



ECOLE DE SAGES-FEMMES RENE ROUCHY

2015-2016

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

DESCRIPTION DU RECOURS AU TRAITEMENT OSTEOPATHIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DES « PETITS MAUX » DE LA GROSSESSE

Etude multicentrique rétrospective descriptive

AUBRAS Alexandre

Sous la direction de Mr SIMON François,
Microkinésithérapeute

Soutenu publiquement le :
02 Juin 2016

Engagement de non plagiat

Je, soussigné Alexandre AUBRAS, déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant le 06/04/2016.

Remerciements

En premier lieu, je souhaite remercier mon Directeur de mémoire, Monsieur François SIMON, ainsi que Madame Cécile ROUILLARD, Directrice de l'école de Sages-Femmes d'Angers, pour m'avoir guidé tout le long de ce travail.

Aussi, je remercie l'ensemble des ostéopathes et des patientes qui ont bien voulu s'investir dans mon étude.

De même, j'adresse un grand merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique qui m'a accompagné le temps de ces quatre années d'école, ainsi que les étudiants avec lesquels j'ai pu échanger, partager, et m'épanouir.

Je n'oublie pas de remercier ma famille ; mes parents pour l'éducation et l'amour qu'ils m'ont donné, mes trois frères pour leur soutien et leur présence à mes côtés.

Enfin je veux remercier Margot ALLORY pour avoir croisé mon chemin, et y être restée. Je veux la remercier pour ses encouragements chaleureux, ses conseils avisés et pour son aptitude à m'apaiser.

Sommaire

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| Engagement de non plagiat..... | 2 |
| Remerciements | 3 |
| Sommaire | 4 |
| Glossaire..... | 5 |
| Introduction | 6 |
| Matériel et méthode..... | 8 |
| Matériel | 8 |
| Méthode | 8 |
| Résultats | 9 |
| Discussion | 14 |
| Bibliographie | 17 |
| Annexes | 19 |
| Résumé..... | 23 |
| Abstract..... | 23 |
| Mots clés..... | 24 |

Glossaire

| | |
|--------------|--|
| AQ | Auto-questionnaire |
| AVB | Accouchement Voie Basse |
| CNSF | Collège National des Sages-Femmes |
| CSP | Catégorie Socioprofessionnelle |
| ENP | Enquête Nationale Périnatale |
| IMC | Indice de Masse Corporelle |
| INPES | Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé |
| QCD | Questionnaire Concis de la Douleur |
| RGO | Reflux Gastro-oesophagien |
| SA | Semaine d'Aménorrhée |

INTRODUCTION

L'avènement d'une grossesse c'est aussi l'avènement de ces fameux « petits maux de la grossesse », du moins pour nombre de femmes. Le Collège National des Sages-Femmes (CNSF) nous en donne cette définition : « Décrits comme des troubles fonctionnels de la grossesse, ils résultent de toutes les modifications physiologiques que la grossesse impose à l'organisme maternel, aux plans physique, psychique, émotionnel et à la femme dans son histoire et parcours personnels » (1). Ils sont donc le reflet de l'accommodation de l'organisme à l'état de grossesse. Concrètement, et d'après le CNSF, 70 à 80% des femmes enceintes présentent nausées et vomissements au cours du premier trimestre, 2 femmes sur 3 sont sujettes au pyrosis et aux reflux gastro-œsophagiens, entre 11 et 38% manifestent des troubles de constipation, et près de 50% décrivent des douleurs lombo-pelviennes (1). Or tous ces « petits » désagréments de la grossesse sont source d'inconfort et peuvent altérer leur qualité de vie. En effet, bien que peu d'études se soient penchées sur la qualité de vie des femmes enceintes, une thèse de médecine générale, française, datant du mois d'Octobre 2015, s'y est intéressée en en faisant une revue systématique de la littérature internationale ; elle en a conclu ceci : « Les femmes enceintes présentaient une qualité de vie moindre que les femmes non enceintes du même âge. Elles présentaient une nette dégradation de la composante physique de leur qualité de vie, tout au long de la grossesse, très marquée au troisième trimestre. [...] Une moins bonne qualité de vie était associée d'une part à des facteurs d'ordre physique (les complications durant la grossesse, la procréation médicalement assistée, l'obésité pré-conceptionnelle, les symptômes physiques comme les nausées et vomissements, les difficultés de sommeil) et d'autre part à des facteurs d'ordre psychique (l'anxiété, le stress durant la grossesse, les symptômes dépressifs) » (2). Aussi, un sondage réalisé par la National Sleep Foundation (USA), en 1998, a mis en avant que 78% des femmes déclaraient un sommeil plus perturbé pendant la grossesse, ainsi qu'une fatigue chronique, croissante à mesure du terme, du fait de la grossesse et de ses troubles (3). En Avril 2013, un mémoire de sage-femme de l'Université Paris Descartes, qui traitait des troubles du sommeil au troisième trimestre de la grossesse, abondait en ce sens : « L'insomnie semble faire partie intégrante de la grossesse, elle affecte beaucoup de femmes. De plus, elle s'aggrave souvent d'un trimestre à l'autre. La prévalence de l'insomnie va de 50% à plus de 80% selon les études. [...] Cette insomnie est réputée multifactorielle : elle est liée aux importants changements physiques et physiologiques comme le fait de se lever fréquemment pour uriner, la difficulté à trouver une position confortable, les douleurs lombaires et l'apparition parfois du Syndrome des Jambes Sans Repos. [...] les changements hormonaux jouent également un rôle important » (4).

À ce jour, la réponse médicale pour pallier ces maux, demeure essentiellement pharmaco-chimique, mais dans la limite de son innocuité à l'égard du fœtus. Pour prendre l'exemple de la prise en charge ambulatoire de la douleur, le paracétamol est, chez la femme enceinte, le rare antalgique que l'on puisse prescrire sans risquer de nuire à la mère ou à l'enfant, si tant est que sa posologie soit respectée. Comme nous le rappelle le Vidal : « En clinique, les résultats des études épidémiologiques semblent exclure un effet malformatif ou fœtotoxique particulier du paracétamol. En conséquence, le paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être prescrit pendant toute la grossesse ». Néanmoins, son efficacité ne semble pas absolue, à en croire la plainte récurrente formulée par ces femmes de n'être pas suffisamment soulagées. À cela s'ajoute un risque de surdosage et donc de

toxicité hépatique par mésusage de cet antalgique de référence. B.Schmitt, sage-femme, révèle dans une étude réalisée en 2000 que « sur les 263 patientes de l'étude, 56 ont eu recours à l'automédication, soit 21,3%. Les deux classes pharmaco-thérapeutiques concernées ont été principalement les antalgiques et les médicaments de la classe gastro-entérologique. 21,4% des patientes ont consommé des médicaments potentiellement dangereux pour elles et leur enfant (salicylés, vitamines, dextropropoxyphène, sédatifs d'origine végétale et médicaments à base de codéine) » (5). En 2008, A.Pouchain met en évidence un pourcentage plus alarmant, soit « 40 % des patientes ont eu recours à l'automédication, utilisant essentiellement du paracétamol pour soulager des douleurs bénignes. Près de 90 % des femmes interrogées savaient que ce médicament pouvait être pris sans danger pendant la grossesse. En revanche, plus de 50 % ignoraient la contre-indication de l'aspirine et de l'ibuprofène notamment au troisième trimestre. » (6).

Outre les dangers de l'automédication, par mésusage ou surdosage d'un médicament, il se pourrait maintenant que l'on soit confronté à un nouveau problème, à savoir la remise en question de l'innocuité du paracétamol pendant la grossesse. En effet une équipe de chercheur franco-dano-finlandaise a publié en 2012, dans la revue *Human Reproduction : Oxford Journals*, une étude suggérant un lien entre le moment et la durée d'utilisation d'analgésiques doux (paracétamol ou aspirine) pendant la grossesse, et le risque de cryptorchidie (7). De plus une récente étude britannique parue en Mars 2015 dans *Annals of the Rheumatic Diseases*, qui faisait l'objet d'une revue systématique des études observationnelles sur le paracétamol, suggère une toxicité sous-estimée de ce dernier. En effet, en prise quotidienne, à une posologie acceptable de 3g/j, l'étude suggère un risque accru de mortalité prématurée, d'accident cardiovasculaire, ou encore d'insuffisance rénale (8). Les résultats sont néanmoins à prendre avec prudence car ils suggèrent simplement une tendance. Quoiqu'il en soit, il est recommandé une utilisation ponctuelle du paracétamol, et d'en avoir recours avec parcimonie. Tout le problème maintenant est de savoir s'il y a une alternative. Que peut-on proposer d'autre aux patientes pour les soulager ? N'oublions pas que l'article L1110-5 du Code de Santé Publique pose le principe selon lequel « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévue, évaluée, prise en compte et traitée » (9). Or, certaines patientes se sont tournées vers des méthodes alternatives de soin, telle que l'ostéopathie, et semblent y trouver satisfaction en complément de la réponse pharmaco-chimique.

L'objectif de cette étude rétrospective, multicentrique, et descriptive, était d'abord de peindre le profil des patientes interrogées qui consultaient un ostéopathe au cours de leur grossesse, ensuite de mettre en exergue le, ou les motif(s) de consultation, enfin de montrer l'évolution de la douleur ressentie après une séance d'ostéopathie.

MATERIEL ET METHODE :

Matériel :

Cette étude rétrospective, multicentrique et descriptive, par auto-questionnaire, s'est déroulée du 10 Septembre 2015 au 10 Janvier 2016, auprès des patientes de 10 cabinets d'ostéopathie sélectionnés aléatoirement sur la ville d'Angers.

Population source : Les femmes enceintes d'Angers.

Population cible : Les femmes enceintes de façon générale.

Critères d'inclusion :

- Femme enceinte
- Majeure
- Francophone
- Consultant un ostéopathe sur Angers pour des troubles fonctionnels de grossesse
- Acceptant de participer à l'étude

Critères d'exclusion : questionnaires inexploitable (questions non renseignées).

Méthode :

Le recueil des données a été réalisé au moyen d'auto-questionnaires distribués aux patientes venant consulter l'un des dix ostéopathes, pour cause de troubles fonctionnels liés à la grossesse. Cet auto-questionnaire était délivré par l'ostéopathe à sa patiente après présentation de l'étude – une information préalable avait été donnée par nos soins à chacun d'entre-eux, par entretien téléphonique ou bien physique, afin de décrire le sujet, l'organisation, ainsi que les objectifs de notre étude. Une fois l'accord de la patiente recueilli, l'AQ lui était immédiatement remis après la consultation, et elle le retournait ensuite au cabinet dans les jours qui suivaient. Le remplissage était anonyme. Les AQ étaient relevés à peu près une fois par mois auprès de chaque cabinet ; cela en fonction du nombre de questionnaires remplis.

Les patientes pouvaient, si elles le souhaitaient, nous laisser leurs coordonnées téléphoniques ou mail afin de pouvoir les recontacter ultérieurement, si nécessaire.

L'auto-questionnaire était constitué de 27 questions, dont 20 à réponses fermées et 7 à réponses ouvertes. Environ 5 minutes étaient requises pour le compléter.

Les données ont été répertoriées à l'aide du logiciel EpiData 3.1.

Les termes ont été calculés à partir de la date prévue d'accouchement et ont été arrondis à la semaine inférieure si $\leq SA+3$ jours (par exemple, 22SA+3 jours devient 22 SA), et arrondi à la semaine supérieure si $\geq SA+4$ jours (par exemple 22SA+4 jours devient 23 SA).

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel EpiData Analysis et du site BiostaTGV.

Les variables qualitatives ont été représentées par des pourcentages. Les variables quantitatives ont été représentées par la moyenne et la médiane, avec déviation standard, minimum et maximum.

Le test de Student pour données appariées a été utilisé afin de comparer nos 6 critères de cotation de la douleur, avant et après la consultation d'ostéopathie, avec un seuil de signification $p < 0,05$. Ce test permet de comparer deux mesures d'une variable quantitative effectuées sur les mêmes sujets (mesures définies par les modalités de la variable qualitative).

Les 6 critères de cotation de la douleur que nous avons choisis d'évaluer étaient l'humeur, la capacité à marcher, l'activité générale, la relation avec les autres, le sommeil, et le goût de vivre. Chacun d'entre eux était coté séparément de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur maximale imaginable), avant et après la consultation d'ostéopathie.

RESULTATS

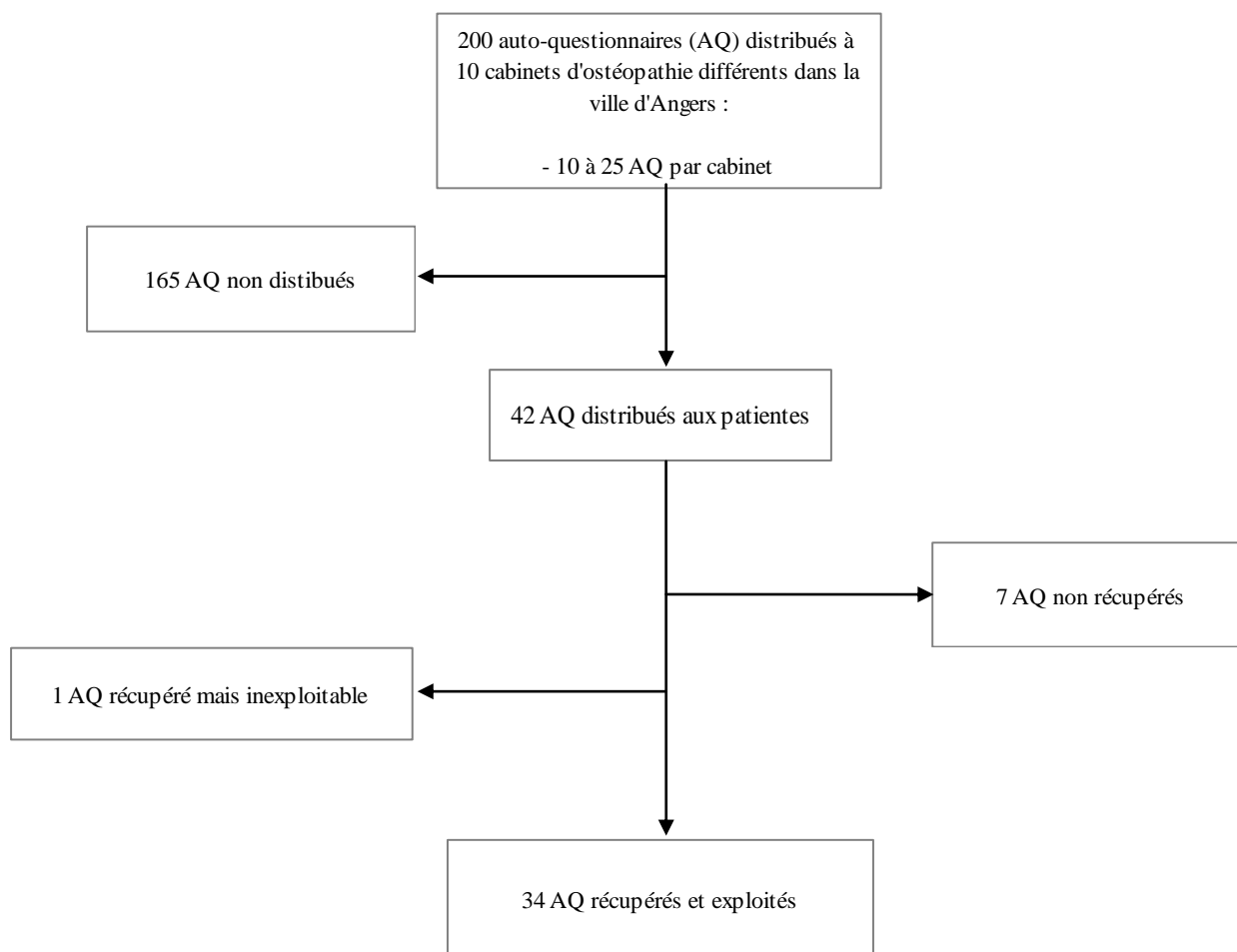


Figure 1 Flowchart de l'étude sur le recours au traitement ostéopathique pendant la grossesse

Tableau I Caractéristiques des femmes enceintes ayant participé à l'étude

| | N (%) |
|--|------------------------------|
| Âge (années) | 34 (100) |
| Moy= 29,65 ; p50= 29 ; Std Dev= 4,00 ; Mini= 22 ; Maxi= 40 | |
| Terme lors du remplissage (SA) | |
| Moy= 26 ; p50= 27 ; Std Dev= 9,05 ; Mini= 10 ; Maxi= 38 | |
| T1 (≤ 14 SA) | 5 (14,7) |
| T2 ($15 \leq SA \leq 28$) | 15 (44,1) |
| T3 ($29 \leq SA \leq 41$) | 14 (41,2) |
| Parité | |
| P0 | 23 (67,7) |
| P1 | 8 (23,5) |
| P2 | 1 (2,9) |
| P3 | 2 (5,9) |
| IMC (kg/m2) | |
| Moy= 22,79 ; p50= 21,50 ; Std Dev= 3,49 ; Mini= 18 ; Maxi= 29 | |
| <18,5 | 2 (5,9) |
| 18,50-25 | 24 (70,6) |
| >25 | 8 (23,5) |
| Profession (CSP) | |
| CSP3 (cadres et professions intellectuelles supérieures) | 8 (23,5) |
| CSP4 (professions intermédiaires) | 11 (32,4) |
| CSP5 (employés) | 13 (38,2) |
| CSP7 (sans activité professionnelle) | 2 (5,9) |
| Tabac avant la grossesse / pendant la grossesse | |
| Oui / Oui | 10 (29,4) / 2 (5,9) |
| Non / Non | 24 (70,6) / 32 (94,1) |
| Alcool avant la grossesse / pendant la grossesse | |
| Oui / Oui | 20 (58,8) / 0 (0) |
| Non / Non | 14 (41,2) / 34 (100) |
| Drogue avant la grossesse / pendant la grossesse | |
| Oui / Oui | 1 (2,9) / 0 (0) |
| Non / Non | 33 (97,1) / 34 (100) |
| Sport avant la grossesse / pendant la grossesse | |
| Oui / Oui | 27 (79,4) / 20 (58,8) |
| Non / Non | 7 (20,6) / 14 (41,2) |
| Fréquence sport par semaine (avant grossesse / pendant grossesse) | |
| 1 | 12 (44,4) / 15 (75) |
| 2 | 8 (29,6) / 1 (5) |
| >2 | 7 (25,9) / 4 (20) |
| Antécédents médicaux⁽¹⁾ | 7 (20,6) |
| Antécédents chirurgicaux⁽²⁾ | 14 (41,2) |
| Type de grossesse | |
| singleton | 33 (97,1) |
| gémellaire | 1 (2,9) |
| Ostéopathie avant la grossesse | |
| Oui / Non | 28 (82,4) / 6 (17,6) |

(1) Hypothyroïdie, Asthme, maladie de Crohn, Sciatique, Ostéochondrite

(2) Appendicectomie, Fracture, Dents de sagesse, Thyroïdectomie, Splénectomie, Amygdalectomie, Adénofibrome

Tableau II Caractéristiques des « petits maux » de grossesse avant la consultation d'ostéopathie

| | N (%) |
|---|------------------|
| Maux présents durant la grossesse | 34 (100) |
| Nausées, vomissements | 21 (61,8) |
| Mal de dos | 21 (61,8) |
| RGO | 19 (55,9) |
| Constipation | 18 (52,9) |
| Douleurs ligamentaires | 17 (50) |
| Sciatique | 9 (26,5) |
| Mal-être général | 4 (11,8) |
| Torticolis | 2 (5,9) |
| Céphalées | 2 (5,9) |
| Contractions | 1 (2,9) |
| Insomnie | 1 (2,9) |
| Motifs de la consultation d'ostéopathie | 34 (100) |
| Mal de dos | 20 (58,8) |
| Douleurs ligamentaires | 8 (23,5) |
| Sciatique | 8 (23,5) |
| Constipation | 4 (11,8) |
| Préparation du bassin avant l'AVB | 4 (11,8) |
| RGO | 3 (8,8) |
| Céphalées | 3 (8,8) |
| Prévention des maux de grossesse | 2 (5,9) |
| Torticolis | 1 (2,9) |
| Nausées, vomissements | 1 (2,9) |
| Scoliose | 1 (2,9) |
| Énergie | 1 (2,9) |
| Incidence de la douleur sur (QCD)⁽¹⁾ : | |
| Humeur | |
| Moy= 3,74 ; p50= 3 ; Std Dev= 2,92 ; Mini= 0 ; Maxi= 10 | |
| Capacité à marcher | |
| Moy= 4,35 ; p50= 4,5 ; Std Dev= 2,57 ; Mini= 0 ; Maxi= 8 | |
| Activité générale | |
| Moy= 5 ; p50= 5,5 ; Std Dev= 2,37 ; Mini= 1 ; Maxi= 10 | |
| Relation avec les autres | |
| Moy= 2,24 ; p50= 2 ; Std Dev= 1,97 ; Mini= 0 ; Maxi= 7 | |
| Sommeil | |
| Moy= 4,74 ; p50= 5 ; Std Dev= 3,08 ; Mini= 0 ; Maxi= 10 | |
| Goût de vivre | |
| Moy= 1,88 ; p50= 0,5 ; Std Dev= 2,47 ; Mini= 0 ; Maxi= 10 | |

(1) QCD= Questionnaire concis de la douleur, inspiré du mémoire sage-femme d'A-V.PIOT (10)

Tableau III Constat de la prise en charge ostéopathe sur les 4 mois d'étude

| | N (%) |
|---|-------------------------|
| Qui amenait la patiente à consulter un ostéopathe ? | 34 (100) ⁽¹⁾ |
| Initiative personnelle (connaissait déjà l'ostéopathie) | 20 (58,8) |
| Entourage personnel | 13 (38,2) |
| Gynécologue / Sage-femme | 1 (2,9) |
| Médecin généraliste | 1 (2,9) |
| Combien de séances chez l'ostéopathe réalisées durant la grossesse ? | 34 (100) |
| 1 | 18 (52,9) |
| 2 | 12 (35,3) |
| 3 | 1 (2,9) |
| 4 | 1 (2,9) |
| 5 | 2 (5,9) |
| Incidence de la douleur sur (QCD): | |
| Humeur | |
| Moy= 1,47 ; p50= 0,5 ; Std Dev= 1,71 ; Mini= 0 ; Maxi= 5 | |
| Capacité à marcher | |
| Moy= 1,71 ; p50= 1 ; Std Dev= 1,95 ; Mini= 0 ; Maxi= 6 | |
| Activité générale | |
| Moy= 1,71 ; p50= 1 ; Std Dev= 1,77 ; Mini= 0 ; Maxi= 6 | |
| Relation avec les autres | |
| Moy= 1,03 ; p50= 0 ; Std Dev= 1,55 ; Mini= 0 ; Maxi= 5 | |
| Sommeil | |
| Moy= 1,62 ; p50= 1 ; Std Dev= 1,88 ; Mini= 0 ; Maxi= 5 | |
| Goût de vivre | |
| Moy= 0,41 ; p50= 0 ; Std Dev= 0,86 ; Mini= 0 ; Maxi= 3 | |
| Traitement médical associé | 4 (11,8) ⁽²⁾ |
| Paracétamol | 2 (5,9) |
| Ceinture de grossesse | 1 (2,9) |
| Auto-médication | 1 (2,9) |
| Gaviscon | 1 (2,9) |
| Autre méthode alternative | 7 (20,6) ⁽³⁾ |
| Natation | 3 (8,82) |
| Aquagym | 2 (5,9) |
| Acupuncture | 2 (5,9) |
| Kinésithérapie | 1 (2,9) |
| Yoga | 1 (2,9) |
| Satisfaction des patientes | 34 (100) |
| Très satisfaite | 28 (82,4) |
| Plutôt satisfaite | 6 (17,6) |
| Moyennement satisfaite | 0 |
| Plutôt insatisfaite | 0 |
| Très insatisfaite | 0 |

(1) et (2) Une patiente a donné deux réponses

(3) Deux patientes ont donné deux réponses

Tableau IV Analyse de l'effet du traitement ostéopathique sur le ressenti des patientes

| | | P (Student)⁽¹⁾ |
|---------------------------------|--|----------------------------------|
| HUMEUR | | 3,60x10⁻⁶ |
| Avant la consultation | Moy= 3,74 ; p50= 3 ; Std Dev= 2,92 ; Mini= 0 ; Maxi= 10 | |
| Après la consultation | Moy= 1,47 ; p50= 0,5 ; Std Dev= 1,71 ; Mini= 0 ; Maxi= 5 | |
| CAPACITE A MARCHER | | 1,03x10⁻⁷ |
| Avant la consultation | Moy= 4,35 ; p50= 4,5 ; Std Dev= 2,57 ; Mini= 0 ; Maxi= 8 | |
| Après la consultation | Moy= 1,71 ; p50= 1 ; Std Dev= 1,95 ; Mini= 0 ; Maxi= 6 | |
| ACTIVITE GENERALE | | 1,81x10⁻⁹ |
| Avant la consultation | Moy= 5 ; p50= 5,5 ; Std Dev= 2,37 ; Mini= 1 ; Maxi= 10 | |
| Après la consultation | Moy= 1,71 ; p50= 1 ; Std Dev= 1,77 ; Mini= 0 ; Maxi= 6 | |
| RELATION AVEC LES AUTRES | | 2,93x10⁻⁵ |
| Avant la consultation | Moy= 2,24 ; p50= 2 ; Std Dev= 1,97 ; Mini= 0 ; Maxi= 7 | |
| Après la consultation | Moy= 1,03 ; p50= 0 ; Std Dev= 1,55 ; Mini= 0 ; Maxi= 5 | |
| SOMMEIL | | 2,03x10⁻⁷ |
| Avant la consultation | Moy= 4,74 ; p50= 5 ; Std Dev= 3,08 ; Mini= 0 ; Maxi= 10 | |
| Après la consultation | Moy= 1,62 ; p50= 1 ; Std Dev= 1,88 ; Mini= 0 ; Maxi= 5 | |
| GOUT DE VIVRE | | 8x10⁻⁴ |
| Avant la consultation | Moy= 1,88 ; p50= 0,5 ; Std Dev= 2,47 ; Mini= 0 ; Maxi= 10 | |
| Après la consultation | Moy= 0,41 ; p50= 0 ; Std Dev= 0,86 ; Mini= 0 ; Maxi= 3 | |

(1) Seuil de signification p<0,05

DISCUSSION

En premier lieu, il est important de souligner que cette étude était descriptive. Ainsi s'est-elle bornée à décrire le profil des patientes, le(s) motif(s) de consultations, ainsi que l'évolution du ressenti de la douleur après traitement ostéopathique. Des limites sont à prendre en compte, notamment le faible effectif de cette étude, puisqu'elle n'a réuni que 34 sujets sur les 4 mois qui lui ont été consacrée. De même, elle s'est certes intéressée à 10 cabinets ostéopathes bien distincts, mais dans la seule ville d'Angers ; on ne peut donc pas extrapoler nos résultats à l'ensemble de la population française. Sans oublier le biais de sélection que constitue le volontariat. En effet on peut penser que les patientes satisfaites de leurs soins étaient plus à même de rester pour remplir l'auto-questionnaire qui leur était proposé. Pour finir, notre population n'est pas tout à fait représentative de la population générale des femmes enceintes. Néanmoins, l'étude trouve sa force dans son originalité. Aucune étude ne semble s'être intéressée à l'approche ostéopathique pendant la grossesse, comme une alternative de soin qui serait complémentaire à la médecine pharmaco-chimique. De même l'étude porte sur la prise en charge de la douleur qui constitue une obligation pour l'ensemble des professionnels de santé, « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévue, évaluée, prise en compte et traitée » (9). Il apparaît donc sensé de chercher des alternatives pour répondre à l'inconfort de ces femmes enceintes quand on sait que les antalgiques seuls ne suffisent pas à satisfaire leurs besoins d'apaisement.

L'étude a mis en exergue que le profil des patientes correspondait davantage à celui d'une **nullipare** (67,7%), aux environs de **trente ans** (moy= 29,65), venant consulter un ostéopathe à partir du **deuxième trimestre** de grossesse (85,3% \geq T2), avec une à peu près égale répartition entre T2 et T3 (44,1% à T2 et 41,2% à T3). Dans l'ensemble les patientes sont partagées entre la catégorie socioprofessionnelle des **employés** et celle des **professions intermédiaires** (CSP5=38,2% et CSP4=32,4%). On peut noter également que les patientes de notre échantillon respectaient une plutôt **bonne hygiène de vie**. En effet, 70,6% de notre effectif avait un IMC normal et ne fumait pas avant la grossesse ; elles n'étaient plus que 5,9% à fumer pendant celle-ci. Or, d'après le *Baromètre Santé 2014 de l'INPES* (11) la proportion de femmes fumeuses dans la tranche d'âge des 20-44 ans varie de 32,5 à 28,7% et selon l'*Enquête Nationale Périnatale* (ENP) de 2010 (12), le taux de fumeuses pendant la grossesse atteint les 17,1%. De plus 97,1% de notre échantillon affirmait ne pas se droguer en dehors de la grossesse, et plus aucune ne le faisait une fois enceinte (1% de femmes recensées dans l'ENP). Pour ce qui est de l'alcool, 58,8% reconnaissait boire de l'alcool en dehors d'une grossesse, et là encore, plus aucune n'en consommait une fois enceinte (19,8% de femmes recensées dans l'ENP). Ensuite, 79,4% de notre effectif affirmait pratiquer une activité physique au moins une fois par semaine ; ce taux s'abaissait à 58,8% pendant la grossesse. Or, d'après une expertise de l'Inserm sur l'activité physique de la population française en 2008 (13), 46% des personnes interrogées pratiquaient une activité physique à un niveau entraînant des bénéfices pour la santé, soit plus de 10 minutes par semaine. Notre population était donc nettement plus active que sédentaire. D'autre part, à l'exception d'un cas de maladie de Crohn et d'un cas d'ostéochondrite, on peut dire que les patientes de notre étude n'avaient pas d'antécédents médico-chirurgicaux sévères, sources d'altération lourde de la vie quotidienne. On note enfin que **82,4%** d'entre-elles consultaient habituellement un ostéopathe avant le début de leur grossesse.

Dans un deuxième temps, l'étude nous a permis de mettre en évidence que les maux de grossesse qui se manifestaient le plus fréquemment étaient nausées-vomissements et dorsalgie (61,8%), suivis de près par les RGO (55,9%) et la constipation (52,9%). En revanche, les maux de grossesse qui motivaient le plus une consultation chez l'ostéopathe étaient dorsalgie (58,8%), sciatique et douleurs ligamentaires (23,5%). De plus on a pu noter que l'incidence de la douleur générée par ces différents troubles fonctionnels pouvait atteindre, en moyenne, une note de 5/10 pour **l'activité générale**, 4,74/10 pour **le sommeil**, ou encore 4,35/10 pour la **capacité à marcher**. L'impact de ces dits « petits maux » de la grossesse sur le quotidien n'était donc pas négligeable. L'étude nous a révélé par ailleurs que rares sont celles qui viennent consulter pour RGO (8,8%), nausées-vomissements (2,9%), constipation (11,8%), qui pourtant font partis des troubles fonctionnels de grossesse les plus décrits. Ainsi on peut se poser la question de savoir si toute l'étendue et la dimension du traitement ostéopathique est bien connue et comprise du grand public. Sinon, pourquoi certains troubles fonctionnels, notamment ceux des os et des articulations, motivent-ils davantage une consultation chez l'ostéopathe, contrairement aux troubles du système digestif ? Précisons tout de même que l'ostéopathie a cherché à développer une approche optimale, capable d'appréhender le malade dans sa globalité, et ce, afin d'accomplir au mieux sa mission de soin. Pour se faire elle s'est organisée autour de trois grands principes. Tout d'abord, pratiquer l'ostéopathie, c'est respecter l'unité du corps humain. « L'organisme humain fonctionne comme une entité dynamique et indivisible. Toute perturbation se produisant dans une région déterminée du corps peut avoir des répercussions dans n'importe quelle autre région. » (14). Elle s'adresse donc à l'unité physique du corps humain, mais aussi à son unité psychosomatique. « Le corps humain, réduit à un objet idéalement démontable et reconstituable, est une fiction méthodologique, le seul vrai corps humain est celui de l'union substantielle âme-corps » (Descartes). Ensuite, pratiquer l'ostéopathie c'est comprendre l'interrelation qu'il y a entre la structure et la fonction. « L'organisme humain [...] ne peut assurer ses différentes fonctions que si sa structure est en parfait état. Ainsi, un poumon ou un rein atrophié est incapable d'assurer convenablement sa fonction d'oxygénation ou de filtration. » (15). Il apparaît donc évident que la structure et la fonction sont étroitement intriquées l'une avec l'autre, et qu'une relation de réciprocité les unissent. Enfin, troisième et ultime principe, celui du potentiel d'auto-guérison de l'organisme. Rappelons que la vie s'efforce au maintien perpétuel de tout un équilibre de constantes, que l'on nomme « l'homéostasie », et que notre santé ne tient qu'à l'activité intense qui assure cet équilibre précaire. Ainsi, dès lors qu'une agression survient, l'organisme va s'évertuer à préserver ses fonctions vitales grâce à tout un mécanisme de protection, ou bien s'ingénier à recouvrer cet équilibre. L'ostéopathe a lui pour mission d'aider l'organisme à retrouver l'homéostasie en stimulant sa capacité à l'auto-guérison (14) (15). Mais attention, l'ostéopathie traite des dysfonctions ostéopathiques, et non des lésions. Une lésion est définitive, au contraire la dysfonction est réversible et susceptible de régresser, avant de disparaître. Or, c'est bien cette réversibilité du trouble qui définit le champ d'action thérapeutique de l'ostéopathe.

Penchons nous dorénavant sur le constat que nous avons pu faire à propos du traitement ostéopathique. L'étude nous a révélé que **58,8%** des patientes interrogées sont allées consulter un ostéopathe sur une initiative personnelle parce qu'elles connaissaient déjà cette approche de soin. On a donc une différence de 23,6 points entre le taux de patientes qui avaient l'habitude de consulter un ostéopathe auparavant (82,4%), et le pourcentage de patientes, parmi elles, à avoir fait le choix de consulter un ostéopathe pendant leur grossesse (58,8%). Là encore, cela tend peut-être à montrer une relative méconnaissance du public quant à la dimension globale de soin que revêt

l'ostéopathie. En revanche, pour 38,2% des patientes c'est l'entourage personnel qui les amenait à consulter un ostéopathe. À noter que les professionnels de santé (gynécologues, sages-femmes, médecins traitants) semblaient moins enclin à orienter leurs patientes vers l'ostéopathie pour une prise en charge complémentaire de la douleur (5,9%). Par ailleurs, concernant l'effet apporté par l'ostéopathie dans le traitement des troubles fonctionnels de grossesse, sur les 6 critères d'évaluation pour coter la douleur, il a été observé une **différence significative** de son intensité après la consultation. En effet, chaque p calculé grâce au test de Student pour données appariées s'est révélé inférieur à 0,05 (seuil de signification) et affirme donc une différence nette entre l'avant et l'après consultation d'ostéopathie. Certes l'étude ne considérait pas l'effet placebo apporté par le soin ; néanmoins il ne peut expliquer à lui seul un résultat aussi probant. En ce sens, l'étude-ci ne peut affirmer l'efficacité absolue du traitement ostéopathique, comme le ferait une étude cas-témoin, mais elle a démontré **une amélioration significative du ressenti** des patientes après la consultation. L'ostéopathie a donc remédié à leur inconfort, et c'est bien l'essentiel ; surtout que l'inconfort génère à terme des arrêts de travail, et donc un coût non négligeable pour la société. Ainsi, la prise en charge ostéopathique bénéficie également d'un argument économique, dans le sens où deux consultations coûteront moins cher à la Sécurité Sociale qu'un arrêt de travail. Aussi, **82,9%** des patientes déclaraient être « très satisfaites » de l'ostéopathie ; les autres (17,6%) révélaient être « plutôt satisfaites ». À noter que 20,6% de la population étudiée reconnaissait avoir recours à une seconde méthode alternative (natation, aquagym, acupuncture, kinésithérapie, yoga), et que seulement 11,8% exprimait avoir recours à un traitement médical associé (paracétamol, gaviscon, ceinture de grossesse).

En conclusion, l'étude nous a permis de peindre un certain profil de patientes, à savoir une nullipare de 30 ans venant consulter pour des troubles fonctionnels plutôt ostéo-articulaires que digestifs, à partir du deuxième trimestre de grossesse. Globalement, il s'agirait de patientes qui ont habituellement recours à l'ostéopathie, en majorité issues de la classe moyenne, et en relative bonne santé. La raison est peut-être due au fait qu'il faille, pour une femme enceinte, avoir déjà profité des bénéfices de l'ostéopathie auparavant, pour accepter alors d'être suivie par un ostéopathe pendant une grossesse. D'autant qu'aucune consultation d'ostéopathie n'est pas encore prise en charge par la Sécurité Sociale et que son coût s'élève aux alentours de 50 euros. Sans doute recherchent-elles confiance et efficacité dans ce soin, avant d'en avoir usage pendant la grossesse. La formation, la pratique et les coûts de l'ostéopathie ayant été particulièrement hétérogènes pendant longtemps, la Sécurité Sociale ne lui a reconnu aucune légitimité. Les choses pourraient cependant changer puisque la formation et l'exercice de l'ostéopathie sont aujourd'hui particulièrement bien cadrés par le droit français, depuis 2002, et notamment par les tous derniers décrets d'application n°2014-1043, n°2014-1505, ainsi que les trois arrêtés du mois de décembre 2014 (16). Alors, le remboursement d'au moins deux à trois consultations chez l'ostéopathe, pendant la grossesse, pourrait rendre l'ostéopathie accessible à tout à chacun. Ainsi, cela favoriserait une prise en charge complémentaire et optimale des patientes, aux côtés de la médecine conventionnelle (sages-femmes, gynécologues, médecins traitants). N'oublions pas que l'étude a mis en avant une nette régression de l'inconfort des patientes interrogées. Il serait donc intéressant que des études scientifiques à haut niveau de preuve travaillent sur le sujet ; d'autant que le traitement ostéopathique est à l'abri de toute intoxication médicamenteuse. Enfin, il écarte tout risque d'automédication puisque sa réalisation n'est possible qu'entre les mains d'un spécialiste.

Bibliographie

1. Collège National des Sage-femmes de France (CNSF). Sage-femme et petits maux de la grossesse : autre regard, autres pratiques; Dossier 2012
2. N.LAGADEC. Qualité de vie et bien-être des femmes enceintes: Revue de la littérature. Thèse pour le DE Médecine générale. Paris: Université Pierre et Marie Curie; 18 Octobre 2015
3. National Sleep Foundation. Pregnancy and Sleep, [en ligne]. <https://sleepfoundation.org/sleep-topics/pregnancy-and-sleep>; 1998
4. G.BEAU. Les troubles du sommeil au troisième trimestre de la grossesse. Mémoire pour le DE Sage-Femme. Université Paris Descartes; 5 Avril 2013
5. B.SCHMITT. L'automédication chez la femme enceinte. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*. Vol. 31, n°2, p. 21; Avril 2002
6. A.POUCHAIN. Consommation de médicaments pendant la grossesse : les femmes enceintes ont-elles recours à l'automédication ? Thèse pour le DE Docteur en Médecine; 2008
7. C.A. Snijder, A.Kortenkamp, E.A.P. Steegers, V.W.V. Jaddoe, A.Hofman, U.Hass, A.Burdorf. Intrauterine exposure to mild analgesics during pregnancy and the occurrence of cryptorchidism and hypospadias in the offspring: the Generation R Study. *Oxford Journals: Human Reproduction*, Vol.27, No.4 pp. 1191–1201; 2012
8. E.Roberts, V.Delgado Nunes, S.Buckner, S.Latchem, M.Constanti, P.Miller, M.Doherty, W.Zhang, F.Birrell, M.Porcheret, K.Dziedzic, I.Bernstein, E.Wise, P.G Conaghan. Paracetamol: not as safe as we thought? A systematic literature review of observational studies. *Annals of the Rheumatic Diseases*; published on March 2, 2015 as 10.1136/annrheumdis-2014-206914
9. Article L1110-5 du Code de Santé Publique, relatif aux droits des personnes malades et des usagers du système de santé. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
10. A-V. PIOT. L'apport de l'ostéopathie dans le traitement des douleurs pelvipérinéales résistantes chez la femme dans la période du post-partum. [Mémoire pour le DE sage-femme]. Brest : UFR de médecine et des sciences de la santé ; 2014
11. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes - Évolutions n°31 - 1611.pdf Janvier 2015
12. INSERM, DGS, DREES. Enquête nationale périnatale 2010 : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Mai 2011 <http://social-sante.gouv.fr.pdf>

13. INSERM. Expertise collective parue sous le titre « Activité physique – Contextes et effets sur la santé » *Éditions Inserm*, mars 2008.
14. O.Auquier. Ostéopathie : Principes et applications ostéoarticulaires. Elsevier Masson SAS 2007 ; p1-30
15. A.Delolme. Ostéopathie et grossesse : Quelle est sa place dans la prise en charge des troubles mineurs de la grossesse ? [Mémoire pour le DE Sage-femme]. Lyon : Université Claude Bernard ; 2015
16. Décret n°2014-1043 du 12/09/2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie, [en ligne]. www.legifrance.gouv.fr

Décret n°2014-1505 du 12/12/2014 relatif à la formation en ostéopathie, [en ligne].
<http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2014/12/12/AFSH1427626D/jo/texte>

Arrêté du 29 septembre 2014 relatif à l'agrément des établissements de formation en ostéopathie, [en ligne].
<http://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2014/9/29/AFSH1421273A/jo/texte>

Arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie, [en ligne].
<http://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2014/12/12/AFSH1426478A/jo/texte>

Arrêté du 12 décembre 2014 relatif aux dispenses d'enseignement susceptibles d'être accordées en vue de la préparation au diplôme permettant d'user du titre d'ostéopathe, [en ligne].
<http://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2014/12/12/AFSH1426479A/jo/texte>

Autres références bibliographiques consultées :

- T.Liem, T.K.Dobler. Guide d'Ostéopathie : Techniques pariétales. Maloine 2004.
- P.Javerliat. Précis de matière ostéopathique. Sully 2008.
- L.Marpeau. Traité d'obstétrique. Elsevier Masson SAS 2010 ; p24-35
- Fédération Française d'Ostéopathie. Code de déontologie de l'ostéopathie, [en ligne].
http://www.isosteo.fr/images/Fiches_Pratiques/Infos_Pratiques_Le_Code_de_deontologie.pdf
- Union Fédérale des Ostéopathes de France. Ostéopathie et grossesse, [en ligne].
<http://www.osteofrance.com/osteopathie/grossesse/>
- Association française d'ostéopathie. Ostéopathie : Définitions, [en ligne].
<http://www.afosteo.org/osteopathie/definitions/>
- Organisation Mondiale de la Santé. Principes directeurs pour la formation en ostéopathie, [en ligne].
www.afosteo.org/osteopathie/referentiels/
- C.Barry, B. Falissard. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie. Inserm. 30/04/2012 ; p7

Annexes

QUESTIONNAIRE MEMOIRE ETUDIANT SAGE-FEMME

Ostéopathie et Grossesse

Bonjour,

Je m'appelle Alexandre AUBRAS et je suis actuellement étudiant sage-femme en cinquième année de formation. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je mène une enquête visant à décrire les effets du traitement ostéopathique sur les « petits maux » de la grossesse. Je vous invite donc à remplir ce questionnaire qui m'aidera à identifier si bénéficie il y a à aller consulter un ostéopathe durant la grossesse afin de traiter ces désagréments qui impactent sur votre quotidien.

Je vous remercie par avance du temps que vous prendrez pour répondre à ce questionnaire **anonyme**.

Date de remplissage : __/__/____

Date prévue de l'accouchement : __/__/____

Informations générales

| | |
|--|--|
| 1) Age : | 8) ANTECEDENTS MEDICAUX (maladie articulaire ou osseuse...) |
| 2) Profession : | |
| 3) Poids avant la grossesse : Poids actuel : Taille : | 9) ANTECEDENTS CHIRURGICAUX (fractures, traumatismes, opérations...) |
| 4) TABAC -avant la grossesse: Oui/Non (si oui, combien de cigarettes/jour ?.....) - pendant la grossesse: Oui/Non | 10) ANTECEDENTS OBSTETRICAUX (nombre d'accouchements, fausses couches, grossesses extra-utérine, IVG) |
| 5) ALCOOL avant la grossesse : Oui/Non pendant la grossesse : Oui/Non | |
| 6) DROGUES -avant la grossesse : Oui/Non -pendant la grossesse : Oui/Non | |
| 7) ACTIVITE PHYSIQUE (marche comprise) - avant la grossesse : Oui / Non Si oui, quel type ? Quelle fréquence ? - pendant la grossesse : Oui / Non Si oui, quel type ? Quelle fréquence ? | 11) Vous êtes enceinte de <input type="checkbox"/> 1 bébé <input type="checkbox"/> 2 bébés <input type="checkbox"/> 3 bébés |

12) Avez-vous l'habitude de consulter un ostéopathe en dehors de la grossesse ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

13) Si oui pour quels motifs ?

- ☐ Mal de dos
- ☐ Douleur(s) articulaire(s)
- ☐ Traumatisme(s)
- ☐ Troubles digestifs
- ☐ Après un accouchement
- ☐ Maux de tête
- ☐ Autres (précisez).....

Pour cette grossesse

14) Avez-vous eu un ou plusieurs de ces petits maux durant votre grossesse ?

- ☐ Nausées, vomissements
- ☐ Douleurs ligamentaires
- ☐ Mal de dos
- ☐ Torticolis
- ☐ Sciatique
- ☐ Remontées acides
- ☐ Constipation
- ☐ Mal-être général
- ☐ Autres (précisez)

15) Quel(s) est/sont le(s) motif(s) de votre consultation d'aujourd'hui ?

- ☐ Douleurs ligamentaires
- ☐ Sciatique
- ☐ Mal de dos
- ☐ Torticolis
- ☐ Remontées acides
- ☐ Nausées, vomissements
- ☐ Constipation
- ☐ Insomnies
- ☐ Stress
- ☐ Autres (précisez)

16) À quel point, selon vous, la **douleur** altérerait-elle votre vie quotidienne, avant le début de vos consultations chez l'ostéopathe ?

Questionnaire Concis de la Douleur (QCD)

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre douleur (0 = pas de douleur et 10 = douleur maximale imaginable)

Quel degré d'incidence a eu votre douleur sur :

| | |
|--------------------------|--------------------------------|
| VOTRE HUMEUR | VOTRE RELATION AVEC LES AUTRES |
| 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| VOTRE CAPACITE A MARCHER | VOTRE SOMMEIL |
| 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| VOTRE ACTIVITE GENERALE | VOTRE GOUT DE VIVRE |
| 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |

17) Depuis quand ces signes sont-ils apparus ?

- ☐ Avant le début de la grossesse
- ☐ Entre 0 et 3 mois de grossesse
- ☐ Entre 3 et 6 mois de grossesse
- ☐ Entre 6 et 9 mois de grossesse

18) Aviez-vous déjà eu ces troubles durant vos précédentes grossesses ?

- ☐ Oui
- ☐ Non (passez directement à la question 21)
- ☐ Pas de grossesse précédente (passez directement à la question 21)

19) Quel(s) type(s) de traitement avai(en)t été proposé(s) ?

- ☐ Paracétamol (Dafalgan, Doliprane, Efferalgan)
- ☐ Magnésium
- ☐ Séances de kinésithérapie
- ☐ Ceinture de grossesse
- ☐ Homéopathie
- ☐ Ostéopathie
- ☐ Acupuncture
- ☐ Autres (précisez)

20) Ce ou ces traitements avaient-ils été efficaces ?

- ☐ Oui (disparition de la douleur)
- ☐ Pas totalement (diminution de la douleur qui persiste)
- ☐ Momentanément (la douleur a diminué ou disparu et est ensuite réapparue)
- ☐ Pas du tout (persistance de la douleur voire accentuation)

21) Qui vous a amené à consulter un ostéopathe ?

- ☐ Votre médecin généraliste
- ☐ Votre gynécologue ou votre sage-femme
- ☐ Une amie ou un proche (bouche à oreille)
- ☐ Un documentaire ou une revue
- ☐ Personne, vous connaissiez déjà l'ostéopathie
- ☐ Autres (précisez)

22) Combien de séances chez l'ostéopathe avez-vous déjà réalisées durant cette grossesse ?

- ☐ 1 séance
- ☐ 2 séances
- ☐ 3 séances
- ☐ 4 séances
- ☐ 5 séances
- ☐ plus de 5 séances

23) Quel est votre ressenti aujourd'hui, suite à ces séances ? À quel point, selon vous, la **douleur** altère-t-elle maintenant votre vie quotidienne ?

Questionnaire Concis de la Douleur (QCD)

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre douleur (0 = pas de douleur et 10 = douleur maximale imaginable)

Quel degré d'incidence a votre douleur sur :

VOTRE HUMEUR
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

VOTRE RELATION AVEC LES AUTRES
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

VOTRE CAPACITE A MARCHER
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

VOTRE SOMMEIL
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

VOTRE ACTIVITE GENERALE
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

VOTRE GOUT DE VIVRE
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

24) Avez-vous pris un traitement médical pour la douleur, en plus du traitement ostéopathique?

Oui / Non

Si oui, lequel ?

25) Avez-vous eu recours à une autre méthode, en plus de l'ostéopathie ? (kiné, acupuncture, piscine, ...)

Oui / Non

Si oui, laquelle ?

26) Chez quel ostéopathe avez-vous consulté ? (son nom sera ensuite anonymisé par un numéro, et il ne figurera pas dans mon mémoire)

Nom :

Prénom :

Adresse du cabinet :

27) Quelle est votre impression sur l'ostéopathie ?

- ☐ Très satisfaite
- ☐ Plutôt satisfaite
- ☐ Moyennement satisfaite
- ☐ Plutôt insatisfaite
- ☐ Très insatisfaite

Acceptez-vous de me laisser vos coordonnées (qui resteront anonymes et ne paraîtront pas dans la présentation de mon mémoire) afin de vous recontacter pour vous tenir au courant des résultats obtenus ?

Téléphone : ____ ____ ____ ____

Email : _____@_____

Je vous remercie pour votre participation à cette enquête. Je m'engage à vous tenir au courant si toutefois vous le souhaitez.

Enfin avez-vous connaissance, dans votre entourage, d'autres femmes qui auraient également consulté un ostéopathe durant leur grossesse ? Si tel est le cas, vous serait-il possible de leur communiquer mon adresse mail (aubrasalexandre@gmail.com) afin que je puisse ensuite leur transmettre mon questionnaire via internet. Merci.

Cordialement.

Alexandre AUBRAS

Résumé

CONTEXTE : La réponse médicale pour remédier aux « petits maux » de la grossesse reste insuffisante selon les patientes. La liste des antalgiques prescrits pendant la grossesse est restreinte. Or, les professionnels de santé ont l'obligation de traiter la douleur de leurs patients. L'ostéopathie est une alternative possible.

OBJECTIF : L'étude devait décrire le profil des patientes, ensuite exposer les motifs de consultation, enfin montrer l'évolution de la douleur perçue après une séance d'ostéopathie.

MATERIEL ET METHODE : Etude multicentrique, rétrospective, descriptive réalisée dans 10 cabinets d'ostéopathie à Angers, du 10 Septembre 2015 au 10 Janvier 2016. Les données ont été recueillies au moyen d'auto-questionnaires.

RESULTATS : 34 réponses exploitées. Le profil des patientes était, nullipare (67.7%), trente ans (moy=29.65), niveau social moyen, avec une bonne hygiène de vie. 82.4% avait l'habitude de consulter un ostéopathe en dehors de la grossesse. Les maux de grossesse les plus décrits étaient nausées-vomissements, dorsalgies (61.8%), RGO (55.9%) et constipation (52.9%). Ceux qui motivaient le plus une consultation étaient dorsalgies (58.8%), sciatiques et douleurs ligamentaires (23.5%). Le traitement ostéopathique a permis une amélioration significative de l'inconfort des patientes sur chacun des six critères d'évaluation.

DISCUSSION : Le remboursement de l'ostéopathie, pendant la grossesse, pourrait la rendre accessible à tous, et favoriser une prise en charge commune des patientes avec la médecine conventionnelle. La faible puissance de l'étude ne permet pas d'attester de l'efficacité de l'ostéopathie, mais suggère qu'il serait intéressant que des études scientifiques à haut niveau de preuve travaillent sur le sujet.

Abstract

CONTEXT: The medical response to treat “small troubles” of pregnancy is still insufficient according to patients. The list of prescribed painkillers during pregnancy is limited. However healthcare professionals have an obligation to relieve the pain of their patients. Osteopathy is a possible alternative.

OBJECTIVE: The study had to describe the profile of patients, then expose the reasons for consultation, finally show the evolution of the pain after a session of osteopathy.

METHOD: Multicenter, retrospective, descriptive study conducted in 10 osteopathy firms in Angers, from 10th September 2015 to 10th January 2016. Data were collected by self-questionnaires.

RESULTS: 34 exploited answers. The profile of the patients was, nulliparous (67.7%), thirty years (moy=29.65), average social level, with a healthy lifestyle. 82.4% used to consult an osteopath outside pregnancy. The most described pregnancy disorders were nausea, vomiting, back pain (61.8%), gastroesophageal reflux (55.8%), and constipation (52.9%). Those motivated more consultation were back pain (58.8%), sciatica and ligament pain (23.5%). Osteopathic treatment has significantly improved the discomfort of patients on each of the six evaluation criteria.

DISCUSSION: Refund of osteopathy costs, during pregnancy, could make it accessible to everyone, and promote a common care of patients with conventional medicine. The low power of the study does not allow attest to the osteopathy efficacy, but suggested it would be interesting scientific studies with high level of evidence work on the subject.

Mots clés / Keywords

Grossesse_Ostéopathie_Troubles_Douleur_Soins_Traitement_Alternative

Pregnancy_Osteopathy_Troubles_Pain_Care_Treatment_Alternative