



HAL
open science

Les lombalgies et la grossesse : rôle de la sage-femme dans la prévention et la prise en charge des lombalgies liées à la grossesse : revue de la littérature internationale entre 2002 et 2018

Elise Schaffner

► To cite this version:

Elise Schaffner. Les lombalgies et la grossesse : rôle de la sage-femme dans la prévention et la prise en charge des lombalgies liées à la grossesse : revue de la littérature internationale entre 2002 et 2018. Médecine humaine et pathologie. 2020. <hal-04342485>

HAL Id: hal-04342485

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04342485v1>

Submitted on 13 Dec 2023

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.



HAL Authorization



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-memoires-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 de Lorraine

Ecole de Sages-Femmes

de

Metz

Les lombalgies et la grossesse :

*Rôle de la sage-femme dans la prévention et
la prise en charge des lombalgies liées à la grossesse*

Revue de la littérature internationale entre 2002 et 2018

Mémoire présenté et soutenu par

SCHAFFNER Elise

Directrice de mémoire: MANGEOT Joëlle

Sage-femme enseignante

Promotion 2015-2019

Université de Lorraine

Ecole de Sages-Femmes

de

Metz

Les lombalgies et la grossesse :

*Rôle de la sage-femme dans la prévention et
la prise en charge des lombalgies liées à la grossesse*

Revue de la littérature internationale entre 2002 et 2018

Mémoire présenté et soutenu par
SCHAFFNER Elise

Directrice de mémoire: MANGEOT Joëlle
Sage-femme enseignante

Promotion 2015-2019

Remerciements

- ❖ Merci à ma directrice de mémoire, Mme Mangeot, sage-femme enseignante, qui m'a guidée durant toute l'élaboration de ce mémoire, merci pour ses encouragements, sa patience et son soutien.

- ❖ Merci à mon experte de mémoire, Mme Didierjean, ostéopathe, pour ses précieux conseils, pour m'avoir transmis ses connaissances sur l'ostéopathie et pour son investissement dans ce mémoire.

- ❖ Merci à ma famille, en particulier à mes parents, Catherine et Jean-Paul ainsi que mon frère Théophile, pour leur appui, leur écoute et leur présence à chaque étape de ma vie.

- ❖ Merci à mon ami Lazare, d'être toujours présent à mes côtés.

- ❖ Merci aux professionnels de santé que j'ai rencontrés au cours de l'élaboration de ce mémoire, d'avoir pris le temps de me transmettre leurs connaissances.

- ❖ Merci à mes amis, pour leur soutien permanent et leur disponibilité.

Sommaire

Remerciements	4
Sommaire	5
Introduction	9
Partie 1	10
1. GENERALITES	11
1.1. DEFINITION	11
1.2. EPIDEMIOLOGIE	11
1.3. CLASSIFICATION DES LOMBALGIES	11
1.4. ANATOMIE DU RACHIS ET DE LA REGION LOMBAIRE.....	12
1.5. MOUVEMENTS DES LOMBAIRES	12
1.6. LA DOULEUR ET SES VOIES	12
1.7. ECHELLE DE LA DOULEUR.....	13
2. ETIOLOGIES DES LOMBALGIES DURANT LA GROSSESSE	13
2.1. MODIFICATIONS HORMONALES	14
2.2. MODIFICATIONS MECANIQUES	14
2.3. MODIFICATIONS METABOLIQUES	14
2.4. MODIFICATIONS CIRCULATOIRES	14
2.5. ETIOLOGIES PSYCHOSOCIALES.....	15
3. DIAGNOSTIC DURANT LA GROSSESSE	15
3.1. ANAMNESE.....	15
3.2. EXAMEN CLINIQUE	16
3.3. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.....	16
4. PRISE EN CHARGE DES LOMBALGIES CHEZ LA FEMME ENCEINTE	16
4.1. TRAITEMENT.....	16
4.1.1. Traitement préventif	16
4.1.2. Traitement curatif	17
4.2. PRONOSTIC	17
4.3. CONSEQUENCES SUR LA QUALITE DE VIE DES FEMMES ENCEINTES	18
5. PREVENTION DES LOMBALGIES DURANT LA GROSSESSE	18
5.1. FACTEURS DE RISQUE.....	18
5.2. PLACE DE LA SAGE-FEMME.....	19
6. METHODES ALTERNATIVES	19
6.1. OSTEOPATHIE	19
6.2. AUTRES METHODES ALTERNATIVES.....	20

6.2.1. Yoga	20
6.1.2. Acupuncture	20
6.2.2. Homéopathie.....	20
6.2.3. Hypnose.....	20
6.2.4. Sophrologie.....	20
6.2.5. Méthode aquatique	20
6.2.6. Méthode Bonapace	21
6.2.7. Chiropraxie	21
Partie 2.....	22
1. MATERIELS ET METHODES.....	23
1.1. PROBLEMATIQUE	23
1.2. OBJECTIFS.....	23
1.2.1. Objectif principal.....	23
1.2.2. Objectifs secondaires.....	23
1.3. HYPOTHESES.....	23
1.4. CRITERES DE JUGEMENT.....	23
1.4.1. Critère de jugement principal	23
1.4.2. Critères de jugement secondaires	23
1.5. SCHEMA D'ETUDE.....	24
2. PRESENTATION DES ETUDES SELECTIONNEES.....	24
2.1. ETUDE A	24
2.2. ETUDE B	25
2.3. ETUDE C	26
2.4. ETUDE D	28
2.5. ETUDE E.....	29
2.6. ETUDE F.....	30
2.7. ETUDE G	31
2.8. ETUDE H	32
Partie 3.....	34
1. DISCUSSION DES RESULTATS.....	35
1.1. PRISE EN CHARGE DES LOMBALGIES DURANT LA GROSSESSE.....	35
1.2. IMPACT DES LOMBALGIES SUR LA VIE DES FEMMES ENCEINTES	36
1.3. ALTERNATIVES AU TRAITEMENT DES DOULEURS LOMBAIRES LIEES A LA GROSSESSE.....	38
2. PROPOSITION POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE	39

2.1. LE METIER DE SAGE-FEMME	39
2.1.1. La grossesse	40
2.1.2. L'accouchement	41
2.1.3. Le post-partum.....	42
2.1.4. Le suivi gynécologique.....	42
2.2. LES CONNAISSANCES SUR LA LOMBALGIE	42
Conclusion	44
Bibliographie.....	46
Table des matières	53
Annexes.....	56

Siglaire

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IASP : Association Internationale pour l'étude de la douleur

EVA : Echelle Visuelle Analogique

EN : Echelle Numérique

EVS : Echelle Verbale Simple

EIFEL : Echelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Evaluation des Lombalgies

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

SA : Semaines d'Aménorrhée

DRAD : Auto-questionnaire de Dallas

STOB : Soins obstétricaux classiques

MOM : Gestion Musculo-squelettique et Obstétricale Multimodale

IMC : Indice de Masse Corporelle

OMT : Traitement de Manipulation Ostéopathique

DM : Différence Moyenne

IC : Intervalle de Confiance

SMD : Différence Moyenne Standard

CG : Control Group

SG : Study Group

MCA : Médecine Alternative et Complémentaire

LBPGP : Low Back and Pelvic Girdle Pain

HAS : Haute Autorité de Santé

CNGOF : Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DPC : Développement Professionnel Continu

Introduction

La grossesse, par ses modifications corporelles et physiologiques, peut s'accompagner de troubles fonctionnels qualifiés de « *petits maux de la grossesse* ». Ceux-ci, souvent sous-estimés ou ignorés par les professionnels de santé, peuvent à des degrés divers, perturber la santé des femmes, l'équilibre et le vécu de la grossesse. La lombalgie est un problème courant durant la grossesse et fait partie de ces maux, en particulier la lombalgie commune. [1] Ces douleurs peuvent avoir d'importantes répercussions sur la vie de la femme.

Les sages-femmes, exerçant une profession médicale à compétences définies auprès des femmes et des nouveau-nés, accompagnent les couples dans leur parentalité et jouent un rôle dans la prévention et le dépistage de pathologies. [2] Au cours de mes stages, je n'ai vu que très rarement ce sujet abordé et suivi d'une prise en charge. Lors de ma formation, que ce soit en libéral ou en hospitalier, plusieurs femmes enceintes ont évoqué leurs lombalgies à différents stades de la gestation. Je n'ai pas su répondre à leurs questionnements, de même que la sage-femme présente qui souvent, n'échangeait pas sur le sujet.

Cependant, la lombalgie étant très fréquente durant la gestation, il convient de la prendre en charge le plus précocement possible, afin dans un premier temps, d'améliorer la qualité de vie des femmes enceintes mais aussi dans un second temps, d'éviter le passage à la chronicité.

De ce constat est née la problématique suivante : En quoi la prise en charge des lombalgies par la sage-femme impacte-t-elle le vécu de la grossesse?

Les objectifs de cette revue de la littérature internationale sont les suivants : décrire l'impact des lombalgies sur le vécu de la grossesse, décrire les alternatives au traitement médicamenteux et les conséquences des lombalgies durant la grossesse, ainsi qu'analyser et comparer les moyens de prévention des lombalgies chez la femme enceinte.

Enfin, les hypothèses sont les suivantes : les femmes enceintes sont satisfaites de leur prise en charge en ce qui concerne les lombalgies ; les lombalgies durant la grossesse ont des conséquences sur la qualité de vie des femmes enceintes ; les médecines alternatives sont efficaces sur les lombalgies liées à la grossesse.

Dans un premier temps, je définirai la lombalgie et ses mécanismes ainsi que ses étiologies durant la grossesse. J'établirai son diagnostic et sa prise en charge pendant la grossesse ainsi que sa prévention. Je décrirai également les diverses méthodes alternatives existantes.

Dans un deuxième temps, je présenterai les différentes études choisies pour cette revue de la littérature concernant la lombalgie gestationnelle.

Enfin, j'analyserai et discuterai les résultats de la revue de la littérature afin de proposer, par la suite, des axes d'améliorations dans la pratique des sages-femmes.

Partie 1

1. GENERALITES

1.1. DEFINITION

Selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), les rachialgies désignent « *toute douleur siégeant au niveau du rachis vertébral ou à proximité de celui-ci* ». Les cervicalgies, les dorsalgies et les lombalgies sont ainsi distinguées. [3]

Les lombalgies sont définies par la Société Française de Rhumatologie comme une « *douleur lombo-sacrée située à la hauteur des crêtes iliaques ou plus bas, médiane ou latéralisée avec possibilité d'irradiation ne dépassant pas les genoux, mais avec prédominance de la douleur lombosacrée, durant au moins 3 mois, quasi quotidienne, sans tendance à l'amélioration* ». [4] Elles sont situées de D12 - L1 à L5 - S1. [5] (Annexe I)

1.2. EPIDEMIOLOGIE

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les lombalgies touchent 80% des individus à un moment ou à un autre de leur vie. [6] Les hommes et les femmes sont touchés de façon identique. La fréquence des lombalgies augmente en permanence et rapidement. Une des raisons incriminée dans cette croissance constante des douleurs lombaires est la non-maîtrise des conditions de travail par la plupart des travailleurs. [7]

La grossesse est une période de la vie d'une femme particulièrement à risque de lombalgies. La prévalence des lombalgies est environ de 45% pendant la grossesse, pouvant aller au-delà de 60%. Bien que les lombalgies apparaissent généralement au cours du deuxième trimestre de grossesse, ces douleurs peuvent survenir dès le premier trimestre. La fréquence augmente jusqu'à la naissance de l'enfant. Pour environ 25% de ces femmes, cette douleur se prolongera dans la période du post-partum. [8,9]

1.3. CLASSIFICATION DES LOMBALGIES

Les lombalgies sont classées en deux catégories. Tout d'abord, les lombalgies communes sont décrites comme des douleurs lombaires liées à l'arthrose vertébrale, antérieure ou postérieure, débutante ou évoluée. Majoritairement d'évolution spontanément régressive en quelques jours ou semaines, elles persistent cependant plus de deux mois chez 10% des patients. Le lumbago, souvent traduit par « *lombalgie aiguë* » est le tableau clinique le plus fréquent des lombalgies communes, celles-ci caractérisant les lombalgies liées à la grossesse.

Les lombalgies communes chroniques se définissent quant à elles, par la persistance des douleurs lombaires invalidantes au-delà de huit à douze semaines. En second lieu, les lombalgies symptomatiques, plus rares, sont des douleurs lombaires révélatrices d'affections rachidiennes ou extra-rachidiennes, notamment tumorales ou infectieuses. [7,8]

1.4. ANATOMIE DU RACHIS ET DE LA REGION LOMBAIRE

La colonne vertébrale appelée également le rachis, est composée de sept vertèbres cervicales de C1 à C7, douze vertèbres thoraciques de T1 à T12 sur lesquelles sont reliées les côtes, cinq vertèbres lombaires allant de L1 à L5 ainsi que cinq vertèbres sacrées constituant le sacrum de S1 à S5 et le coccyx.

Des courbures se succèdent. Tout d'abord, se présente une lordose cervicale convexe en avant, puis une cyphose thoracique concave en avant, une lordose lombaire ainsi qu'une cyphose sacrée. [8] Le rachis a d'une part, une fonction mécanique permettant la station debout et assise et assurant la mobilité du tronc et d'autre part, une fonction neurologique.

Les disques intervertébraux relient entre eux les corps des vertèbres et jouent le rôle d'une articulation et d'un amortisseur. Le rachis lombaire est une partie très mobile et exposée aux lésions dégénératives. A ce niveau, les nerfs sortant de la colonne vertébrale contrôlent la motricité et la sensibilité des membres inférieurs. [10]

1.5. MOUVEMENTS DES LOMBAIRES

L'amplitude des mouvements de la colonne vertébrale varie selon la région et selon les individus. La mobilité de la colonne vertébrale est tout d'abord liée à la compressibilité et à l'élasticité des disques intervertébraux. La région lombaire étant très mobile, l'extension de la colonne vertébrale y est la plus importante et habituellement, elle est de plus grande amplitude que la flexion. Cette région se distingue par la hauteur élevée des disques intervertébraux par rapport à celle des corps vertébraux. L'inclinaison latérale de la colonne vertébrale y est également maximale. [11]

1.6. LA DOULEUR ET SES VOIES

Selon l'Association Internationale pour l'étude de la douleur (IASP), la douleur est « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes impliquant une telle lésion* ». [12] Les stimuli nociceptifs menacent l'intégrité du corps et activent un ensemble de récepteurs sensoriels : les nocicepteurs. La nociception peut être considérée comme un système d'alarme protégeant l'organisme. En effet, elle déclenche des réponses réflexes et comportementales permettant d'en supprimer la cause et ainsi d'en limiter les conséquences. Les nocicepteurs uni-modaux sont activés par des stimulations mécaniques intenses et les nocicepteurs polymodaux répondent aux modalités précédentes de stimulation physique mécanique mais aussi à des stimulations de nature thermique ou chimique. [13]

Il est important de noter l'aspect psychologique du phénomène douloureux, la notion de douleur étant subjective, du fait de la transmission des informations douloureuses aux structures nerveuses adéquates qui diffère de chaque individu. [14]

1.7. ECHELLE DE LA DOULEUR

Lors de la prise en charge de la douleur, il convient d'évaluer la douleur afin d'identifier les facteurs somatiques, psychologiques et sociaux participant à la douleur. Cette évaluation passe tout d'abord par l'écoute et surtout par l'utilisation d'échelles et de questionnaires validés permettant ainsi d'identifier, quantifier et décrire la douleur.

En premier lieu, l'auto-évaluation correspond à une évaluation par le patient lui-même, adulte ou enfant à partir de quatre à six ans et capable d'expliquer l'intensité ou les caractéristiques de la douleur. Celle-ci est à privilégier dans la mesure du possible. Il existe deux types d'échelles d'évaluation de la douleur : les échelles unidimensionnelles qui permettent une estimation globale et ne mesurent que l'intensité de la douleur ainsi que les échelles pluridimensionnelles comprenant les différentes dimensions de la douleur de manière à la fois quantitative et qualitative. Parmi les échelles unidimensionnelles chez l'adulte, nous retrouvons notamment l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) mesurant l'intensité douloureuse à l'aide d'une réglette, l'Echelle Numérique (EN) mesurant la même dimension de la douleur en donnant une « note » de 0 à 10, l'Echelle Verbale Simple (EVS) qualifiant la douleur avec chaque adjectif associé à un score ainsi que le schéma corporel permettant d'identifier la zone douloureuse et ses irradiations. (Annexe II) Au niveau des échelles multidimensionnelles chez l'adulte, il existe différents questionnaires comme le questionnaire de Saint Antoine évaluant quantitativement et qualitativement la partie sensorielle et affective de la douleur.

En second lieu, l'hétéro-évaluation est l'évaluation par le personnel médical, de la douleur des adultes ne pouvant pas communiquer ou des enfants de moins de quatre ans. Les outils utilisés pour l'évaluation de la douleur dépendent du type de douleur. [15]

Dans le cas des lombalgies notamment durant la grossesse, l'auto-questionnaire de Dallas peut être utilisé afin d'évaluer l'impact de la lombalgie sur la vie quotidienne, de même que l'Echelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Evaluation des Lombalgies (EIFEL). [16]

2. ETIOLOGIES DES LOMBALGIES DURANT LA GROSSESSE

La grossesse, source de nombreuses modifications chez la femme, est par celles-ci, propice aux douleurs lombaires.

2.1. MODIFICATIONS HORMONALES

Pendant la grossesse, surviennent des modifications hormonales permettant le développement de l'utérus, de l'embryon et du fœtus. Ainsi, la sécrétion des oestrogènes et de la relaxine s'élève tôt durant la grossesse et augmente lors du troisième trimestre de la grossesse. Elle favorise le relâchement ligamentaire et une légère mobilité articulaire du bassin. En effet, l'oestrogène, une hormone stéroïdienne sécrétée par la thèque interne des follicules ovariens, augmente la sensibilité des récepteurs à la relaxine. Elle stimule le remodelage du tissu conjonctif au niveau notamment des ligaments. [8] La progestérone, une hormone stéroïdienne synthétisée par le placenta dès la sixième semaine de grossesse, provoque le relâchement ligamentaire des articulations. [17] Finalement, les hormones ont une influence sur la diminution du seuil nociceptif, ce qui expliquerait la sensibilité accrue à la douleur pendant la grossesse. [8]

2.2. MODIFICATIONS MECANIQUES

Au cours de la grossesse, l'équilibre est modifié avec le déplacement du centre de gravité, en particulier au troisième trimestre de la grossesse en raison de l'augmentation du poids de l'utérus gravide, son antéversion, l'augmentation générale du poids de la femme et du volume des seins. De plus, il est observé une hyperlaxité de certaines articulations comme la symphyse pubienne et les articulations intervertébrales. Physiologiquement, les muscles de la paroi abdominale se distendent également entraînant une accentuation de la cyphose thoracique et de la lordose cervicale et créant une hyperlordose lombaire. [8] La distension de la paroi abdominale affaiblit la ceinture musculaire abdominale. Ces modifications peuvent ainsi avoir pour conséquences des douleurs lombosacrées. [18]

2.3. MODIFICATIONS METABOLIQUES

Il existe des changements métaboliques importants liés à la minéralisation rapide du squelette fœtal. La grossesse peut être accompagnée d'une carence en magnésium du fait de la pauvreté de l'alimentation quotidienne en magnésium, pouvant être la cause de douleurs lombo-pelviennes. [1]

2.4. MODIFICATIONS CIRCULATOIRES

Durant la gestation, il est observé des modifications cardio-vasculaires et hémodynamiques. En effet, il y a une augmentation du travail du cœur avec l'installation d'une vasodilatation artérielle précoce et d'une hyper-volémie par rétention hydrosodée.

En décubitus dorsal, une compression de la veine cave inférieure par l'utérus gravide peut réduire le retour veineux et donc le volume d'éjection systolique entraînant une hypotension maternelle. [8] Certaines lombalgies seraient ainsi dues à un engorgement veineux dans le pelvis du fait de la position sur le dos. La position en décubitus latéral gauche permettrait de pallier à cet effet.

2.5. ETIOLOGIES PSYCHOSOCIALES

Durant cette période particulière de la vie d'une femme qu'est la grossesse, surviennent divers bouleversements psychologiques. Au début, c'est l'angoisse de la grossesse arrêtée qui domine, puis une période d'équilibre s'installe au deuxième trimestre. Au dernier trimestre, il y a une gêne par l'augmentation du développement de l'utérus qui devient importante.

Il est noté que les facteurs psychologiques ont un rôle dans la non-gestion du stimulus nociceptif. Le contexte environnemental et les conditions sociologiques (soutien social, vécu des grossesses précédentes, relations maternelles) jouent aussi un rôle dans la survenue de ces douleurs. [18] De même, les conditions de travail sont fortement incriminées dans la présence des lombalgies dans la population générale et chez la femme enceinte. [19]

Après avoir passé en revue les diverses étiologies de la lombalgie liées à la grossesse, nous allons évoquer son diagnostic au cours de la gestation.

3. DIAGNOSTIC DURANT LA GROSSESSE

3.1. ANAMNESE

L'interrogatoire constitue un temps essentiel de la consultation mensuelle de grossesse. Les lombalgies ne font cependant pas systématiquement partie de l'interrogatoire de la sage-femme au cours de la consultation prénatale. [8]

Si la patiente évoque une douleur, il convient de s'intéresser à six interrogations : le siège de la douleur, son rythme, l'influence des sollicitations mécaniques rachidiennes sur la douleur ainsi que la date et le mode de survenue. L'EVA peut être utilisée ici pour qualifier la douleur tandis que l'impact des lombalgies sur les activités de la vie quotidienne de la patiente peut être évalué par l'utilisation de l'échelle EIFEL. De même, le mode d'évolution des douleurs et les antécédents lombalgiques sont des interrogations à mettre en place. Avoir tous les éléments clés de l'anamnèse permet par la suite, de cibler l'examen clinique. [7] Enfin, il convient d'interroger sur les activités de la vie quotidienne, comme les mouvements, et le contexte environnemental (socio-économique, familial, social, professionnel, psychologique) afin d'éliminer les éventuels facteurs de risque et accompagner au mieux la femme.

3.2. EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique complète l'interrogatoire. Chez la femme enceinte, il diffère de celui pratiqué pour la population générale. En effet, certaines manoeuvres diagnostiques ne sont pas praticables chez les gestantes. L'examen rachidien ne faisant pas partie des compétences de la sage-femme, il convient d'en tenir compte. C'est pourquoi, il ne faut pas hésiter à orienter la patiente vers un spécialiste du rachis si la situation l'exige.

L'examen peut commencer par l'inspection et la palpation, la patiente étant en sous-vêtements. Une éventuelle boiterie, une hyperlordose importante ou une asymétrie des membres inférieurs peuvent ainsi être repérées. La palpation permet de déterminer le siège de la douleur et sa reproductibilité. Il existe des signaux spécifiques tels que le signe de Lasegue permettant de reproduire la douleur sciatique et la manoeuvre de Kernig étendant la moelle épinière et reproduisant ainsi la douleur. La manoeuvre de mobilisation du bassin recherche quant à elle, une instabilité de l'articulation sacro-iliaque. [3] (Annexe III)

Les examens complémentaires sont limités durant la grossesse. La radiologie, par exemple, à une dose supérieure ou égale à 200 mSv jusqu'à 10 Semaines d'Aménorrhée (SA), entraîne un risque malformatif pour l'embryon. [20] Selon la Société Française de Radiologie, « *En vertu du principe de précaution : tout examen non urgent autre que l'échographie pouvant être réalisé après l'accouchement doit être repoussé au delà de cette date* ». [21]

3.3. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Parmi les diagnostics différentiels de la lombalgie chez la femme enceinte, il est cité la pyélonéphrite ainsi que la colique néphrétique. De même, les contractions utérines sont parfois décrites comme partant des lombaires. L'appendicite peut aussi être évoquée durant la grossesse. [20] Ces diagnostics différentiels de la lombalgie sont ainsi à connaître et à éliminer pour prendre en charge la patiente de manière adéquate.

4. PRISE EN CHARGE DES LOMBALGIES CHEZ LA FEMME ENCEINTE

4.1. TRAITEMENT

Dans la population générale, le traitement est diversifié chez l'adulte lombalgique. Cependant, certains médicaments et pratiques sont impossibles chez la femme enceinte par la répercussion éventuelle sur le fœtus.

4.1.1. Traitement préventif

Le traitement préventif trouve un intérêt dans l'examen clinique systématique du rachis lors de la consultation du troisième mois de grossesse. Des informations d'hygiène de vie

semblent pertinentes et la notion de protection du dos dans les activités de la vie quotidienne est à évoquer. Les talons hauts sont à éviter, de même que le port de charges lourdes et les sports violents. Les mouvements de flexion forcée sont à éviter, plier les genoux au lieu de fléchir le tronc pour ramasser un objet est conseillé.

En position assise comme en voiture, l'idéal est d'avoir un dossier soutenant le mieux possible la colonne lombaire. En position couchée, il est recommandé d'être sur un plan relativement ferme. Les meilleures positions de sommeil seraient sur le dos ainsi qu'en « *chien de fusil* » en décubitus latéral gauche. La surcharge pondérale étant un facteur aggravant de la lombalgie, une hygiène alimentaire est alors nécessaire. [4] Garder une activité physique régulière, ni dangereuse, ni violente, comme la natation, améliorerait la qualité de vie de la femme enceinte et lui permettrait de mieux gérer la douleur.

4.1.2. Traitement curatif

Le traitement médicamenteux peut trouver sa place pour soulager les lombalgies de la femme enceinte. [4] Le paracétamol est possible à une dose maximale de 4 grammes par jour. Les Anti-inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) seraient autorisés de la 12^{ème} à la 24^{ème} SA. [22] La prise de myorelaxants est déconseillée au cours de la grossesse. [17]

La réalisation d'étirements et de postures est indiquée aux patientes lombalgiques afin de détendre les muscles et de corriger l'hyperlordose. Les exercices doivent, bien sûr, être adaptés selon le moment de la grossesse et les particularités de la patiente. L'application de chaleur notamment les bains chauds sont conseillés. La pratique de la relaxation prend tout son sens chez la femme enceinte lombalgique afin de rétablir une harmonie interne et atténuer la tension physique et psychique. De plus, les massages, pratiqués par un professionnel ou le conjoint, peuvent être conseillés.

La ceinture de grossesse, ceinture de maintien plus ou moins rigide conçue spécifiquement pour la femme enceinte, placée au niveau des articulations sacro-iliaques, contribue à corriger le déséquilibre présent durant la grossesse et à soulager les lombalgies en contenant efficacement le poids de l'utérus. [17] Enfin, les lombalgies peuvent être diminuées en ciblant les facteurs de risque détectés au cours de l'anamnèse de la femme enceinte.

4.2. PRONOSTIC

Les lombalgies durant la grossesse sont en grande majorité peu intenses et le plus souvent bénignes. Cependant, en l'absence de mesures prophylactiques, lors d'une nouvelle grossesse, elles réapparaîtront souvent plus précocement et de façon plus soutenue. En effet, la femme enceinte lombalgique a plus de risque de développer des douleurs multiples et

d'avoir des douleurs au cours d'une grossesse ultérieure. Durant le post-partum, l'évolution des douleurs lombo-pelviennes est majoritairement favorable, notamment dans les six mois suivant l'accouchement. [3,18]

4.3. CONSEQUENCES SUR LA QUALITE DE VIE DES FEMMES

Pour évaluer les éventuelles conséquences que peuvent entraîner les lombalgies sur la qualité de vie de la femme enceinte, il existe l'auto-questionnaire de Dallas (DRAD) validé par la section « *Rachis* » de la Société Française de Rhumatologie mêlant des éléments à la fois physiques, tels que les critères de capacité à soulever quelque chose et la position debout, et à la fois psychologiques, tels que les réactions défavorables des proches. [23]

Dans un article intitulé « *Rachis lombaire et la grossesse* », il est expliqué que « *dans 58% des cas, les lombalgies entraînaient des troubles du sommeil et 57% une gêne dans la vie quotidienne. Des effets sur la vie quotidienne ont été observés de façon minime dans 53,6%, modérée dans 33,2% des cas, sévère dans 11,2% des cas* ». Lorsque les lombalgies sont accompagnées de douleurs pelviennes, cela complique la sémiologie de la douleur par son intensité et ses conséquences fonctionnelles. [18]

Après nous être intéressés aux traitements de la lombalgie pendant la grossesse, nous allons étudier la prévention de ces lombalgies par l'établissement de ses facteurs de risque. Nous allons également nous centrer sur la place qu'occupe la sage-femme dans ce processus.

5. PREVENTION DES LOMBALGIES DURANT LA GROSSESSE

5.1. FACTEURS DE RISQUE

De nombreux facteurs de risque sont reconnus comme pouvant avoir un rôle dans l'apparition ou même l'aggravation des lombalgies. Dans la population générale, plusieurs études incriminent les efforts lombaires en flexion et en rotation, en particulier professionnels, et les antécédents de traumatisme lombaire. Le tabagisme, l'alcoolisme, ainsi que les antécédents de maladies psychosomatiques sont également retrouvés. [24] Un niveau social et d'éducation peu élevé, une précarité économique et/ou une instabilité familiale et/ou professionnelle sont autant de facteurs de risque majorant l'évolution chronique des lombalgies. De même, les lombalgies sont souvent assimilées à un contexte de fatigue et/ou de troubles du sommeil.

Les facteurs génétiques, la sédentarité, les traumatismes violents et brusques, ainsi que la pratique d'activité physique extrême peuvent jouer un rôle dans la survenue de ces lombalgies. La prise de poids, bien que souvent controversée, semble pouvoir être un facteur

de risque. [17] Une étude de l'American Collège of Obstétriciens and Gynecologists montre l'augmentation de la présence de lombalgies chez les femmes jeunes, âgées de moins de vingt ans. [9]

En ce qui concerne les dimensions psychologiques, la région lombaire est une partie capitale impliquée dans la position debout, la motricité ainsi que la fonction sexuelle. Elle a ainsi un rôle psychologique dans les douleurs. [14] La dépression, les états de tension et l'anxiété sont souvent cités comme facteurs psychosociaux. [14,25]

5.2. PLACE DE LA SAGE-FEMME

En tant que professionnel de santé, la sage-femme doit promouvoir la santé par la prévention primaire définie par l'OMS comme « *l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et à donc réduire, autant que faire se peut les risques d'apparition de nouveaux cas* ». [26]

La sage-femme joue un rôle primordial dans l'accompagnement et la prise en charge de la patiente lombalgique au cours de la grossesse et en post-partum.

Par la limite de son champ de compétences lors de l'examen clinique du rachis, sa prise en charge repose particulièrement sur l'anamnèse de la femme enceinte. Elle peut ainsi proposer un traitement adapté ou bien guider la patiente vers un professionnel apte à soulager les douleurs lombaires si la situation le nécessite.

Parfois formée dans les médecines alternatives que nous allons décrire par la suite, la sage-femme peut accompagner les femmes enceintes avec des méthodes variées et adaptées, ce qui est un atout considérable dans la prise en charge de ces lombalgies. [27,28]

6. MEDECINES ALTERNATIVES

6.1. OSTEOPATHIE

L'ostéopathie est une médecine apportant un regard spécifique sur l'obstétrique. En effet, la vision ostéopathique donne un autre point de vue complémentaire à une approche obstétricale plus classique. Par ses techniques mécanistes, l'ostéopathe assiste la nature et l'organisme de la femme au cours de la grossesse. Il doit considérer dans son approche et son raisonnement, l'individu dans son intégralité (physique, psychologique, environnementale). Son intervention consiste à améliorer et rééquilibrer la fonctionnalité mécanique de la patiente en agissant notamment sur la mobilité des patientes, tout en s'adaptant à chacune (âge gestationnel...). L'ostéopathe s'aide de tests et techniques adaptés à la grossesse pour optimiser les capacités du corps à se réguler et se guérir lui-même. Agissant sans pression et sans contrainte sur le fœtus, l'ostéopathie ne présente aucun risque sur l'enfant et sa mère. [29,30]

6.2. AUTRES METHODES ALTERNATIVES

6.2.1. Yoga

Le yoga peut permettre à la femme enceinte de se préparer dans la sérénité à son rôle de mère grâce aux bienfaits physiques et à l'apaisement mental que peut procurer cette pratique. De nombreuses postures et exercices sont adaptés à la femme enceinte afin de soulager la région lombaire. [31]

6.2.2. Acupuncture

L'acupuncture, une discipline dont la manière de procéder est propre à chacun, élabore son raisonnement diagnostique et thérapeutique sur une vision énergétique de l'Homme et de l'Univers. En médecine traditionnelle chinoise, l'équilibre postural repose sur divers méridiens sur lesquels s'appuient les professionnels de santé formés dans cet art thérapeutique. Il existe plusieurs points d'acupuncture pour soulager les lombalgies. [1]

6.2.3. Homéopathie

L'homéopathie, une autre médecine alternative, s'intéresse à l'individu dans sa globalité. C'est une médecine douce dénuée d'effets secondaires, faisant d'elle un outil de choix pour diminuer les douleurs lombaires durant la grossesse. [1] Sépia ou bien Kalium Carbonicum peuvent être utilisés, selon les caractéristiques mais aussi les symptômes de la patiente.

6.2.4. Hypnose

L'hypnose consiste à reproduire intentionnellement un état de conscience ayant un but variant selon le cadre de la séance. [32] Bien pratiquée et maîtrisée, elle peut être utilisée pour gérer les modifications physiologiques, hormonales et physiques durant la grossesse.

6.2.5. Sophrologie

La sophrologie quant à elle, est fondée sur des techniques de relaxation profonde et l'activation du corps et de l'esprit, permettant à la femme enceinte de lâcher prise et de lui apporter un bien-être souvent immédiat. [33]

6.2.6. Méthode aquatique

La méthode aquatique, associant des cours théoriques à des cours pratiques en piscine dans une eau chauffée, permet une détente de tous les muscles. Elle est ainsi idéale pour diminuer les douleurs articulaires. [33]

6.2.7. Méthode Bonapace

La méthode Bonapace, caractérisée par la participation du futur père, repose sur la perception de la douleur et mêle pression digitale, massages et postures. [33]

6.2.8. Chiropraxie

La chiropraxie est fondée sur une conception prenant en compte les facultés de récupération du corps humain. Elle peut détecter, corriger et prévenir des dysfonctionnements de l'appareil locomoteur et ses conséquences. Des actes de manipulation vertébrale, manuelle ou instrumentale, ou de manipulation des articulations du corps sont utilisés. [34] Cette méthode n'est pas contre-indiquée pendant la grossesse. [17]

Partie 2

1. MATERIELS ET METHODES

1.1. PROBLEMATIQUE

De l'analyse des données de la littérature nationale et internationale et des expériences vécues au cours de mes études de sage-femme, est née la problématique : En quoi la prise en charge des lombalgies par la sage-femme impacte-t-elle le vécu de la grossesse?

1.2. OBJECTIFS

1.2.1. Objectif principal

L'objectif principal a été de décrire l'impact des lombalgies sur le vécu de la grossesse ainsi que de décrire les alternatives au traitement médicamenteux.

1.2.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires ont été de décrire les conséquences des lombalgies durant la grossesse et d'analyser et comparer les moyens de prévention des lombalgies chez la femme enceinte.

1.3. HYPOTHESES

Les hypothèses ont été les suivantes : les femmes enceintes sont satisfaites de leur prise en charge en ce qui concerne les lombalgies ; les lombalgies durant la grossesse ont des conséquences sur la qualité de vie des femmes enceintes ; les médecines alternatives sont efficaces sur les lombalgies liées à la grossesse.

1.4. CRITERES DE JUGEMENT

1.4.1. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal a été le taux de satisfaction des femmes enceintes dans la prise en charge des lombalgies liées à la grossesse.

1.4.2. Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires ont été les suivants : le taux de femmes enceintes présentant des lombalgies ; le taux d'évaluation de la douleur des lombalgies durant la grossesse ; le taux d'antalgiques utilisés pour atténuer les lombalgies durant la grossesse ; le taux de médecines alternatives utilisées pour diminuer les lombalgies liées à la grossesse.

1.5. SCHEMA D'ETUDE

Cette étude a été fondée sur une revue de la littérature à l'aide de huit articles. Ceux-ci ont découlé de plusieurs sites en ligne : Elsevier Masson, PubMed et Scielo.

L'étude a inclus : les femmes enceintes majeures primigestes, primipares et/ou multipares, les grossesses physiologiques et simples, ainsi que des femmes en post-partum.

Les femmes ne présentant pas de lombalgies, n'ayant parfois pas été jusqu'au bout de l'étude et ne souhaitant pas participer n'ont pas été incluses dans l'étude.

Les femmes ne communiquant pas dans la langue de l'étude, les femmes ayant une grossesse gémellaire, présentant des troubles psychiatriques, des pathologies rachidiennes antérieures, des maladies inflammatoires, des lombalgies spécifiques et/ou ayant une grossesse à risque ont été exclues de l'étude. En ce qui concerne les études menées auprès de femmes dans la période du post-partum, celles entamant une nouvelle grossesse au cours de l'étude ont été exclues.

2. PRESENTATION DES ETUDES SELECTIONNEES

2.1. ETUDE A

« Women's experience of low back and/or pelvic pain (LBPP) during pregnancy »

« Expériences de la douleur lombaire et/ou pelvienne chez la femme durant la grossesse »

Close C, Sinclair M, Little D et al ont présenté en 2016 dans une revue internationale Midwifery, une étude anglaise qualitative comprenant 14 patientes auto-sélectionnées dans une maternité urbaine. [35] Un essai pilote contrôlé randomisé a été réalisé. Au départ, il a ciblé 90 femmes enceintes entre 26 et 29 semaines de gestation réparties au hasard en 3 groupes et ayant suivi un programme avec soit 6 semaines de bains de pied, soit 6 semaines de réflexologie, soit 6 semaines de soins prénataux habituels. Les 64 patientes ayant terminé l'essai ont été invitées à un groupe de discussion. Dans le groupe de discussion, 14 patientes présentant des lombalgies liées à la grossesse et étant disposées à participer, ont été incluses. Les patientes n'ayant pas répondu et/ou terminé le questionnaire, ont été exclues de l'étude.

L'objectif de cette étude a été d'explorer les expériences des femmes présentant des douleurs lombaires et/ou pelviennes pendant la grossesse.

Résultats de l'étude :

Dans celle-ci, 8 femmes sur 14 ont présenté une association de douleurs lombaires et pelviennes. 5 sur 14 des femmes interrogées ont exposé avoir eu uniquement des lombalgies

durant leur grossesse. Par l'utilisation de l'EVA au cours de l'essai, la douleur moyenne des participantes a été évaluée à 6,03.

En ce qui a concerné l'impact physique et émotionnel des douleurs lombaires et/ou pelviennes liées à la grossesse, une femme a dit qu'elle avait des difficultés à marcher et à se lever du lit, une autre a déclaré avoir eu besoin de béquilles, une patiente a révélé que cela a été « horrible ». Enfin, une participante a exprimé son inquiétude de ne pas être capable de donner naissance à son enfant.

Pour ce qui a été des résultats sur les comportements et connaissances sur la douleur lombaire et/ou pelvienne durant la grossesse, une patiente a affirmé ne pas avoir pensé que cela a pu être aussi douloureux. En ce qui a concerné les traitements utilisés, une femme a expliqué être catégorique sur le fait qu'elle ne voulait pas prendre d'antalgiques durant la grossesse. Une autre participante a déclaré utiliser du Voltarol, un AINS qui avait été prescrit par le médecin avant la grossesse. Le bain, la natation et la marche ont été mentionnées dans le soulagement des lombalgies.

Enfin, pour ce qui a été de leur insatisfaction face aux informations et traitements donnés, la ceinture pelvienne a été décrite par une femme comme impossible à porter en raison de la douleur et une femme a déclaré n'avoir obtenu aucun soulagement avec la physiothérapie. Des patientes ont signalé avoir omis d'évoquer leurs douleurs avec un professionnel de santé. Quand ces douleurs avaient été citées par les femmes, celles-ci ont dit avoir reçu une aide limitée des professionnels de santé, notamment la sage-femme. Une patiente a reçu comme information que ces douleurs font partie de la grossesse.

En conclusion, cette étude a révélé que la lombalgie a été douloureuse et a pu avoir un impact physique et émotionnel important. Les attitudes et les idées des femmes autour de la lombalgie liée à la grossesse ont varié. Il a également été montré que la prise en charge des professionnels de santé a été limitée et qu'il y a une importante insatisfaction à l'égard des traitements proposés et/ou utilisés.

2.2. ETUDE B

« *Lombalgia na gestação* »

« *La lombalgie pendant la grossesse* »

Carvalho MECC, Lima LC, De Lira Terceiro CA et al ont présenté en 2017 dans le Revista Brasileira de Anestesiologia, une étude transversale de cohorte, interrogeant à l'aide d'un questionnaire 97 femmes enceintes de plus de 18 ans, alphabètes et fréquentant un

complexe hospitalier au Brésil entre décembre 2013 et janvier 2014. [36] Cette étude a exclu les patientes présentant des troubles psychiatriques, des pathologies rachidiennes antérieures et les patientes ayant un traitement médicamenteux pour les lombalgies.

L'objectif de cette étude a été d'évaluer la fréquence et les caractéristiques de la douleur lombaire pendant la grossesse.

Résultats de l'étude :

Il a été noté que la moyenne d'âge des femmes a été de 26,2 ans, l'âge gestationnel médian a été de 30 semaines de grossesse et 57,7% des patientes ont effectué de l'exercice.

Pour ce qui a été des caractéristiques de la douleur, 68% des femmes interrogées ont signalé une douleur lombaire et 43,9% de celles-ci ont déclaré que cette douleur a débuté au cours du deuxième trimestre. 37% des femmes interrogées ont décrit la douleur comme une sensation de « brûlure ». 19,9% ont présenté une lombalgie plus de trois fois par semaine et 59% l'ont ressentie tous les jours.

En ce qui a concerné les facteurs aggravants et atténuants des lombalgies et l'impact de ces douleurs sur la vie quotidienne des femmes enceintes, les résultats principaux ont été les suivants : 43,9% ont affirmé que le repos a été un facteur soulageant tandis que 3% ont décrit l'activité physique comme un facteur atténuant de la douleur lombaire et 4,5% ont attesté que les médicaments ont également eu cet effet. 13,6% des patientes ont déclaré que les massages ont diminué les douleurs lombaires et 10,6% ont affirmé que la position couchée a été un facteur atténuant de la douleur lombaire. De plus, 27,2% ont avancé que la position debout durant de longues périodes a intensifié les douleurs. 21,6% des femmes ont indiqué que les activités quotidiennes domestiques ont été un facteur aggravant des lombalgies.

En conclusion, cette étude a montré une fréquence élevée des lombalgies. Elle a mis en lien l'âge gestationnel croissant et l'augmentation des douleurs lombaires. Divers facteurs aggravants et diminuant les douleurs lombaires ont été signalés. Peu de patientes ont déclaré que la lombalgie a été un obstacle dans la pratique des activités quotidiennes.

2.3. ETUDE C

« A randomized controlled trial comparing a multimodal intervention and standard obstetrics care for low back and pelvic pain in pregnancy »

« Un essai contrôlé randomisé comparant une intervention multimodale à des soins obstétricaux standards pour les douleurs lombaires et pelviennes durant la grossesse »

George JW, Skaggs CD, Thompson PA et al ont présenté en 2014 dans le American Journal of Obstetrics and Gynecology, un essai prospectif randomisé auprès de 169 femmes enceintes âgées de 15 à 45 ans, entre 24 et 28 semaines de grossesse, ayant une grossesse monofoetale avec un suivi à 33 semaines de grossesse et fréquentant les deux cabinets privés et le Women's Health Center dans le Missouri. [37] Deux groupes ont été formés, l'un réalisant les soins obstétricaux classiques tels que des coussins chauffants (groupe STOB), l'autre réalisant une thérapie manuelle, des exercices de stabilisation avec un spécialiste en chiropraxie et étant éduqué à ces soins (groupe MOM). Cet essai a compris trois questionnaires et quatre tests physiques afin de quantifier la douleur, l'incapacité et la fonction physique au stade de la grossesse défini. Les patientes présentant notamment une maladie inflammatoire aiguë, une infection aiguë ou des lombalgies chroniques datant de plus de huit semaines avant la grossesse, n'ont pas été incluses.

L'objectif de cette étude a été d'évaluer l'approche multimodale des douleurs lombaires et pelviennes par rapport aux soins obstétricaux standards.

Résultats de l'étude :

En ce qui a concerné les femmes interrogées ayant bénéficié d'une gestion musculo-squelettique et obstétrique multimodale (MOM), l'âge moyen a été de 27,3 ans, l'Indice de Masse Corporelle (IMC) moyen a été de 30,8 et 57% ont été des employées. L'âge gestationnel moyen a été de 23,5 semaines de grossesse.

Concernant les femmes interrogées ayant réalisé des soins obstétricaux standards, l'âge moyen a été de 26,6 ans, l'IMC moyen de 29,5 et 48% des femmes ont été employées. L'âge gestationnel moyen a été de 23,2 semaines de grossesse.

La douleur a été évaluée entre 0 et 10 grâce à une EN. A l'examen de base, le groupe MOM a eu une moyenne de 5,8 avec une valeur $p < 0,01$ (contre 5,7 pour le groupe STOB avec une valeur $p = 0,62$). A l'examen à 33 semaines de gestation, cette valeur a été de 2,9 avec une valeur $p < 0,01$ (contre 5,6 pour le groupe STOB avec une valeur $p = 0,62$). L'invalidité a été évaluée à l'examen initial avec une moyenne de 4,9 sur 10 pour le groupe MOM (contre 4,7 pour le groupe STOB) avec une valeur $p < 0,01$. A la 33^{ème} semaine, cette valeur a été à 3,9 sur 10 (contre 5,3 pour le groupe STOB) avec une valeur $p < 0,01$.

A l'examen de base, 66% des femmes du groupe MOM ont présenté des troubles du sommeil et 64% des patientes de l'autre groupe en ont signalé. Puis à la 33ème semaine, 34% des gestantes du groupe MOM et 54 % du groupe STOB en ont présenté avec une valeur $p < 0,01$.

En conclusion, cette étude a montré que l'association d'une thérapie manuelle, d'exercices et d'éducation du patient a atténué la douleur et l'invalidité entre 24 et 33 semaines de grossesse. Une amélioration des activités quotidiennes a aussi été constatée.

2.4. ETUDE D

« Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis »

« Traitement de manipulation ostéopathique pour la lombalgie non spécifique: revue systématique et méta-analyse »

Franke H, Franke J-D, et Fryer G ont présenté en 2014 dans le BMC Musculoskelet Disord, une revue de la littérature internationale. [38] Une recherche a été effectuée en octobre 2013 sans restriction de langues, dans des bases de données d'essais en ligne. Seuls les essais cliniques randomisés ont été inclus dans la revue avec des patients majeurs atteints de lombalgies non spécifiques qu'elles soient aiguës ou chroniques. Les études où les participants ont présenté une lombalgie spécifique, comme une lombalgie due à une fracture de compression, une tumeur ou une infection, ont été exclues. 15 études ont ainsi été menées, dont 3 études se sont intéressées à la lombalgie chez la femme enceinte.

L'objectif de cette étude a été d'évaluer l'efficacité du Traitement de Manipulation Ostéopathique (OMT) dans l'amélioration de la douleur et de l'état fonctionnel des patients présentant des lombalgies par rapport aux traitements de contrôle.

Résultats de l'étude :

Chez la femme enceinte, le traitement ostéopathique a été comparé aux soins obstétricaux classiques, à l'échographie factice et à l'absence de traitement des lombalgies non spécifiques. Il a été noté une différence significative en faveur de l'OMT pour la douleur avec une Différence Moyenne (DM) de -23,01 (Intervalle de Confiance (IC) = 95%) et le statut fonctionnel avec une Différence Moyenne Standard (SMD) de -0,80 (IC= 95 %) avec des preuves de faible qualité.

En conclusion, cette étude a illustré que le traitement par manipulation ostéopathique a semblé avoir un effet bénéfique dans la diminution de la lombalgie non spécifique chez la femme durant la grossesse.

2.5. ETUDE E

«*Qualidade do sono em gestantes avec lombar*»

«*Qualité du sommeil chez la femme enceinte souffrant de lombalgie*»

Soares de Sousa V P, Ribeiro S O, Ribeiro de Aquino C M et al ont présenté en 2015 dans le *Fisioterapia em Movimento*, une étude observationnelle, analytique et croisée réalisée entre décembre 2010 et octobre 2011. [39] Elle a concerné 30 femmes enceintes vivant à Natal au Brésil, recrutées dans des services de soins publics et privés et âgées de 19 à 36 ans au deuxième trimestre de la grossesse. Les patientes ne présentant pas de troubles du sommeil avant la grossesse, les femmes ne prenant pas de médicaments altérant le sommeil et ne présentant pas de difficultés de communication ont également été incluses dans l'étude. Les gestantes ayant choisi de ne pas poursuivre la recherche ou en raison de complications gestationnelles au cours de la période d'étude, ont été exclues. Deux groupes ont été formés : le groupe d'étude «*Study Group*» (SG) a compris 14 participantes ayant des symptômes de lombalgies et le groupe témoin «*Control Group*» (CG) 16 gestantes ne présentant pas ces symptômes.

L'objectif de cette étude a été d'évaluer la qualité du sommeil chez la femme enceinte avec et sans douleurs lombaires et de la comparer.

Résultats de l'étude :

Lors de la comparaison du groupe témoin (CG) et du groupe d'étude (SG), les résultats principaux ont été les suivants : 56,3% des femmes du groupe CG et 57,1% du groupe SG ont eu un mauvais sommeil avec une valeur $p=0,021$. 62,5% des patientes du groupe contrôle ont été fatiguées et 50% du groupe d'étude l'ont été. A propos de la survenue d'une «*somnolence diurne excessive*», 37,5% des femmes du groupe CG et 50% du groupe SG avec une valeur $p=0,732$ ont été concernées.

L'intensité de la douleur des patientes de l'étude, mesurée grâce à l'outil EVA, a été notée comme légère pour 50% des femmes enceintes et modérée pour l'autre partie. Il a été observé que 78,5% des personnes du groupe SG ont présenté une incapacité minimale et 21,5% une incapacité modérée.

En conclusion, cette étude a montré que les femmes gestantes présentant des lombalgies au cours du deuxième trimestre de la grossesse, ont eu une diminution de leur qualité de sommeil.

2.6. ETUDE F

<< Effects of a stability ball exercise programme on low back pain and daily life interference during pregnancy >>

<< Effets d'un programme d'exercices avec ballon de stabilité sur les douleurs lombaires et les interférences de la vie quotidienne pendant la grossesse >>

Yan CF, Hung YC, Gau ML, et al ont présenté en 2014 dans le Midwifery, une étude expérimentale non randomisée et contrôlée, dans laquelle a participé une population de 89 femmes enceintes primigestes majeures à faible risque, entre 20 et 22 semaines de grossesse, dans un hôpital régional de Taiwan. [40] Les données ont été recueillies de janvier à décembre 2010. Chaque femme a présenté au moins une lombalgie minimale et a été capable d'une activité physique régulière. Les patientes ne communiquant pas en chinois, ne pouvant pas être contactées, atteintes de lombalgies chroniques associées à une sciatique avant la grossesse et/ou présentant des signes de travail prématuré, ont été exclues de l'étude. Les gestantes ont été réparties en deux groupes : 45 femmes enceintes ont constitué le groupe témoin et 44 patientes ont formé le groupe expérimental participant à un programme d'exercice anténatal avec ballon de stabilité durant douze semaines.

L'objectif a été d'évaluer l'influence du programme d'entraînement avec ballon de stabilité sur la lombalgie et les interactions des activités de la vie quotidienne au cours des deuxième et troisième trimestres de grossesse.

Résultats de l'étude :

Les différences entre les douleurs lombaires et les interférences de la vie quotidienne entre les deux groupes de femmes enceintes ont été étudiées, les résultats principaux ont été les suivants : Au départ, le score moyen de la lombalgie pour le groupe d'intervention a été de 7,67, contre 9,61 pour le groupe témoin. A la 36ème semaine de gestation, le score moyen de la lombalgie du groupe expérimental a été de 8,63 contre 18,20 pour le groupe contrôle. A la 22ème et 24ème semaine, le score moyen des interférences des fonctions de la vie quotidienne pour le groupe expérimental a été de 17,73 contre 24,25 pour le groupe témoin. A la 36ème

semaine, ce score a été de 9,79 pour le groupe expérimental et de 46,52 pour le groupe contrôle.

En conclusion, cette étude a révélé que la pratique d'exercices de stabilité avec un ballon de stabilité au cours de la grossesse a réduit les lombalgies des femmes enceintes et amélioré les activités de la vie quotidienne.

2.7. ETUDE G

« The use of complementary and alternative medicine (CAM) for pregnancy related low back and/ or pelvic girdle pain: An online survey »

« Utilisation de médecines complémentaires et alternatives pour la douleur lombaire et/ou à la ceinture pelvienne liée à la grossesse: une enquête en ligne »

Hugues CM, Liddle SD, Sinclair M et al ont présenté dans le Complementary Therapies in Clinical Practice, en 2018, une étude interrogeant 191 femmes au Royaume-Uni à l'aide d'un questionnaire. [41] Les femmes ayant accouché au cours des deux dernières années désirant participer et communiquant en anglais ont été incluses dans l'étude. Cependant, les patientes actuellement enceintes ont été exclues.

L'objectif de cette étude a été de déterminer les médecines complémentaires et alternatives utilisées afin de soulager les lombalgies et/ou les douleurs à la ceinture pelvienne (LBPGP) ainsi que d'évaluer le ressenti des femmes sur les diverses méthodes.

Résultats de l'étude :

Il a été noté que 39% des femmes ayant répondu au questionnaire ont présenté des lombalgies avant la grossesse, 60% au deuxième trimestre et 82% au troisième trimestre de la grossesse. 51% des femmes en ont également présenté jusqu'à deux ans après l'accouchement. Pendant la grossesse, ce taux a été de 6,45 sur 10 pour l'intensité et de 7,2 sur 10 pour la gêne.

En ce qui a concerné les traitements reçus par les femmes, les résultats principaux ont été les suivants : 64% des femmes interrogées ont pris des antalgiques pour leur LBPGP, en particulier du paracétamol. Parmi ces médicaments, 39% ont été prescrits par leur généraliste, 12% par un gynécologue et 39% des femmes ont réalisé de l'automédication. Les femmes ont reçu en moyenne cinq traitements de leur médecin généraliste ou physiothérapeute pour leur LBPGP.

Parmi les 132 participantes ayant répondu à la question des thérapies complémentaires utilisées pour tous les maux de la grossesse, 21% ont utilisé une forme de Médecine Alternative et Complémentaire (MCA). L'aromathérapie (21%), l'acupuncture (21%) et la réflexologie (15%) ont été utilisées.

Sur les 47 femmes ayant exprimé leur ressenti à propos des méthodes alternatives, 85% les ont trouvées utiles ou bien très utiles. Toutes les femmes ayant eu recours à la réflexologie et à la chiropraxie les ont trouvées utiles ou très utiles. L'aromathérapie (80%), l'acupuncture (78%), la phytothérapie (80%) et l'homéopathie (66%) ont été exprimées profitables ou très profitables. Une seule femme a utilisé le yoga durant la grossesse.

Pour celles ayant eu recours à la physiothérapie, 35% ont été insatisfaites et 47% ont trouvé le traitement peu utile ou inutile. 50% des participantes ayant suivi un traitement de leur médecin généraliste ont été satisfaites, les autres étant insatisfaites ou jugeant le traitement inutile.

En conclusion, cette étude a montré que la lombalgie a été fréquente durant la grossesse et que les femmes ont utilisé diverses méthodes pour pallier à ces douleurs lombaires et/ou pelviennes. Cependant, le ressenti des femmes sur l'efficacité des soins obstétricaux classiques et sur les médecines alternatives est diversifié.

2.8. ETUDE H

<< Lumbar back and posterior pelvic pain during pregnancy: a 3-year follow up >>

<< Douleurs lombaires et pelviennes postérieures durant la grossesse : suivi après 3 ans >>

Norén L, Östgaard S, Johansson G, et al ont publié dans le European Spine Journal, en 2002, une étude de cohorte prospective et consécutive de trois ans. [42] Au départ, cette étude a suivi 799 femmes ayant fréquenté les cliniques prénatales de Tran-dared lors de leur grossesse ou de Heimdal à Borås en Suède. 231 femmes ayant des douleurs lombaires et/ou pelviennes ont été retenues. Par la suite, les femmes ayant quitté la région, celles entamant une nouvelle grossesse, celles n'ayant pas répondu au questionnaire, n'ayant pas réalisé l'examen physique et répondu au questionnaire complémentaire ou ne désirant plus participer, ont été exclues de l'étude. Ainsi, dans le groupe de 39 femmes ayant été finalement au terme de l'étude, 13 femmes ont présenté des lombalgies, 17 patientes des douleurs pelviennes postérieures et 9 femmes des douleurs lombaires et postérieures combinées.

L'objectif a été de décrire l'état physique et le handicap chez les femmes présentant des douleurs dorsales trois ans après l'accouchement.

Résultats de l'étude :

Environ 5% de toutes les femmes enceintes, ou bien 20% de toutes les femmes présentant des douleurs dorsales durant la grossesse, ont révélé des douleurs trois ans plus tard. Dans l'évaluation du handicap sur une échelle appréciant la difficulté de 0 à 100, celle-ci a été évaluée à 17 pour les femmes présentant des douleurs lombaires contre 50 pour les femmes ayant des douleurs combinées pour ce qui a été des activités quotidiennes avec une valeur $p < 0,05$. Pour l'exercice physique, la difficulté a été de 15 sur 100 pour les femmes lombalgiques et de 45 sur 100 pour les femmes ayant des douleurs à la fois pelviennes postérieures et lombaires avec une valeur $p < 0,01$. Quant à l'endurance musculaire, mesurée par exemple pour les muscles extenseurs du dos, les résultats ont été de 34 secondes pour les femmes ayant des douleurs combinées et de 88 secondes pour les deux autres groupes avec une valeur $p < 0,01$.

En conclusion, cette étude a montré que des douleurs lombaires, des douleurs pelviennes postérieures ou une combinaison de ces deux types de douleurs présentes au cours de la grossesse ont pu persister trois ans après celle-ci et avoir divers impacts sur la vie quotidienne des gestantes.

Partie 3

1. DISCUSSION DES RESULTATS

Après avoir résumé les différentes études sélectionnées dans cette revue de la littérature internationale, nous allons confronter les résultats présentés dans le but de répondre à la problématique suivante : « *En quoi la prise en charge des lombalgies par la sage-femme impacte-t-elle le vécu de la grossesse ?* »

1.1. PRISE EN CHARGE DES LOMBALGIES DURANT LA GROSSESSE

La lombalgie est fréquente durant la grossesse. L'étude B appuie cette idée, notant 68% de femmes enceintes à faible risque, présentant des douleurs lombaires. [36]

Sa prise en charge diffère selon le professionnel de santé interpellé, selon l'âge gestationnel de la patiente et bien d'autres critères. Carvalho MECC, Lima LC et De Lira Terceiro CA affirment de part leur étude, que la lombalgie signalée par les femmes débute le plus souvent au deuxième trimestre de la grossesse, faisant de l'âge gestationnel un facteur de risque. [36] Ce paramètre est alors à prendre en compte dans la prévention de ces douleurs. Il existe de ce fait, divers traitements plus ou moins efficaces parfois cités et/ou évalués dans les huit études choisies.

Tout d'abord, il y a l'étude F suggérant que l'inclusion d'exercices de stabilité durant la grossesse réduit la lombalgie, notamment au second et troisième trimestre et améliore les activités de la vie quotidienne. [40] Dans l'étude B, un grand nombre de patientes cite le repos comme facteur atténuant de la douleur. Les massages et la position sont aussi décrits dans le soulagement des symptômes, tandis que l'activité physique et le traitement médical sont beaucoup moins évoqués. [36]

L'étude qualitative A discute de l'autogestion de la douleur avec des antalgiques qui a parfois été utilisée par les participantes, notamment avec du gel Voltarol, un AINS contre-indiqué au troisième trimestre de la grossesse. Ceci soulève le problème de l'insécurité face aux médicaments utilisés pendant la grossesse. Cependant, de nombreuses femmes participant à cette étude ont révélé préférer ne pas utiliser de médicaments pendant leur grossesse. [35] L'étude G où plus de la moitié des femmes ont pris un traitement médicamenteux pendant leur grossesse, principalement du paracétamol, s'oppose ainsi à cette étude sur ce point. [41]

La première hypothèse posée est : « *Les femmes enceintes sont satisfaites de leur prise en charge en ce qui concerne les lombalgies* ».

Pendant cette période singulière que représente la grossesse, les femmes ont besoin d'informations. La Haute Autorité de Santé (HAS) a émis des recommandations s'intitulant « *Comment mieux informer les femmes enceintes ?* » afin de permettre aux professionnels de santé d'aider les femmes et le couple dans la prise de décisions au cours de la grossesse et la

naissance. [43] Les futures mères ont besoin d'être écoutées et soutenues. Or, l'étude A interpelle sur le fait que les femmes obtiennent peu d'écoute et de prise en charge de la part des professionnels de santé au sujet des lombalgies et des douleurs pelviennes. La sage-femme semble, d'après une participante de l'étude, avoir une capacité limitée dans la prise en charge de ces maux de grossesse. Une importante insatisfaction vis-à-vis de la physiothérapie est exprimée par les femmes enceintes. De plus, les lombalgies sont souvent considérées par les femmes et professionnels, comme des douleurs inhérentes à la grossesse, dans cette étude. Cette perception de normalité de ces maux peut avoir d'importantes conséquences. En effet, les auteurs déclarent que cela conduit à l'utilisation de stratégies de gestion non sécuritaires, ou au fait que les femmes enceintes rejettent une lombalgie, alors que cela peut être le symptôme d'une infection des voies urinaires. [35]

Le manque de satisfaction vis-à-vis des traitements standards des douleurs lombaires et/ou pelviennes est aussi retrouvé dans l'étude G. En effet, seules 40% étaient satisfaites ou très satisfaites du traitement de physiothérapie reçu. Cet avis n'est cependant pas partagé en ce qui concerne la médecine alternative. En effet, pour 85% des patientes ayant répondu à la question, la pratique de la médecine alternative comme par exemple l'acupuncture, est jugée utile dans le traitement de la douleur lombaire et/ou pelvienne. Cependant, selon les dires des femmes interrogées, de nombreux professionnels de santé considèrent également les lombalgies comme des douleurs inévitables de la grossesse. [41]

L'analyse des diverses études trouvées dans la littérature internationale a permis d'infirmier l'hypothèse formulée précédemment « *Les femmes enceintes sont satisfaites de leur prise en charge en ce qui concerne les lombalgies* ».

1.2. IMPACT DES LOMBALGIES SUR LA VIE DES FEMMES ENCEINTES

La lombalgie étant fréquente, il convient de se poser la question de l'incidence des douleurs lombaires sur les femmes tout au long de la grossesse afin de les prévenir par la suite. Un élément important est à noter : bien qu'il soit admis que l'intensité d'une sensation douloureuse dépend de l'importance de la lésion qui l'a engendrée, il existe de grandes différences interindividuelles pour une même lésion. Pour chaque gestante, il est alors primordial de prendre en compte toute la dimension de l'individu et ainsi son histoire. [44]

La deuxième hypothèse émise suppose que : « *Les lombalgies durant la grossesse ont des conséquences sur la qualité de vie des femmes enceintes* ».

L'étude A laisse s'exprimer librement les gestantes sur leur ressenti à l'égard de divers thèmes. La lombalgie a un score modéré dans l'évaluation de la douleur. Cette étude révèle que les douleurs lombaires et/ou pelviennes affectent les femmes à la fois physiquement dans

leur mobilité, leur sommeil, leur capacité à travailler et à la fois psychologiquement. En effet, les mots employés par les participantes attestent de leur souffrance et de la croissance de l'inquiétude liée à l'accouchement. Les auteurs suggèrent que certaines de ces femmes n'ont ainsi peut-être pas été en mesure de profiter pleinement de leur grossesse. [35]

Les données obtenues dans l'étude E montrent que la qualité du sommeil diminue chez les femmes lombalgiques au cours du deuxième trimestre de la grossesse. De plus, l'intensité de la lombalgie semble directement liée à la qualité du sommeil, ayant de ce fait une influence sur les activités de la vie quotidienne de la femme enceinte. L'étude A témoigne également d'un sommeil perturbé chez les femmes enceintes aux douleurs lombaires et/ou pelviennes. Par leurs recherches, les auteurs y expliquent que les femmes ayant des problèmes de sommeil à la fin de la grossesse présenteraient plus de dépression postnatale ainsi qu'un risque accru de césarienne, de pré-éclampsie et de plus longues durées d'accouchement.

De plus, l'enquête en ligne de l'étude G révèle un niveau de douleur lombaire à 6,45 et une gêne à 7,2 sur 10, dévoilant l'effet négatif des lombalgies sur les activités quotidiennes des patientes interrogées.

Enfin, le groupe témoin de l'étude F, ne participant pas au programme d'exercice anténatal avec ballon de stabilité a été très limité dans les activités de la vie quotidienne au cours de la grossesse. Les femmes enceintes lombalgiques y présentent un inconfort physique et une mobilité réduite. Les auteurs soulignent les effets bénéfiques de l'exercice physique durant la grossesse mais expliquent un fort niveau de sédentarité dans la population enceinte chinoise qui est très protégée en raison du faible taux de natalité en Taiwan. Ainsi, pour des raisons éthiques et culturelles, la participation aux activités physiques en serait altérée. [40]

Ces quatre études exposent les conséquences négatives qu'ont les lombalgies sur la qualité de vie des femmes. Cependant, elles s'opposent à l'étude B où plus de 70% des femmes enceintes déclarent que la lombalgie n'interfère pas sur leurs activités quotidiennes, laissant une ambivalence s'installer. [36]

Mais une fois l'accouchement passé, qu'en est-il de la lombalgie ? La prise en charge des femmes par la sage-femme ne s'arrête pas à la grossesse et à l'accouchement. En effet, la sage-femme a comme compétences l'accompagnement de la mère et l'enfant à la maternité ainsi que le suivi de la femme en post-partum. En comparant l'état physique des femmes et en évaluant leur invalidité, l'étude H montre que les douleurs lombaires, les douleurs pelviennes postérieures ou leur combinaison, impactent toujours certaines femmes trois ans après la naissance de leur enfant. Les auteurs émettent que la douleur lombaire et/ou pelvienne persistante trois ans après la grossesse est probablement due à une insuffisance des gros muscles pelviens et dorsaux. [42] De même, l'étude G note que 51% des femmes ayant

participé à l'étude ont présenté des lombalgies jusqu'à deux ans après la naissance de leur enfant. [41] Selon les auteurs de l'article « *Rachis lombaire et grossesse* » publié dans la Revue du Rhumatisme, divers facteurs semblent être en cause dans la persistance des lombalgies après l'accouchement, comme une perte de force et d'endurance des extenseurs spinaux et des abdominaux, ainsi qu'un contexte professionnel stressant. [18]

L'analyse des études choisies pour cette revue de la littérature permet de confirmer l'hypothèse suivante : « *Les lombalgies durant la grossesse ont des conséquences sur la qualité de vie des femmes enceintes* ».

1.3. ALTERNATIVES AU TRAITEMENT DES DOULEURS LOMBAIRES LIÉES A LA GROSSESSE

La préparation à la naissance et à la parentalité composée de huit séances remboursées par l'assurance maladie, repose sur la relaxation, la respiration et la découverte de son corps. Dans le cadre de leur champ de compétences, les sages-femmes peuvent exercer sous réserve du respect des conditions de diplôme, diverses activités pouvant être intégrées aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité, notamment par la pratique de médecine alternative telle que l'ostéopathie pouvant soulager les « *petits maux de la grossesse* ». [45]

La dernière hypothèse formulée est : « *les médecines alternatives sont efficaces sur les lombalgies liées à la grossesse* ».

Franke H, Franke J-D et Fryer G illustrent dans leur revue de la littérature internationale, l'effet bénéfique du traitement par manipulation ostéopathique de la lombalgie non spécifique chez la femme durant la grossesse. De plus, l'ostéopathie a paru avoir un effet plus important sur la douleur que l'état fonctionnel, l'expérience subjective de la douleur pouvant être plus rapide que le fonctionnement à réagir au traitement. Peu d'effets indésirables ont été repérés, généralement mineurs tels que l'asthénie de la femme ou d'autres effets ne semblant pas être liés à l'intervention. [38] D'après le décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie, la sage-femme peut pratiquer cette méthode et user du titre d'ostéopathe, sous les conditions de diplôme et en orientant la patiente vers un médecin si la situation le nécessite. [46]

L'étude G révèle que 21% des participantes ont utilisé une forme de médecine alternative. Celle-ci y semble efficace. En effet, plus de 80% des patientes ont déclaré que le traitement des lombalgies et/ou des douleurs pelviennes par la pratique d'une médecine alternative a été utile. L'aromathérapie, l'acupuncture et la réflexologie sont dans cet article, les traitements les plus utilisés. 78% des femmes enceintes ont considéré l'acupuncture comme utile voire très utile. Une revue de la littérature intitulée « *Acupuncture for pelvic and*

back pain in pregnancy » a étudié l'efficacité de l'acupuncture sur les douleurs dorsales et/ou pelviennes. [47] Les résultats obtenus révèlent que l'acupuncture en complément du traitement standard, a une efficacité supérieure au traitement standard seul, ce qui appuie l'efficacité éventuelle de l'acupuncture sur les lombalgies de la gestante.

Quant à l'homéopathie, la chiropraxie, la phytothérapie et le yoga, ces méthodes ont été moins utilisées dans l'étude G. Un élément important est l'unanimité des patientes sur l'utilité de la réflexologie et de la chiropraxie. [41]

Dans l'étude C, la combinaison de thérapie manuelle avec les exercices de stabilisation et l'éducation de la patiente est utilisée dans le traitement des lombalgies liées à la gestation. Mise en place à la fin des deuxième et troisième trimestres de la grossesse, elle réduirait la douleur et l'invalidité des femmes. De plus, aucun effet indésirable n'a été noté. [37]

L'analyse des études nationales et internationales a permis d'affirmer la troisième hypothèse formulée : « les médecines alternatives sont efficaces sur les lombalgies liées à la grossesse ».

2. PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Après avoir confirmé ou infirmé les trois hypothèses proposées, il s'avère que les lombalgies et leur prise en charge influent le vécu de la grossesse des femmes enceintes.

Dans une étude menée dans un mémoire intitulé « *Sage-femme et Prévention de la lombalgie commune de la grossesse* », il apparaît que « 55.9% des patientes seraient souvent demandeuses de conseils de prévention » selon les sages-femmes interrogées. Il a été mis en évidence un lien entre la fréquence de transmissions des informations données par les sages-femmes et la demande des femmes. [8]

En tant que sage-femme, il semble primordial de questionner et de parler des lombalgies aux patientes à tout moment de la grossesse.

2.1. LE METIER DE SAGE-FEMME

La profession de sage-femme a beaucoup évolué au fil des ans. Elle est celle « *qui donne la sagesse aux femmes, qui les aide à devenir mère* ». Appelée par divers noms notamment « *matrone* » et « *accoucheuse* », la sage-femme a une place importante dans la société depuis la Haute Antiquité. [47] S'ouvrant à de nouvelles compétences, la sage-femme joue aujourd'hui un rôle de plus en plus actif auprès des femmes.

2.1.1. La grossesse

La sage-femme accompagne les femmes durant leur gestation et a un rôle de prévention. Pendant la consultation mensuelle de grossesse pouvant avoir lieu en libéral et à l'hôpital, ou lors de la réalisation des échographies, orientée par l'anamnèse de la femme ou non, la sage-femme peut dès l'annonce de la grossesse, informer les patientes sur les divers maux de la grossesse tels que les lombalgies. Présente auprès des couples au cours des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, la sage-femme a une autre occasion d'informer la femme sur les douleurs lombaires et ainsi de prévenir leur apparition ou leur aggravation.

Lors de mes stages, j'ai remarqué que ce sujet était très peu abordé pendant les consultations. Or, il est nécessaire qu'il y ait un temps d'information et d'écoute pour pouvoir prendre en charge la femme dans sa globalité. L'activité de la sage-femme ne se limite pas à des gestes techniques. Elle a un rôle relationnel très ancré. Au coeur de la bienveillance, elle doit pouvoir rassurer la patiente et la guider au cours des nombreuses étapes de la grossesse, marquée de changements, de bouleversements et de rebondissements. Elle doit pouvoir aussi s'adapter à toute situation et à chaque femme, à son niveau de compréhension et de communication.

Ainsi, je trouve important que la sage-femme propose un temps durant chaque consultation, au cours duquel la femme peut s'exprimer sur ses ressentis et ses besoins. De par la transmission des différentes informations sur les lombalgies, le professionnel de santé peut également prévenir la survenue de situations à risque comme l'automédication.

La proposition serait d'aborder le sujet de la lombalgie lors de l'entretien prénatal précoce et à chaque consultation de grossesse, par exemple en posant la question suivante « *Ressentez-vous des douleurs lombaires actuellement ?* ». Par la suite, une réponse adaptée à la gestante devrait être faite et la lombalgie pourrait être expliquée, ainsi que ses divers traitements formulés.

Une autre possibilité serait de parler des maux de la grossesse durant la préparation à la naissance, en groupe ou individuellement. Dans l'étude A, plusieurs participantes ont indiqué ne pas communiquer avec les professionnels au sujet de leurs lombalgies. [36] Expliquer aux femmes que ces maux ne sont pas inévitables durant la grossesse semble un point important à évoquer. De même, inviter les femmes à communiquer leurs maux aux professionnels de santé est primordial.

De plus, il a été vu dans la première partie de ce mémoire, que la grossesse est propice aux bouleversements psychiques. La grossesse peut sensibiliser la femme à son passé. En effet, « *devenir mère est un voyage intérieur, un retour en soi* ». [49] Au premier trimestre,

elle est souvent source d'angoisses et de pertes de repères. Puis au fur et à mesure, la mère évolue vers un état que le psychanalyste anglais Winnicott a appelé « *la préoccupation maternelle primaire* ».

Une proposition systématique de rencontre avec un psychologue devrait être faite aux femmes enceintes, les facteurs psychologiques ayant un impact dans la non-gestion du stimulus nociceptif. Cette démarche leur permettrait de s'exprimer et de partager leurs interrogations voire leurs angoisses et ainsi de mieux vivre cette période.

2.1.2. L'accouchement

Assurant la surveillance du travail et de l'accouchement, la sage-femme est au coeur de l'accompagnement de la femme présentant des lombalgies.

En effet, j'ai observé au cours de mes stages que de nombreuses femmes témoignent de fortes douleurs lombaires souvent en lien avec les contractions durant les diverses phases du travail. Au cours du travail et de l'accouchement, la prise en charge de la douleur est une étape essentielle. La douleur est à évaluer à chaque examen et à réévaluer à chaque douleur induite ou bien à la demande de la patiente. Selon ses acquis et diplômes en médecines alternatives, la sage-femme est dans la possibilité d'avoir recours à l'acupuncture, l'hypnose, la relaxation et à l'homéopathie. Elle peut proposer un bain, des massages en respectant les contre-indications et l'évaluation de la douleur. L'anesthésie locorégionale peut également être proposée. Celle-ci est réalisée par un anesthésiste-réanimateur. La sage-femme a les compétences pour participer à l'anesthésie péridurale proposée à la parturiente. [50]

Au cours de mes stages, j'ai observé que l'anesthésie péridurale est très utilisée en salle de naissances. En France, la péridurale s'est développée rapidement, en particulier après son remboursement par la Sécurité Sociale dès 1994 : elle « *a été utilisée pour 4 % des naissances en 1981, 48 % en 1995, 76 % en 2012* ». [51] A contrario, je n'ai vu que très rarement utiliser les médecines alternatives, telles que l'acupuncture ainsi que les méthodes du bain et des massages, notamment quand l'anesthésie péridurale était impossible. Une explication serait le nombre limité de sages-femmes ayant un diplôme universitaire de médecine alternative.

Il me semble important que la prise en charge des lombalgies soit prise en compte au cours de l'accouchement.

2.1.3. Le post-partum

La sage-femme a pour compétence d'accompagner la mère et l'enfant après l'accouchement. 30 à 45% des femmes présentent des lombalgies durant la période du post-

partum. Pour environ 90% d'entre elles, les douleurs lombaires régressent durant les douze semaines après la naissance. [9] Cependant, il a été vu dans l'étude H, que les lombalgies peuvent persister même trois ans après l'accouchement. [42]

Pouvant retrouver la patiente au cours de la consultation post-natale six à huit semaines après la naissance de l'enfant, la sage-femme peut à ce moment-là évoquer à nouveau les lombalgies. La visite postnatale est un moment d'échanges où « *le praticien effectue un bilan de l'état de santé physique et psychologique de la mère afin de s'assurer du retour à l'état physiologique* ». [52] Durant mes stages, j'ai remarqué que la lombalgie est là encore un sujet peu abordé lors de la consultation à distance de l'accouchement.

La période du post-partum est également marquée par la rééducation périnéo-sphinctérienne, nouveau temps entre la femme et le professionnel de santé, propice aux questionnements des femmes.

La proposition serait d'inclure, lors de la consultation post-natale, la question des lombalgies ainsi que des informations sur la conduite à tenir face à leur persistance.

2.1.4. Le suivi gynécologique

L'article L.4151-1 du code de la santé publique prévoit que « *l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique* ». [53]

De ce fait, la sage-femme peut suivre la femme tout au long de sa vie et rencontre ainsi des femmes en période péri-conceptionnelle. La sage-femme étant au coeur de la prévention, il semble judicieux d'entamer un dialogue autour des maux de la grossesse avec la femme s'apprêtant à débiter une grossesse.

2.2. LES CONNAISSANCES SUR LA LOMBALGIE

Au cours de cette revue de la littérature, il a été confirmé que nombreuses sont les femmes non satisfaites de leur prise en charge des lombalgies. Il convient de s'interroger sur les raisons de cette insatisfaction.

L'étude de 2016 citée précédemment sur la prévention de la lombalgie, a interrogé des sages-femmes sur leurs connaissances et leurs pratiques. Alice Pertsinidis auteure du mémoire, déduit des résultats obtenus, que les sages-femmes ont des connaissances mais que toutes les notions ne sont pas acquises. Or, 73.6% des professionnels de l'étude ont estimé que la lombalgie est un thème peu explicité pendant leur formation à l'école de sage-femme. [8]

Finalement, cela supposerait le manque de connaissances sur les lombalgies observées, ainsi que la prise en charge limitée qui en découle.

De plus, dans les différentes études choisies, les douleurs lombaires sont souvent analysées avec les douleurs pelviennes, comme si ces deux types de douleur ne formaient qu'un. Parfois, il est même difficile de les distinguer clairement au sein notamment, des interrogatoires réalisés dans l'étude A : Les auteurs déclarent que ces douleurs sont souvent considérées ensemble, en raison du manque de consensus quant à savoir s'il s'agit d'un ou de deux maux distincts. [35] Cependant, bien que les douleurs pelviennes et lombaires soient souvent concomitantes au cours de la grossesse, il me semble important de faire le point sur les douleurs pelviennes afin de les différencier des lombalgies.

Chez la femme, les algies pelviennes sont réparties en trois catégories selon le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) : En premier lieu, les douleurs pelviennes chroniques cycliques, sont caractérisées par le syndrome prémenstruel, le syndrome intermenstruel ou encore les dysménorrhées. Il y a les douleurs pelviennes chroniques non cycliques pouvant être extra-génitales (digestives, urinaires, rhumatologiques) ou génitales distinguées avec lésion organique ou non. En second lieu, il est décrit les douleurs pelviennes aiguës comme la torsion d'annexes, la complication d'un kyste ovarien et la grossesse extra-utérine. [54] Durant la grossesse, les douleurs pelviennes peuvent être caractérisées par des douleurs ligamentaires. Les algies pelviennes peuvent se situer au niveau de la symphyse pubienne, comme le syndrome de Lacomme constituant « *une douleur symphysaire basse, médiane, irradiant parfois dans la racine des cuisses, vers le bas, surtout bilatérale.* » [55]

La proposition serait de former les étudiants sages-femmes sur les lombalgies et leur prise en charge durant la grossesse. Les connaissances en seraient ainsi plus solides et la prise en charge serait davantage en adéquation avec la demande des femmes enceintes. Une prise de conscience de ces maux éviterait probablement leur normalisation. Selon l'HAS, « *Les femmes enceintes doivent être encouragées à signaler les symptômes ressentis. Ces symptômes doivent être pris en considération par la personne qui suit la grossesse sans les banaliser.* » [43]

Une autre proposition serait de mettre en place des formations accessibles aux professionnels de santé incluant les lombalgies et leur prise en charge.

Par la formation des professionnels de santé, les femmes seraient prise en charge de façon adéquate et ainsi, comprises et entendues. Leurs chances de mieux vivre leur grossesse seraient ainsi augmentées.

Conclusion

Étant un problème de santé publique, la lombalgie fait partie des maux très souvent présentés durant la grossesse, en particulier au deuxième et au troisième trimestre. Ayant diverses causes et facteurs de risque, il est intéressant de s'interroger quant à sa prise en charge et sa prévention. La santé est définie par l'OMS comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». [56] Par le terme de « *bien-être mental et social* », il semble également important de se questionner sur le vécu de la grossesse par les femmes présentant ces douleurs.

Au cours de ce travail est né l'objectif suivant : décrire l'impact des lombalgies sur le vécu de la grossesse et décrire les alternatives au traitement médicamenteux.

En tant que sage-femme, notre rôle est de dépister les facteurs de risque dès le début de la grossesse. Un des moments clés pour repérer des situations à risque est celui de l'entretien prénatal précoce.

Par les différentes recherches effectuées, la problématique suivante a pu être établie : En quoi la prise en charge des lombalgies par la sage-femme impacte-t-elle le vécu de la grossesse?

Afin de répondre à cette problématique, différentes hypothèses se sont dégagées : les femmes enceintes sont satisfaites de leur prise en charge en ce qui concerne les lombalgies ; les lombalgies durant la grossesse ont des conséquences sur la qualité de vie des femmes enceintes ; les médecines alternatives sont efficaces sur les lombalgies liées à la grossesse.

Notre revue de la littérature internationale, composée de huit études, n'a que partiellement validé ces hypothèses. En effet, elle a prouvé que de nombreuses femmes enceintes ne sont pas satisfaites de leur prise en charge en ce qui concerne les lombalgies. L'analyse des diverses études a également montré que les lombalgies ont un impact négatif sur la qualité de vie des femmes enceintes et qu'il existe des alternatives efficaces au traitement médicamenteux des lombalgies, confirmant les deux dernières hypothèses proposées.

Parmi les résultats de cette étude, nous pouvons également noter un manque d'informations concernant les lombalgies. Ainsi, cette revue de la littérature a permis de montrer que les sages-femmes doivent informer les patientes sur les lombalgies et être formées à identifier ces maux afin de les prendre en charge de manière adaptée. Évoquer ces maux en aval, semble un point à prendre en considération dans un but de prévention pour la grossesse actuelle, l'accouchement, le post-partum ainsi que pour une future grossesse.

A l'heure du Développement Professionnel Continu (DPC), la sage-femme a pour obligation de se former et de perfectionner ses connaissances afin d'améliorer la qualité et la

sécurité des soins et de prendre en compte les priorités de santé publique. Or, le développement des méthodes alternatives permet de proposer un large panel de prise en charge pour les maux de la grossesse tels que la lombalgie. Ces méthodes représentent ainsi une réelle possibilité d'enrichissement de ses connaissances et d'évolution de ses compétences. [1] De plus, cela trouve aussi un intérêt dans la prise en charge des lombalgies du fait de l'importante satisfaction des femmes vis-à-vis de ces méthodes pour soulager leurs douleurs, contrairement aux soins obstétricaux classiques.

Enfin, penser aux divers facteurs évoqués précédemment et considérer les lombalgies comme des douleurs non inéluctables de la grossesse, accessibles à diverses possibilités de traitements et méthodes, permettra d'aborder ce sujet avec nos patientes. Le but serait alors de développer une prise en charge et un accompagnement adéquat, ainsi que d'améliorer le vécu de la grossesse.

Aussi, une évaluation des lombalgies durant le post-partum pourrait-elle être envisagée, afin notamment d'étudier leur évolution après l'accouchement. Cette question pourrait être le sujet d'un autre travail de recherche.

Bibliographie

[1] Collège National des Sages-femmes de France. Sage-femme et « *petits* » maux de la grossesse : autre regard, autres pratiques. 2012. [En ligne]. (Consulté le 20/02/2018).

Disponible sur:

<https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2017/11/cnsf-dossiers-thematiques-2012-sage-femme-et-petits-maux-de-la-grossesse-autre-regard-autres-pratiques.pdf>

[2] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. Jan 2010. [En ligne]. (Consulté le 10/01/2019). Disponible sur :

<http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>

[3] Institut national de la santé et de la recherche médicale. Rachialgies : données cliniques, épidémiologiques et socio-économiques, [en ligne]. (Consulté le 12/04/2019). Disponible sur:

<http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/211/?sequence=6>

[4] Rosenzweig C. Rachialgies et grossesse : un dos pour la vie [mémoire]. Nancy: Ecole de sages-femmes de Nancy, Université de Lorraine; 1998, 85p.

[5] Vertèbre. Intérêt clinique de la classification des lombalgies, [en ligne]. (Consulté le 28/02/2018). Disponible sur: <http://vertebre.com/articles/a5.pdf>

[6] Organisation Mondiale de la Santé. De nombreuses personnes souffrent de pathologies de l'appareil locomoteur, [en ligne]. (Consulté le 28/02/2018). Disponible sur:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr81/fr/>

[7] Valat J-P, Goupille P, Vedere V. Lombalgies et sciatiques. 2ème éd. Rueil-Malmaison: Doin; 2004.

[8] Pertsinidis A. Sage-femme et prévention de la lombalgie commune de la grossesse [mémoire]. Rouen: Ecole de sages-femmes de Rouen, Centre hospitalier universitaire de Rouen; 2016, 82p.

[9] Batonat M. Petits maux de la grossesse : étude de la lombalgie [mémoire]. Paris: Ecole de sages-femmes Baudelocque, Université Paris Descartes; 2010, 90p.

- [10] Centre Francilien du Dos. Anatomie de la colonne vertébrale, [en ligne]. (Consulté le 15/08/2018). Disponible sur: <http://www.cfdos.com/pathologies/anatomie/>
- [11] Vertèbres. Mouvements de la colonne vertébrale, [en ligne]. (Consulté le 15/08/2018). Disponible sur:
<http://www.vertèbresfr.net/categorie-mouvements-de-la-colonne-vertebrale.html>
- [12] Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. Définition, [en ligne]. (Consulté le 10/01/2019). Disponible sur: <http://www.sfetd-douleur.org/definition>
- [13] Medecine.ups. Chapitre 2 Douleurs : Bases anatomiques, physiologiques et psychologiques, [en ligne]. (Consulté le 15/08/2018). Disponible sur:
http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/arielle/chapitre_02.pdf
- [14] Barre E, Benoist M, Boulu P, at al. Lombalgies et lombosciatiques. 1ère éd. Paris: Expansion Scientifique Publications; 1997.
- [15] Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. Evaluation, [en ligne]. (Consulté le 16/08/2018). Disponible sur: <http://www.sfetd-douleur.org/evaluation>
- [16] Cofemer. Auto-questionnaire de Dallas (douleur du rachis), [en ligne]. (Consulté le 12/04/2018). Disponible sur: <http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/ECH.2.2.3.%20Dallas.pdf>
- [17] Menand M. Lombalgies et grossesse [mémoire]. Nantes: UFR Médecine Ecole de sages-femmes, Université de Nantes; 2007, 100p.
- [18] Fouquet B, Borie MJ, Pellieux S. Rachis lombaire et grossesse. Rev Rhum [Internet]. 2005 Jun [Consulté le 10/01/2018]; 72: [8 p.].Disponible sur:
<http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/showarticlefile/34622/main.pdf>
- [19] Institut national de recherche et de sécurité. Facteurs de risque, [en ligne]. (Consulté le 07/03/2019). Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/lombalgies/facteurs-risques.html>
- [20] Société Française de Médecine Manuelle Orthopédique et Ostéopathique. Lombalgies et grossesse. 2007. [En ligne]. (Consulté le 23/08/2018). Disponible sur:

<http://www.sofmmoo.org/documents/fritz.pdf>

[21] Ecole d'Application Du Service De Sante Des Armées. Produits de contraste et grossesse. Avr 2005. [En ligne]. (Consulté le 23/08/2018). Disponible sur:

<http://eassa.cordo.pagesperso-orange.fr/SFROPRI/grossPC.pdf>

[22] CRAT. Anti-inflammatoires non stéroïdiens et grossesse, [en ligne]. (Consulté le 07/03/2019). Disponible sur: https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=649

[23] Troisier O. Les lombalgies du symptôme au diagnostic. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2001.

[24] Medecine.ups-tlse. Chapitre 9 Les lombalgies Stratégie d'évaluation et prise en charge thérapeutique, [en ligne]. (Consulté le 28/08/2018). Disponible sur:

http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/arielle/chapitre_09.pdf

[25] Deriennic F, Leclerc A, Mairiaux P, etc. Lombalgies en milieu professionnel : quels facteurs de risque et quelle prévention?. 1ère éd. Paris: Les éditions INSERM; 2000.

[26] Assistance Publique Hôpitaux de Marseille. Santé/Prévention- Définition du concept de «*Prévention en Santé Publique* », [en ligne]. (Consulté le 28/08/2018). Disponible sur:

<http://fr.ap-hm.fr/sante-prevention/definition-concept>

[27] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Les activités nécessitant des diplômes complémentaires, [en ligne]. (Consulté le 28/03/2018). Disponible sur:

<http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/formation-complementaire/>

[28] Méthodes douces. Femmes enceintes et ostéopathie- Grossesse et traitement ostéopathique, [en ligne]. (Consulté le 28/03/2018). Disponible sur:

<http://medecines-douces.eu/therapie/osteopathe-paris/femmes-enceintes-osteopathie-grossesse-traitement-osteopathique-valerie-touati-gross-osteopathe-paris>

[29] Ferru B. Ostéopathie et grossesse. 1ère éd. Avignon: Tita Editions; 2016.

- [30] Frigola S. L'ostéopathie chez la femme enceinte. Dossier Médecines Complémentaires. 2018 Avr; 479: 18-19.
- [31] Passeport-santé. Le yoga prénatal : 6 postures faciles pour pratiquer à la maison, [en ligne]. (Consulté le 02/04/2019). Disponible sur : <https://www.passeportsante.net/fr/grossesse/Fiche.aspx?doc=yoga-postures-enceinte>
- [32] Institut Français d'Hypnose. Qu'est-ce que l'hypnose?, [en ligne]. (Consulté le 29/08/2018). Disponible sur: <https://www.hypnose.fr/hypnose/definition-hypnose/>
- [33] Naître dans l'Est Francilien. Préparation à l'accouchement, [en ligne]. (Consulté le 16/03/2018). Disponible sur: <https://www.perinat-nef.org/preparation-a-laccouchement/>
- [34] Association Française de Chiropraxie. La chiropraxie pendant la grossesse, [en ligne]. (Consulté le 07/04/2019). Disponible sur: <https://www.chiropraxie.com/la-femme-enceinte/>
- [35] Close C, Sinclair M, Liddle D, at al. Women's experience of low back and/or pelvic pain (LBPP) during pregnancy. Midwifery [Internet]. 2016 Jun [Consulté le 10/12/2018]; 37: [6 p.]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613816300171>
- [36] Carvalho MECC, Lima LC, De Lira Terceiro CA, at al. Lombalgia na gestação. Rev Bras Anesthesiol [Internet]. 2017 May-Jun [Consulté le 01/01/2019]; 67(3): [5p.]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003470941630023X>
- [37] George JW, Skaggs CD, Thompson PA, at al. A randomized controlled trial comparing a multimodal intervention and standard obstetrics care for low back and pelvic pain in pregnancy. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2013 Apr [Consulté le 11/12/2018]; 208 (4): [3p.]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937812019692>
- [38] Franke H, Franke JD, Friteuse G, at al. Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis. BMC Musculoskelet Disord [Internet]. 2014 Aug [Consulté le 10/01/2019]; 15: [18p.]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25175885>

[39] Soares de Sousa V P, Ribeiro S O, Ribeiro de Aquino C M, at al. Qualidade do sono em gestantes avec lombar. Fisioter Mov [Internet]. 2015 [Consulté le 10/01/2019]; 28(2): [8p.]. Disponible sur:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010351502015000200319&script=sci_abstract&tlng=t

[40] Yan CF, Hung YC, Gau ML, at al. Effects of a stability ball exercise programme on low back pain and daily life interference during pregnancy. Midwifery [Internet]. 2014 Apr [Consulté le 22/12/2018]; 30(4): [8p.]. Disponible sur:

<https://www.sciencedirect-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/science/article/pii/S0266613813001>

[41] Hugues CM, Liddle SD, Sinclair M, at al. The use of complementary and alternative medicine (CAM) for pregnancy related low back and/ or pelvic girdle pain : An online survey. Complement Ther Clin Pract [Internet]. 2018 May [Consulté le 10/12/18]; 31: [5p.]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29429932>

[42] Norén L, Östgaard S, Johansson G, at al. Lumbar back and posterior pelvic pain during pregnancy : a 3-year follow up. Eur Spine J [Internet]. 2002 Jun [Consulté le 22/12/2018]; 11(3): [5p.]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12107796>

[43] Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes? Recommandations pour les professionnels de santé. Avr 2005. [En ligne]. (Consulté le 29/08/2018). Disponible sur:

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf

[44] Centre National de la Recherche Scientifique. La sensation douloureuse est propre à chacun, [en ligne]. (Consulté le 07/04/2019). Disponible sur:

<http://archives.cnrs.fr/insb/article/217>

[45] Le Monde. Homéopathie, acupuncture, hypnose: des formations classiques pour des thérapies alternatives, [en ligne]. (Consulté le 29/03/2018). Disponible sur:

[http://www.lemonde.fr/campus/article/2017/12/26/homeopathie-acupuncture-hypnose-des-
formations-classiques-pour-des-therapies-alternatives_5234547_4401467.htm](http://www.lemonde.fr/campus/article/2017/12/26/homeopathie-acupuncture-hypnose-des-formations-classiques-pour-des-therapies-alternatives_5234547_4401467.htm)

[46] Legifrance. Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie, [en ligne]. (Consulté le 10/03/2019). Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000462001>

[47] Ee C, Manheimer E, Pirota M, at al. Acupuncture for pelvic and back pain in pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Mar [Consulté le 10/03/2019]; 198(3): [6p.]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18313444>

[48] Université Médicale Virtuelle Francophone. Histoire de la formation des Sages-Femmes en France. 2011-2012. [En ligne]. (Consulté le 10/03/2019). Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe-humanite/professionSF/site/html/cours>

[49] Claire Regnier. Psychologie de la femme enceinte, [en ligne]. (Consulté le 10/03/2019). Disponible sur: <https://www.claire-regnier.fr/psychologie-de-la-femme-enceinte/>

[50] Réseau sécurité naissance. Prise en charge de la douleur en obstétrique par la sage-femme. Nov 2011. [En ligne]. (Consulté le 10/03/2019). Disponible sur: <https://www.reseau-naissance.fr/medias/2016/12/20111103-rsn-pec-douleur-sage-femme.pdf>

[51] Le Monde. Accoucher avec sous péridurale? Naissance d'un débat, [en ligne]. (Consulté le 10/03/2019). Disponible sur: https://www.lemonde.fr/maternite/article/2017/08/30/accoucher-avec-ou-sans-peridurale-naissance-d-un-debat_5178710_1655340.html

[52] Université Virtuelle de Maïeutique Francophone. La visite postnatale. Mar 2011. [En ligne]. (Consulté le 10/03/2019). Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/media/disquemiroir/2015-06-09/UNF3Smiroir/sahel/basereference/SGF/SGF-Campus/cours-visitepostnatale.pdf>

[53] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Dossier: le suivi gynécologique. Avr 2017. [En ligne]. (Consulté le 09/03/2019). Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/04/Contact50-BD.pdf>

[54] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Item 292 : Algies pelviennes chez la femme. 2010-2011. [En ligne]. (Consulté le 10/03/2019). Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item292/site/html/cours>

[55] Contreras S. Le syndrome de Lacomme au CHR Metz-Thionville [mémoire]. Metz: Ecole de sages-femmes Metz, Université de Lorraine; 2014, 71p.

[56] Organisation Mondiale de la Santé. Constitution, [en ligne]. (Consulté le 13/03/2019).
Disponible sur : <https://www.who.int/fr/about-us/who-we-are/constitution>

Table des matières

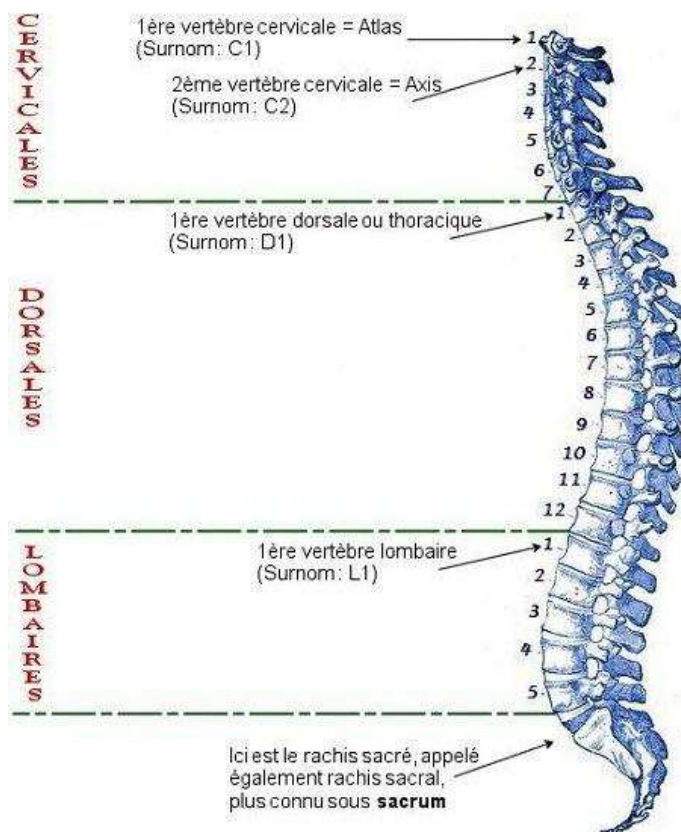
Remerciements	4
Sommaire	5
Introduction	9
Partie 1	10
1. GENERALITES	11
1.1. DEFINITION	11
1.2. EPIDEMIOLOGIE	11
1.3. CLASSIFICATION DES LOMBALGIES	11
1.4. ANATOMIE DU RACHIS ET DE LA REGION LOMBAIRE.....	12
1.5. MOUVEMENTS DES LOMBAIRES	12
1.6. LA DOULEUR ET SES VOIES	12
1.7. ECHELLE DE LA DOULEUR.....	13
2. ETIOLOGIES DES LOMBALGIES DURANT LA GROSSESSE	13
2.1. MODIFICATIONS HORMONALES	14
2.2. MODIFICATIONS MECANIQUES	14
2.3. MODIFICATIONS METABOLIQUES	14
2.4. MODIFICATIONS CIRCULATOIRES.....	14
2.5. ETIOLOGIES PSYCHOSOCIALES.....	15
3. DIAGNOSTIC DURANT LA GROSSESSE	15
3.1. ANAMNÈSE.....	15
3.2. EXAMEN CLINIQUE	16
3.3. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.....	16
4. PRISE EN CHARGE DES LOMBALGIES CHEZ LA FEMME ENCEINTE	16
4.1. TRAITEMENT.....	16
4.1.1. Traitement préventif	16
4.1.2. Traitement curatif	17
4.2. PRONOSTIC	17
4.3. CONSÉQUENCES SUR LA QUALITE DE VIE DES FEMMES ENCEINTES	18
5. PRÉVENTION DES LOMBALGIES DURANT LA GROSSESSE	18
5.1. FACTEURS DE RISQUE.....	18
5.2. PLACE DE LA SAGE-FEMME.....	19
6. METHODES ALTERNATIVES	19
6.1. OSTEOPATHIE	19
6.2. AUTRES METHODES ALTERNATIVES.....	20

6.2.1. Yoga	20
6.1.2. Acupuncture	20
6.2.2. Homéopathie.....	20
6.2.3. Hypnose.....	20
6.2.4. Sophrologie.....	20
6.2.5. Méthode aquatique	20
6.2.6. Méthode Bonapace	21
6.2.7. Chiropraxie	21
Partie 2.....	22
1. MATERIELS ET METHODES.....	23
1.1. PROBLEMATIQUE	23
1.2. OBJECTIFS.....	23
1.2.1. Objectif principal.....	23
1.2.2. Objectifs secondaires.....	23
1.3. HYPOTHESES.....	23
1.4. CRITERES DE JUGEMENT.....	23
1.4.1. Critère de jugement principal	23
1.4.2. Critères de jugement secondaires	23
1.5. SCHEMA D'ETUDE.....	24
2. PRESENTATION DES ETUDES SELECTIONNEES.....	24
2.1. ETUDE A	24
2.2. ETUDE B	25
2.3. ETUDE C	26
2.4. ETUDE D	28
2.5. ETUDE E.....	29
2.6. ETUDE F.....	30
2.7. ETUDE G	31
2.8. ETUDE H	32
Partie 3.....	34
1. DISCUSSION DES RESULTATS.....	35
1.1. PRISE EN CHARGE DES LOMBALGIES DURANT LA GROSSESSE.....	35
1.2. IMPACT DES LOMBALGIES SUR LA VIE DES FEMMES ENCEINTES	36
1.3. ALTERNATIVES AU TRAITEMENT DES DOULEURS LOMBAIRES LIEES A LA GROSSESSE.....	38
2. PROPOSITION POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE	39

2.1. LE MÉTIER DE SAGE-FEMME	39
2.1.1. La grossesse	40
2.1.2. L'accouchement	41
2.1.3. Le post-partum.....	41
2.1.4. Le suivi gynécologique.....	42
2.2. LES CONNAISSANCES SUR LA LOMBALGIE	42
Conclusion	44
Bibliographie.....	46
Table des matières	53
Annexes.....	56

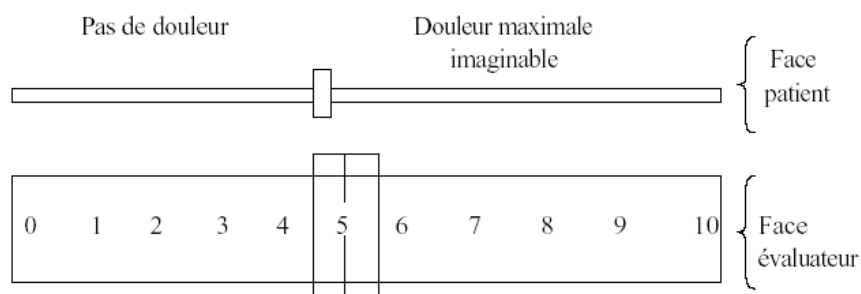
Annexes

(Annexe I) : Schéma de la colonne vertébrale



(Annexe II) : Schémas des différentes échelles de la douleur

Echelle visuelle analogique :



Echelle numérique :



Echelle verbale simple :

ECHELLE VERBALE SIMPLE (EVS)

- absence de douleur
- douleur faible
- douleur modérée
- douleur intense
- douleur extrêmement intense

8

Schéma corporel :

LOCALISATION : INDIQUER CHAQUE SITE DOULOUREUX

Nom : _____
Prénom : _____
Date : _____

Ce fait mal : Choisissez la couleur correspondant à l'intensité de la douleur puis coloriez la zone du corps concerné

un peu	<input type="checkbox"/>
moyen	<input type="checkbox"/>
beaucoup	<input type="checkbox"/>
très mal	<input type="checkbox"/>

(Annexe III) : Signe de Lasègue

Signe de
Lasègue



Les lombalgies et la grossesse : Rôle de la sage-femme dans la prévention et la prise en charge des lombalgies liées à la grossesse
Une revue de la littérature internationale entre 2002 et 2018

Résumé

Introduction : Par ses transformations physiologiques, la grossesse est source de divers maux tels que les lombalgies pouvant avoir différentes conséquences sur le vécu des femmes enceintes. De ce constat est née la problématique suivante : En quoi la prise en charge des lombalgies par la sage-femme impacte-t-elle le vécu de la grossesse? L'objectif de l'étude est de décrire l'impact des lombalgies sur le vécu de la grossesse et les alternatives au traitement médicamenteux. **Méthodes :** Il s'agit d'une revue de la littérature comprenant huit études choisies dans la littérature internationale entre 2002 et 2018. **Résultats :** L'analyse des résultats de la littérature internationale a permis de montrer que les lombalgies ont un impact négatif sur la qualité de vie des femmes enceintes et qu'il existe des alternatives efficaces au traitement médicamenteux des douleurs lombaires comme l'ostéopathie. De même, ce mémoire de recherche a permis de mettre en évidence un manque d'informations concernant ces maux. **Conclusion :** La lombalgie est un problème de santé publique. En tant que sages-femmes, notre rôle est de dépister les facteurs de risque tout au long de la grossesse et d'ajuster notre prise en charge. Au coeur de la prévention, nous devons parler des maux de la grossesse et donner des informations sur les lombalgies. Etre sage-femme est un métier où nous devons être à l'écoute des patientes afin de leur apporter une prise en charge et un accompagnement adaptés au sein d'une relation de confiance.

Mots clés : Lombalgies - Grossesse - Sage-femme - Prévention - Prise en charge

Abstract

Introduction: Through its physiological transformations, pregnancy is the source of various ailments such as lower back pain that can have different consequences on pregnant women. From this observation was born the following issue: How does the midwife's management of lower back pain impact the experience of pregnancy? This study aims at describing the impact of lower back pain on the experience of pregnancy and alternatives to drug treatment. **Methods:** This is a literature review including eight studies selected among the international literature between 2002 and 2018. **Results:** The analysis of the findings of the international literature has shown that lower back pain has a negative impact on quality of life for pregnant women and that there are effective alternatives to medication for lower back pain such as osteopathy. In the same way, this research report has highlighted a lack of information concerning these pains. **Conclusion:** Lower back pain is a public health problem. As midwives, our role is to identify risk factors throughout the pregnancy and to adjust our management of it. At the heart of prevention, we must talk about the ailments of pregnancy and deliver information about lower back pain. Being a midwife means that we have to listen to our patients in order to provide them with appropriate medical acts, valuable support and mutual trust.

Keywords: Lower Back Pain - Pregnancy - Midwife - Prevention - Patient care.