

ANNEE 2015

2015-TOU3-1036

2015-TOU3-1037

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement le 12 mai 2015

par Diana MANIKAM et Marine MAUDUIT

**Pourquoi les femmes enceintes lombalgiques en fin de
grossesse ont-elles recours à l'ostéopathie ?**

*Etude qualitative auprès de 12 femmes de Haute-Garonne satisfaites
de cette prise en charge au 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de grossesse.*

DIRECTRICES DE THESE :

Docteurs Brigitte ESCOURROU et Christine CERNA

JURY

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Président

Monsieur le Professeur Olivier PARANT

Assesseur

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Assesseur

Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU

Assesseur

Madame le Docteur Christine CERNA

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2014

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

Professeurs Émérites

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur CONTÉ	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	<i>Cancérologie</i>
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAVAL B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B (C.E)	Biochimie
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GAME X.	Urologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. OLIVOT J-M	Neurologie
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
Mme COURBON	Pharmacologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation
M. SOLER V.	Ophtalmologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
M. TREINER E.	Immunologie
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. DEDOIT F.	Médecine Légale
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GASQ D.	Physiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET S.	Nutrition
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE B.	Biostatistique
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie

M.C.U.

M. BISMUTH S.	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

Remerciements communs

A notre président du Jury,

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Nous vous remercions de votre engagement au quotidien pour notre formation d'internes. Vous nous faites l'honneur de présider ce jury, veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre gratitude.

Aux membres du Jury,

Monsieur le Professeur Olivier PARANT, pour sa disponibilité et son enthousiasme quant à notre sujet.

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE d'avoir accepté sans hésiter de faire partie de ce jury.

A nos directrices de thèse,

Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU.

Nous vous remercions pour votre engagement auprès de vos internes de médecine générale. Votre énergie et votre disponibilité nous ont permis de mener à bien cette thèse. Votre aide nous a été précieuse et vous avez su nous guider et nous donner confiance dans notre travail.

Madame le Docteur Christine CERNA

Vous nous avez soutenues depuis le début de notre travail. Nous vous remercions pour votre disponibilité et de vos conseils avisés sans lesquels ce travail n'aurait pas été possible.

Aux enseignants du Diplôme Inter Universitaire de Médecine Manuelle et Ostéopathique de la faculté de médecine de Toulouse et à monsieur le Docteur David GASC.

Aux ostéopathes et sages-femmes qui ont porté une attention bienveillante à ce projet et qui nous ont accordé leur confiance.

Aux femmes enceintes qui nous ont accueillies et fait confiance pour transmettre leur témoignage.

Remerciements de Diana

A Marine, ma co-thésarde préférée et future consœur. Je ne savais pas qu'on pouvait discuter autant de la signification d'un mot... Je te remercie de ta patience et de ta volonté de finir ce travail malgré toutes nos difficultés personnelles ou professionnelles. Je suis fière de partager ce grand moment avec toi. Tu seras sans aucun doute un formidable médecin.

A mon grand Sylvain, mon mari, mon meilleur ami, mon partenaire. Nous avons parcouru beaucoup de chemin ensemble et ce n'est que le début. La vie sera toujours facile à tes côtés. Et à notre petite Sushi qui a absolument voulu donner son petit coup de patte à cette thèse.

A mes parents, qui sont venus de loin pour nous offrir un avenir meilleur. Merci pour votre soutien, votre éducation et votre amour. Je n'aurais jamais pu aller aussi loin sans vous et j'espère que vous serez fière de moi.

A mon frère Kewin que j'aime et qui saura toujours me faire sourire. A ma sœur Justine et ses supers massages qui me manquent. A la petite dernière Jessica qui m'écoute toujours avec patience à l'autre bout de la France et qui me soutient à chaque épreuve. Je vous adore et vous me manquez tous les trois.

A Nina Ada Manga, nous nous sommes connues au lycée et nous nous sommes jamais quittées (ou presque) et tu résumes l'adage loin des yeux mais près du cœur. Tu es mon double camerounais la taille en plus. Merci pour tes conseils, ta force et ton esprit qui m'ont toujours aidé même aujourd'hui. Tu sais que je serais toujours là pour toi.

A Cécilia, alias Padorgane et nos aventures et parfois joyeuses galères de P1, de RER etc. Merci pour ces grands moments de fous rires qui ont donné un peu de couleur dans ces premières années difficiles.

A Myriam, Bertrand, Dris et Juliette et nos soirées parisiennes remplies de fous rires, de séries et autres geekeries. L'externat n'aurait pas été pareil sans vous, je vous kiffe les amis !

A Aemilia, ma première voisine d'internat, nos longues conversations, nos voyages, notre boîte à thé, Walter...Merci pour ces petits et grands instants que

nous avons partagés et que nous continuerons sans doute pendant encore longtemps.

A mes amis toulousains, Gaga, Badia, Julie et Davy, Pascaline, Carole, Marie R& Co. Je n'oublierais pas ces six mois passé aux urgences qui nous ont permis de former notre joyeuse petite bande.

A mes Saint Gaudinois préférés Chapi et sa raquette, directrice de thèse officieuse, sans qui cette thèse jamais abouti ! Un grand MERCI ! A Chapo et son rire inimitable, Yohan et son calme qui m'a supporté en stage, Flo mon coach, Claire la globe trotteuse... J'ai passé un été inoubliable avec vous dans cette grande maison, merci.

A Cécile de Lavour et notre co-voiturage quotidien, tu as supporté mes retards et pannes de réveils. On a formé une équipe de choc devant des situations pas si simples, comme quoi l'association Paris-Marseille peut parfois être pleine de surprise...

Aux médecins, internes, externes, infirmières... que j'ai rencontré tout au long de mes études et qui m'ont transmis leurs savoirs avec patience, notamment les services de chirurgie digestive et d'urgence de l'Hôtel Dieu à Paris, le service de médecine interne à Lavour et son accueil, le Docteur Noel Wuithier et ses précieux conseils, le Docteur Damien Omez et son dévouement à la médecine rurale, le Docteur Cyrille Gounot, le Docteur Murielle Durand, le Docteur René Baron, le Docteur Bernard Borrut et leur accueil au sein de la maison de santé de Mirepoix... et à tous ceux que j'oublie.

Au Docteur Nadine Bonneil Mas, mon médecin généraliste qui m'a suivie et qui une des premières m'a donné goût à la médecine.

Au Docteur Marie Agnès Jeune, belle-mère et maintenant consœur et ses nombreux conseils et efforts pour me transmettre sa passion de la pédiatrie. Vos efforts ne seront pas vains. Et à Christophe Jeune pour sa patience dans cette famille qui se remplit de médecin. Merci d'être venu me soutenir en ce grand jour.

A Andrei qui a su nous garder en vie avec ses talents de cuistot et à la petite Elena qui nous accompagné in utero puis après durant toutes ces heures de travail. J'espère que nous t'avons transmis la fibre de la recherche parce que tu es maintenant la relève.

Remerciements de Marine

A toi Diana, ma co-thésarde, ma collègue, mon amie, qui a su me supporter et mettre sur papier mes idées peut être un peu confuses parfois. Tu seras sans nul doute un médecin de qualité, peu importe où tu décideras de t'installer.

Merci à Sushi aussi, qui a été témoin de notre travail en ronronnant à côté de l'ordinateur bouillant et qui m'a fait aimer un peu plus les chats. Sans oublier Sylvain et sa joie de vivre, en toute circonstance, et ses supers muffins rhum citron pour nous remonter le moral.

A toi Andrei, mon homme, mon compagnon de route, mon futur mari, qui m'a toujours soutenu dans ces études prenantes alors que tu n'es pas dans le milieu médical. Merci de t'être si bien occupé de l'intendance à la maison pendant ces nombreuses heures de travail. Merci pour tes petits plats lors des journées boulot avec Diana. Merci pour ta patience... C'est enfin fini, le salon ne ressemblera plus à un bureau promis.

A mes parents, qui m'ont permis de mener à bien ces longues études. A toi Maman, pour ton soutien quotidien et la relecture sérieuse de notre travail. A mon frère Sylvain et ma sœur Marion, qui ont toujours été là pour moi.

A nos copines communes de Toulouse, Juju, Pasca, Gaga, Badia, Clo, Marie R... et leurs moitiés ! Sans qui cet internat aurait été bien fade.

A mes amis de Paris, qui m'ont toujours suivi, de près ou de loin. Je pense notamment à la bande de Sucy, toujours au rendez-vous quand je reviens :

A toi Anouk, folle dingo de meilleure amie, que je connais depuis le berceau.

A vous Lili et Gui, amoureux transit du lycée... Plus de 10 ans déjà que nous nous suivons pas à pas et je suis fière d'être la marraine de votre petit Matteo. A toi Kle, la fille de 1ère que je détestais et que j'adore maintenant. Tu seras une super véto, tu l'as mérité...

Benj et Charlotte, grâce à vous l'intégration à Toulouse pour l'internat s'est faite plus facilement...Noute, je te connais depuis un moment, tu t'es toujours intéressée à mon parcours, courage, tu vas toi aussi trouver ta voie...

Jane, Ali et Cynthia : vous m'avez fait aimer la bibliothèque en P1. Merci pour nos nombreux fous rires en plus de cette énorme galère. Alinoé, ma super ancienne colocataire, qui a toujours le mot pour rassurer, je t'adore. Tu seras un super chercheur, bilingue en plus ! Janette, tu as fini par trouver ce que tu aimais faire, ta persévérance et ton courage sont admirables. Une seule chose que je vais sans doute regretter : les Houches ...

Aude et Fanny, mon groupe de colle de prépa. Aude plutôt stressée, Fanny plutôt hyper relax, mais l'une ne marche pas sans l'autre ! Vous avez assisté à mon changement d'orientation et appuyé ma demande d'absence en cours d'informatique... je vous kiff ! Je vous souhaite tout le bonheur du monde, avec les animaux et les humains.

A tous les médecins rencontrés au fil des années dont les échanges m'ont apporté tant sur le plan médical que sur le plan humain, notamment Docteur SAINT PASTOU, Docteur CHAPELLE, Docteur BERTIN, Docteur VERDIER, Docteur LAFARGUETTE, Docteur DELMAZO, Docteur SALVAN, Docteur MAUROUX, Docteur LACROIX... Et j'en oublie !

A Nathalie, ma super co-interne de l'internat de Saint Girons. Je n'oublierai pas nos supers instants "thé-compte rendu", badminton sur le parking de l'internat, zumba dans le salon et tes débuts de tennis à mes côtés. D'une manière générale, merci à toute l'équipe du SSR de Saint Girons, qui a été formidable avec nous et que je garderai dans mon cœur.

A mes formateurs et collègues d'ostéopathie, qui m'ont appris d'avantage sur cette discipline toujours dans la bonne humeur.

Merci à Madame Viviane SAIGNE, sage-femme, qui m'a parlé de son expérience personnelle et qui m'a soutenu dans ce travail.

Merci à Jonathan VILLETTE, pour m'avoir prêté son dos pour les manipulations et pour m'avoir proposé d'être son associé à Villemur.

Et surtout à toi Elena, ma jolie fille, venue au monde il y a presque un an, qui nous émerveille au quotidien et qui a fait partie de l'aventure sans le vouloir. Promis maman sera dorénavant plus disponible pour toi.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	4
MATERIEL ET METHODE	6
I. METHODE DE RECHERCHE	6
II. ROLE DES CHERCHEURS	6
III. ETHIQUE	7
IV. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	7
V. ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN.....	8
VI. ECHANTILLONNAGE	8
A. Sélection des participantes	8
B. Mode de recrutement.....	9
VII. REALISATION DES ENTRETIENS	10
VIII. ANALYSE DES DONNEES	11
A. Contexte d'énonciation	11
B. Analyse thématique des données	11
RESULTATS	13
I. POPULATION ETUDIEE ET REALISATION DES ENTRETIENS.....	13
II. LE RECOURS A L'OSTEOPATHIE : PARCOURS PERSONNEL	14
A. La femme autonome.....	14
a. Banalisation des douleurs	15
b. Auto prise en charge initiale	15
B. Réticences vis-à-vis de l'ostéopathie	16
a. Efficacité partielle.....	16
b. Une méthode peu connue	16
c. Craintes des effets négatifs des manipulations sur la grossesse	17
C. Facteurs « déclenchant » la consultation	18
a. Douleurs insupportables	18
b. Retentissement des douleurs.....	18
III. FACTEURS EXTRINSEQUES DETERMINANT LE RECOURS A L'OSTEOPATHIE	19
A. Les professionnels de santé	19
a. Peu de place accordée aux professionnels de santé dans la prise en charge des lombalgies	19
b. Reproches vis-à-vis du corps médical.....	19

c.	L'orientation des professionnels vers l'ostéopathie	22
d.	L'attitude des professionnels de santé vis-à-vis de l'ostéopathie	23
B.	L'influence de l'environnement socio-économique	24
a.	Influence de l'entourage	24
b.	Influence des médias.....	25
c.	Influence de l'aspect financier	26
IV.	L'EXPERIENCE POSITIVE DE L'OSTEOPATHIE	27
A.	Efficacité.....	27
a.	Efficacité sur les douleurs.....	27
b.	Efficacité rapide.....	27
c.	Efficacité magique	28
B.	Bénéfices sur la poursuite de la grossesse	28
C.	Innocuité de la prise en charge sur la grossesse	29
D.	Prise en charge globale	30
a.	Prise en charge physique et psychologique	30
b.	Prise en charge préventive et curative.....	31
c.	L'ostéopathe consulté en tant qu'expert.....	32
d.	Alternative aux méthodes conventionnelles	33
e.	Disponibilité de l'ostéopathe	34
f.	Prise en charge passive	35
g.	Informations et conseils.....	35
V.	ATTENTES VIS-A-VIS DES PROFESSIONNELS DE SANTE	36
A.	Meilleure information	36
B.	Meilleure considération de la douleur.....	36
C.	Souhait d'une orientation vers l'ostéopathe par un professionnel de santé	37
a.	A visée préventive	37
b.	Accès au réseau des professionnels de santé	37
	DISCUSSION	38
I.	FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	38
A.	Les forces de l'étude.....	38
B.	Les faiblesses de l'étude.....	38
a.	Limites liées aux chercheurs	38
b.	Limites liées à l'échantillonnage	39
II.	DISCUSSION A PARTIR DE NOS RESULTATS.....	40
A.	L'ostéopathie : une thérapeutique « qui tombe à pic »	40
a.	Prise en charge sans risque pour la grossesse	40
b.	Relation soignants / soignés de qualité	41

c. Une méthode alternative	42
d. Prise en charge globale	42
e. Prise en charge accessible et rapide sans effort	43
f. Désir de passivité.....	44
B. Les rôles perçus et attendus des professionnels de santé dans la prise en charge	44
a. Peu de place accordée aux professionnels de santé.....	45
b. Attentes vis-à-vis du corps médical.....	46
C. Propositions.....	47
CONCLUSION.....	49
BIBLIOGRAPHIE	51
ANNEXES	54

INTRODUCTION

La grossesse s'accompagne d'un cortège de troubles liés à des changements physiologiques et psychologiques nommés « petits maux de grossesse », parmi lesquels les douleurs lombo-pelviennes, communément appelées « lombalgies »(1).

On observe une haute prévalence de ces douleurs, entre 50 et 68% des femmes, au cours du troisième trimestre de grossesse(2)(3)(4). Elles ont un fort retentissement fonctionnel et socioéconomique puisqu'elles constituent la première cause d'arrêt de travail (5) et qu'il existe un risque de chronicisation en *post partum* (6). En cela, les lombalgies liées à la grossesse représentent un problème de santé publique.

Pourtant, seulement 30% des femmes enceintes s'en plaignent auprès de leur médecin(7).

La grossesse et la naissance sont aujourd'hui étroitement prises en charge par le système de soins (8). Dans les pays développés, le suivi professionnel de la femme enceinte s'accompagne de consultations régulières et d'exams médicaux réguliers et bien codifiés (2). Ce suivi répond aux exigences de plus en plus grandes de la société vis-à-vis des compétences médico-techniques et il doit s'exercer avec un risque minimal acceptable proche de zéro.

Il a été montré que les femmes ont une utilisation fréquente des médecines alternatives pour leurs petits maux de grossesse. Les douleurs dorsolombaires représentent le premier motif de recours aux médecines alternatives pendant la grossesse.(9)

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé parue en 2000, les appellations « médecine parallèle, alternative ou douce » se rapportent à un vaste ensemble de pratiques de soins de santé qui ne sont pas intégrées au système de santé dominant.

Dans ce cadre, l'ostéopathie est reconnue en France par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Du fait de cette reconnaissance tardive et d'une définition des médecines alternatives qui reste floue, il existe peu d'études sur l'innocuité et l'efficacité de l'ostéopathie au sein des médecines alternatives.

Cela ne décourage pas pour autant les femmes enceintes à venir consulter pour leurs douleurs lombo-pelviennes puisque jusqu'à 68% de celles-ci déclarent recourir aux médecines alternatives pour ce problème (5)

Quelles motivations incitent les femmes lombalgiques à recourir à l'ostéopathie en fin de grossesse?

L'objectif principal de notre étude est de déterminer les raisons du recours à l'ostéopathie pour les femmes enceintes lombalgiques à travers le vécu de cette prise en charge.

L'objectif secondaire est d'analyser leurs attentes concernant les professionnels de santé au sein de leur parcours de soins.

La recherche qualitative, qui étudie des facteurs subjectifs difficiles à mesurer, nous a paru particulièrement appropriée pour répondre à cette question.

MATERIEL ET METHODE

I. METHODE DE RECHERCHE

La méthode qui nous a semblé la plus adaptée pour notre travail est la méthode qualitative.

La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer. Elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. Elle permet un abord plus élargi pour la compréhension de la santé et des déterminants de soins (10). Elle est principalement basée sur l'observation et l'écoute, mettant en valeur et décrivant le discours et les attitudes (expressions non verbales) des personnes interrogées ou observées.

Pour le recueil de données, nous avons choisi les entretiens individuels semi-dirigés, basés sur un guide afin de nous focaliser sur le vécu personnel des femmes enceintes. Ce type d'entretien laisse plus de liberté aux personnes interrogées. L'aspect semi-directif du guide permet de rendre les données les plus reproductibles possibles et donc comparables.

Les entretiens individuels ont été préférés au « focus group » afin d'obtenir des réponses plus libres sur un sujet aussi intime que la grossesse. De plus, il était plus facile pour les femmes de nous recevoir individuellement à leur domicile.

II. ROLE DES CHERCHEURS

Les entretiens et analyses ont été réalisés par deux chercheuses, Marine Mauduit et Diana Manikam, internes en médecine générale. Un nombre égal d'entretiens a été réalisé par chacune.

Nous ne sommes jamais intervenues dans la prise en charge médicale des participantes. Nous nous sommes présentées en tant que chercheuses, évitant ainsi toute réflexivité.

III. ETHIQUE

Les participantes ont signé un formulaire de consentement. Le protocole de recherche a été soumis à la décision de la commission indépendante d'éthique du département de Médecine Générale de Midi Pyrénées et a été approuvé (**Annexe n°1**).

Les données recueillies ont été anonymisées en utilisant une lettre dans l'ordre alphabétique pour chaque entretien réalisé par Marine Mauduit (MM) et en utilisant un chiffre dans l'ordre chronologique réalisé par Diana Manikam (MD).

Exemples :

- Le 1^{er} entretien réalisé par Marine Mauduit - MM - est codifié « EA »
- Le 2^{ème} entretien réalisé par Diana Manikam - MD - est codifié « E2 »

IV. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Nous avons construit le guide d'entretien à la suite de notre travail de recherche bibliographique (11) sur les thèmes suivants : les lombalgies, la grossesse et l'ostéopathie. La recherche a été effectuée entre février 2013 et mars 2015 sur les moteurs de recherche PubMed, Doc'CISMeF, Google Scholar. Les catalogues SUDOC (Système Universitaire de Documentation) et BIU (Bibliothèque Inter Universitaire) santé de la Faculté Paris 5 ont été interrogés. Une veille bibliographique a été mise en place.

Les critères de recherche ont été modifiés en mars 2014 en incluant les « douleurs lombo-pelviennes », critère plus large que les « lombalgies ».

Les algorithmes de recherche suivants ont été utilisés: « low back pain AND pregnancy AND osteopathy » et « low back pain OR pelvic girdle pain AND pregnancy AND alternative medicine ».

Au fur et à mesure des analyses et de l'émergence de nouvelles données, de nouvelles étapes de recherche bibliographique ont été effectuées.

V. ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN

Notre guide d'entretien comprenait trois parties principales :

- Le vécu des lombalgies durant la grossesse et leur prise en charge, nous permettant de mieux préciser et d'appréhender le contexte.
- Le vécu de la prise en charge ostéopathe pour ces douleurs lombaires : les raisons de ce choix, les croyances et le vécu avant, pendant et après la séance d'ostéopathie ainsi que le retentissement ressenti.
- Le rôle du médecin traitant et des professionnels de santé vécu et attendu dans cette prise en charge du point de vue des femmes.

Le guide d'entretien a été modifié à plusieurs reprises. À la suite des entretiens tests, le guide a été modifié une première fois pour simplifier et favoriser les questions ouvertes. Puis, après l'analyse des premiers entretiens par les chercheuses, de nouvelles idées ont émergé : la question de l'influence du coût d'une séance en ostéopathie, la coordination des soins ont été à plusieurs reprises évoquées spontanément. Elles ont été intégrées dans le guide pour les vérifier auprès des autres femmes. **(Annexe n°2)**

VI. ECHANTILLONNAGE

A. Sélection des participantes

Les femmes enceintes du 2^{ème} et 3^{ème} trimestre consultant un ostéopathe pour des lombalgies aiguës ont été sélectionnées de novembre 2013 à décembre 2014. Elles devaient parler et lire le français pour faciliter leur participation et la conduite des entretiens.

Les participantes sélectionnées avaient un suivi de grossesse de type A selon la Haute Autorité de Santé. Toutes les femmes présentant des critères de grossesse à risque, un trouble psychiatrique, une pathologie vasculaire périphérique, une radiculalgie avec déficit neurologique associé ou une lombalgie chronique de plus de huit semaines étaient exclues (12).

L'échantillonnage réalisé, fait de manière rétrospective, était de type volontaire et raisonné. Il était basé initialement sur les données retrouvées dans la littérature (13), puis il a été diversifié par la méthode de proche en proche afin d'explorer la

plus grande diversité des opinions pour notre question de recherche et d'aboutir à une saturation théorique des données.

B. Mode de recrutement

Nous avons choisi de recruter les patientes par le biais des ostéopathes, médecins ou non, puis par l'intermédiaire de sages-femmes de Haute-Garonne. Nous avons vérifié au préalable leur inscription sur le fichier ADELI du département de Haute-Garonne transmis par l'Agence Régionale de Santé de Midi Pyrénées. Nous les avons contactés par téléphone puis nous avons remis des lettres explicatives sur notre travail, destinées aux participantes et aux ostéopathes. **(Annexes n°3 et 4)**

Après accord de la candidate, l'ostéopathe devait remplir un questionnaire rassemblant les caractéristiques cliniques, les critères d'inclusion et d'exclusion **(Annexe n°5)**. Nous avons recontacté les participantes sélectionnées par téléphone pour établir un rendez-vous pour l'entretien.

Il y a eu deux phases de recrutement. Un premier recrutement a été réalisé entre octobre 2013 et janvier 2014. Seules quatre participantes sur onze ont répondu favorablement à nos sollicitations téléphoniques. Pour pallier ces difficultés, une deuxième vague de recrutement a été réalisée de juin à décembre 2014. Deux ostéopathes spécialisés chez la femme enceinte, un cabinet de sages-femmes et plusieurs médecins généralistes ont été sollicités.

Les ostéopathes ont été régulièrement relancés pour recruter des participantes et obtenir ainsi des critères intéressants et non représentés dans notre échantillon.

VII. REALISATION DES ENTRETIENS

Les entretiens ont été réalisés au domicile des participantes par l'une des deux chercheuses, excepté pour une des femmes (EF) qui a été interrogée au cabinet de médecine générale (lieu de travail de Marine Mauduit) après avoir pris rendez-vous par téléphone. Les participantes étaient seules ou accompagnées de leur nouveau-né lorsque l'entretien était réalisé en *post-partum*.

Les différents items du questionnaire de pré-sélection donné aux ostéopathes ont été vérifiés au début de chaque entretien. Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés à l'aide du guide d'entretien préalablement élaboré par les chercheuses.

Tous les entretiens ont débuté par une présentation de l'interviewer et une brève présentation du travail de recherche à la demande des participantes.

Les techniques caractéristiques de la méthode qualitative ont été utilisées pour tous les entretiens. La reformulation a résumé ce que venait de dire l'interviewée, la relance a approfondi l'idée exprimée, le recentrage(14) a ciblé le discours sur le thème des lombalgies au cours de la grossesse.

L'intégralité des entretiens a été enregistrée sur dictaphone posé entre l'interviewer et l'interviewée.

Les entretiens ont été retranscrits le jour même ou le lendemain par l'interviewer sur un fichier Word©, afin d'être encore imprégnée de l'atmosphère de l'entretien, ainsi que de l'attitude et du langage non-verbal de l'interviewée, ceux-ci ne transparaissant pas sur l'enregistrement vocal. Ces signes de communication non verbale ont été mis entre parenthèses dans les retranscriptions.

L'arrêt du recueil des données était possible une fois la saturation théorique des données atteinte, c'est-à-dire une fois que les deux derniers entretiens n'apportaient pas d'élément nouveau en rapport avec notre question de recherche.

VIII. ANALYSE DES DONNEES

A. Contexte d'énonciation

Chaque entretien a fait l'objet d'une analyse du contexte, appelé « contexte d'énonciation », réalisée par l'interviewer ayant mené cet entretien. Cette analyse consiste à rappeler les caractéristiques de la participante, le cadre dans lequel s'est déroulé l'entretien, l'attitude globale de la participante ainsi qu'à l'égard de l'interviewer, sa vision sur sa prise en charge, le résumé de l'entretien et les points importants relevés, les éléments nouveaux émergeant de chaque entretien pour l'évolution du guide d'entretien (**Annexe n°6**).

Cette première analyse réalisée rapidement à la suite de l'entretien permettait de comprendre le contexte pour le chercheur non présent durant l'entretien et servait également de base à la deuxième étape de l'analyse.

B. Analyse thématique des données

Le texte de chaque entretien, nommé « verbatim », a été retranscrit mot à mot sur fichier Word©. Chaque verbatim a été découpé en unités de sens. Chaque unité de sens a été codée. Chaque code a été classé puis regroupé en thèmes et catégories selon une grille d'analyse thématique réalisée sur fichier Excel©. Ces catégories avaient soit été identifiées antérieurement car retrouvées dans la littérature lors de l'étape de recherche bibliographique et correspondaient à des items du guide d'entretien, soit elles ont émergé de l'analyse thématique(15). Cette grille a évolué, a été remaniée et enrichie tout au long de l'analyse des entretiens (**Annexe n°7**).

Chaque entretien a été analysé par les deux chercheuses séparément, puis les deux analyses ont été mises en commun pour une triangulation des données. Ainsi, lorsque les analyses différaient, elles ont été discutées en reprenant les enregistrements audio si nécessaire. Un accord commun a été établi en reprenant l'interprétation de l'interviewer, permettant une analyse finale commune. Cette double lecture et cette double analyse ont permis d'augmenter la validité des résultats.

Pour faciliter le partage des données et permettre cette double analyse des entretiens, le site de stockage en ligne sécurisé OneDrive© a été utilisé. Il a assuré la transmission des fichiers audio, de l'intégralité des retranscriptions des entretiens ainsi que les analyses des entretiens.

RESULTATS

I. POPULATION ETUDIEE ET REALISATION DES ENTRETIENS

D'octobre 2013 à décembre 2014, douze femmes ont été interrogées, âgées de 23 à 39 ans, avec un âge moyen de 32,5 ans. Dans l'échantillon, nous avons retrouvé : une femme célibataire, cinq femmes mariées et le reste des femmes en concubinage. Le niveau d'étude des femmes est assez élevé, allant du niveau Bac pour le plus bas à Bac +5 (n=3). La majorité des femmes interrogées a déclaré exercer une activité physique (n=9). L'indice de masse corporelle moyen (IMC) des femmes interrogées allait de 19,8 à 30 pour un IMC moyen de 22.7.

Au niveau gynécologique, le suivi de grossesse était réalisé par un gynécologue-obstétricien (n=10) dont un à l'hôpital, cinq en clinique privée, trois en ambulatoire et/ou par une sage-femme (n=5). Aucune n'était suivie par un médecin généraliste pour sa grossesse. L'échantillon était constitué de sept femmes primipares (Gestité (G) 1, Parité (P) 0), trois femmes G3P2 et de deux femmes G2P1.

Le lieu de vie des femmes enceintes se situait en Haute-Garonne, en milieu urbain (n=7) ou en milieu rural (n=5).

Les femmes enceintes étaient recrutées par un ostéopathe D.O (n=6), par une sage-femme (n=4), par un kinésithérapeute ostéopathe (n=1) et par un médecin généraliste (n=1). Aucune ne nous a été adressée par un ostéopathe médecin.

L'ensemble des caractéristiques de chaque participante est visualisable sous forme de tableau anonyme constituant le talon sociologique (**Annexe n°8**).

Les durées des entretiens variaient de 15 minutes pour le plus court à 36 minutes pour le plus long, pour une durée moyenne de 24 minutes et 15 secondes.

Les entretiens E1 et EA nous ont permis de tester notre guide d'entretien. La saturation théorique des données a été atteinte au bout du dixième entretien. Les deux derniers entretiens nous ont servi à confirmer l'absence d'émergence de nouvelles catégories répondant à notre question de recherche.

L'analyse de nos douze entretiens nous a permis de dégager quatre thèmes :

- le vécu des lombalgies et les stratégies personnelles initiales de prise en charge nous donnant le contexte,
- le recours à l'ostéopathie et son vécu pour les douleurs lombaires,
- le rôle des professionnels de santé dans cette prise en charge,
- les attentes des femmes vis à du corps médical.

L'atteinte de la « saturation des données » nous a autorisé à ne pas retranscrire intégralement les deux derniers entretiens EF et E7 (le dernier entretien de chaque interviewer). L'entretien E6 n'a pas été retranscrit car il a été réalisé dans de mauvaises conditions d'enregistrement et les données récupérées n'ont pas été exploitables.

Les résultats sont illustrés par les verbatim en gris dans le texte. Les sigles E1 à E7 renvoient aux entretiens 1 à 7 et les sigles EA à EF aux entretiens A à F.

L'intégralité de nos entretiens est disponible sur demande par mail (diana.manikam@hotmail.fr ou marine.mauduit@free.fr)

II. LE RECOURS A L'OSTEOPATHIE : PARCOURS PERSONNEL

Les femmes soulignent l'importance fonctionnelle du rachis dans la vie quotidienne. « Enfin c'est violent le dos enfin ça nous sert pour tout au quotidien et on sollicite le dos en permanence et c'est vrai enfin voilà c'est pas rien » EB ; « Tout de suite quand c'est le dos c'est vrai que ça bloque un peu » EE.

De nombreuses participantes ont attendu avant de consulter l'ostéopathe pour leurs douleurs. « Oui quand même. On attend toujours un peu » EA.

A. La femme autonome

Elles ont souvent évoqué la volonté de rester active dans leur quotidien. « J'essaye d'être active un petit peu sans trop forcer tout au long de la journée, d'être un minimum active et ne pas m'arrêter » EF, tout en tolérant leurs douleurs « Ah non

non, on fait avec, je pense pas que j'ai mal au dos »E7, ou en les banalisant « J'ai cru comprendre que c'était quelque chose d'assez fréquent » E2.

a. Banalisation des douleurs

Les femmes s'attendent à avoir des lombalgies au cours de la grossesse, qu'elles jugent inéluctables. « C'est vrai que je m'attendais à avoir mal au dos en fin de grossesse de toute façon » et « Voilà on était très préparé, (...). C'était quelque chose que j'avais vraiment beaucoup anticipé » E1 ; « Enfin pour moi les douleurs du dos c'était inéluctable » EB.

Ces douleurs sont attribuées à la « prise de ventre » qui déplace le centre de gravité vers l'avant « Oui vers 5/6 mois on commence à bien avoir du ventre ça pèse un peu sur le devant » et « En fait je l'ai pas assimilé directement avec la grossesse... Juste peur que ça s'accroisse avec le gros ventre » EC et à la prise de poids durant la grossesse. « La douleur est arrivée surtout par rapport au poids » EA. Les douleurs sont considérées comme séquellaires d'une précédente grossesse. « La douleur est restée parce qu'on m'avait dit que mon corps avait subi une sorte de traumatisme » EF. Elles peuvent aussi être liées au port d'un enfant à la maison « Et puis bon voilà avec la petite en plus ça arrange pas quoi » E4 ou aux antécédents de lombalgies. « En fait j'avais déjà mal avant » EC

b. Auto prise en charge initiale

Avec un désir de contrôle, plusieurs moyens ont été essayés par les femmes avant de consulter l'ostéopathe.

Elles ont adapté leur mode de vie par les changements de posture dans la journée « Je me baissais euh...droite... enfin je m'accroupissais en fait au lieu de me pencher en avant pour euh... éviter les douleurs » EB, par la réduction des activités voire par le repos pour une des femmes. « Rien du tout. Du repos et puis voilà quoi » E4

Une femme a pris l'initiative de faire des exercices d'étirement appris précédemment. « Donc étirements avec ballon... du dos...tout ce que j'avais appris avant » EE

Quelques fois, l'action locale de la chaleur a eu une efficacité transitoire. « Au moment où j'avais la chaleur ça soulageait, après quand on l'enlevait c'était autre chose (sourire) » EB

Parfois, le conjoint a essayé de la soulager par des massages jugés relaxants mais peu efficaces. « Il massait un petit peu » E1; « il me massait de temps en temps » et « Bah pas vraiment, enfin ça reste un massage donc c'est toujours relaxant, mais c'est vraiment enfoui donc on a beau appuyer ça fait rien » EC

Une femme a été mise en arrêt de travail du fait des douleurs, mais aussi du fait d'un travail stressant. « NON NON NON, j'ai été arrêté avant ! A 5 mois (...) A cause des douleurs » EA

B. Réticences vis-à-vis de l'ostéopathie

a. Efficacité partielle

Les femmes consultent l'ostéopathe tout en sachant que l'efficacité sur les douleurs ne sera que partielle. « Je partais pas dans l'idée qu'il allait me guérir de cette douleur. Je savais très bien que voilà, avec la grossesse, la prise de poids, je savais que cette douleur resterait » EF

Une femme a attendu avant de consulter devant l'efficacité modérée de l'ostéopathie lors de sa dernière grossesse. « Ça m'avait fait du bien mais ça m'avait pas apporté un truc. Donc...Bon, j'allais pas forcément me re-précipiter » E2

b. Une méthode peu connue

Une participante verbalise ses craintes sur le déroulement de la consultation et sur le diagnostic devant la méconnaissance de l'ostéopathie. « Des peurs oui, on en a toujours car on ne sait jamais trop comment ça va se passer, ce qu'on va trouver » EA

Certaines doutent de la crédibilité devant l'approche différente et non conventionnelle de l'ostéopathie. « Non, enfin au début honnêtement la première

fois je me suis demandée si c'était pas un truc un peu mystique parce que c'était une femme et elle m'a demandé de fermer les yeux, de me mettre debout et elle a mis sa main sur ma tête et je me suis dit «mais qu'est ce qu'elle fait ! » et « C'est vrai que sur le coup on se demande un petit peu ce qui va se passer. C'était la première fois que je consultais un ostéopathe et j'avais un avis mitigé un peu sur le début.» EB

c. Craintes des effets négatifs des manipulations sur la grossesse

Très peu de patientes déclarent ne pas avoir de craintes supplémentaires du fait de la grossesse. « Non ça n'a rien changé, je n'avais pas plus de peurs parce que j'étais enceinte.» EA

Certaines pensent que la manipulation en fin de grossesse est difficile, voire impossible. « Et moi j'étais en fin de grossesse donc c'était pas forcément facile de me manipuler » E2. Cette crainte est parfois justifiée par les croyances de l'entourage. « J'étais persuadée qu'on ne pouvait pas aller voir un ostéopathe. Pour ma première grossesse on m'avait dit qu'il ne fallait pas justement bouger les os pendant une grossesse donc j'en ai retenu ça » EB

Elles ont parfois peur des effets secondaires des manipulations sur la grossesse. « Après il me met dans une certaine position pour me faire craquer et on est vraiment, parce que c'était pour le dos, recroquevillé et j'avais peur pour le ventre » EC; « J'avais des craintes par rapport à mon état de grossesse » E7 et notamment sur l'impact potentiel sur le bébé : « Là, étant enceinte c'est vrai que ça fait un peu peur pour le bébé » EF

L'une d'entre elles reconnaît avoir des craintes irrationnelles du fait de la grossesse. « Alors que c'est pas du tout vrai... Mais bon quand on est enceinte... » EC

Certaines femmes appréhendent également les manipulations brutales vécues comme traumatisantes lors d'une précédente séance d'ostéopathie. « Parce qu'en ayant eu des douleurs comme ça et de sentir son corps (Rires et respiration) aussi traumatisé ça me... enfin je voulais pas revivre ça » E3; « Il m'avait fait peur car il m'avait fait craquer le dos de façon brutale » et « J'avais cette appréhension que

j'allais chez l'ostéo et qu'il allait me faire craquer » EF; « Le fait de me faire craquer dans tous les sens ça m'a un peu stressée » E7

C. Facteurs « déclenchant » la consultation

a. Douleurs insupportables

Souvent, l'ostéopathie est choisie devant l'impuissance des femmes à trouver seules une solution, malgré leurs stratégies initiales de prise en charge. « J'étais tellement pas bien que j'ai fait comme j'ai pu » E3

L'ostéopathe a souvent été sollicité devant des douleurs devenues très intenses « Douleurs du bassin qui sont très intenses le soir » EF; « Quand ça commençait à devenir un peu plus intense, j'ai demandé à l'ostéopathe » E7, parfois jugées insupportables, « Des douleurs dans l'aine, cette sensation de pesanteur qui me tue en fait » EF; « J'en pouvais plus » E3, ce qui entraîne une grande souffrance. « Parce que j'ai vraiment souffert sur cette grossesse, vraiment BEAUCOUP souffert » et « AH ! Difficilement !... Très difficilement. (...) Parce que clairement c'est ce qui a été très très dur sur cette grossesse, c'est les douleurs au dos » EB

Cette souffrance est ressentie essentiellement en fin de grossesse. « Clairement, j'en pouvais plus, du fait que j'étais sur la fin de la grossesse » et « Et du coup les jours où c'était très très fort, plutôt vers la fin vers les trois derniers mois où ça a été très très dur » EB

Les effets de l'ostéopathie ne pouvaient qu'être positifs et ne pouvaient aggraver les douleurs devant la souffrance jugée comme étant extrême « Enfin POUR MOI, cela ne va pas empirer, ça ne PEUT pas empirer » et « Ça me fera que du bien, et ça ne pourra pas me faire de mal » EA

b. Retentissement des douleurs

Certaines ont eu recours à l'ostéopathe devant le retentissement important des douleurs au travail « Et puis lorsque c'est devenu vraiment infernal, j'arrivais pas à être bien positionnée sur mon siège au travail, je dormais mal, que ce soit n'importe quelle position, voilà j'avais des douleurs donc j'ai finis par aller la voir »

ED, une autre pour améliorer son sommeil devenu inconfortable. « L'objectif était vraiment d'améliorer le sommeil qui m'était inconfortable... » EA

III. FACTEURS EXTRINSEQUES DETERMINANT LE RECOURS A L'OSTEOPATHIE

A. Les professionnels de santé

a. Peu de place accordée aux professionnels de santé dans la prise en charge des lombalgies

Les femmes enceintes interrogées n'ont pas pensé à consulter pour les lombalgies leur médecin traitant, qui n'est pas considéré comme le référent de grossesse. « J'ai même pas pensé à la consulter quand j'ai eu mal au dos. » E1; « Parce que bon, les gynécologues sont peut-être encore plus concernés que les médecins généralistes. » EA

Le gynéco obstétricien, considéré comme le référent de grossesse, n'est pas sollicité par ailleurs pour ces douleurs. « Enfin, je ne m'en suis pas plus plaint, je veux dire, à mon gynécologue au final » EB

Pour ces femmes, le rôle du médecin est réduit à la prise en charge médicamenteuse et à la prescription de séances de kinésithérapie ne correspondant pas à leurs attentes. Le médecin a donc peu de place dans la prise en charge des lombalgies durant la grossesse. « Non, non. Non parce que pour moi un médecin traitant qu'est-ce qu'il peut faire de particulier en étant enceinte à part prescrire de la kiné ? On ne peut pas prendre grand-chose donc...Non » EB, « Lui il ne pouvait rien faire à part me donner du DOLIPRANE » E3

b. Reproches vis-à-vis du corps médical

Les femmes enceintes pensent que la prise en charge des lombalgies n'a pas été optimale. « Là-dessus, je pense qu'il aurait pu faire mieux » EB; « Si on peut faire quelque chose autant le faire. » EA

❖ Banalisation des lombalgies durant la grossesse

Les plaintes douloureuses des femmes ne sont pas prises en considération par le médecin. « Je l'ai évoqué à chaque fois que je l'ai vu mais après on n'est pas allés plus loin » EB

Les femmes sont exaspérées par la banalisation des douleurs lombaires. « Ils disent bah oui c'est normal. Tous les maux de la grossesse, oui, c'est normal vous êtes enceinte. Oui je suis au courant » E2; « Non. Euh... Non. Il m'a dit « La grossesse c'est comme ça, ça fait mal »; « Enfin pour lui, c'est normal, vous êtes enceinte, vous avez mal, c'est normal » EB

Les femmes enceintes ne se plaignent pas auprès du corps médical par appréhension du manque de considération des douleurs. Elles ne veulent pas être déçues du manque de prise en charge attendu. « Il a traité par-dessus la jambe » et « Je me sens pas écoutée » ; « Ce n'est pas le cas donc je n'en parle pas, au moins je suis pas déçue » E7

L'attribution des douleurs lombaires à de l'angoisse par le médecin ne convainc pas une des participantes. « C'est moi qui suis angoissée en gros. Et ça, il me l'a déjà dit ça. C'est moi qui suis angoissée, plus angoissée que la moyenne... Non je pense pas, vraiment pas. » E5

❖ Manque d'accompagnement

Les femmes se sentent seules vis-à-vis de la douleur devant le manque d'accompagnement de la part des professionnels de santé. « De la douleur ?... Je trouve qu'on est un peu livrée à soi-même. C'est un peu au feeling de chacun...C'est ce que je ressens » E4

Elles ont dû rechercher seules les informations concernant la prise en charge des lombalgies, par manque de communication sur le sujet. « C'est moi qui ai dû me faire une idée en posant des questions à des personnes qui y sont allées... » EE. La recherche d'information étant considérée comme un effort pour une femme. « Non. J'avoue que j'ai pas forcément fait cet effort-là » E5

❖ Manque d'information

Les femmes interrogées regrettent souvent l'absence d'information de la part des professionnels de santé sur les médecines alternatives, alors qu'ils les connaissent.

« C'est vrai que ce n'est pas venu de lui alors qu'il connaissait les techniques » et « Alors qu'ils connaissent, ils connaissent ces spécialités et ils les proposent même pas. Ils pourraient au moins les proposer, les signaler »; « Au moins dire ça existe » E1

Malgré le manque d'efficacité de la médecine « conventionnelle » sur les lombalgies, les médecins ne proposent pas de solutions alternatives. « Ce qui est dommage parce qu'ils n'arrivent pas à nous soulager. D'ailleurs ils nous soulagent pas » E1

Elles reprochent également le manque d'information sur les petits maux de grossesse. « Et il y a plein de choses que je ne connaissais pas, des choses qui découlent d'une grossesse. Donc déjà ça. Cette grosse douleur du dos » E5

❖ Manque de coordination entre les différents professionnels de santé

Elles sont lassées de réexpliquer plusieurs fois le même problème à chaque consultation et ont peur d'oublier des éléments. « Mais après c'est vrai que j'ai raconté mon histoire à chaque fois (lassitude), il faut tout réexpliquer à chacun... Et puis c'est vrai que on parle de quelque chose et du coup, on oublie » et « C'est fatiguant » EB

Ceci est lié principalement à un manque de coordination entre les différents professionnels de santé. « À aucun moment j'ai eu l'impression qu'ils étaient capables de faire équipe »; « Prise en charge qui manque de coordination » E2; « Et puis c'est dommage qu'il n'y ait pas effectivement plus de lien... » E5

❖ Manque de disponibilité

A plusieurs reprises, les participantes ont souligné le manque de disponibilité du corps médical, ne permettant pas un suivi individualisé de la femme enceinte : concernant le gynéco-obstétricien « Enfin moi les visites chez mon gynéco ça durait un quart d'heure hein, mais c'est vrai que... » EC; les cours collectifs avec la sage-femme « C'est-à-dire que le cours est terminé et elle enchaîne déjà avec son

prochain cours.»; « Après la sage-femme, c'est arrivé à trouver le moment, quand lui poser ces questions-là » E5 et enfin concernant la disponibilité du médecin traitant. « Non, mais faut prendre RDV et puis le médecin il y a toujours du monde, et je pouvais pas y aller en dehors des horaires de travail les rendez-vous car sinon c'était trop tard le soir donc... » EC

❖ Manque de contact pour orienter

Les médecins ne sont pas sollicités devant l'absence de réseau de médecine alternative. « Après j'ai pas demandé à mon médecin traitant mais c'est vrai qu'il y a pas forcément de réseau » ; « Et je me dis que peut être si j'avais vu mon médecin et que j'avais dit je vais voir l'ostéopathe ou même mon gynécologue, mais il en connaissait pas forcément donc...» EE

c. L'orientation des professionnels vers l'ostéopathie

❖ En faveur d'une orientation par les professionnels de santé

De nombreuses fois, ce sont les sages-femmes qui ont proposé des séances d'ostéopathie pour le soulagement des douleurs lombaires. « La sage-femme avec qui j'ai discutée avait l'air d'être convaincue, enfin moi, elle m'a convaincue » EB

Une participante a été orientée vers l'ostéopathie par son médecin traitant. « J'avais parlé de mes douleurs à mon généraliste qui m'avait conseillé d'aller la voir et puis voilà, dès le départ ça c'était très bien passé.» ED

La consultation vers un ostéopathe a été facilitée grâce au réseau du professionnel de santé. « Ben du coup quand la kiné m'a dit allez voir Mme Machin parce qu'elle est spécialisée dans les femmes enceintes, c'était beaucoup plus facile pour moi, oui.» E2; « Donc c'était plus simple parce que j'ai pas de réseau ici et j'avais jamais consulté d'ostéopathe avant.» E5

Une femme a évoqué l'importance d'être orientée par un professionnel de santé. Elle n'aurait pas eu l'idée seule de la consultation en ostéopathie. « Oui j'aurais pas eu forcément le réflexe de l'ostéo. » E5

Une femme n'a pas eu besoin de rechercher d'autres informations sur l'ostéopathie car l'avis du professionnel de santé était considéré comme suffisant.

« Donc du coup je n'avais pas plus creusé la question, j'avais gardé ça en tête au final. C'est vrai qu'on garde en général ce qu'on nous dit et qu'on s'arrête là-dessus » EB

❖ En faveur de l'absence d'orientation par les professionnels de santé

Quelques participantes ont été voir seules l'ostéopathe. « Je me suis directement dirigé vers un ostéopathe » E1; « Mais comme je savais pas chez qui me tourner, j'ai fait à ma manière » E3

Certaines ont justifié cette décision par une volonté forte d'autonomie dans leur prise en charge. « Ça me permet de mieux me prendre en charge » et « La main mise sur mes soins, c'est moi qui vais gérer » EF

Une participante présentait une vision dissociée de l'ostéopathie et de la prise en charge médicale. « Non. Après je dissocie bien les deux : la médecine et l'ostéopathie ; donc je veux pas qu'il y ait un lien » EC

De manière ambivalente, cette autonomie pouvait entraîner parfois un manque de confiance dans le parcours choisi. « Après je sais pas si il y avait un ordre établi, ostéo en premier, kiné en deuxième. Je sais pas si c'était la bonne formule, mais en tous cas moi j'ai fait comme ça. Après je sais pas si..» E3

d. L'attitude des professionnels de santé vis-à-vis de l'ostéopathie

Certaines ont informé leur médecin de cette décision permettant de valider leur choix. « Et bien très positive! (...). Donc du coup, quand je lui ai dit que j'allais rencontrer cette personne-là, elle a eu une attitude positive en me disant qu'elle était très bien et que ça allait me faire du bien » EB

Une femme a supposé que l'attitude positive du médecin vis-à-vis de l'ostéopathie est influencée par son expérience personnelle. « Je pense même qu'elle en fait de l'ostéopathie » et « Je sais qu'elle fait du yoga donc je pense qu'elle est plutôt pour. Elle est assez ouverte alors je pense que...» EC

Le professionnel de santé, informé par sa patiente de la prise en charge ostéopathique, a une attitude neutre et est peu convaincu de l'efficacité. « Oui, j'ai dit que j'étais allé voir l'ostéopathe. Il m'a dit que selon les personnes ça

fonctionnait plus ou moins bien et que si ça fonctionnait bien pour moi et bah tant mieux » ED; « Même si ils sont pas convaincus de l'efficacité » E1

Quelques femmes ont évoqué l'opposition du gynéco-obstétricien vis-à-vis de l'ostéopathie. Cette attitude n'a pas été justifiée au cours de la consultation pour certaines femmes. « Euh... sans raison (Rires) ! Sans raison » ED. L'ostéopathie est considérée comme une discipline irrationnelle par le gynéco obstétricien pour une des interviewées. « Lui, ce qu'il m'a rétorqué, c'était qu'il était contre tout ce qui était médecine parallèle » et « Comme si j'étais allée voir un astrologue... (Rires)...un charlatan » E5

L'attitude des professionnels de santé vis-à-vis de l'ostéopathie influence peu la décision de consulter un ostéopathe. Après avoir ressenti les effets positifs de l'ostéopathie, les femmes poursuivent cette prise en charge malgré l'avis défavorable du médecin. « Mais voilà, si c'était efficace que je continue » ED et « Parce que ça m'a grandement soulagée. C'est pour ça hein. Comme je ressentais plus ces douleurs là et qu'au deuxième rendez-vous je n'avais plus du tout de douleurs, je me suis dit que ce n'était pas forcément nécessaire d'aller encore voir un spécialiste » E5

B. L'influence de l'environnement socio-économique

a. Influence de l'entourage

La consultation chez l'ostéopathe a été conseillée de nombreuses fois par l'entourage proche de la participante. « Donc je continue à discuter avec mes copains qui me disent : essaie donc un ostéo » E2; « Oui sur conseil, ma mère. Si ma mère avait été en voir un déjà » E4

Il était important pour les femmes d'être orientées vers une personne de confiance par l'entourage. « J'aurais pas consulté de moi-même quelqu'un que je connais pas non » et « Je sais que dans ma famille on est tous très ostéo donc dans tous les cas je sais que j'aurais eu une adresse » E3

Souvent, elles ont été rassurées par les expériences positives de l'entourage vis-à-vis de l'ostéopathie, les confortant dans leur décision de consulter. « Mais je connais beaucoup de monde qui sont allés voir des ostéopathes et que ça a

beaucoup soulagé » E1; « J'en avais plutôt une opinion assez positive parce que j'avais pleins d'amis qui consultaient régulièrement en ostéopathie et qui en étaient satisfaits » E2

Certaines femmes ont noté les divergences des avis de l'entourage, ce qui pouvait entraîner une confusion. « Mais en même temps conscience très nette que les opinions pouvaient beaucoup varier quant à la compétence d'un praticien donné, en fait » E2; « J'ai entendu un peu de tout en fait »; « Oh là là là. Des conseils, tout et son contraire aussi. Oui pour les douleurs, pour tout » E5

Les informations rapportées par l'entourage sont parfois considérées comme peu fiables. « J'ai entendu plusieurs choses. J'ai même eu une collègue qui m'avait parlé d'un ostéo qui pouvait déterminer les traumatismes de l'enfance rien qu'en palpant certaines partie du corps » E5

b. Influence des médias

Quelques femmes ont recherché des informations sur l'ostéopathie sur Internet. « Bah en fait, j'ai fait un petit peu comme tout le monde aujourd'hui, j'ai ouvert internet » et « Du coup, j'ai cherché des avis différents. Qu'est ce qu'on en pense? Est-ce que l'on peut ? » EB

Certaines ont été rassurées par la fréquence de consultations en ostéopathie rapportées sur Internet. « J'ai vu qu'il y avait énormément de gens, enfin de femmes, qui consultaient pendant leur grossesse » EB

Les informations retrouvées sur internet ont parfois été jugées comme fiables. « Euh les forums, oui. Je vais surtout sur les forums et je regarde un petit peu les avis et l'avis qui remporte, bah je fais confiance. S'il y a plus d'avis négatifs bah non et s'il y a plus d'avis positifs, oui » EC

D'autres considèrent au contraire Internet comme une source d'information anxiogène et peu fiable. « J'ai pas du tout envie de regarder sur internet parce que généralement c'est quand même assez catastrophique ce qu'on peut y trouver » E5

Une participante a évoqué la recherche de documents à la bibliothèque considérée comme fiable, mais qui n'a pas été réalisée. « Faire la démarche

d'aller à la bibliothèque pour trouver des bouquins, pourquoi pas » ; « C'est vrai que je n'ai pas forcément fait non plus » E5

La télévision a été évoquée à quelques reprises comme un moyen d'information, notamment par l'intermédiaire d'un documentaire « J'avais vu un documentaire sur l'ostéo quelques temps avant qui passait sur Arte© (...) Mais pour autant j'avais trouvé que c'était intéressant » E5 ou de la publicité. « Les campagnes de pub ! » EC

c. Influence de l'aspect financier

Globalement, les douleurs, jugées insupportables, étaient prioritaires sur le coût élevé de l'ostéopathie. L'absence de prise en charge financière des séances n'a pas été un frein pour ces femmes. « C'est toujours plus sympa si c'est remboursé évidemment mais c'est pas un frein quand c'est pour les douleurs » EE; « Et ça ne me gênait absolument pas, 50 euros par an pour aller mieux...Voilà ça fait un ou deux restos en moins et puis c'est tout, faut voir ses priorités » EC

Une femme a vérifié le remboursement de la séance auprès de sa mutuelle. « J'ai appelé ma mutuelle déjà. Et je suis retournée la voir aussi parce que c'était remboursé une bonne partie » E5. La prise en charge par la mutuelle peut être un facteur facilitant la consultation chez un ostéopathe. « Après, ça dépend des mutuelles, j'ai la mutuelle qui rembourse bien ça mais...» EC

L'absence de remboursement des séances en ostéopathie limite quelques fois cette prise en charge. « Parce que financièrement l'ostéopathie c'est pas remboursé » et « Donc ça a un petit coût, donc je peux pas y aller tous les quinze jours » E4

Au contraire, les séances de kinésithérapie sont remboursées et peuvent donc être préférées si le traitement par manipulation physique devait s'inscrire dans la durée. « Mais c'est vrai que sinon, peut être que j'aurais plus eu tendance à solliciter les services d'un kiné. C'est vrai aussi. Si ça avait perduré les douleurs » et « Donc je comprends qu'on privilégie le kiné. » E5

IV. L'EXPERIENCE POSITIVE DE L'OSTEOPATHIE

Les femmes ont été globalement très satisfaites de leur prise en charge en ostéopathie. « Ça s'est bien passé, ça s'est très bien passé. L'ostéopathe m'a très bien prise en charge » ED

C'est une méthode qui leur correspond et qui a répondu à leurs attentes. « Elle a fait ce que j'attendais » EC; « Ce qu'elle a fait » EA; « Moi j'y étais allée avant et parce que c'est quelque chose qui me correspond » E7

A. Efficacité

a. Efficacité sur les douleurs

L'ostéopathie a permis de soulager les douleurs des femmes. « Pour moi c'était très bien » et « Ça a fait effet puisque je n'ai plus eu de douleur » et « C'était plus supportable » EA

L'ostéopathie est vécue comme le moyen le plus efficace pour les soulager. « L'ostéopathie, c'est jusqu'à présent le moyen le plus efficace que j'ai trouvé pour me soulager les douleurs » E7; « L'ostéo, elle travaille plus sur les points sensibles quand même » EA

Quelques femmes rapportent une efficacité partielle. « Ça m'a fait du bien un tout petit peu » E7 « Ça m'avait fait du bien mais ça avait pas réglé complètement le problème » E2

Plusieurs consultations sont nécessaires pour certaines pour obtenir une efficacité totale. « Etant donné que ce n'était pas parfait je suis retourné la voir un mois après » et « C'était tellement coincé qu'elle pouvait pas tout faire d'un coup de toute façon » ED et « Il aurait fallu que je fasse plus de séances quand même pour me soulager efficacement » E1

b. Efficacité rapide

Les patientes recherchent une prise en charge rapide par l'ostéopathe pour des problèmes ponctuels. « Ça peut peut-être résoudre un problème ponctuel plus rapidement qu'un kiné »; « L'ostéopathie peut régler un problème plus

rapidement » et « Je sais pas, je pense que c'est plus rapide... sur certaines douleurs » EE

Elles ont été agréablement surprises de la rapidité du soulagement. « Je m'attendais pas à que ce soit aussi rapide, je pensais encore continuer jusqu'à la fin de ma grossesse en fait, avec ces douleurs-là » E3; « Très bien... ça a été réglé rapidement » EE

c. Efficacité magique

Selon certaines femmes, le soignant a besoin de moins de contact physique pour une efficacité plus rapide, ressentie comme magique. « Elle ressentait juste en passant doucement, sans avoir besoin de triturer à chaque fois (fait semblant de pétrir une pâte), chaque os... chaque nerf... C'est un côté agréable ! » EE; « C'est vrai qu'elle pose juste ses mains et on a l'impression que voilà quand on se relève ça re-craque un peu de partout et on se sent beaucoup mieux. » E3; « Pour moi ça reste magique l'ostéopathie (sourire). Je ne sais pas du tout comment ça fonctionne mais ça marche alors... » EC

La patiente est dans l'attente de cette efficacité instantanée, magique. « Clairement oui j'espérais qu'elle ait une baguette magique et qu'elle fasse passer cette douleur qui était insupportable » et « Oui les attentes étaient que j'espérais qu'il se passe quelque chose pour que cette douleur disparaisse » EB

B. Bénéfices sur la poursuite de la grossesse

Les femmes vivent mieux leur fin de grossesse grâce à un effet apaisant et bénéfique sur le bébé et l'état de fatigue. « D'autant que ça soulage pour la suite quoi. Donc si la fin de la grossesse elle se passe mieux, ben le bébé est mieux, on est mieux. On arrive à l'accouchement dans de meilleures conditions, moins fatigué » et « Bon ça m'a semblé me détendre » E1; « Parce-que du coup ça m'incite à y retourner quoi, pour passer une meilleure fin de grossesse » E4

Elles ont été soulagées par la diminution de leurs troubles du sommeil. « L'objectif était vraiment d'améliorer le sommeil qui m'était inconfortable... » EA; « C'était plus supportable oui, j'arrivai plus à dormir » EA et par l'amélioration de la

marche. Donc je me suis retrouvée aussi libre de mes mouvements qu'avant les douleurs » ED

Pour de nombreuses femmes, l'ostéopathie permet de préparer le bassin à l'accouchement. « Ne serait-ce que pour l'accouchement en lui-même » et « M'ont dit que ça rendait le travail un peu plus, un peu plus simple le jour de l'accouchement » E1

L'ostéopathe a rassuré sur les capacités de la femme enceinte à se mouvoir lui permettant de mieux vivre sa grossesse. « L'ostéopathe nous montre quand on est enceinte on n'est pas en sucre » EF

C. Innocuité de la prise en charge sur la grossesse

Elles relatent toutes des appréhensions du fait de leur état de grossesse. Toutes les femmes ont recherché une prise en charge adaptée aux femmes enceintes pour être rassurées. « En plus de ça, de savoir que c'était une ostéopathe qui était spécialisée pour les femmes enceintes, euh voilà ça a fini de me convaincre » EB; « Comme l'ostéopathe il m'a quand même assez bien rassurée, j'ai vu qu'il avait l'habitude de voir des femmes enceintes, donc ça m'a pas inquiétée » E4

Les manipulations douces étaient recherchées pour leurs vertus apaisantes « Et le fait qu'elle me manipule en plus en douceur. Elle est très agréable. Donc apaisante » E5

L'ostéopathe a manipulé dans le respect de la non douleur en s'attachant à préserver le bébé, en accord avec leurs craintes. « En prenant soin de pas trop m'appuyer sur le ventre » et « A essayé de me soulager moi, sans influencer sur la grossesse » et « Y a que moi qui suis pas en forme, j'avais pas envie que l'ostéopathe... elle m'a manipulée sans essayer de toucher mon bébé » et « Elle a traité tout autour de mon ventre sans traiter mon ventre » E7

Les explications données par l'ostéopathe sur les techniques rassurent sur l'innocuité des manipulations. « Il a expliqué un petit peu tout ce qu'il allait me faire, déjà ça rassure » et « Quand il m'a mis le genou, il m'appuie sur le ventre, il m'a expliqué vous inquiétez pas. » EF

D. Prise en charge globale

a. Prise en charge physique et psychologique

Toutes les femmes relatent qu'elles ont eu besoin de la prise en charge globale proposée par l'ostéopathe, faisant le lien entre les différents problèmes du fait de ses connaissances. « Il m'a aussi traitée pour tout le corps, car je pense que tout est lié, donc il y avait aussi cet aspect-là, pour moi qui était important » et « J'avais besoin qu'il prenne en compte tout mon corps, il m'a soignée de haut en bas, est passé par tout le corps » EF; « Ça prend en compte l'intégralité du corps et pas seulement au point où on a mal, ou seulement la colonne vertébrale, ou seulement...ça s'appuie sur une réelle connaissance du corps. Ça part du principe que tout est relié. C'est ce que j'ai trouvé de plus juste » E7

L'ostéopathie est valorisée par rapport à la kinésithérapie. L'activité du kinésithérapeute est réduite aux massages, contrairement à l'ostéopathie dont les champs d'application et les techniques sont plus larges. « Et le kiné de toute façon, elle m'a dit qu'elle pouvait pas me faire grand-chose à part le massage. Ça détend peut être le kiné avec le massage, elle appuie à différents endroits, ça libère les tensions » E3

Les femmes apprécient que l'ostéopathe prenne en compte leurs parcours. « J'ai trouvé ça très bien que l'on prenne en compte mon parcours. Et le reste de la grossesse et puis les autres douleurs que je pouvais avoir, même si elles étaient pas particulièrement liées à la lombalgie pour laquelle je venais consulter » E1

Les femmes sont agréablement surprises de la prise en compte de la dimension psychologique par l'ostéopathe. « M'a pas mal parlé au niveau psychologique », « Il s'attardait beaucoup sur ce point-là. Ça m'a étonné pour le coup. (...) J'avais plus entendu de l'ostéopathie pour manipuler que d'un point de vue psychologique » E1; « Elle se préoccupait de mon état général aussi » EA; « Donc voilà, je pense que c'est aussi un tout. C'est-à-dire que quand on est enceinte, je pense qu'il y a pas mal d'angoisses, il y a pas mal de choses » E5

Les femmes tirent profit de cette globalité de prise en charge. « Je peux tirer moi de chaque séance un petit peu de ce dont j'ai besoin. J'ai l'impression d'être prise

en charge totalement » et « Tout va être bénéfique pour tout, le côté psycho aussi » EF

b. Prise en charge préventive et curative

Certaines femmes regrettent leur prise en charge tardive en ostéopathie, diminuant l'efficacité des soins. « Je l'ai fait un peu trop tard pour que ça m'aide vraiment dans la grossesse » E1

Elles voient alors l'intérêt d'une consultation précoce en ostéopathie en prévention des douleurs « Ben moi j'ai voulu anticiper en fait, en prenant rendez-vous chez l'ostéopathe » E4; « Et bien je pense que j'irai plus tôt. Si je peux éviter d'avoir ces douleurs » et « Je pense que ça aurait pu me les éviter ou en tout cas les avoir moins fortes dès le départ, donc je le ferai plus tôt » E1; ou pour faciliter les manipulations en début de grossesse. « Et donc avant que mon ventre soit trop trop gros, je me suis dit qu'il fallait que je fasse de l'ostéopathie parce que je sais qu'après on est trop cambrée » EC

Cependant, la consultation précoce en ostéopathie est regrettée par une des femmes, qui souhaite consulter tard au moment des fortes douleurs. « Donc peut être que là oui, j'aurais dû y aller un peu plus tard » EC

Les femmes profitent alors de la consultation en ostéopathie pour faire une « révision globale du corps » qu'elles jugent nécessaire en prévention de nouveaux dysfonctionnements. « Là je me suis dit c'est bon, c'est la révision et j'attendrai que l'année prochaine. Maintenant je suis d'aplomb, je me suis sentie » et « Quand j'en suis ressorti j'étais contente » EC

Le traitement en ostéopathie a permis de tout régler en « remettant en place » le corps. « Je pense que l'ostéopathe c'est plus mécanique. Ça remet tout en place. » E3; « J'ai voulu aller chez l'ostéopathe pour tout remettre en ordre, comme ça » EC; « Il a passé trois quarts d'heure avec moi à essayer de tout remettre en place, ça a été ultra bénéfique c'est certain » EF

Les femmes apprécient le fait de ne pas devoir revenir en consultation grâce à cette prise en charge préventive. « Je me suis dit ça c'est fait, je serais au moins tranquille pendant six mois » EC

D'autres considèrent cette méthode comme purement curative, « Mais j'attendrais un peu plus longtemps, un peu plus que quatre mois, parce que les douleurs sont arrivées je sais pas, vers cinq six mois » et « Peut-être que j'attendrais d'avoir plus mal » EC d'autant plus qu'elles ne pensent pas à consulter devant l'absence de symptômes. « Je devais en plus en consulter un après mon problème du dos, et je n'ai jamais fait, parce que ça se passait bien, que j'avais plus mal et du coup on le fait pas » EE

Le manque de temps ne permet pas non plus de prise en charge préventive. « Après il faut trouver le temps de le faire. Tant qu'on a pas mal on se motive pas suffisamment pour faire le déplacement. » E1

c. L'ostéopathe consulté en tant qu'expert

L'ostéopathe est consulté en premier recours car considéré comme le référent des douleurs vertébrales par la patiente et son entourage proche. « Enfin va voir des ostéopathes plutôt que des kinés » EE ; « Je me suis dit en premier pour le dos c'est l'ostéo » E3

Les petits maux de grossesse ne nécessitent pas de consultation chez un médecin spécialiste. « Donc c'est vrai qu'effectivement, je m'en suis passé du rendez-vous chez le rhumato, préférant revoir l'ostéo » et « J'avais deux rendez-vous avec des spécialistes pour des choses qui sont à priori inhérentes à la grossesse et qui nécessitent pas forcément d'aller voir un spécialiste, qui vont me dire quoi ? ! Ben oui je suis enceinte et que c'est l'inconvénient que rencontre en gros 99% des femmes enceintes » E5

La reconnaissance des ostéopathes en tant que professionnels de santé permet l'obtention d'une confiance vis-à-vis du thérapeute. « C'est pas comme aller voir un rebouteux » et « Non j'ai confiance » E5 ; « Non et puis bon, je lui demande pas non plus » et « Après bon, c'est son métier donc elle doit savoir » EC; « Voilà, les ostéopathes sont quand même des professionnels » EE

d. Alternative aux méthodes conventionnelles

Les femmes recherchent une singularité d'approche en se tournant vers l'ostéopathie. « Peut-être une curiosité de me dire une autre approche, une autre vision, d'un autre médecin, que mon généraliste, sur la grossesse. » EE

Cette approche inhabituelle et surprenante est finalement perçue comme intéressante. « On a pas l'habitude de cette approche-là. Mais... très intéressant c'est la façon d'imposer les mains qui était surprenante » EE

Globalement, les femmes n'ont pas eu recours à une prise en charge médicamenteuse et ont trouvé important de trouver une alternative thérapeutique. « Je voulais pas prendre de médicaments » et « Le recours à une médecine qui soit pas médicamenteuse c'était important » et « Je pense vraiment que quand il y a des méthodes alternatives, autant prendre les alternatives » E1; « Les cachets, c'est pas trop mon truc. » E3.

Le choix médicamenteux apparaît restreint. « Non... à part prendre du doliprane, la seule chose qu'on peut prendre. » EA

Elles ont exprimé des craintes vis-à-vis du bébé concernant les effets iatrogènes « Oui parce que j'appréhendais de prendre des choses que mon bébé pouvait assimiler à travers moi » et « Parce-que je sais pas trop les effets que ça peut avoir sur bébé » E7 ainsi que sur la dépendance potentielle créée par ces médicaments. « J'ai pas envie de me gaver de médicaments pendant toute ma grossesse car si c'est efficace, j'aurais tendance à en prendre trop et je sais pas quels effets ça pourrait avoir sur bébé » E7

Certaines étaient perdues pour choisir le bon traitement par méconnaissance. « Non. Je savais que je ne pouvais pas me soigner avec certaines crèmes... NIFLUGEL® tout ça je savais pas si je pouvais ou pas » E3

Les médicaments paraissent avoir une efficacité limitée. « Non, non parce que les médicaments ça résout pas forcément tout » E4

e. Disponibilité de l'ostéopathe

❖ Facilité d'accès

L'accès à l'ostéopathie sans passer par le médecin traitant contrairement au kinésithérapeute était considéré comme un avantage pour une femme. « Bah déjà parce que pour aller chez le kiné il faut déjà passer par le médecin qui donne des séances de kiné » EC

Les participantes apprécient la prise en charge sans délai. « J'ai appelé mon ostéopathe dimanche soir qui m'a prise en urgence le lundi. Donc j'y suis allée entre midi et deux » E3

❖ Disponibilité au cours de la consultation

Les femmes apprécient le temps d'échange pris lors de la consultation. « Très bien, Il y a eu autant de manipulations que de discussion » et « il a pris le temps de m'écouter » EF; « Et en plus de me soulager physiquement, je pense que cet échange là aussi me fait du bien. Voilà. Le fait qu'elle prenne le temps aussi du coup de discuter en me manipulant » E5

Les femmes apprécient l'écoute attentive qu'elles priorisent par rapport au reste de la prise en charge. « J'avais besoin plus d'une écoute qu'un traitement médical de ces douleurs » EF; « C'était très très chouette. Dans le sens où elle a vraiment pris le temps de m'écouter » et elle a vraiment passé du temps avec moi » E7

Les ostéopathes prennent le temps pour les manipulations. « Elle a pris son temps pour me manipuler et essayer de traiter les endroits où j'avais très mal » E7

❖ Suivi

Les ostéopathes restent disponibles en dehors de la consultation pour un suivi ultérieur. « Elle m'avait prévu un autre RDV à 1 mois si ça n'allait pas » et « je n'ai pas eu besoin de retourner la voir » EA; « En me proposant à la fin du 1^{er} entretien de la recontacter rapidement si les douleurs revenaient et en me programmant un 2^{ème} rendez-vous dans les deux semaines suivantes parce qu'elle avait pas pu régler en une séance » E7

f. Prise en charge passive

Les femmes apprécient le fait de ne fournir aucun effort lors de la consultation en ostéopathie par rapport à la kinésithérapie. « Parce-que je sais que chez le kiné...enfin je sais pas des fois on fait du tapis roulant, des choses comme ça, alors que chez l'ostéopathe je savais que c'était lui qui faisait tout le travail » et « Oui et sans fournir trop d'effort (...) je me laisse faire » EC

g. Informations et conseils

Les femmes sont en attente d'informations sur l'origine et l'évolution de leurs douleurs pendant la grossesse. « Et je voulais savoir enfin, par rapport à mes anciennes douleurs, par rapport à mon accident de ma fracture, si la fin de grossesse allait appuyer dessus » EE « Qu'il m'explique la différence entre une sciatique normale et une sciatique de la femme enceinte » et « Qu'il m'explique pourquoi j'avais mal, pourquoi j'avais des douleurs et d'autres femmes n'en avait pas » EF

Ces informations rassurent « Peut-être me rassurer, voilà justement sur la fracture » EE et crédibilisent l'ostéopathe par la compréhension de sa démarche et de ses limites. « Mais je comprenais mieux la méthode en fait, je la trouvais plus honnête par rapport à ce que je pouvais en attendre » E2; « Je trouve la personne qui fait qu'elle est plus crédible, parce que c'est quelqu'un qui m'a dit par exemple à la fin de la séance, bon, vous êtes enceinte donc on peut faire un certains nombres de trucs, mais on peut pas tout faire. Donc en gros c'est quelqu'un qui m'a dit n'attendez pas non plus...des miracles absolument » et « Faut pas espérer que ça va partir en une manipulation comme ça. » E2

L'ostéopathe, pédagogue, donne des conseils de posture, ce qui permet de mieux gérer le quotidien, prévenir les douleurs et être actrice de la prise en charge, « Ça permet de mieux appréhender la douleur, y faire plus attention en adaptant les postures » EF; « Comment il fallait que je me comporte dans le suivi de ma grossesse pour ne plus avoir ces douleurs, en terme de positionnement et puis aussi lorsque je me baisse, lorsque je suis allongée et tout ça » ED, même si elles admettent que l'application des conseils au quotidien reste difficile. « J'essaye de faire attention quand je me baisse mais c'est pas toujours facile à cause de mon genou qui me fait souffrir » E7

V. ATTENTES VIS-A-VIS DES PROFESSIONNELS DE SANTE

A. Meilleure information

Les femmes ont souhaité être mieux informées par les professionnels de santé sur le mécanisme des douleurs « C'est quand même important de savoir où est ce qu'on a mal exactement. » et « Ben c'est mécanique, donc pour savoir comment ça marche. Voilà enfin. Pour comprendre » E3 ainsi que sur les petits maux de grossesse, ce qui pourrait les rassurer. « Je pense qu'il me rassurerait plus en m'expliquant que c'est des choses qui sont normales en fait et qu'on rencontre des constantes » E5

Souvent, elles ont besoin d'être conseillées sur les différentes méthodes thérapeutiques, notamment par le médecin traitant leur permettant de faire un meilleur choix. « INFORMER les mamans...pour qu'elles aient le choix pour la prise en charge de leurs douleurs » et « Et CONSEILLER sur les différentes étapes qu'elle peut faire...entre kiné, ostéopathie...» EA

Quelques-unes voulaient avoir des conseils de prise en charge non médicamenteuse par les professionnels de santé comme des exercices à la maison, des conseils de posture... « C'est vrai que faire quelques exercices chez soi pour éviter d'être trop enfin, trop pris par la douleur » E3

Elles ont parfois souhaité être informées sur les possibilités de consulter en ostéopathie durant la grossesse. « Mais peut-être faire connaître l'ostéopathie justement aux femmes enceintes » et « Déjà qu'on peut aller voir un ostéopathe étant enceinte » EC

B. Meilleure considération de la douleur

Les femmes enceintes veulent être écoutées pour leurs plaintes douloureuses. « Juste entendue et comprise dans ma douleur » E7. Elles veulent être prises au sérieux. « Qu'on n'ait pas l'impression de se moquer de moi parce que j'ai mal » E7 L'implication et la franchise du professionnel de santé dans la prise en charge des lombalgies sont attendues. « Oui vous avez mal au dos on va essayer de trouver une solution, peut-être on ne va pas trouver (...) plutôt que de dire vous

allez prendre du DOLIPRANE. Essayer de ne pas porter du poids, juste des petits trucs comme ça » E7

C. Souhait d'une orientation vers l'ostéopathe par un professionnel de santé

a. A visée préventive

Plusieurs femmes ont évoqué la possibilité de consulter l'ostéopathe en prévention des douleurs. « C'est un bon moyen de prévention et de soulagement des douleurs » E7

Une femme a souhaité l'orientation vers l'ostéopathe en prévention des douleurs pour améliorer le temps de récupération. « Ben, je sais pas mais peut être conseiller aux femmes de se faire suivre avant d'arriver en fin de grossesse et de voir qu'il y a plein de trucs de coincé, parce qu'après je pense qu'on met peut être plus de temps à récupérer... » E4

b. Accès au réseau des professionnels de santé

L'orientation vers l'ostéopathe permettrait aux femmes enceintes d'accéder au réseau des professionnels de santé « J'aurai du mal à aller voir un ostéo si il ne m'avait pas été conseillé » EB et permettrait donc de mieux accompagner les femmes pour les lombalgies durant la grossesse. « Je trouve que ça serait bien de pouvoir communiquer sur ça sans qu'il connaisse forcément tout le monde mais au moins de pouvoir donner des noms des trucs sans qu'on ait à les chercher nous-mêmes » EE

DISCUSSION

I. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

A. Les forces de l'étude

L'ostéopathie est peu étudiée dans la littérature du fait de sa reconnaissance officielle récente. Ainsi, ce travail de recherche permet aux professionnels de santé de mieux appréhender cette thérapeutique du point de vue des patientes et de pouvoir prendre en compte l'ostéopathie comme faisant partie de leur arsenal thérapeutique.

La veille documentaire nous a permis de mettre continuellement à jour les références bibliographiques.

L'approbation par la commission d'éthique, enfin, a permis de valider notre protocole de recherche.

B. Les faiblesses de l'étude

a. Limites liées aux chercheurs

En tant qu'internes de médecine générale, nous n'avions aucune expérience de la recherche qualitative. Les différentes formations à cette méthode organisées par les Docteurs Brigitte Escourrou et Anne Freyens à la Faculté de Médecine de Rangueil à Toulouse ainsi que la recherche bibliographique (10) sur la méthode, nous ont permis de mieux l'appréhender.

Nous nous sommes présentées aux femmes enceintes interviewées comme étudiantes effectuant un travail de recherche. Dans l'ensemble, elles ont désiré mieux nous connaître et il nous a été impossible de ne pas révéler notre statut d'étudiantes en médecine. Ceci a pu parfois gêner le recueil de données.

Nous avons conscience que ces différents points cités ci-dessus ont pu biaiser le recueil de données ainsi que l'analyse malgré la rigueur dont nous avons fait preuve tout le long de ce travail de recherche (16).

b. Limites liées à l'échantillonnage

L'accès aux femmes enceintes ayant recours à des ostéopathes était difficile devant l'absence de bases de données disponibles.

Le recrutement était volontaire et dépendait de l'implication des ostéopathes contactés dans notre étude ainsi que du nombre de femmes enceintes dans leur patientèle.

Les ostéopathes ont été régulièrement relancés par téléphone, par mail. Il y avait donc toujours un délai entre le contact fait par l'ostéopathe et le contact réalisé par les chercheuses. Ceci peut expliquer le nombre de non-réponses ou de réponses défavorables dans cette période particulière de fin de grossesse. De nombreux changements interviennent avec l'arrivée d'un enfant et ceci nous a paru être une des difficultés principales au recrutement.

Aucune femme enceinte n'était suivie pour sa grossesse par un médecin généraliste.

L'ensemble des femmes interrogées avait un haut niveau d'étude équivalent ou supérieur au baccalauréat ce qui est en accord avec le profil des consultantes en ostéopathie dans les études. (17)

Devant ces difficultés de recrutement nous ne pouvons pas certifier avoir diversifié de manière exhaustive notre population pour cette question de recherche.

II. DISCUSSION A PARTIR DE NOS RESULTATS

A. L'ostéopathie : une thérapeutique « qui tombe à pic »

L'ostéopathie paraît au travers des entretiens être « une méthode qui leur correspond », un plus dans leur prise en charge. Allant au-delà de la prise en charge des douleurs, l'ostéopathe répond à d'autres besoins. Il paraît être alors leur interlocuteur privilégié. Malgré leurs craintes et de mauvaises expériences antérieures, les femmes finissent par se tourner vers l'ostéopathie.

L'ostéopathe est sollicité dans un moment de perte de contrôle de la femme enceinte, devant des douleurs jugées insupportables malgré les stratégies de prise en charge mises en place initialement. « J'ai fait comme j'ai pu » E3

a. Prise en charge sans risque pour la grossesse

Selon une équipe de sociologues suisse (8), la grossesse est considérée aujourd'hui en France comme une situation à risque du fait de son encadrement étroit par le système de soins. L'anticipation des risques place désormais tous les individus dans un état de santé intermédiaire entre santé et maladie, c'est-à-dire un état permanent de vulnérabilité potentiellement générateur d'inquiétude. Les recommandations biomédicales peuvent donc entrer en contradiction avec le ressenti des personnes considérées « à risque ».

Bien que certains médicaments soient autorisés (7)(18)(19), les femmes ont des réticences à les utiliser par peur d'une possible fœtotoxicité méconnue. L'importance de l'alternative aux médicaments a été retrouvée dans plusieurs études antérieures(20). En effet, dans une étude, 74.5 % de femmes déclarent ne pas vouloir accepter de médicaments durant leur grossesse pour leurs douleurs lombo-pelviennes (3). La méthode manuelle permet alors une réduction de la prise médicamenteuse (7) et paraît moins néfaste que les médicaments pour le bébé et pour les femmes enceintes.

Cependant, le recours aux médecines alternatives, considéré dans certaines études comme « plus naturel et à sécurité égale » en comparaison aux médicaments, n'a été évoqué par aucune des femmes interrogées. (20)(21)

Les femmes ont des craintes qu'elles jugent parfois irrationnelles concernant l'impact des manipulations sur leur grossesse. Elles ont alors besoin d'être rassurées.

C'est pourquoi elles recherchent des ostéopathes « spécialisés dans la grossesse » qui manipulent avec douceur.

La reconnaissance des ostéopathes en tant que professionnels de santé a permis aux femmes de leur faire confiance et la spécialisation de certains ostéopathes dans la prise en charge de la grossesse augmente cette confiance

La Société Française de Médecine Obstétrique (SFMO) (13) s'attache à fournir des recommandations à l'attention des ostéopathes pour le traitement des femmes enceintes afin d'éviter tout risque avec les manipulations. L'ostéopathie semble ne pas créer de préjudice, ni pour les femmes de notre étude, en accord avec la littérature (6).

b. Relation soignants / soignés de qualité

Les femmes attachent une grande importance au relationnel entretenu avec leur thérapeute, qui devient leur interlocuteur privilégié. « J'avais besoin plus d'une écoute qu'un traitement médical de ces douleurs » EF. Elles sont en attente d'une écoute attentive et d'empathie.

L'ostéopathe a un rôle pédagogique positif auprès des patientes. Les informations données permettent de mieux appréhender les douleurs, crédibilisent l'ostéopathe et revalorisent la femme en tant qu'actrice de sa prise en charge. Cela crée une relation de confiance éclairée.

Néanmoins, certaines femmes n'ont pas besoin de recevoir ces informations pour se sentir en confiance et adhérer à la prise en charge.

On note une ambivalence des femmes dans leur rapport de confiance avec l'ostéopathe. Cette attitude pourrait s'expliquer par le peu d'études valides sur cette prise en charge alternative.

c. Une méthode alternative

Les femmes, d'abord suspicieuses, sont finalement curieuses de cette approche différente qu'elles trouvent intéressante.

Cette prise en charge singulière permet également d'avoir un deuxième avis que celui du corps médical, en accord avec la popularité actuelle des médecines alternatives.(22)

L'ostéopathie est une approche du corps dont la femme enceinte n'a pas l'habitude. Elle réconcilie la femme avec son corps et lui redonne ainsi confiance en elle.

d. Prise en charge globale

La prise en charge globale est recherchée et appréciée par toutes les participantes. Elles en attendent davantage sur le plan psychologique que sur le plan physique.

La prise en compte de la dimension psychique de la femme enceinte semble prioritaire par rapport à la dimension « physique » du problème, afin de garantir une meilleure prise en compte de la patiente dans sa globalité. Cet aspect n'a pas été retrouvé dans les études antérieures.

La prise en charge physique relatée passe par une analyse de toutes les structures anatomiques pour une « révision globale » afin d'entretenir ou de restaurer leurs fonctions. Leurs croyances sont en accord avec la définition reconnue de l'ostéopathie (23).

L'efficacité de l'ostéopathie sur les lombalgies et leur retentissement fonctionnel durant la grossesse a été étudiée dans deux principales études randomisées. Ainsi, il existe une diminution significative des dysfonctions liées aux lombalgies de fin de grossesse contre placebo (24) ainsi qu'une prévention de ces dysfonctions(25).

L'analyse de nos entretiens témoigne d'une efficacité globale ou partielle ressentie par les femmes. Dans une troisième étude, l'effet de l'ostéopathie sur les douleurs lombaires de fin de grossesse est similaire à l'effet placebo (26) mais supérieur à

l'effet du suivi gynécologique seul habituel. Ceci montre qu'il existe effectivement une efficacité, en accord avec nos résultats. La limite de l'étude citée porte sur la pertinence du placebo choisi. Des essais cliniques supplémentaires seront probablement nécessaires pour sensibiliser la mesure de l'efficacité de l'ostéopathie.

Les femmes attachent une grande importance fonctionnelle au dos. L'ostéopathe paraît être le référent dans ce domaine. Il peut alors agir en tant qu'expert et notamment en prévention d'aggravation des douleurs. Cependant, cette prise en charge préventive n'est pas unanime chez les femmes interrogées.

Dans cette prise en charge globale, les femmes interrogées ont souvent associé spontanément d'autres thérapeutiques à l'ostéopathie. Cette association se confirme par plusieurs études concluant à l'efficacité d'une prise en charge multimodale(10)(20)(27)(28).

Pour une meilleure fin de grossesse

L'efficacité, même partielle, de l'ostéopathie permet aux femmes de vivre plus sereinement leur fin de grossesse, de mieux appréhender leur accouchement, ce qui était attendu et retrouvé dans certaines études (6)(24)(29).

e. Prise en charge accessible et rapide sans effort

Les femmes attendent une résolution quasi immédiate de leurs lombalgies, presque magique. L'ostéopathe est alors attendu comme un sauveur et la consultation est vécue comme la consultation de la dernière chance. « Clairement oui j'espérais qu'elle ait une baguette magique et qu'elle fasse passer cette douleur qui était insupportable » EB

L'absence d'obligation de passer par le médecin traitant pour consulter un ostéopathe permet, pour certaines, une prise en charge plus rapidement accessible.

f. Désir de passivité

Les femmes apprécient le fait de ressentir les mobilisations et manipulations, tout en restant passives.

Les informations données par les professionnels de santé sur les douleurs et leur prise en charge permettent d'optimiser le soulagement des douleurs et d'améliorer le retentissement fonctionnel, tout comme les conseils délivrés (30). Bien qu'appréciés, les conseils d'auto exercices et d'adaptation posturale ont du mal à être appliqués dans notre étude. Les femmes préfèrent se laisser faire par un professionnel et ne pas avoir d'effort à fournir.

Le besoin de passivité dans la prise en charge pourrait s'expliquer par un besoin d'aller contre leur suractivité au quotidien : une espèce de « lâcher prise ».

De nos jours, les femmes sont actives tant sur le plan professionnel que familial. Ceci se solde par un manque de temps, dans une société de plus en plus consommatrice de soins. Cette notion pourrait expliquer ce désir fortement exprimé dans notre étude d'une prise en charge passive complète, rapide et facilement accessible.

L'analyse des entretiens a mis en avant de nombreuses exigences concernant leurs soins, auxquelles répond en partie l'ostéopathie, palliant ainsi les carences ressenties de la médecine conventionnelle. Néanmoins l'ostéopathe, loin de s'opposer au corps médical, est souvent perçu comme un soutien à leur prise en charge.

B. Les rôles perçus et attendus des professionnels de santé dans la prise en charge

Les professionnels de santé paraissent prendre peu de place dans la prise en charge des lombalgies des femmes enceintes consultant en ostéopathie, soit par leur défaut d'implication soit par volonté d'autonomie de la part des femmes elles-mêmes.

En effet, les femmes vivent dans une société de mieux en mieux informée comme le souligne la sociologue suisse Claudine Burton-Jeangros (8). De ce fait, le désir de contrôle sur leur état de santé ainsi que sur sa prise en charge est de plus en plus grand. Néanmoins, ces mêmes femmes attendent du corps médical une expertise en accord avec les progrès de la médecine visant à diminuer les risques et donc la morbi-mortalité maternelle et infantile.

Cette ambivalence constante entre désir d'autonomie et d'accompagnement de plus en plus grand vis-à-vis des professionnels de santé se retrouve dans l'analyse de notre étude.

a. Peu de place accordée aux professionnels de santé

Souvent, pour leurs lombalgies, les femmes enceintes interrogées ne pensent pas à consulter leur médecin traitant ou leur gynécologue obstétricien, qui est pourtant considéré comme le référent de grossesse. La mise sous silence de ces symptômes, alors même qu'ils sont considérés comme importants pour ces femmes, est liée à de nombreux facteurs.

Les femmes ont notamment évoqué une forte appréhension du manque de considération des douleurs par le corps médical. Cette appréhension peut être justifiée par la réalité du vécu de ces femmes qui ne sentent pas écoutées et dont les douleurs sont souvent banalisées par le corps médical. Or, il a été retrouvé précédemment que les médecins affirment toujours prendre en charge les douleurs lombaires chez la femme enceinte (31). Il existe ainsi une discordance entre la perception des médecins et le vécu réel des femmes enceintes que nous avons interrogées.

Devant l'insuffisance de prise en charge réelle ou ressentie par ces femmes, elles se tournent vers d'autres solutions dont l'ostéopathie fait partie et qui est étudiée dans notre étude.

Ce recours est largement influencé par l'avis de l'entourage ainsi que celui des médias, comme le montre une récente étude australienne (9), qui prennent alors la place des professionnels de santé. Les expériences positives de l'ostéopathie rapportées par l'entourage permettent de les rassurer. De plus, l'orientation vers un ostéopathe spécifique donne accès à un réseau de confiance.

L'aspect financier a été évoqué à de multiples reprises par les femmes interrogées. Malgré l'absence de prise en charge par l'Assurance Maladie, le coût élevé de l'ostéopathie n'était pas un frein pour une consultation ponctuelle. La prise en charge des douleurs, répondant à un réel besoin, prime sur l'aspect financier de l'ostéopathie. « Je pense que voilà on y va parce qu'on en a besoin... Et on est prêt à payer pour. » EE

Néanmoins, la prise en charge par les organismes complémentaires de type mutuelle était un soutien financier non négligeable.

L'abondance d'informations et son accessibilité par tous rendent la femme plus active et autonome dans sa prise en charge. Toutefois, cette multitude d'informations de plus en plus complexes et non maîtrisées par les professionnels peut aussi être source d'angoisse(1).

b. Attentes vis-à-vis du corps médical

Malgré le peu de place pris par les professionnels de santé ou accordé par les femmes dans la prise en charge de leurs lombalgies, on note de nombreuses attentes concernant le corps médical, qui au contraire renforcent son rôle.

Pour une relation soignant-soigné de qualité, une meilleure disponibilité de l'ensemble des professionnels pour une meilleure écoute est attendue. Les femmes ne veulent pas se sentir ni jugées ni incomprises pour leurs douleurs. « Qu'on n'ait pas l'impression de se moquer de moi parce que j'ai mal » E7

Les attentes formulées par les femmes semblent correspondre au modèle de consultation « **BERCER** » (**B**ienvenue, **E**ntretien, **R**enseignement, **C**hoix, **E**xplication et **R**etour) préconisé par l'Organisation Mondiale de la Santé et repris par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé dans ses recommandations aux professionnels de santé pour la prise en charge des petits maux de grossesse (**Annexe n°9**).

Malgré l'intérêt d'une éducation par les professionnels avec délivrance d'informations et de conseils qui a été démontré dans une étude hollandaise (30), ce devoir d'informer est parfois abandonné à l'entourage non professionnel, entraînant ainsi une absence de maîtrise de la prise en charge et de ses conséquences.

Les femmes de notre étude plébiscitent une coordination de l'ensemble des professionnels de santé pour optimiser leur prise en charge. Ainsi cette étude nous montre que chaque soignant a une place à part entière dans le système de soins.

La sage-femme, par sa formation, aborde la grossesse de manière physiologique (8). Elle répond en partie aux femmes enceintes en privilégiant la qualité de vie et le confort des femmes en allant au-delà du symptôme. « J'ai eu l'impression que les consultations avec les sages-femmes elles ne se limitaient pas à chercher à éviter des risques majeurs, mais également à améliorer le confort de la grossesse en général autant physique que psychique » E2. Elle oriente également plus facilement vers les médecines alternatives en accord avec la littérature (24).

Le gynécologue obstétricien, vu comme le référent de grossesse, paraît également être un interlocuteur privilégié par les femmes durant la grossesse. La coordination des référents de grossesse avec le médecin traitant par ailleurs permettrait de faire le relai durant la grossesse et le post-partum. En effet le médecin traitant est considéré comme étant le garant du suivi de la mère et de l'enfant.

C. Propositions

L'ostéopathie, vue comme un soutien de la prise en charge médicale, répond aux nombreuses attentes de ces femmes et confirme les données de la littérature(32). L'ostéopathie pallie ainsi la restriction médicamenteuse. Cette alternative non médicamenteuse ne se réduit pas aux seules manipulations vertébrales et nécessite une adaptation au changement de morphologie et de mobilité du corps féminin. Elle impose douceur et respect, d'autant plus nécessaire chez les patientes plus fragiles et plus sensibles au cours de leur grossesse.

Cette méthode alternative permet une prise en charge globale, rapide et accessible pour les femmes.

Conscientes des limites thérapeutiques médicamenteuses liées à la grossesse, les femmes privilégient ainsi non pas la technicité de la médecine mais les qualités relationnelles des professionnels de santé. L'équilibre entre savoir-faire et savoir-être paraît être un enjeu majeur de la médecine de demain.

La prise en charge multimodale coordonnée semble alors être le choix le plus apprécié par les femmes et le plus efficace.

Par la compréhension du vécu et des différentes attentes des femmes, les professionnels de santé, loin de s'opposer, peuvent se compléter, se coordonner et ainsi mieux accompagner les femmes dans ce moment unique et particulier qu'est la grossesse.

Une étude qualitative sur le ressenti des professionnels de santé sur cette prise en charge permettrait de prendre en compte l'avis de l'ensemble des acteurs et de proposer des améliorations concrètes. La recherche sur cette pratique paraît ainsi être essentielle pour compléter nos connaissances

CONCLUSION

La grossesse, par ses modifications anatomiques, est responsable de douleurs lombo-pelviennes. Bien que réversibles après l'accouchement, ces douleurs, souvent banalisées, entraînent un inconfort certain et ont des répercussions qui peuvent être importantes, tant sur le plan physique, psychique que socioéconomique, représentant alors un problème de santé publique.

Durant leur grossesse, les femmes ont souvent recours aux médecines alternatives dont fait partie l'ostéopathie. Cependant, bien que reconnue depuis peu, l'ostéopathie reste peu étudiée.

Nous avons étudié le ressenti de femmes satisfaites de leur prise en charge ostéopathique, afin de comprendre le choix de ce traitement dans leur parcours de soins. Ensuite, nous avons recueilli leurs attentes concernant les professionnels de santé au sein de leur parcours de soins.

La recherche qualitative nous a paru être la méthode la plus appropriée pour comprendre les comportements de nos patientes et ainsi adapter nos pratiques au vu de ces résultats. Douze femmes en Haute-Garonne ont été interrogées lors d'entretiens semi-dirigés entre le mois de novembre 2013 et le mois de décembre 2014. La saturation des données a été obtenue au dixième entretien.

L'analyse thématique nous a permis de faire émerger quatre thèmes : le vécu des lombalgies et les stratégies de prise en charge initiales nous donnant le contexte, le recours à l'ostéopathie et son vécu pour les douleurs lombaires, le rôle des professionnels de santé dans cette prise en charge ainsi que les attentes des femmes vis-à-vis du corps médical.

De nos jours, les femmes sont actives tant sur le plan professionnel que familial. Ceci se solde par un manque de temps, dans une société de plus en plus consommatrice de soins. Cette notion pourrait expliquer ce désir fortement exprimé dans notre étude d'une prise en charge passive complète, rapide et facilement accessible à laquelle répond l'ostéopathie. De plus elle est perçue comme une bonne méthode alternative aux médicaments : efficace et sans risque pour la grossesse.

Une des raisons du recours à l'ostéopathie était aussi le manque d'implication des professionnels de santé dans la prise en charge des lombalgies de grossesse et l'influence prédominante de l'entourage et des médias chez les femmes interrogées.

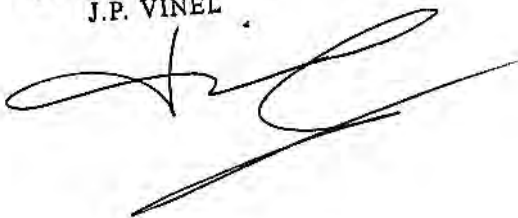
En effet, les femmes enceintes, de mieux en mieux informées par leurs propres moyens, ont un fort désir d'autonomie dans leur prise en charge.

De manière ambivalente, elles ont également une attente forte d'accompagnement par le corps médical. Elles recherchent une meilleure écoute, une meilleure disponibilité ainsi qu'une meilleure coordination entre les professionnels de santé pour une prise en charge plus globale.

Ce travail de recherche pourra permettre aux professionnels de santé de mieux appréhender cette thérapeutique du point de vue des patientes et pouvoir prendre en compte l'ostéopathie comme faisant partie de leur arsenal thérapeutique.

Toulouse le 21.04.15

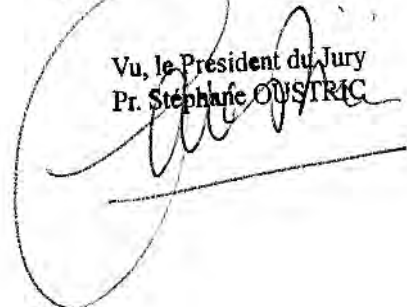
Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
J.P. VINEL



le 28/04/15

le 28/04/15

Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIC



BIBLIOGRAPHIE

1. Timsit MA. Grossesse et douleurs rhumatologiques lombaires basses et de la ceinture pelvienne. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*. 2004;(32):420–6.
2. Novaes FS, Shimo AKK, Lopes MHB de M. [Low back pain during gestation]. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006 Aug; 14(4):620–4.
3. Wang S-M, Dezinno P, Maranets I, Berman MR, Caldwell-Andrews AA, Kain ZN. Low back pain during pregnancy: prevalence, risk factors, and outcomes. *Obstet Gynecol*. 2004 Jul;104(1):65–70.
4. Sabino J, N.Grauer J. Pregnancy and low back pain. 2008;1:137–41.
5. Batonat M. Petits maux de grossesse, étude de la lombalgie. Université Paris Descartes; 2010.
6. Sicamois A. Douleurs lombo-pelviennes liées à la grossesse: efficacité du traitement en médecine manuelle et ostéopathique dans le service de Gynécologie Obstétrique du chu de Nice. Thèse de Médecine Générale Université de Nice Sophia Antipolis; 2006.
7. Mogren IM, Pohjanen AI. Low back pain and pelvic pain during pregnancy: prevalence and risk factors. *Spine*. 2005 Apr 15;30(8):983–91.
8. Manai D, Burton Jeangros C, Elger B. Risques et informations dans le suivi de la grossesse: droit, éthique et pratiques sociales. Université de Genève.
9. Frawley J, Adams J, Broom A, Steel A, Gallois C, Sibbritt D. Majority of Women Are Influenced by Nonprofessional Information Sources When Deciding to Consult a Complementary and Alternative Medicine Practitioner During Pregnancy. *J Altern Complement Med*. 2014 Jun 11;
10. Aubin- Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr Drilewicz AM, Imbert P, Letrillart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84.
11. Touboul P. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative. CHU de Nice; 2013.
12. Georges J, Skaggs CD, Thompson PA, Nelson DM, GAVARD J, Gross G. A randomized controlled trial comparing a multimodal intervention and standard obstetrics care for low back and pelvic pain in pregnancy. *American journal of Obstetrics and Gynecology*. 2013 Apr;295 (e2).
13. Yvernès A-L. Ostéopathie et grossesse? Le tour de la question. Université Paul Sabatier Toulouse; 2010.
14. Université Josph Fourier Grenoble 1. Guide pour la conduite d'entretien.
15. Couturier, Lacourde F, Mukamumera J. Des avancées en analyse qualitative pour une transparence et une avancée des pratiques. 2006;26.
16. Robo P. A propos de recherche et de méthodes qualitative. 1995.

17. Adams J, Lui C-W, Sibbritt D, Broom A, Wardle J, Homer C, et al. Women's use of complementary and alternative medicine during pregnancy: a critical review of the literature. *Birth*. 2009 Sep;36(3):237–45.
18. Service de pharmacologie clinique de Toulouse. Evaluation chez la femme enceinte des médicaments et de leurs risques. Source internet: www.efemeris.fr/
19. Jonville-Bera A, Cissoko H, Autret-Leca E. Risques des médicaments administrés pendant la grossesse Jonville-Béra A, Cissoko H, Autret-Leca E [2006. Source internet: www.amiform.com/web/documents-suivi-de-la-femme-enceinte/medicaments_et_grossesse.pdf
20. Guittier M-J, Pichon M, Irion O, Guillemin F, Boulvain M. Recourse to alternative medicine during pregnancy: motivations of women and impact of research findings. *J Altern Complement Med*. 2012 Dec;18(12):1147–53.
21. Skaggs CD, Prather H, Gross G, George JW, Thompson PA, Nelson DM. Back and pelvic pain in an underserved United States pregnant population: a preliminary descriptive survey. *J Manipulative Physiol Ther*. 2007 Feb;30(2):130–4.
22. Chenot JF, Becker A, Leonhardt C, Keller S, Donner-Banzhoff N, Baum E, et al. Use of complementary alternative medicine for low back pain consulting in general practice: a cohort study. *BMC Complementary and alternative medicine*. 2007 Dec 18;7(42).
23. Maigne R. douleurs d'origine vertébrale: comprendre diagnostiquer et traiter. ELSEVIER. 2006.
24. Licciardone JC, Buchanan S, Hensel KL, King HH, Fulda KG, Stoll ST. Osteopathic manipulative treatment of back pain and related symptoms during pregnancy: a randomized controlled trial. *Am. J. Obstet. Gynecol*. 2010 Jan;202(1):43.e1–8.
25. Licciardone JC, Aryal S. Prevention of progressive back-specific dysfunction during pregnancy: an assessment of osteopathic manual treatment based on Cochrane Back Review Group criteria. *J Am Osteopath Assoc*. 2013 Oct;113(10):728–36.
26. Hensel KL, Buchanan S, Brown SK, Rodriguez M, Cruser des A. Pregnancy Research on Osteopathic Manipulation Optimizing Treatment Effects: the PROMOTE study. *Am. J. Obstet. Gynecol*. 2015 Jan;212(1):108.e1–9.
27. Wang S-M, Dezinno P, Fermo L, William K, Caldwell-Andrews AA, Bravemen F, et al. Complementary and alternative medicine for low-back pain in pregnancy: a cross-sectional survey. *J Altern Complement Med*. 2005 Jun;11(3):459–64.
28. Pennick V, Liddle SD. Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;8:CD001139.

29. Quelen M. L'apport de l'ostéopathie dans le traitement des douleurs lombopelviennes liées à la grossesse. Mémoire de sage femme. Université de Bretagne occidentale; 2010.
30. Van Benten E, Pool J, Mens J, Pool-Goudzwaard A. Recommendations for physical therapists on the treatment of lumbopelvic pain during pregnancy: a systematic review. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2014 Jul;44(7):464–473, A1–15.
31. Bastide V. Quelle est la prise en Charge des petits maux de grossesses par les Médecins généralistes de Midi-Pyrénées? Enquête auprès de 169 médecins généralistes. Thèse de Médecine Générale. Université Toulouse III Paul Sabatier; 2012.
32. Bonneau, D. Quelles techniques manuelles chez la femme enceinte ? Paris 2007. PARIS; 2007.

ANNEXES

Annexe n°1 : Avis de la commission d'éthique



Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées

Secrétariat : Dr Serge BISMUTH
59 rue de la Providence – 31500 Toulouse
Tél. : 05.61.80.01.23 – 06.82.63.45.70- Fax 05.61.34.61.16 – dr-bismuth@wanadoo.fr

Président : Mme Laurencine VIEU

Secrétaire : M Serge BISMUTH

AVIS DE LA COMMISSION ETHIQUE DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

Date de réception de la demande 14.02.2015

Renseignements concernant le demandeur :

Nom Diana MANIKAM
Qualité, Interne en médecine générale
Adresse, 3 rue Mathieu Lanes 31300 Toulouse
Courriel diana.manikam@hotmail.fr
Numéro de téléphone 0615960730

Nom Marine MAUDUIT
Qualité, Interne en médecine générale
Adresse, 1 bis rue de la Carasse 3170 CASTELGINEST
Courriel marine.mauduit@free.fr
Numéro de téléphone 0610733718

Renseignements concernant le promoteur :

Nom DUMG Toulouse
Qualité Dr Brigitte ESCOURROU MCU co-directrice de thèse avec le Dr Christine CERNA
Adresse 133 rte de Narbonne Toulouse

Nom DUMG Toulouse
Qualité Dr Christine CERNA

IDENTIFICATION DE LA RECHERCHE

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

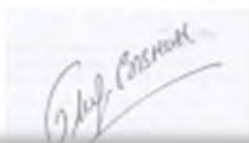
Titre complet de la recherche :

Le vécu des femmes enceintes lombalgiques sur leur prise en charge en ostéopathie

AVIS DE LA COMMISSION : AVIS FAVORABLE

A Toulouse le 14.03.2015

Le Secrétaire Dr Serge BISMUTH



Annexe n°2 : Le guide d'entretien

Axes de recherche

- le vécu de prise en charge ostéopathe (avant, pendant, après)
- les rôles perçus et attendus des professionnels de santé dans la prise en charge des lombalgies

Présentation

Bonjour je m'appelle D ou M, aujourd'hui, nous allons parler de vous et de votre mal au dos au cours de votre grossesse. Nous voulons recueillir votre expérience par rapport à ces douleurs et votre prise en charge en ostéopathie. Cet entretien sera retranscrit de façon complètement anonyme.

Le contexte des lombalgies

- « Racontez-moi l'histoire de vos douleurs du dos durant votre grossesse »
- « Comment l'avez-vous vécu au quotidien? Comment l'a vécu votre entourage ? »
Remarque : si non évoqué préciser : au travail, pour vos tâches ménagères, votre conjoint ?
- « Qu'avez-vous fait face à ces douleurs ? (stratégies de prise en charge) »

Le vécu de la prise en charge ostéopathe

- « Parlez-moi de votre prise en charge ostéopathe » « Comment en êtes-vous venu à voir un ostéopathe ? Comment avez-vous vécu cette prise en charge ? »
- « Que pensiez-vous des ostéopathes avant de consulter ? (exploration des croyances?) »
- « Quelles ont été vos attentes en consultant un ostéopathe ? »
- Remarque : si non évoqué « Aviez-vous des craintes ? »

Les rôles des professionnels de santé perçus et attendus

- « Et votre médecin traitant dans tout ça ? » « Quelle a été son attitude vis-à-vis de l'ostéopathie ? »
- « Que ressentez-vous en parlant de l'attitude de votre médecin vis-à-vis de l'ostéopathie. »
- Remarque : si aucun rôle du médecin, laisser la porte ouverte à l'interlocuteur privilégié (sage-femme, gynéco...)

La coordination des différents acteurs de la prise en charge

« Pour vous comment s'est passé la coordination des soins ? »

Phrases d'ouverture

- « Et quelles seraient vos suggestions/attentes pour améliorer la prise en charge? »
- « Pour résumer comment avez-vous vécu votre prise en charge ? »
- « Notre entretien touche à sa fin : est-ce que vous souhaitez rajouter quelque chose? »

Annexe n°3 : Lettre adressée aux ostéopathes

Chère consœur, cher confrère,

Actuellement en fin d'études de médecine générale, nous avons décidé de réaliser notre travail de thèse sur: la prise en charge en ostéopathie des femmes lombalgiques au 3^{ème} trimestre de leur grossesse.

Ce travail de recherche, validé par la commission des thèses du DUMG de Toulouse, est dirigé conjointement par les Docteurs C. Cerna et B. Escourrou.

La méthode de recherche qualitative choisie pour cette étude nécessite la réalisation d'entretiens semi dirigés sur ce thème avec des femmes qui vous ont consulté(e) pour des lombalgies au cours du 3^{ème} trimestre de leur grossesse. Il concerne les grossesses non compliquées, qualifiées de « non à risque » (suivi A).

Dans l'objectif de recruter un échantillon le plus varié possible sur le département de la Haute Garonne, nous souhaiterions pouvoir interviewer des patientes ayant des profils différents. Pour cela nous vous demandons de remplir pour_chaque patiente que vous traiterez dans cette indication, une fiche ci-jointe dans laquelle figurent les critères d'inclusion et d'exclusion, ainsi que des données socio-économiques et cliniques qui permettent de diversifier l'échantillon.

Une lettre d'information annexée au questionnaire sera à remettre dans le même temps à la patiente. Après son accord, les coordonnées de la patiente y seront renseignées dans le but de la recontacter ultérieurement

Les entretiens dureront entre 20minutes et 1heure environ et se dérouleront sur le lieu de leur choix, à l'heure et jour de leur convenance.

Ces entretiens seront retranscrits et analysés dans un souci de préserver l'anonymat des femmes qui auront l'amabilité de participer.

Nous vous joignons les 10 « dossiers patients » dans lesquels vous trouverez une lettre destinée aux patientes ainsi que la fiche d'informations à remplir.

Comptant sur votre participation et vous en remerciant très sincèrement par avance, nous vous prions d'agréer, chère consœur, cher confrère, l'expression de nos meilleurs sentiments.

Diana Manikam et Marine Mauduit.

Annexe n°4 : Lettre explicative adressée aux patientes

Madame,

Nous vous contactons par l'intermédiaire de votre ostéopathe qui vous a préalablement demandé votre accord, afin de vous solliciter pour un entretien dans le cadre de notre travail de thèse.

Nous allons réaliser pour cela un entretien physique avec vous et bien qu'il soit enregistré pour être analysé, il sera rendu anonyme pour garantir la confidentialité des informations données.

La durée d'une interview est variable (vingt minutes à une heure) et nous vous proposons de nous déplacer à domicile, lieu de travail ou tout autre lieu de votre choix. Nous conviendrons ensemble du jour et de l'heure bien entendu.

Il s'agira d'exprimer votre vécu concernant vos lombalgies de fin de grossesse et votre recours à l'ostéopathie.

Nous nous tenons à votre entière disposition pour toute précision ou question concernant notre travail et le déroulement des entretiens, aux coordonnées notées ci-dessous.

Vous remerciant très sincèrement par avance de votre participation, nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Diana Manikam et Marine Mauduit.

Annexe n°5 : Questionnaire rempli par les ostéopathes

Votre patiente est enceinte **au 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de grossesse** et souffre d'une **douleur lombaire et/ ou pelvienne aiguë** pour laquelle elle bénéficie d'une séance d'**ostéopathie**. Merci de répondre à ce petit questionnaire avec la patiente, qui ne vous prendra que quelques minutes dans votre consultation.

1. **Date de la consultation** :
2. **Terme de la grossesse en S.A. (Semaines d'aménorrhée) au moment de la consultation** :.....
3. **Age de la patiente** :
4. **Caractéristiques physiques** :
 - poids habituel (hors grossesse).....kgs
 - au moment de la consultation :....kgs
 - taille:.....cm

5. Données sociales :

- langue parlée :.....
- emploi :.....
- niveau d'étude :.....
- statut marital :.....

6. Antécédents généraux

	OUI	NON
Antécédents traumatisme du bassin et/ou du rachis lombaire Si oui préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents de :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> - pathologie rhumatismale - maladie psychiatrique sévère - cancer - ostéoporose 		

7. Antécédents gynécologiques :

- nombre Gestité Parité: G....P....
- autre :.....

8. A propos de la grossesse en cours :

	OUI	NON
Suivi gynécologique habituel au cours de la grossesse :		
<ul style="list-style-type: none"> - médecin généraliste - sage-femme - gynécologue - autre :..... 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nécessité de suivi spécialisé régulier (gynéco-obstétricien, cardiologue...)?		
<i>cf. ci-dessous des exemples de situations nécessitant un suivi.</i>		
<i>Grossesse gémellaire, diabète gestationnel, HTA gravidique, prééclampsie, menace d'accouchement prématuré, troubles de la coagulation ou anticoagulation curative, vomissement gravidique sévère (perte de poids, déshydratation..), infections urinaires récidivantes (plus de 2) ou pyélonéphrite, autres (Néphropathie gravidique, cholestase..), hypotrophie fœtale, oligoamnios, hydramnios</i>		

9. A propos de la lombalgie.

	OUI	NON
Antécédents de lombalgies Si oui : au cours d'une précédente grossesse ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
La douleur actuelle est-elle d'intensité élevée (lombalgie hyperalgique)? (EVA>7/10?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il de la fièvre associée ou un amaigrissement important ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il une radiculalgie associée? Si oui : existe-t-il un déficit associé ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

10. Le terrain:

	OUI	NON
Consommation de tabac habituelle (hors grossesse) Si oui : maintenue au cours de la grossesse ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sédentarité - habituelle (hors grossesse) ? - pendant la grossesse ? Préciser l'activité sportive et sa fréquence :.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Antécédents de recours à l'ostéopathie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents de dépression/ stress au travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Remarques diverses.....

<u>Coordonnées de la patiente pour la contacter ultérieurement</u>
Nom et Prénom:.....
Adresse postale :.....
Tel : 05..... et/ou 06.....
Email :.....

Annexe n°6 : Exemple de contexte d'énonciation

Entretien 2 (E2)

Date : 2/03/2014

Durée : 24 minutes.

1. Le cadre et la patiente

C'est une mère célibataire, active de 38 ans qui m'accueille avec beaucoup de chaleur dans son appartement avec son premier bébé de 3 mois. L'entretien se passe entre deux tétées avec bébé dans les bras, après l'avoir pesé car il prend difficilement du poids.

Elle m'explique avant l'entretien qu'elle est danseuse et a pu continuer la danse jusqu'à la fin de la grossesse, mais également musicienne, jouant de l'alto ainsi que du piano quotidiennement. Et enfin elle est linguiste et donc elle a pu continuer de travailler chez elle. La grossesse s'est bien déroulée, mise à part l'accouchement qui a dû se faire par césarienne en urgence mais à terme.

2. Résumé de l'entretien

Concernant les lombalgies :

- elle souligne dès le départ la différence entre ses lombalgies anciennes et ses lombalgies durant la grossesse.
- Les lombalgies sont ressenties au niveau de la fesse droite. Ce sont des douleurs non invalidantes mais qui l'ont « agacée ».

Pour résumer la prise en charge de ses lombalgies (c'était difficile de prime abord pour moi de comprendre la chronologie des événements) :

- elle a eu des semelles de sa propre initiative
- a vu un premier ostéopathe sur les conseils de ses amis
- son médecin traitant lui a conseillé un kinésithérapeute mézérieste qui lui a lui-même conseillé un ostéopathe spécialisé dans la grossesse

Concernant l'ostéopathie : le premier ostéo était expéditif et trop sûr de lui et le deuxième a été recommandé par le kinésithérapeute mézérieste comme étant spécialisé dans la grossesse et n'a eu qu'une seule séance.

Son médecin traitant n'a pas eu un grand rôle d'après la patiente, même si elle n'avait rien contre cette prise en charge.

Mme E2 était néanmoins globalement satisfaite de sa prise en charge et pourrait recommander sans hésiter le dernier ostéopathe qu'elle a vu.

3. Points remarquables du contenu et de la forme du discours

C'est une patiente sportive de haut niveau qui « se connaît bien » et qui est active dans sa santé. Elle se considère comme partenaire avec son médecin pour sa prise en charge.

Son discours est fluide et productif.

Durant l'entretien elle est un peu gênée par le bébé, qui commence à s'agiter vers la fin. Je retrouve une volonté forte de comprendre et de se sentir partenaire et co-décisionnaire avec le médecin.

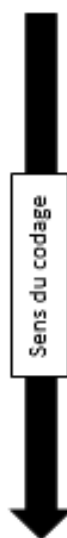
4. Eléments nouveaux, inattendus dans le guide d'entretien

- a souligné le manque de coordination et de communication entre les différents professionnels de santé.
- a également mis en avant comme dans l'entretien 1, la « banalisation » par le corps médical des petits maux de grossesse.
- le rôle de la sage-femme a été valorisé car il y a une prise en charge différente de la grossesse par rapport aux médecins.

5. Remarques et recommandations pour faire évoluer le guide d'entretien

Difficulté à rebondir sur les réponses de l'interviewée.

Annexe n°7 : Extrait du tableau Excel avec analyse thématique : exemple d'une partie du thème « motifs de consultation chez l'ostéopathe »



Thème	Catégories	Sous catégories	Sous sous catégories	Codes	Verbatims		
Motifs de consultation chez l'ostéopathe	Douleurs	Centré sur la douleur	Persistance des lombalgies	Décide de consulter l'ostéopathe devant la persistance des douleurs	E1" comme ça persistait je me suis dit bon...j'y vais" E3"Après si je vois que ça persiste, l'ostéopathe." E7" quand ça commençait à devenir un peu plus intense, j'ai demandé à l'ostéopathe"		
				Douleurs invalidantes	Décide de consulter l'ostéopathe devant des douleurs invalidantes et insupportables dans la vie quotidienne	E3" Même je ne pouvais plus me déplacer. Sur ce j'ai appelé mon ostéopathe." ED" Et puis lorsque c'est devenu vraiment infernal, je n'arrivais pas à être bien positionnée sur mon siège au travail...) donc j'ai finis par aller la voir."	
				Soulagement	Attend vraiment un soulagement de ses douleurs	E1" ça pouvait bien me soulager au cours de la grossesse" EB" Ne plus souffrir !" E3" Qu'elle me soulage (...) Parce que j'en pouvais plus. "EC" Que j'ai plus mal au dos, que tout aille mieux après, pendant un certain temps." ED" De plus avoir mal, voilà tout simplement »	
				Attend une disparition rapide des douleurs (baguette magique)	E1" oui, oui, je pensais vraiment être soulagée assez rapidement par un ostéopathe" EB" Clairement oui j'espérais qu'elle ait une baguette magique et qu'elle fasse passer cette douleur qui était insupportable »		
				Ne s'attend pas à une disparition spontanée inexpliquée des douleurs	E7" même si ce n'est pas non plus miraculeux ni magique"		
				Non centré sur la douleur	Profite de la consultation chez l'ostéopathe pour faire une révision globale	E2" je consultais pas tellement pour la douleur lombaire(...) mais j'ai eu l'occasion de le raconter évidemment à ce moment-là" EC" Bah oui vu que j'avais pas forcément de douleur voilà c'était juste une révision un petit peu globale, c'était pas ciblé à la douleur" EF" il m'a aussi traité pour tout le corps, car je pense que tout est lié, donc il y avait aussi cet aspect-là, pour moi qui était important »	
				Prévention des douleurs	Oui	A anticipé les douleurs en consultant l'ostéopathe	E3" Pour bien appréhender ça je préfère y retourner" E4" Ben moi j'ai voulu anticiper en fait, en prenant rendez-vous chez l'ostéopathe"

Annexe n°8 : Talon sociologique (1/2)

Caractéristiques Entretien	Recrutement	Age	IMC habituel	Nombre G/P	Termes**	suivi grossesse	Emploi Niveau étude	statut marital	Habitat	sédentarité	stress au travail	Antécédents lombalgies	A déjà consulté un ostéopathe
Entretien 1	Ostéopathe D.O	32 ans	23.5	G1P0	7* mois	Gynéco obstétricien ambulatoire Suivi PMA	Analyste financière Bac +5	Marlée	Rural	Non	Oui	Non	Oui
Entretien 2	Ostéopathe D.O	39 ans	23	G1P0	8* mois	Gynéco obstétricien Clinique	Linguiste Bac + 5	Célibataire	Urbain	Non	Non	Oui	Oui
Entretien 3	Ostéopathe D.O	30 ans	19.8	G1P0	5* mois	Sage-femme	Fleuriste Bac +2	Marlée	Urbain	Non	Non	Oui	Oui
Entretien 4	Kinésithérapeu te ostéopathe	34 ans	22.4	G3P2	6.5 mois	Sage-femme	Infirmière Bac +3	En couple	Urbain	Non	Non	Oui	Oui
Entretien 5	Sage-femme	34 ans	20.2	G1P0	7* mois	Gynéco obstétricien Clinique Sage-femme	Agent administrati f Bac +3	En couple	Urbain	Oui	Oui	Non	Non
Entretien 7	Sage-femme	38 ans	24.2	G2P1	5* mois	Gynéco obstétricien Ambulatoire Sage-femme	Assistante sociale Bac +2	En couple	Rural	Non	Non	Oui	Oui

Talon sociologique (2/2)

Caractéristiques Entretiens	Recrutement	Age	IMC habituel	Nombre GIP	Terme**	Suivi grossesse	Emploi Niveau étude	statut marital	Habitat	sédenarité	stress au travail	Antécédents lombalgie	A déjà consulté un ostéopathe
Entretien A	Ostéopathe D.O	36 ans	22	G3P2	7* mois	Gynéco obstétricien Ambulatoire Suivi PMA	Assistante dentaire Bac	Marlée	Rural	Non	Oui	Oui	Oui
Entretien B	Ostéopathe D.O	33 ans	30	G3P2	9* mois	Gynéco obstétricien Clinique	Ressources humaines Bac +5	Marlée	Rural	Non	Non	Oui	Oui
Entretien C	Sage-femme	29 ans	20.8	G1P0	4* mois	Gynéco obstétrique Clinique	Agent administratif Bac +3	Passée	Urbain	Non	Non	Oui	Oui
Entretien D	Sage-femme	23 ans	21.6	G1P0	3.5* mois	Gynéco obstétricien Hôpital	Comptable Bac	En couple	Urbain	Oui	Oui	Oui	Oui
Entretien E	Ostéopathe D.O	33 ans	21	G1P0	8* mois	Gynéco obstétricien Clinique	Animatrice Bac+ 3	Marlée	Urbain	Non	Non	Non	Non
Entretien F	Médecin généraliste	29 ans	23.8	G2P1	7mois	Gynéco obstétricien Clinique Sage-femme	Directrice adjoite centre loisirs Bac	En couple	Rural	Oui	Oui	Oui	Oui

Annexe n°9: Extrait du guide INPES: recommandations adressées aux professionnels de santé pour la prise en charge des « petits maux de grossesse », mai 2010

Ce que le professionnel peut faire

La démarche éducative peut porter sur :

- la possibilité pour les femmes de pouvoir exprimer leurs ressentis ;
- le choix d'une thérapeutique pour remédier/soulager ces troubles ;
- le changement d'habitudes de vie (notamment alimentaires).

Voici des exemples de propos autour de **la prise en compte des « petits maux » et sur les moyens de les soulager.**

Axes d'intervention possibles

Exemples

<p>Favoriser l'expression/ proposer une écoute</p>	<p>Encourager la femme à évoquer ses troubles, la façon dont elle les vit. <i>Depuis que vous êtes enceinte, comment vous sentez-vous ? Souffrez-vous de troubles particuliers ? Comment cela se manifeste-t-il ? À quelles occasions ? À quoi sont-ils dus selon vous ?</i></p> <p>Repérer d'éventuelles craintes pour la santé de l'enfant.</p>
<p>Aborder/évaluer une situation</p>	<p>Repérer les éventuelles conséquences de ces troubles sur la vie quotidienne de la femme et de son entourage. <i>Quels sont les retentissements de ces troubles sur votre vie de tous les jours ? En quoi cela vous gêne-t-il ? Comment votre entourage le vit-il ?</i></p> <p>Repérer les éventuelles conséquences de ces troubles sur la construction du lien mère-enfant. <i>Certaines femmes sont parfois en colère contre leur bébé et le tiennent pour responsable de tout ça. Est-ce quelque chose qu'il vous arrive de penser ?</i></p>
<p>Informier/expliciter</p>	<p>Expliquer que les « petits maux » de la grossesse sont des manifestations fréquentes et normales, qu'ils ne sont dangereux ni pour la mère ni pour le bébé.</p> <p>Informier sur les causes possibles mais aussi sur le fait que la médecine n'explique pas tout et a ses limites.</p> <p>Informier sur les solutions qui ont prouvé leur efficacité.</p> <p>Informier sur les dangers de l'automédication et notamment sur l'usage des AINS.</p>
<p>Accompagner la réflexion</p>	<p>Encourager la réflexion sur le choix d'une « thérapeutique » (mesures hygiéno-diététiques, médicaments, acupuncture, etc.), en fonction du vécu de la femme et de ses expériences.</p> <p>Identifier les difficultés et les échecs éventuellement rencontrés dans la mise en œuvre de recommandations ou de solutions plus personnelles. <i>Qu'avez-vous déjà tenté pour atténuer vos nausées ? Qu'est-ce qui marche ? Qu'est-ce qui ne marche pas ?</i></p> <p>Aider à trouver des solutions. Mettre en place un « plan d'action ». <i>Je conseille souvent à mes patientes qui souffrent de remontées acides de ne pas s'allonger après les repas. Avez-vous déjà essayé ? Qu'en pensez-vous ?</i></p> <p>Encourager la réflexion sur l'aide que peut apporter l'entourage. <i>Comment pensez-vous que votre entourage peut vous aider à soulager certains de ces maux ? Que fait déjà votre conjoint ? Qu'aimeriez-vous qu'il fasse d'autre ?</i></p>
<p>S'engager</p>	<p>Ne pas sous-estimer la portée psychologique de ces maux (nécessité pour la femme de sentir que ses plaintes sont prises en compte, écoute très importante). <i>Les patientes n'osent pas toujours me dire à quel point elles sont gênées par ces manifestations. Voulez-vous que nous prenions un peu de temps pour en parler ?</i></p>
<p>Faire le lien avec les autres acteurs (professionnels, entourage)</p>	<p>Encourager la participation de l'entourage.</p> <p>Au besoin, orienter vers un spécialiste : acupuncteur pour les nausées, kinésithérapeute pour les maux de dos, etc.</p>

ERRATA

Trois erreurs se sont glissées dans la bibliographie de notre thèse intitulée « Pourquoi les femmes enceintes lombalgiques en fin de grossesse ont-elles recours à l'ostéopathie ? ». Veuillez trouver les corrections ci-après avec nos sincères excuses.

p.4 : « Pourtant, seulement 30% des femmes enceintes s'en plaignent auprès de leur médecin » au lieu de *la référence (7)* : Mogren IM, Pohjanen AI. Low back pain and pelvic pain during pregnancy: prevalence and risk factors. Spine. 2005 Apr 15;30(8):983–91, lire **la référence (3)** : Wang S-M, Dezinno P, Maranets I, Berman MR, Caldwell-Andrews AA, Kain ZN. Low back pain during pregnancy: prevalence, risk factors, and outcomes. Obstet Gynecol. 2004 Jul;104 (1):65–70.

p.40 : « En effet, dans une étude, 74.5 % de femmes déclarent ne pas vouloir accepter de médicaments durant leur grossesse pour leurs douleurs lombopelviennes », au lieu de *la référence (3)* : Wang S-M, Dezinno P, Maranets I, Berman MR, Caldwell-Andrews AA, Kain ZN. Low back pain during pregnancy: prevalence, risk factors, and outcomes. Obstet Gynecol. 2004 Jul;104 (1):65–70, lire **la référence (27)** : Wang S-M, Dezinno P, Fermo L, William K, Caldwell-Andrews AA, Bravemen F, et al. Complementary and alternative medicine for low-back pain in pregnancy: a cross-sectional survey. J Altern Complement Med. 2005 Jun;11(3):459–64.

p.41 : Les recommandations à l'attention des ostéopathes pour la prise en charge des femmes enceintes sont données bien sûr par le référentiel de la **Société Française de Médecine Manuelle et Orthopédique (SOFMMO)** et non la Société Française de Médecine Obstétrique. La référence (13) est correcte.

Diana Manikam et Marine Mauduit.

Title: Why do women with low back pain in late pregnancy use osteopathy? A qualitative research in Haute Garonne, South of France, between November 2013 and December 2014.

Context: Women often use alternative medicine which includes osteopathy to alleviate pregnancy related symptoms such as low back pain.

Objectives: To determine the reason for women to use osteopathy for low back pain in late pregnancy through their experiences and to analyse their expectations about healthcare providers.

Methods: Qualitative research with semi structured interviews and thematic analysis of twelve pregnant women with low back pain in their second or third trimester between November 2013 and December 2014 in Haute Garonne, France.

Results and discussion: Four main themes emerge: initial management strategies for low back pain during pregnancy, the use of osteopathy and their experiences for low back pain, the role of health professional on pregnant women's low back pain management and their expectations. The data saturation was reached on the tenth interview. Osteopathy is considered as harmless and seen as a support of medical care. According to women expectations, this alternative method allows a global management, fast and reachable. One other reason for the use of osteopathy was also the lack of involvement of health professionals in the management of low back pain during pregnancy and the predominant influence of the media and relatives on women. However, they want also strong medical support for low back pain management. They are looking for better listening, more availability and even coordination between health professionals for more comprehensive care.

Conclusion: The gathering and analysis of the views of patients conducted as part of this research will enable health professionals to better understand osteopathy and to consider it as part of their therapeutic arsenal in low back pain during pregnancy.

Keywords: Low back pain, pregnancy, osteopathy, complementary alternative medicine.

Titre: Pourquoi les femmes enceintes lombalgiques en fin de grossesse ont-elles recours à l'ostéopathie ? Etude qualitative en Haute Garonne, au sud de la France réalisé entre novembre 2013 et décembre 2014.

Contexte : Les femmes ont souvent recours aux médecines alternatives dont fait partie l'ostéopathie pour soulager leurs petits maux de grossesse tels que leurs douleurs lombaires.

Objectifs : Déterminer les raisons du recours à l'ostéopathie pour les femmes enceintes lombalgiques à travers le vécu de cette prise en charge et analyser leurs attentes concernant les professionnels de santé au sein de leur parcours de soins.

Méthodes : En Haute-Garonne (France), douze femmes enceintes lombalgiques au deuxième ou troisième trimestre de grossesse, ont été interrogées lors d'entretiens semi-dirigés entre le mois de novembre 2013 et le mois de décembre 2014 dans une étude qualitative. Une analyse thématique des données a été réalisée.

Résultats et discussion : Quatre principaux thèmes ont émergé : le vécu des lombalgies et les stratégies initiales de prise en charge, le recours à l'ostéopathie et son vécu pour les douleurs lombaires, le rôle des professionnels de santé dans cette prise en charge ainsi que les attentes des femmes vis-à-vis du corps médical. La saturation des données a été atteinte au dixième entretien. L'ostéopathie est considérée comme inoffensive et est vue comme un soutien à la prise en charge médicale. Répondant aux attentes de ces femmes, cette méthode alternative permet une prise en charge globale, rapide et accessible. Une autre raison du recours à l'ostéopathie est aussi le manque d'implication des professionnels de santé dans la prise en charge des lombalgies de grossesse et l'influence prédominante des médias et de leur entourage. Néanmoins, elles ont également une attente forte d'accompagnement par le corps médical. Elles recherchent une meilleure écoute, une meilleure disponibilité ainsi qu'une meilleure coordination entre les professionnels de santé pour une prise en charge plus globale.

Conclusion : Par le recueil et l'analyse du point de vue des patientes, ce travail de recherche pourra permettre aux professionnels de santé de mieux appréhender l'ostéopathie et de la prendre en compte comme faisant partie de leur arsenal thérapeutique dans les douleurs lombaires durant la grossesse.

Mots clés : Douleurs lombo-pelvienne, grossesse, ostéopathie, médecine alternative.