

Sommaire

Introduction à l'étude	p.1
Matériels et Méthode	p.4
Résultats	p.6
Analyses et Discussions	p.13
Conclusion	p.23
Bibliographie	
Annexes	

Introduction

Selon la définition officielle de 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 ces termes". [1]

La douleur apparaît ainsi comme une expérience subjective. Il convient alors de distinguer 3 composantes. La composante sensori-discriminative correspond aux mécanismes neurophysiologiques de la nociception. La composante affective exprime la connotation désagréable, pénible, rattachée à la perception douloureuse. La composante cognitive correspond à l'ensemble de processus mentaux qui accompagnent et donnent du sens à une perception.

La grossesse est une période de la vie impliquant de grandes modifications physiologiques anatomiques, hormonales, psychologiques pour la femme enceinte. Le déroulement de la grossesse peut être notamment perturbé par la survenue de douleurs sacro-iliaques de la symphyse pubienne et par des lombalgies due à une adaptation du corps.

Les douleurs pelviennes sont fréquentes au cours de la grossesse et, selon les études, il semble qu'entre 40 et 90 % des patientes les ressentent à un moment ou à un autre de leur grossesse [2]. La prévalence augmente avec l'âge de la grossesse. Dans une étude prospective de 200 grossesses, *Kristiansson et al.* ont mis en évidence un pic de prévalence à 36 semaines d'aménorrhée (49 % des patientes). Le fait que dans plus de 80 % des cas ces douleurs soient apparues au cours de la grossesse chez une patiente n'ayant aucun antécédent douloureux pelvien confirme qu'il ne s'agit pas d'une simple exacerbation gravidique de phénomènes mécaniques mais bien d'une pathologie spécifique de la grossesse. [3]

Il faut toutefois vraisemblablement distinguer, au sein de cette symptomatologie douloureuse pelvienne particulièrement riche et fréquente au cours de la grossesse, deux types de phénomènes algiques : les douleurs dorsolombaires ou lombaires basses et les douleurs du cadre osseux pelvien appelées « pelvic girdle pain » antérieures (pubis) ou

postérieures (sacro-iliaques), en rapport avec un relâchement ligamentaire ou une traction sur les points d'attache osseux de ces ligaments [4]

La lombalgie est définie comme une douleur située au niveau des vertèbres lombaires, c'est-à-dire située en dessous de la dernière vertèbre qui porte une côte (les vertèbres concernées vont de D12 à S1). *Ostgaard et al* dans leur étude portant sur la prévalence des douleurs lombaires estime que les lombalgies basses de la femme enceinte sont très fréquentes, 24 à 56% en souffrent pendant leur grossesse. [2]. Elles sont généralement médianes, et augmentées par les efforts et les mouvements du rachis. Elles sont invalidantes dans 30 % des cas [2]. Le mécanisme de ces lombalgies n'est pas totalement clair.

Les douleurs du cadre osseux pelviens se définissent en postérieur par les douleurs sacro-iliaques qui se manifestent en regard de l'articulation et dans la fesse, irradient à la face postérieure des cuisses parfois jusqu'aux genoux, sans radiculalgie vraie.

Elles sont associées en antérieur par des douleurs et des sensations de pesanteurs pelviennes localisées en regard de la symphyse pubienne et de la région sus-pubienne où s'insèrent les muscles grands droits et pyramidaux. Les douleurs sont souvent liées à un mouvement, apparaissant à la marche ou en décubitus lorsque les patientes se retournent dans leur lit, ou lorsqu'elles se penchent en avant. [5] Les douleurs sont généralement continues ce qui les différencie des contractions utérines intermittentes. Leur intensité varie d'une simple gêne à la marche à une impotence fonctionnelle sévère.

Les étiologies de ces douleurs pendant la grossesse et le post-partum sont principalement les facteurs bio mécaniques liés à la grossesse ou l'accouchement, les facteurs hormonaux. Ces douleurs sont plus souvent rencontrées chez des patientes ayant un contexte socio-économique difficile. [5]

Les modalités de traitement de ces douleurs dans le post-partum sont nombreuses avec chacune leur efficacité propre.

Parmi eux, on recense essentiellement les antalgiques, les moyens non médicamenteux tels que l'ostéopathie, l'acupuncture, l'homéopathie, mais aussi d'autres pratiques manuelles tirées de médecine traditionnelles ou d'ostéopathie.

Le serrage de bassin, les postures, les étirements, mobilisations du bassin et les massages sont souvent retrouvés dans la prise en charge d'accouchées par les sages-femmes traditionnelles de nombreux pays.

Le modelage de l'utérus et du bassin (Nféraïdo®) et la méthode Niromathé sont des pratiques issues de l'ostéopathie et ouverte à la sage-femme au prix d'une formation spécifique. Ces méthodes sont peu connues et il n'y a pas d'étude prouvant leur efficacité.

Il n'existe pas à ce jour d'études permettant de faire le point sur la pratique des sages-femmes relatives à la prise en charge des douleurs lombaires et sacro-iliaques dans la période de suite de couche. Or, il est clair que les professionnels en 1^{ère} ligne de cette prise en charge sont les sages-femmes qui exercent dans les secteur hospitalier mère/enfant ou dans le secteur libéral pour les suivis à domicile. Il semble donc pertinent de poser la question de recherche suivante :

Quel est l'état de la prise en charge des douleurs lombaire et sacro-iliaques par les sages-femmes en post-partum précoce ?

Le premier objectif de ce mémoire est d'identifier les critères de prise en compte par les sages-femmes pour prendre en charge les douleurs lombaire/sacro-iliaques en post-partum précoce.

Le second objectif est de répertorier les méthodes médicamenteuses et non médicamenteuses utilisées par les sages-femmes et faire ressortir les difficultés à la mise en place de leur prise en charge.

Matériel et Méthode

La recherche a été réalisée comme une enquête, effectuée sous la forme d'un questionnaire papier auprès de sages-femmes hospitalières exerçant en service post-natal en secteur public ou privé. [Annexe 1]

Il est composé de 4 parties :

- Des données générales concernant le professionnel
- Les critères de prise en compte des douleurs par la sage-femme
- Les prises en charge proposées par la sage-femme ainsi que ses connaissances sur les différentes prises en charge médicamenteuses ou non.
- La place de la formation initiale et continue dans la prise en charge.

Dans un premier temps, le questionnaire a été élaboré avec l'aide d'une sage-femme et d'un ostéopathe pour la partie concernant les critères de prise en compte de la douleur par le professionnel. La partie portant sur les thérapeutiques de la douleur a établi une liste de prises en charges en fonction des données actuelles retrouvées dans la littérature scientifique ainsi que des observations faites sur le terrain.

Dans un second temps, une phase test a été effectuée auprès de 4 sages-femmes hospitalières et a conduit à des modifications sur la forme du questionnaire (formulation des questions, réponses ouvertes ou non). Une seconde phase test auprès des mêmes sages-femmes a permis la validation finale du questionnaire.

Critère d'inclusion : Le cadre de cette étude étant limité à la prise en charge précoce des douleurs, il a été décidé pour des raisons pratiques de n'interroger que les sages-femmes diplômées d'état exerçant une activité hospitalière publique ou privée en service post-natal de la région PACA.

Critère de non-inclusion : Pour des raisons pratiques les sages-femmes installées uniquement en libéral, même ayant eu une expérience hospitalière ne sont pas incluses.

Critère d'exclusion : Tout questionnaire non rempli ou non-interprétable

Ainsi, 155 questionnaires ont été distribué dans des maternités et cliniques de type

différents (I, IIa, IIb et III) à Marseille et ses environs, choisies aléatoirement :

- Hôpital Nord – Niveau III (20 questionnaires)
- Hôpital Saint-Joseph – Niveau IIb (50 questionnaires)
- Clinique Beauregard – Niveau IIa (20 questionnaires)
- Centre Hospitalier de Salon de Provence – Niveau IIa (20 questionnaires)
- Clinique de Vitrolles – Niveau I (15 questionnaires)
- Centre Hospitalier d'Aubagne – Niveau I (15 questionnaires)
- Centre Hospitalier de Pertuis – Niveau I. (15 questionnaires)

La phase de recueil de données s'est effectuée de Juillet 2016 à Novembre 2016.

57 questionnaires ont été remplis, 2 n'étaient pas interprétables et 98 n'ont pas été remplis. L'étude inclus donc 55 questionnaires.

Les réponses ont ensuite été retranscrites et codées dans un tableur Excel afin de permettre une analyse descriptive à l'aide du logiciel SOFASTAT et de Excel.

Résultats

155 questionnaires ont été distribués à l'ensemble des maternités sélectionnées. Parmi eux, 57 sont récupérés dont 55 analysables soit 35,48%

53 femmes (94,5%) et 3 hommes (5,5%) ont répondu.

Répartition de l'âge :

- Moins de 25 ans : 6 (10,9%)
- Entre 25 et 35 ans : 26 (47,3%)
- Entre 35 et 45 ans : 10 (18,2%)
- entre 45 et 55 ans : 13 (23,6)
- plus de 55 ans : 0 (0%)

Les années d'exercice sont en moyenne de 11,05 ans avec un minimum de quelques mois et un maximum de 32 ans réparties avec une médiane de 8 ans.

Répartition des questionnaires en fonction des types de maternités :

- Type I: 13 (23,6%)
- Type IIa: 16 (29,2%)
- Type IIb: 18 (32,7%)
- Type III : 8 (14,5%)

Toutes les sages-femmes interrogées (100%) ont déjà été confronté au moins une fois à une patiente souffrant de douleurs lombaires et /ou sacro-iliaques pendant son séjour en suites de couche.

Tableau 1 : Fréquence de prise en compte de la douleur par les sages-femmes

Fréquence de prise en compte		Effectifs	%
	Tout le temps	26	47,30%
	Souvent	25	45,50%
	Pas très souvent	4	7,30%
	Jamais	0	0,00%

Les sages-femmes ont été questionnées concernant les critères de prise en compte de la douleurs qui influencent leurs prise en charge

Concernant les critères de prise en compte qui influencent les sages-femmes, on constate sur l'Echelle Numérique, 34,09 % des sage-femmes prennent en compte la douleur quand elle est ≥ 0 et 59,09 % la prennent en compte à partir d'une EN ≥ 4 . Enfin 6,82 % à partir d'une EN ≥ 7 .

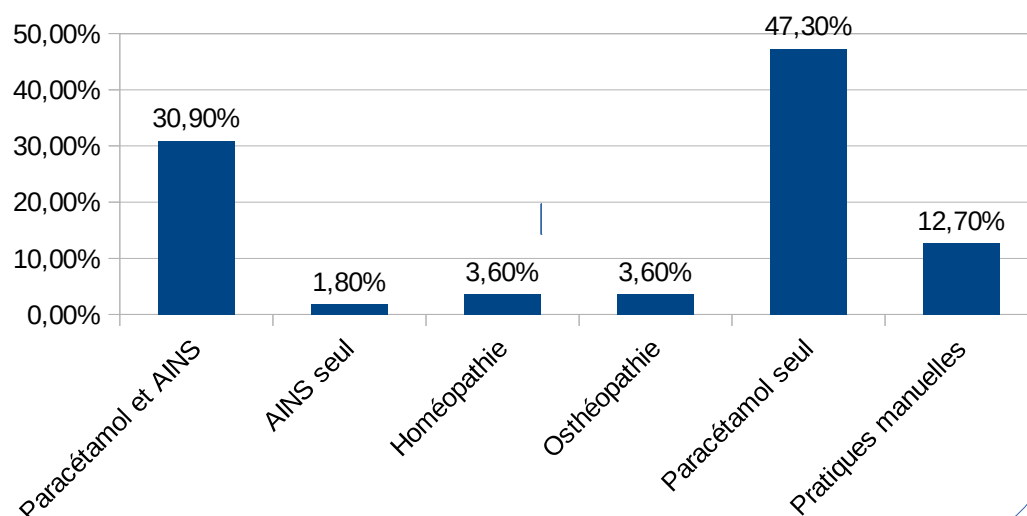
La douleur à la mobilisation est prise en compte par 46,81 % des sages-femmes. Le handicap engendré par la douleur est pris en compte à 76,40 %.

Tableau 2 : Fréquence de prise en compte d'autres critères par les sages-femmes

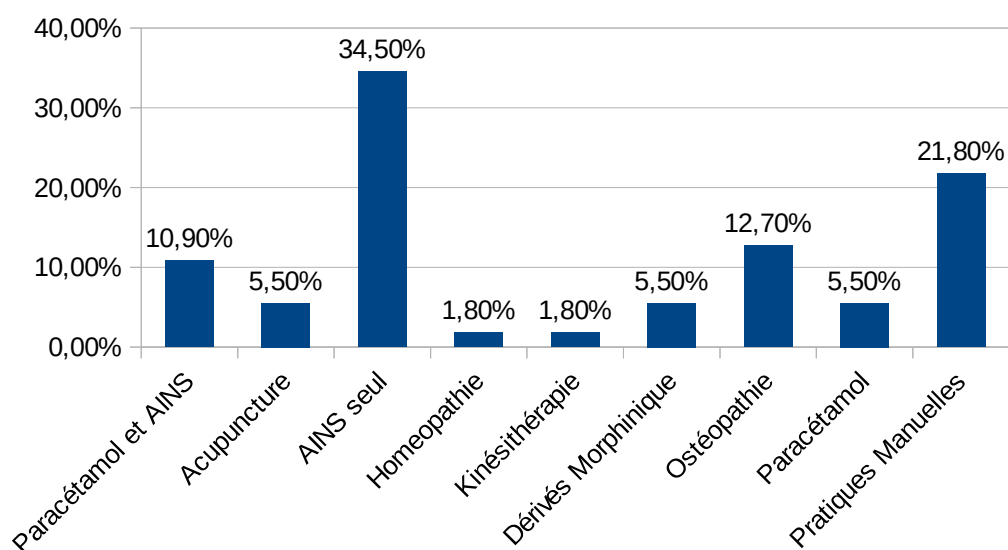
	Frequence	%
Analgésie péridurale pendant le travail	35	63,60%
Douleurs préexistantes à la grossesse	33	60,00%
Douleurs préexistantes à l'accouchement	32	58,20%
Extraction Instrumentale	47	85,50%

Il a été demandé aux sages-femmes de présenter leur prise en charge précoce des douleurs lombaire et sacro-iliaques, classée en 3 ordre d'intention.

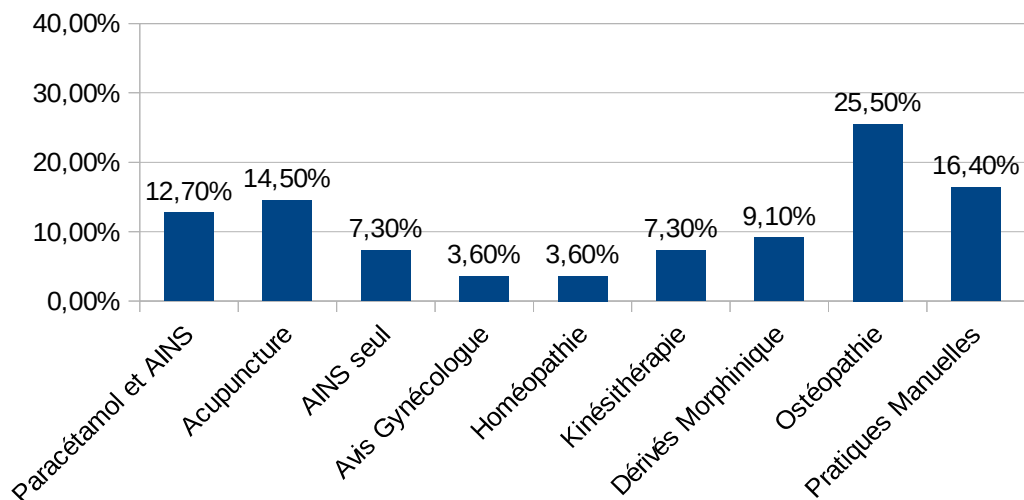
Graphique 1.1 : Fréquence de prise en charge en 1^e intention



Graphique 1.2 : Fréquence de prise en charge en 2^e intention



Graphique 1.3 : Fréquence de prise en charge en 3^e intention



Graphique 2: Fréquence d'utilisation des différentes pratiques manuelle proposées par les Sages-femmes

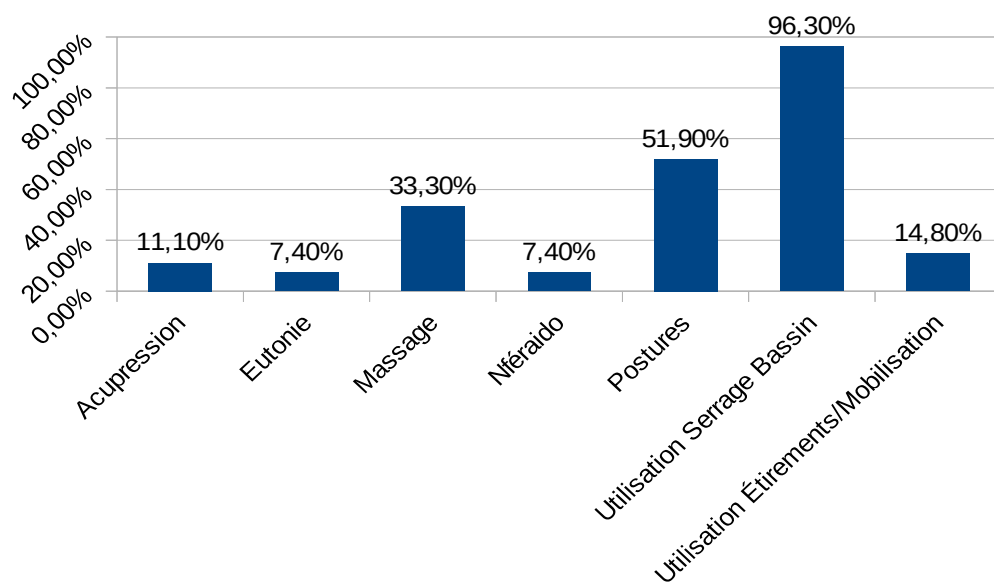
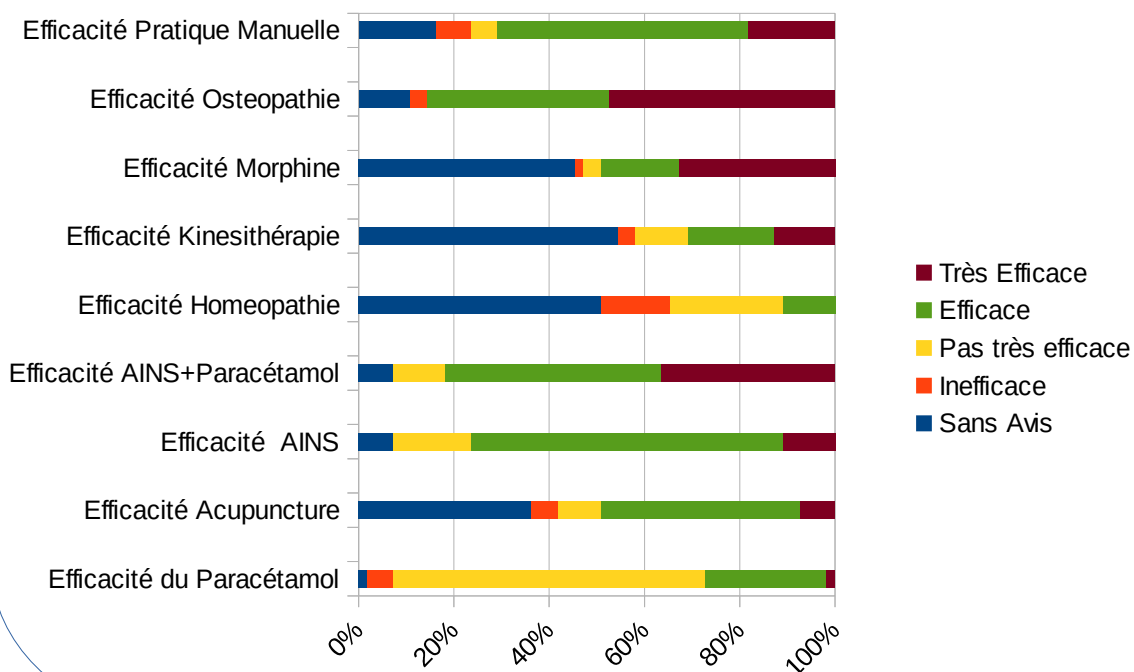


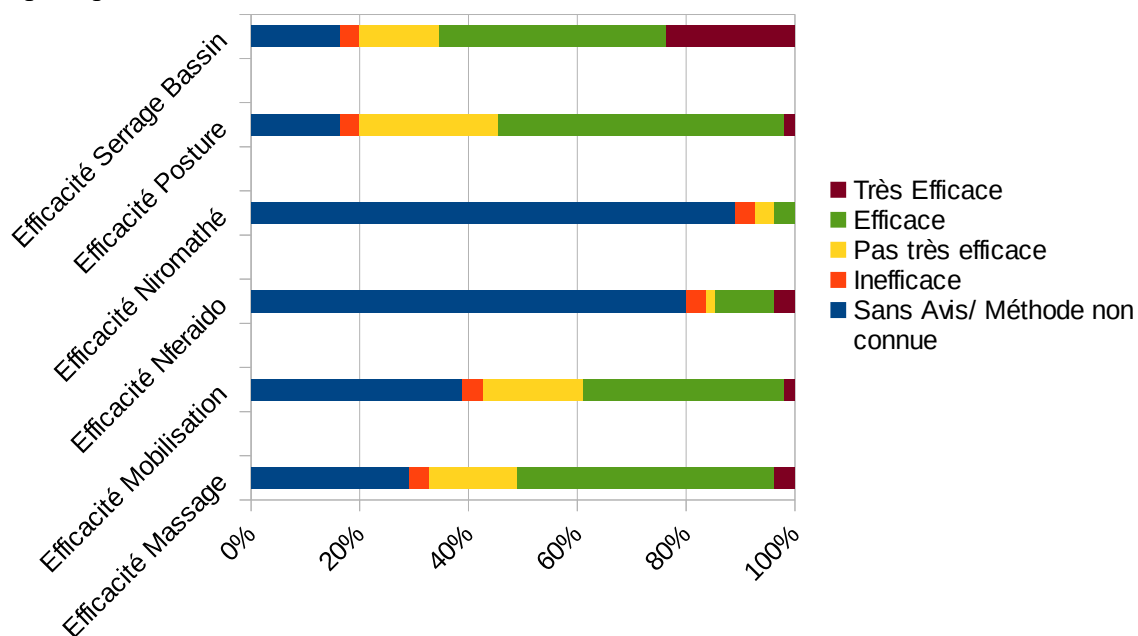
Tableau 4 : Autonomie des sage-femmes en fonction des prises en charge

Prise en charge	SF autonome dans sa prise en charge	SF non autonome dans sa prise en charge	Total
Paracétamol	30	0	30
AINS	24	0	24
Paracétamol+ AINS	30	0	30
Morphine	2	6	8
Acupuncture	2	9	11
Ostéopathie	3	21	24
Kinésithérapie	0	5	5
Pratiques manuelles	28	0	28
Homéopathie	5	1	6

Graphique 3.1 : L'avis des sages-femmes sur l'efficacité des différentes prise en charge



Graphique 3.2 : L'avis des sages-femmes sur l'efficacité des différentes pratiques manuelles



Graphique 4 : Obstacles identifiés par les sages-femmes à une mise en place d'une prise en charge médicamenteuse ou non

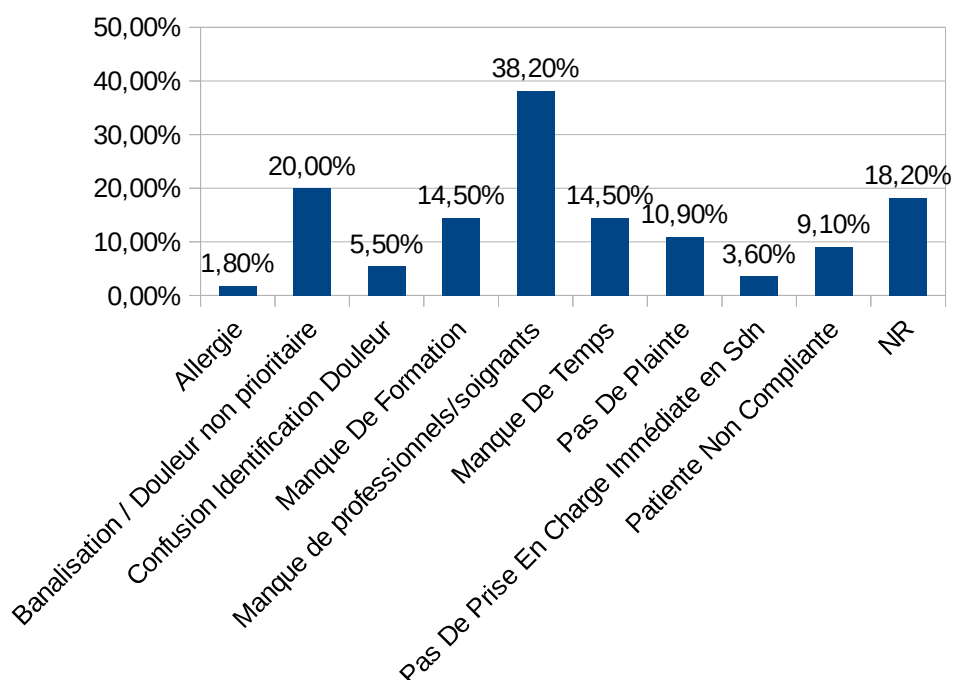


Tableau 5 : Obstacles identifiés par les sage-femme à la mise en place de pratiques manuelles pour prendre en charge les douleurs lombaire et sacro-iliaques.

	Fréquence	%
Manque de Formation continue	37	67,30%
Manque De Temps	37	67,30%
Manque de connaissance en formation initiale	45	81,80%
Peur d'aggraver la situation	11	20,00%
Pratiques manuelles non utiles	2	3,60%
Pratiques qui ne font pas partie des compétences des Sfs	0	0,00%

La population interrogée estime en grande majorité (88,9%) que la prise en charge de ces douleurs nécessite une formation supplémentaire à la formation initiale.

Parmi les personnes questionnées, 34,5% ont reçues une formation supplémentaire pour prendre en charge ces douleurs. On retrouve la formation de « Bernadette de Gasquet » (57,9%), une formation d'ostéopathie (15,8%), la formation « N'féraïdo » (10,5%) et d'autres formations différentes (15,8%).

Les 65,5% des sages-femmes n'ayant pas de formation supplémentaire déclarent majoritairement avoir acquis leurs prises en charge directement sur le terrain, grâce à des conseils et expériences transmis de sage-femme à sage-femme (82,3%). Les autres (14,4%) ont bénéficié d'une formation personnelle ne rentrant pas dans le cadre de la formation continue.

Analyse et Discussion

Ce travail présente des limites et biais. Il convient de les identifier et de préciser leurs significations et impacts sur les résultats.

L'utilisation du support papier n'a pas permis une large diffusion des questionnaires dans toutes les maternités. De plus, la limitation aux sages-femmes du secteur hospitalier n'a pas permis de rendre compte des prises en charges effectuées dans le secteur libéral ce qui est une limite à l'étude.

Le faible effectif empêche d'avoir des résultats généralisables à la population française de sage-femme. De même, la proportion de réponse dans les maternités de niveau IIa, et IIb est plus importante par rapport aux autres types de structures.

La notion de pratique manuelle, bien qu'elle soit illustrée par des exemples concrets dans le questionnaire, peut constituer un biais de confusion.

De même la distinction entre douleurs musculaire, ligamentaire et osseuse constitue un biais de confusion car les limites anatomo-physiologiques de ces douleurs sont complexes.

Dans le critère de prise en compte « récurrence de la douleur », il n'a pas été correctement définie ce que « douleur occasionnelles » représente comme fréquence, créant un biais d'information mais l'impact est négligeable sur les résultats.

47,3 % des sages-femmes interrogées ont entre 25 et 35 ans, ce qui signifie que la population de cette étude est plus jeune que la moyenne nationale qui se situe autour des 42 ans.

La faible quantité de réponse peut interroger quant à l'intérêt des sages-femmes pour le sujet proposé. En revanche, toutes les sages-femmes de l'étude sans exception ont déjà été confronté à une patiente ayant des douleurs lombaires et sacro-iliaques d'où la pertinence de la question de recherche.

Cela est d'autant plus vrai que la littérature va dans ce sens, avec une vraie reconnaissance de ces douleurs pendant la grossesse et le post-partum [2] [6].

Reconnu comme un droit fondamental de toute personne, par la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002, le soulagement de la douleur s'inscrit parmi les objectifs de tout établissement de santé [7].

Cette obligation est bien respectée par les sages-femmes interrogées avec une prise en compte de la douleur très présente [Tableau 1].

Il n'y a pas de distinction notable entre la prise en compte des douleurs dorsales ou pelviennes par les sages-femmes, d'où une confusion étiologique ou sémiologique dans leur identification.

Il existe pourtant de nombreux tests faciles à mettre en place permettant d'identifier si la douleur est lombaire ou pelvienne postérieure. Le test de provocation de la douleur postérieure ou le test de Patrick en sont des exemples [Annexe 2]. Il est important de noter que les tests de provocation de la douleur ont une faible sensibilité s'ils sont effectués isolément. Ils doivent être en effet couplés à une anamnèse complète, un examen clinique, et si possible d'autres tests pour pouvoir effectuer un diagnostic [8].

59,09 % des sages-femmes prennent en compte la douleur quand la patiente l'évalue supérieure ou égale à 4 par l'EN, et 46,81 % quand la douleur survient à la mobilisation. Ces critères correspondent du point de vue sémiologique à des douleurs lombaires ou de la ceinture pelvienne [2] [4].

Le Handicap engendré par la douleur est un critère fortement pris en compte par les sages-femmes d'autant que la patiente est fortement mobilisée par les besoins du nouveau-né.

La pose d'une analgésie péridurale est aussi prise en compte car elle est un facteur de futures douleurs lombaires surtout les premiers jours suivant l'accouchement [9].

Une patiente sous l'effet d'une analgésie péridurale peut ne pas ressentir une douleur causée par une mauvaise position durant son accouchement, et donc ne la ressentir après son accouchement.

Le point de ponction de péridurale peut expliquer ces douleurs pour 3 raisons.

La première est un « traumatisme » lors du passage de l'aiguille de Tuohy. L'aiguille

traverse les différents plans cutanés, les ligaments sus et inter épineux de la colonne et le ligament jaune. Cette effraction peut provoquer une inflammation et donc induire une douleur.

La deuxième est une crispation des muscles lors de la ponction, en raison du stress de la patiente lors de la pose, pouvant provoquer une douleur dans les suites de couche

La troisième s'explique par les changements anatomiques liés à la grossesse qui peuvent rendre la pose de l'analgésie péridurale plus difficile, et augmente donc le risque d'effectuer plusieurs ponctions.

Enfin, il semble que les sages-femmes l'extraction instrumentale comme responsable des douleurs lombo-sacrées. Il n'y a pas d'étude démontrant que l'utilisation d'instrument lors de l'accouchement augmente le risque d'avoir des douleurs lombaires et sacro-iliaques.

En revanche il semble intéressant de rapporter l'étude de *Mukkanavar et al* portant sur l'impact du mode d'accouchement sur les douleurs de la ceinture pelvienne comprenant 284 femmes, qui a démontré une plus grande incidence de ces douleurs après un accouchement par césarienne (33%) par rapport à un accouchement par voie vaginale (8,1%). Il n'était pas spécifié dans cette étude si l'accouchement par voie vaginale comprenait les extractions instrumentales [10].

L'existence des douleurs lombaires et sacro-iliaques pendant la grossesse semble être fortement prise en compte [Tableau 2], car celles-ci persistent dans le post-partum. Il est montré que les lombalgies deviennent plus fréquentes et plus douloureuses que les douleurs sacro-iliaques après un accouchement [6]. Dans la grande majorité des cas, l'évolution de ces douleurs lombo-sacrées est favorable, dans les six mois suivant l'accouchement [11]. Au-delà, des douleurs sont mentionnées dans 10 à 23 % des cas, associées à une incapacité pour les activités ménagères, la marche, les activités physiques de loisir [12].

Cependant, il est rarement spécifié dans les dossiers la présence ou non de ces douleurs pendant la grossesse à moins qu'elles ne soient vraiment pathologiques. Il est donc important pour la sage-femme de rechercher l'existence de ces douleurs pendant la grossesse afin de pouvoir en évaluer le pronostic à moyen et long terme.

Malgré la palette de prise en charge possible, on constate une utilisation massive de paracétamol en 1^{ère} intention, paradoxalement jugée peu efficace par les sages-femmes [Graphique 1.1] [Graphique 3.1]. *Saragiotto et al*, dans leur étude à propos de l'efficacité du paracétamol sur les douleurs lombaires constatent que le paracétamol a la même efficacité qu'un placebo et concluent que cette médication n'a aucune efficacité sur ces douleurs [13].

Les sages-femmes utilisent en majorité un AINS seul en 2^e intention pour traiter ces douleurs [Graphique 1.2]. L'AINS utilisé en maternité est le kétoprofène. Elles jugent plutôt efficace l'utilisation du couple Paracétamol/AINS qu'elles envisagent aussi en 1^{ère} intention pour prendre en charge ces douleurs [Graphique 1.1]. *Enthoven et al*, dans leur revue de littérature portant sur l'efficacité des AINS pour traiter les douleurs lombo-sacrées chroniques, met en évidence une faible efficacité : en fonction des études, la diminution de la douleur va de -5,33 à -1.27 point sur la « Visual analog scale » (VAS) par rapport à un placebo [14].

Les thérapeutiques antalgiques en post-natal sont limitées en raison de l'allaitement maternel, ce qui ne permet pas une prise en charge optimale de la douleur [15][16].

Dans toutes les maternités étudiées, il n'existe aucun protocole spécifique pour prendre en charge les douleurs lombaires et sacro-iliaques.

En revanche, les sages-femmes ont une certaine connaissance des différentes prises en charge existante sans pour autant savoir les pratiquer car elles sont capables, comme en témoigne l'étude, d'évaluer l'efficacité de chacune d'elle [Graphique 3.1].

25,50 % des sages-femmes proposent une prise en charge ostéopathique en 3^e intention [Graphique 1.3], qualifiée de très efficace [Graphique 3,1] quand les médicaments n'ont pas diminué la douleur. Cette prise en charge ne fait pas partie de leur compétence. L'ostéopathie est fondée sur des techniques manuelles visant à la conservation ou la restauration de la mobilité des différentes structures de l'organisme. Elle considère que toute perte de mobilité naturelle des organes les uns par rapport aux autres apparaît au niveau des muscles ou tendons, des viscères, du crâne ou des enveloppes (fascias) y induisant des dysfonctionnements.

Dans le post-partum, l'ostéopathe peut corriger les désordres biomécaniques articulaires

et organiques consécutifs aux contraintes permanentes de la grossesse et aux mécanismes de l'accouchement. [17]

La littérature montre aujourd'hui que l'ostéopathie est très efficace sur les douleurs qui nous intéressent. *Schwerla et al.* dans son étude portant sur l'efficacité d'un traitement ostéopathique en post-partum chez 80 patientes souffrant de douleurs lombaires 3 mois après leur accouchement, démontre une nette amélioration des douleurs (de 7,3 à 2,0 sur la Visual analog scale) comparé au placebo (de 7,3 à 6,5). Il conclut aussi à une diminution du handicap que subissent certaines patientes dans leur vie quotidienne [18]. Cependant, cette forte demande de prise en charge expose les sages-femmes à la faible disponibilité des ostéopathes, pas toujours présents dans l'enceinte de la maternité.

Le recours au médecin gynécologue obstétricien est très faiblement mentionné à 3,60 % [Graphique 1.3].

Il faut remarquer qu'une proportion non négligeable de sage-femme, proposent des pratiques manuelles comme prise en charge : 12,70 % en 1^{ère} intention, 21,80 % en 2^e intention et 16,40 % en 3^e intention [Graphiques 1]. Toutes ces pratiques sont assurées en toute autonomie par les sages-femmes et sont une alternative à la médication et l'ostéopathie.

Elles bénéficient d'un bon avis global avec majoritairement une efficacité reconnue par les personnes interrogées [Graphique 3.1].

Si l'on regarde plus en détail les différentes pratiques manuelles, on remarque l'utilisation par 96,30 % des répondants de la technique de serrage de bassin [Graphique 2], la seule réellement considérée par les sages-femmes comme pouvant être très efficace [Graphique 3.2]. Elle est suivie par l'utilisation à 51,90 % de postures antalgiques.

La technique de serrage de bassin est tirée de techniques de sages-femmes dans des sociétés traditionnelles. Elle a pour principal objectif de resserrer les articulations sacro-iliaques et la symphyse pubienne. Ses effets sont comparables à ceux retrouvés lors du port d'une ceinture pelvienne de grossesse. On utilise un drap ou une alèse que l'on va tendre autour du bassin de la patiente. On noue ensuite le tissu pour maintenir la force

exercée. [Annexe 3] Elle offre des résultats immédiats sur la patiente qui est généralement tout de suite soulagée [19]. L'efficacité est encore plus accrue si la prise en charge se fait dès le post-partum immédiat.

Les postures antalgiques sont elles aussi très utilisées [Annexe 4]. Elles peuvent être couplées avec des exercices d'étirement et de mobilisation. La patiente allongée, assise ou debout va reproduire les postures active ou passive proposées par la sage-femme. Elles ont pour but de détendre le rachis et de trouver des positions qui limitent les contraintes mécaniques et donc la douleur. Cette méthode rend la patiente active dans sa prise en charge et s'inscrit vraiment dans une démarche préventive d'éducation pour la santé car des conseils ergonomiques liés au portage du nouveau-né ou aux positions d'allaitement sont transmises à la patiente. La revue de littérature de *Gukke et al* sur les traitements des douleurs lombo-pelviennes liées à la grossesse montre une faible incidence des exercices posturaux sur la douleur [19]. Cependant, *Enthoven et al* concluent que les exercices posturaux améliorent le handicap que provoque la douleur [14].

Les autres pratiques manuelles comme le modelage et le Niromathé sont peu utilisés et peu connus des sages-femmes. [Graphique 2 et 3.2]

Le modelage est un concept original accompagnant la physiologie de la femme et du nouveau-né le long de la grossesse et du post-partum. Il se définit comme la rencontre de la pratique ostéopathique en périnatalité avec la profession de sage-femme. Ce concept trouve ses indications dans de nombreux maux de la grossesse et du post partum dont les douleurs sacro-iliaques. [20]

Le Niromathé est une méthode de réflexothérapie vertébrale et périphérique. Elle associe une stimulation des points de détente et d'acupuncture à une traction cutanée. La méthode trouve les mêmes indications que l'ostéopathie pendant la grossesse et post-partum et est applicable par les sages-femmes. [21]

Aucune étude n'a été retrouvée prouvant l'efficacité de ces dernières méthodes.

On remarque la faible utilisation de l'homéopathie par les sages-femmes souvent peu convaincues de son efficacité. [Graphiques 1.1, 1.2, 1.3 et 3.1]. L'homéopathie est une médecine non conventionnelle qui consiste à administrer au malade des doses faibles d'un médicament.

Les indications de l'homéopathie pendant la grossesse et dans le post-partum sont nombreuses : soit parce qu'il n'existe pas de médicament allopathique pour traiter le symptôme, soit parce que le médicament allopathique peut présenter des effets secondaires nocifs pour la mère et l'enfant. L'homéopathie peut être utilisée dans le post-partum pour traiter les douleurs lombo-sacrées. Il en existe plusieurs indications. [22].

Une dose d'Arnica Montana 30CH, permet un rétablissement rapide de l'état général, favorisant la cicatrisation et la récupération musculaire. Cette dose doit être administrée douze heures après l'accouchement. De plus, l'Arnica Montana agit sur l'œdème du point de ponction péridurale, facilitant sa résorption.

Pour le traitement des lombalgies, Ruta Graveolens 9CH ,5 granules, 2 fois par jour, peut être donné ou Gelsemium 15CH et Apis mellifica 9CH peuvent être prescrits en association 5 granules de chaque en 3 prises réparties sur les premières vingt-quatre heures après l'accouchement.

Murex Purpurea 9CH (5 granules, 2X par jour) agit quant à lui sur la pesanteur des organes pelviens, l'endolorissement de l'utérus et du bas ventre et sur la douleur des lombes et des hanches.

Cette prise en charge pourrait pourtant intervenir de manière complémentaire avec d'autres, étant donné qu'elle est sans nocivité pour la femme et n'est pas contre-indiquée avec l'allaitement.

L'efficacité de l'homéopathie est par contre fortement controversée encore aujourd'hui. *Mathie RT* dans sa revue de littérature portant sur les études cliniques de l'homéopathie depuis 1994 jusqu'à 2015 n'a pu conclure ni sur son efficacité, ni sur son inefficacité [23].

L'acupuncture occupe 14,50 % des prises en charge par les sages-femmes en 3^e intention. [Graphique 1.3].

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

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

Elle peut être indiquée en cas de douleurs lombo-sacrée. Pendant la grossesse, elle est

efficace sur les douleurs lombaires, les sciatiques, le canal carpien et les crampes musculaires. Elle prépare le périnée et le col utérin pour l'accouchement. Pendant l'accouchement, elle agit sur les douleurs sacro-iliaques [24]

Dans le post-partum, l'acupuncture reste indiquée pour les douleurs lombaires et sacro-iliaques. L'étude de *Vas et al.* et la revue de littérature de *Gutke et al* concluent à une forte efficacité de l'acupuncture sur ces douleurs [24] [19]. Pourtant presque 40 % des sages-femmes ne donnent pas d'avis sur cette méthode. Cela s'explique par le fait que généralement, les sages-femmes ne pratiquent pas elle-même l'acupuncture [Tableau 4] et laissent la main à un autre professionnel.

Le traitement peut être mis en place facilement avec 2 points généralement utilisés pour traiter le syndrome de Lacomme qui se définit comme une distension au niveau des articulations, des ligaments et des tendons au niveau des articulations du bassin et de la symphyse pubienne chez la femme enceinte.

Le point 9 Rn se situe à 5 cun (1 cun = 1 phalange de pouce) au-dessus de la malléole externe, à 1 cun en arrière du bord postérieur du tibia.

Le 44 Estomac se situe à 0,5 cun en arrière du bord de la palme entre le 2ème et le 3ème orteil.

L'utilisation du V 25 en regard des fossettes de Michaelis est aussi envisageable pour traiter les douleurs sacro-iliaques.

Un des principaux obstacles identifiés par 20 % des sages-femmes est la banalisation et la non priorité de ces douleurs. Celles-ci sont peu recherchées en post-partum contrairement aux douleurs périnéales. Un autre frein que rencontrent les sages-femmes est le manque de formation pendant les années d'études de maïeutique, avec un sujet qui reste peu traité. C'est pourquoi 88.9 % des sages-femmes estiment qu'à l'heure actuelle la formation initiale n'est pas suffisante pour prendre en charge correctement ces douleurs.

Peu de maternités fournissent une formation d'équipe rentrant dans le dispositif de professionnalisation continue permettant d'organiser un projet de soin car seulement 34,5 % sages-femmes ont été formées. Parmi elles, 57,9 % ont eu une formation sur les postures antalgiques et le serrage de bassin. Dans 82,3 % des cas, les sages-femmes sans formation supplémentaire élaborent leur prise en charge en fonction de leur expérience

de terrain et de leurs échanges professionnels de « sage-femme à sage-femme »

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

Elle assure le suivi auprès des accouchées chaque jour, détecte les différentes douleurs et est à même de proposer un traitement adapté. L'ensemble des articles du code de santé publique met en évidence leurs devoirs envers les patientes [26]. Elle doit être en mesure d'identifier les différentes douleurs du post-partum et en avoir connaissance afin d'élaborer un traitement adapté. Ainsi, la sage-femme peut et doit dépister plus particulièrement les douleurs lombaires et de la ceinture pelvienne dans le post-partum.

Ce dépistage va se faire par l'analyse de son dossier, afin de détecter les différents facteurs d'influence aux douleurs lombaire et sacro-iliaques : travail rapide ou long, expulsion difficile, aide instrumentale, douleurs préexistante... Il est complété par l'interrogatoire de la patiente, son examen clinique associé et l'utilisation si possible de plusieurs tests de dépistage de la douleur.

Ces éléments vont permettre de préciser le siège, l'intensité, et d'évaluer le retentissement fonctionnel de cette douleur dans la vie quotidienne de la femme. Pour que cela soit possible, il est absolument nécessaire que la sage-femme soit correctement formée pour dépister, identifier, puis traiter ces douleurs.

Au regard de cette étude, des solutions existent. Il apparaît utile d'aborder certaines thématiques en formation initiale ou continue.

D'une part, développer d'avantage la physiopathologie des douleurs lombaires et sacro-iliaques permet de mieux comprendre les mécanismes jouant un rôle dans ces douleurs. Aborder les tests de dépistages de ces douleurs et être capable de les reproduire permet aux sages-femmes de déceler et d'identifier plus facilement les souffrances des patientes. Informer les sages-femmes quant à l'efficacité des différentes prises en charge et orienter ces professionnels vers les méthodes ayant les meilleurs retours rendra la prise en charge globale de ces douleurs plus efficace. L'initiation de l'apprentissage des techniques de serrage de bassin et des différentes postures antalgiques sont des exemples parfaitement envisageables pouvant rentrer dans le cadre de la formation initiale des jeunes sages-femmes.

D'autre part, il semble indispensable de développer un travail en réseau, mettant en scène une prise en charge pluridisciplinaire. L'efficacité du soin ostéopathique et de

l'acupuncture doivent nous faire réfléchir à l'utilité d'avoir recours à un professionnel formé pour prendre en charge ces douleurs dans les services de maternité.

Il paraît enfin important de ne pas vouloir protocoliser la prise en charge car cela pourrait engendrer des automatismes. La symptomatologie des douleurs lombaires et sacro-iliaques est vaste et ne convient pas forcément à une prise en charge unique.

Conclusion

Pour conclure, cette étude nous a permis de répondre aux objectifs initialement posés.

Les douleurs lombaires et sacro-iliaques sont des douleurs très fréquemment rencontrées par les sages-femmes en post-partum précoce. Elles prennent très fréquemment en compte ces douleurs, qu'elles caractérisent souvent par une intensité modérée qui survient surtout à la mobilisation. Le déroulement de l'accouchement est un critère ayant beaucoup d'impact pour elles.

On constate qu'il existe de nombreuses prises en charge possible. Les sages-femmes utilisent d'abord le paracétamol et les AINS pour traiter les douleurs lombaires et sacro-iliaques. Ils ont l'avantage d'être sans danger pour la conduite d'un allaitement maternel mais restent limités dans leur efficacité. On remarque une orientation nette vers l'ostéopathie et différentes pratique manuelles jugées plus efficaces mais demandant la présence d'ostéopathe ou une formation supplémentaire

L'utilisation de serrage de bassin et de postures antalgiques sont les pratiques manuelles les plus employée et permettent à la sage-femme de garder son autonomie. Une plus grande information concernant ces douleurs et leur traitement est nécessaire. L'initiation aux méthodes de dépistage de ces douleurs couplé à une analyse ciblée du dossier et l'apprentissage de ces pratiques manuelles peuvent rentrer dans le cadre de la formation initiale et permettre une prise en charge plus adaptée. Une prise en charge pluridisciplinaire avec l'intervention de professionnels formés peut être envisagée plus fréquemment.

Le faible effectif donne peu de puissance à cette étude et les résultats sont peu généralisables. Une plus grande population permettrait de faire une étude statistique plus poussée pouvant confronter les différentes prises en charge en fonction du type de maternité, de l'âge ou de l'expérience de la sage-femme.

Bibliographie

1. Qu'est-ce que la douleur? [Internet]. INSERM. [cité 28 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitivesneurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/douleur>
2. Ostgaard HC, Andersson GB, Karlsson K. Prevalence of back pain in pregnancy. Spine. Mai 1991;16(5):549-52.
3. Kristiansson P, Svärdsudd K, von Schoultz B. Back pain during pregnancy: a prospective study. Spine. 15 mars 1996;21(6):702-9.
4. Timsit M-A. Grossesse et douleurs rhumatologiques lombaires basses et de la ceinture pelvienne. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. Mai 2004;32(5):420-6.
5. Teurnier F. Démographie des sages femmes CEGORIF 2013 [Internet]. Disponible sur: http://www.cegorif.fr/congres/cegorif_2013/PDF/teurnier_demographie_SF.pdf
6. Ostgaard HC, Roos-Hansson E, Zetherström G. Regression of back and posterior pelvic pain after pregnancy. Spine. 1 déc 1996;21(23):2777-80.
7. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
8. Berthelot J-M. Par quels signes cliniques s'assurer au mieux qu'une douleur est bien d'origine sacro-iliaque (sensu lato)? [Internet]. Disponible sur: <http://www.rhumatologie.asso.fr/05-Bibliotheque/Publications/Revue76/76-8Berthelot.pdf>
9. Macarthur A, Macarthur C, Weeks S. Epidural anaesthesia and low back pain after delivery: a prospective cohort study. BMJ. 18 nov 1995;311(7016):1336-9.

10. Mukkannavar P, Desai BR, Mohanty U, Parvatikar V, Karwa D, Daiwajna S. Pelvic girdle pain after childbirth: the impact of mode of delivery. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2013;26(3):281-90.
11. Orvieto R, Achiron A, Ben-Rafael Z, Gelernter I, Achiron R. Low-back pain of pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* Mars 1994;73(3):209-14.
12. Norén L, Ostgaard S, Johansson G, Ostgaard HC. Lumbar back and posterior pelvic pain during pregnancy: a 3-year follow-up. *Eur Spine J.* juin 2002;11(3):267-71.
13. Saragiotto BT, Machado GC, Ferreira ML, Pinheiro MB, Abdel Shaheed C, Maher CG. Paracetamol for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; (6):CD012230.
14. Enthoven WTM, Roelofs PDDM, Deyo RA, van Tulder MW, Koes BW. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2:CD012087.
15. Utilisation du Paracétamol. Site du CRAT. Disponible sur: <https://lecrat.fr/articleSearchSaisie.php?recherche=parac%C3%A9tamol>
16. Utilisation du Kétoprofène. Site du CRAT. Disponible sur: <https://lecrat.fr/articleSearchSaisie.php?recherche=k%C3%A9toprof%C3%A8ne>
17. Ostéopathe de France / L'ostéopathie et la grossesse [Internet]. Disponible sur: <http://osteofrance.com/osteopathie/grossesse/>
18. Schwerla F, Rother K, Rother D, Ruetz M, Resch K-L. Osteopathic Manipulative Therapy in Women With Postpartum Low Back Pain and Disability: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *J Am Osteopath Assoc.* Juill 2015;115(7):416-25.
19. Gutke A, Betten C, Degerskär K, Pousette S, Olsén MF. Treatments for pregnancy-related lumbopelvic pain: a systematic review of

physiotherapymodalities. Acta Obstet Gynecol Scand. Nov 2015;94(11):1156-67.

20. N'Féraïdo modelages gynécologiques. Formation OGDPC sage femme [Internet]. N'féraïdo. Disponible sur: <http://www.dominiquejacquin.com/lamethode-nferaido/>
21. Le principe de la méthode | NIROMATHE [Internet]. [cité 10 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.niromathe.com/fr/la-m%C3%A9thode/pr%C3%A9sentation-de-la-m%C3%A9thode/le-principe-de-la-m%C3%A9thode>
22. Guide de l'Homéopathie - Homéopathie.Com [Internet]. Disponible sur: <http://www.xn--homopathie-d7a.com/>
23. Mathie RT. Controlled clinical studies of homeopathy. Homeopathy. Oct 2015;104(4):328-32.
24. Vas J, Aranda-Regules JM, Modesto M, Aguilar I, Barón-Crespo M, Ramos Monserrat M, et al. Auricular acupuncture for primary care treatment of low back pain and posterior pelvic pain in pregnancy: study protocol for a multicentre randomised placebo-controlled trial. Trials. 2014;15:288.
25. RICHARD, TAVERNIER. LE SYNDROME DE LACOMME ET ACUPUNCTURE [Internet]. Disponible sur: https://www.meridiens.org/obsllille/memoires/TAVERNIER_RICHARDLAComme.pdf
26. Les compétences des sages-femmes [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 15 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.ordre-sagesfemmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
27. Test de FABRE ou de Patrick | Tests et échelles en physiothérapie [Internet]. Disponible sur: <http://physiotherapytest.com/test-de-fabre-ou-de-patrick/>

Annexe 1 : Questionnaire de l'étude

Bonjour,

Je m'appelle Tanguy Huart, et suis étudiant sage-femme en 4ème année à l'École Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée (EU3M) . Je réalise un mémoire de fin d'études portant sur l'état de la prise en charge des douleurs lombaires et sacro-iliaques en service de suite de couche par les sages-femmes de la région PACA.

Ce questionnaire anonyme s'adresse aux sages-femmes hospitalières du public ou du privé qui travaillent ou ont travaillé en service de suite de couche.

En remplissant ce questionnaire vous m'aideriez énormément dans mon travail de recherche. Il est important de répondre en toute honnêteté, sans aide extérieure. Ce questionnaire comporte 7 pages.

Je vous remercie de votre participation et vous souhaite une bonne lecture.

Questionnaire

1) Êtes-vous :

- ☐ Une femme
- ☐ Un homme

2) Quel âge avez vous ?

- ☐ Moins de 25 ans
- ☐ Entre 25 et 35 ans
- ☐ Entre 35 et 45 ans
- ☐ Entre 45 et 55 ans
- ☐ Plus de 55 ans

3) Combien d'années d'exercices avez-vous ?

.....

4) Dans quel niveau de maternité travaillez-vous ?

- ☐ Niveau I
- ☐ Niveau II a
- ☐ Niveau II b
- ☐ Niveau III

5) Avez-vous déjà rencontré une patiente se plaignant de douleurs lombaires et/ou sacro-illiaque, suite à la grossesse ou à l'accouchement, en service de suite de couche ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

6) Prenez-vous en compte immédiatement la plainte de la patiente ?

- ☐ Tout le temps
- ☐ Souvent
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Jamais

7) Quels critères orientent votre prise en charge et/ou vos CAT en lien avec cette douleur ?

- La localisation de la douleur

- ☐ Douleurs dorsales
- ☐ Douleurs pelviennes
- ☐ Je ne tiens pas compte de la localisation de la douleur

- Le type de douleurs

- ☐ Douleurs musculaires
- ☐ Douleurs osseuses
- ☐ Douleurs ligamentaires
- ☐ Je ne tiens pas compte du type de douleur

- L'intensité de la douleur

- ☐ EVA entre 0 et 3
- ☐ EVA entre 4 et 7
- ☐ EVA > 7
- ☐ Je ne tiens pas compte de l'intensité de la douleur

- La récurrence de la douleur

- ☐ Douleurs occasionnelles
- ☐ Douleurs à la mobilisation de la patiente
- ☐ Douleurs ininterrompues
- ☐ Je ne tiens pas compte de la récurrence de la douleur

- La plainte répétée de la patiente

- ☐ Dès la première plainte de la patiente
- ☐ Plaintes quotidiennes
- ☐ La demande d'une prise en charge par la patiente
- ☐ Je ne tiens pas compte de la plainte de la patiente

- Le handicap engendré par la douleur

- ☐ Difficultés à la mobilisation
- ☐ Difficultés pour assurer ses besoins
- ☐ Difficultés pour assurer les besoins de son nouveau-né
- ☐ Immobilisation totale
- ☐ Je ne tiens pas compte du handicap engendré par la douleur

- Autres critères

- ☐ La pose d'une APD pendant l'accouchement
- ☐ Extraction instrumentale à l'accouchement
- ☐ La présence de douleurs préexistantes à la grossesse
- ☐ La présence de douleurs préexistantes à l'accouchement
- ☐ Autres :.....

8) Quelle(s) prise(s) en charge **immédiate(s)** proposez-vous aux patientes pour soulager les douleurs lombaires et/ou sacro-illiaque? Veillez numéroté les items par ordre d'intention dans la case prévue à cet effet, 3 items maximum.

- ☐ Antalgiques type anti-inflammatoire
- ☐ Antalgiques type paracétamol
- ☐ Association antalgiques paracétamol + anti-inflammatoire
- ☐ Antalgiques type morphiniques
- ☐ Acupuncture
- ☐ Ostéopathie
- ☐ Pratiques manuelles non médicamenteuse (serrage de bassin, postures antalgiques, massages...)
- ☐ Kinésithérapie
- ☐ Homéopathie
- ☐ Autres :.....
- ☐ Aucune

9) Parmi les prise(s) en charge choisies ci-dessus, quelles sont celles que vous assurez **en toute autonomie** ?

.....
.....
.....
.....

10) Selon vous, quelle est l'efficacité des prises en charge évoquées précédemment sur les douleurs lombaires et/ou sacro-illiaque

	Très efficace	Efficace	Peu efficace	Inefficace	N'a pas d'avis
Antalgique type paracétamol					
Antalgique type AINS					
Association antalgiques paracétamol + AINS					
Antalgique type morphinique					
Acupuncture					
Ostéopathie					
Pratiques manuelles (serrage bassin, postures antalgiques...)					
Kinésithérapie					
Homéopathie					
Autre :					

11) Selon vous, quels peuvent être les obstacles à une prise en charge **précoce** des douleurs lombaires et/ou sacro-illiaque, que vous jugez adaptée et efficace ?

.....
.....
.....
.....

12) Concernant les pratiques manuelles applicables en service de suites de couche par les sages-femmes pour soulager les douleurs lombaires et sacro-iliaques :

Connaissez-en vous qui sont pratiquées dans votre établissement ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui ,
lesquelles.....

Dans une autre maternité?

☐ Oui

☐ Non

Si oui ,
lesquelles.....

13) Selon vous, quelle est l'efficacité des pratiques manuelles suivantes lors de la prise en charge des douleurs lombaires et sacro-iliaques en suite de couche immédiat ?

	Très efficace	Efficace	Peu efficace	Inefficace	N'a pas d'avis	Je ne connais pas cette méthode
Serrage de bassin						
Méthode Niromathé						
Méthode N'féraïdo						
Acupression						
Postures antalgiques						
Massages antalgiques						
Exercices de mobilisation/ étirements						
Autres.....						

14) Si vous avez numéroté la prise en charge « pratique manuelle » à la question 8, quelle(s) pratique(s) manuelle(s) utilisez-vous ?

.....
.....

15) Selon vous, quels sont les freins empêchant les sages-femmes d'utiliser ces pratiques manuelles pour prendre en charge les douleurs lombaires et/ou sacro-iliaques des patientes en service ?

- ☐ Ces pratiques ne sont pas utiles pour prendre en charge ces douleurs
- ☐ Manque de temps pour les réaliser
- ☐ Manque de connaissances en formation initiale
- ☐ Manque de formation continue
- ☐ Ces pratiques ne font pas partie des compétences de la sage-femme
- ☐ Peur d'aggraver la situation lors de la réalisation de ces pratiques
- ☐ Autre(s) raison(s)

16) Selon vous, la prise en charge **immédiate** (toute prise en charge confondues, médicamenteuse ou non) des douleurs lombaires et sacro-iliaques du post-partum nécessite t-elle une formation supplémentaire à la formation initiale des sages-femmes ?

- ☐ Oui ☐ Non

17) Avez-vous fait une formation continue relative à la prise en charge (toute prise en charge confondue, médicamenteuse ou non) des douleurs lombaires et sacro-iliaques du post-partum ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, laquelle ou lesquelles ?

.....
.....
.....

Si **non**,

Comment avez-vous acquis cette prise en charge ?

.....
.....
.....

Annexe 2 : Tests de dépistages des douleurs lombaires et sacro-iliaques [27]

Test de provocation de la douleur pelvienne postérieure



Ce test s'effectue de la manière suivante : le sujet est allongé sur le dos. Une jambe est fléchie avec un angle de 90° entre l'articulation de la hanche et du genou. Avec ses mains, l'opérateur saisit le genou fléchi et exerce une pression verticale vers le bas, le fémur dans le bassin.

La présence d'une douleur lors de ce test indique une douleur sacro-iliaque

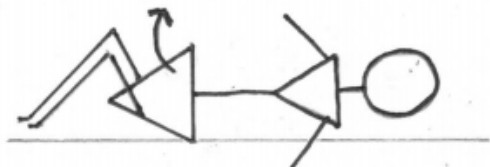
Test de Patrick (ou FABRE)



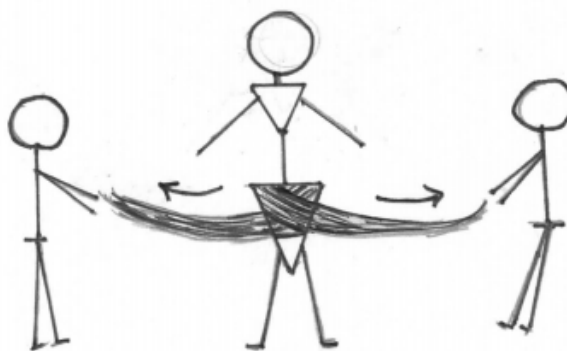
Le sujet est en décubitus dorsal. Le thérapeute place une contre-prise sur l'épine iliaque antéro-supérieure controlatérale afin d'éviter les compensations. Il amène la hanche en Flexion, Abduction et Rotation Externe (FABRE) en plaçant la cheville homo latérale sur le genou controlatéral. Il exerce une force verticale vers la table sur la face interne du condyle interne du genou fléchi.

Une douleur postérieure annonce un problème sacro-iliaque

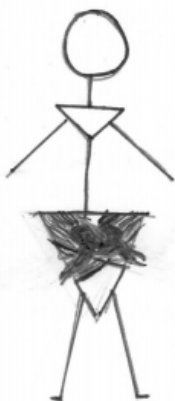
Annexe 3 : La méthode du serrage de bassin [schémas personnels]



La patiente est en décubitus dorsal les jambes repliées. La sage-femme place un drap replié ou une alèse sous les fesses de la patiente, au niveau de son bassin. La bascule du bassin en avant peut-être effectuée par la sage-femme et positionnant ses bras sous le sacrum de la patiente puis en les retirant en marquant un enroulement du bassin pour orienter le périnée vers le haut.



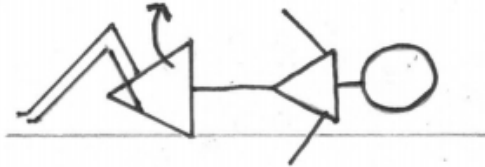
Les deux intervenants tirent chacun de leur côté afin de « resserer » le bassin. Il peuvent aussi exercer leur force alternativement pour effectuer un balancement du bassin.



Pour finaliser cette technique, les 2 intervenants resserrent le bassin et le maintiennent avec un nœud. Pour une efficacité prolongée, il est conseillé de ne pas trop se mobiliser afin de garder le serrage le plus longtemps possible.

Annexe 4 : Quelques postures antalgiques

En décubitus dorsal



La bascule du bassin en avant peut-être effectuée par la sage-femme et positionnant ses bras sous le sacrum de la patiente puis en les retirant en marquant un enroulement du bassin pour orienter le périnée vers le haut.

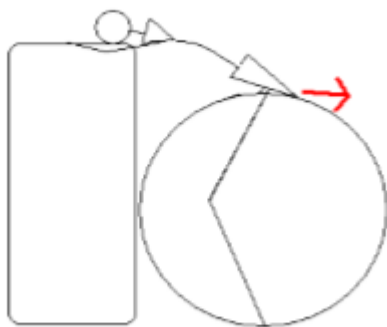
La patiente peut aussi effectuer seule cette bascule. Une fois allongée elle prend appui sur ses jambes et ses épaule pour surélever tout son corps. Elle reprend contact avec le lit en partant des épaules , vertèbre après vertèbre jusqu'au coccyx.

En décubitus latéral



La patiente se couche sur le côté et replie ses genoux. Un coussin d'allaitement est placé sous sa tête et entre ses genoux de sorte à avoir le rachis, les hanches et les genoux alignés. Cette position peut-être aussi utilisée pendant l'allaitement.

Mobilisation et étirement sur le ballon



La patiente prend appui en face d'elle au bord de son lit en étant assise sur un ballon.
Elle bascule son bassin vers l'arrière puis vers l'avant, ce qui mobilise et étire son rachis.

Résumé

Introduction : La grossesse, l'accouchement et le post-partum transforment le corps de la femme et peuvent provoquer des douleurs lombaires et sacro-iliaques. Les sages-femmes sont les professionnels en 1^{ère} ligne de la prise en charge de ces douleurs en post-partum précoce. Il existe plusieurs prises en charge différentes ayant chacune leur efficacité propre.

Objectifs : identifier les critères de prise en compte des douleurs lombaires et sacro-iliaques par les sages-femmes en post-partum précoce et répertorier les différentes prises en charge proposée par les sages-femmes et les difficultés à leur mise en place.

Matériel et méthode : il a été réalisé une enquête à l'aide de questionnaire élaborés puis distribué dans différentes maternités de la région PACA. Ont été incluse les sages-femmes hospitalières du secteur public ou privé travaillant en service post-natal. Ne sont pas incluses les sages-femmes libérales. Les questionnaires non remplis ou non-interprétables sont exclus de l'étude.

Résultats : Les sages-femmes prennent fréquemment en charge les douleurs lombaire et sacro-iliaques qu'elles caractérisent modérées et survenant à la mobilisation. Le déroulement de l'accouchement est un critère important pour elles. La prise en charge se fait d'abord par la prescription de paracétamol et d'AINS puis se tourne vers l'ostéopathie et diverses pratiques manuelles.

Conclusion : Le faible effectif donne peu de puissance à cette étude et les résultats sont peu généralisables. Les douleurs lombaires et sacro-iliaques sont fréquemment prises en charge par les sages-femmes. Mais de nombreux obstacles sont identifiés. Une meilleure information et l'apprentissage d'un dépistage de ces douleurs et de techniques pouvant les traiter pourraient améliorer la prise en charge.

Summary

Introduction: the pregnancy, the delivery and postpartum period transform woman body and can cause low back and pelvic girdle pain. Midwives are the primary professionals in the management of early postpartum pain. There are several different supports, each having their own effectiveness.

Objectives: To identify the criteria for the consideration of low back and pelvic girdle pain by midwives in the early postpartum period and to list the different care provided by the midwives and the difficulties in their implementation.

Material and method: a survey was carried out using questionnaires elaborated and then distributed in different maternity of the region PACA. Included were hospital midwives in the public or private sector working in post-natal service. Liberal midwives are not included. Questionnaires not filled or not interpreted are excluded from the study.

Results: Midwives often take care of the lumbar and pelvic girdle pain which they characterize as moderate and occurring during mobilization. The birth process is important criteria for them. Treatment is initially by prescribing paracetamol and NSAIDs and then turns to osteopathy and various manual practices. Conclusion: The small number of responses gives little power to this study and the results are not generalizable. Low back and pelvic girdle pain are frequently treated by midwives. But many obstacles are identified. Better informations and the learning of a screening for these pains and the techniques that can treat them could improve the management.