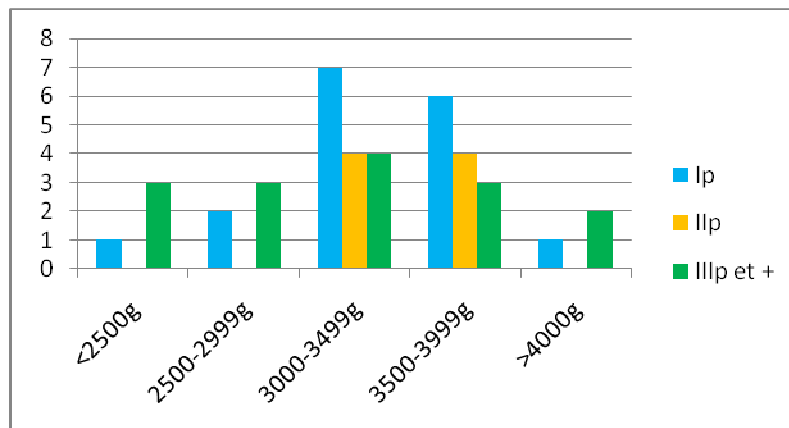


Figure 18

La moyenne de poids des enfants est de :

- 3320g pour un premier enfant
- 3270g pour un deuxième ou troisième enfant

76% des primipares ont le poids de leur enfant compris entre **3000g et 4000g**

2.5. Les douleurs OML dans le post-partum

Elles sont divisées en trois catégories :

- **douleurs du bassin**
- **douleurs de dos**
- **douleurs au niveau du point de ponction de péridurale (douleur PPP)**

Toutes les femmes ont eu une **médication systématique de paracétamol à 3g/jour**.

Pour 3 d'entre elles (groupe témoin) a été associé un **traitement complémentaire par AINS** (Voltarène®, Antadys®, Profénid®).

Sur les 39 femmes présentant des douleurs OML, 3 d'entre elles présentent des douleurs du bassin associées à des douleurs PPP (multi douleurs OML).

2.5.1. DOULEURS DE BASSIN

Elles concernent 15 sur 39 femmes :

- **8 femmes du groupe témoin**
- **7 femmes du groupe traité par ostéopathie**

Ces douleurs se répartissent en quatre groupes :

- douleur du sacrum, +/- associées à des douleurs du coccyx (8)
- douleur sacro-iliaques (5)
- douleur symphysaire (1)
- douleur sacrum + sacro-iliaques (1)

Douleur OML pendant la grossesse :

Parmi ces 15 femmes, 12 ont présenté de diverses douleurs OML pendant la grossesse : des douleurs ligamentaires (3), des sciatiques (5), et des douleurs de dos (5).

Les douleurs OML de la grossesse ont disparu dans le post-partum, à l'exception d'une douleur ligamentaire qui a persisté (douleur symphysaire)

Parité : 8 primipares et 7 multipares

Les douleurs du bassin touchent autant les primipares que les multipares

🚦 Début de travail / Déroulement du travail / Durée des efforts expulsifs

	Début de W	Déroulement W	Durée EE
Primipares : 8	Normal : 4 Déclenchés : 4	W normal : 6 W Long (+9h) : 2	EE normaux : 4 EE Longs (+20mn) : 4 dont 2 forceps et 1 ventouse)
Multipares : 7	Normal : 4 Déclenchés : 3	W normal : 2 W Rapide (-3h) : 5	EE normaux : 2 EE Rapides (<5mn) : 5

Tableau 1

Le fait d'avoir un travail rapide et/ou une expulsion rapide, ainsi qu'un travail long et/ou une expulsion longue semblent influencer sur les douleurs de bassin.

🚦 Poids de l'enfant

Le poids des enfants est compris entre **2290g et 4040g**

Le poids de l'enfant n'a pas de valeur prédictive

🚦 Evolution de la douleur dans le post-partum

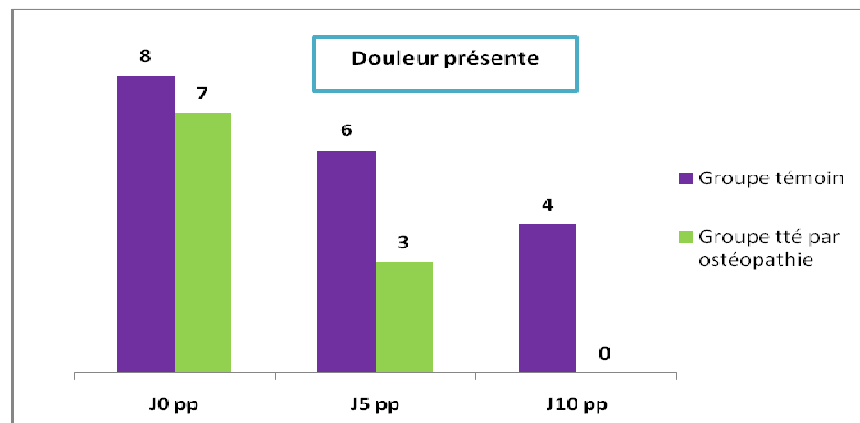


Figure 19

A J5 du post-partum, la douleur a disparu pour la ½ des femmes du groupe traité par ostéopathie, contre ¼ des femmes du groupe témoin

A J10 du post-partum, la douleur a disparu pour la totalité des femmes du groupe traité par ostéopathie, alors qu'elle est toujours présente pour la ½ des femmes du groupe témoin

✚ **EVA à J10 du post-partum**

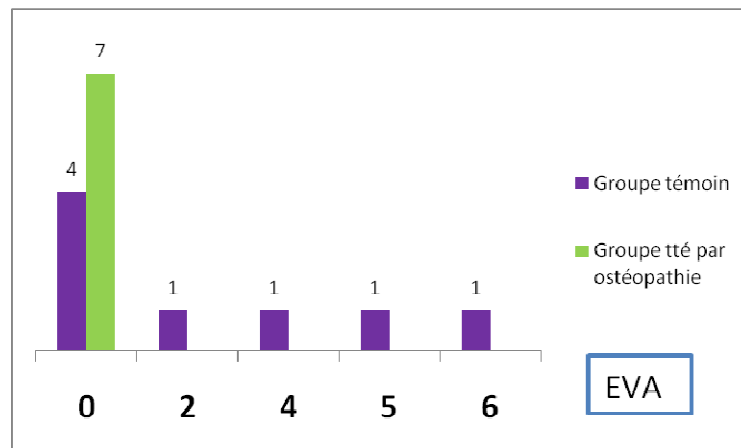


Figure 20

3 femmes du groupe témoin présentent encore une douleur importante à J10 du post-partum.

A noter qu'une femme du groupe témoin a présenté une disjonction symphysaire, et que sa douleur a augmenté durant le post-partum, cela malgré le traitement (EVA= 6 à J10).

Ressenti : la ½ du groupe témoin présente une douleur permanente, les limitant au quotidien (allaitement, mobilité,...).

✚ **Intervention de l'ostéopathe**

Articulations sacro-iliaques	Jonction lombo-sacré (L5-S1)	Bassin bloqué (sacro-iliaques + L5-S1+sacrum)
3	2	3

Tableau 2

Les douleurs de bassin mobilisent essentiellement les articulations sacro-iliaques et la jonction lombo-sacrée

2.5.2. DOULEURS DE DOS

Elles concernent 5 sur 39 femmes :

- **2 du groupe témoin**
- **3 du groupe B traité par ostéopathie**

Ces douleurs se répartissent en deux groupes :

- douleur au niveau des vertèbres lombaires (2)
- douleur au niveau des vertèbres thoraciques (3)

Douleur OML pendant la grossesse :

Parmi ces 5 femmes, 3 ont présenté de diverses douleurs OML : des douleurs de dos (2), des sciatiques (2), et des douleurs ligamentaires (1).

Les douleurs de dos sont persistantes en post-partum, les autres douleurs OML ont disparu après l'accouchement.

Parité : 2 primipares et 3 multipares

La parité ne semble pas significative

Début de travail / Déroulement du travail / Durée des efforts expulsifs :

	Début de W	Déroulement W	Durée EE
Primipares : 2	Déclenchés : 2	W normal : 2	EE Longs : 2 avec ventouse
Multipares : 3	Normal : 1 Déclenchés : 2	W normal : 3	EE Rapides : 2 EE Longs : 1

Tableau 3

Le fait d'avoir un travail déclenché et d'avoir une expulsion difficile (+/- instrumentale) ou une expulsion rapide influent sur les douleurs de dos

Poids de l'enfant :

Le poids des enfants est compris entre **3065g et 3550g**

Le poids de l'enfant n'a pas de valeur prédictive

Evolution de la douleur

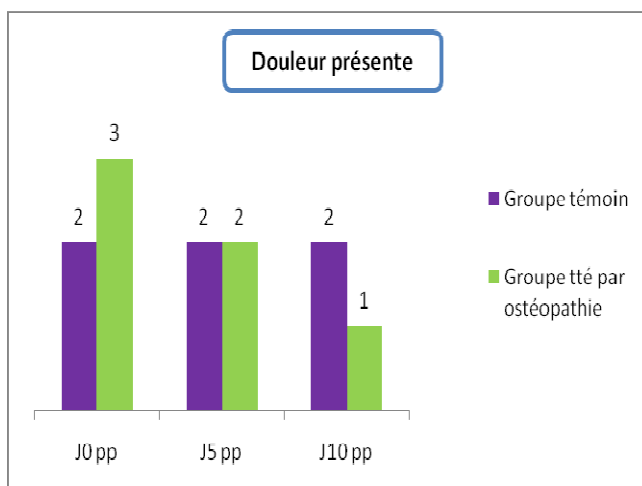


Figure 21

EVA à J10 du post-partum

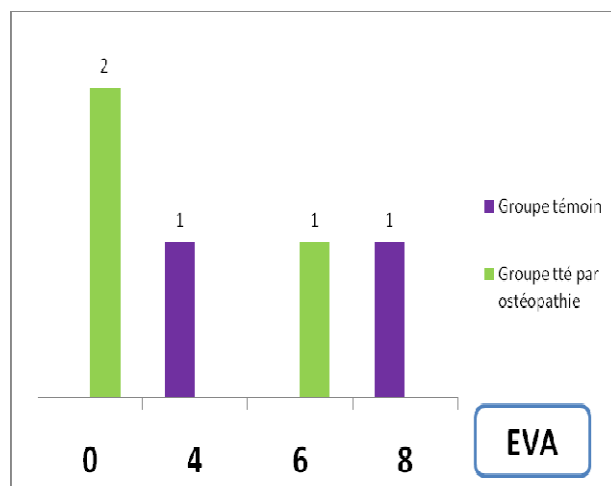


Figure 22

A J10 du post-partum, la douleur de dos a persisté chez les 2 patientes du groupe témoin. Elle diminue 2 fois sur 3 après un traitement ostéopathique. Il est à remarquer que les 3 patientes qui ont encore une douleur la jugent importante ($4 < \text{EVA} < 8$).

A noter que la patiente du groupe traité par ostéopathie (EVA = 6) a une douleur au niveau du muscle du Carré des lombes. Cette douleur a nécessité une deuxième intervention ostéopathique (à J11 du post-partum).

Intervention de l'ostéopathe

C7-T1	T1-T4	T12-L1	Muscle carré des lombes
1	1	2	1

Tableau 4

Les douleurs dorsales ont des origines multiples

2.5.3. DOULEURS AU POINT DE PONCTION DE PERIDURALE

Elles concernent 22 sur 39 femmes (dont 3 femmes « multi douleurs »)

- 13 femmes du groupe témoin
- 9 femmes du groupe traité par ostéopathie

✚ ***Douleur OML pendant la grossesse***

Parmi ces 22 femmes, 12 ont présenté une pathologie OML pendant la grossesse se répartissant en douleurs de dos (10), en sciatiques (4) et en douleurs ligamentaires (2).

Presque la moitié des femmes présentant des douleurs de dos pendant la grossesse ont eu des douleurs au point de ponction de péridurale dans le post-partum.

✚ ***Parité : 8 primipares et 14 multipares***

La parité ne semble pas significative

✚ ***Analgesie péridurale : nombre de point de ponction***

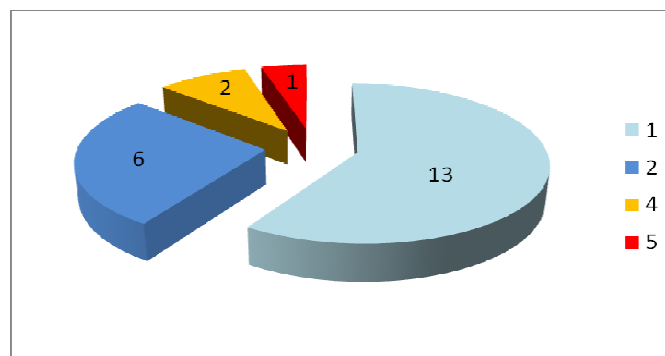


Figure 23

Tout point de ponction peut induire une douleur, qui augmente avec le nombre de point.

✚ ***Début de travail / Déroulement du travail / Durée des efforts expulsifs***

	Début de W	Déroulement W	Durée EE
Primipares : 8	Normal : 5	W normal : 6	EE normaux : 6
	Déclenchés : 3	W Rapide : 2	EE Rapides : 2
Multipares : 14	Normal : 10	W normal : 11	EE normaux : 9
	Déclenchés : 4	W Rapide : 3	EE Rapides (<5mn) : 5

Tableau 5

Ne semble avoir aucune influence sur la douleur au PPP

Poids de l'enfant

Le poids des enfants est compris entre **1720g et 4280g**

Le poids de l'enfant n'a pas de valeur prédictive

Evolution de la douleur

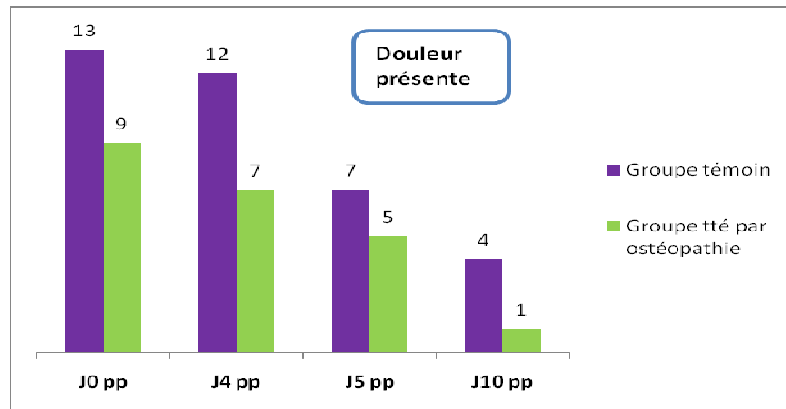


Figure 24

- Pour 1/3 des femmes du groupe traité par ostéopathie, la douleur disparaît dans les deux jours après le traitement ostéopathique.
- Spontanément à J5, la moitié des douleurs du groupe témoin ont disparus.

Le traitement ostéopathique apporte une nette amélioration sur l'évolution des douleurs de point de ponction de péridurale entre J5 et J10 du post-partum

EVA à J10 du post-partum

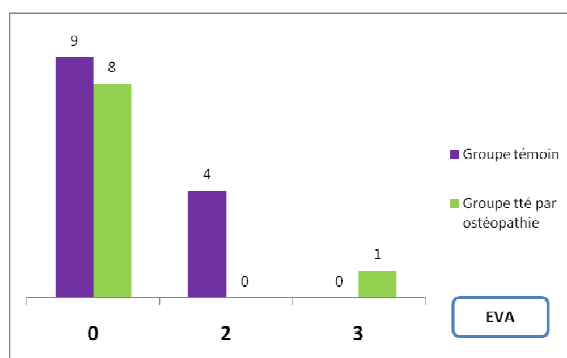


Figure 25

Les douleurs persistantes sont des douleurs peu intenses.

A noter que la patiente présentant un EVA à 3 avait sa 8^{ème} côte de déplacée.

Ressenti : La douleur est surtout gênante la nuit.

✚ *Intervention de l'ostéopathe*

L'ostéopathe est intervenue à différents niveaux :

- Sur le point de ponction même.
 - L3-L4 : 4 fois
 - Muscle carré des lombes : 4 fois
- Autour du point de ponction car certaines patientes avaient des douleurs de dos datant de la grossesse.
 - C7-T1 : 2 fois
 - T12-L1 : 4 fois
 - L1-L2 : 1 fois
 - L5-S1 : 2 fois

2.5.4. EVOLUTION DE TOUTES LES DOULEURS OML DU POST-PARTUM :

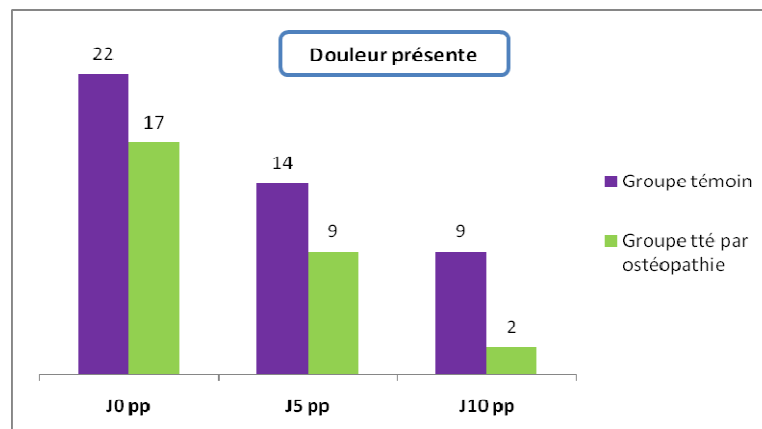


Figure 26

A J5 du post-partum, l'amélioration est plus rapide avec le traitement ostéopathique : 47% contre 37% pour le groupe témoin.

A J10 du post-partum, l'amélioration des patientes traitées par ostéopathie est notoire : il ne persiste que 2 femmes présentant des douleurs contre 9 du groupe témoin.

Note : Les douleurs persistantes après le traitement ostéopathique sont celles liées au muscle carré des lombes

2.5.5. Ostéopathie : accès initial ?

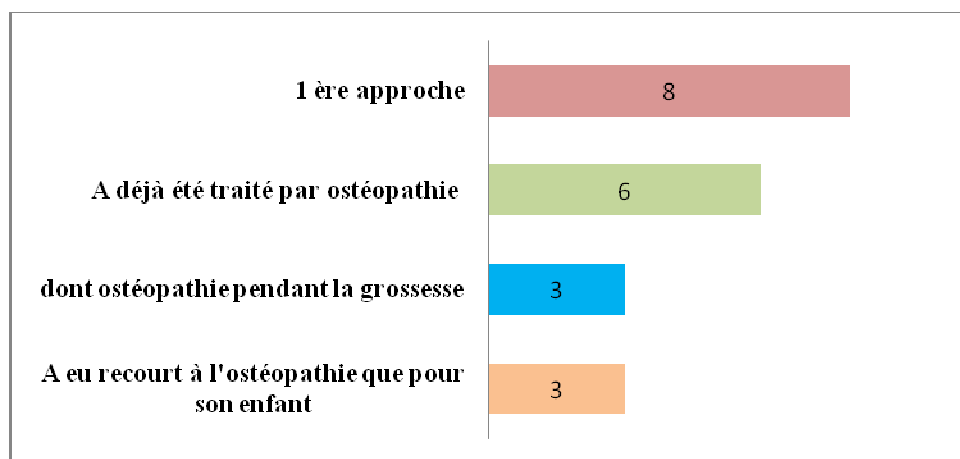


Figure 27

L'ostéopathie tend à ce faire connaître en maternité.

Plus de la moitié des femmes ont déjà eu recours à l'ostéopathie : soit pour elle (6), soit pour leur enfant(3).

Troisième Partie :

*ANALYSE, DISCUSSIONS, ET
PROPOSITIONS*

1. ANALYSE ET DISCUSSIONS

Il résulte de mon enquête que les douleurs osseuses, musculaires, et ligamentaires (OML) représentent 27 % des douleurs des accouchées voie basse et voie haute.

Soit :

- 3 % de douleur au niveau de la ceinture scapulaire
- 6 % de douleur de dos
- 8 % de douleur de bassin
- 10 % de douleur au point de ponction de péridurale

Ces douleurs sont souvent négligées dans les suites de couches, étant considérées comme « normales » après un accouchement. Pourtant, selon mon étude, **34 % des accouchées** s'en plaignent, soit 1/3 des patientes. Il est donc important de prendre en compte ces douleurs afin de permettre une prise en charge adéquate.

Dans mon étude, les douleurs OML touchent 52 accouchées (sur 151), dont 13 accouchées césarisées, et 39 accouchées voie basse.

❖ **CONCERNANT LES FEMMES CESARISEES :**

Les femmes césarisées ont été exclues de mon enquête du fait que l'ostéopathe ne pouvait intervenir sur leurs douleurs qu'à J6-J7 du post-partum ; la mobilisation de la patiente étant rendue délicate par la cicatrisation récente.

Cependant elles ont aussi des douleurs OML, qui sont surtout localisées au niveau de la ceinture scapulaire et du dos. La population des femmes césarisées a donc des **douleurs spécifiques OML au niveau de la partie haute et moyenne du dos.**

Ces douleurs pourraient s'expliquer par le positionnement des femmes dans leur lit à leur retour du bloc opératoire. En effet, elles sont encore sous effet de l'anesthésie et ne ressentent pas leur mauvais positionnement. Elles se mobilisent peu le premier jour, et adoptent souvent des positions vicieuses pour l'allaitement ou le portage de leur nouveau-né.

Une prévention pourrait être envisagée en service de suite de couches : les sages-femmes pourraient porter une attention particulière sur leur posture et sur la façon de se mouvoir. De plus, le lever précoce peut participer à la prévention de ces douleurs.

Si les douleurs OML persistent, ces femmes peuvent être manipulées par un ostéopathe, vers le 6^{ème} jour du post-partum.

❖ **CONCERNANT LES ACCOUCHEES VOIE BASSE**

Cette population répond aux critères les plus couramment rencontrés dans la population générale (selon l'âge, la parité, l'IMC). La majorité de ces femmes a accouché à terme et sous péridurale. Toutes ont eu une position d'accouchement en décubitus dorsal et un dégagement de la tête fœtale en OP.

Les douleurs OML concernent toutes les accouchées. Elles sont plus fréquentes avec l'âge, la parité, et lors d'antécédent d'extraction instrumentale.

Le poids des enfants n'a pas d'influence sur les douleurs OML.

Il est à noter que toutes les accouchées ont eu un traitement de **paracétamol à 3g par jour** qui leur a été proposé pour l'ensemble des douleurs du post-partum.

La médication en service de suites de couches est donc systématisée : il est délivré un même médicament pour différentes douleurs (OML, tranchées, douleur suture,...). De plus, le choix de la médication est limité.

Un **traitement complémentaire par AINS** est parfois associé en cas de douleurs OML importantes, ce qui permet de soulager ces douleurs, mais ne les fait pas disparaître.

Il peut être intéressant de se tourner vers d'autres alternatives, telles que l'ostéopathie ou l'homéopathie, en complément de la médication actuelle.

LES DOULEURS DE BASSIN

Elles regroupent les douleurs du sacrum parfois associées à des douleurs de coccyx, ainsi que les douleurs sacro-iliaques, et les douleurs symphysaires.

Les douleurs OML de la grossesse liées au bassin disparaissent la plupart du temps après l'accouchement. Elles sont souvent la conséquence de l'utérus gravide.

Les douleurs du bassin dans le post-partum sont engendrées soit par la grossesse, soit par l'accouchement.

Origine :

Les douleurs du bassin ont différentes origines : les articulations sacro-iliaques, l'articulation sacro-coccygienne, la jonction lombo-sacrée, et la symphyse pubienne. Ces localisations rappellent les différents mouvements qui permettent la descente et le dégagement du fœtus (mouvements de contre-nutation et nutation, rétropulsion du coccyx, mouvement de glissement et d'écartement de la symphyse pubienne). Suite à l'accouchement, le bassin peut se bloquer, c'est-à-dire que ses différentes articulations cessent de bouger entre elles provoquant des douleurs lorsque la femme se mobilise.

Il est à noter que la disjonction symphysaire provoque de violentes douleurs et handicape de manière importante la mobilité de la femme. Ce type de douleur répond bien à la manipulation ostéopathique.

Facteurs d'influence :

Les douleurs de bassin touchent autant les primipares que les multipares, et le fait d'avoir un travail rapide/expulsion rapide, ou un travail long/expulsion longue augmente de manière importante les douleurs de bassin. L'aide instrumentale (particulièrement le forceps), engendre plus fréquemment ce type de douleur.

Traitements:

L'ostéopathie semble être une alternative efficace sur les douleurs du bassin.

En effet, les manipulations simples et précises de l'ostéopathe engendrent une diminution nette des douleurs les jours qui suivent. Au dixième jour du post-partum, les douleurs de bassin des femmes ayant été traitées par l'ostéopathie

avaient totalement disparues, contrairement au groupe témoin, où la moitié des femmes avaient encore des douleurs importantes. J'ai pu constater que le paracétamol et les AINS diminuent les douleurs, mais ne les font pas disparaître.

Ces douleurs ne sont pas à négliger car elles handicapent les femmes au quotidien (mobilité, allaitement,...) et sont algiques. La médication pourrait être complétée par des manipulations ostéopathiques.

Dans certains pays (comme le Maghreb ou l'Afghanistan), les accouchées ont des manipulations de leur bassin dans les premières heures du post-partum, et les quarante jours suivant, ce qui se révèle efficace sur les douleurs de bassin. Une prise en charge précoce pourrait être envisagée au sein des services de suites de couches.

LES DOULEURS DE DOS :

Ces douleurs regroupent les douleurs au niveau des vertèbres thoraciques et des vertèbres lombaires.

Ces douleurs peuvent apparaître lors de:

- la grossesse : l'hyperlaxité des articulations ainsi que l'utérus gravide peuvent engendrer des déplacements ou des tassements de vertèbres,...
- l'accouchement : la femme va prendre différentes positions sur la table d'accouchement. Avec une analgésie péridurale, elle ne prend pas conscience des positions vicieuses qu'elle adopte.

Origine :

Ces douleurs ont différentes localisations :

- les « charnières » : C7-T1 (passage de la colonne cervicale à thoracique) et T12-L1 (passage de la colonne thoracique à lombaire).
 - ➔ Les « charnières » sont un lieu où les vertèbres sont plus mobiles et où elles se déplacent plus facilement.
- les autres vertèbres thoraciques ou lombaires
- le muscle carré des lombes (tendu du bord inférieur de la 12^{ème} côte à la crête iliaque) :

- Le muscle carré des lombes peut être, quant à lui, sollicité lors de la grossesse et de l'accouchement. La douleur qu'il suscite, nécessite un traitement plus long et une seconde manipulation ostéopathique.

Facteurs d'influence :

Les douleurs de dos touchent aussi bien les primipares que les multipares. Avoir un travail déclenché, une durée d'efforts expulsifs rapide ou longue, et parfois une aide instrumentale, influent sur ce type de douleur.

Traitements :

L'ostéopathie permet de soulager ces douleurs rapidement et de les faire disparaître. La majorité des femmes du groupe traité par ostéopathie n'avait plus de douleur au dixième jour du post-partum, contrairement aux femmes du groupe témoin.

Le traitement ostéopathique en complément du traitement médicamenteux se révèle efficace sur les douleurs de dos.

DOULEURS AU POINT DE PONCTION DE PERIDURALE :

Ces douleurs sont localisées au niveau du point de ponction de péridurale, et autour de ce point.

Elles sont provoquées par la mise en place de l'analgésie péridurale en salle de naissance. Elles apparaissent lorsque la femme regagne sa chambre, alors que l'effet anesthésiant de la péridurale se dissipe.

Origine :

Ces douleurs peuvent s'expliquer, selon l'ostéopathe, par :

- **Un « traumatisme » lors du passage de l'aiguille de Tuohy :** l'aiguille traverse la peau et le tissu sous-cutané, le ligament sus et inter-épineux, et le ligament jaune. Cela provoque une inflammation plus ou moins importante des tissus (œdème), et par conséquent, peut engendrer une douleur.
- **Le stress de la parturiente** lors de la pose de l'analgésie péridurale : la patiente se contracte lors de l'anesthésie, ce qui provoque un spasme au niveau du muscle Carré des lombes, engendrant une douleur persistante dans les suites de couches.

- **De légers déplacements vertébraux** peuvent se produire pendant la grossesse et modifier l'axe de la colonne vertébrale, gênant alors la pose de l'analgésie péridurale. C'est pourquoi l'anesthésiste peut être amené à piquer plusieurs fois une péridurale. En effet, si la colonne vertébrale est « vrillée », le passage pour atteindre l'espace péridurale est plus limité.

En préventif, une séance d'ostéopathie pourrait être préconisée dans le huitième mois de la grossesse pour les femmes ayant des douleurs de dos importantes permettant ainsi de réduire la fréquence des douleurs au point de ponction.

Facteurs d'influence :

Les douleurs de point de ponction de péridurale touchent autant les primipares que les multipares. Les douleurs de dos pendant la grossesse influent sur les douleurs au point de ponction. Quelque soit le nombre de tentatives, la pose de l'analgésie péridurale peut induire une douleur. Toutefois, chaque échec implique une douleur plus fréquente et plus intense.

Traitements :

La douleur au niveau du point de ponction de la péridurale disparaît pour la moitié des femmes du groupe témoin dans les cinq jours, cela correspondant à la résorption de l'œdème. Ces douleurs persistent quand elles concernent des vertèbres déplacées, ou un spasme au niveau du muscle carré des lombes. Certaines peuvent persister au delà du dixième jour du post-partum ! Les femmes s'en plaignent surtout la nuit.

Dans le cas des douleurs au point de ponction, les manipulations ostéopathiques réduisent la durée de la douleur, montrant une efficacité à proximité du geste et dans le long terme.

2. PROPOSITIONS

2.1. Ostéopathie en maternité ?

Par cette enquête, le constat est que l'ostéopathie apporte une nette amélioration sur les douleurs osseuses, musculaires et ligamentaires (OML) dans le post-partum. En effet, les douleurs de bassin et de dos diminuent lors du traitement ostéopathique. Les douleurs de point de ponction de périurale répondent plus rapidement après le geste et ne perdurent pas après le dixième jour du post-partum.

Il serait donc bénéfique d'associer l'ostéopathie à la médication actuelle du post-partum.

Cette prise en charge améliore les suites du post-partum. Les femmes peuvent se mouvoir plus facilement sans qu'aucune douleur ne se manifeste. L'allaitement est facilité, et les soins de nursing deviennent aisés pour la mère.

Les femmes ayant eu recours à l'ostéopathie sont en majorité convaincues par son « pouvoir » thérapeutique. Elles ont vu leurs douleurs disparaître les jours suivant le traitement ostéopathique, pour la majorité.

Elles se sont senties en confiance lors des manipulations de l'ostéopathe. Si elles ont été surprises pour certaines par la réaction de leur corps, elles ont constaté un effet bénéfique immédiat du geste sur la douleur qu'elles ressentaient. Ce soulagement rapide apporte aux patientes un réconfort et un apaisement psychologique, favorisant le bon déroulement du post-partum.

Ces femmes m'ont confié qu'elles trouvaient dommage que l'ostéopathie soit si peu connue. Elles auraient aimé être informées de la possibilité d'y avoir recours pendant leur grossesse. L'ostéopathie est perçue comme contre-indiquée pendant la grossesse, alors qu'elle permet de soulager de nombreux maux telle une sciatique, des douleurs OML, des troubles digestifs et circulatoires.

Si le traitement médicamenteux et le repos ne diminuent pas les douleurs et que la mobilité de la femme enceinte est réduite, le traitement ostéopathique pourrait être envisagé.

L'ostéopathie est une discipline peu connue en France. Cependant, la demande est présente et en augmentation ces dernières années.

Une autre population est concernée par l'ostéopathie : les nouveau-nés.

Le nouveau né a subi des contraintes physiques lors de la grossesse et de l'accouchement, pouvant entraîner certaines dysfonctions. L'ostéopathe va réaliser un examen doux des différentes mobilités physiologiques (crâne, sacrum, abdomen) qui permettra de détecter d'éventuelles dysfonctions qui relèvent d'un traitement ostéopathique. Ce dernier permet de libérer l'enfant de ses tensions. Ainsi des troubles de la succion, des torticolis, ou encore des troubles du transit pourront être résolus....

C'est la principale demande qui est faite pour l'intervention de l'ostéopathe dans la maternité où j'ai réalisé mon enquête.

L'ostéopathie en maternité pourrait se développer, car elle est susceptible de concerner tant l'accouchée que le nouveau-né.

L'ostéopathie permet de traiter les accouchées sur leurs douleurs OML, ainsi que de réharmoniser l'équilibre viscéral de l'abdomen, mis à mal par la grossesse et le vide brutal généré par l'accouchement. Elle permet aussi de corriger les éventuelles fixations et déséquilibre de l'utérus et de ses ligaments. De même, une intervention auprès du nouveau-né peut être effectuée à la demande de la mère, pour corriger d'éventuelles dysfonctions. Cette pratique doit être faite en accord avec les pédiatres, qui doivent être informés et l'autoriser : « Un diagnostic doit être établi par un médecin attestant de l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie pour la manipulation du crâne, de la face, et du rachis chez un nourrisson de moins de six mois ».

A la clinique des Franciscaines à Versailles (clinique privé), Brigitte Peigné Mathieu, ostéopathe D.O., a travaillé bénévolement et par choix personnel pendant 3 ans en services de suites de couches, en y consacrant deux matinées par semaine. Cela lui a permis de se faire connaître auprès du personnel médical et paramédical. Ainsi, le personnel soignant était informé de ses pratiques et une collaboration s'est mise en place. Ce dernier identifiait les besoins auprès des patientes et de leur nouveau-né et les transmettait à l'ostéopathe lors de ses venues. Le contact avec certains pédiatres fut beaucoup plus délicat. Cela a pu être réalisé grâce à un dialogue constant.

Ainsi, elle a pu intervenir sur les nouveau-nés à la demande des mères sous réserve que la visite du pédiatre ait été effectuée avant.

Il lui arrive d'intervenir ponctuellement en salle d'accouchement à la demande du personnel obstétrical : sur des stagnations de dilatation et sur des présentations qui ne s'engagent pas.

Depuis le début de cette année, une information dans le livret d'accueil de la maternité spécifie qu'une intervention ostéopathique est possible. Certaines mutuelles la remboursent partiellement. L'ostéopathe intervient à la demande des patientes, lui permettant ainsi d'être rémunérée.

L'ostéopathie est encore peu répandue en France, et méconnue pour ses applications en gynécologie-obstétrique : sur 600 maternités françaises, seulement 30 ostéopathes interviennent en maternité. Pourtant, elle peut y avoir sa place....

- Une collaboration avec un ostéopathe est envisageable au sein de l'hôpital public, comme elle existe maintenant avec les kinésithérapeutes, les diététiciens et les psychologues.
- Une information sur l'usage de l'ostéopathie peut être faite auprès du personnel soignant de la maternité, permettant la détection des différentes douleurs nécessitant un traitement ostéopathique. Une collaboration avec un ou plusieurs ostéopathes peut y être envisagée, soit au sein de la maternité, soit à l'extérieur, pour couvrir toute l'amplitude des soins.

2.2. Rôle de la sage-femme dans les douleurs OML

La sage-femme tient une place primordiale dans le post-partum.

Elle assure le suivi auprès des accouchées chaque jour, détecte les différentes douleurs et est à même de proposer un traitement adapté.

Article R.4127-326 du code de la santé publique :

« La sage-femme doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes les plus appropriées et, s'il y a lieu, en s'entourant des concours les plus éclairés. »

Article R.4127-325 du code de la santé publique :

« 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 ».

Article R.4127-304 du code de la santé publique :

« La sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances dans les conditions prévues par l'article L.4153-1 ».

L'ensemble de ces articles du code de santé publique met en évidence les devoirs des sages-femmes envers les patientes.

La sage-femme doit être en mesure d'identifier les différentes douleurs du post-partum et en avoir connaissance afin d'élaborer un traitement adapté.

Ainsi, la sage-femme peut dépister plus particulièrement les douleurs osseuses, musculaires et ligamentaires (OML) dans le post-partum.

Le dépistage va se faire :

- par l'analyse de **son dossier**, afin de détecter les différents facteurs d'influence aux douleurs OML : travail rapide ou long, expulsion difficile, aide instrumentale, ...
- par l'**interrogatoire** de la patiente,
- par **son examen clinique associé**

Ils vont permettre de préciser le siège, l'intensité de la douleur, et d'évaluer le retentissement fonctionnel de cette douleur dans la vie quotidienne de la femme

Ce dépistage est d'une importance capitale et doit se faire le plus précocement possible.

Le temps de séjour des femmes en maternité tend à se raccourcir de plus en plus, ce qui instaure une difficulté dans la prise en charge de ces douleurs. Les femmes, passant de moins en moins de temps en maternité et, impatientes de rentrer chez elles, ont tendance à sous-évaluer certaines de leurs douleurs.

Or, nous avons vu au cours de l'enquête que certaines douleurs OML persistent après le dixième jour du post-partum, si elles ne sont pas prises en charge de manière adaptée.

La sage-femme peut proposer à la patiente :

- **un traitement médicamenteux.**

Elle peut prescrire la prise de paracétamol. Cependant, si la douleur est importante, un médecin peut prescrire la prise d'un AINS pendant les 48 premières heures du post-partum (la prise d'un AINS doit être un traitement à court terme).

- **un traitement homéopathique.**

La sage-femme peut utiliser :

- une dose d'ARNICA MONTANA 30CH, permettant un rétablissement rapide de l'état général, favorisant la cicatrisation et la récupération musculaire. Cette dose doit être administrée douze heures après l'accouchement. De plus, l'ARNICA MONTANA agit sur l'œdème du point de ponction péridurale, facilitant sa résorption.
- pour le traitement des lombalgies, RUTA GRAVEOLENS 9CH (5 granules, 2X par jour) peut être donné.
- MUREX PURPUREA 9CH (5 granules, 2X par jour) agit quant à lui sur la pesanteur des organes pelviens, l'endolorissement de l'utérus et du bas ventre et sur la douleur des lombes et des hanches,

L'homéopathie est considérée comme un complément à la médication actuelle. Elle est sans nocivité pour la femme et n'est pas contre-indiqué avec l'allaitement. La sage-femme peut être formée à l'usage de l'homéopathie en maternité par des formations. Celles-ci peuvent être proposée au sein de l'hôpital.

- **des positions antalgiques :**

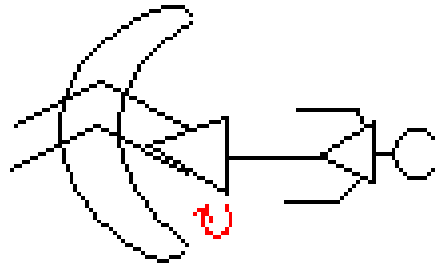
Il existe différentes positions qui peuvent prévenir et soulager les douleurs OML :

➤ *En décubitus dorsal :*

C'est une position qui permet le repos de la colonne vertébrale.

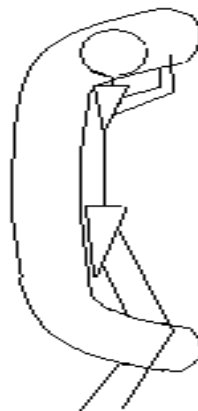
Un coussin d'allaitement est placé sous les genoux de la patiente, pour obtenir la « délordose ». La bascule du bassin est réalisée : soit par la patiente si elle a conscience du mouvement, soit par la sage-femme. Il suffit de placer les avant-bras sous le bassin, les mains sous le dos de la femme, en posant les coudes au sol. La femme se relâche, puis, il faut retirer progressivement ses mains, marquer l'enroulement du bassin, et tirer légèrement vers le haut (le périnée se dirige vers le plafond).

Cette position permet une détente complète du rachis, du muscle carré des lombes, et des abdominaux.



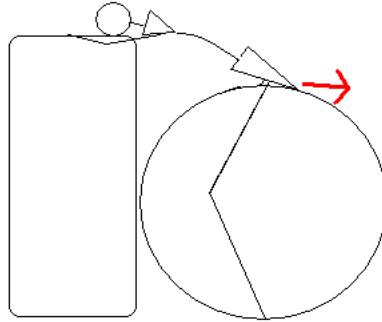
➤ *En décubitus latéral :*

La femme se couche sur le côté, replie ses genoux. Un coussin d'allaitement est placé sous sa tête longeant son dos et se terminant entre ses genoux (de façon à avoir les hanches et les genoux correctement alignés).



➤ *Sur un ballon :*

La femme s'assoie sur un ballon en se plaçant face à son lit. Elle dépose ses avant bras sur le lit et bascule son bassin vers l'arrière. C'est une position d'étirement du rachis lombaire.



La sage-femme peut orienter la patiente vers une **prise en charge ostéopathique, en réponse à ses douleurs OML.**

Elle peut expliquer que l'ostéopathie est une pratique manuelle, permettant la restauration de la mobilité des différentes structures de l'organisme, et soulageant les douleurs OML par des gestes respectant la mobilité du corps.

Enfin, la sage-femme a un rôle dans la **prévention des douleurs OML.**

Il ne suffit pas de soulager les douleurs OML du post-partum précoce, il faut aussi tenter de prévenir l'apparition d'autres douleurs OML pouvant survenir suite à de mauvaises postures. Ainsi, des conseils ergonomiques pourront être proposés à la mère en lien avec ses nouvelles activités (positions d'allaitements, port de l'enfant,...) lors de la visite de sortie des suites de couches.

Conclusion

Les douleurs osseuses, musculaires, et ligamentaires (OML) concernent 34 % des accouchées. Elles ont pour origine la grossesse, et/ou l'accouchement. Ces douleurs sont ressenties comme intenses et limitent la mobilité de la patiente au quotidien.

La sage-femme doit donc y être attentive, afin de les diagnostiquer le plus tôt possible et d'y adapter une prise en charge adéquate. Pour cela, différents types de traitements sont à sa portée : les antalgiques, l'homéopathie ou encore des positions antalgiques.

Cependant, la sage-femme peut orienter la patiente vers un ostéopathe. En effet, nous avons pu constater à travers cette enquête que l'ostéopathie apportait une amélioration nette des douleurs OML. L'ostéopathe, par des manipulations douces et précises, va restaurer la mobilité du rachis et du bassin, mis à mal par la grossesse et l'accouchement, engendrant la disparition de ces douleurs en quelques jours. Cette prise en charge permet une amélioration des suites du post-partum : les femmes peuvent mieux se mouvoir, facilitant l'allaitement et les soins de nursing.

Cependant, l'enquête n'a pas pu démontrer que cette prise en charge diminuait la durée de prise de médication, ceci s'expliquant par une médication systématique et unique d'un ensemble de douleurs du post-partum. Mais, nous pouvons remarquer que dans l'enquête, aucune des femmes du groupe traité par ostéopathie n'a eu recours à la prise d'un anti-inflammatoire (AINS).

L'ostéopathie a une place en maternité, pour les mères et leurs nouveau-nés.

La sage-femme et l'ostéopathe peuvent travailler ensemble, comme nous l'avons vu dans ce mémoire, et apprendre l'un de l'autre. Cette collaboration permettrait une complémentarité des soins proposés aux patientes. De plus, les récents textes de loi permettent aux sages-femmes de se former à l'ostéopathie.

L'ostéopathie émerge, en France, seulement depuis quelques années et n'est pas encore connue de tous, mais la satisfaction des patientes à son égard laisse présager une augmentation des demandes ces prochaines années....

BIBLIOGRAPHIE

1. CALAIS-GERMAIN B., Le périnée féminin et l'accouchement. Édition Désiris, 2006, 158p
2. CALAIS-GERMAIN B, Anatomie pour le mouvement. Édition Désiris, 2005, pages 43-49
3. MERGER R, LEVY J, ET AL, Précis d'obstétrique, 6^{ème} édition, Edition Masson, 2001, pages 48-69
4. LANSAC J, MARRET H, ET AL., Pratique de l'accouchement, 4^{ème} édition, Edition Masson, 2006, pages 55-76
5. BEHR P, sage-femme, Le bassin obstétrical, enseignement de 2006 à l'école de sage-femme de Metz
6. DR LEMARIE P, Gynécologue- obstétricien, Anatomie fonctionnelle du périnée, enseignement de 2006 à l'école de sage-femme de Metz
7. Site internet : <http://fr.wikipedia.org>, système lymphatique
8. DR HUBERT, Pédiatre, Physiologie de la douleur, enseignement de 2006 à l'école de sage-femme de Metz
9. Site internet : <http://www.inrp.fr>, la composante de la douleur
10. Site internet : <http://www-ulpmed.u-strasbg.fr>, évaluation de la douleur
11. Site internet : <http://www.infirmiers.com>, M ROCHAS, les antalgiques
12. Site internet : <http://www-ulpmed.u-strasbg.fr>, Les antalgiques
13. Site internet : <http://fr.wikipedia.org>, ostéopathie

14. Site internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>, Décret n°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie
15. Site internet : <http://www.osteofrance.com>, ostéopathie et grossesse
16. PEIGNE-MATHIEU B, ostéopathe D.O, document d'information « l'ostéopathie »
17. Site internet : <http://fr.wikipedia.org>, homéopathie
18. Site internet : <http://www.esculape.com>, Homéopathie : applications pratiques en gynécologie-obstétrique
19. Site internet : <http://dumenat.smbh.univ-paris13.fr>, Diplôme universitaire d'homéopathie
20. Site internet : <http://www.chu-st-etienne.fr>, les bobos de la grossesse, CHAULEUR C, VULLIEZ L
21. Site internet : <http://fr.wikipedia.org>, acupuncture
22. Site internet : <http://www-smbh.univ-paris13.fr>, DIU d'acupuncture obstétricale
23. Site internet : <http://www.acupuncture-quebec.com>, Grossesse, accouchement et acupuncture
24. Site internet : <http://www.doctissimo.fr>, Les douleurs musculaires : les bienfaits du chaud
25. Site internet : <http://bienetreaboutdesdoigts.ifrance.com>, Les vertus du massage
26. D'OLIER F, sage-femme, XXème journée pyrénéennes de gynécologie, Les douleurs du post-partum, 3 pages

ANNEXE 1

Enquête :

1. Renseignement généraux

- Nom/Prénom : - Taille : IMC.....
- Age : - Poids avant grossesse :
- Parité : - Prise de poids :
- Situation professionnelle :

2. Facteurs favorisant la pathologie

- ATCD :
 - Chirurgicaux
 - Médicaux (douleurs antérieures à la grossesse,...)
 - Gynécologiques
 - Obstétricaux
- Déroulement de la grossesse (CU, vomissements, nausées, oedèmes, douleurs lombaires / coccyx, sciatique, douleur ligamentaire / osseuses, ...)
- Hospitalisation ? Nombre :

3. Déroulement du travail et de l'accouchement

- Age gestationnel :
- Début de travail : spontané / déclenchement / RPM / autre
- APD : oui / non si oui, nombre de fois piquée :
- Durée du travail :, de l'expulsion :
- Position d'accouchement : DD / autre
- Présentation : OP / OS / siège
- Aide instrumentale : Ventouse / Forceps
- Déchirure (degré)/ Épisiotomie
- Poids du BB (macrosomie, RC / IU) :grammes

4. Suites de couches (patientes ayant eu un traitement ostéopathique en plus du traitement médical)

- *A J..... du post-partum*
- Vécu de l'accouchement
- **Douleur(s) :**
 - Type de douleur / Localisation**
 - **Évaluation de la douleur (EVA) :** 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10

Intervention / geste

- **Évaluation après l'intervention**
J0 : 0/1/2/3/4/5/6/7/8/9/10
J2 : 0/1/2/3/4/5/6/7/8/9/10
J10 : 0/1/2/3/4/5/6/7/8/9/10

 - **Traitement pris pendant le séjour en maternité (anti-douleur, AINS,) / Durée**
 - **Ressenti ou vécu à J10**
 - **Bien être :**
 - **Désagrément**
 - **A quel moment y a-t-il eu une amélioration nette des douleurs ?**
 - **Ostéopathie : accès initial ou pas ?**
 -
-

4. Suites de couches (patientes ayant eu un traitement médical ou non)

- A J..... du post-partum
- Vécu de l'accouchement
- **Douleur(s) :**
Type de douleur / Localisation
- **Évaluation de la douleur (EVA) avant traitement:**
0/1/2/3/4/5/6/7/8/9/10
- **Traitement / Durée**
- **EVA après traitement :**
J0 : 0/1/2/3/4/5/6/7/8/9/10
J2 : 0/1/2/3/4/5/6/7/8/9/10
J10 : 0/1/2/3/4/5/6/7/8/9/10

- **Ressenti ou vécu à J10**
 - **Bien être :**
 - **Désagrément**

- **A quel moment y a-t-il eu une amélioration nette des douleurs ?**

ANNEXE 2

Décret n°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie

Le Premier ministre,
Sur le rapport du ministre de la santé et des solidarités,
Vu le code pénal, notamment son article 131-13 ;
Vu le code de la santé publique ;
Vu la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec l'administration, notamment son article 21 ;
Vu la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 modifiée relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, notamment ses articles 75 et 127 ;
Vu le décret n° 92-604 du 1er juillet 1992 portant charte de la déconcentration, notamment son article 4 ;
Vu le décret n° 97-34 du 15 janvier 1997 modifié relatif à la déconcentration des décisions administratives individuelles ;
Vu le décret n° 2006-672 du 8 juin 2006 relatif à la création, à la composition et au fonctionnement des commissions administratives à caractère consultatif ;
Vu le décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 relatif à la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation ;
Vu l'avis de la Haute Autorité de santé en date du 18 janvier 2007 ;
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

CHAPITRE 1ER : ACTES AUTORISES.

Article 1

Les praticiens justifiant d'un titre d'ostéopathe sont autorisés à pratiquer des manipulations ayant pour seul but de prévenir ou de remédier à des troubles fonctionnels du corps humain, à l'exclusion des pathologies organiques qui nécessitent une intervention thérapeutique, médicale, chirurgicale, médicamenteuse ou par agents physiques. Ces manipulations sont musculo-squelettiques et myo-fasciales, exclusivement manuelles et externes. Ils ne peuvent agir lorsqu'il existe des symptômes justifiant des examens paracliniques.

Pour la prise en charge de ces troubles fonctionnels, l'ostéopathe effectue des actes de manipulations et mobilisations non instrumentales, directes et indirectes, non forcées, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de santé.

Article 2

Les praticiens mentionnés à l'article 1er sont tenus, s'ils n'ont pas eux-mêmes la qualité de médecin, d'orienter le patient vers un médecin lorsque les symptômes nécessitent un diagnostic ou un traitement médical, lorsqu'il est constaté une persistance ou une aggravation de ces symptômes ou que les troubles présentés excèdent son champ de compétences.

Article 3

I. - Le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe ne peut effectuer les actes suivants :

1° Manipulations gynéco-obstétricales ;

2° Touchers pelviens.

II. - Après un diagnostic établi par un médecin attestant l'absence de contre-indication médicale à l'ostéopathie, le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe est habilité à effectuer les actes suivants :

1° Manipulations du crâne, de la face et du rachis chez le nourrisson de moins de six mois ;

2° Manipulations du rachis cervical.

III. - Les dispositions prévues aux I et II du présent article ne sont pas applicables aux médecins ni aux autres professionnels de santé lorsqu'ils sont habilités à réaliser ces actes dans le cadre de l'exercice de leur profession de santé et dans le respect des dispositions relatives à leur exercice professionnel.

CHAPITRE 2 : PERSONNES AUTORISEES A FAIRE USAGE PROFESSIONNEL DU TITRE D'OSTEOPATHE

SECTION 1 : TITULAIRES D'UN DIPLOME SANCTIONNANT UNE FORMATION SPECIFIQUE A L'OSTEOPATHIE.

Article 4 : Modifié par [Décret n°2008-1441 du 22 décembre 2008 - art. 1](#)

L'usage professionnel du titre d'ostéopathe est réservé :

1° Aux médecins, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers autorisés à exercer, 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.

2° Aux titulaires d'un diplôme délivré par un établissement agréé dans les conditions prévues aux articles 5 à 9 du décret du 25 mars 2007 susvisé ;

3° Aux titulaires d'une autorisation d'exercice de l'ostéopathie ou d'user du titre d'ostéopathe délivrée par l'autorité administrative en application des articles 6 ou 16 du présent décret.

Article 5

L'autorisation de faire usage professionnel du titre d'ostéopathe est subordonnée à l'enregistrement sans frais des diplômes, certificats, titres ou autorisations de ces professionnels auprès du préfet du département de leur résidence professionnelle. En cas de changement de situation professionnelle, ils en informent cette autorité. Lors de l'enregistrement, ils doivent préciser la nature des études suivies ou des diplômes leur permettant l'usage du titre d'ostéopathe et, s'ils sont professionnels de santé, les diplômes d'Etat, titres, certificats ou autorisations mentionnés au présent décret dont ils sont également titulaires. Il est établi, pour chaque département, par le représentant de l'Etat compétent, une liste des praticiens habilités à faire un usage de ces titres, portée à la connaissance du public.

SECTION 2 : RESSORTISSANTS D'UN ETAT MEMBRE DE LA COMMUNAUTE EUROPEENNE OU PARTIE A L'ACCORD SUR L'ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN.

Article 6 : Modifié par [Décret n°2008-1441 du 22 décembre 2008 - art. 1](#)

Peuvent être autorisés à faire usage professionnel du titre d'ostéopathe les ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen qui, sans posséder l'un des diplômes mentionnés à l'article 4 du présent décret, ont suivi avec succès un cycle d'études les préparant à l'exercice de cette activité et répondant aux exigences fixées aux articles 7 à 12 et qui sont titulaires :

1° D'un ou plusieurs titres de formation permettant l'exercice de cette activité dans un Etat membre ou un Etat partie qui régit l'accès ou l'exercice de cette activité, délivrés :

a) Soit par l'autorité compétente de cet Etat et sanctionnant une formation acquise de façon prépondérante dans un Etat membre ou un Etat partie, dans des établissements d'enseignement qui dispensent une formation conforme aux dispositions législatives, réglementaires ou administratives de cet Etat membre ou partie ;

b) Soit par un Etat tiers, à condition que soit fournie une attestation émanant de l'autorité compétente de l'Etat membre ou de l'Etat partie qui a reconnu le ou les titres de formation, certifiant que le titulaire de ce ou ces diplômes, certificats ou autres titres a une expérience professionnelle pertinente dont il atteste par tout moyen ;

2° Ou d'un ou plusieurs titres de formation délivrés par l'autorité compétente d'un Etat membre ou partie qui ne régit pas l'accès à cette activité professionnelle ou son exercice. L'intéressé fournit un certificat de l'autorité compétente de cet Etat attestant de la préparation à cette activité et justifie de son exercice à temps plein pendant deux ans au cours des dix dernières années dans cet Etat ou de son exercice à temps partiel pendant une durée correspondante au cours de la même période.

Article 7 : Modifié par [Décret n°2008-1441 du 22 décembre 2008 - art. 1](#)

Lorsque la durée de la formation de l'intéressé est inférieure d'au moins un an à celle de l'un des diplômes mentionnés à l'article 4 ou lorsque la formation de l'intéressé porte sur des matières substantiellement différentes de celles qui figurent au programme de l'un de ces diplômes ou lorsqu'une ou plusieurs des activités professionnelles dont l'exercice est subordonné au diplôme précité n'existent pas dans le cadre de la profession correspondante de l'Etat membre d'origine ou n'ont pas fait l'objet d'un enseignement dans cet Etat, l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation peut exiger, après avoir apprécié les qualifications professionnelles, attestées par l'ensemble des titres de formation et l'expérience professionnelle pertinente, que l'intéressé choisisse soit de se soumettre à une épreuve d'aptitude, soit d'accomplir un stage d'adaptation dont la durée ne peut excéder trois ans et qui fait l'objet d'une évaluation.

Article 8 : Modifié par [Décret n°2008-1441 du 22 décembre 2008 - art. 1](#)

Les ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen qui souhaitent faire usage professionnel en France du titre d'ostéopathe en application de l'article 6 doivent obtenir une autorisation d'exercice délivrée par le préfet de région dans la région où ils souhaitent exercer.

La demande d'autorisation d'usage du titre d'ostéopathe, accompagnée d'un dossier dont la composition est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, est adressée au préfet de région qui délivre un récépissé à réception du dossier complet.

Article 9 : Modifié par [Décret n°2008-1441 du 22 décembre 2008 - art. 1](#)

L'ostéopathe peut faire usage de son titre de formation dans la langue de l'Etat qui le lui a délivré. Il est tenu de faire figurer le lieu et l'établissement où il a été obtenu.

Dans le cas où ce titre de formation est susceptible d'être confondu avec un titre exigeant en France une formation complémentaire que le professionnel n'a pas suivie, le préfet de région peut décider que celui-ci doit porter le titre de formation de l'Etat membre d'origine dans une forme appropriée qu'il lui indique. L'ostéopathe exerce son activité sous le titre professionnel français.

Article 10 : Modifié par [Décret n°2008-1441 du 22 décembre 2008 - art. 1](#)

L'ostéopathe doit posséder les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de cette activité en France.

Le préfet de département apprécie le caractère suffisant de la maîtrise de la langue française par l'intéressé lors de la procédure prévue à l'article 5 du présent décret.

Si les connaissances linguistiques s'avèrent insuffisantes, la procédure est suspendue. Cette décision peut être contestée devant le préfet de région.

Article 11 : Modifié par [Décret n°2008-1441 du 22 décembre 2008 - art. 1](#)

Le préfet compétent, après avis de la commission régionale mentionnée à l'article 16 du présent décret, statue sur la demande d'autorisation par une décision motivée prise dans un délai de quatre mois à compter de la date du récépissé mentionné à l'article 8.

L'absence de réponse dans ce délai vaut rejet de la demande.

Dans le cas où l'intéressé est soumis par cette décision à l'épreuve d'aptitude ou au stage d'adaptation mentionnée à l'article 7, le représentant de l'Etat compétent accorde l'autorisation après réussite à l'épreuve d'aptitude ou validation du stage d'adaptation.

La délivrance de l'autorisation d'usage du titre d'ostéopathe permet au bénéficiaire d'exercer son activité dans les mêmes conditions que les personnes titulaires du diplôme mentionné à l'article 4.

Article 12 : Modifié par [Décret n°2008-1441 du 22 décembre 2008 - art. 1](#)

L'épreuve d'aptitude mentionnée à l'article 7 a pour objet de vérifier au moyen d'épreuves écrites ou orales que l'intéressé fait preuve d'une connaissance appropriée des matières qui ne lui ont pas été enseignées initialement ou qu'il n'a pu acquérir par une expérience professionnelle.

Le stage d'adaptation mentionné à l'article 7 a pour objet de donner à l'intéressé les connaissances définies à l'alinéa précédent. Il comprend un stage pratique, réalisé sous la responsabilité d'un professionnel qualifié, accompagné éventuellement d'une formation théorique complémentaire.

Article 12-1 : Créé par [Décret n°2008-1441 du 22 décembre 2008 - art. 1](#)

L'ostéopathe, ressortissant d'un Etat membre de la Communauté européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, qui est établi et exerce légalement les activités d'ostéopathe dans un Etat, membre ou partie, peut exécuter en France des actes professionnels dans les conditions fixées par le présent décret, de manière temporaire et occasionnelle, sans avoir à procéder à l'enregistrement prévu par l'article 5.

Le caractère temporaire et occasionnel de la prestation de services est apprécié au cas par cas, notamment en fonction de sa durée, de sa fréquence, de sa périodicité et de sa continuité.

Lorsque l'exercice ou la formation conduisant à l'activité d'ostéopathe n'est pas réglementé dans l'Etat où il est établi, le prestataire de services doit justifier y avoir exercé pendant deux ans au moins au cours des dix années précédentes.

La libre prestation de services est subordonnée à une déclaration écrite préalable, établie en français, lors de la première prestation ou en cas de changement matériel dans la situation du prestataire. Cette déclaration comporte notamment les renseignements relatifs à la nationalité, aux qualifications professionnelles et à l'assurance professionnelle du demandeur. Elle atteste également de l'établissement légal et de l'absence d'interdiction temporaire ou définitive d'exercer de celui-ci.

Cette déclaration est renouvelée une fois par an si le prestataire souhaite effectuer une nouvelle prestation de services. En cas de changement dans sa situation au regard des documents précédemment fournis, le prestataire déclare ces modifications et fournit les pièces correspondantes.

Lorsque la déclaration, accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives, a été faite, le préfet de région informe le prestataire, dans un délai n'excédant pas un mois, de la transmission de son dossier à la commission prévue à l'article 16 en vue de la vérification de ses qualifications professionnelles. Ce dernier est informé du résultat de ce contrôle par le préfet de région.

Dans le cas où un complément d'information est demandé par le préfet de région au prestataire, ce délai est prorogé d'un mois à compter de la réception des documents.

Si cette vérification met en évidence une différence substantielle entre les qualifications professionnelles du prestataire et la formation exigée en France, de nature à nuire à la santé publique, le préfet de région demande à l'intéressé de démontrer qu'il a acquis les connaissances et compétences manquantes par une épreuve d'aptitude.

La réussite à l'épreuve d'aptitude est notifiée par le préfet de région au prestataire dans le délai de deux mois à compter de la réception de la déclaration. En cas d'échec, le prestataire est informé qu'il ne peut réaliser sa prestation.

En l'absence de réponse du préfet de région dans les délais fixés dans les alinéas ci-dessus, la prestation de services peut être effectuée.

Le préfet de région enregistre le prestataire sur une liste spécifique et lui adresse un récépissé comportant son numéro d'enregistrement dans un délai n'excédant pas un mois.

Le prestataire de services peut faire usage de son titre de formation dans la langue de l'Etat qui le lui a délivré. Il est tenu de faire figurer le lieu et l'établissement où il l'a obtenu. Dans le cas où ce titre de formation peut être confondu avec un titre exigeant en France une formation complémentaire que le professionnel n'a pas suivie, le préfet de région peut prescrire que celui-ci doit porter le titre de formation de l'Etat membre d'origine dans une forme appropriée qu'il lui indique.

La prestation de services est réalisée sous le titre professionnel de l'Etat d'établissement rédigé dans l'une des langues officielles de cet Etat. Dans le cas où ce titre professionnel n'existe pas dans l'Etat membre d'établissement, le prestataire fait mention de son titre de formation dans la langue officielle ou dans l'une des langues officielles de cet Etat membre. Toutefois, dans le cas où les qualifications ont été vérifiées, la prestation de services est réalisée sous le titre professionnel français.

L'ostéopathe doit posséder les connaissances linguistiques nécessaires à la réalisation de sa prestation de services en France. En cas de doute, le préfet de département vérifie, à la demande du préfet de région, le caractère suffisant de sa maîtrise de la langue française. Une nouvelle vérification peut être faite à la demande de l'intéressé par le préfet de région.

Le prestataire de services est soumis aux règles relatives aux conditions d'exercice de l'ostéopathie, à l'usage du titre professionnel ainsi qu'aux règles régissant cette activité.

Article 13 : Modifié par [Décret n°2008-1441 du 22 décembre 2008 - art. 1](#)

Sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé :

- 1° Les conditions d'organisation, les modalités de notation de l'épreuve d'aptitude et la composition du jury chargé de l'évaluer ;
- 2° Les conditions d'organisation et de validation du stage d'adaptation et des formations théoriques complémentaires qui y sont associées ;
- 3° La liste des pièces et des informations à produire pour l'instruction du dossier accompagnant la demande ;
- 4° Les informations à renseigner dans les relevés statistiques ;
- 5° Les modalités et critères d'évaluation des connaissances de la langue française exigées du demandeur ;
- 6° Les modalités d'application de l'exercice de l'activité en libre prestation de services et notamment le modèle de la déclaration, les informations qu'elle comporte ainsi que la liste des pièces justificatives qui l'accompagnent.

Section 3 : Dispositions diverses.

Article 14

Les praticiens autorisés à faire usage du titre d'ostéopathe doivent indiquer, sur leur plaque et tout document, leur diplôme et, s'ils sont professionnels de santé en exercice, les diplômes d'Etat, titres, certificats ou autorisations professionnelles dont ils sont également titulaires.

Article 15

Le fait pour une personne non autorisée de pratiquer les manipulations et mobilisations mentionnées à l'article 1er est passible de l'amende prévue pour les contraventions de la 5e classe.

Cette sanction n'est pas applicable aux médecins et aux autres professionnels de santé habilités à réaliser ces actes dans le cadre de l'exercice de leur profession de santé lorsqu'ils agissent dans le respect des dispositions relatives à leur exercice professionnel.

CHAPITRE 3 : MESURES TRANSITOIRES.

Article 16 : Modifié par [Décret n°2007-1564 du 2 novembre 2007 - art. 1 JORF 4 novembre 2007](#)

I. - A titre transitoire et par dérogation aux dispositions de l'article 4, l'autorisation d'user du titre professionnel d'ostéopathe est délivrée après avis de la commission mentionnée au II :

1° Par le préfet de région du lieu d'exercice de leur activité, aux praticiens en exercice à la date de publication du présent décret justifiant de conditions de formation équivalentes à celles prévues à l'article 2 du décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 visé ci-dessus ou attestant d'une expérience professionnelle dans le domaine de l'ostéopathie d'au moins cinq années consécutives et continues au cours des huit dernières années.

Si aucune de ces deux conditions n'est remplie, la commission peut proposer des dispenses de formation en fonction de la formation initialement suivie.

2° Par le préfet de région du siège d'implantation de l'établissement ayant assuré la formation, aux personnes justifiant de conditions de formation équivalentes à celles prévues à l'article 2 du décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 et qui ont suivi :

a) Soit une formation en ostéopathie attestée par un titre de formation délivré en 2007 par un établissement non agréé ou un titre de formation délivré au cours de l'une des cinq années précédentes par un établissement agréé ou ayant présenté une demande d'agrément dans les conditions prévues à l'article 10 du décret n° 2007-437 du 25 mars 2007 visé ci-dessus ;

b) Soit une formation en ostéopathie attestée par un titre de formation délivré en 2008 par un établissement non agréé.

La commission peut, le cas échéant, proposer des dispenses de formation en fonction de la formation initialement suivie.

II. - La commission mentionnée au I est présidée par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant. Elle comprend quatre personnalités qualifiées titulaires et quatre personnalités qualifiées suppléantes nommées par le préfet de région choisies en raison de leurs compétences dans les domaines de la formation et de leur expérience professionnelle en santé et en ostéopathie. Ses membres sont nommés pour une durée de trois ans renouvelable une fois.

La commission se réunit dans les conditions fixées par le décret n° 2006-672 du 8 juin 2006 relatif à la création, à la composition et au fonctionnement des commissions consultatives à caractère consultatif. Les frais de déplacements et de séjour de ses membres sont pris en charge dans les conditions prévues par la réglementation applicable aux fonctionnaires de l'Etat.

Article 17 : Modifié par [Décret n°2008-1441 du 22 décembre 2008 - art. 2](#)

Les praticiens en exercice à la date de publication du présent décret qui souhaitent bénéficier de l'autorisation mentionnée à l'article 16 en formulent la demande auprès du préfet de région. L'autorité administrative, saisie avant le 31 mars 2009, statue dans un délai de quatre mois à compter de la date de réception de la demande d'autorisation réputée complète. Pour bénéficier des dispositions du a du 2° du I de l'article 16, les personnes concernées déposent un dossier de demande d'autorisation avant le 31 décembre 2007 qui doit faire l'objet d'une décision avant le 31 décembre 2008.

A défaut d'une décision dans ces délais, la demande est réputée rejetée.

La composition du dossier de demande d'autorisation est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Ce dossier comporte notamment tous les éléments concernant la formation suivie ou l'expérience en ostéopathie.

A la réception du dossier complet, il est délivré à l'intéressé un récépissé destiné à l'enregistrement provisoire du titre d'ostéopathe. Cet enregistrement ouvre droit à l'usage temporaire du titre d'ostéopathe jusqu'à la décision du représentant de l'Etat.

Pour bénéficier des dispositions du b du 2° du I de l'article 16, les personnes concernées déposent un dossier de demande d'autorisation dans les deux mois suivant l'obtention de leur titre de formation.

Article 18 : Abrogé par [Décret n°2008-1441 du 22 décembre 2008 - art. 3](#)

Article 19

Le ministre de la santé et des solidarités et le ministre de l'outre-mer sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Par le Premier ministre : Dominique de Villepin
Le ministre de la santé et des solidarités, Xavier Bertrand
Le ministre de l'outre-mer, François Baroin

ANNEXE 3

LISTE DES MUTUELLES REMBOURSANT LES SOINS OSTÉOPATHIQUES

- AGF prend en charge les consultations d'ostéopathie à condition de souscrire au contrat "AGF TONUS / Latitude Santé".
- ALPIS , 33 cours Albert Thomas 69445 Lyon Cedex 03 (Tél. : 04.72.36.16.16)
- APICIL.
- APRICE
- Apthema Santé (B.P. 26 33291 Blanquefort cedex Tél. 05.56.57.17.52) rembourse 45 euros par séance d'ostéopathie dans la limite des frais réels.
- ARCIL.
- BCA MMA.
- Le Cabinet Vandamme rembourse dans la plupart de ses contrats l'ostéopathie.
- CAIRPSA-CARPRECA 61 rue de Pfastatt 68100 Mulhouse (Tél. : 03.89.33.24.00)
- Caisse de prévoyance « La Boétie » 64 bis, rue de Monceau 75008 Paris
- Caisse Complémentaire des Cadres.
- Caisse des Chantiers Navals de l'Atlantique.
- CAPRICEL groupe Magdebourg 45770 SARAN Téléphone 02.38.74.50.20
- CAPRICEL-IRPELEC-APRICE B.P.4 75761 PARIS cedex 16 Tél. : 01.44.05.77.77.
- Certaines Caisses Agricoles.
- C.M.A. (Caisse mutuelle d'assurance et de prévoyance).
- Direct-Assurfinance rembourse environ 23 euros par consultation dans la limite de 3 consultations par an.
- GAN.
- Gay-prévoyance prend en charge les consultations d'ostéopathie à condition de souscrire au contrat "Formule 300" ou "Formule 400" qui remboursent jusqu'à 183 euros par an.
- Groupe BELLINI.
- Groupe MORNAY.
- Groupe ELVIA.
- Groupe PRECA.
- Groupe A.Z.U.R.
- Groupe MOLITOR.
- Groupe MERCER, option 3.
- Groupe I.C.A.
- Groupe MALAKOFF.
- Groupe GENERALI.
- Groupe FRANCE-MUTUELLE, médiane 23€, optimale 30,50€ par consultation (n° Azur :.0810363737)
- IRPELEC.
- INTEGRANCE, 89 rue DAMREMONT 75882 Paris cedex 18.Elle crée pour 2004 un forfait " ostéopathie" d'un montant de 150 euros par an.
- La Mondiale prend en charge l'ostéopathie: 4 consultations maximum par an et par assuré remboursées à hauteur du tarif de convention généraliste. Contrats concernés : Individuels: Mondiale Santé Individuel Collectifs : Mondiale Santé «La Mondiale encourage le recours aux médecines naturelles comme l'ostéopathie, l'homéopathie, l'acupuncture, la chiropraxie sous réserve de consulter des praticiens inscrits auprès d'une association reconnue.» Christine MEERSCHMAN Chef de Produits SANTE de La Mondiale.
- Le Lien Familial 146, rue croix d'or 73000 Chambéry (Tél. :04.79.33.21.18)
- MATMUT Assurances 16, rue Guilhempierre 04100 Manosque.

- Ménage Prévoyant, option plus (7,40€ par visite)
- M.F.I.F 12, villa Laugier 75849 Paris (Tél. : 01.43.80.06.62)
- MNCI prend en charge les consultations d'ostéopathie jusqu'à environ 92 euros par an.
- Mutuelle de l'Anjou rembourse les ostéopathes DO sur la base de 75 euros par an et par personne.
- Mutuelle fam.de l'Ardèche 17, Bd Stalingrad 07400 Le Teil Tél. : 04.75.49.07.75.
- Mutuelle générale des salariés (130€ par an)
- Mutuelle PRECOCIA 6, rue de l'étoile 63007 Clermont-Ferrand Cedex (Tél. : 04.73.31.75.00)
- Mutuelle de France 04 16, avenue des arcades 04200 Sisteron 04.92.61.14.94.
- Mutuelle de la B.N.P.
- Mutuelle de la R.A.T.P.
- Mutuelle Civile de la Défense.
- Mutuelle de l'Armée de l'Air, 160 bis, rue de Paris 92645 Boulogne-Billancourt fax : 02 41 22 80 35. Web: www.mutaa.fr. Rembourse les soins dispensés par les membres de la Chambre Nationale
- Mutuelle d'organisation sociale.
- **Mutuelle Familiale de l'Ile de France** (50€ par consultations espacées de 15 jours)
- Mutuelle VERTE.
- OPEGA rembourse les actes d'ostéopathie à concurrence de 80% des frais réels, jusqu'à 30 ou 40€ suivant les formules. Tél. 01.42.74.58.35
- Prado Mutuelle, du groupe Prémalliance. Deux de ses Packplus, "Punch" et "Zen", prévoient le remboursement de 4 séances d'actes spécifiques, qui comprennent l'ostéopathie, par an. Ces garanties sont consultables sur devismutuelle.com.
- PREVIADÉ Mutuelle de Prévoyance 11, avenue du Rhin 54520 Laxou (Tél. 03.83.93.26.26)
- Régime spécial d'assurance maladie de la chambre du commerce et de l'industrie.
- Société Mutualiste du Personnel du C.C.F.
- SMEBA prend en charge les consultations d'ostéopathie à condition de souscrire au contrat " Écume " qui rembourse jusqu'à environ 76€ par an.
- Société Mutualiste Inter Professionnelle Rhône-Alpes 5, avenue Chêvenne 74000 Annecy Tél. :04.50.45.76.21
- UMC (23€ par consultation, maximum 10 par an) 35/37, rue Sabin, 75011.
- Assurances Verspieren 65 bd du Gal de Gaulle 59100 ROUBAIX tel 0320457100
- VOA (verrière ouvrière albigeoise) siège :1 rue Arago 81000 ALBI.(rembourse 50%)

ANNEXE 4

DIPLOME UNIVERSITAIRE D'HOMÉOPATHIE

Ce diplôme est délivré conjointement par les universités Paris13 et Aix-Marseille II

Université de Paris13 : Pr. Antoine LAZARUS** – Dr. J. L. ALLIER*

Université de Marseille : Pr. Y. FRANCES ** – Dr. G. ROUGIER*

** Directeur de l'enseignement - * Responsable (coordonateur) de l'enseignement

Durée : 3 ans à raison de 8 séminaires (Samedi, Dimanche) par an, à partir du mois d'Octobre 2006.

Conditions d'inscription :

Docteurs en Médecine Français et Etrangers, Pharmaciens,
Chirurgiens- dentistes, Sages-femmes et Vétérinaires (DE).

Le contrôle des connaissances :

Concerne chaque année d'étude (1°, 2° et 3°) et comprend une épreuve écrite anonyme, et la réalisation du mémoire.

Equivalence universitaire :

Un étudiant ayant validé une ou deux années du diplôme peut demander son transfert vers une autre université contractante.

Modalités d'inscription administrative :

Les inscriptions sont prises et les droits acquittés auprès de l'Université contractante.
Frais de formation : 503.08 Euro pour l'année universitaire auxquels s'ajoutent les droits universitaires : 166.57 Euro

INSCRIPTIONS ET RENSEIGNEMENTS :

UFR SMBH – Secrétariat du DUMENAT

74, rue Marcel Cachin – 93017 BOBIGNY CEDEX.

Tél : 01.48.38.76.11 - Fax : 01.48.38.77.62 –

Intérêt de la formation :

Il s'agit de permettre aux acteurs de soins d'élargir leur panoplie thérapeutique à un domaine auquel recours 38% de la population et d'acquérir une ressource thérapeutique complémentaire à la thérapeutique allopathique classique.

La formation homéopathique permet au praticien de redécouvrir une sémiologie clinique étendue qui permet de prendre en compte l'ensemble de l'état fonctionnel et lésionnel du patient et de comprendre le processus évolutif de la maladie à travers l'histoire du patient.

L'approche homéopathique du malade et de la maladie entre dans une optique dynamique, personnalisée, individualisée et globalisée.

L'Homéopathie apporte une réponse efficace à de nombreuses souffrances chroniques

fonctionnelles pour lesquelles la réponse thérapeutique en médecine classique n'est pas toujours satisfaisante. Elle est également très utile dans de nombreuses pathologies aiguës et dans la prévention des pathologies récidivantes.

Par son approche conceptuelle l'homéopathie implique une réflexion approfondie sur la santé, la maladie, l'individu malade, le symptôme et les causes de la maladie.

La formation universitaire de l'homéopathie permet de découvrir les données actuelles de la recherche clinique et fondamentale dans ce domaine.

Les programmes :

La formation inclut l'aspect historique, les principes et concepts fondamentaux de l'homéopathie, la connaissance de la matière médicale homéopathique, l'utilisation du répertoire homéopathique et l'approche des pathologies aiguës et chronique selon la méthodologie homéopathiques ainsi que leurs préventions.

De plus, une approche des différents courants de pensée homéopathique est présentée par les différents intervenants.

Enfin, une mise en situation, sous formes d'exercices, est réalisée sur la base de cas cliniques rencontrés par les enseignants dans leurs propres consultations.

Enseignement :

1° année : 94 heures

- 1) Bases fondamentales théoriques
- 2) Pathologie aiguë : concept et traitement homéopathique
- 3) Matière médicale : étude de 40 remèdes homéopathiques

2° année : 94 heures

- 1) Approche conceptuelle de la pathologie chronique
- 2) Révisions et connaissances approfondies des 40 remèdes étudiés en 1° année
- 3) Etude des 20 remèdes supplémentaires
- 4) Exercice de répertorisation
- 5) Cas cliniques

3° année : 94 heures

Chaque spécialité aura une année spécifique

- Médecins,
- Pharmaciens,
- Sages – Femmes
- Chirurgiens – dentistes
- Vétérinaires

Mémoire de fin d'études :

Il doit être soutenu avant la fin de l'année civile de la 3° année. Cependant les candidats admissibles pourront le soutenir durant l'année civile qui suit la fin de la 3° année, en prenant une inscription (droits universitaires).

La non présentation du mémoire dans ce délai maximum d'un an, entraînera la perte du bénéfice de l'admissibilité : l'étudiant devra reprendre une inscription en troisième année à plein tarif et revalider l'ensemble des enseignements de troisième année.

ANNEXE 5

Traitements homéopathique des douleurs OML

➤ Lombalgies : (9CH, 5 granules 2 à 4 fois/jour)

KALIUM CARBONICUM : lombalgies améliorées en étant assis ou par une pression forte, sensation de genoux « qui lâchent ».

RUTA GRAVEOLENS : lombalgies, lombosciatiques ou coccygodynies, améliorées par le mouvement et aggravées par le repos.

HYPERICUM PERFORATUM : souvent associé à l'ARNICA: douleurs intenses des terminaisons nerveuses liées à une compression, un étirement (sciaticque, coccygodynies post-traumatique).

RHUS TOXICODENDRON: sciatalgies avec douleurs tiraillantes sur le trajet du nerf, améliorées par le mouvement, aggravées par le repos.

➤ Douleur au point de ponction péridurale : (9CH : 5 granules 2 fois/jour)

ARNICA MONTANA : hématome, œdème

➤ Crampe : (9CH : 5 granules 2 fois/jour)

CUPRUM METALLICUM : crampes violentes, début et fin brusques, aggravation la nuit

SECALE CORNUTUM : crampes des mollets pendant la grossesse

ZINCUM METALLICUM : impatiences (jambes sans repos) des membres inférieurs

➤ Douleurs ligamentaires : (9CH : 5 granules 2 fois/jour)

ARNICA MONTANA : courbatures, contusion, surtout si suite à une chute, à un effort musculaire, à une fatigue

BELLIS PERENNIS: courbatures, meurtrissures, surtout des muscles abdominaux et pelviens

MUREX PURPUREA: pesanteur des organes pelviens améliorée par les jambes croisées, endolorissement de l'utérus et du bas ventre, douleur des lombes et des hanches en étant couchée

RUTA GRAVEOLENS: lombalgies, lombosciatiques, coccygodynies améliorées par le mouvement et aggravées par le repos

➤ Après l'accouchement :

Une dose d'**ARNICA MONTANA 30CH** est préconisée dès la fin de l'accouchement (à renouvelé 24H après), ce qui permet un rétablissement rapide de l'état général, favorise la cicatrisation et la récupération musculaire.

ANNEXE 6

Diplôme interuniversitaire d'acupuncture obstétricale

Responsable	Responsables Universitaire: Pr. Antoine LAZARUS Responsables d'enseignement : Dr Denis COLIN
Partenariats	Ce diplôme est délivré sous le sceau conjoint de 3 universités contractantes Université de Nîmes, Université de Paris 13, Université de Strasbourg
Conditions d'accès	Selon les critères définis par le Conseil de Coordination Inter Universitaire du DIU d'Acupuncture, et conformément aux statuts, l'inscription est subordonnée à l'avis favorable d'une Commission, dirigée par le Directeur de l'Enseignement, dont le président peut éventuellement convoquer le candidat pour un entretien. Peuvent s'inscrire au DIU : - Les sages-femmes ayant le droit d'exercer en France. - Les sages-femmes titulaires d'un diplôme étranger, autorisant l'exercice dans leur pays et/ou dans le pays d'obtention du diplôme. - Les étudiants au cours de la dernière année des études de sage-femme. - Les étudiants en fin d'études de médecine. - Les médecins généralistes. - Les médecins généralistes ayant une capacité en gynécologie médicale. - Les médecins spécialisés en gynécologie obstétrique et désirant acquérir cette compétence particulière.
Enseignement	Durée : 2 ans à raison de 5 sessions par année de formation. Les cours ont lieu le vendredi de 13h à 20 h, le samedi toute la journée de 9h à 20h et le dimanche de 9h à 16 h. Cours théoriques : U.F.R. santé, médecine, biologie humaine. 74 rue Marcel Cachin 93017 Bobigny Cours pratiques : Services d'Obstétrique : Hôpital de Saint-Cloud — Hôpital des Diaconesses — Hôpital Max Forestier de Nanterre
Validation	Le contrôle des connaissances concerne chaque année d'étude. Première année : L'examen comprend une épreuve écrite anonyme, dont 50 % des questions sont issues de la banque interuniversitaire, établie par le Conseil de Coordination, ainsi qu'une épreuve pratique en cours de stage. Les stages de 1ère année portent sur la localisation des points et sont validés par une note comptant pour 1/4 de la note globale de l'examen. Deuxième année : Les élèves ayant été reçus aux épreuves de première année, et inscrits en deuxième année, passent un contrôle constitué d'une épreuve écrite anonyme en fin de formation, dont 50 % des questions sont issues de la banque interuniversitaire, ainsi que des épreuves pratiques. Les stages de 2ème année sont validés par un rapport de stage et une note de stage. Les étudiants présentent aussi un mémoire, rédigé seul ou à deux dans les 6 à 12 mois qui suivent la réussite aux épreuves écrites, et dont la note compte aussi pour 1/4 de la note globale. Equivalence Interuniversitaire : Un étudiant ayant validé une année du diplôme peut demander son transfert vers une autre Université contractante.
Renseignements et inscriptions	IInscriptions : U.F.R. Santé, Médecine, Biologie Humaine Bureau 412 (algeco) – Mme Nadia OUARTI-SAIGHI/ Saliha KEDJAM/ Gina DOUALOT Avenue de la Convention – 93017 Bobigny cedex Tél. : 01 48 38 76 11/7601/8918 Fax : 01 48 38 77 62 mail: dumenat@smbh.univ-paris13.fr Secrétariat ouvert du Mardi au Vendredi de 9h à 12h et de 14h à 17h. coordination du DIU : Tél. :01 40 70 15 16 du lundi au vendredi de 9 h à 18 h mail : diu.aoparis@wanadoo.fr
Cout de la formation	Frais de formation : Les étudiants doivent s'acquitter des droits universitaires et de formation chaque année. Droits ordinaires (perçus par l'université pour tous les étudiants): 147,01 € et : Droits spécifiques de formation initiale : 650 € ou : Droits spécifiques de formation continue : 1200 €

ANNEXE 7

Manipulation de la « daïa » afghane

FERMETURE DU BASSIN DANS L'AXE TRANSVERSAL :

Juste après l'accouchement, la tête de la femme est serrée avec un bandage qu'elle gardera une dizaine de jours. Un autre est placé autour du bassin et reste en place pendant 6 semaines. De plus, plusieurs fois pendant cette période lui est fait « le kash band » : un foulard est passé sous la tête de l'accouchée qui est allongée. Les deux femmes qui font la manœuvre se placent de chaque côté et croisent le foulard au dessus de la femme en le serrant, puis descendent tout le long du corps en répétant le mouvement tous les vingt centimètres jusqu'aux pieds. Elles terminent en tirant sur chaque orteil, puis replacent le foulard au niveau du bassin et le nouent. Les femmes afghanes disent de ce mouvement qu'il « fait disparaître toutes les douleurs de l'accouchement.

FERMETURE DU DETROIT INFÉRIEUR DANS L'AXE ANTERO-POSTÉRIEUR :

La femme est allongée à terre. La daïa est debout à ses pieds et lui prend les deux chevilles, pose un pied sur la symphyse et tire sur les deux jambes. Cela provoque une contre-nutation du sacrum.

REEQUILIBRER LE BASSIN :

L'accouchée est allongée au sol. La daïa est assise à ses pieds et place son pied verticalement contre la vulve et aide la femme à s'asseoir en la tirant par les mains. Puis elle refait la manœuvre en s'aidant de l'autre pied. Les sages-femmes disent que ce mouvement a aussi pour fonction de réintégrer le périnée dans le schéma corporel.