

**OSTÉOPATHIE ET LOMBALGIE DU POST-PARTUM : EFFICACITÉ  
ET INCIDENCE SUR LA DURABILITÉ DU SOIN SELON LA DATE DE  
PRISE EN CHARGE.**

**ZOZOR Grégory**

**PROMOTION 10  
ANNÉE 2018-2019**

<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>4</b>
<b>ABRÉVIATIONS</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>6</b>
<b>1. DE LA GROSSESSE AU POST-PARTUM</b>	<b>8</b>
1.1. La grossesse et ses changements physio-biologiques généraux.	8
1.2. Le Post-Partum.	10
1.2.1. Définition du Post-Partum.	10
1.2.2. L'évolution rétrograde en Post-Partum.	10
1.2.3. Les complications du post-partum.	10
<b>2. LA LOMBALGIE EN POST-PARTUM : PRÉSENTATION ET STRUCTURE ANATOMIQUE.</b>	<b>15</b>
2.1. Définition.	15
2.2. Anatomie et physiologie en lien avec la lombalgie en Post-Partum.	15
2.2.1. Le Pelvis Féminin.	15
2.2.1.1. Le cadre osseux et articulaire.	16
2.2.1.2. Le cadre viscéral.	17
2.2.2. Le bassin obstétrical.	17
2.2.2.1. Le détroit supérieur.	18
2.2.2.2. L'excavation pelvienne ou détroit moyen.	18
2.2.2.3. Le détroit inférieur.	18
2.2.3. Le périnée et le diaphragme pelvien.	18
<b>3. L'INCIDENCE DE L'ACCOUCHEMENT SUR LE RACHIS LOMBAIRE.</b>	<b>20</b>
3.1. Les différents types d'accouchement.	20
3.1.1. L'accouchement par voie basse.	20
3.1.1.1. Les étapes de l'accouchement.	20
3.1.1.2. La biomécanique de l'accouchement par voie basse.	21
3.1.2. L'accouchement par césarienne.	22
3.1.3. La péridurale et la rachis-anesthésie.	22
3.2. Les différentes prises en charge possibles pour soulager la douleur en post-partum.	23
3.2.1. La prise en charge médicamenteuse.	23
3.2.2. La prise en charge non médicamenteuse.	24
<b>4. PRÉSENTATION DU MODÈLE OSTÉOPATHIQUE ET APPLICATION DANS LE POST-PARTUM.</b>	<b>27</b>
4.1. La recherche de la lésion.	27
4.1.1. Définition de la lésion.	27
4.1.2. Investigation de la LTR.	28
4.1.3. Les variables du tissu conjonctif.	28
4.2. Application du modèle ostéopathique structurel dans le cadre du post-partum.	28
4.2.1. L'acte ostéopathique structurel.	28
4.2.2. Protocole d'investigation basé sur le MFOS dans le cadre du post-partum chez la femme lombalgique.	28
4.2.2.1. Variable de régulation mécanique.	29
4.2.2.2. Variable de régulation neurologique.	29
4.2.2.3. Variable de régulation vasculaire.	30
<b>5. HYPOTHÈSE</b>	<b>32</b>
<b>6. PRÉSENTATION DU PROTOCOLE DE RECHERCHE : MÉTHODE ET MATÉRIEL UTILISÉ.</b>	<b>33</b>
6.1. Méthode.	33
6.1.1. Panel et Contexte.	33
6.1.1.1. Panel.	33
6.1.1.2. Répartition de la population.	33
6.1.2. Contexte.	34
6.1.3. Critères d'inclusion.	34
6.1.4. Critères d'exclusion.	34

6.2.	Matériel.	35
6.2.1.	La lettre d'information éclairée au patient (Annexe 3).	35
6.2.2.	Le formulaire de consentement éclairé au patient (Annexe 4).	35
6.2.3.	Le Questionnaire Oswestry (Annexe 5).	35
6.2.4.	La Fiche Clinique (Annexe 6).	36
6.2.5.	L'Échelle Visuelle Analogique.	36
6.3.	Protocole.	37
<b>7.</b>	<b>PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE.</b>	<b>38</b>
7.1.	Présentation des participantes.	38
7.2.	Tests statistiques utilisés.	38
7.3.	Comparaison entre les groupes.	39
7.4.	Résultats et analyse du questionnaire.	41
7.5.	Synthèse des résultats de l'enquête.	48
<b>8.</b>	<b>DISCUSSION</b>	<b>49</b>
8.1.	Points forts et limites de l'enquête.	49
8.1.1.	Protocole.	49
8.1.2.	Prise en charge et durée du suivi.	49
8.1.3.	Questionnaire.	50
8.1.4.	La gratuité du soin.	50
8.1.5.	Les expérimentateurs.	50
8.1.6.	Population.	51
8.1.7.	Prise en charge pluriprofessionnelle de la douleur.	51
8.2.	Apport de l'étude.	51
	<b>CONCLUSION</b>	<b>53</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>54</b>
	<b>ANNEXES</b>	<b>63</b>
	Annexe 1 : Le cadre viscéral.	63
	Annexe 2 : Détails anatomiques du périnée et du Diaphragme pelvien.	65
	Annexe 3 : La lettre éclairée au patient.	67
	Annexe 4 : Le formulaire de consentement éclairé au patient.	69
	Annexe 5 : Le Questionnaire Oswestry.	70
	Annexe 6 : La Fiche Clinique Ostéopathique.	74
	Annexe 7 : Moyenne des résultats des scores ODI pour G1o et G2o, à J0, J+2 et J+15.	76
	Annexe 8 : Moyenne des résultats des scores ODI pour G1t et G2t, à J0, J+2 et J+15.	77
	<b>RÉSUMÉ / ABSTRACT</b>	<b>78</b>

## REMERCIEMENTS

À **Hélène DUVAL**, qui a accepté de diriger ce travail. Tu as su me dire « non » et me recadrer quand il le fallait afin de me pousser dans mes retranchements et donner le meilleur de moi-même.

À **Carole-Anne TARRIEU**. « Nous ne rencontrons personne par hasard », tu fais partie de celles qui restent.

À **Faustine GONENC**, ma « Gregory's Angel », ma relectrice. Tu m'as soutenu et encouragé de près comme de loin.

À **Marion GUÉRIN**, collègue et amie, qui, avec un seul mot, a changé le destin de ce mémoire.

À **Erwan LE GARGASSON**, ami de pâtisserie. Tu as partagé tes connaissances, qui ont fortement contribué et influencé ce travail.

À **Bruno DILOLOT**, mon mentor, qui m'a donné l'envie d'intégrer l'IFSOR et a vu grandir Gregory ZOZOR.

À **François DELOGE**, mon compagnon de vol AIR CARAÏBES et acolyte « I Rhum Man ». Tu as su me soutenir et me conseiller dans l'aventure « Martinique » et tout au long de notre cursus.

À **Gilles TOULLELAN & Christelle RUELLO**, pour votre soutien pendant la conception estivale de ce mémoire.

À **Nicolas CAZOULAT & Florian SEIGNARD**, amis de chambrée et de rhumerie, vous m'avez beaucoup aidé lorsque j'étais handicapé en 2<sup>ème</sup> année.

À **Nolwenn LECALVEZ**, ma grande amie avec qui tout a commencé. De GEPRO à l'IFSOR, de Paris à Rennes.

À toute ma promotion, **l'INCROYABLE PX**. Il n'y a pas de mots. Nous avons vécu une expérience indescriptible et tissé des liens que nous seuls pouvons comprendre.

Et enfin à ma famille, **Nelly (la Matriarche), Annie & Maryse SAINT-AIMÉ, Pascale, Philippe & Franck ZOZOR**. Un vrai label de qualité. **Pascale**, merci pour cette relecture et correction in-extremis. À chaque fois que je fais un mémoire, tu me sauves.

# ABRÉVIATIONS

**HAS** : Haute Autorité de Santé.

**CSP** : Code de la Santé Publique.

**IFSOR** : Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes.

**CNRTL** : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales.

**HCG** : Hormone Chorionique Gonadotrope Humaine.

**CNGOF** : Collège National des Gynécologues et des Obstétriciens Français.

**INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

**MFOS** : Modèle Fondamental de l'Ostéopathie Structurale.

**LTs** : Lésions Tissulaires.

**LTIs** : Lésions Tissulaires Irréversibles.

**LTRs** : Lésions Tissulaires Réversibles.

**DVTM** : Dynamisation Vasculo Tissulaire Manuelle.

**ODI** : Oswestry Disability Index.

**EVA** : Échelle Visuelle Analogique.

**NFCP** : Noyau Fibreux Central du Périnée.

## INTRODUCTION

Dans le processus de procréation, le corps de la femme s'organise autour de l'utérus pendant neuf mois.

L'accouchement qui marque l'aboutissement de la grossesse, au-delà des désordres et des lésions qu'il peut provoquer, intervient comme une véritable tornade, en venant bouleverser et désorganiser toutes ces adaptations progressives.<sup>1</sup>

Le corps débute alors une phase de reconstruction, d'adaptation et de réorganisation majeure : **le Post-Partum**.

Au même moment, les femmes doivent s'approprier leur nouveau rôle de mère et se consacrent bien souvent essentiellement à leur nouveau-né. Elles font preuve d'une « *forte malléabilité psychique, source de vulnérabilité et en même temps de grandes capacités d'adaptation*<sup>2</sup> », ce qui leur permet d'assumer leur fatigue physique et psychique, leur stress et leur anxiété, tout en gérant les maux qui y sont possiblement associés.

Afin de mieux accompagner les femmes durant cette période essentielle, le système de santé français a mis en place des recommandations concernant le suivi des mères, en post-partum. Celles-ci sont basées sur les conseils de la Haute Autorité de Santé (HAS), qui recommanderait cette visite entre la sixième et huitième semaine du post-partum, et sont légiférées par l'article R- 2122-3 du Code de la Santé Publique (CSP)<sup>3</sup>.

La consultation post-natale médicale comprend un examen gynécologique obligatoire qui doit être effectué, dans les huit premières semaines du post-partum. Elle s'effectue par un médecin, ou une sage-femme dans le cas d'une grossesse et d'un accouchement sans complications.<sup>4</sup>

À cette occasion, la femme est considérée de façon individuelle et dans sa globalité.

L'objectif de cette visite est l'évaluation et le recensement d'éventuelles complications psychophysiques de la mère, telles que les douleurs lombaires, ce qui permettra la mise en place d'un suivi pluridisciplinaire.<sup>5 6</sup>

Bien que ce système permette de garantir un suivi pour les femmes en post-partum, nous constatons que dans la pratique, la prise en charge des douleurs maternelles ostéo-articulaires est insuffisante et tardive dans la majorité des cas<sup>7</sup>.

---

<sup>1</sup>DE GASQUET, Bernadette. *Périnée arrêtons le massacre!*, Éditions : Marabout, (2011), p 11.

<sup>2</sup>MAURY, M. *Développement affectif du nourrisson. L'installation précoce de la relation mère-enfant et son importance*. 1ere partie : Modules transdisciplinaires – module 3 : Maturation et vulnérabilité – objectif 32 (b), (2008), p 48.

<sup>3</sup>Légifrance, *Le service public de la diffusion du droit [En ligne]*. (Dernière mise à jour : le 2 novembre 2018) Disponible sur : < <https://www.legifrance.gouv.fr> > (Consulté le 29/06/2019).

<sup>4</sup>Article L4151-1 du Code de la santé publique. Légifrance, *Le service public de la diffusion du droit [en ligne]*. (Dernière mise à jour : le 2 novembre 2018) Disponible sur : < <https://www.legifrance.gouv.fr> > (Consulté le 29/06/2019).

<sup>5</sup>*Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés*. Méthodes Recommandations pour la pratique clinique. HAS. (Mars 2014). [Document non publié] p14.

<sup>6</sup>SZERMENT, Joy. *Prise en charge de la consultation post-natale par les médecins généralistes de Normandie*. [En ligne] Thèse de doctorat en médecine. Rouen : Faculté de Médecine de Rouen, 2018, p20. Format PDF. Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01920899/document>.

<sup>7</sup>DEWEZ, Ambre. *Prise en charge de la douleur maternelle dans le post-partum : Évaluation des pratiques professionnelles au sein du Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble*. [En ligne] Mémoire pour l'obtention du

Pourtant, nous savons que depuis 1998, la douleur, qui se définit comme étant « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes* »<sup>8</sup>, est considérée comme « *une priorité de santé publique* »<sup>9</sup>.

Plusieurs interrogations émergent : Que se passe-t-il durant ces 6-8 semaines pour ces femmes ? Prenons-nous suffisamment en compte les douleurs maternelles courantes en post-partum ? Comment pouvons-nous intervenir de manière à améliorer leur quotidien durant cette période ?

Pour répondre à ce questionnement, l'acquisition de connaissances, de techniques spécifiques et de stratégies thérapeutiques complémentaires m'est apparue indispensable.

Il m'a paru évident de m'orienter vers l'ostéopathie qui apporte une vision globale<sup>10</sup> en cherchant à retrouver un équilibre physiologique. C'est une des raisons pour lesquelles j'ai intégré l'Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes (IFSOR).

L'ostéopathie, médecine complémentaire de première intention<sup>11</sup>, me donne enfin les outils et la possibilité d'agir précocement auprès de ces femmes, c'est-à-dire sans attendre la visite post-natale.

Dans le cadre de cette étude, nous nous concentrerons sur les lombalgies en post-partum considérées comme « les petits maux » faisant suite à la grossesse<sup>12</sup>. Notre objectif sera de démontrer l'amélioration possible du quotidien de ces jeunes mères en agissant sur leurs douleurs lombaires, dans les quinze jours après l'accouchement.

Ainsi, dans un premier temps, nous aborderons le post-partum et les structures anatomiques impliquées.

Dans un second temps nous présenterons les conséquences de l'accouchement sur le rachis lombaire.

Une fois le cadre théorique posé, nous évoquerons les points clés du Modèle Fondamental Ostéopathique de Rennes et son lien avec notre recherche, avant de poursuivre par la présentation de l'hypothèse, des objectifs, du protocole et de la méthode de l'enquête.

Enfin, une fois l'analyse des résultats effectuée, nous concluons nos propos par une discussion introspective et objective du sujet.

---

Diplôme d'État de Sage-Femme. Grenoble : Université Grenoble-Alpes, 2018, p6. Format PDF. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01878907/document>.

<sup>8</sup>Définition tirée de l'Association Internationale pour l'Étude de la Douleur (IASP). Site Internet : Untitled – International Association for the Study of Pain. *Aborder ensemble la problématique de la douleur*. BELGIAN PAIN SOCIETY [En ligne], page 5. Disponible sur : [https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/NavigationMenu/Advocacy/InternationalPainSummit/Belgium\\_AddressingTheProblemOfPain.pdf](https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/NavigationMenu/Advocacy/InternationalPainSummit/Belgium_AddressingTheProblemOfPain.pdf). (Consulté le 02/03/2019).

<sup>9</sup>CIRCULAIRE N°DHOS/E2/2002/266 du 30 avril 2002. *Circulaire du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé*. [En ligne] Format PDF. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire\\_266\\_300402.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_266_300402.pdf). (Consulté le 03/05/2019).

<sup>10</sup>FERRU, Bernard. *Ostéopathie Accouchement & Post-Partum*. Tita Editions, (2017), avant-propos.

<sup>11</sup>World Health Organization. *Benchmarks for training in traditional / complementary and alternative medicine: Benchmarks for training osteopathy*. 2010 [Document non publié]. Format PDF. Disponible sur : <https://www.who.int/medicines/areas/traditional/BenchmarksforTrainingOsteopathy.pdf?ua=1>. (Consulté le 12/03/2019).

<sup>12</sup>BATONAT, Maryse. *Petits maux de la grossesse : Étude de la lombalgie*. [En ligne] Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme. Paris : Université Paris Descartes, 2010, pages. Format PDF. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00558463/document>.

## 1. DE LA GROSSESSE AU POST-PARTUM

La grossesse et le post-partum sont deux périodes qu'on ne peut dissocier. Il est important de comprendre les changements qu'implique la grossesse pour arriver jusqu'au post-partum et à ses conséquences physiopathologiques.

Dans le cadre de ce travail de recherche, nous commencerons par soulever certains points essentiels de la grossesse qui permettront de mieux comprendre notre sujet.

### 1.1. La grossesse et ses changements physio-biologiques généraux.<sup>13</sup>

La grossesse est une phase d'anabolisme, de construction et de stockage, où l'organisme met en place des adaptations progressives afin de préparer au mieux le corps de la maman à l'arrivée du bébé<sup>14</sup>.

On note une grande inter complémentarité entre les modifications biologiques et organiques qui interviennent durant la grossesse. En effet, ces changements évoluent avec l'avancement de cette dernière mais aussi grâce à l'imbibition tissulaire<sup>15</sup> et organique des différentes hormones sécrétées durant cette période.

Durant les neuf mois de préparation, l'organisme va se développer et se réorganiser sur le plan structurel autour de l'utérus gravide. Du fait du poids croissant de ce dernier en avant, une relocalisation du centre de gravité s'opère, modifiant la posture de la parturiente.

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), l'utérus gravide<sup>16</sup> se définit par « *un utérus dans lequel se développe un embryon ou un fœtus.* » L'utérus, au fur et à mesure de la croissance fœtale, va s'étendre et s'élargir.

---

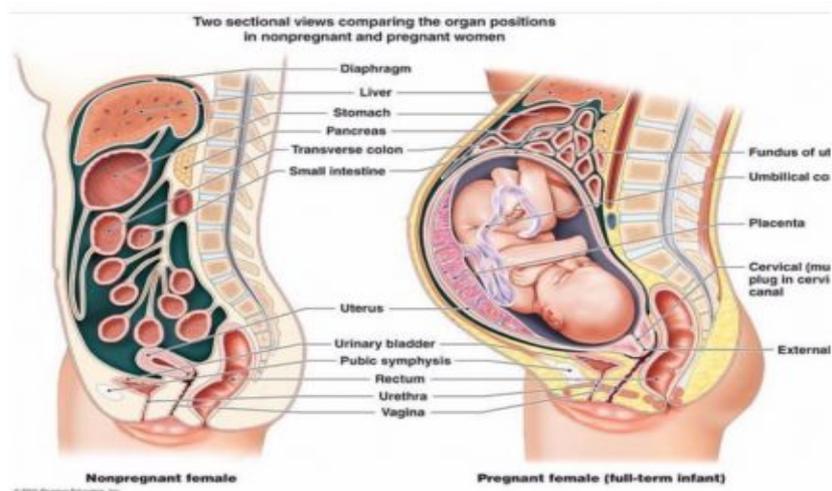
<sup>13</sup>ANCEL, Émilie. *Traitement des douleurs osseuses, musculaires et ligamentaires dans le post-partum.* [En ligne] Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme. Nancy : Université Nancy I, 2018, 69 pages. Format PDF. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01890803/document>.

<sup>14</sup>Support de cours. *Accouchement, délivrance et suites de couches normales* (2010-2011). Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Université Médicale Virtuelle Francophone. [Document non publié] (Consulté le 30/03/2019).

<sup>15</sup>Imbibition latin imbibitio – Encyclopédie Larousse en ligne. *Définition Imbibition* : L'imbibition est un phénomène de pénétration d'un liquide dans une matière solide, poreuse ou pulvérulente, dû à la capillarité. [En ligne] Disponible sur : <https://larousse.fr/encyclopedie/divers/imbibition/59940>. (Consulté le 14/03/2019).

<sup>16</sup>GRAVIDE : Définition de GRAVIDE. [En ligne]. (2012). Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/gravide>. (Consulté le 18/03/2019).

**Figure 1 : Coupe sagittale de la réorganisation physiologique durant la grossesse autour de l'utérus gravide.<sup>17</sup>**



Cette nouvelle configuration de l'utérus entraîne des adaptations des organes adjacents. En effet, le diaphragme remonte, les côtes et la vessie descendent, l'estomac se déplace sur les côtés, le foie remonte vers la droite, les intestins remontent, afin de permettre la bonne expansion de l'utérus et donc de la croissance du fœtus<sup>18</sup>.

Parallèlement à ces modifications, l'imbibition hormonale tissulaire s'accompagne d'un relâchement des structures ligamentaires et des tissus conjonctifs musculaires et tendineux par la destruction du collagène.

Différentes hormones : l'œstrogène, la progestérone et l'Hormone Chorionique Gonadotrope Humaine (HCG) sont sécrétées en très grande quantité tout au long de la grossesse et contribuent aux modifications tissulaires et articulaires de l'organisme. La relaxine intervient ensuite pour renforcer plus tard le relâchement tissulaire.

La laxité ligamentaire en lien avec les sécrétions hormonales peut générer des douleurs sur les vertèbres et la symphyse pubienne.

Par ailleurs, la sécrétion importante de progestérone ainsi que l'appui du fœtus sur les intestins peuvent être responsables du ralentissement du transit, ce qui peut favoriser l'apparition d'une constipation fonctionnelle<sup>19</sup>.

La littérature montre de nombreux bouleversements qui ont lieu lors de la grossesse. Mais alors que se passe-t-il après l'accouchement ? Le corps retrouve-t-il son état d'origine et comment ? Quels sont les impacts sur la femme ?

<sup>17</sup>Petits maux de la grossesse. Comment y survivre ? [En ligne]. (Dernière mise à jour le 17 juillet 2017) Disponible sur : <http://www.mon-gyneco.com/les-petits-maux-de-la-grossesse.html>. (Consulté le 12/01/2019).

<sup>18</sup>Support de cours. *L'utérus gravide*. (2011). Comité Éditorial Pédagogique de l'Université Médicale Virtuelle Francophone. [Document non publié]. (Consulté le 24/03/2019).

<sup>19</sup>Support de cours. *Modification physiologique de la grossesse*. (2011). Comité Éditorial Pédagogique de l'Université Médicale Virtuelle Francophone. 36 pages. [Document non publié]. (Consulté le 15/03/2019).

## 1.2. Le Post-Partum.

Nous allons nous intéresser plus spécifiquement à cette période pour en comprendre les différents enjeux.

### 1.2.1. Définition du Post-Partum.

Le post-partum correspond à la période qui débute environ deux heures après l'accouchement et qui se termine en moyenne six semaines après. La fin du post-partum est généralement marquée par le retour des règles pour les femmes non allaitantes.<sup>20</sup> En cas d'allaitement, le retour de couches est souvent plus tardif, mais peut avoir lieu avant ou après l'arrêt de l'allaitement. En effet, la durée de l'aménorrhée dépend de la diminution du taux de prolactinémie de la mère.<sup>21</sup>

C'est aussi la période de la mise en place facultative de l'allaitement mais également de la chute brutale des hormones de grossesse.

Le post-partum correspond à une phase de catabolisme pour la mère, qui doit éliminer tout ce qui a été fabriqué et stocké durant la grossesse, mais aussi à une phase d'adaptation et de reconstruction de l'organisme, traumatisé par l'accouchement.

### 1.2.2. L'évolution rétrograde en Post-Partum.

Durant cette période, les modifications physiologiques générées par la grossesse reviennent à la normale. En effet, juste après la naissance du bébé et durant les quinze premiers jours, l'utérus involue rapidement. Passé ce délai, le retour à la normale de l'utérus se fait de manière plus progressive jusqu'à retrouver sa taille initiale de pré-grossesse au bout de deux mois<sup>22</sup>.

Le périnée va récupérer sa tonicité progressivement en fonction de l'accouchement et des potentielles lésions associées, mais va nécessiter une rééducation afin de consolider sa récupération<sup>23</sup>.

### 1.2.3. Les complications du post-partum.

Outre l'aspect physiologique qui est déjà un élément éprouvant pour la femme, l'accouchement correspond à un véritable bouleversement tant sur le plan physique que psychologique.

Souvent durant la période du post-partum, peuvent apparaître des complications qui nécessitent un accompagnement dans la réharmonisation et la reconstruction de l'organisme.

Nous présenterons ci-après les complications les plus courantes survenant en post-partum.

- Les troubles sphinctériens :

Les troubles sphinctériens regroupent à la fois l'incontinence urinaire et anale. Il est fréquent que la grossesse et l'accouchement essentiellement par voie basse entraînent des

---

<sup>20</sup>Support de cours. *Les suites de couches physiologiques*. (2011). Comité Éditorial Pédagogique de l'Université Médicale Virtuelle Francophone. [Document non publié]. (Consulté le 18/03/2019).

<sup>21</sup>FERRU, Bernard. *Ostéopathie Accouchement & Post-Partum*. Tita Editions, (2017), pages 174-186.

<sup>22</sup>FERRU, Bernard. *Ostéopathie Accouchement & Post-Partum*. Tita Editions, (2017), p172.

<sup>23</sup>FERRU, Bernard. *Ostéopathie Accouchement & Post-Partum*. Tita Editions, (2017), p172-173.

incontinences sphinctériennes, conséquences des lésions et distensions ligamentaires consécutives à l'accouchement<sup>24</sup>.

Selon l'International Continence Society, « *L'incontinence urinaire d'effort se définit comme la survenue de fuites involontaires d'urine, objectivement démontrables, responsables d'un problème hygiénique ou social.*<sup>25</sup> »

Dans le cadre de l'incontinence urinaire, au moins 30% des femmes enceintes et 20% des femmes ayant accouché, présentent ce type de lésion. Ce trouble entraîne un inconfort dans la vie quotidienne de l'accouchée.<sup>26</sup>

L'incontinence anale est une conséquence directe survenant lors de l'expulsion du bébé durant l'accouchement. En effet, elle est due aux dommages tissulaires provoqués par l'altération ou la déchirure du sphincter anal mais aussi aux lésions nerveuses relatives à l'étirement du nerf pudendal. Sa prévalence est en post-partum à 6 semaines, de 13% chez les primipares et de 23% chez les multipares.<sup>27</sup>

- La constipation :

Selon la Fédération Bruxelloise Pluraliste de Soins Palliatifs et Continus, la constipation se caractérise par « *l'émission peu fréquente de selles dures, en faible quantité, et par une exonération difficile ou une sensation de vidange incomplète. Elle traduit un changement des habitudes défécatoires du patient.* »<sup>28</sup> Néanmoins, on parle en général de moins de trois selles par semaine, sans pathologies associées.

La constipation est un trouble qui apparaît généralement en post-partum suite, d'une part à l'atonie des intestins qui, toujours sous influence de la progestérone, perturbent le péristaltisme intestinal. D'autre part, les lésions périnéales, le relâchement musculaire abdominal et les éventuelles cicatrices (épisiotomie ou cicatrice de césarienne), peuvent également entraîner une faiblesse musculaire ainsi qu'une crainte chez l'accouchée, pouvant provoquer une constipation fonctionnelle.<sup>29</sup>

- Les neuropathies d'étirement<sup>30</sup> :

Classiquement, l'accouchement peut entraîner des lésions de l'innervation du diaphragme pelvien et du périnée, réalisant alors une neuropathie d'étirement. Il est important de noter que le nerf rectal inférieur et le nerf périnéal sont les deux branches postérieures du nerf pudendal qui subissent le plus grand étirement lors de l'accouchement.<sup>31</sup>

---

<sup>24</sup>Support de cours. Dépistage et prévention des troubles périnéo-sphinctériens. (2011) Comité Éditorial Pédagogique de l'Université Médicale Virtuelle Francophone. [Document non publié]. 27 pages. (Consulté le 17/03/2019).

<sup>25</sup>AUBIN, I. Incontinence urinaire du post-partum : l'évoquer dans la consultation suivant l'accouchement. La Revue Exercer, Mars/ Avril 2006 n°77, p.40-44

<sup>26</sup>DEFFIEUX, X. *Incontinence urinaire et grossesse*. Journal de gynécologie obstétrique et biologique de la reproduction. (2009), EM CONSULT.

<sup>27</sup>FABRES-CLERGUE, C. *Guide pour la pratique des sages-femmes en rééducation pelvi-périnéale*. Commission du périnée du CNSF\_dossier 2014. [En ligne]. Format PDF. Disponible sur : <https://static.cnfs.asso.fr/wp-content/uploads/2018/05/Rééducation-pelvi-périnéale-2014.pdf>. (Consulté le 14/03/2019).

<sup>28</sup>Palliaguide.be : Guidelines de soins palliatifs. [En ligne]. (2017-2019) disponible sur [www.palliaguide.be/constipation-soins-palliatifs/](http://www.palliaguide.be/constipation-soins-palliatifs/) (consulté le 23/03/2019).

<sup>29</sup>FERRU, Bernard. *Ostéopathie Accouchement & Post-Partum*. Tita Editions, (2017), p220.

<sup>30</sup>PUPPO, S. Support de cours. *Mécanismes physiopathologiques des lésions neurologiques pudendales de l'accouchement*. [En ligne] (2018). CHU Nord Marseille. Format PDF, 25 pages, [Document non publié]. Disponible sur : [www.convergencespp.com/wp-content/uploads/2018/06/02-PUPPO.pdf](http://www.convergencespp.com/wp-content/uploads/2018/06/02-PUPPO.pdf) (consulté le 03/04/2019).

<sup>31</sup>WEIDNER, A, C et al. Neuropathic injury to the levator ani occurs in one in four primiparous women. [En ligne] American Journal of Obstetrics & Gynecology, (2006), n°195,1851-6. (Consulté le 23/03/2019)

Une patiente sur quatre ayant accouché par voie vaginale présente une neuropathie périnéale d'étirement même transitoire.

Il existe dans 42% des cas un allongement significatif de la latence terminale du nerf pudendal 48 à 72 heures après un accouchement vaginal qui n'est plus retrouvé deux mois après l'accouchement.

Cette complication est causée à la fois par la compression et l'étirement du nerf durant l'accouchement. Le plus souvent ce problème est réversible après huit à douze semaines en post-partum.

- Le prolapsus génital :

Le prolapsus génital se caractérise par « *le glissement vers le bas, transitoire ou permanent, d'un ou plusieurs organes présents dans le bassin de la femme (la vessie, l'utérus, le rectum).* »<sup>32</sup>

Il intervient en post-partum lorsque le plancher pelvien et les ligaments associés sont lésés ou affaiblis et qu'ils ne peuvent plus assurer leur fonction de soutien de manière efficace.<sup>33</sup>

- Les douleurs périnéales et troubles génito-sexuels<sup>34</sup>:

Les troubles génito-sexuels sont étroitement liés aux cicatrices d'épisiotomie, de césarienne, qui peuvent entraîner des dyspareunies, ainsi qu'à la fatigue fréquente en post-partum.

Selon l'étude de Denise Medico, psychologue et sexologue exerçant en Suisse, environ 30% des femmes se plaignent de dyspareunies à six semaines et 17% à douze semaines post-partum.

La fatigue, l'inconfort physique et la baisse de l'estime de soi qui interviennent souvent durant cette période, favorisent les troubles génito-sexuels. En cas d'allaitement, l'influence hormonale diminue d'autant plus le désir et augmente la sécheresse vaginale.

- Les déséquilibres psychiques du post-partum :

Outre les conséquences physiques et physiologiques, l'accouchement peut également avoir des retombées psychologiques sur les accouchées. En effet, « le baby-blues » et la dépression post-partum sont la résultante d'un ensemble de modifications intrinsèquement liées à l'accouchement comme par exemple la fatigue, la chute brutale des hormones de grossesses (œstrogène et progestérone) et le manque de sommeil.<sup>35</sup>

Cet état de dépression légère se traduit souvent par des changements d'humeur, une hypersensibilité, des pleurs, une anxiété et des troubles de l'appétit et du sommeil qui ont des conséquences sur la vie affective, familiale et sociale.

Selon sa durée, le trouble psychique sera plus ou moins grave. Le « baby-blues » survient généralement à partir du 3<sup>e</sup> jour post-partum et ne dure en général que quelques jours. C'est une affection banale, fréquente, dont la prévalence est estimée de 30 à 75%.<sup>36</sup>

---

<sup>32</sup>Brochure au patient. *Prolapsus génital de la femme : En parler pour mieux le traiter.* [En ligne] (2018). Hôpitaux Universitaires de Genève. Disponible sur <https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/prolapsus.pdf> (Consulté le 04/04/2019).

<sup>33</sup>FERRU, Bernard. *Ostéopathie Accouchement & Post-Partum.* Tita Editions, (2017), p 200 et p 221.

<sup>34</sup>MEDICO, Denise. Support de cours. *Sexualité, grossesse et post-partum.* [En ligne] (2006). Disponible sur [https://www.gfmer.ch/Présentations\\_Fr/Pdf/Sexualité\\_grossesse\\_postpartum.pdf](https://www.gfmer.ch/Présentations_Fr/Pdf/Sexualité_grossesse_postpartum.pdf) (consulté le 15/03/2019).

<sup>35</sup>FERRU, Bernard. *Ostéopathie Accouchement & Post-Partum.* Tita Editions, (2017), p223.

<sup>36</sup>Support de cours. *Complications des suites de couches.* (2014) Comité Éditorial Pédagogique de l'Université Médicale Virtuelle Francophone. [Document non publié]. (Consulté le 19/03/2019).

La dépression du post-partum apparaît plus tardivement (entre le 15<sup>e</sup> jour et 3 mois environ). Elle est assez commune, elle concerne 5 à 10% des mères. Dans les cas les plus graves on parle même de psychose du post-partum qui reste une complication rare (1 à 2 pour 1000).<sup>37</sup>

- Les douleurs pelviennes :

Les douleurs pelviennes comprennent les pubalgies, les douleurs au niveau des sacro-iliaques, du coccyx, de la symphyse pubienne et sont fréquentes en post-partum immédiat. Elles peuvent perdurer dans le temps.

La pubalgie se manifeste par des douleurs de la région inguinale et pubienne, uni ou bilatérales.

La douleur coccygienne ou coccygodynie sera localisée au niveau du coccyx et amplifiée à la position assise et au relever.<sup>38</sup>

Ces douleurs peuvent débuter durant la grossesse, et sont généralement dues à un déséquilibre mécanique du bassin, consécutif d'une part aux modifications physiques et biologiques induites par celle-ci (hypermobilité), et d'autre part, par le passage du fœtus durant l'accouchement.

- Les douleurs lombaires et sciatgies<sup>39</sup> :

Les douleurs lombaires aussi appelées lombalgies font référence à une douleur située au niveau des vertèbres lombaires, soit à partir de D12 jusqu'à S1. Leur prévalence annuelle peut atteindre 76% au cours de la grossesse. Ces douleurs sont très fréquentes chez les femmes en post-partum. En effet, dans les jours qui suivent le travail et l'accouchement, la prévalence des lombalgies est de 50%. Celle-ci diminue ensuite pour atteindre 25% entre 6 et 12 mois après l'accouchement.<sup>40</sup>

La lombalgie post-accouchement par voie basse est étroitement liée aux modifications de posture durant la grossesse et au changement brutal de celle-ci.

Concernant l'accouchement par césarienne, environ 5% des patientes seraient concernées par des lombalgies en post-partum. Ce trouble est ici, la conséquence d'une position vicieuse adoptée par les femmes qui tentent de réduire les douleurs liées à la cicatrisation par flexion du tronc.

La sciatgie est un syndrome caractérisé par une douleur vive qui siège sur le trajet du nerf sciatique et de ses branches.

Ces douleurs, souvent handicapantes dans les actes de la vie quotidienne, peuvent mettre à mal l'équilibre et le confort de l'accouchée et donc également celui de son bébé.<sup>41</sup>

---

<sup>37</sup>Support de cours. *Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum*-CNGOF. [En ligne] (2016) disponible sur [www.cngof.net/E-book/GO-2016/CH-42.html](http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/CH-42.html) (Consulté le 10/08/2019).

<sup>38</sup>LAHRABLI,S et al. *La coccygodynie : du diagnostique à la thérapeutique* [En ligne] Journal de Réadaptation médicale. (2015). Volume 35, n°2, pages 103 à 110. (Consulté le 04/04/2019).

<sup>39</sup>Douleurs Chroniques. *Lombalgie à distance de l'accouchement* [En ligne]. (2016). Disponible sur <https://www.douleurs-chroniques.fr/blog/pathologie/lombalgie-a-distance-de-laccouchement-3/> (Consulté le 13/03/2019).

<sup>40</sup>CHARLIER, V et al. *Analgesie péridurale obstétricale et lombalgie du post-partum : un lien de cause à effet ?* [En ligne] Revue Médicale de Liège. (2012), Liège. N°67, pages 16 à 20. (Consulté le 04/04/2019).

<sup>41</sup>ACTMD : Association Canadienne des Thérapeutes en Médecines Douces [En ligne] (2004) Disponible sur : <https://www.actmd.org/articles/200412sciatique1f.htm> (Consulté le 15/03/2019).

La grossesse, l'accouchement et le post-partum sont des périodes indissociables. En effet les changements physiobiologiques induits par la grossesse favorisent la laxité ligamentaire viscéro-ostéo-articulaire, qui perdure dans le post-partum.

L'accouchement, par sa biomécanique vient renforcer ces bouleversements et peut être potentiellement source de douleurs par une sur sollicitation des accroches ostéo-ligamentaires.

Ainsi des complications peuvent apparaitre comme les lombo-sciatalgies. Cette constatation ayant motivé l'objet de notre étude, nous étudierons tous les aspects de cette pathologie dans le chapitre suivant.

## 2. LA LOMBALGIE EN POST-PARTUM : PRÉSENTATION ET STRUCTURE ANATOMIQUE.

### 2.1. Définition.

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS) : « *la lombalgie est une douleur de la région lombaire n'irradiant pas au-delà du pli fessier, la lombosciatique est définie par une douleur lombaire avec une irradiation douloureuse distale dans le membre inférieur de topographie radiculaire L5 ou S1.* <sup>42</sup>»

La lombalgie commune post-accouchement est liée aux modifications de posture de la période de grossesse et du changement brutal de cette dernière pendant et après l'accouchement.<sup>43</sup>

### 2.2. Anatomie et physiologie en lien avec la lombalgie en Post-Partum.

Nous aborderons ici le pelvis féminin ainsi que son contenu afin de comprendre sur le plan anatomique les parties jouant un rôle dans l'accouchement et pouvant entraîner les pathologies lombaires citées précédemment.

#### 2.2.1. Le Pelvis Féminin.<sup>44 45 46</sup>

Le pelvis, aussi appelé bassin osseux, se compose des deux os coxaux, du sacrum et du coccyx. Les os coxaux sont reliés par la symphyse pubienne en avant et par le sacrum en arrière via les articulations sacro-iliaques. Tous ces éléments constituent le bassin osseux obstétrical aussi appelé filière pelvienne.

Le pelvis se distingue par ses deux régions : le pelvis majeur aussi appelé "grand bassin" et le pelvis mineur ou "petit bassin" englobant majoritairement les organes génitaux féminins, le rectum et la vessie.

---

<sup>42</sup>Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. **[En ligne]** (2000) Services des Recommandations et Références Professionnelles, ANAES. Format PDF [Document non publié] Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/lombal.pdf>.

<sup>43</sup>Douleurs Chroniques. *Lombalgie à distance de l'accouchement* **[En ligne]**. (2016) disponible sur <https://www.douleurs-chroniques.fr/blog/pathologie/lombalgie-a-distance-de-laccouchement-3/> (Consulté le 13/03/2019).

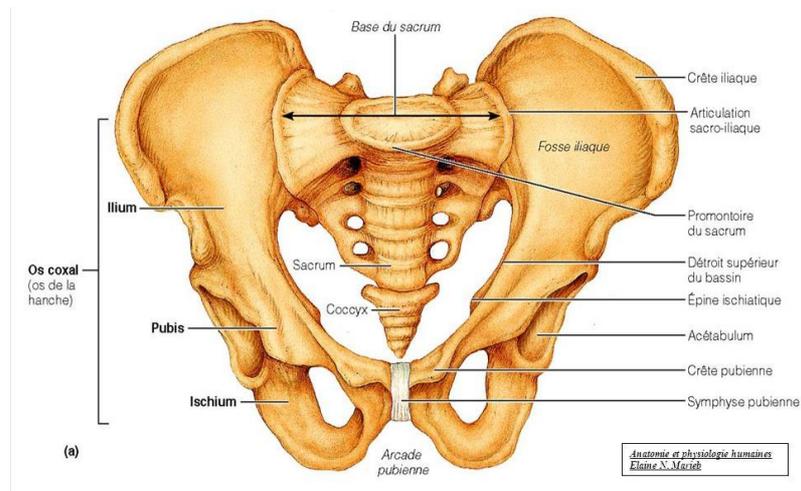
<sup>44</sup>YIOU, R. Anatomie du petit bassin (cours +QCM), Elsevier-Masson, (2011), Vitalbookfile. (Consulté le 10/02/2019).

<sup>45</sup>Support de Cours. *Le bassin obstétrical*. (2011) Comité Éditorial Pédagogique de l'Université Médicale Virtuelle Francophone. [Document non publié]. (Consulté le 06/01/2019).

<sup>46</sup>FERRU, Bernard. *Ostéopathie Accouchement & Post-Partum*. Tita Editions, (2017), pages 2- 4.

### 2.2.1.1. Le cadre osseux et articulaire.

**Figure 2 : Le bassin osseux féminin.<sup>47</sup>**



#### - L'os coxal :

L'os coxal s'articule avec le sacrum au niveau de l'ilion pour former l'articulation sacro-iliaque et avec le pubis de l'os coxal controlatéral sur le plan antérieur pour former la symphyse pubienne. Cet os est celui qui, avec le fémur, permet d'articuler la hanche dite aussi articulation coxofémorale.

#### - Le sacrum :

Le sacrum s'insère entre les deux ailes iliaques et s'articule avec celles-ci. Il présente une base qui s'articule avec la colonne lombaire et un sommet qui s'articule avec le coccyx. Le sacrum et la colonne lombaire forment ainsi un angle obtus à sommet antérieur, nommé « promontoire ».

#### - Le coccyx :

Le coccyx se situe à la partie terminale de la colonne vertébrale. Il s'articule avec l'extrémité distale du sacrum. C'est via les bords latéraux que s'insèrent les ligaments et muscles.

#### - L'articulation sacro-iliaque et ligaments :

Les articulations sacro-iliaques unissent le sacrum à chaque os iliaque. Elles présentent une capsule articulaire renforcée par les ligaments sacro-iliaques antérieurs et postérieurs.

#### - La symphyse pubienne :

La symphyse pubienne est une articulation fibro-cartilagineuse à mobilité quasi nulle. Elle unit les deux os coxaux en avant.

<sup>47</sup> MARIEB, E.N. *Le bassin osseux féminin* (2014) [schéma]. Anatomie et Physiologie Humaines, PEARSON, 5<sup>e</sup> Édition.

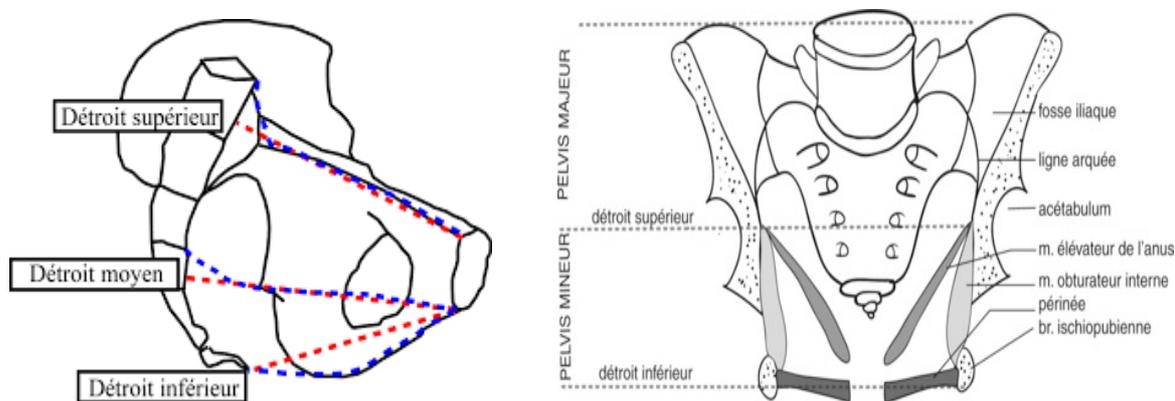
### 2.2.1.2. Le cadre viscéral.<sup>48 49 50 51 52</sup>

Nous décrivons succinctement dans cette partie les principaux organes en lien avec l'accouchement et le post-partum en rapport avec les complications potentiellement rencontrées. Description détaillée en annexe. **(Annexe 1).**

### 2.2.2. Le bassin obstétrical.<sup>53 54 55 56</sup>

Lors de l'accouchement le cadre osseux rigide impose un trajet précis à la progression fœtale. Je décrirai ici successivement et succinctement le détroit supérieur, l'excavation pelvienne ainsi que le détroit inférieur.

**Figure 3 : Anatomie topographique et contenu du pelvis.**<sup>57 58</sup>



<sup>48</sup> MULLER, C et Al. (2016). *Concours IADE*. Elsevier-Masson. p 137.

<sup>49</sup> KNUDTSON, Jennifer. Organes génitaux féminins internes. Manuel MSD, version pour le grand public, Septembre 2016 **[En ligne]**. Disponible sur <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/problèmes-de-santé-de-la-femme/biologie-de-l-appareil-génital-féminin/organes-génitaux-féminins-internes>.

<sup>50</sup> FERRU, Bernard. *Ostéopathie Accouchement & Post-Partum*. Tita Editions, (2017) page 211-215.

<sup>51</sup> Organisation Mondiale de la Santé. *Lutte contre le cancer du col de l'utérus : Guide des pratiques essentielles*. 2<sup>e</sup> édition. **[En ligne]** (2017) [Document non publié]. Format PDF. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254713/9789242548952-fre.pdf?sequence=1>.

<sup>52</sup> ATENODORO, R. Rectum et Anus. Manuel MSD, version pour le grand public, Décembre 2014 **[en ligne]** Disponible sur : <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/troubles-digestifs/biologie-de-l-appareil-digestif/rectum-et-anus>. (Consulté le 12/03/2019).

<sup>53</sup> YIOU, René. *Anatomie du Petit Bassin (cours + QCM)*. Elsevier Masson, (2011), VitalBookfile, 160 pages.

<sup>54</sup> FERRU, Bernard. *Ostéopathie Accouchement & Post-Partum*. Tita Editions, (2017) pages 4-6.

<sup>55</sup> Support de Cours. *Le bassin obstétrical*. (2011) Comité Éditorial Pédagogique de l'Université Médicale Virtuelle Francophone. [Document non publié]. 30 pages. (Consulté le 06/01/2019).

<sup>56</sup> RIO, Julie. *Préparation à l'accouchement et ostéopathie*. **[En ligne]** Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Ostéopathe. Paris : Federal European Register of Osteopaths, 73 pages. Format PDF. Disponible sur : [www.fero-science.com/wp-content/uploads/2015/11/00042.pdf](http://www.fero-science.com/wp-content/uploads/2015/11/00042.pdf).

<sup>57</sup> YIOU, René. *Anatomie du Petit Bassin (cours + QCM)*. Elsevier Masson, (2011), VitalBookfile, 160 pages.

<sup>58</sup> FRÉMONDIÈRE, Pierre. *L'évolution de l'accouchement dans la lignée humaine. Estimation de la contrainte fœto-pelvienne par deux méthodes complémentaires : la simulation numérique de l'accouchement et l'analyse discriminante des modalités d'accouchement au sein d'un échantillon obstétrical*. **[En ligne]** Thèse de doctorat en médecine Marseille : Faculté de Médecine de Marseille, 2015, 270 pages. Format PDF. Disponible sur : <http://www.theses.fr/2015AIXM5013>.

### 2.2.2.1. Le détroit supérieur.

Le détroit supérieur, est un anneau ostéoarticulaire qui se définit par la ligne en forme de cœur de carte à jouer qui part du promontoire, puis se poursuit de chaque côté par le bord antérieur des ailes du sacrum, la ligne arquée de l'os iliaque, le pecten du pubis et le bord supérieur de la symphyse pubienne.

Le détroit supérieur sépare le petit bassin (pelvis mineur) du grand bassin (pelvis majeur).

**→ Cette ligne est importante en obstétrique, car ce détroit est le premier passage osseux pour le fœtus qui s'engage dans le bassin.**

### 2.2.2.2. L'excavation pelvienne ou détroit moyen.

Cette partie du bassin est aussi appelée détroit moyen. Ce dernier est placé entre les détroits supérieur et inférieur.

**→ C'est dans l'excavation pelvienne que le fœtus fait une rotation : il y fait une descente et un retournement dans celui-ci.**

### 2.2.2.3. Le détroit inférieur.

Le détroit inférieur forme l'orifice inférieur du bassin et est constitué principalement d'éléments musculo-tendineux qui devront s'adapter en procurant une distension maximale de leur structure lors de l'accouchement. En effet, ils sont aidés par les imbibitions tissulaires hormonales qui leur conféreront d'importantes qualités d'élasticité et donc d'adaptabilité.

L'arcade pubienne, ou ogive pubienne, est formée par la symphyse pubienne en haut et en avant et par les branches ischio-pubiennes latéralement. Sa forme est importante sur le plan obstétrical, car elle conditionne la descente de la tête fœtale et son dégagement.

**→ Ce détroit constitue en quelque sorte la « porte de sortie » du fœtus de la filière pelvienne.**

### 2.2.3. Le périnée et le diaphragme pelvien. <sup>59 60 61</sup>

Le périnée est la partie non osseuse du détroit inférieur du bassin schématisée en trois plans : superficiel, moyen et profond. Il est constitué majoritairement d'éléments musculo-aponévrotiques.

**→ Il supporte le poids des viscères lorsque la femme est debout.**

Le diaphragme pelvien constitue la partie profonde de cet ensemble musculo-aponévrotique et représente la limite supérieure du périnée. Il est principalement constitué du muscle élévateur de l'anus et du muscle coccygien.

**→ Il est tel « un hamac » qui soutient tous les organes pelviens.**

En annexe ont été ajoutés les détails anatomiques du périnée, ainsi que du diaphragme pelvien. **(Annexe 2).**

<sup>59</sup>FERRU, Bernard. *Ostéopathie Accouchement & Post-Partum*. Tita Editions, (2017) page 7.

<sup>60</sup>DE GASQUET, Bernadette. *Périnée arrêtons le massacre!*, Éditions : Marabout, (2011) pages 25-30.

<sup>61</sup>Support de cours. *Anatomie du périnée féminin*. (2011) Comité Éditorial Pédagogique de l'Université Médicale Virtuelle Francophone. [Document non publié]. 20 pages. (Consulté le 05/01/2019).

Le bassin osseux obstétrical balise, via ses trois détroits, la trajectoire du mobile fœtal durant l'accouchement tout en étant contraint par celui-ci.

Le périnée constitue une zone musculo-aponévrotique richement innervée et vascularisée, située dans le petit bassin. Il sert de soutien dans le maintien des organes pelviens et « ferme » la partie inférieure du bassin. Tout au long de la grossesse, il subit les pressions liées aux modifications induites par la grossesse et est très sollicité lors de l'accouchement.

Qu'en est-il concernant le rachis lombaire ?

### 3. L'INCIDENCE DE L'ACCOUCHEMENT SUR LE RACHIS LOMBAIRE.

Ici, nous présenterons les différents types d'accouchement, mais aussi les éléments biomécaniques associés, afin de comprendre le schéma d'installation de la douleur en post-partum.

#### 3.1. Les différents types d'accouchement.

##### 3.1.1. L'accouchement par voie basse.

Selon le Collège National des Gynécologues et des Obstétriciens Français (CNGOF), l'accouchement est « *l'ensemble des phénomènes qui conduisent à l'expulsion du fœtus et des annexes (placenta, liquide amniotique et membranes) après 30 semaines d'aménorrhée.* »<sup>62</sup>

##### 3.1.1.1. Les étapes de l'accouchement<sup>63</sup>.

L'accouchement est généralement présenté en cinq temps distincts qui s'enchaînent lors de l'accouchement.

**Le déclenchement** correspond à la première étape de l'accouchement. Il peut être spontané ou induit par des thérapeutiques. Il résulte à la fois de la modification du col utérin et d'une activité contractile de l'utérus et des muscles abdominaux.

**L'engagement**, seconde étape, fait référence au début de la progression du fœtus dans la filière pelvienne. Cette étape requiert en amont une adaptation de l'orientation fœtale au détroit supérieur afin de permettre une bonne concordance des axes lors de la poussée.

**La descente**, et la rotation du bébé s'effectuent dans le détroit moyen. Une fois en contact avec le plancher pelvien, la tête fœtale débute sa rotation, ce qui lui permet d'atteindre l'excavation pelvienne, où elle dispose d'un espace plus important.

**L'expulsion** correspond au passage du détroit inférieur par le fœtus. À cette étape, il faut que le col utérin soit complètement dilaté, que la poche des eaux soit rompue et que la tête fœtale ait effectué sa rotation pelvienne pour faciliter la naissance de l'enfant.

L'étape de la **délivrance** fait référence aux deux premières heures post-accouchement. Elle correspond au décollement et à l'expulsion du placenta et des annexes.

---

<sup>62</sup>Support de cours. *Accouchement, délivrance et suites de couches normales* (2010-2011). Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Université Médicale Virtuelle Francophone. [Document non publié] 38 pages. (Consulté le 30/03/2019.)

<sup>63</sup>FERRU, Bernard. *Ostéopathie Accouchement & Post-Partum*. Tita Editions, (2017) page 14-36.

### 3.1.1.2. La biomécanique de l'accouchement par voie basse.<sup>64 65 66 67</sup>

#### **La biomécanique apparaît comme un élément capital à étudier afin de comprendre les adaptations mécaniques pelviennes qui interviennent durant l'accouchement.**

L'unité fonctionnelle mécanique, composée des articulations coxo-fémorales, de la symphyse pubienne, du sacrum, du coccyx, des ailes iliaques et 3<sup>e</sup> 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> vertèbres lombaires, se trouve directement impliquée dans les adaptations mécano-physiologiques nécessaires à la progression fœtale.<sup>68</sup>

En effet, plusieurs mouvements interviennent aux différentes étapes de l'accouchement afin de faciliter la descente du mobile fœtal à travers la filière pelvienne. Volontairement nous aborderons ici l'aspect purement mécanique de la femme et non du mobile fœtal, dans le cadre d'un accouchement par voie basse classique, en position gynécologique (décubitus dorsal).

Les articulations sacro-iliaques sont très sollicitées lors de la grossesse, notamment lors de son aboutissement. Durant l'accouchement, les mouvements de contre-nutation, de nutation, et de rétroversion sont interdépendants et complémentaires.

**La contre-nutation** est un mouvement de bascule en arrière et en haut du sacrum, (induit par la rotation externe jambes fléchies des fémurs), qui s'effectue autour d'un axe transversal passant par le ligament axile.

Il permet d'augmenter les dimensions du détroit supérieur au moment de l'engagement du mobile fœtal dans le détroit supérieur. Cela est rendu possible par la verticalisation du sacrum, le promontoire recule et s'élève, la pointe du coccyx s'avance tout en s'abaissant et les ailes iliaques s'écartent, permettant le rapprochement des ischions.

Cependant, ce mouvement seul est insuffisant car il ne favorise pas la concordance des axes, nécessaire à la progression fœtale. En effet, l'axe d'engagement, perpendiculaire au détroit supérieur, croise l'axe de poussée utérine selon un angle variant entre 30 et 50°, ce dernier étant plus incliné vers l'avant du bassin.

La **rétroversion** est une avancée du pubis et une bascule en arrière du haut du bassin permettant d'atténuer la cambrure lombaire. Cela permet de faire coïncider l'axe de poussée utérine à celui du détroit supérieur. Paradoxalement, elle entraîne une nutation relative du sacrum, qui engendre une diminution du détroit supérieur du bassin.

La **nutation** est un mouvement de bascule en avant et en bas du sacrum, (induit par la rotation interne jambes fléchies des fémurs), autour d'un axe transversal passant par le ligament axile.

Il permet d'augmenter les dimensions du détroit inférieur, tout en réduisant le diamètre du détroit supérieur au moment de l'engagement de la tête de l'enfant dans le petit bassin. Cela est rendu possible par l'horizontalisation du sacrum, le promontoire avance et s'abaisse, la

<sup>64</sup>FERRU, Bernard. *Ostéopathie Accouchement & Post-Partum*. Tita Editions, (2017) page 23.

<sup>65</sup>Support de Cours. *Le bassin obstétrical*. (2011) Comité Éditorial Pédagogique de l'Université Médicale Virtuelle Francophone. [Document non publié]. 30 pages. (Consulté le 06/01/2019).

<sup>66</sup>Support de Cours. *Le travail : mécanique obstétricale – surveillance – partogramme (Premier et deuxième temps de la deuxième étape du travail)*. (2011). Comité Éditorial Pédagogique de l'Université Médicale Virtuelle Francophone. [Document non publié]. (Consulté le 21/03/2019).

<sup>67</sup>THIRIET, Patrice. ANATOMIE 3D LYON. Arthrologie du bassin : nutation et contre-nutation, le cas de l'accouchement. [Ajouté le 9 décembre 2013]. Vidéo exposant les mouvements rentrant dans la biomécanique de l'accouchement. **[Enregistrement vidéo]** In : Youtube. [Format mp4, 2'24"']. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=-34EjQdgzLo>.

<sup>68</sup>FERRU, Bernard. *Ostéopathie Accouchement & Post-Partum*. Tita Editions, (2017) page 95.

pointe du coccyx recule tout en s'élevant et les ailes iliaques se rapprochent, permettant l'écartement des ischions.

Conjointement au mouvement de nutation, il y a un **diastasis pubien**, c'est-à-dire un écartement de la symphyse pubienne. Parallèlement, ce diastasis entraîne le désenclavement sacro-iliaque ce qui entraîne l'élargissement du périmètre du détroit inférieur et permet de faciliter l'expulsion du fœtus.

### 3.1.2. L'accouchement par césarienne<sup>69</sup>.

La césarienne est une intervention chirurgicale permettant l'accouchement par une incision de l'abdomen et de l'utérus, lorsque les conditions, chez la mère ou chez l'enfant, ne sont pas favorables à ou compromettent un accouchement par les voies naturelles.

En France, on répertorie 20,2 % de naissances par césarienne qu'elles soient programmées ou réalisées en urgence.<sup>70</sup>

L'intervention peut se dérouler soit sous anesthésie locorégionale (péridurale ou rachis-anesthésie) ou sous anesthésie générale.

Compte tenu du mode d'accouchement non mécanique que représente la césarienne, on pourrait supposer que celle-ci n'entraînerait aucune ou très peu de conséquences sur la mécanique osseuse et articulaire de la femme en post-partum. Cependant elle peut être à l'origine de lombalgies posturales comme expliqué dans le chapitre précédent.

### 3.1.3. La péridurale et la rachis-anesthésie<sup>71</sup>.

La **péridurale** est « *un geste médical réalisé par un Anesthésiste-Réanimateur qui a pour but de bloquer la transmission nerveuse de la douleur provenant des nerfs utérins et du petit bassin, en injectant à leur proximité un produit anesthésique local associé ou non à un dérivé de morphine par l'intermédiaire d'un cathéter. Selon une étude de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), en France, 77% des accouchements par voie basse s'effectuent sous péridurale* ». <sup>72</sup>

L'analgésie péridurale nécessite l'introduction d'un cathéter entre deux vertèbres lombaires dans le bas du dos. Son effet est obtenu entre 10 et 20 minutes après l'injection. Elle permet l'administration en continu de l'anesthésique, optimise le confort maternel et améliore la dynamique des contractions utérines en permettant un meilleur relâchement de l'utérus.

La **rachis-anesthésie** « *est une injection directe d'un anesthésique local dans le liquide céphalorachidien, sans pose de cathéter* ».

L'installation de l'anesthésie est rapide (5 min), avec souvent un engourdissement et une impossibilité de bouger tout le bas du corps. De ce fait, cette technique est surtout indiquée en fin de travail ou en cas de césarienne programmée ou semi-urgente.

<sup>69</sup>Livret d'informations sur l'accouchement par césarienne programmée. Secteur Naissance de l'Hôpital Paule de Viguier de Toulouse. [En ligne] (Dernière mise à jour en Mars 2014) [Document non publié]. Format PDF. Disponible sur : [https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/403279\\_-\\_pdv-14.pdf](https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/403279_-_pdv-14.pdf).

<sup>70</sup>Nouveau rapport européen Euro-Péristat – Ordre des Sages-Femmes [En ligne] (11/2018) Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/nouveau-rapport-europeen-euro-peristat/>.

<sup>71</sup>Péridurale et prise en charge de la douleur de l'accouchement [En ligne] (Dernière mise à jour le 16 Juin 2016) Disponible sur : <https://www.materniteportroyal.fr/informations-medicales/informations-medicales-obstetrique/102-peridurale-douleur-accouchement.html>.

<sup>72</sup>Pourquoi tant d'accouchements sous péridurale en France ? - L'Express [En ligne] (Dernière mise à jour le 04/09/2015) Disponible sur : [https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/pourquoi-tant-d-accouchements-sous-peridurale-en-france\\_1712141.html](https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/pourquoi-tant-d-accouchements-sous-peridurale-en-france_1712141.html).

Ces techniques sont des options initialement facultatives mais peuvent s'avérer obligatoire en cas de complications.

### 3.2. Les différentes prises en charge possibles pour soulager la douleur en post-partum.

Il existe différents moyens permettant de soulager efficacement les accouchées de leurs douleurs lombaires du post-partum. En effet, que ce soit sur le plan médicamenteux ou non, d'autres prises en charge permettent leur accompagnement, nous les présenterons ici.

#### 3.2.1. La prise en charge médicamenteuse.

Elle comprend les thérapeutiques allopathiques et homéopathiques.

- *L'Allopathie :*

L'allopathie est selon le CNRTL « *la médecine qui emploie des médicaments produisant des effets contraires à ceux que produit la maladie.* ».<sup>73</sup>

C'est le cas des antalgiques qui constituent le traitement de première intention pour soulager les douleurs.

Ils se distinguent en trois paliers selon l'intensité de la douleur.<sup>74</sup>

- *L'Homéopathie :*

D'après le site du Ministère des Solidarités et de la Santé, « *l'homéopathie est une méthode thérapeutique qui repose notamment sur le principe de similitude, c'est-à-dire soigner par ce qui est semblable à la maladie. Elle consiste en effet, en l'administration à des doses très faibles ou infinitésimales, de substances susceptibles de provoquer, à des concentrations différentes, chez l'homme en bonne santé, des manifestations semblables aux symptômes présentés par le malade.* »<sup>75</sup>

C'est une thérapeutique non conventionnelle qui utilise les substances animales, minérales et végétales.

Elle est intéressante pour le post-partum lorsque la thérapeutique allopathique peut entraîner des effets néfastes pour la mère et son bébé<sup>76 77</sup>.

---

<sup>73</sup>ALLOPATHIE : *Définition de ALLOPATHIE.* [En ligne] (2012) Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/allopathie>. (Consulté le 17/03/2019).

<sup>74</sup>Tous les antalgiques – Soulager avec des médicaments. [En ligne] Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Douleur/Soulager-avec-des-medicaments/Tous-les-antalgiques>. (Consulté le 17/03/2019).

<sup>75</sup>Les médicaments homéopathiques. [En ligne] <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/le-circuit-du-medicament/article/les-medicaments-homeopathiques> (Consulté le 17/03/2019).

<sup>76</sup>FERRU, Bernard. *Ostéopathie Accouchement & Post-Partum.* Tita Editions, (2017) page 111.

<sup>77</sup>ANCEL, Émilie. *Traitement des douleurs osseuses, musculaires et ligamentaires dans le post-partum.* [En ligne] Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme. Nancy : Université Nancy I, 2018, 86 pages. Format PDF. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01890803/document>.

### 3.2.2. La prise en charge non médicamenteuse.

Elle comprend des éléments de médecine conventionnelle et paramédicale mais également des éléments de médecine alternative qui ont fait leurs preuves dans le traitement des douleurs lombaires en post-partum.

- *La prise en charge médicale :*

Le suivi médical est primordial durant la période du post-partum avec des consultations régulières afin de s'assurer du bien-être physique et psychologique de la mère, mais également celui de son nouveau-né.

Dans le cadre de la prise en charge des douleurs lombaires ou sciatgies en post-partum, un avis médical est requis afin de pouvoir constater et diagnostiquer les douleurs, mais aussi afin d'obtenir une prescription médicale adaptée si besoin.

- *La prise en charge en kinésithérapie :*

La prise en charge en kinésithérapie est également possible afin de traiter les femmes présentant des douleurs lombaires ou sciatgies après leur accouchement.

Si la rééducation périnéale par les kinésithérapeutes ne peut commencer avant trois mois post-partum<sup>78</sup>, dans le cadre des douleurs lombaires, les kinésithérapeutes bénéficient d'un panel de techniques pouvant-être utilisées sans délai.

Le massage peut apparaitre comme une bonne première approche thérapeutique pour soulager ces douleurs.

La massothérapie est, d'après la Northwestern Health Sciences University, « *une manipulation manuelle des tissus mous du corps (muscle, tissu conjonctif, tendons et ligaments) permettant d'améliorer la santé et le bien-être d'une personne.* »<sup>79</sup> En effet, le massage a des propriétés lui permettant de soigner à la fois le corps et l'esprit par le bien-être.

En post-partum, la massothérapie est indiquée pour réduire les douleurs physiques, dans notre cas les douleurs lombaires, mais aussi l'anxiété.

Par la suite d'autres techniques comme McKenzie, et la fasciathérapie<sup>80</sup> peuvent se greffer au traitement que je ne décrirai pas ici car ce n'est pas l'objet de mon travail de recherche.

- *L'acupuncture*<sup>81</sup> :

L'acupuncture est une approche de la médecine traditionnelle chinoise qui repose sur des concepts philosophiques d'équilibre des forces énergétiques. C'est une discipline, qui repose sur l'observation de l'organisme humain et de son mécanisme et qui a déjà fait ses preuves

---

<sup>78</sup>Compétences M-K et Sages-Femmes [En ligne] (2017) Disponible sur : <http://cdomk59.fr/wp-content/uploads/2017/10/Compétences-M-K-et-Sages-Femmes.pdf>. (Consulté le 03/12/2018).

<sup>79</sup>Northwestern Health Sciences University [En ligne] Disponible sur : <https://www.nwhealth.edu/school-of-massage-therapy/massage-therapy-definition/> [consulté le 18/03/2019].

<sup>80</sup>BARBIER-GODARD, Christine. *Fasciathérapie et problématiques – Abdominaux- Lombopelviennes chez la femme enceinte. Étude de ma pratique auprès des femmes enceintes en cabinet de kinésithérapie – fasciathérapie.* [En ligne] Mémoire pour l'obtention d'un Master en Psychopédagogie perceptive. Porto : Université Fernando PESSOA, 2013, page 66. Format PDF. Disponible sur : <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3674/1/Memoirechristinebarbierngodard.pdf>.

<sup>81</sup>ANCEL, Émilie. *Traitement des douleurs osseuses, musculaires et ligamentaires dans le post-partum.* [En ligne] Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme. Nancy : Université Nancy I, 2018, 86 pages. Format PDF. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01890803/document>.

dans le traitement des maux associés à la grossesse et au post-partum ; dont les douleurs lombaires<sup>82</sup>.

L'acupuncture tend à corriger les déséquilibres, à soutenir les énergies défaillantes, et à extirper les énergies perverses. Elle agit sur les énergies corporelles (Qi) en circulant à travers 14 méridiens, qui sont reliés aux organes et à des fonctions vitales.

Elle consiste à insérer des aiguilles d'acier inoxydable dans différentes parties du corps selon les points d'acupuncture spécifiques<sup>83</sup>.

En post-partum, elle est utile pour rétablir ou réduire les douleurs lombaires ou sciatalgies, les séquelles périnéales et sphinctériennes, les épisodes de "blues" pouvant survenir, et également pour stimuler l'allaitement<sup>84</sup>.

- *Le Yoga :*

Selon le CNRTL, Le Yoga correspond à un *"ensemble d'exercices corporels et respiratoires permettant d'obtenir une maîtrise progressive des différentes fonctions physiologiques"*<sup>85</sup>.

Cette pratique permet de faire un lien équilibré entre le corps et l'esprit. Elle est possible et bénéfique tout au long de la grossesse, notamment sur le plan respiratoire et peut être pratiquée aussitôt après l'accouchement afin de permettre rapidement le repositionnement du bassin, une reprise progressive et douce du travail du périnée, une amélioration du transit ainsi qu'une réduction de l'anxiété pouvant survenir en post-partum<sup>86</sup>.

- *L'Hypnose :*

D'après l'Institut Français d'Hypnose, l'hypnose se définit comme étant *« un état psychologique spécial avec certaines caractéristiques physiologiques, ressemblant au sommeil, seulement superficiellement, et marqué par un fonctionnement de l'individu à un autre niveau de conscience que l'état de conscience ordinaire. Cet état est caractérisé par un degré d'augmentation de la réceptivité et de la sensibilité ; nos perceptions intérieures, imaginaires sont données comme plus significatives que généralement elles le sont dans la réalité. »*<sup>87</sup>

L'hypnose thérapeutique est reconnue comme un moyen efficace de traiter diverses plaintes, et a déjà fait ses preuves notamment dans le traitement des douleurs lombaires<sup>88</sup>.

L'hypnose apparait comme un outil privilégié en obstétrique pour gérer la douleur en amont et en aval de l'accouchement, afin de permettre plus de confort physique de l'accouchée et ainsi lui permettre de mieux gérer les traumatismes vécus.

---

<sup>82</sup>FERRU, Bernard. *Ostéopathie Accouchement & Post-Partum*. Tita Editions, (2017), page 110.

<sup>83</sup>Définition de l'Acupuncture – CPMDQ [En ligne] (2006) Disponible sur : [http://www.cpmdq.com/definition\\_acupuncture.htm](http://www.cpmdq.com/definition_acupuncture.htm) [consulté le 18/03/2019].

<sup>84</sup>SIRVAUT, Marika. *Acupuncture en Obstétrique, L'atout pique*. [En ligne] Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme. Nancy : Université Nancy I, 2002, 84 pages. Format PDF. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01894270/document>.

<sup>85</sup>YOGA / Définition de YOGA. [En ligne] (2012) Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/yoga>. (Consulté le 22/03/2019).

<sup>86</sup>FERRU, Bernard. *Ostéopathie Accouchement & Post-Partum*. Tita Editions, (2017) pages 108-109.

<sup>87</sup>*L'hypnose comme thérapie comportementale et cognitive dans l'aide aux douloureux*. Institut Français d'Hypnose [En ligne] (Dernière modification Janvier 2013). Disponible sur : <https://www.hypnose.fr/articles-et-theses/article-hypnose-tcc-halfon/>. (Consulté le 27/03/2019).

<sup>88</sup>CAZARD-FILLETTE, Christine et Al. *Vaincre la douleur par l'hypnose et l'autohypnose*. Sélection VIGOT (2016), 128 pages.

- *L'Ostéopathie :*

*« L'ostéopathie également dénommée médecine ostéopathique repose sur l'utilisation du contact manuel pour le diagnostic et le traitement. Elle prend en compte les relations entre le corps, l'esprit, la raison, la santé et la maladie. Elle place l'accent sur l'intégrité structurelle et fonctionnelle du corps et la tendance intrinsèque de l'organisme à s'auto-guérir. »<sup>89</sup>*

Cette définition n'est qu'un aspect général de l'ostéopathie. Nous développerons cette notion plus en détail dans le chapitre suivant, selon les spécificités enseignées à l'IFSOR.

Le corpus théorique s'appuie sur plusieurs études se penchant sur les structures anatomiques potentiellement lésées durant l'accouchement. Il nous permet de mettre en évidence trois physiopathologies s'inscrivant dans le cadre des lombalgies en post-partum.

- Physiopathologie mécanique :

Suite à la grossesse et l'accouchement, nous pouvons constater une modification de la position du bassin et du jeu articulaire entre chaque os qui le compose sous l'effet des hormones et du passage du bébé. Tous ces changements peuvent induire une compensation de la colonne vertébrale et un possible affaiblissement de la ceinture abdominale.

- Physiopathologie vasculaire :

Le remaniement viscéral autour de l'utérus tout au long de la grossesse, ainsi que les complications éventuelles, peuvent entraîner une distension ligamentaire. Les veines, aussi soumises à cette distension, pourraient entraîner une stase veineuse au niveau du plancher pelvien.

- Physiopathologie neurologique :

Pour les mêmes raisons vues dans le paragraphe précédent, ces distensions peuvent concerner les nerfs au décours et pourraient entraîner des complications, telles que les neuropathies d'étirements.

Toutes ces structures mécaniques présentées peuvent être altérées lors de la grossesse et l'accouchement. Elles peuvent engendrer des complications telles que des douleurs lombaires, parfois associées à une impotence fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne chez les femmes en post-partum (exemple : la marche, les rapports sexuels, les changements de position...).

**Ces structures présentent un intérêt ostéopathique certain**, que nous développerons dans le chapitre suivant.

---

<sup>89</sup>L'ostéopathie, définition selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [En ligne] (Dernière mise à jour en Juillet 2016). Disponible sur : <https://www.osteopathe-syndicat.fr/osteopathie-definition-oms>. (Consulté le 04/04/2019).

## 4. PRÉSENTATION DU MODÈLE OSTÉOPATHIQUE ET APPLICATION DANS LE POST-PARTUM.

Dans le cadre du post-partum, le raisonnement ostéopathique, d'après le Modèle Fondamental de l'Ostéopathie Structurale (MFOS) de l'IFSOR, reste identique à une séance classique dans le raisonnement et la mise en application.

Nous présenterons dans un premier temps certains points majeurs du MFOS visant à aider à mieux comprendre notre démarche thérapeutique.

Enfin, nous proposerons un protocole d'investigation en ostéopathie structurale appliqué à la femme lombalgique en post-partum.

### 4.1. La recherche de la lésion.

#### 4.1.1. Définition de la lésion.

D'après la définition du Larousse, la lésion apparaît comme « *une modification de la structure d'un tissu vivant sous l'influence d'une cause morbide*<sup>90</sup> ». Autrement dit, il y aurait une notion d'irréversibilité.

Dans notre Modèle décrit par Jean-François TERRAMORSI, il existe deux types de Lésions Tissulaires (LTs) :

- Irréversibles (LTIs) : toutes lésions qui seront modifiées dans leur composition (Exemple : génétique, usure, rupture).
- Réversibles (LTRs) : toutes lésions qui seront modifiées dans leur structure, c'est-à-dire leur organisation intrinsèque. (Exemple : tissu conjonctif, matrice extracellulaire).

Cette différence est importante car nous n'aurons la possibilité d'agir que dans ce dernier cas.

**La Lésion Tissulaire Réversible (LTR)** est définie par : « *une perte, auto-entretenu dans le temps, des qualités de souplesse et d'élasticité des tissus conjonctifs, par une perte de la déformabilité.* »<sup>91</sup>

Elle se trouve au sein du tissu conjonctif et a pour expression **une perte de qualité du mouvement articulaire ou d'élasticité du tissu conjonctif.**

La LTR ne se révèle qu'au moment de son investigation. C'est pour cela que nous la qualifions de « **muette** ».

---

<sup>90</sup>Définition : lésion-Dictionnaire de français Larousse [En ligne] Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/l%C3%A9sion/46762>

<sup>91</sup>TERRAMORSI, Jean-François. *Ostéopathie Structurale. Lésion structurée- Concepts structurants*. Gepro-Éoliennes, (2013), page 111.

#### 4.1.2. Investigation de la LTR.<sup>92</sup>

L'investigation commencera tout d'abord par l'anamnèse qui nous aidera à repérer la zone lésionnelle. Le **test palpatoire** répondant au « **gros dur et sensible quand on y touche** » nous indiquera la localisation du tissu altéré.

Ensuite viendra le **test de résistance** qui permettra de définir l'intensité, la densité, la profondeur et la direction de la zone à manipuler.

Nous cherchons donc à lever les LTRs via des manipulations structurelles.

#### 4.1.3. Les variables du tissu conjonctif.<sup>93</sup>

L'état du tissu conjonctif dépend de son hydratation et de sa trophicité. Ces deux paramètres sont gérés par la circulation sanguine. Le tissu conjonctif doit être aussi sollicité mécaniquement et recevoir un influx nerveux de qualité afin de garantir un état optimal de sa structure.

⇒ Ce sont les **variables de régulation mécanique, neurologique et vasculaire** du tissu conjonctif.

### **4.2. Application du modèle ostéopathique structurel dans le cadre du post-partum.**

Avant de proposer un protocole d'investigation dans le cadre du post-partum chez la femme lombalgique, nous allons tout d'abord définir l'acte ostéopathique.

#### 4.2.1. L'acte ostéopathique structurel.

L'ostéopathe réalise son soin par des manipulations structurelles afin de lever les LTRs. Celle-ci sont définies comme : « *un acte mécanique, réglable en vitesse, en masse et en amplitude, appliqué le plus localement possible sur le tissu altéré, afin d'en modifier la consistance par voie réflexe.*

*Le but n'est pas de corriger une position, ni d'augmenter telle ou telle amplitude, mais de lever la barrière qui empêche le corps de trouver lui-même toutes les positions et fonctionnalités dont il a et aura besoin pour évoluer harmonieusement dans son environnement. »<sup>94</sup>*

D'après le MFOS, l'acte ostéopathique semble avoir un **effet réflexe** sur le tissu en lésion.

⇒ Le but du traitement ostéopathique est d'**améliorer l'état du tissu conjonctif par une action mécanique ciblée.**

#### 4.2.2. Protocole d'investigation basé sur le MFOS dans le cadre du post-partum chez la femme lombalgique.

Comme nous l'avons vu précédemment, la grossesse, l'accouchement et le post-partum sollicitent les structures articulaires, ligamentaires et viscérales. Toutes ces structures peuvent être le siège de LTRs et ainsi être sources de lombalgie.

<sup>92</sup>TERRAMORSI, Jean-François. *Ostéopathie Structurelle. Lésion structurée- Concepts structurants*. Gepro-Éoliennes, (2013), page 261.

<sup>93</sup>TERRAMORSI, Jean-François. *Ostéopathie Structurelle. Lésion structurée- Concepts structurants*. Gepro-Éoliennes, (2013), pages 59-63.

<sup>94</sup>Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes **[En ligne]** (Dernière mise à jour le 20/08/2019) Disponible sur : [www.bretagne-osteopathie.com/ifso/concept.html](http://www.bretagne-osteopathie.com/ifso/concept.html) [consulté le 17/03/2019].

Dans le cas de la femme lombalgique, les structures qui s'expriment sont la zone sacro-iliaque, les systèmes d'attaches viscérales du petit et du grand bassin, ainsi que l'abdomen.

L'investigation se fera toujours en fonction et en lien avec la plainte de la patiente. En effet, « *N'ayant pas accès à la connaissance préalable du tout, nous serons obligés de construire notre raisonnement en partant du particulier pour aller vers le général* »<sup>95</sup>.

Autrement dit nous, nous ferons une recherche des LTRs depuis la région douloureuse indiquée par la patiente, puis dans un second temps, nous nous écarterons de cette zone pour chercher d'autres LTRs à distance, toujours en lien avec la plainte initiale.

#### 4.2.2.1. Variable de régulation mécanique.

Nous allons donc rechercher les LTRs au sein du tissu qui s'exprime en investiguant le bassin en général :

- Le rachis lombo-sacré et sacro-coccygien.
- L'articulation sacro-iliaque.
- Le pubis.
- Les ligaments, les fascias, les tendons.
- Les membranes interosseuses.

À distance :

- Le rachis thoraco-lombaire.

Au niveau du contenant, l'investigation se fera par zone car il est impossible de ressentir une structure viscérale :

- Les fosses iliaques.
- L'hypogastre.
- L'épigastre.
- Les flancs droit et gauche.
- L'hypocondre droit et gauche.

#### 4.2.2.2. Variable de régulation neurologique<sup>96</sup>.

La commande neurologique du système nerveux autonome est assurée par deux systèmes antagonistes : **l'orthosympathique et le parasympathique**. Ils sont eux-mêmes composés de deux centres intégrateurs. Connaissant la localisation de ces centres et leur action en fonction des zones anatomiques, la manipulation structurelle se propose d'essayer de rechercher une action réflexe sur ceux-ci afin de lever les LTRs.

---

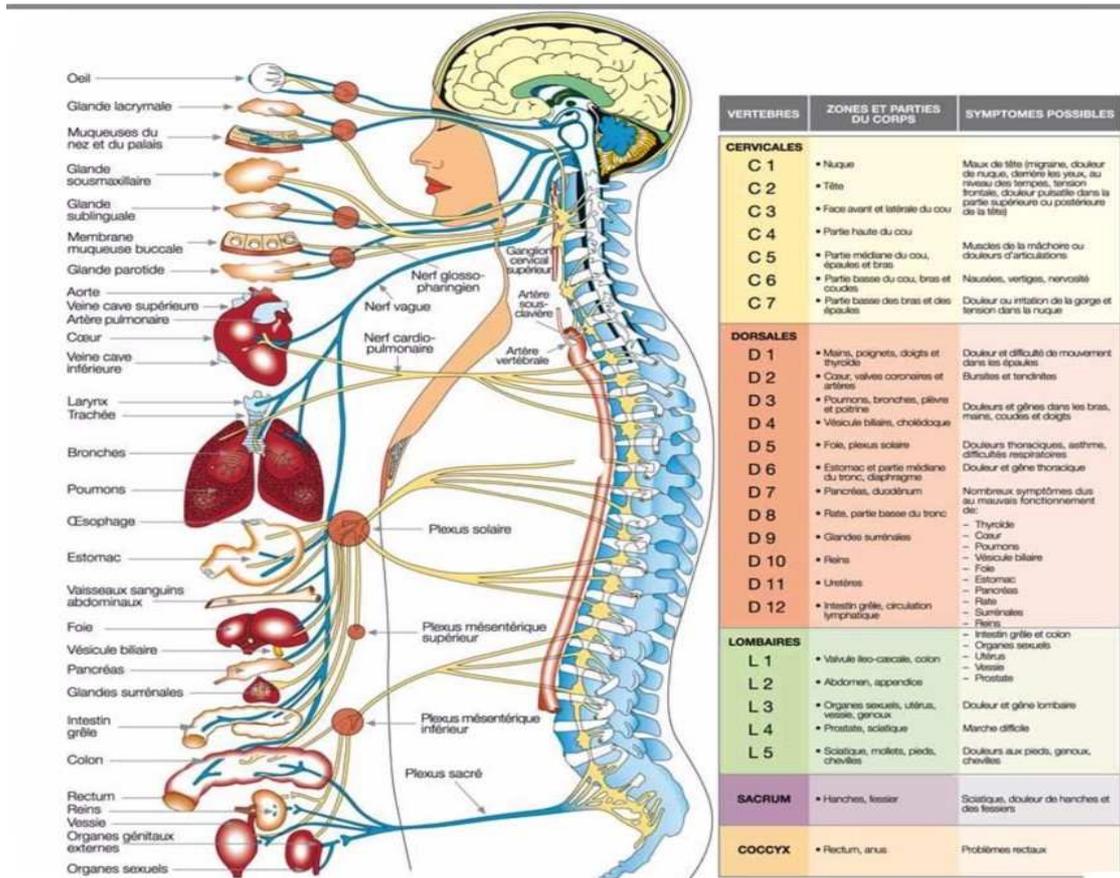
<sup>95</sup>TERRAMORSI, Jean-François. *Ostéopathie Structurale. Lésion structurée- Concepts structurants*. Gepro-Éoliennes, (2013), page13.

<sup>96</sup>BASTIEN, S. *Cours de neurologie fondamentale*. (2016), Bretagne ostéopathie, cours de l'école, [Document non publié].14 pages.

Dans le cas de la lombalgie chez la femme en post-partum nous allons donc nous concentrer :

- Pour l'orthosympathique : de la dixième dorsale à la deuxième lombaire pour le premier centre et le plexus intra muraux pour le second centre.
- Pour le parasympathique : du deuxième sacrum au quatrième sacrum pour le premier centre et le plexus intra muraux pour le second centre.

**Figure 4 : Nerfs orthosympathiques et parasympathiques du système nerveux autonome.**<sup>97</sup>



Le système nerveux autonome avec les nerfs orthosympathiques en jaune et parasympathiques en bleu.

#### 4.2.2.3. Variable de régulation vasculaire.

Cette variable du système orthosympathique contrôle l'apport sanguin des viscères et la commande vasculaire des organes<sup>98</sup>. Cela permet l'hydratation et la trophicité du tissu. Mais cela implique aussi la gestion d'élimination des déchets.

<sup>97</sup>Chiropractic- Relation entre système nerveux et organes. [En ligne] Disponible sur : [www.athome-productions.com/demo/chiropract/www/relation\\_organe.php](http://www.athome-productions.com/demo/chiropract/www/relation_organe.php).

<sup>98</sup>TERRAMORSI, Jean-François. *Ostéopathie Structurale. Lésion structurée- Concepts structurants*. Gepro-Éoliennes, (2013), page13.

Ainsi pour l'ensemble des viscères du petit et grand bassin nous investiguerons de la dixième dorsale à la deuxième lombaire pour le premier centre et de la dixième dorsale au coccyx pour le second centre.<sup>99</sup>

En ce qui concerne « la gestion d'élimination des déchets » du petit bassin, la manœuvre dynamogénique ainsi que la technique de Dynamisation Vasculo Tissulaire Manuelle (DVTM), apprises à l'IFSOR, assureront le drainage.

Maintenant que le cadre théorique a été posé, à la fois sur le plan anatomique de la littérature et ostéopathique, nous détaillerons notre hypothèse de départ afin d'orienter et structurer notre enquête exploratoire.

---

<sup>99</sup>BASTIEN, S. *Cours de neurologie fondamentale*. (2016), Bretagne ostéopathie, cours de l'école, [Document non publié]. 14 pages.

## 5. HYPOTHÈSE

Cette réflexion ainsi que les références littéraires exploitées nous ont permis de recenser et de comprendre les différentes structures impliquées dans l'accouchement, ainsi que les potentielles conséquences lésionnelles qu'elles pouvaient entraîner chez la femme en post-partum.

Rappelons que le concept ostéopathique fondamental structurel étudié à l'IFSOR nous apprend que la lésion tissulaire est auto-entretenu dans le temps. C'est un cercle vicieux d'interdépendance entre la structure et la fonction. Plus la structure sera altérée, plus la fonction le sera aussi, et vice versa. Ainsi au fur et à mesure que le temps passe, un processus de fixité se développera.

Aussi, cette étude se concentrant sur les douleurs lombaires des femmes en post-partum, en cassant ce « vice » temporel », cherchera à répondre à la question suivante :

**La prise en charge ostéopathique de la femme lombalgique en post-partum est-elle efficace et a-t-elle une incidence sur le soin et sa durabilité si la prise en charge est précoce ?**

Nous cherchons donc à déterminer par cette étude que :

- L'ostéopathie est efficace dans la prise en charge des femmes lombalgiques en post-partum.
- Le soin ostéopathique est plus efficace dans la prise en charge des femmes lombalgiques en post-partum lorsque celui-ci est réalisée précocement.
- Les bénéfices apportés par l'ostéopathie perdurent plus longtemps lorsque la prise en charge en post-partum des femmes lombalgiques est précoce.

Les hypothèses opérationnelles de cette étude sont les suivantes :

- ⇒ **L'ostéopathie est efficace** dans la prise en charge des femmes lombalgiques en post-partum : les patientes ayant reçues un soin ostéopathique voient leur qualité de vie significativement s'améliorer par rapport au groupe témoin
- ⇒ Le soin ostéopathique est plus efficace dans la prise en charge des femmes lombalgiques en post-partum lorsque celui-ci est **réalisé précocement** : les patientes ayant reçues un soin ostéopathique précocement voient leur qualité de vie significativement s'améliorer par rapport au groupe témoin et aux patientes ayant reçu un soin plus tardivement
- ⇒ Les bénéfices apportés par l'ostéopathie **perdurent plus longtemps** lorsque la prise en charge en post-partum des femmes lombalgiques est précoce : les patientes ayant reçues un soin ostéopathique précocement voient leur qualité de vie significativement s'améliorer 15 jours après le soin par rapport au groupe témoin et aux patientes ayant reçu un soin plus tardivement

Afin d'aller plus loin dans notre réflexion, nous présenterons le protocole de recherche mis en place dans le cadre de cette étude.

## 6. PRÉSENTATION DU PROTOCOLE DE RECHERCHE : MÉTHODE ET MATÉRIEL UTILISÉ.

### 6.1. Méthode.

#### 6.1.1. Panel et Contexte.

##### 6.1.1.1. Panel.

Cette étude, basée sur le volontariat, cible des femmes ayant accouchées et présentant toutes des douleurs lombaires en post-partum.

Elle recrute un total de 37 femmes, âgées de 24 à 38 ans.

La prospection des patientes s'est effectuée de novembre 2018 à juillet 2019 par les moyens suivants :

- ⇒ Par l'association avec une sage-femme exerçant en libéral en Martinique, qui lors de ses séances de suivi de grossesse et de post-partum les informait et les orientait vers mon étude.
- ⇒ Via la publication sur les réseaux sociaux d'une annonce sollicitant les femmes en post-partum selon les périodes recherchées.
- ⇒ Via les recommandations de mon entourage personnel et professionnel.

##### 6.1.1.2. Répartition de la population.

Les objectifs de notre étude nous ont conduit à réaliser plusieurs groupes :

- Un premier groupe de 10 femmes étant entre J+7 et J+15 jours du post-partum. Il sera nommé dans cette étude : groupe 1 ostéopathie et identifié par le sigle G1o.
- Un deuxième groupe de 10 femmes à J+90 jours du post-partum plus ou moins 10%. Il sera nommé dans cette étude : groupe 2 ostéopathie et identifié par le sigle G2o.

Ces deux groupes recevront un traitement ostéopathique selon l'enseignement reçu à l'IFSOR.

Aussi, afin de renforcer la fiabilité des résultats observés durant cette étude, deux groupes « témoins » seront constitués ensuite, correspondant aux critères respectifs des deux groupes initiaux.

- Un premier groupe « témoin » de 8 femmes, répondant aux mêmes critères temporels que le groupe 1 ostéopathie ; nommé groupe témoin 1, et identifié par le sigle G1t.
- Un deuxième groupe « témoin » de 9 femmes, répondant aux mêmes critères temporels que le groupe 2 ostéopathie ; nommé groupe témoin 2, et identifié par le sigle G2t.

Le choix de ces deux périodes a été motivé par les raisons suivantes :

- ⇒ La première période étudiée, entre 7 et 15 jours post-partum, a été choisie afin de profiter de l'évolution rétrograde et de la restructuration active spontanée du corps, qui est plus rapide durant les premiers jours, comme expliqué dans le chapitre 1.2.2.

- ⇒ La seconde période étudiée, 90 jours plus ou moins 10%, a été choisie par rapport à la visite post-natale obligatoire. Comme évoqué dans l'introduction, c'est généralement lors de cette consultation qu'à lieu le dépistage des douleurs et la mise en place d'un suivi pluridisciplinaire. Aussi, nous avons laissé une marge d'environ 30 jours afin de nous adapter à la conjoncture régionale. En effet, il est important de souligner qu'en Martinique, il subsiste un déficit démographique des médecins spécialistes par rapport à la moyenne métropolitaine<sup>100</sup>. Il nous a paru pertinent d'anticiper ce facteur.

#### 6.1.2. Contexte.

L'étude se déroule sur quinze jours à partir de la séance d'ostéopathie. Le choix des dates de restitution du questionnaire a été déterminé pour les raisons suivantes :

- J0 avant le soin ostéopathique afin de connaître l'état de santé de départ.
- J+2 après le soin ostéopathique, car c'est le moment que l'on préconise pour observer un résultat. En effet, la manipulation structurelle provoque une réaction inflammatoire, qui se résorbe le plus souvent dans ce délai.<sup>101</sup>
- J+15 après le soin ostéopathique, afin d'avoir un certain recul vis-à-vis de la séance mais également d'assurer la récupération des données de l'étude sans trop contraindre les mamans dans le temps.

La restitution des documents d'évaluation remis aux patientes marquera la fin de l'étude.

#### 6.1.3. Critères d'inclusion.

Les critères d'inclusion choisis pour cette étude sont les suivants :

- Femmes primipares ou multipares.
- Femmes lombalgiques depuis l'accouchement.
- Femmes lombalgiques depuis la grossesse jusqu'à ce jour.
- Accouchement par voie basse ou césarienne.
- Femmes âgées de 20 à 38 ans.

#### 6.1.4. Critères d'exclusion.

Les critères d'exclusion choisis pour cette étude sont :

- Femmes ayant vu un ostéopathe durant leur grossesse et/ou après l'accouchement.
- Femmes ayant présentées une grossesse à risques.<sup>102</sup>
- Femme ayant une maladie neurologique ou psychiatrique.
- Femmes présentant une altération de l'état général ou un diagnostic médical d'exclusion.

---

<sup>100</sup>BAZELY, Pierre et CATTEAU, Christine. *État de santé, offre de soin dans les départements d'Outre-mer : Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion*. [En ligne] Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. N°14, (Juin 2001). Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud14.pdf>.

<sup>101</sup>BARRY, Caroline et FALISSARD, Bruno. Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie [En ligne] INSERM, 2012, 194 pages. Disponible sur : [https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm\\_RapportThematique\\_EvaluationEfficaciteOsteopathie\\_2012.pdf](https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteOsteopathie_2012.pdf). (Consulté le 02/08/2019).

<sup>102</sup>Elles correspondent à des grossesses pathologiques présentant un risque obstétrical, fœtal, ou maternel durant la grossesse et au moment de l'accouchement.

## 6.2. Matériel.

Nous avons utilisé auprès des patientes, des outils informatifs nous permettant de poser idéalement le contexte de la réalisation de l'étude mais aussi des outils évaluatifs à visée qualitative et quantitative nous permettant une analyse fine.

### 6.2.1. La lettre d'information éclairée au patient (Annexe 3).

Cette lettre est obligatoire dans le cadre de l'étude. Elle présente aux patientes la description ainsi que l'objectif de l'expérimentation à venir. Elle est remise à la première séance afin que la patiente puisse prendre connaissance des conditions de réalisation de l'étude et ainsi, consentir à y participer librement ou non.

### 6.2.2. Le formulaire de consentement éclairé au patient (Annexe 4).

Ce document est à caractère contractuel entre le soignant et la patiente. Il permet de recenser le consentement libre et éclairé de chaque participante à l'étude, c'est-à-dire exempt de contraintes et précédé de la lettre d'information évoquée précédemment.

### 6.2.3. Le Questionnaire Oswestry (Annexe 5).<sup>103</sup>

Pour évaluer l'efficacité de la séance ostéopathe dans le temps, nous avons utilisé un questionnaire de qualité de vie généraliste, validé par l'HAS : L'Échelle d'incapacité d'Oswestry. « *Ce questionnaire a été conçu pour donner aux thérapeutes des renseignements sur la manière dont la lombalgie a perturbé la vie générale de la patiente* ». <sup>104</sup>

L'évaluation se portera sur les symptômes et la sévérité des douleurs du dos, ainsi que sur l'atteinte des activités de la vie quotidienne.

Le questionnaire comprend dix questions, concernant : la douleur, les soins personnels, le port de charge, la marche, la position assise, la position debout, le sommeil, la vie sexuelle, la vie sociale, les voyages.

Le score maximum possible pour chaque section de 6 énoncés, est de 5 ; si le 1<sup>er</sup> énoncé est coché, la note est de 0 ; si le dernier énoncé est coché, la note est de 5. Les énoncés intermédiaires sont notés selon leur rang. Si les 10 sections sont remplies, le score final (ODI%) est calculé comme suit : somme des points à l'ensemble des sections sur un total de 50 points (maximum possible), que l'on multiplie par 100 pour obtenir le pourcentage

Exemple : si le total de point est de 16 =>  $16/50 = 0.32 \times 100 = 32\%$

S'il manque une section (ou s'il elle ne s'applique pas), le score final est calculé comme suit :

Le total de 16 points est divisé par 45 points (maximum s'il manque 1 section : 50-5) puis multipliez par 100 pour obtenir le pourcentage.

Exemple :  $16/45 = 0.355 \times 100 = 35.5\%$

Le score final (l'ODI en %) peut être résumé comme étant la note totale divisée par 5 fois le nombre de sections remplies puis multipliée par 100.

<sup>103</sup>Questionnaire de OSWESTRY – Kinéapp [En ligne]. (Octobre 2017). Disponible sur : <http://kineapp.com/blog/questionnaire-de-oswestry/>.

<sup>104</sup>Échelle d'incapacité d'Oswestry [En ligne]. Disponible sur <https://www.douleur-info.com/wp-content/uploads/2016/12/oswestry.pdf>.

L'ODI synthétise l'ensemble des résultats aux différentes sections, avec 0% pour l'absence de handicap, et 100% pour le handicap le plus important. Cet indice correspond à l'Oswestry Disability Index (ODI).

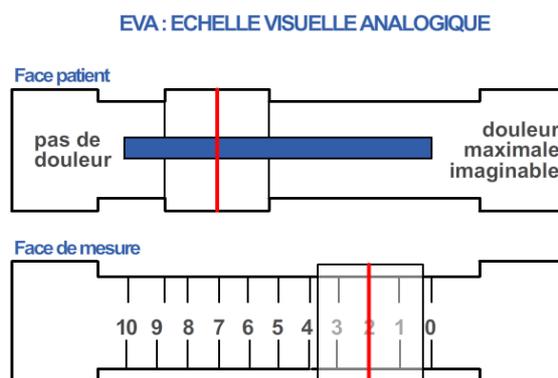
#### 6.2.4. La Fiche Clinique (Annexe 6).

La fiche clinique est le support physique ou numérique qui permet de recenser l'ensemble des renseignements récoltés durant l'anamnèse. On y retrouvera l'ensemble des informations personnelles, médicales, ainsi que le bilan ostéopathique du patient. L'ensemble des données recueillies est confidentiel.

#### 6.2.5. L'Échelle Visuelle Analogique.

L'outil utilisé dans le cadre de mon étude est l'Échelle Visuelle Analogique (EVA). « C'est une échelle d'auto évaluation de la douleur. Elle est sensible reproductible, fiable et validée autant en situation de douleur aiguë que chronique. Elle n'est utilisable que chez les patients communiquant et ayant des capacités d'abstraction »<sup>105</sup>. Celle-ci tente de rendre objectif le ressenti subjectif des patientes.

**Figure 4 : Modèle d'Échelle Visuelle Analogique.**<sup>106</sup>



Sous forme de réglette, elle comprend deux faces : une face « patient » représentant l'intensité de la douleur et une face « thérapeute » gradué entre 0 et 10.

L'utilisation de l'échelle sera au préalable bien expliquée à la patiente et sa compréhension sera vérifiée. Si la patiente présente plusieurs sites douloureux, chacun sera évalué à tour de rôle.

Nous demandons à la patiente d'évaluer sa douleur en fonction de l'intensité perçue entre « pas de douleur » et « douleur maximale imaginable ». En déplaçant le curseur, un score sur la face opposée est automatiquement attribué.

<sup>105</sup>L'échelle visuelle analogique (EVA) – *L'Antalvite*. [En ligne]. Disponible sur : [http://www.antalvite.fr/pdf/echelle\\_visuelle\\_analogique.htm](http://www.antalvite.fr/pdf/echelle_visuelle_analogique.htm).

<sup>106</sup>L'évaluation de la douleur/ *Récap' IDE*. (2016). [En ligne] Disponible sur : <http://recap-ide.blogspot.com/2014/11/evaluation-de-la-douleur.html>.

### 6.3. Protocole.

Chaque patiente est préalablement informée qu'elle participe à une étude ostéopathique dès la prise de rendez-vous par contact téléphonique, néanmoins, un rappel du contenu et du déroulement de l'étude est effectué avant le début de la séance.

Dans un premier temps, la lettre d'information ainsi que la fiche de consentement éclairé sont remises à chaque patiente afin de valider leur participation à l'étude.

Le soin ostéopathique sera effectué dans son ensemble par moi-même, Gregory ZOZOR, étudiant en 5<sup>ème</sup> année d'ostéopathie à l'IFSOR. Il sera réalisé « classiquement » dans le cadre d'une prise en charge lombalgique après vérification des critères d'inclusion et d'exclusion en amont de la séance.

Les deux groupes « témoins » seront reçus dans les mêmes conditions que les précédents, mais ne recevront pas de traitement ostéopathique. Le positionnement qui précède la manipulation sera réalisé mais aucun « thrust »<sup>107</sup> ne sera effectué.

Toutes les techniques apprises à l'IFSOR telles que : les techniques viscérales, la DVTM et les techniques tissulaires seront mimées afin de reproduire le plus fidèlement possible une séance d'ostéopathie, sans qu'il n'y ait de « vrai » soin ostéopathique. Ces manipulations resteront superficielles et se limiteront à l'épiderme. Cela pourra même être considéré comme de l'effleurage.

Par soucis de disponibilité, les femmes des groupes G1o et G1t sont vues à leur domicile contrairement à la séance pour les femmes des groupes G2o et G2t, qui s'effectue au cabinet.

Une table d'ostéopathie sera apportée au domicile des patientes des « groupes 1 » afin de pouvoir effectuer la séance dans les conditions les plus proches que celles trouvées au cabinet.

Un premier questionnaire Oswestry est remis à chaque patiente avant la séance, afin d'évaluer leur qualité de vie à J0. Une anamnèse est réalisée par la suite, pour chaque patiente avec comme support la fiche clinique de l'IFSOR.

Lors du soin, nous abordons initialement la zone ciblée par la patiente et nous identifions la zone à traiter selon la description faite plus haut.

Les LTRs trouvées par les tests de densité sont répertoriées et évaluées subjectivement par le manipulateur, selon leur densité. Elles seront évaluées avant et après la séance et feront l'objet d'une manipulation selon les techniques enseignées à l'IFSOR.

Parallèlement, une évaluation de la douleur sera effectuée pour chaque LTR trouvée, grâce à l'EVA avant et après la séance.

---

<sup>107</sup>« Le thrust n'est ni un mouvement ni un déplacement. C'est une variation de la quantité de mouvement. C'est une impulsion communiquée à mon squelette qui vient percuter passivement la lésion pour l'informer et non la déplacer. » Définition tirée de l'ouvrage de TERRAMORSI, Jean-François. *Ostéopathie Structurale. Lésion structurée- Concepts structurants*. Gepro-Éoliennes, (2013), page 255.

## 7. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE.

Le logiciel utilisé pour l'analyse des résultats est Excel® de la suite Office 365 Famille® de Microsoft®, sous le système d'exploitation Apple® MacOS Mojave®.

### 7.1. Présentation des participantes.

Pour rappel de la section 6.1.1.2, notre échantillon est constitué de quatre groupes. Les patientes « des groupes 1 » sont entre J+7 et J+15 jours du post-partum et se divisent entre le groupe G1o : ayant reçu un soin ostéopathe et le groupe G1t : le groupe témoin.

Les patientes « des groupes 2 » sont à J+90 jours du post-partum plus ou moins 10% et se divisent entre le groupe G2o : ayant reçu un soin ostéopathe et le groupe G2t : le groupe témoin.

L'ensemble de ces quatre groupes représente 37 femmes âgées de 24 à 38 ans avec pour moyenne d'âge 31.5 ans, **aucune n'a abandonné au cours du suivi.**

Les 18 femmes entre J+7 et J+15 du post-partum ont été vues à leur domicile respectif, et les 19 femmes à J+90 plus ou moins dix jours, au cabinet.

34 femmes ont présenté un accouchement par voie basse, contre 3 par césarienne (1 dans le G2o et 2 dans G2t).

### 7.2. Tests statistiques utilisés.

L'ensemble des variables a été testé selon le Test de Fisher d'égalité de deux variances<sup>108 109</sup>. Il permet de vérifier l'homogénéité des variances entre les deux groupes afin de choisir le test de significativité des moyennes le plus adapté pour le traitement des données.

Dans le cas présent la majorité des variables ont des variances non homogènes, c'est pour cela qu'un test non paramétrique sera utilisé pour les tests de significativité de moyenne : le Test de Student ou T-test.

Il sera employé de deux manières :

- Sur des échantillons appareillés : on regarde le même échantillon à des moments différents.
- Sur des échantillons indépendants : on regarde un groupe versus un autre sur la même question.

Le Test de Student (option variance non homogène) permettra d'obtenir les valeurs de P-Value.

Pour que les moyennes soient considérées significativement différentes à 95%, la valeur de la P-value devrait être inférieure à 0,05 ( $p < 0,05$ ).

Comme l'échantillon de population utilisé est très faible, la valeur de la P-Value pourra être ramenée à 0,10 ( $p < 0,10$ ), soit une significativité à 90% dans l'étude.

---

<sup>108</sup>La variance ou fluctuation est la moyenne arithmétique des carrés des écarts à la moyenne. Disponible sur : [http://www.educatim.fr/tq/co/Module\\_TQ\\_web/co/variance.html](http://www.educatim.fr/tq/co/Module_TQ_web/co/variance.html). (Consulté le 05/04/2019).

### 7.3. Comparaison entre les groupes.

Pour rappel du protocole, le même questionnaire OSWESTRY<sup>110</sup> de 10 sections a été rempli trois fois à des moments différents pour suivre l'évolution dans le temps de chaque patiente :

- Le 1<sup>er</sup> à J0 avant la séance
- Le 2<sup>ème</sup> à J+2 après la séance
- Le 3<sup>ème</sup> à J+15 après la séance

Les réponses des sections vont de 0 à 5 points (0 étant le niveau le plus faible de douleur ou d'handicap, et 5 le niveau le plus élevé de douleur ou d'handicap). L'ensemble de ces 10 sections permet le calcul de l'ODI, qui se lit comme suit :

- Score entre 0 et 20% : handicap minime ; le patient peut pratiquer la plupart de ses activités quotidiennes, souvent sans traitement médicamenteux ; il peut bénéficier de conseils sur le positionnement et le port de charge.
- Score entre 21 et 40% : handicap modéré ; le patient est gêné pour s'asseoir, porter des charges, se lever ; la vie sociale et les voyages sont plus difficiles, et il peut être en arrêt maladie.
- Score entre 41 et 60% : handicap sévère ; toutes les activités sont affectées chez ces patients qui nécessitent des investigations approfondies.
- Score entre 61 et 80% : handicap majeur ; ces patients doivent être adressés à un spécialiste.
- Score entre 81 et 100% : patient alité, ou majorant ses symptômes.

Vous trouverez en annexe, l'ensemble des résultats aux 10 sections du questionnaire ainsi que le calcul de l'ODI pour l'ensemble des quatre groupes, aux trois périodes différentes. **(Annexes 7 et 8).**

Comparons et analysons maintenant les différentes données recueillies auprès des participantes lors de la séance d'ostéopathie.

Ci-dessous, un tableau représentant la moyenne des résultats/ des variables globales avant la séance, pour chacun des groupes.

Les P-Value indiquent les différences significatives entre les moyennes de deux groupes (P-Value < 0.10).

---

<sup>110</sup>OSWESTRY [En ligne] Disponible sur : [https://www.mcgill.ca/ruischronicpain/files/ruischronicpain/questionnaire\\_oswestry.pdf](https://www.mcgill.ca/ruischronicpain/files/ruischronicpain/questionnaire_oswestry.pdf)

### Moyenne des résultats des variables des évaluations des LTRs pré-séance.

	G1o	G2o	G1t	G2t	P Value G1o vs G2o	P Value G1o vs G1t	P Value G2o vs G2t
<b>Nombre de patiente</b>	10	10	8	9			
<b>Âge</b>	31.1	32.6	32.5	29.9	0.39	0.51	0.27
<b>EVA de toutes les LTRs avant séance</b>	6.2	6.3	5.9	6.1	0.90	0.55	0.95
<b>Nombre de LTRs trouvées</b>	5.4	5.0	4.6	4.2	0.87	0.37	0.73
<b>ODI (%) Avant la séance</b>	29.2	20.1	26.8	20.9	0.24	0.85	0.54

Ici nous observons que la P-value de chaque variable entre les groupes deux à deux n'est pas significative. Les différentes données pré-séance mettent en évidence une homogénéité entre les quatre groupes sur l'ensemble des critères évalués. Nous pouvons donc les comparer entre eux.

Maintenant que nous avons établi que les groupes étaient similaires en termes d'âge et de lésions, intéressons-nous à l'ODI de départ qui correspond au niveau d'handicap, dans les différents groupes.

Il est important de noter que ce score est plus fort pour les « groupes 1 » c'est à dire les groupes pris en charge entre 7 et 15 jours post-partum : 29,2% pour G1o et 26,8% pour G1t. En comparaison, les groupes dont la prise en charge est effectuée à 90 jours post-partum révèlent un score de départ moins élevé : 20,1% pour G2o et 20,9% pour G2t.

Au vu des résultats observés, nous pouvons supposer que l'effet du temps a une incidence sur la qualité de vie des participantes, qui à 90 jours post-partum, voient leur niveau de handicap plus faible avant séance.

Penchons-nous maintenant sur l'analyse de l'EVA des LTRs trouvées, avant et après séance.

### Résultats en moyenne et comparaison de l'EVA avant et après séance.

	EVA de toutes les LTRs AVANT séance	EVA de toutes les LTRs APRÈS séance	P Value EVA Avant vs. Après
<b>G1o</b>	6.2	3.5	0.00
<b>G2o</b>	6.3	3.9	0.00
<b>G1t</b>	5.9	5.9	0.46
<b>G2t</b>	6.1	5.9	0.34

Ici, nous pouvons observer que, pour les groupes ayant reçus un soin ostéopathe (G1o et G2o), la différence est fortement significative entre l'avant et l'après séance. P-value = 0,00 ( $p \leq 0,10$ ).

Concernant les groupes témoins, nous constatons une différence minime entre l'avant et l'après séance qui n'est pas significative. P-value = 0,46 ( $p > 0,10$ ) pour G1t et P-Value = 0,34 ( $p > 0,10$ ) pour G2t.

Au vu des résultats constatés, nous pouvons affirmer que le soin ostéopathe a un fort impact sur la moyenne des scores EVA des LTRs trouvées entre avant et après la séance.

La légère différence observée de la moyenne des scores EVA pour les groupes témoins pourrait s'expliquer par l'effet placebo apporté par la séance « fictive » d'ostéopathie<sup>111</sup>.

Maintenant intéressons-nous maintenant aux résultats du questionnaire.

#### 7.4. Résultats et analyse du questionnaire.

Il est important de noter que 100% des participantes a rendu le questionnaire. Sur l'ensemble des 4 groupes, 33 sur 37 participantes ont répondu à la totalité du questionnaire, soit un pourcentage de 89%. Cela représente une forte fiabilité statistique.

La question sur la vie sexuelle est restée sans réponse pour 4 participantes : 2 dans G1o et 2 dans G2o, soit 11% des participantes.

Pour simplifier la lecture et l'analyse des résultats de l'enquête, il apparaît intéressant d'analyser ces derniers suivant les hypothèses opérationnelles, afin de mettre en évidence les tendances observées.

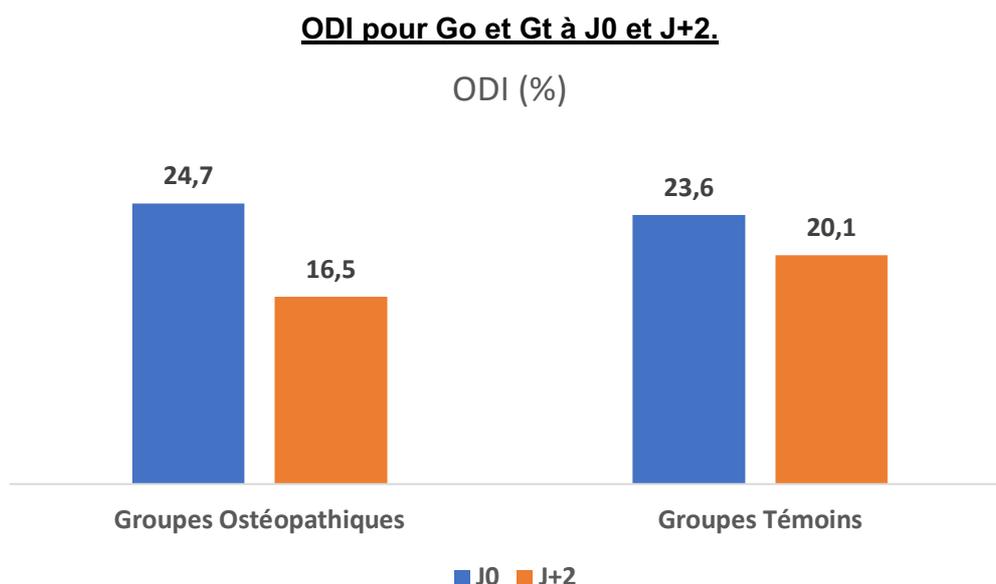
**Hypothèse 1 : L'ostéopathie est efficace dans la prise en charge des femmes lombalgiques en post-partum.**

Pour répondre à cette question, la dates de prise en charge n'a pas d'importance. Seul le fait d'avoir reçu un soin ostéopathique ou non, nous intéresse.

Nous allons donc fusionner les deux groupes ostéopathiques G1o et G2o que nous appellerons : Groupes ostéopathiques (Go).

Nous ferons de même pour les groupes témoins G1t et G2t que nous appellerons : Groupes témoins (Gt).

Pour ces deux groupes, nous allons vérifier si l'ODI s'améliore à J+2 comparé à l'ODI avant séance c'est-à-dire J0.



<sup>111</sup>GOSLIN, David. L'effet Placebo : les travaux de F. BENEDETTI, Implication pour la relation patient-acteur de santé. [En ligne] Thèse de doctorat en pharmacie. Bordeaux : Université de Bordeaux, 2017, pages 98-99. Format PDF. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01593054/document>.

Cet histogramme nous permet de constater visuellement une **baisse du score ODI plus importante pour le groupe ayant reçu un soin ostéopathe**.

Mais est-ce que cette différence est significative ?

### Résultats Oswestry et comparaison entre J0 et J+2 pour le Go et le Gt.

Section	Go = groupes ostéopathiques			Gt = groupes témoins		
	J0	J+2	P Value J0 vs J+2	J0	J+2	P Value J0 vs J+2
Douleur	2.5	1.5	0.00	2.6	2.3	0.20
Soins personnels	1.0	0.6	0.05	1.0	0.8	0.22
Soulèvement d'objets	1.8	1.3	0.15	1.6	1.4	0.22
Marche	0.4	0.4	0.42	0.3	0.3	0.50
Position assise	1.3	0.7	0.07	1.3	1.2	0.34
Position debout	1.4	0.8	0.00	1.5	1.2	0.17
Sommeil	0.9	0.7	0.26	0.9	0.8	0.44
Vie sexuelle	1.1	1.1	0.50	1.1	0.9	0.28
Vie sociale	1.1	0.9	0.36	0.7	0.4	0.19
Voyages	0.9	0.5	0.08	0.8	0.8	0.50
ODI (%)	24.7	16.5	0.06	23.6	20.1	0.11

Dans ce tableau, nous pouvons retrouver les Scores ODI du **Go** à J0 et J+2 correspondants à l'histogramme ci-dessus et nous constatons que la P-Value est de 0,06 ( $p \leq 0,10$ ) **ce qui implique que la différence est significative** entre ces deux dates.

Nous pouvons aussi constater que la valeur de P-value de la moitié des items entre Go et Gt est significative. (Surligné en bleu).

Cela concerne :

- La douleur, P-value = 0,00 ( $p \leq 0,10$ ).
- La position debout, P-Value = 0,00 ( $p \leq 0,10$ ).
- Les soins personnels, P-Value = 0,05 ( $p \leq 0,10$ ).
- La position assise, P-Value = 0,07 ( $p \leq 0,10$ ).
- Les voyages, P-Value = 0,08 ( $p \leq 0,10$ ).

Ces items correspondent en partie aux impotences fonctionnelles des activités de la vie quotidienne chez la femme en post-partum, citées précédemment dans le corpus théorique.

Il faut remarquer que l'item concernant la vie sexuelle est discutable. En effet cette catégorie est la seule restée quelque fois sans réponse dans l'ensemble des questionnaires : 11% des participantes n'y ont pas répondu. Il nous est aussi forcé de constater que les participantes des « groupes 1 » venant tout juste d'accoucher, ont une vie sexuelle nulle.

Regardons maintenant les scores pour le groupe témoin. La P-Value entre les deux score ODI est de 0,11 ( $p > 0,10$ ). **La différence n'est donc pas significative**. Nous noterons aussi qu'aucune section n'a d'évolution significative.

Maintenant, comparons les évolutions des scores ODI entre les groupes ostéopathiques et les groupes témoins afin d'évaluer la perte de handicap entre J0 et J+2.

**Résultats et comparaisons de la perte d'handicap entre J0 et J+2 entre les groupes Go et les Gt.**

Section	Évolution entre J0 et J+2		P Value
	Go	Gt	Go vs Gt
Douleur	-1.1	-0.3	0.01
Soins personnels	-0.4	-0.2	0.23
Soulèvement d'objets	-0.5	-0.2	0.15
Marche	-0.1	0.0	0.33
Position assise	-0.6	-0.1	0.09
Position debout	-0.7	-0.4	0.06
Sommeil	-0.2	-0.1	0.25
Vie sexuelle	0.0	-0.2	0.04
Vie sociale	-0.2	-0.3	0.33
Voyages	-0.4	0.0	0.00
ODI (%)	-8.2	-3.5	0.01

D'après les résultats Oswestry, le Go a un score moyen d'handicap de 24,7% à J0 contre 16,5% à J+2. La perte d'handicap équivaut à -8.2%. Nous passons donc d'un handicap modéré à un handicap minime.

En ce qui concerne le Gt, le score moyen d'handicap est de 23,6% à J0 contre 20,1% à J+2. La perte d'handicap équivaut à -3,5%. Nous passons aussi d'un handicap modéré à handicap minime.

**Lorsque que l'on compare les deux évolutions de l'ODI : -8.2% et -3.5%, on obtient une P-Value de 0,01 (P≤0,10), la différence entre Go et Gt est donc significative.**

Conclusion : au regard des résultats obtenus nous pouvons **valider** la première hypothèse opérationnelle en affirmant que l'ostéopathie est efficace dans la prise en charge des femmes lombalgique en post-partum en améliorant significativement leur qualité de vie (perte de handicap).

**Hypothèse 2 : Le soin ostéopathe est plus efficace dans la prise en charge des femmes lombalgiques en post-partum lorsque celui-ci est réalisé précocement (entre 7 et 15 jours en post-partum).**

Maintenant que nous avons démontré que le soin ostéopathe permet d'améliorer le score ODI à J+2, nous allons comparer la perte de handicap à cette date, entre les groupes ayant reçus un soin ostéopathe à des périodes différentes du post-partum.

Pour ce faire, nous repartons des groupes initiaux : G1o (J+15 post-partum) et G2o (J+90 post-partum) afin de les comparer entre eux.

### Résultats et Comparaison inter groupe ostéopathe de la perte d'handicap à J+2.

Section	G1o	G2o	P Value G1o vs G2o
Douleur	-1.0	-1.1	0.82
Soins personnels	-0.1	-0.7	0.02
Soulèvement d'objets	-0.4	-0.6	0.48
Marche	-0.1	0.0	0.34
Position assise	-0.9	-0.3	0.16
Position debout	-0.5	-0.8	0.18
Sommeil	-0.4	0.0	0.10
Vie sexuelle	0.0	0.0	
Vie sociale	-0.2	-0.1	0.66
Voyages	-0.3	-0.5	0.39
ODI (%)	-8.0	-8.3	0.91

Les résultats présentés dans ce tableau correspondent à la différence du score d'ODI, soit la perte d'handicap, entre J0 et J+2. Le score ODI de G1o diminue de 8,0% et de 8,3% pour G2o. Ces évolutions sont assez similaires ce qui se caractérise par une P-Value de 0,91 ( $p > 0.10$ ).

**La différence entre ces deux groupes n'est donc pas significative.**

La seconde hypothèse opérationnelle cherchait à démontrer si la date de prise en charge précoce favorise le gain de qualité de vie. Il s'est avéré, que la **perte de handicap n'était pas influencée par la date de prise en charge précoce** : -8,0% pour G1o et -8,3% pour G2o. P-Value = 0,91 ( $p > 0,10$ ).

**Conclusion : En regard des résultats obtenus nous ne pouvons pas valider la seconde hypothèse opérationnelle. La perte d'handicap est similaire pour les femmes lombalgiques quelle que soit la date de prise en charge.**

**Hypothèse 3 : Les bénéfices apportés par l'ostéopathie perdurent plus longtemps lorsque la prise en charge en post-partum des femmes lombalgiques est réalisée entre 7 et 15 jours.**

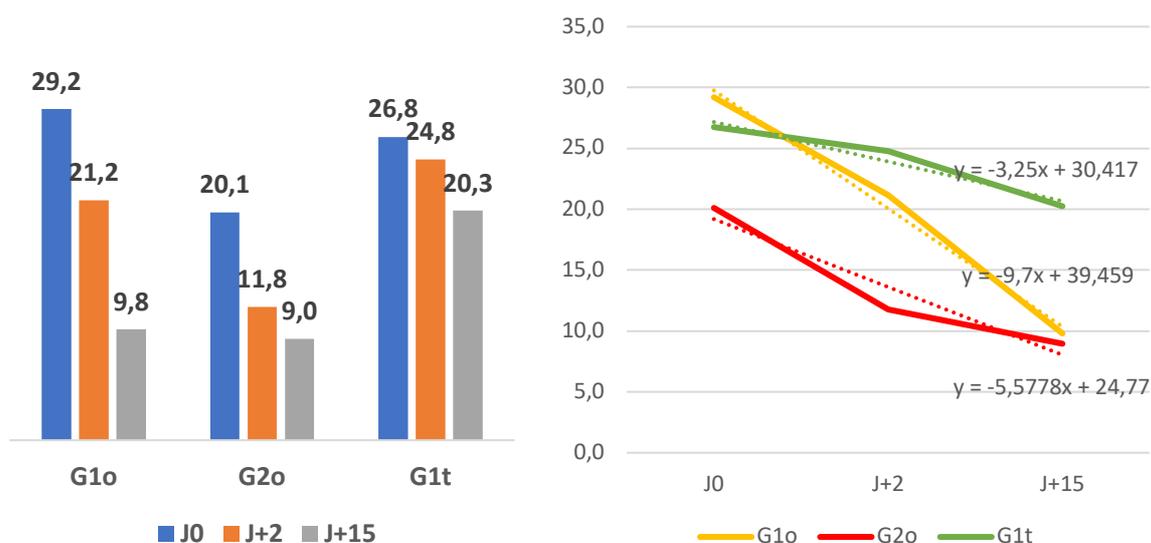
Dans un premier temps, nous avons confirmé que la prise en charge ostéopathique est efficace et permet de réduire le handicap. Dans un second temps nous n'avons pas pu affirmer que la prise en charge entre 7 et 15 jours post-partum permettait une diminution du score ODI significativement différente du groupe à 90 jours.

Regardons maintenant si la diminution du handicap de G1o est plus durable dans le temps que celle de G2o.

Pour ce faire nous allons comparer l'évolution entre J0 et J+2 puis l'évolution entre J+2 et J+15 pour G1o, G2o et G1t, afin de savoir si le soin ostéopathique est durable dans le temps.

Pour cette hypothèse, notre groupe référent est G1o. Il ne peut être comparé qu'avec son groupe témoin afin d'apporter de la force statistique dans l'analyse des résultats, et avec G2o, qui est l'échantillon à comparer afin de répondre à l'hypothèse. G2t n'a donc pas d'intérêt et ne sera donc pas utilisé.

### Résultats du score ODI (%) à J0, J+2 et J+15 pour G1o, G2o et G1t.



Dans le 1<sup>er</sup> graphique, les histogrammes nous permettent de visualiser les scores ODI au sein de chaque groupe à J0 ; J+2 et J+15. Nous pouvons constater une perte de handicap quel que soit le groupe. Il est important d'observer ici, un score ODI pour G1o quasiment divisé par trois ; un score ODI pour G2o divisé par deux et un score ODI pour G1t qui diminue, mais très faiblement comparé aux autres, entre J0 et J+15.

Dans le 2<sup>ème</sup> graphique, les courbes représentent également les scores ODI mais cette fois ci, nous les avons superposés afin de pouvoir comparer leurs évolutions, en fonction du temps, qui sont traduit ici par les pentes des courbes : en jaune on retrouve le groupe G1o, en rouge le G2o et en vert G1t.

Ce graphique nous permet d'observer une pente négative entre J0 et J+15 pour chaque groupe ce qui correspond à une perte de handicap. Le groupe G1o observe une pente plus prononcée : -9,7, alors que celle de G2o est de -5,6 et -3,3 pour G1t.

En segmentant les périodes, c'est-à-dire de J0 à J+2 et de J+2 à J+15, nous constatons que les pentes de G1o et G2o sont quasi parallèles dans la première période. Tandis que, dans la seconde période, les deux courbes se rejoignent. Cela signifie que c'est à ce moment-là qu'il existe une vraie différence entre les deux groupes.

Bien que la perte de handicap reste quasi identique entre les groupes G1o et G2o représentés par des courbes parallèles entre J0 et J+2 nous constatons que cette perte est beaucoup plus marquée entre J+2 et J+15 pour G1o. Même si la différence entre ces groupes n'est pas significative, la valeur de la P-value est proche de l'être. P-value= 0,16 (p>0,10).

Intéressons-nous maintenant à la perte d'handicap pendant ces deux périodes. Et comparons-les entre-elles deux à deux.

### Évaluation et comparaison entre G1o et G2o de la perte de handicap entre J+2 et J+15.

section	Handicap moyen du questionnaire à J0			Perte de handicap entre J0 et J+2			Perte de handicap entre J+2 et J+15		
	G1o	G2o	P Value	G1o	G2o	P Value	G1o	G2o	P Value
Douleur	2,6	2,4	0.70	-1,0	-1,1	0.82	-0,7	-0,3	0.39
Soins personnels	1,0	0,9	0.75	-0,1	-0,7	0.02	-0,6	0,1	0.13
Soulèvement d'objets	1,9	1,6	0.63	-0,4	-0,5	0.48	-0,9	-0,2	0.34
Marche	0,6	0,2	0.30	-0,1	0,0	0.34	-0,3	0,0	0.33
Position assise	2,0	0,6	0.03	-0,9	-0,3	0.16	-0,3	-0,2	0.11
Position debout	1,4	1,4	1.00	-0,5	-0,3	0.18	-0,3	-0,2	0.74
Sommeil	1,2	0,5	0.20	-0,4	0,0	0.10	-0,4	0,0	0.15
Vie sexuelle	1,5	0,8	0.41	0,0	0,0		-0,6	-0,2	0.36
Vie sociale	1,3	0,8	0.40	-0,2	-0,1	0.66	-0,4	-0,2	0.70
Voyages	1,1	0,7	0.31	-0,3	-0,5	0.39	-0,5	-0,1	0.23
ODI (%)	29,2	20,1	0.24	-8,0	-8,3	0.91	-11,4	-2,8	0.16

Ce tableau nous permet de visualiser le score ODI pour les groupes ostéopathiques à J0 (en rouge dans la première partie du tableau) suivi de la perte de handicap de G1o et G2o par période segmentée, c'est-à-dire entre J0/J+2 et J+2/J+15 (en vert dans la 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> partie du tableau).

La P-value permet de comparer les moyennes de G1o et G2o.

Comme vu précédemment, l'évolution du score ODI est similaire entre les deux groupes pour la première période. Ce qui explique le parallélisme des pentes vu dans le 2<sup>ème</sup> graphique.

Concernant la seconde période, nous constatons une perte de handicap plus importante (-11,4%) pour G1o, comme indiqué dans l'étude des pentes. Cependant avec une P-value de 0,16 ; la différence entre les groupes n'est pas significative (p>0,10).

## Évolution et comparaison entre G1o et G1t de la perte de handicap entre J+2 et J+15.

section	Handicap moyen du questionnaire à J0			Perte de handicap entre J0 et J+2			Perte de handicap entre J+2 et J+15		
	G1o	G1t	P Value	G1o	G1t	P Value	G1o	G1t	P Value
Douleur	2.6	2.6	1.00	-1.0	-0.1	0.05	-0.7	-0.5	0.36
Soins personnels	1.0	1.0	1.00	-0.1	-0.1	1.00	-0.6	0.0	0.25
Soulèvement d'objets	1.9	1.5	0.65	-0.4	-0.3	0.71	-0.9	-0.4	0.34
Marche	0.6	0.5	1.00	-0.1	0.0	0.34	-0.3	0.0	0.08
Position assise	2.0	1.8	0.70	-0.9	0.0	0.05	-0.8	-0.5	0.29
Position debout	1.4	1.9	0.22	-0.5	-0.3	0.18	-0.3	-0.1	0.81
Sommeil	1.2	1.0	1.00	-0.4	-0.1	0.24	-0.4	0.1	0.06
Vie sexuelle	1.5	1.4	0.79	0.0	-0.1	0.17	-0.6	-0.1	0.23
Vie sociale	1.3	0.9	0.52	-0.2	0.0	0.34	-0.4	-0.3	0.64
Voyages	1.1	0.9	0.62	-0.3	0.0	0.08	-0.5	-0.5	1.00
ODI (%)	29.2	26.8	0.85	-8.0	-2.0	0.04	-11.4	-4.5	0.19

Ce tableau nous permet de visualiser le score ODI pour G1o et G1t à J0 (en rouge dans la première partie du tableau) suivi de leur perte de handicap par période segmentée, c'est-à-dire entre J0/J+2 et J+2/J+15 (en vert dans la 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> partie du tableau).

Vérifions maintenant que l'évolution n'est pas liée uniquement à l'effet du temps. La P-value permet de comparer les moyennes de G1o et G1t.

Pour différencier si c'est le soin ostéopathe ou l'effet du temps qui est à l'origine de cette amélioration, nous avons comparé la perte de handicap du groupe G1o avec celle de G1t pendant la première et la deuxième période.

Pour la première période (entre J0 et J+2), nous observons une perte de handicap plus élevée pour G1o (-8,0%) que pour G1t (-2,0%). La **différence retrouvée est significative** P-value = 0,04 ( $p \leq 0,10$ ).

Concernant la seconde période (entre J+2 et J+15), la perte est également plus importante pour G1o (-11,4%) que pour G1t (-4,5%), mais **cette différence n'est pas significative** P-value = 0,19 ( $p > 0,10$ ). Nous constatons néanmoins une forte tendance à la baisse du score ODI de G1t, avec une P-value proche d'être significative.

**La troisième hypothèse opérationnelle ne peut ainsi être validée sur la notion de durabilité des bienfaits du soin ostéopathe.**

Cependant, afin d'approfondir cette réflexion et d'affiner nos résultats, il aurait été intéressant de recenser les valeurs observées sur du plus long terme, afin de connaître les résultats d'un questionnaire plus tardif.

**Conclusion :** En regard des résultats obtenus nous ne pouvons pas valider la troisième hypothèse opérationnelle. La perte de handicap est plus importante pour G1o que pour G2o et G1t pendant la seconde période mais cependant les différences ne se sont pas révélées significatives entre les groupes 2 à 2.

## 7.5. Synthèse des résultats de l'enquête.

- Dans un premier temps, nous avons pu prouver que **l'ostéopathie est efficace** dans le soin de la femme lombalgique en post-partum.  
En effet, il existe une différence significative en ce qui concerne la perte de handicap entre les groupes ayant reçu un soin ostéopathique (Go : -8,2% sur le score ODI) et les groupes témoins (Gt : -3,1% sur le score ODI) : P-value = 0,01 ( $p \leq 0,10$ )
- Dans un second temps, nous n'avons pas pu prouver que le soin ostéopathique était plus efficace lorsque celui-ci était réalisé dans les 15 jours post-partum (G1o) plutôt qu'à 90 jours post-partum (G2o).  
La perte de handicap pour les deux groupes selon la date de prise en charge s'est avérée similaire (-8,0% sur le score d'ODI pour G1o et -8,3% pour G2o) : P-value = 0,91 ( $p > 0,10$ ).
- Enfin, nous n'avons pas pu prouver que les effets du soin ostéopathique étaient plus durables dans le temps lorsque le soin était réalisé dans les 15 jours post-partum.  
La différence entre les pertes de handicap, entre J+2 et J+15 après la séance, de G1o et G2o n'est pas significative (G1o : -11,4% sur le score ODI et -2,8% pour G2o) : P-value = 0,16 ( $p > 0,10$ ) et elle ne l'est pas non plus entre G1o et G1t (G1o : -11,4% et G1t : -4,5% sur le score ODI) : P-value = 0,19 ( $p > 0,10$ ).

À l'issue de cette étude, nous pouvons constater qu'au vu des résultats obtenus, il nous est impossible de valider l'hypothèse de départ dans son intégralité.

**L'ostéopathie s'avère être efficace dans la prise en charge des femmes lombalgiques en post-partum.**

**Néanmoins, les hypothèses opérationnelles 2 et 3 sont non statistiquement significatives, mais démontrent un intérêt clinique observable.**

## 8. DISCUSSION

Pendant neuf mois le corps de la femme est en perpétuelle modification avec à son issue, un évènement brutal et traumatisant qu'est l'accouchement.

Nous avons mis en évidence dans la première partie de ce travail de recherche toutes les structures impliquées dans l'accouchement qui peuvent être potentiellement siège de lésion. L'ostéopathie, selon la logique du MFOS étudié à l'IFSOR, se propose de soulager les femmes en post-partum.

Dans cette étude, nous avons essayé de démontrer que la prise en charge ostéopathique de la femme lombalgique est efficace, et dans une seconde hypothèse que la prise en charge dans les 15 jours post-partum, permettait une récupération durable et plus rapide de qualité de vie qui se traduit par une perte de handicap dans le temps.

L'efficacité de l'ostéopathie a été démontrée et corrobore l'étude de LE CALVEZ, Nolwenn<sup>112</sup>, qui a également observé les bienfaits de l'ostéopathie structurale en post-partum. Cependant les hypothèses concernant la date de prise en charge ainsi que la durabilité n'ont pas pu être validées.

Nous nous proposons ici de donner et d'expliquer les points forts et les limites de notre travail de recherche.

### 8.1. Points forts et limites de l'enquête.

#### 8.1.1. Protocole.

La réalisation de groupes témoins constitue un point fort de cette étude car elle nous permet de renforcer la fiabilité et la force statistique de celle-ci. Cependant, ayant été réalisés en aval, la randomisation des groupes n'a pas été respectée. De plus, par manque de temps, l'échantillon témoin était plus faible que l'échantillon ostéopathique.

#### 8.1.2. Prise en charge et durée du suivi.

Le suivi des femmes étudiées a été effectué sur 15 jours et en une seule séance d'ostéopathie. Ces critères ont été choisis afin de ne pas contraindre les femmes trop souvent, ni sur une trop longue période, compte-tenu de leur nouvelle responsabilité.

Par soucis d'organisation, les séances d'ostéopathie ont été réalisées sur des lieux différents selon les groupes. En effet, les femmes entre 7 et 15 jours post-partum ont été vues à leur domicile, tandis que les femmes à 90 jours post-partum, au cabinet.

Cela constitue un biais car les sujets n'ont pas été vus dans les mêmes conditions. Cependant, ce biais était nécessaire, afin de constituer un échantillon pour « les groupes 1 », car les femmes de ces groupes étaient beaucoup moins disponibles.

---

<sup>112</sup>LE CALVEZ, Nolwenn. *Recherche de l'apport ostéopathique dans le cadre du post-partum*. Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Ostéopathe. Rennes : Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes, 2018, p 44. Format PDF.

### 8.1.3. Questionnaire.<sup>113</sup>

Le choix du questionnaire Oswestry a été motivé pour plusieurs raisons :

Le questionnaire Oswestry utilisé est un outil validé par l'HAS, ce qui représente un point fort dans le cadre de cette étude. De plus, dans sa conception, il permet une accessibilité à tous, par sa facilité de compréhension pour les participantes, mais également le traitement et l'analyse des données par le professionnel.

Ce questionnaire concerne la qualité de vie générale des patientes lombalgiques. Les points abordés ou items sont : la douleur, les soins personnels, le soulèvement d'objets, la marche, la position assise, la position debout, le sommeil, la vie sexuelle, la vie sociale et les voyages. Comme expliqué dans le corpus théorique, les structures anatomiques éventuellement lésées durant la grossesse et l'accouchement affectent plus ou moins ces items mesurés.

Ce questionnaire a constitué un outil intéressant dans cette étude, car représentatif de manière fidèle aux plaintes retrouvées chez les participantes.

Le protocole implique que le questionnaire soit rempli à trois dates différentes par l'ensemble des participantes. La présence du professionnel à la première date a permis un remplissage consciencieux de chacune d'entre-elles. Les deux questionnaires restants, étant remplis à leur domicile, ne garantissent pas l'entière implication des participantes ce qui pourrait potentiellement remettre en cause la fiabilité des réponses.

### 8.1.4. La gratuité du soin.<sup>114</sup>

L'acte ostéopathe étant onéreux et non conventionné, n'est pas forcément accessible à tous. Le caractère expérimental de cette étude nous impose la gratuité du soin ostéopathe. Cette dernière nous a facilité le recensement des participantes, qui ont répondu en grand nombre positivement à la participation de l'étude. Cela a suscité l'intérêt des personnes réticentes ou n'ayant pas connaissance de notre spécialité.

Cependant, l'effet pervers pouvant découler d'un acte gratuit est la non-implication des participantes au moment de répondre et de rendre le questionnaire<sup>115</sup>. Durant cette enquête, il a parfois été nécessaire de les relancer afin que les délais de retour des questionnaires soient tenus et respectés.

Cette étude a entraîné la poursuite du suivi ostéopathe pour certaines participantes restant douloureuse hors du cadre de ce travail de recherche. Il est intéressant de constater que face à la douleur, l'aspect financier ne s'est pas avéré être un frein.

### 8.1.5. Les expérimentateurs.

Durant ce travail de recherche, l'auteur, étudiant en ostéopathie en fin de cursus, a été à la fois le manipulateur, et le recenseur des données. En ayant connaissance de tous les paramètres, l'expérimentateur pourrait influencer involontairement les résultats de l'enquête.

---

<sup>113</sup>Questionnaire de OSWESTRY – Kinéapp [En ligne]. (Octobre 2017). Disponible sur : <http://kineapp.com/blog/questionnaire-de-oswestry/>.

<sup>114</sup>MANIKAM, Diana et MAUDUIT, Marine. *Pourquoi les femmes enceintes lombalgiques en fin de grossesse ont-elles recouru à l'ostéopathie ?* [En ligne] Thèse de doctorat en médecine. Toulouse : Université Toulouse III, 2015, 79, page 26 et 47. Format PDF. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/958/>.

<sup>115</sup>WEINBERG, Mireille. Les effets pervers de la gratuité des dépenses de santé. [En ligne], L'Opinion, (Mars 2018). (Consulté le 02/08/2019). Disponible sur : <https://www.lopinion.fr/edition/economie/effets-pervers-gratuite-depenses-sante-145386>.

Le manque d'expérience et le nouveau statut de chercheur ont également rajouté de la difficulté à l'exercice. Pour limiter ces biais, il aurait été préférable que les manipulations soient réalisées par une autre personne, un ostéopathe confirmé dans l'idéal, n'ayant pas connaissance des objectifs de l'étude.

De plus, l'acte ostéopathique étant manipulateur-dépendant, une étude multicentrique aurait permis d'optimiser la fiabilité des résultats.<sup>116</sup>

#### 8.1.6. Population.

Dans cette étude, le mode de recensement diversifié des femmes étudiées, via les réseaux sociaux, mon entourage, ainsi que par une sage-femme, nous a permis d'assurer une certaine hétérogénéité du public étudié, et donc d'avoir un panel plus représentatif de la population générale. Cela constitue un point fort de cette enquête.

En revanche, nous avons utilisé un faible échantillon de population ce qui ne permet pas de généraliser les résultats. C'est pour cette raison que nous avons baissé le seuil de significativité des résultats statistiques en passant de 95% à 90%.

Dans le cas d'une enquête ultérieure, il serait pertinent d'augmenter le volume de l'échantillon afin d'améliorer l'impact, la puissance et la fiabilité de l'étude.

#### 8.1.7. Prise en charge pluriprofessionnelle de la douleur.

Lors de la recherche de participantes pour cette étude, l'échange avec les sages-femmes a été beaucoup plus facile qu'avec les médecins. D'après la littérature, la prise en charge de la douleur n'est correctement réalisée que dans 35% des cas en post-partum<sup>117</sup>.

De plus les douleurs lombaires sont considérées comme les « petits maux de la grossesse ». La réorientation des femmes vers un ostéopathe est rare de la part des médecins, sceptiques concernant l'efficacité de l'ostéopathie, mais plus fréquente de la part des sages-femmes.<sup>118</sup>

<sup>119</sup>

## 8.2. Apport de l'étude.

Sur le plan scientifique, cette étude a révélé l'intérêt et la validité de l'ostéopathie structurelle dans la prise en charge des femmes lombalgiques en post-partum, ce qui contribue à l'amélioration de la qualité de vie de ces dernières durant cette période.

En se référant à la littérature, nous avons pu constater que cette étude était concernée par la définition de « **prévention** » donné par L'HAS : « *la prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités ; sont classiquement*

---

<sup>116</sup>BARRY, Caroline et FALISSARD, Bruno. Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie [En ligne] INSERM, 2012, 194 pages. Disponible sur : [https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm\\_RapportThematique\\_EvaluationEfficaciteOsteopathie\\_2012.pdf](https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteOsteopathie_2012.pdf). (Consulté le 02/08/2019).

<sup>117</sup>DEWEZ, Ambre. *Prise en charge de la douleur maternelle dans le post-partum : Évaluation des pratiques professionnelles au sein du Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble.* [En ligne] Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme. Grenoble : Université Grenoble-Alpes, 2018, page 30. Format PDF. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01878907/document>.

<sup>118</sup>BATONAT, Maryse. *Petits maux de la grossesse : Étude de la lombalgie.* [En ligne] Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme. Paris : Université Paris Descartes, 2010, page 57. Format PDF. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00558463/document>.

<sup>119</sup>MANIKAM, Diana et MAUDUIT, Marine. *Pourquoi les femmes enceintes lombalgiques en fin de grossesse ont-elles recouru à l'ostéopathie ?* [En ligne] Thèse de doctorat en médecine. Toulouse : Université Toulouse III, 2015, 79, pages 23 et 24. Format PDF. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/958/>.

distinguées la prévention primaire qui agit en amont de la maladie (ex : vaccination et action sur les facteurs de risque), **la prévention secondaire** qui agit à un stade **précoce** de son évolution (dépistages), et la **prévention tertiaire** qui agit sur les complications et les risques de **récidive**.<sup>120</sup> »

Nous constatons que la précocité de la prise en charge (soit la temporalité) est un des points étudiés de notre travail de recherche. Nous aurions pu aller plus loin dans notre étude avec un questionnaire plus tardif, comme évoqué plus haut dans le chapitre 8.2.3, qui répondrait alors à la troisième préconisation de l'HAS.

Ainsi notre protocole pourrait s'inscrire dans une faible mesure dans la prévention secondaire et tertiaire. Nous voyons ici l'importance d'un questionnaire Oswestry remis à plus long terme afin d'étudier les risques de récurrence.

Nous avons pu également, grâce à ce travail de recherche, assurer la transmission de savoir aux participantes, face à la méconnaissance de l'ostéopathie et de ses bienfaits notamment dans le cadre de la prise en charge de la douleur durant et après la grossesse.

Aussi, cette étude a également permis d'appuyer **la logique** du MFOS étudié à l'IFSOR, qui par son application, a contribué à valider l'intérêt de l'ostéopathie structurale dans la prise en charge des femmes lombalgiques en post-partum.

Hormis le cadre purement scientifique, ce travail de recherche m'a également permis d'enrichir ma pratique professionnelle en renforçant mes connaissances sur la biomécanique de l'accouchement, les spécificités et complications du post-partum mais aussi sur la prise en charge de la douleur des femmes lombalgiques en post-partum.

La rédaction de ce mémoire m'a fait sortir de ma zone de confort et m'a permis de faire preuve de rigueur et de discipline, tout au long de sa rédaction mais aussi lors de la réalisation de l'enquête. Malgré les difficultés rencontrées, je ressors de ce travail grandi.

---

<sup>120</sup>Haute Autorité de Santé – Portail HAS Professionnels. **[En ligne]** *Dépistage et prévention*. Article HAS, (mis en ligne le 31 août 2006) Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_410171/fr/depistage-et-prevention](https://www.has-sante.fr/jcms/c_410171/fr/depistage-et-prevention) (consulté le 04/07/2019).

## CONCLUSION

Ce travail de recherche avait pour objectif de démontrer d'une part, l'efficacité du soin ostéopathique, et d'autre part si la prise en charge précoce de la femme lombalgique en post-partum, permettait une plus grande efficacité et durabilité dans le temps.

La grossesse, l'accouchement et le post-partum concernent une zone physique étendue, avec une probabilité de développement de LTRs anatomiquement aléatoire. Ces structures impliquées ont un intérêt ostéopathique selon le modèle du MFOS étudié à l'IFSOR.

Cependant, la littérature ainsi que la pratique, nous ont démontré que l'ostéopathie n'était pas toujours l'approche privilégiée par les professionnels dans la réorientation des patientes dans la recherche de l'amélioration de leur qualité de vie.

Ce travail a permis, par sa réalisation, de conforter l'apport bénéfique de l'ostéopathie structurelle dans la prise en charge des femmes lombalgiques en post-partum. Bien que statistiquement les bénéfices de la précocité de la prise en charge n'aient pas pu être validés par cette étude, les résultats cliniques montrent une tendance observable. Bien que le temps fasse son effet, l'ostéopathie semble être un catalyseur de gain de qualité de vie.

Au vu des résultats et des recommandations mises en place par l'HAS, il serait intéressant de faire une nouvelle étude incluant le soin ostéopathique dans une démarche pluridisciplinaire de la prise en charge des femmes tout au long de leur grossesse et du post-partum.

Cette démarche nous permettrait d'une part, de consolider les bénéfices apportés par l'ostéopathie structurelle, mais également de participer aux trois niveaux de prévention dans le cadre de la lombalgie chez la femme enceinte dans un objectif d'amélioration et d'optimisation de la santé.

## BIBLIOGRAPHIE

### Articles :

- ATENODORO, R. *Rectum et Anus*. Manuel MSD, version pour le grand public, Décembre 2014 [En ligne] Disponible sur : <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/troubles-digestifs/biologie-de-l-appareil-digestif/rectum-et-anus>.
- AUBIN, I. *Incontinence urinaire du post-partum : l'évoquer dans la consultation suivant l'accouchement*. La Revue Exercer, Mars/ Avril 2006 n°77, pages 40-44.
- BONTOUX, Daniel. *Thérapies complémentaires- acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi- leur place parmi les ressources de soins*. [En ligne] Bulletin Académie Nationale de Médecine, Mars 2013, 197, N°3, pages 717-757.
- BRUYÈRE, M. *Modifications physiologiques de la femme enceinte*. [En ligne] Pathologies maternelles et grossesse, 2014, Elsevier Masson, pages 1-16.
- BUTTIN, R. et Al. *Simulation biomécanique de la descente fœtale sans trajectoire théorique imposée*. [En ligne] Revue Électronique Francophone d'Informations Graphiques, 2011, Volume 5, N°2, pages 1-13.
- CHARLIER, V et al. *Analgsie péridurale obstétricale et lombalgie du post-partum : un lien de cause à effet ?* [En ligne] Revue Médicale de Liège (2012), Liège. N°67, pages 16-20.
- DALIBON, Pierre. *Le post-partum, une période de transition*. [En ligne] Actualités Pharmaceutiques. Vol.56, N° 564, Mars 2017, Elsevier Masson, pages 40-44. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0515370017300113>.
- DEFFIEUX, X. *Incontinence urinaire et grossesse*. Journal de gynécologie obstétrique et biologique de la reproduction. 2009, EM CONSULT.
- Douleurs Chroniques. *Lombalgie à distance de l'accouchement*. 2016. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.douleurs-chroniques.fr/blog/pathologie/lombalgie-a-distance-de-laccouchement-3/>.
- HENRY, F et Al. *Jambes lourdes et microangiopathie de stase : approches préventives et thérapeutiques*. *Revue Médicale de Liège*. 2003 [En ligne]. Vol.58, N°6, pages 435-438. Disponible sur : <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/8414/1/JAMBES%20LOURDES.pdf>
- KNUDTSON, Jennifer. *Organes génitaux féminins internes*. Manuel MSD, version pour le grand public, Septembre 2016. [En ligne]. Disponible sur <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/problèmes-de-santé-de-la-femme/biologie-de-l-appareil-génital-féminin/organes-génitaux-féminins-internes>.
- LAHRABLI, S et al. *La coccygodynie : du diagnostic à la thérapeutique* [En ligne] Journal de Réadaptation médicale, 2015. Volume 35, n°2, pages 103-110.
- MILON, D et YVEN, T. *Déficits neurologiques post-accouchement*. Hôpital Sud de Rennes. [En ligne]. [Document non publié]. Disponible sur

[https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Deficit neurologique post accouchement.pdf](https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Deficit_neurologique_post_accouchement.pdf).

- PELLERIN, M et Al. *Étude IRM du pelvis normal en post-partum immédiat*. 1999. **[En ligne]** J Radiol, N°80, pages 579-584.
- TAYRAC, R. et SCHANTZ, C. *Lésions pelvi-périnéales obstétricales : anatomie, physiologie, physiopathologie, et situations particulières. RPC prévention et protection périnéale en obstétrique*. CNGOF. 2018. **[En ligne]** Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. N°3046, 13 pages.
- WEIDNER, A, C et al. *Neuropathic injury to the levator ani occurs in one in four primiparous women*. 2006. **[En ligne]** American Journal of Obstetrics & Gynecology, n°195,1851-6.
- WEINBERG, Mireille. *Les effets pervers de la gratuité des dépenses de santé*. Mars 2018. **[En ligne]**, L'Opinion. Disponible sur : <https://www.lopinion.fr/edition/economie/effets-pervers-gratuite-depenses-sante-145386>.
- YIOU, René. et Al. *Anatomie fonctionnelle du plancher pelvien*. **[En ligne]** Progrès en urologie, 2009, N°19, pages 916-925.

#### Brochures / Recommandations / Protocoles :

- Brochure au patient. *Prolapsus génital de la femme : En parler pour mieux le traiter*. **[En ligne]** (2018). Hôpitaux Universitaires de Genève. Disponible sur <https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/prolapsus.pdf>.
- CIRCULAIRE N°DHOS/E2/2002/266 du 30 avril 2002. *Circulaire du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé*. **[En ligne]** Format PDF. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire\\_266\\_300402.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_266_300402.pdf).
- Dossier Thématique remis gratuitement par le Collège National des Sages-Femmes (CNSF). *Sages-femmes et petits « maux » de la grossesse : autre regard, autres pratiques*. 2012. **[En ligne]** Disponible sur : <https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2017/11/cnsf-dossiers-thematiques-2012-sage-femme-et-petits-maux-de-la-grossesse-autre-regard-autres-pratiques.pdf>.
- Dr ACCROMBESSIE. *Prise en charge des douleurs du post-partum*. Protocole obstétrique N°20, Réseau Périnat Guyane. 2014 **[En ligne]**. Format PDF. Disponible sur : [http://www.mdr-973.fr/reseau-perinat/espace-professionnels/protocoles/protocoles-obstetricaux/item/download/257\\_b751da9c16d546dbf8d73b777a20c986](http://www.mdr-973.fr/reseau-perinat/espace-professionnels/protocoles/protocoles-obstetricaux/item/download/257_b751da9c16d546dbf8d73b777a20c986)
- FABRES-CLERGUE, C. *Guide pour la pratique des sages-femmes en rééducation pelvi-périnéale*. Commission du périnée du CNSF dossier. 2014. **[En ligne]**. Format PDF. Disponible sur : <https://static.cnfs.asso.fr/wp-content/uploads/2018/05/Rééducation-pelvi-périnéale-2014.pdf>.
- *Livret d'informations sur l'accouchement par césarienne programmée*. Secteur Naissance de l'Hôpital Paule de Viguier de Toulouse. **[En ligne]** (Dernière mise à jour en Mars 2014) [Document non publié]. Format PDF. Disponible sur : [https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/403279\\_-\\_pdv-14.pdf](https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/403279_-_pdv-14.pdf).

- Organisation Mondiale de la Santé. *Lutte contre le cancer du col de l'utérus : Guide des pratiques essentielles*. 2<sup>e</sup> édition. 2017 **[En ligne]** [Document non publié]. Format PDF. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254713/9789242548952-fre.pdf?sequence=1>.
- PARENTEAU, Suzanne. *Les méthodes naturelles après une naissance*. 2017 [En ligne]. Format PDF. Disponible sur : [https://nourrisourcementsreal.org/data/resource/place\\_file/resource-542-2018-06-21-150942-444300.pdf](https://nourrisourcementsreal.org/data/resource/place_file/resource-542-2018-06-21-150942-444300.pdf).
- *Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution*. 2000 **[En ligne]** Services des Recommandations et Références Professionnelles, ANAES. Format PDF [Document non publié] Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/lombal.pdf>.
- *Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés*. Méthodes Recommandations pour la pratique clinique. HAS. Mars 2014. [Document non publié].
- World Health Organization. *Benchmarks for training in traditional / complementary and alternative medicine: Benchmarks for training osteopathy*. 2010 [Document non publié]. Format PDF. Disponible sur : <https://www.who.int/medicines/areas/traditional/BenchmarksforTraininginOsteopathy.pdf?ua=1>.

#### Études Scientifiques :

- BARRY, Caroline et FALISSARD, Bruno. *Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie*. 2012 **[En ligne]** INSERM, 194 pages. Disponible sur : [https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm\\_RapportThematique\\_EvaluationEfficaciteOsteopathie\\_2012.pdf](https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteOsteopathie_2012.pdf).
- BAZELY, Pierre et CATTEAU, Christine. *État de santé, offre de soin dans les départements d'Outre-mer : Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion*. Juin 2001. **[En ligne]** Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. N°14, Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud14.pdf>.

#### Images :

- Les fondamentaux de la pathologie digestive - *Rectum et Canal Anal*. Octobre 2014 **[En ligne]**, **[schéma]** Éditions Elsevier-Masson, Disponible sur : [https://www.snfge.org/sites/default/files/SNFGE/Formation/chap-5\\_fondamentaux-pathologie-digestive\\_octobre-2014.pdf](https://www.snfge.org/sites/default/files/SNFGE/Formation/chap-5_fondamentaux-pathologie-digestive_octobre-2014.pdf).

#### Mémoires :

- ANCEL, Émilie. *Traitement des douleurs osseuses, musculaires et ligamentaires dans le post-partum*. **[En ligne]** Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme. Nancy : Université Nancy I, 2018, 86 pages. Format PDF. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01890803/document>.

- ARSAC, Lucie. *Les différentes modalités d'accompagnement au retour à domicile permettent-elles de répondre aux attentes des patientes en post-partum.* **[En ligne]** Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme. Clermont- Ferrand : Université Clermont I, 2015, 95 pages. Format PDF. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01338812/document.£>
- BARBIER-GODARD, Christine. *Fasciathérapie et problématiques – Abdominaux-Lombopelviennes chez la femme enceinte. Étude de ma pratique auprès des femmes enceintes en cabinet de kinésithérapie – fasciathérapie.* **[En ligne]** Mémoire pour l'obtention d'un Master en Psychopédagogie perceptive. Porto : Université Fernando PESSOA, 2013, 298 pages. Format PDF. Disponible sur : <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3674/1/Mémoirechristinebarbiernodard.pdf>.
- BARTHELEMY, Natacha. *Quelle est la fréquence des douleurs périnéales secondaires à un accouchement voie basse ?* **[En ligne]** Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme. Nancy : Université Nancy I, 2009, 72 pages. Format PDF. Disponible sur : [http://www.docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED\\_MESF\\_2009\\_BARTHELEMY/NATACHA.pdf](http://www.docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2009_BARTHELEMY/NATACHA.pdf)
- BATONAT, Maryse. *Petits maux de la grossesse : Étude de la lombalgie.* **[En ligne]** Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme. Paris : Université Paris Descartes, 2010, 71 pages. Format PDF. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00558463/document>.
- DELOGE, François. *Effet de la manipulation structurelle articulaire de la première côte sur le flux sanguin de l'artère radiale mesuré par écho-Doppler.* Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Ostéopathie. Rennes : Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes, 2019, 85 pages. Format PDF.
- DEWEZ, Ambre. *Prise en charge de la douleur maternelle dans le post-partum : Évaluation des pratiques professionnelles au sein du Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble.* **[En ligne]** Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme. Grenoble : Université Grenoble-Alpes, 2018, 62 pages. Format PDF. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01878907/document>.
- GOZET, Laurine. *Périnée et rééducation périnéale : Connaissances et influence sur l'observance des femmes.* **[En ligne]** Mémoire pour l'obtention du diplôme d'État de Sage-Femme. Lille : Université Lille II, 2015, 68 pages. Format PDF. Disponible sur [http://www.reeducation-perinee.org/ressources/ebooks/memoire\\_gozet\\_perinee.pdf](http://www.reeducation-perinee.org/ressources/ebooks/memoire_gozet_perinee.pdf).
- KERJEAN, Céline. *Impact du traitement en ostéopathie structurelle sur les patients présentant des pyrosis sans œsophagite érosive et résistant au traitement par inhibiteur de la pompe à protons (IPP).* **[En ligne]** Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Ostéopathe. Rennes : Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes, 2018, 56 pages. Format PDF. Disponible sur : <https://www.bretagne-osteopathie.com/ifso/travaux-etudiants-promo9.html>.
- LAGARRE, Régis. *Apport de l'ostéopathie structurelle dans la prise en charge des patients souffrants de pathologies de la coiffe des rotateurs.* **[En ligne]** Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Ostéopathe. Rennes : Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes, 2017, 67 pages. Format PDF. Disponible sur : <https://www.bretagne-osteopathie.com/ifso/travaux-etudiants-promo8.html>.

- LE CALVEZ, Nolwenn. *Recherche de l'apport ostéopathique dans le cadre du post-partum*. Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Ostéopathe. Rennes : Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes, 2018, 79 pages. Format PDF.
- RIO, Julie. *Préparation à l'accouchement et ostéopathie*. [En ligne] Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Ostéopathe. Paris : Federal European Register of Osteopaths, 73 pages. Format PDF. Disponible sur : [www.fero-science.com/wp-content/uploads/2015/11/00042.pdf](http://www.fero-science.com/wp-content/uploads/2015/11/00042.pdf).
- SIRVAUT, Marika. *Acupuncture en Obstétrique, L'atout pique*. [En ligne] Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme. Nancy : Université Nancy I, 2002, 84 pages. Format PDF. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01894270/document>.

#### Ouvrages :

- BOUDÉHEN, Gilles. *Soins de la femme enceinte en ostéopathie structurale*. SULLY, (2017), 233 pages.
- CAZARD-FILIETTE, Christine et Al. *Vaincre la douleur par l'hypnose et l'autohypnose*. Sélection VIGOT (2016), 128 pages.
- DE GASQUET, Bernadette. *Périnée arrêtons le massacre!*, Éditions : Marabout, (2011) 224 pages.
- FERRU, Bernard. *Ostéopathie Accouchement & Post-Partum*. Tita Editions, (2017) 360 pages.
- MARIEB, E.N. *Le bassin osseux féminin* (2014) [schéma]. Anatomie et Physiologie Humaines, PEARSON, 5<sup>e</sup> Édition.
- MARPEAU, L et Al. *Post-Partum : recommandations CNGOF pour la pratique clinique*. Elsevier Masson, (2018), 1<sup>ère</sup> édition, 384 pages.
- MULLER, C et Al. *Concours IADE*. Elsevier-Masson, (2016). 440 pages.
- NETTER, F-H. *Atlas d'anatomie humaine*. Elsevier Masson, (2011), 5<sup>ème</sup> édition, 605 pages.
- TERRAMORSI, Jean-François. *Ostéopathie Structurale. Lésion structurée- Concepts structurants*. Gepro-Éoliennes, (2013), 415 pages.
- YIOU, René. *Anatomie du Petit Bassin (cours + QCM)*. Elsevier Masson, (2011), VitalBookfile, 160 pages.

#### Sitographie :

- ACTMD : Association Canadienne des Thérapeutes en Médecines Douces. (2004) [En ligne] Disponible sur : <https://www.actmd.org/articles/200412sciatique1f.htm>.
- ALLOPATHIE : *Définition de ALLOPATHIE*. (2012) [En ligne] Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/allopathie>.

- Article L4151-1 du Code de la santé publique. Légifrance, *Le service public de la diffusion du droit* **[En ligne]**. (Dernière mise à jour : le 2 novembre 2018) Disponible sur : < <https://www.legifrance.gouv.fr> >
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL). Ortolang : Outils et Ressources pour un Traitement Optimisé de la Langue. (2012). **[En ligne]**. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/gravide>.
- Compétences M-K et Sages-Femmes. (2017) **[En ligne]** Disponible sur : <http://cdomk59.fr/wp-content/uploads/2017/10/Compétences-M-K-et-Sages-Femmes.pdf>.
- Définition de l'Acupuncture – CPMDQ. (2006) **[En ligne]** Disponible sur : [http://www.cpmdq.com/definition\\_acupuncture.htm](http://www.cpmdq.com/definition_acupuncture.htm).
- Définition : lésion-Dictionnaire de français Larousse. **[En ligne]** Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/l%C3%A9sion/46762>.
- Échelle d'incapacité d'Oswestry **[En ligne]**. Disponible sur <https://www.douleur-info.com/wp-content/uploads/2016/12/oswestry.pdf>.
- GRAVIDE : Définition de GRAVIDE. **[En ligne]**. (2012). Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/gravide>.
- Haute Autorité de Santé – Portail HAS Professionnels. **[En ligne]** *Dépistage et prévention*, article HAS, (Mis en ligne le 31 août 2006) Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_410171/fr/depistage-et-prevention](https://www.has-sante.fr/jcms/c_410171/fr/depistage-et-prevention).
- Imbibition latin imbibitio – Encyclopédie Larousse en ligne. *Définition Imbibition* : L'imbibition est un phénomène de pénétration d'un liquide dans une matière solide, poreuse ou pulvérulente, dû à la capillarité. **[En ligne]** Disponible sur : <https://larousse.fr/encyclopedia/divers/imbibition/59940>.
- Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes **[En ligne]** (Dernière mise à jour le 20/08/2019) Disponible sur : [www.bretagne-osteopathie.com/ifso/concept.html](http://www.bretagne-osteopathie.com/ifso/concept.html).
- L'échelle visuelle analogique (EVA) – *L'Antalvite*. **[En ligne]**. Disponible sur : [http://www.antalvite.fr/pdf/echelle\\_visuelle\\_analogique.htm](http://www.antalvite.fr/pdf/echelle_visuelle_analogique.htm).
- L'évaluation de la douleur/ *Récap' IDE*. (2016) **[En ligne]**. Disponible sur : <http://recap-ide.blogspot.com/2014/11/evaluation-de-la-douleur.html>.
- *L'hypnose comme thérapie comportementale et cognitive dans l'aide aux douloureux*. Institut Français d'Hypnose **[En ligne]** (Dernière modification Janvier 2013). Disponible sur : <https://www.hypnose.fr/articles-et-theses/article-hypnose-tcc-halfon/>.
- *L'ostéopathie, définition selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)* **[En ligne]** (Dernière mise à jour en Juillet 2016). Disponible sur : <https://www.osteopathie-syndicat.fr/osteopathie-definition-oms>.
- Légifrance, *Le service public de la diffusion du droit* **[En ligne]**. (Dernière mise à jour : le 2 novembre 2018) Disponible sur : < <https://www.legifrance.gouv.fr> >.

- Northwestern Health Sciences University **[En ligne]** Disponible sur : <https://www.nwhealth.edu/school-of-massage-therapy/massage-therapy-definition/>.
- *Nouveau rapport européen Euro-Péristat* – Ordre des Sages-Femmes **[En ligne]** (11/2018) Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/nouveau-rapport-europeen-euro-peristat/>.
- OSWESTRY **[En ligne]** Disponible sur : [https://www.mcgill.ca/ruischronicpain/files/ruischronicpain/questionnaire\\_oswestry.pdf](https://www.mcgill.ca/ruischronicpain/files/ruischronicpain/questionnaire_oswestry.pdf)
- *Palliaguide.be : Guidelines de soins palliatifs.* (2017-2019) **[En ligne]**. Disponible sur [www.palliaguide.be/constipation-soins-palliatifs/](http://www.palliaguide.be/constipation-soins-palliatifs/).
- *Péridurale et prise en charge de la douleur de l'accouchement* **[En ligne]** (Dernière mise à jour le 16 Juin 2016) Disponible sur : <https://www.materniteportroyal.fr/informations-medicales/informations-medicales-obstetrique/102-peridurale-douleur-accouchement.html>.
- *Petits maux de la grossesse. Comment y survivre ?* **[En ligne]**. (Dernière mise à jour le 17 juillet 2017) Disponible sur : <http://www.mon-gyneco.com/les-petits-maux-de-la-grossesse.html>.
- *Pourquoi tant d'accouchements sous péridurale en France ?* - L'Express **[En ligne]** (Dernière mise à jour le 04/09/2015) Disponible sur : [https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/pourquoi-tant-d-accouchements-sous-peridurale-en-france\\_1712141.html](https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/pourquoi-tant-d-accouchements-sous-peridurale-en-france_1712141.html).
- Questionnaire de OSWESTRY – Kinéapp. (Octobre 2017). **[En ligne]**. Disponible sur : <http://kineapp.com/blog/questionnaire-de-oswestry/>.
- *Tous les antalgiques – Soulager avec des médicaments.* **[En ligne]** Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Douleur/Soulager-avec-des-medicaments/Tous-les-antalgiques>.
- Untitled – International Association for the Study of Pain. *Aborder ensemble la problématique de la douleur.* BELGIAN PAIN SOCIETY **[En ligne]**, 18 pages. Disponible sur : [https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/NavigationMenu/Advocacy/InternationalPainSummit/Belgium\\_AddressingTheProblemOfPain.pdf](https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/NavigationMenu/Advocacy/InternationalPainSummit/Belgium_AddressingTheProblemOfPain.pdf).
- Variance et écart-type. **[En ligne]**. Disponible sur : [http://www.educatim.fr/tq/co/Module\\_TQ\\_web/co/variance.html](http://www.educatim.fr/tq/co/Module_TQ_web/co/variance.html).
- YOGA / *Définition de YOGA.* (2012) **[En ligne]**. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/yoga>.

#### Supports de Cours :

- BASTIEN, S. *Cours de neurologie fondamentale.* (2016), Bretagne ostéopathie, cours de l'école, [Document non publié]. 14 pages.
- MAURY, M. *Développement affectif du nourrisson. L'installation précoce de la relation mère-enfant et son importance.* 1ère partie : Modules transdisciplinaires – module 3 : Maturation et vulnérabilité – objectif 32 (b), (2008), p 46-53.

- MEDICO, Denise. Support de cours. *Sexualité, grossesse et post-partum*. (2006) **[En ligne]**. Disponible sur [https://www.gfmer.ch/Presentations\\_Fr/Pdf/Sexualité\\_grossesse\\_postpartum.pdf](https://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/Pdf/Sexualité_grossesse_postpartum.pdf).
- PUPPO, S. Support de cours. *Mécanismes physiopathologiques des lésions neurologiques pudendales de l'accouchement*. (2018). **[En ligne]** CHU Nord Marseille. Format PDF, [Document non publié]. 25 pages, Disponible sur : [www.convergencespp.com/wp-content/uploads/2018/06/02-PUPPO.pdf](http://www.convergencespp.com/wp-content/uploads/2018/06/02-PUPPO.pdf).
- Support de cours. *Accouchement, délivrance et suites de couches normales* (2010-2011). Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Université Médicale Virtuelle Francophone. [Document non publié] 38 pages.
- Support de cours. *Accouchement normal en présentation du sommet. Suites de couches normales*. (2016). Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). [Document non publié]. 38 pages.
- Support de cours. *Anatomie du périnée féminin*. (2011) Comité Éditorial Pédagogique de l'Université Médicale Virtuelle Francophone. [Document non publié]. 20 pages.
- Support de cours. *Complications des suites de couches*. (2014) Comité Éditorial Pédagogique de l'Université Médicale Virtuelle Francophone. [Document non publié].
- Support de cours. *Dépistage et prévention des troubles périnéo-sphinctériens*. (2011) Comité Éditorial Pédagogique de l'Université Médicale Virtuelle Francophone. [Document non publié]. 27 pages.
- Support de cours. *L'utérus gravide*. (2011). Comité Éditorial Pédagogique de l'Université Médicale Virtuelle Francophone. [Document non publié].
- Support de Cours. *Le bassin obstétrical*. (2011) Comité Éditorial Pédagogique de l'Université Médicale Virtuelle Francophone. [Document non publié]. 30 pages.
- Support de Cours. *Le travail : mécanique obstétricale – surveillance – partogramme (Premier et deuxième temps de la deuxième étape du travail)*. (2011). Comité Éditorial Pédagogique de l'Université Médicale Virtuelle Francophone. [Document non publié].
- Support de cours. *Les suites de couches physiologiques*. (2011). Comité Éditorial Pédagogique de l'Université Médicale Virtuelle Francophone. [Document non publié].
- Support de cours. *Modification physiologique de la grossesse*. (2011). Comité Éditorial Pédagogique de l'Université Médicale Virtuelle Francophone. 36 pages. [Document non publié].
- Support de cours. *Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum*-CNGOF. (2016) **[En ligne]**. Disponible sur [www.cngof.net/E-book/GO-2016/CH-42.html](http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/CH-42.html).

#### Thèses :

- CHARALAMBOS, Georgiou. *Anatomie artérielle de la vulve et application à la nymphoplastie*. **[En ligne]** Thèse de doctorat en médecine. Nice : Faculté de Médecine de Nice, 2013, 106 pages. Format PDF. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01059987>.

- FRÉMONDIÈRE, Pierre. *L'évolution de l'accouchement dans la lignée humaine. Estimation de la contrainte fœto-pelvienne par deux méthodes complémentaires : la simulation numérique de l'accouchement et l'analyse discriminante des modalités d'accouchement au sein d'un échantillon obstétrical.* [En ligne] Thèse de doctorat en médecine Marseille : Faculté de Médecine de Marseille, 2015, 270 pages. Format PDF. Disponible sur : <http://www.theses.fr/2015AIXM5013>.
  
- GOSLIN, David. *L'effet Placebo : les travaux de F. BENEDETTI, Implication pour la relation patient-acteur de santé.* [En ligne] Thèse de doctorat en pharmacie. Bordeaux : Université de Bordeaux, 2017, 130 pages. Format PDF. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01593054/document>.
  
- JACQUEMART, C. et SCHROEDER, E. *Déterminants du recours à l'ostéopathie en première intention : Enquête auprès de la patientèle d'ostéopathes exclusifs en Haute-Garonne et Hautes-Pyrénées.* [En ligne] Thèse de doctorat en médecine. Toulouse : Faculté de Médecine Toulouse III, 2017, 68 pages. Format PDF. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/1722/>.
  
- MANIKAM, Diana et MAUDUIT, Marine. *Pourquoi les femmes enceintes lombalgiques en fin de grossesse ont-elles recouru à l'ostéopathie ?* [En ligne] Thèse de doctorat en médecine. Toulouse : Université Toulouse III, 2015, 79 pages. Format PDF. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/958/>.
  
- SZERMENT, Joy. *Prise en charge de la consultation post-natale par les médecins généralistes de Normandie.* [En ligne] Thèse de doctorat en médecine. Rouen : Faculté de Médecine de Rouen, 2018, 85 pages. Format PDF. Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01920899/document>.

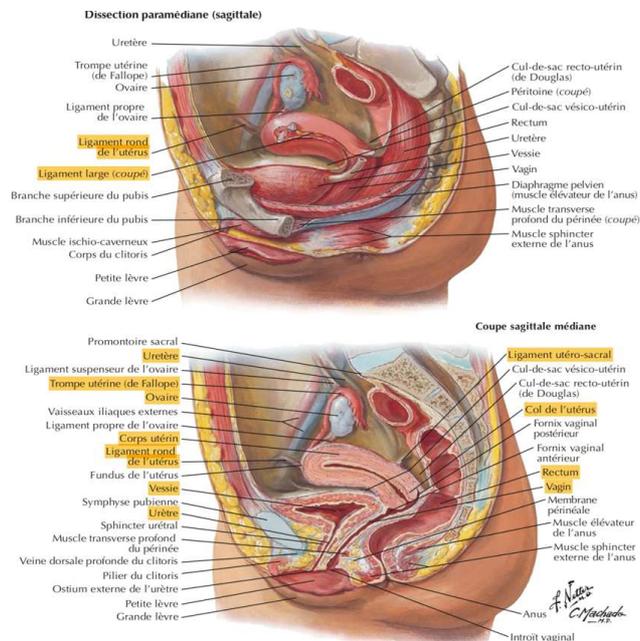
Vidéos :

- THIRIET, Patrice. ANATOMIE 3D LYON. *Arthrologie du bassin : nutation et contre-nutation, le cas de l'accouchement.* [Ajouté le 9 décembre 2013]. Vidéo exposant les mouvements rentrant dans la biomécanique de l'accouchement. [Enregistrement vidéo] In : Youtube. [Format mp4, 2'24"]. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=-34EjQdgzLo>.

# ANNEXES

## Annexe 1 : Le cadre viscéral.

### **Illustration 1 : Viscères pelviens et organes génitaux féminins coupes sagittales paramédiane et médiane<sup>121</sup>.**



- Les organes uro-génitaux :

- Le vagin :

Le vagin est une structure tubulaire, musculaire, élastique, dont la longueur chez la femme adulte est estimée entre 10 et 12 centimètres. Il relie les organes génitaux externes à l'utérus.

- L'utérus et le Col de l'utérus :

L'utérus est un organe musculaire à parois épaisses, en forme de poire, composé d'un corps et d'un col, situé au centre du bassin, derrière la vessie et en avant du rectum. Il est maintenu par des ligaments : les ligaments larges, le ligament rond, les ligaments utero sacrés et le ligament transverse.

La fonction principale de l'utérus est d'accueillir le fœtus pendant tout son développement.

- La vessie :

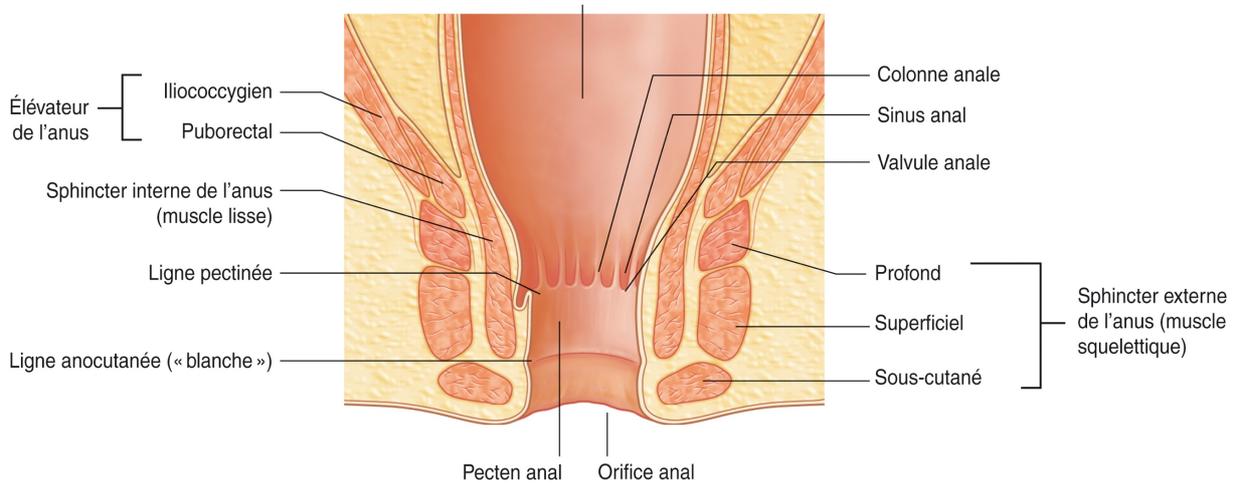
La vessie est un organe creux en forme de poire, qui assure le stockage et l'expulsion de l'urine. Elle se situe, sur un plan antéro-postérieur, derrière la symphyse pubienne et en avant du vagin dans le petit bassin.

<sup>121</sup>NETTER, F.-H. *Atlas d'anatomie humaine*. Elsevier Masson, (2011), 5<sup>ème</sup> édition, page 342.

- Les organes digestifs :
  - Le rectum et le canal anal :

Le rectum est une chambre qui débute à la fin du gros intestin, immédiatement après le colon sigmoïde, et se termine au niveau de l'anus. Il est constitué de plusieurs muscles.

**Illustration 2 : Section longitudinale du rectum et du canal anal<sup>122</sup>.**



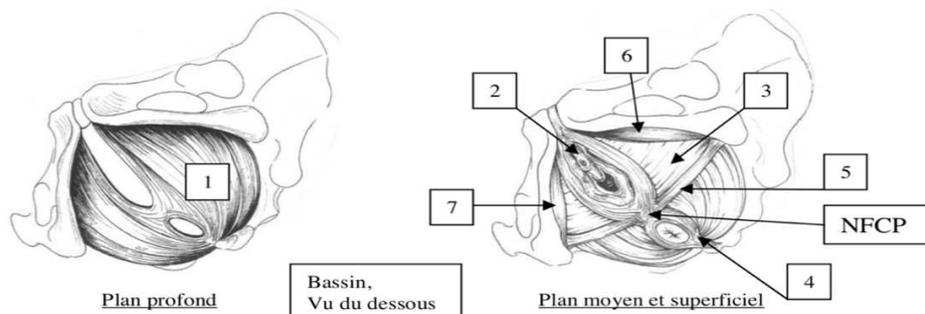
Le canal anal est entouré d'un appareil sphinctérien jouant un rôle fondamental dans la continence anale.

<sup>122</sup>Les fondamentaux de la pathologie digestive - *Rectum et Canal Anal* [En ligne], Octobre 2014 [schéma] Éditions Elsevier-Masson, Disponible sur : [https://www.snfge.org/sites/default/files/SNFGE/Formation/chap-5\\_fondamentaux-pathologie-digestive\\_octobre-2014.pdf](https://www.snfge.org/sites/default/files/SNFGE/Formation/chap-5_fondamentaux-pathologie-digestive_octobre-2014.pdf).

Annexe 2 : Détails anatomiques du périnée et du Diaphragme pelvien.

**Illustration 3 : Tableau récapitulatif des différents plans du périnée et illustration<sup>123</sup>.**

	Pubis Coccyx	Urètre	Vagin	NFCP <sup>124</sup>	Rectum
<b>Plan Profond</b>	<p style="text-align: center;"><i>Aponévrose périnéale profonde</i></p> <p style="text-align: center;">←-----Muscle releveur de l'anus (1) -----→</p> <p style="text-align: center;"><b>Muscles ischio-coccygiens</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Aponévrose périnéale moyenne</i></p>				
<b>Plan Moyen</b>	Sphincter externe de l'urètre (2)		M. transverses profonds (3)		Sphincter externe de l'anus (4)
<b>Plan Superficiel</b>	M. Bulbo-caverneux (6) M. Ischio-caverneux (7)		M. Transverses superficiels (5)		
<i>Aponévrose périnéale superficielle et peau</i>					



- L'innervation du périnée<sup>125</sup>.

L'innervation principale du diaphragme pelvien, des organes génitaux externes et du périnée provient du plexus pudendal<sup>126</sup>.

Le nerf pudendal, nerf moteur et sensitif qui se sépare en deux branches postérieures : le nerf périnéal et le nerf rectal inférieur.

→Ces derniers sont les principaux concernés par les lésions pouvant survenir lors de l'accouchement.

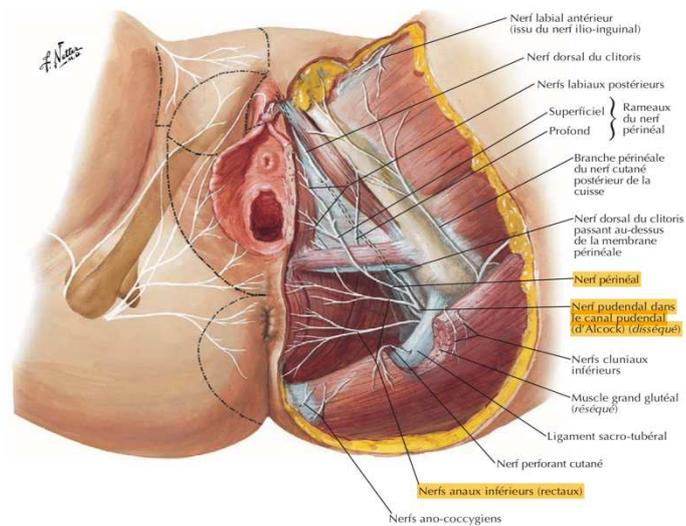
<sup>123</sup>ANCEL, Émilie. *Traitement des douleurs osseuses, musculaires et ligamentaires dans le post-partum*. [En ligne] Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme. Nancy : Université Nancy I, 2018, 86 pages. Format PDF. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01890803/document>.

<sup>124</sup>NFCP : Noyau Fibreux Central du Périnée. « C'est un ensemble fibro-musculaire sous-cutané, situé entre le vagin et le canal anal, vers lequel convergent et s'entrelacent la plupart des muscles et le faisceau pubo-périnéal de l'éleveur de l'anus. », CISMEF.

<sup>125</sup>FABRES-CLERGUE, C *Guide pour la pratique des sages-femmes en rééducation pelvi-périnéale*. Commission du périnée du CNSF\_dossier [En ligne]. 2014.

<sup>126</sup>Le plexus pudendal est issu des racines ventrales des deuxième, troisième et quatrième racines sacrées.

#### Illustration 4 : Innervation du périnée<sup>127</sup>



- La vascularisation artérielle et veineuse du périnée.

L'artère iliaque interne est la principale artère du pelvis. Sa branche antérieure ainsi que l'artère pudendale sont les principales artères nourricières du périnée.

La vascularisation veineuse est en regard de celle des artères. Au niveau du périnée, le drainage veineux se fait depuis la veine pudendale et ses collatérales vers la veine iliaque interne.

<sup>127</sup>NETTER, F-H. *Atlas d'anatomie humaine*. Elsevier Masson, (2011), 5<sup>ème</sup> édition, 605 pages.

### Annexe 3 : La lettre éclairée au patient.

#### **Information éclairée au patient.**

Merci de lire attentivement ce formulaire avant de le dater et le signer.

Je soussigné, Monsieur ZOZOR Grégory, étudiant en cinquième année en ostéopathie, effectue une étude clinique dans le cadre de mon travail de fin d'études à l'Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes.

Cette étude porte sur l'incidence temporelle de la prise en charge ostéopathique chez la femme lombalgique en post-partum.

Vous êtes invitée à participer de façon volontaire à cette étude clinique. Cependant, avant d'accepter d'y participer, il est important de lire ce formulaire qui en décrit l'objectif et les modalités pratiques.

Vous avez le droit de poser à tout moment des questions en rapport avec ce travail.

#### **Objectif et description de l'expérimentation**

Il s'agit d'une étude expérimentale qui comptera vingt personnes. L'objectif de cette expérimentation consiste à évaluer l'efficacité et la durabilité du soin ostéopathique en fonction du délai de prise en charge chez la femme lombalgique en post-partum.

Dans un premier temps, je réaliserai un bilan ostéopathique, puis, dans un second temps, j'effectuerai une séance classique ostéopathique en fonction des plaintes de la patiente. Cette dernière durera environ trente à quarante-cinq minutes.

L'étude portera sur cette séance, ainsi que sur le retour des questionnaires.

La patiente devra y répondre avant la séance, deux jours après celle-ci, et enfin deux semaines après.

#### **Promoteur de l'expérimentation**

Le promoteur de l'expérimentation est l'Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes.

#### **Participation volontaire**

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer.

Vous avez également le droit de vous retirer de l'étude à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement.

Vous n'aurez pas à fournir de raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à l'étude font partie intégrante de celle-ci.

Votre refus de participer à cette étude n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantage.

Votre médecin traitant sera averti de votre participation à cette étude si vous le désirez.

#### **Bénéfices**

Nous ne pouvons vous assurer que si vous acceptez de participer à cette étude vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct. La séance sera gratuite et non rémunérée.

## **Assurance**

Une assurance est prise par le promoteur de l'étude conformément à la loi relative aux études réalisées sur la personne humaine et relative à la protection de la vie privée.

## **Protection de la vie privée**

Votre identité et votre participation à cette étude demeureront strictement confidentielles. Vous ne serez pas identifiée par votre nom, ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats, ou publications en rapport avec l'étude.

La protection des données personnelles est assurée par la loi relative à la protection de la vie privée.

## **Personne à contacter si vous avez des questions à propos de cette étude**

Si vous avez des questions, si vous voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de cette étude ou à propos de vos droits en tant que sujet participant à une étude clinique, maintenant, pendant et après votre participation, vous pouvez contacter :

Responsable de l'étude : Monsieur Grégory ZOZOR – Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie de Rennes – 167 A, Rue de Lorient – 35000 Rennes – Tél : 02 99 36 81 93.

Signature

Annexe 4 : Le formulaire de consentement éclairé au patient.

**Formulaire de consentement éclairé au patient.**

Je soussignée \_\_\_\_\_ déclare avoir lu l'information qui précède et accepte de participer à l'étude sur l'incidence temporelle de la prise en charge ostéopathique chez la femme lombalgique en post-partum.

Il m'a été remis une copie de ce formulaire de consentement daté et signé, ainsi qu'une copie de la note d'information.

J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'étude et j'ai été informée de ce qu'on attend de ma part.

On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur cette étude ; toutes les questions ont reçu une réponse satisfaisante.

J'ai été informée de l'existence d'une assurance.

Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter ma participation à cette étude à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.

En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de la loi relative à la protection de la vie privée, de la loi relative aux droits du patient et de la loi relative à l'expérimentation humaine.

Je consens de mon plein gré à participer à cette étude.

Signature du sujet :

Date :

Annexe 5 : Le Questionnaire Oswestry.

**OSWESTRY v2**

Copie du patient

<p>Douleur (ne cocher qu'une case)</p>	<p><input type="checkbox"/> Je ne ressens aucune douleur actuellement.  <input type="checkbox"/> La douleur est très légère actuellement.  <input type="checkbox"/> La douleur est modérée actuellement.  <input type="checkbox"/> La douleur est assez intense actuellement.  <input type="checkbox"/> La douleur est très intense actuellement.  <input type="checkbox"/> La douleur est la pire que l'on puisse imaginer.</p>
<p>Soins personnels (se laver, s'habiller, etc.) (ne cocher qu'une case)</p>	<p><input type="checkbox"/> Je peux effectuer normalement mes soins personnels sans douleur supplémentaire.  <input type="checkbox"/> Je peux effectuer normalement mes soins personnels, mais c'est très douloureux.  <input type="checkbox"/> Effectuer mes soins personnels est douloureux et je dois prendre des précautions et faire attention.  <input type="checkbox"/> Je peux effectuer mes soins personnels, mais j'ai besoin d'aide.  <input type="checkbox"/> J'ai besoin d'aide chaque jour pour la plupart de mes soins personnels.  <input type="checkbox"/> Je ne peux pas m'habiller, je me lave avec difficulté et je reste au lit.</p>
<p>Soulèvement d'objets (ne cocher qu'une case)</p>	<p><input type="checkbox"/> Je peux soulever des objets lourds sans augmenter la douleur.  <input type="checkbox"/> Je peux soulever des objets lourds mais la douleur augmente.  <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de soulever des objets lourds qui se trouvent au sol, mais je peux les soulever s'ils sont à ma portée (par ex., sur une table).  <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de soulever des objets lourds, mais je peux soulever des objets légers ou moyennement lourds s'ils sont à ma portée.  <input type="checkbox"/> Je ne peux soulever que des objets très légers.  <input type="checkbox"/> Je ne peux rien soulever.</p>
<p>Marche (ne cocher qu'une case)</p>	<p><input type="checkbox"/> La douleur ne m'empêche pas de marcher, quelle que soit la distance.  <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de marcher au-delà de 1600 mètres.  <input type="checkbox"/> La douleur m'empêchent de marcher au-delà de 800 mètres.  <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de marcher au-delà de 100 mètres.  <input type="checkbox"/> Je ne peux marcher qu'avec une canne ou des béquilles.  <input type="checkbox"/> Je reste au lit la plupart du temps et je dois me traîner jusqu'aux toilettes.</p>
<p>Position assise (ne cocher qu'une case)</p>	<p><input type="checkbox"/> Je peux rester assis(e) sur un siège aussi longtemps que je le veux.  <input type="checkbox"/> Je peux rester assis(e) sur mon siège favori aussi longtemps que je le veux.  <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de rester assis(e) pendant plus d'une heure.  <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de rester assis(e) pendant plus d'une demi-heure.  <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de rester assis(e) pendant plus de 10 minutes.  <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de rester assis(e).</p>
<p>Position debout (ne cocher qu'une case)</p>	<p><input type="checkbox"/> Je peux me tenir debout aussi longtemps que je le veux sans augmenter la douleur.  <input type="checkbox"/> Je peux me tenir debout aussi longtemps que je le veux mais la douleur augmente.  <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de me tenir debout pendant plus d'une heure.  <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de me tenir debout pendant plus d'une demi-heure.  <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de me tenir debout pendant plus de 10 minutes.  <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de me tenir debout.</p>

Sommeil (ne cocher qu'une case)	<input type="checkbox"/> Mon sommeil n'est jamais perturbé par la douleur. <input type="checkbox"/> Mon sommeil est parfois perturbé par la douleur. <input type="checkbox"/> La douleur fait que je dors moins de 6 heures. <input type="checkbox"/> La douleur fait que je dors moins de 4 heures. <input type="checkbox"/> La douleur fait que je dors moins de 2 heures. <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de dormir.
Vie sexuelle (ne cocher qu'une case)	<input type="checkbox"/> Ma vie sexuelle est normale et ne me cause pas plus de douleur. <input type="checkbox"/> Ma vie sexuelle est normale mais me cause plus de douleur. <input type="checkbox"/> Ma vie sexuelle est presque normale, mais très douloureuse. <input type="checkbox"/> Ma vie sexuelle est très limitée par la douleur. <input type="checkbox"/> Je n'ai quasiment plus de vie sexuelle à cause de la douleur. <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche toute vie sexuelle.
Vie sociale (ne cocher qu'une case)	<input type="checkbox"/> Ma vie sociale est normale et ne me cause pas plus de douleur. <input type="checkbox"/> Ma vie sociale est normale mais me cause plus de douleur. <input type="checkbox"/> La douleur n'a pas d'effet important sur ma vie sociale, sauf de limiter mes activités physiques (par exemple, les sports, etc.). <input type="checkbox"/> La douleur limite ma vie sociale et je ne sors pas aussi souvent. <input type="checkbox"/> La douleur limite sérieusement ma vie sociale et je reste chez moi. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas de vie sociale à cause de la douleur.
Voyages (ne cocher qu'une case)	<input type="checkbox"/> Je peux voyager n'importe où sans me causer plus de douleur. <input type="checkbox"/> Je peux voyager n'importe où mais ça me cause plus de douleur. <input type="checkbox"/> La douleur est forte, mais je peux faire des déplacements de plus de deux heures. <input type="checkbox"/> La douleur me limite à des déplacements de moins d'une heure. <input type="checkbox"/> La douleur me limite à de courts déplacements essentiels de moins de 30 minutes. <input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de voyager sauf pour des traitements.

## OSWESTRY v2

Copie du médecin (pour établir le score)

Douleur (ne cocher qu'une case)	[0 pt]	<input type="checkbox"/> Je ne ressens aucune douleur actuellement.
	[1 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur est très légère actuellement.
	[2 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur est modérée actuellement.
	[3 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur est assez intense actuellement.
	[4 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur est très intense actuellement.
	[5 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur est la pire que l'on puisse imaginer.
Soins personnels (se laver, s'habiller, etc.) (ne cocher qu'une case)	[0 pt]	<input type="checkbox"/> Je peux effectuer normalement mes soins personnels sans douleur supplémentaire.
	[1 pt]	<input type="checkbox"/> Je peux effectuer normalement mes soins personnels, mais c'est très douloureux.
	[2 pt]	<input type="checkbox"/> Effectuer mes soins personnels est douloureux et je dois prendre des précautions et faire attention.
	[3 pt]	<input type="checkbox"/> Je peux effectuer mes soins personnels, mais j'ai besoin d'aide.
	[4 pt]	<input type="checkbox"/> J'ai besoin d'aide chaque jour pour faire la plupart de mes soins personnels.
	[5 pt]	<input type="checkbox"/> Je ne peux pas m'habiller, je me lave avec difficulté et je reste au lit
Soulèvement d'objets (ne cocher qu'une case)	[0 pt]	<input type="checkbox"/> Je peux soulever des objets lourds sans augmenter la douleur.
	[1 pt]	<input type="checkbox"/> Je peux soulever des objets lourds mais la douleur augmente.
	[2 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de soulever des objets lourds qui se trouvent au sol, mais je peux les soulever s'ils sont à ma portée (par ex., sur une table).
	[3 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de soulever des objets lourds, mais je peux soulever des objets légers ou moyennement lourds s'ils sont à ma portée.
	[4 pt]	<input type="checkbox"/> Je ne peux soulever que des objets très légers.
	[5 pt]	<input type="checkbox"/> Je ne peux rien soulever.
Marche (ne cocher qu'une case)	[0 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur ne m'empêche pas de marcher, quelle que soit la distance
	[1 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de marcher au-delà de 1600 mètres.
	[2 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur m'empêchent de marcher au-delà de 800 mètres.
	[3 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de marcher au-delà de 100 mètres.
	[4 pt]	<input type="checkbox"/> Je ne peux marcher qu'avec une canne ou des béquilles.
	[5 pt]	<input type="checkbox"/> Je reste au lit la plupart du temps et je dois me traîner jusqu'aux toilettes.
Position assise (ne cocher qu'une case)	[0 pt]	<input type="checkbox"/> Je peux rester assis(e) sur un siège aussi longtemps que je le veux.
	[1 pt]	<input type="checkbox"/> Je peux rester assis(e) sur mon siège favori aussi longtemps que je le veux..
	[2 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de rester assis(e) pendant plus d'une heure.
	[3 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de rester assis(e) pendant plus d'une demi-heure.
	[4 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de rester assis(e) pendant plus de 10 minutes.
	[5 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de rester assis(e).
Position debout (ne cocher qu'une case)	[0 pt]	<input type="checkbox"/> Je peux me tenir debout aussi longtemps que je le veux sans augmenter la douleur.
	[1 pt]	<input type="checkbox"/> Je peux me tenir debout aussi longtemps que je le veux mais la douleur augmente.
	[2 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de me tenir debout pendant plus d'une heure.
	[3 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de me tenir debout pendant plus d'une demi-heure.
	[4 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de me tenir debout pendant plus de 10 minutes.
	[5 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de me tenir debout.
Sommeil (ne cocher qu'une case)	[0 pt]	<input type="checkbox"/> Mon sommeil n'est jamais perturbé par la douleur.
	[1 pt]	<input type="checkbox"/> Mon sommeil est parfois perturbé par la douleur.
	[2 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur fait que je dors moins de 6 heures.
	[3 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur fait que je dors moins de 4 heures
	[4 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur fait que je dors moins de 6 heures
	[5 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de dormir.
Vie sexuelle (ne cocher qu'une case)	[0 pt]	<input type="checkbox"/> Ma vie sexuelle est normale et ne me cause pas plus de douleur.
	[1 pt]	<input type="checkbox"/> Ma vie sexuelle est normale mais me cause plus de douleur.
	[2 pt]	<input type="checkbox"/> Ma vie sexuelle est presque normale mais c'est très douloureuse.
	[3 pt]	<input type="checkbox"/> Ma vie sexuelle est très limitée par la douleur.
	[4 pt]	<input type="checkbox"/> Je n'ai quasiment plus de vie sexuelle à cause de la douleur.
	[5 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur m'empêche toute vie sexuelle.
Vie sociale (ne cocher qu'une case)	[0 pt]	<input type="checkbox"/> Ma vie sociale est normale et ne me cause pas plus de douleur.
	[1 pt]	<input type="checkbox"/> Ma vie sociale est normale mais me cause plus de douleur.
	[2 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur n'a pas d'effet important sur ma vie sociale, sauf de limiter mes activités physiques (par exemple, les sports, etc.).
	[3 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur limite ma vie sociale et je ne sors pas aussi souvent.
	[4 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur limite sérieusement ma vie sociale et je reste chez moi.
	[5 pt]	<input type="checkbox"/> Je n'ai pas de vie sociale à cause de la douleur.
Voyages (ne cocher qu'une case)	[0 pt]	<input type="checkbox"/> Je peux voyager n'importe où sans me causer plus de douleur.
	[1 pt]	<input type="checkbox"/> Je peux voyager n'importe où mais ça me cause plus de douleur.
	[2 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur est forte, mais je peux faire des déplacements de plus de deux heures.
	[3 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur me limite à des déplacements de moins d'une heure.
	[4 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur me limite à de courts déplacements essentiels de moins de 30 minutes.
	[5 pt]	<input type="checkbox"/> La douleur m'empêche de voyager sauf pour des traitements.

## **Interprétation du questionnaire :**

Le maximum possible pour chaque section de six énoncés est de 5 ; si le premier énoncé est coché, la note est de 0 ; si le dernier énoncé est coché, la note est de 5.

Les énoncés intermédiaires sont notés selon leur rang. Si plus d'une case est cochée dans une section, utilisez la note la plus élevée.

Si les 10 sections sont remplies, le score final est calculé comme suit : si le total est de 16 points sur un total de 50 points (maximum possible), divisez le total de 16 par 50 puis multipliez par 100 pour obtenir le pourcentage.

Exemple :  $16 / 50 = 0,32 \times 100 = 32 \%$

S'il manque une section (ou si elle ne s'applique pas), le score final est calculé comme suit : le total de 16 points est divisé par 45 points (maximum possible) puis multiplié par 100 pour obtenir le pourcentage.

Exemple :  $16 / 45 = 0,355 \times 100 = 35,5 \%$

Le score final peut être résumé comme étant la note totale divisée par 5 fois le nombre de sections remplies, puis multipliée par 100.

Suggestion des auteurs : arrondir les pourcentages à des chiffres entiers.

Veillez-vous référer à ce qui suit pour l'interprétation des scores finaux.

Annexe 6 : La Fiche Clinique Ostéopathique.

Sept 2015

IFSO RENNES

**FICHE PAPIER CLINIQUES-IFSOR ET STAGES EXTERNALISES**

**A conserver par l'étudiant**

*Tout étudiant qui suit une consultation clinique doit remplir les renseignements de la présente fiche et la conserver dans un classeur prévu à cet effet, pour validation en fin de cursus.*

**FICHE PATIENT / ETUDIANT**

Nom de l'étudiant : ..... Année : .....  
Intervenant comme :  observateur  thérapeute

Date de la consultation : ..... Enseignant : .....

**PATIENT**

**NOM Prénom** : ..... **Né(e) le** : .....  
Situation Familiale..... Profession.....  
Adresse : .....

SEANCE N° .....

**BILAN ANAMNESTIQUE**

Motif de Consultation :
Structure qui s'exprime :
Depuis quand :
Fact Déclenchant
Quand, Comment, Type de douleur :
Facteurs aggravants/calmants :
Signes associés :
Evolution :
Autres traitements effectués :
ATCD du motif de consultation : (A déjà consulté en Ostéopathie ?)
ATCD personnels :
ATCD Familiaux :

Remarques :
Anamnèse systémique :
Examens complémentaires :
<b>DIAGNOSTIC OSTEOPATHIQUE – SYNTHÈSE DE BILAN</b>

**TRAITEMENT et remarques**

--

**SYNTHÈSE, INTERPRÉTATION OSTEOPATHIQUE ET PRONOSTIC**

--

Validation de l'Enseignant **CACHET / SIGNATURE**  
(Coordonnées du Thérapeute en cas de stage externalisé)

--

Annexe 7 : Moyenne des résultats des scores ODI pour G1o et G2o, à J0, J+2 et J+15.

Section	G1o		
	J0	J+2	J+15
Douleur	2.6	1.6	0.9
Soins personnels	1.0	0.9	0.3
Soulèvement d'objets	1.9	1.5	0.7
Marche	0.6	0.5	0.2
Position assise	2.0	1.1	0.3
Position debout	1.4	0.9	0.6
Sommeil	1.2	0.8	0.4
Vie sexuelle	1.5	1.5	0.8
Vie sociale	1.3	1.1	0.7
Voyages	1.1	0.8	0.3
ODI (%)	29.2	21.2	9.8

Section	G2o		
	J0	J+2	J+15
Douleur	2.4	1.3	1.0
Soins personnels	0.9	0.2	0.3
Soulèvement d'objets	1.6	1.0	0.8
Marche	0.2	0.2	0.2
Position assise	0.6	0.3	0.1
Position debout	1.4	0.6	0.4
Sommeil	0.5	0.5	0.5
Vie sexuelle	0.8	0.8	0.5
Vie sociale	0.8	0.7	0.5
Voyages	0.7	0.2	0.1
ODI (%)	20.1	11.8	9.0

*Annexe 8 : Moyenne des résultats des scores ODI pour G1t et G2t, à J0, J+2 et J+15.*

Section	G1t		
	J0	J+2	J+15
Douleur	2.6	2.5	2.0
Soins personnels	1.0	0.9	0.9
Soulèvement d'objets	1.5	1.3	0.9
Marche	0.5	0.5	0.5
Position assise	1.8	1.8	1.3
Position debout	1.9	1.6	1.5
Sommeil	1.0	0.9	1.0
Vie sexuelle	1.4	1.3	1.1
Vie sociale	0.9	0.9	0.6
Voyages	0.9	0.9	0.4
ODI (%)	26.8	24.8	20.3

Section	G2t		
	J0	J+2	J+15
Douleur	2.6	2.1	1.9
Soins personnels	1.0	0.7	0.7
Soulèvement d'objets	1.7	1.4	1.7
Marche	0.1	0.1	0.0
Position assise	0.9	0.7	0.7
Position debout	1.2	0.8	0.4
Sommeil	0.8	0.8	0.3
Vie sexuelle	0.9	0.7	0.8
Vie sociale	0.6	0.0	0.1
Voyages	0.8	0.8	0.4
ODI (%)	20.9	16.0	14.0

## RÉSUMÉ / ABSTRACT

Cette étude se propose de mettre en évidence l'apport de l'ostéopathie dans le cadre du post-partum auprès des femmes lombalgiques.

Si d'autres recherches mettent en avant la nécessité de s'orienter vers l'ostéopathie, cette étude nous permet de nous positionner dans une approche thérapeutique pouvant être proposée aux femmes durant cette période.

L'objectif de ce travail de recherche est de démontrer si la prise en charge ostéopathique de la femme lombalgique en post-partum est efficace, et si elle a une incidence sur l'efficacité et la durabilité du soin, lorsque celle-ci est précoce.

Les résultats statistiques révèlent que l'ostéopathie est efficace dans la prise en charge des femmes lombalgiques en post-partum ( $p \leq 0,01$ ), et montrent une régression du niveau de handicap. Concernant la précocité et la durabilité du soin ostéopathique, les résultats ne sont pas significatifs dans cette recherche, néanmoins ils présentent un intérêt clinique observable.

Même si à terme nous ne pouvons pas valider l'intégralité de l'hypothèse de départ, les éléments recensés dans cette étude nous permettent d'affirmer l'efficacité de l'ostéopathie et d'appuyer la logique du Modèle Fondamental Ostéopathique Structurel étudié à l'IFSOR.

Aussi, dans une démarche de promotion de la santé, il apparaît intéressant de se pencher lors d'une nouvelle étude sur un suivi pluridisciplinaire de la femme dans le cadre de la grossesse et du post-partum. En y incluant le soin ostéopathique, nous pourrions ainsi participer aux trois niveaux de prévention, recommandés par la Haute Autorité de Santé.

**Mots clés : Ostéopathie, Lombalgie, Post-partum, Précocité**

---

This study aims to highlight the contribution of osteopathy in the postpartum setting for women with low back pain.

While other research highlights the need to move towards osteopathy, this study allows us to position ourselves in a therapeutic approach that can be offered to women during this period.

The aim of this research is to demonstrate whether osteopathic management of postpartum low back pain is effective, and whether it affects the efficacy and the durability of the care, when it is early.

The statistical results reveal that osteopathy is effective in the management of postpartum low back pain patients ( $p \leq 0.01$ ), and show a decline in the level of disability. Concerning the precocity and the durability of the osteopathic care, the results are not significant in this research, nevertheless they present an observable clinical interest.

Even if in the end we cannot validate the completeness of the initial hypothesis, the elements identified in this study enable us to affirm the effectiveness of osteopathy and to support the logic of the Structural Osteopathic Fundamental Model studied in the IFSOR.

Also, in a process of health promotion, it appears interesting to look at a new study on multidisciplinary follow-up of women in the context of pregnancy and postpartum. By including the osteopathic care, we could participate in the three levels of prevention, recommended by the High Authority of Health.

**Keywords : Osteopathy, Low Back Pain, Post-Partum period, Earliness**