



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Douleur lombaire de la femme enceinte : attitude et prise en charge
des médecins généralistes des Hauts-de-France.**

Présentée et soutenue publiquement le 18 novembre 2021 à 16 heures
au Pôle Formation
par **Lucille MORTUAIRE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Charles GARABEDIAN

Assesseur :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Judith OLLIVON

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----------|
| RESUME | 1 |
| INTRODUCTION..... | 2 |
| MATERIEL ET METHODE | 5 |
| 1. TYPE D'ETUDE. | 5 |
| 2. POPULATION ETUDIEE. | 5 |
| 3. RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS..... | 5 |
| 4. REALISATION DES ENTRETIENS..... | 6 |
| 5. ANALYSE DES DONNEES. | 7 |
| 6. AUTORISATIONS. | 7 |
| RESULTATS..... | 8 |
| 1. ASPECTS ET REPRESENTATIONS DES DOULEURS LOMBAIRES DE LA FEMME ENCEINTE..... | 8 |
| 1.1. Aspect de la douleur lombaire | 8 |
| 1.2. Facteurs de risque de lombalgie pendant la grossesse | 9 |
| 1.3. Fréquence de la douleur lombaire pendant la grossesse et de la consultation | 10 |
| 1.4. Les femmes consultent-elles réellement pour ce motif ? | 11 |
| 1.5. Profils des patientes | 11 |
| 1.6. Ressenti des femmes sur les lombalgies pendant la grossesse (selon médecin) | 12 |
| 1.7. Variation et évolution de la douleur | 13 |
| 1.7.1. Selon le terme | 13 |
| 1.7.2. Selon la patiente | 14 |
| 2. ROLES DU MEDECIN GENERALISTE FACE A LA DOULEUR LOMBAIRE DE LA FEMME ENCEINTE..... | 15 |
| 2.1. Premier recours | 15 |
| 2.2. Administratif | 15 |
| 2.3. Dépannage | 16 |
| 2.4. Complémentarité avec le gynécologue et la sage-femme | 16 |
| 2.5. Ecouter – Rassurer – Expliquer..... | 18 |
| 2.6. Exercice médical..... | 18 |
| 2.7. Prévention..... | 19 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 3. | RESSENTI DU MEDECIN GENERALISTE | 19 |
| 3.1. | Attitude et ressenti du médecin généraliste | 19 |
| 3.1.1. | Aisance / Appréhension | 19 |
| 3.1.2. | Emotionnel..... | 21 |
| 3.1.3. | Impuissance par la limitation thérapeutique..... | 21 |
| 3.1.4. | Intérêt porté à la douleur..... | 22 |
| 3.1.5. | Banalisation | 22 |
| 3.1.6. | Patience | 24 |
| 3.1.7. | Plus précautionneux..... | 24 |
| 3.1.8. | Impact de l'attitude du médecin | 25 |
| 3.2. | Difficultés ressenties par les médecins généralistes | 25 |
| 3.3. | Rôle du sexe du médecin | 28 |
| 3.3.1. | Point de vue masculin | 28 |
| 3.3.2. | Point de vue féminin..... | 28 |
| 4. | PRISE EN CHARGE DES LOMBALGIES PENDANT LA GROSSESSE..... | 30 |
| 4.1. | Généralités | 30 |
| 4.2. | Interrogatoire et examen clinique | 31 |
| 4.3. | Examens complémentaires | 33 |
| 4.3.1. | Prescription..... | 33 |
| 4.3.2. | Type..... | 34 |
| 4.4. | Moyens possibles et utilisés | 35 |
| 4.4.1. | Thérapeutiques médicamenteuses | 35 |
| 4.4.1.1. | « Médicaments et grossesse » | 35 |
| 4.4.1.2. | Les médicaments..... | 38 |
| 4.4.2. | Thérapies non médicamenteuses | 42 |
| 4.4.2.1. | Physiothérapie | 43 |
| 4.4.2.2. | Thérapies manuelles | 43 |
| 4.4.2.3. | Médecines parallèles..... | 46 |
| 4.4.3. | Activité physique | 47 |
| 4.4.4. | Repos et arrêts de travail..... | 48 |
| 4.4.5. | Ceinture de grossesse | 50 |
| 4.4.6. | Conseils..... | 51 |
| 4.4.7. | Ecouter – Accompagner – Suivre..... | 52 |
| 4.5. | Efficacité de la prise en charge selon les médecins..... | 53 |
| 4.5.1. | Evaluation de l'efficacité | 53 |
| 4.5.2. | Efficacité dépendante des patientes | 54 |
| 4.6. | Avis spécialisés | 55 |
| 4.7. | Prévention..... | 57 |
| 4.8. | Référentiels et outils d'aide à la prise de décision | 59 |
| 4.9. | Modification de la prise en charge | 62 |
| 4.9.1. | Par l'expérience professionnelle..... | 62 |
| 4.9.2. | Par expérience personnelle..... | 63 |
| 5. | FORMATION MEDICALE | 65 |
| 5.1. | Absente..... | 65 |
| 5.2. | Présente | 66 |
| 5.3. | Intérêt et attentes..... | 67 |

| | |
|---|-----------|
| DISCUSSION | 69 |
| CONCLUSION | 86 |
| REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES | 88 |
| ANNEXES | 93 |
| ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGE (DERNIERE VERSION) | 93 |
| ANNEXE 1 BIS : PREMIER GUIDE D'ENTRETIEN | 94 |
| ANNEXE 2 : CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES MEDECINS INTERROGES | 95 |

RESUME

Introduction : 20 à 50% des femmes enceintes présentent une lombalgie au cours de leur grossesse. Un travail de recherche révèle qu'elles se sentent peu prises en considération par le corps médical et qu'elles considèrent leur prise en charge non optimale. L'objectif de cette étude est d'évaluer les pratiques et le ressenti des médecins généralistes des Hauts-de-France face à ces lombalgies.

Matériel et méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes exerçant dans les Hauts-de-France.

Résultat : D'août 2020 à janvier 2021, vingt-et-un généralistes se sont soumis à des entretiens semi-dirigés individuels. Tous s'accordent pour dire que la douleur lombaire est réelle, qu'ils prennent du temps pour y répondre, mais qu'elle est parfois banalisée car normalisée par les femmes et le corps médical. Peu de médecins appréhendent ces consultations, sauf en cas de douleur intense ou rebelle. Identique à la population générale, le repos partiel avec le maintien d'une activité physique adaptée est conseillé. La limitation thérapeutique avec la contre-indication des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) au cours de la grossesse est un frein, souvent vécue comme une difficulté. Le Paracétamol est l'antalgique de la grossesse. Plus de la moitié des praticiens refusent ou se questionnent sur les possibilités des autres paliers. Beaucoup se tournent vers des thérapies manuelles et alternatives, principalement la kinésithérapie, puis viennent ensuite l'acupuncture et l'ostéopathie parfois écartée par peur de la manipulation physique pendant cette période. La prévention est quasiment inexistante. Le sexe du médecin ainsi que son expérience professionnelle et personnelle semblent avoir un impact sur la pratique : les femmes se trouvent plus à l'écoute et dans la compréhension en raison du partage de vécu de la maternité ; les années d'exercice apportent une meilleure assurance. Souhaitant améliorer leur pratique ou par manque de connaissances, une formation collée à la pratique est souhaitée par les deux tiers des médecins interrogés.

Conclusion : Les généralistes s'intéressent aux lombalgies pendant la grossesse. La limitation thérapeutique est la difficulté majeure. Ils doivent proposer des alternatives mais tous n'ont pas connaissance des autres possibilités, par manque de théorie et de pratique. Des réunions entre praticiens, de générations différentes, avec un partage d'expérience, pourraient être la solution.

INTRODUCTION

Actuellement, on estime à environ 950 000 le nombre de grossesses annuelles en France avec 740 000 accouchements par an. (1)

Les médecins généralistes participent davantage aux suivis de grossesse depuis plusieurs années. Selon une étude menée en 2014-2015, 57% en réalisent au moins une fois par trimestre (2). De plus, en raison de délais de rendez-vous plus rapides (3), les femmes enceintes consultent leur médecin généraliste en cas de petits maux, telles que les douleurs lombaires (4).

La survenue de lombalgies au cours de la grossesse semble très fréquente : 20 à 50% des femmes. Elles peuvent être ressenties tout au long de la grossesse (5), mais elles apparaissent généralement vers la 18^e semaine et augmentent progressivement de fréquence jusqu'à l'accouchement. Dans le post-partum, environ 90 % disparaissent dans un délai de 12 semaines en moyenne, mais certaines se chronicisent (6).

La lombalgie est une douleur de la partie basse et postérieure du rachis lombaire (7). Elle s'étend de la charnière dorso-lombaire (D12-L1) à la charnière lombo-sacrée (L5-S1). Elle n'irradie habituellement pas au-delà du pli fessier mais peut s'accompagner d'irradiations à la fesse, à la crête iliaque ou à la cuisse sans dépasser le genou (8). Les douleurs sont augmentées par les efforts et les mouvements (7). Il s'agit davantage d'un symptôme que d'une pathologie. Les lombalgies sont qualifiées de «

communes » en opposition à « symptomatiques » lorsqu'elles ne sont pas secondaires à une cause organique. Elles sont majoritaires au cours de la grossesse.

Il est indispensable d'éliminer « les drapeaux rouges » orientant vers une pathologie sous-jacente nécessitant une prise en charge spécifique ou urgente. Ils sont : des douleurs en l'absence de stimulus mécanique, une perte de poids inexplicée, des symptômes neurologiques, une incontinence ou un dysfonctionnement de la vessie et des intestins, des antécédents de traumatismes importants, un saignement vaginal ou la perte de liquide, la pyrexie d'origine inconnue. (5)

Les douleurs lombaires résultent souvent de modifications posturales, conséquences d'une prise de poids, d'une distension musculaire et d'une augmentation du volume de l'abdomen, de l'utérus et des seins ; et de l'imprégnation hormonale par la relaxine, produite par le corps jaune et l'endomètre, entraînant un relâchement ligamentaire précoce (9).

Selon une étude qualitative menée en 2015 auprès de femmes enceintes de Haute-Garonne prises en charge en ostéopathie pour des lombalgies, elles soulignent l'importance fonctionnelle du rachis dans la vie quotidienne, mais ont tendance à banaliser les douleurs lombaires au cours de la grossesse, qu'elles jugent inéluctables, et débiter une auto-prise en charge. Elles ont le sentiment que leurs plaintes ne sont pas prises en considération par le corps médical et que leur prise en charge n'est pas optimale (10) (plus de la moitié des patientes interrogées, selon une analyse britannique, en sont insatisfaites (11) ; 25,9% la qualifient d'insuffisante à très insuffisante selon une autre étude (12)).

Bien que les lombalgies au cours de la grossesse sont majoritairement peu intenses et bien tolérées (50% : EVA < 50 mm; 25% : EVA entre 50 et 75 mm; 25% : EVA > 75 mm), elles ne doivent pas être banalisées car peuvent impacter le quotidien de ces femmes (6) (personnel et professionnel, avec arrêt de travail chez 1 femme sur 5 (13)). Une incapacité est observée dans 28% des cas, dont 8% d'invalidité grave (14).

En raison de l'impact de ces douleurs, aussi fréquentes soient-elles, sur la qualité de vie personnelle et les performances professionnelles et le manque de considération éprouvé par les patientes, il est intéressant de se demander quelle est l'attitude des médecins traitants face à la douleur lombaire de la femme enceinte. Après réalisation d'une revue bibliographique, aucun travail de recherche étudiant le point de vue des généralistes sur leur prise en charge et leur ressenti n'a été trouvé, motivant la réalisation de cette étude.

L'objectif principal est d'étudier les pratiques et l'attitude des médecins généralistes des Hauts-de-France face à la douleur lombaire pendant la grossesse à l'aide d'une méthode qualitative. Les objectifs secondaires sont de décrire les facteurs les ayant influencés, les difficultés rencontrées, et d'évaluer l'intérêt d'une formation complémentaire.

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude.

Pour réaliser cette étude, le choix s'est porté sur une étude qualitative par entretiens semi-directifs individuels réalisés auprès de médecins généralistes de la région Haut-de-France sur une période s'étendant d'Août 2020 à Janvier 2021.

2. Population étudiée.

Le choix des participants a été dicté par des critères d'inclusion et d'exclusion. Etaient inclus dans l'étude les médecins généralistes des Hauts-de-France en activité professionnelle, ayant terminé leur DES, ayant une activité libérale.

3. Recrutement des participants.

La technique de variation maximale a été utilisée afin de diversifier le profil des répondants et obtenir un échantillon hétérogène. Les médecins étaient au départ des maîtres de stage et des connaissances personnelles de l'investigateur puis ceux conseillés par les premiers (recrutement par « effet boule de neige »). La prise de contact était réalisée de vive voix, par message ou par mail pour savoir s'ils étaient disponibles pour répondre à un entretien dans le cadre d'une thèse qualitative de médecine générale, sans leur énoncer le sujet afin qu'ils ne puissent pas préparer leur discours à l'avance.

4. Réalisation des entretiens.

Un guide d'entretien a été réalisé. Un test, non inclus dans l'étude, a été fait permettant d'étoffer le questionnaire. Il a évolué pour arriver à son format final à partir du 11^{ème} entretien avec des questions plus ouvertes et des relances pour permettre une discussion pertinente. Ce guide comportait trois axes principaux : le ressenti des médecins, les moyens de prise en charge utilisés, et l'évolution de leur pratique. Il est visible, avec son évolution en annexe 1 et 1 bis.

Les données socio-démographiques ont été recueillies au début de chaque interviews (cf annexe 2).

Le lieu de l'entretien était choisi par les médecins. Douze ont été réalisés en présentiel dont 9 au sein du cabinet du généraliste et 3 à leur domicile. Les 9 autres se sont déroulés en visiophonie, 6 grâce à l'application WhatsApp® et 3 via l'application Messenger®.

Les entretiens étaient doublement enregistrés à l'aide de l'application enregistreur vocal d'une tablette et d'un ordinateur personnels. Ils étaient retranscrits ad intégratum en fichier texte sur Microsoft Word®. Le langage corporel n'a pas été décrit, en dehors des rires et des silences. La copie écrite a été communiquée par mail à l'interviewé afin qu'il puisse exercer une rétroaction ou un droit de veto. Aucun n'a souhaité faire de modification. L'ensemble des enregistrements a été détruit à l'issue de l'étude.

L'entretien le plus court a duré 8 minutes et le plus long 32 minutes et 35 secondes, avec une durée moyenne de 17 minutes et 50 secondes.

5. Analyse des données.

Afin de réaliser le codage des verbatims, le logiciel de traitement des données qualitatives N'Vivo version 1.3 a été utilisé. Il a permis de les classifier en catégories et sous-catégories. Il a été effectué pour chaque entretien puis pour l'ensemble, soit un codage transversal. Une deuxième lecture a été réalisée par un médecin extérieur à la thèse sur 60% des retranscriptions, choisies de manière aléatoire.

Le nombre d'entretiens a été décidé en fonction de la saturation des données confirmée par la réalisation de deux interviews supplémentaires, soit vingt-et-un au total. Ce nombre important s'explique par la présence d'entretiens trop directifs ne permettant pas une analyse approfondie de la question, tout de même analysés et inclus dans l'étude.

L'anonymat de chaque participant a été garanti : chacun a été codé « MG » suivi du numéro correspondant à l'ordre dans lequel les médecins ont été interviewés.

6. Autorisations.

Ce travail de recherche a reçu un avis favorable de la part de la Commission de Recherche des Départements de Médecine générale et de Maïeutique (CRD2M) de la Faculté de Médecine et Maïeutique de Lille et validé par le coordinateur du DES de Médecine Générale de Lille 2. La nécessité d'un avis d'un comité d'éthique n'a pas été retenue. Une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été faite.

RESULTATS

Vingt et un médecins généralistes ont été interrogés, avec une durée d'exercice des participants s'étendant de 1 à 35 ans : 11 femmes et 10 hommes, âgés de 28 à 65 ans. Parmi eux, 7 femmes avaient des enfants et vécu la grossesse, et 8 hommes l'avaient connue par l'intermédiaire de leur compagne. 16 des 21 médecins avaient réalisé des formations complémentaires type Diplôme Universitaire dont 3 en gynécologie-obstétrique.

Le qualificatif du secteur d'activité et de la catégorie sociale de la patientèle était laissé à l'appréciation du médecin interrogé. Pour les remplaçants, ces caractéristiques n'étaient pas évaluées.

L'ensemble des données sociodémographiques des praticiens est résumé et lisible en annexe 2.

1. Aspects et représentations des douleurs lombaires de la femme enceinte

1.1. Aspect de la douleur lombaire

Les médecins interrogés perçoivent les douleurs lombaires de la grossesse réelles, bien qu'elles puissent sembler normales.

| | |
|------|---|
| MG12 | « C'est clair qu'elles ont des douleurs. » |
| MG18 | « Ca peut être logique d'avoir des douleurs lombaires » |

Elles ne sont pas si intenses que celles de la population générale selon un des praticiens.

| | |
|------|---|
| MG16 | « Ça prend rarement des proportions énormes quoi je trouve. » (...) « On n'a rarement les grosses crises qu'on a chez les autres patients » |
|------|---|

Elles sont parfois le mode de découverte d'une grossesse (2 médecins).

| | |
|-----|--|
| MG8 | « Elles ont pu révéler des grossesses. Personnellement j'en ai connu » |
|-----|--|

1.2. Facteurs de risque de lombalgie pendant la grossesse

Multiples facteurs de risque ont été évoqués par les médecins :

- L'activité professionnelle, notamment physique (4 médecins)
- Les antécédents, principalement lombaires (8 médecins)
- La faible forme physique en amont et en début de grossesse (3 médecins)
- L'inactivité et la sédentarité (4 médecins)
- La grossesse par ses modifications posturales et morphologiques (4 médecins), et le rôle hormonal (négatif pour l'un d'eux, diminuant les douleurs pour un autre).
- Le port de charge lourde (2 médecins)
- La parité par le portage quotidien de l'enfant et l'absence de repos (2 médecins)
- Les mauvaises postures et la station debout prolongée (3 médecins)
- Une prise de poids importante et le surpoids (12 médecins) : un facteur majeur pour un des médecins, a contrario, sans impact pour un autre
- Les trajets en voiture (2 médecins)
- Le psychologique: stress ou mauvais vécu de la grossesse (4 médecins)

- Les autres : l'âge, la macrosomie, la fatigue

| | |
|------|--|
| MG10 | « J'ai pas remarqué que les patientes qui prenaient plus de poids avaient... j'ai des patientes qui ont un IMC à 40 et qui n'ont pas mal au dos, des patientes qui ont un IMC à 25 et qui vont avoir mal au dos » |
| MG11 | « Si elles ont des problèmes de rachialgies avant la grossesse, de l'arthrose » (...) « Dans sa vie courante si elles portent des charges lourdes » (...) « Si elle fait beaucoup de route aussi tout ça » |
| MG12 | « L'absence de sport auparavant aussi ça joue beaucoup (...) avec une sangle abdominale un petit peu déficiente voilà » |
| MG13 | « Le boulot en général qui peut être favorisant » (...) « J'ai l'impression que c'est quand même un des facteurs les plus favorisants (le poids) » |
| MG14 | « Les douleurs sont aussi là parce qu'elles sont enceintes et que du coup il y a une malposition, il y a un changement de morphologie » (...) « Si elles ont déjà des enfants, parce que souvent elles portent encore leurs enfants et donc du coup, elles sont beaucoup plus actives que lorsqu'elles n'ont pas encore d'enfants et qu'elles sont au repos. » |
| MG16 | « Les hormones doivent aider à assouplir un peu les tissus » (...) « Également le stress » (...) « Un mauvais ressenti de la grossesse » |

1.3. Fréquence de la douleur lombaire pendant la grossesse et de la consultation

Pour six médecins, plus de la moitié des femmes, voire toutes, ont des douleurs lombaires pendant la grossesse. Un seul contredit cet avis. Pour un autre, les douleurs abdominales sont plus courantes.

| | |
|------|---|
| MG6 | « Alors moi je trouve que c'est quand même assez fréquent. Je ne vais pas dire une femme sur deux mais pas loin quand même. » |
| MG21 | « Elles n'ont pas toutes mal au dos non plus » |

La plupart s'accordent pour dire qu'il s'agit d'un motif de consultation fréquent.

| | |
|-----|--|
| MG8 | « Je sais que c'est un des premiers motifs de consultation, en tout cas dans les plaintes de la femme enceinte » |
|-----|--|

1.4. Les femmes consultent-elles réellement pour ce motif ?

Selon six praticiens, la majorité des femmes enceintes consultent en cas de symptômes type lombalgie. La visite chez leur généraliste est plus rapide en raison des contre-indications à de nombreux médicaments, d'après l'un d'eux.

Un seul trouve qu'elles ne consultent pas forcément, considérant ces douleurs normales et s'auto-gèrent voire s'automédiquent.

| | |
|------|---|
| MG12 | « Quelques-unes ne consultent pas car elles considèrent que c'est normal. » |
| MG16 | « Elles vont consulter plus vite, elles savent qu'elles peuvent pas prendre en automédication n'importe quoi, elles ne vont pas prendre d'ibuprofène, elles vont pas... donc du coup je pense qu'elles vont venir plus vite » |
| MG17 | « Il y a des patientes qui nous voient une fois ou deux, on sait qu'elles ont mal mais elles ne reviennent pas vers nous, c'est tout, elles s'autogèrent » |

1.5. Profils des patientes

Ces lombalgies sont vues chez tout type de patiente selon un des médecins.

| | |
|------|---|
| MG20 | « Ben non, en même temps j'en vois chez tous les profils. » |
|------|---|

Un autre trouve qu'il existe un profil particulier, différent des lombalgiques de la population générale, en dehors de la douleur chronique. Ce symptôme est peu vu chez les femmes désirant cette grossesse.

| | |
|------|---|
| MG10 | « Le profil des personnes qui viennent pour des douleurs lombaires, effectivement c'est déjà un profil (...) c'est pas toutes les femmes enceintes, c'est pas justement les femmes qui arrivent avec le sourire, qui sont hyper contentes d'être enceintes, chez qui tout se passe bien » (...) « Phénomène courant même chez des gens qui n'auraient pas forcément mal d'habitude » (...) « Quand ça dure un peu plus longtemps c'est quand même un peu plus la même population que dans la population classique » |
|------|---|

1.6. Ressenti des femmes sur les lombalgies pendant la grossesse (selon médecin)

Trois médecins évoquent une certaine acceptation de la douleur s'expliquant par : un bénéfice secondaire (un enfant à naître), un temps bref de la douleur (durée de la grossesse au maximum), et un terme final (l'accouchement). Elle entraîne une plus grande patience que dans la population générale.

| | |
|-----|---|
| MG4 | « Il y a une acceptation de la douleur, une relative patience par rapport à la douleur, parce qu'il y a un terme, qu'on ne va pas retrouver sur la prise en charge de la douleur de la personne âgée » (...) « Le patient lambda va être plus impatient qu'on trouve une solution par rapport à la douleur » |
| MG8 | « Il y a un bénéfice secondaire dans cette douleur c'est qu'il y a le côté positif d'être enceinte et que ce sera un bébé à venir, donc je pense que la répercussion elle est quand même moindre par rapport à quelqu'un qui a mal au dos sans avoir de bénéfice derrière » (...) « Je pense que ça modifie parce qu'elles savent que ça va être pour un temps bref » |

Pour trois médecins, les femmes enceintes banalisent la douleur lombaire, la considérant normale et faisant partie des maux de la grossesse. Mais elles reprochent ce sentiment quand il provient du corps médical selon trois praticiens.

| | |
|------|---|
| MG10 | « Dire qu'elles ont un peu mal au dos le matin, comme leurs tantes, leur mère et leurs grand-mères leur avaient dit, donc elles considèrent que, voilà... elles ont peut-être pas moins mal mais voilà, elles le tolèrent et elles se disent que c'est un phénomène parmi d'autres voilà. » |
| MG12 | « Elles considèrent que c'est normal. » |
| MG13 | « Souvent les patientes banalisent aussi les douleurs lombaires. » |
| MG14 | « Je pense que oui effectivement elles doivent le ressentir comme ça (banalisation) » |

Deux des praticiens notent de l'inquiétude chez les femmes enceintes.

| | |
|------|---|
| MG10 | « On voit souvent dans le regard cette inquiétude et cette volonté de savoir pourquoi, enfin, il y a beaucoup de patientes comme ça » |
| MG14 | « Quand elles sont douloureuses (...) elles sont toujours stressées, elles ont peur que ce soit grave » |

1.7. Variation et évolution de la douleur

1.7.1. *Selon le terme*

Les avis divergent sur la période du début des douleurs : dès le 1^{er} trimestre pour 3 médecins, vers le 2^{ème} trimestre pour 2 autres, et au 3^{ème} trimestre pour 2 praticiens.

| | |
|------|---|
| MG10 | « C'est plus un motif de consultation du 2 ^{ème} trimestre » (...) « C'est pas si souvent qu'en fin de grossesse ce soit un gros problème. » |
| MG12 | « Surtout au 3 ^{ème} trimestre, on a quand même souvent pas mal de douleurs lombaires » |
| MG16 | « Dès le démarrage de la grossesse parfois, dès le démarrage » |

Les douleurs apparaissent par crises, sont épisodiques, non durables, selon deux des médecins interrogés.

| | |
|------|---|
| MG10 | « Dans la très très grande majorité des cas c'est vraiment un truc qui est épisodique je trouve moi (...) j'ai vraiment l'impression que neuf personnes sur dix c'est pendant un moment de la grossesse quoi, c'est pendant une semaine ou deux et après le phénomène se tasse. » |
| MG16 | « Ca survient plus par crise j'ai l'impression » (...) « C'était fugace » |

Pour trois des médecins, les douleurs persistent tout au long de la grossesse, sans réelle amélioration voire même une aggravation. Ils notent une disparition des douleurs après l'accouchement.

| | |
|------|---|
| MG6 | « Ben ça risque pas trop de s'améliorer au fur et à mesure de la grossesse » (...) « Je leur dis que ce n'est pas censé non plus réapparaître après qu'elles aient accouché » |
| MG13 | « Soit ça se stabilise soit ça s'aggrave. » |
| MG14 | « Après l'accouchement ça a été beaucoup mieux » |

1.7.2. Selon la patiente

Selon deux praticiens, la douleur est fonction de la patiente: de sa tolérance à la douleur, de l'inquiétude qu'elle engendre, et du vécu de la grossesse (plus elle est investie, mieux elle est vécue et inversement).

| | |
|------|---|
| MG17 | « Il y a quand même forcément des femmes qui ont mal du début jusque la fin de leur grossesse et d'autres qui trouvent ça plus supportable. » |
| MG10 | « Selon qu'on s'en plainte ou pas, ça dépend quand même beaucoup de notre contexte, notre inquiétude par rapport à la cause » (...) « Plus la |

| | |
|--|---|
| | personne était bien dans son corps, dans sa tête, et que la grossesse était investie, moins il y a avait de petits bobos de la grossesse et que moins c'était le cas et plus il y en avait. » |
|--|---|

2. Rôles du médecin généraliste face à la douleur lombaire de la femme enceinte

2.1. Premier recours

Trois médecins décrivent leur rôle de premier intervenant, médecin de première ligne, pour les problèmes aigus, avant d'aller aux urgences.

| | |
|------|--|
| MG3 | « Premier recours. » (...) « Si elles ont des soucis à ce niveau, plutôt que d'aller aux urgences traîner des heures, elles peuvent déjà passer là » |
| MG12 | « On est quand même le premier intervenant dans la vie des gens au niveau médical » (...) « On est le premier interlocuteur généralement. » |

2.2. Administratif

Deux praticiens parlent de leurs missions purement administratives avec les arrêts de travail entre autre. L'un d'eux reproche d'être là uniquement pour ça...

| | |
|------|---|
| MG4 | « Juste pour faire les papiers » (...) « Après je les vois uniquement quand ça les arrange pour les arrêts de travail » |
| MG16 | « Les arrêts de travail c'est plus nous. Elles viennent nous voir pour ça » |

2.3. Dépannage

Un généraliste dit être là en dépannage, quand les patientes ne trouvent aucune solution.

| | |
|-----|--|
| MG4 | « Je suis vraiment là en dépannage. » (...) « Pompier de service quand vraiment ils ne trouvent pas de solution. » |
|-----|--|

2.4. Complémentarité avec le gynécologue et la sage-femme

Le suivi de grossesse est débuté par certains généralistes puis relayé par le spécialiste.

| | |
|------|--|
| MG20 | « Je suis en complémentarité avec la sage-femme et le gynéco. C'est seulement à partir du 6ème mois finalement qu'on se rend compte que le suivi est plutôt en gynéco. » |
|------|--|

Le délai de consultation, rapide chez le généraliste, est un atout face à la difficulté de prise de rendez-vous chez le spécialiste (3 médecins). Leur planning est rempli par les visites programmées et les horaires ne sont pas toujours adaptés aux patientes.

| | |
|------|--|
| MG2 | « ils ont pas forcément des rendez-vous tout de suite. » (...) « C'est souvent des rendez-vous programmés, à chaque mois de grossesse. » |
| MG21 | « On est là si elles n'ont pas eu accès au gynéco ou à la sage-femme. » |

Les sages-femmes et les gynécologues se focalisent sur la grossesse et la gynécologie. Ils laissent le soin aux médecins traitants de s'occuper des problèmes non obstétricaux, par manque de connaissances (4 médecins).

| | |
|------|---|
| MG17 | « Les gynéco et les sages-femmes leur disent ‘nous on surveille la grossesse (...) vos douleurs lombaires vous voyez ça avec votre médecin traitant.’ » |
| MG21 | « On est souvent là pour tout ce qui n’est pas de l’ordre de l’obstétrique » |

Le rôle du médecin généraliste est plutôt dans l’aigu, à la différence des sages-femmes qui sont plus dans le suivi (2 praticiens).

| | |
|-----|---|
| MG2 | « Quand il y avait justement des problèmes aigus, comme ça, elle disait ‘voyez avec votre médecin traitant, ou voyez avec votre gynéco’ » |
| MG8 | « Elle va peut-être plus s’orienter sur le suivi en lui-même, sur la bonne évolution de la grossesse (...) on a un rôle complémentaire » |

Certaines prescriptions, comme la kinésithérapie et les arrêts de travail, sont faites principalement par le généraliste (2 médecins).

| | |
|-----|---|
| MG4 | « Pour ça (les arrêts de travail), ils viennent encore nous voir « mon gynéco il peut pas le faire » (il grimace et rit). » |
| MG9 | « Les sages-femmes ou gynécos ne prescrivent pas forcément de kiné » |

Les médecins généralistes font preuve d’une meilleure écoute que leurs confrères.

| | |
|-----|-----------------------------------|
| MG9 | « On est un peu plus à l’écoute » |
|-----|-----------------------------------|

D’autres missions ont été relevées : un rôle d’avis des examens prescrits par le spécialiste et en cas d’oubli lors d’une consultation de suivi.

| | |
|-----|--|
| MG6 | « Elles viennent parfois me voir avec les résultats biologiques prescrits par le confrère gynéco ou par la consœur sage-femme avant d’avoir revu leur spécialiste ou leur sage-femme, et du coup elle demande mon avis » |
|-----|--|

| | |
|------|--|
| MG18 | « Ben je pense que même s'il y a un suivi gynéco ou sage-femme, on peut oublier des choses pendant une consult et du coup on peut consulter. » |
|------|--|

2.5. Ecouter – Rassurer – Expliquer

L'écoute, l'accompagnement et le soutien font partie des rôles du généraliste (3 médecins).

| | |
|------|---|
| MG12 | « Il s'agit d'entendre la plainte, la prendre en considération » |
| MG14 | « On est là pour accompagner (...) essayer d'accompagner dans la douleur. » |
| MG16 | « Un rôle de soutien aussi moral (...) il y a quand même une réassurance qu'on est obligé d'avoir aussi, enfin, c'est notre rôle aussi. » |

La réassurance est une de leurs missions principales (1 médecin).

| | |
|------|---|
| MG15 | « on a surtout un rôle pour moi de rassurer » |
|------|---|

Le médecin généraliste peut avoir un rôle explicatif, parfois à la suite d'une consultation avec le spécialiste (1 médecin).

| | |
|------|--|
| MG19 | « Ben déjà explicatif je pense. Pas tous les spécialistes, mais tous les jours je vois des gens je réexplique des trucs, on leur a rien expliqué » |
|------|--|

2.6. Exercice médical

Plus de la moitié des généralistes évoquent ce rôle médical : examiner, établir une hypothèse, éliminer les diagnostics différentiels, écarter les urgences, évaluer l'intérêt

d'examens complémentaires, dans le but de traiter le patient ou de l'orienter vers un spécialiste.

| | |
|------|---|
| MG12 | « Etablir un diagnostic et puis soit traiter, soit orienter, soit faire des examens complémentaires si besoin » (...) « On a un rôle qui est multiple, dès la prévention, jusqu'au dépistage, jusqu'au traitement » |
|------|---|

2.7. Prévention

Deux praticiens rappellent leur rôle important de prévention, rôle insuffisamment mis en valeur au cours des études de médecine pour l'un d'eux.

| | |
|------|--|
| MG11 | « Ben comme d'hab. Prévention +++ » |
| MG12 | « On a un rôle qui est multiple, dès la prévention » (...) « Notre rôle de prévention n'est pas suffisamment mis en valeur pendant nos études. » |

3. Ressenti du médecin généraliste

3.1. Attitude et ressenti du médecin généraliste

3.1.1. *Aisance / Appréhension*

Un peu moins de la moitié des généralistes ne ressentent pas d'appréhension. Une médecin dit être contente de prendre en charge une femme enceinte. D'autres symptômes comme les vomissements sont, pour un des praticiens, plus ennuyeux.

Cette absence d'anxiété face à ces lombalgies a deux explications :

- les médecins s'attendent à ce type de consultation, étant un grand classique de la grossesse (2 généralistes)
- l'existence d'outils d'aide à la prise en charge tel que le CRAT si besoin

| | |
|------|--|
| MG7 | « Pas spécialement (d'appréhension) car je trouve que, par exemple, le CRAT est bien fait, donc même si je devais prescrire... » |
| MG13 | « Je me sens à l'aise parce que c'est quand même un grand classique de la grossesse » |
| MG1 | « Non je ne les appréhende pas. » (...) « J'ai pas plus d'inquiétude » |

Mais la prise en charge d'une femme enceinte peut faire peur à certains en raison de :

- l'augmentation du risque et du nombre de pathologies au cours de la grossesse (2 médecins)
- la présence de deux êtres à traiter : la mère et le fœtus (1 médecin)
- la limitation thérapeutique (1 médecin)

| | |
|------|---|
| MG14 | « Je pense qu'on a toujours peur quand c'est une femme enceinte. » |
| MG2 | « Dès qu'on sait que c'est une femme enceinte, les médecins appréhendent parce qu'ils sont un peu limités au niveau des thérapeutiques » |
| MG10 | « Une augmentation (de l'appréhension) en raison d'une augmentation du nombre de risques et de pathologies par rapport à ce qu'on voit tous les jours. Mais c'est pour tout pour la femme enceinte, enfin, il y a deux personnes quoi, au lieu d'une donc...» |

L'appréhension est variable, selon deux facteurs :

- l'expérience professionnelle : il s'agit d'une situation angoissante en début de carrière (2 médecins)

- l'intensité de la douleur : une facilité face à une douleur d'intensité légère et une crainte en cas d'hyperalgie par peur de complications.

| | |
|------|--|
| MG2 | « Ça (l'appréhension) dépend le grade de la douleur. Quand c'est une douleur d'intensité légère (...) c'est assez simple. » |
| MG11 | « Une douleur lombaire hyperalgique avec une EVA supérieure ou égale à 6/10. Je te dis ça je ne suis pas à l'aise, je veux être sûre qu'il n'y ait pas autre chose » |
| MG17 | « Plus du tout mais au début oui » (...) « Ça fait partie des consultations qu'on appréhende je pense quand on est jeune installé » |

3.1.2. Emotionnel

Un des médecins déclare être plus dans l'émotion face à une femme vivant une grossesse et être moins objectif.

| | |
|-----|---|
| MG3 | « C'est un peu plus émotionnel qu'objectif. » |
|-----|---|

3.1.3. Impuissance par la limitation thérapeutique

Trois médecins révèlent se sentir impuissants et démunis par la limitation de prise en charge.

| | |
|------|---|
| MG14 | « Ben un peu impuissante, effectivement je n'avais pas beaucoup de chose à lui proposer quoi. » |
|------|---|

3.1.4. Intérêt porté à la douleur

Cinq médecins disent s'intéresser à la douleur et questionnent leurs patientes sur d'éventuels symptômes de grossesse. Pour deux d'entre eux, l'algie ne permet pas un bien-être, pourtant essentiel au bon développement du fœtus et pour le post-partum. Elle masquerait un mal-être sous-jacent selon un praticien.

| | |
|------|---|
| MG11 | « Je demande comment elles vont etc... Au niveau des douleurs, je ne mets pas un focus sur la douleur lombaire particulièrement » |
| MG16 | « Le ressenti de la grossesse est important aussi pour le post partum, pour la relation avec le bébé » |
| MG17 | « C'est hyper important, parce que en plus les douleurs lombaires quand même 9 fois sur 10 ça cache autre chose. » |

Selon un des généralistes, questionner sur d'éventuelles douleurs serait plutôt néfaste car entraînerait des plaintes inutiles et non fondées.

| | |
|------|--|
| MG11 | « Si le patient évite de se plaindre, parfois... ça dépend de la mentalité mais après quand on met le doigt dessus et on dit « ah il n'y a pas ça », et bien les gens s'engouffrent un peu dans la brèche. » |
|------|--|

3.1.5. Banalisation

Quasiment tous les médecins s'accordent pour dire que la lombalgie est banalisée, mais pas par eux.

| | |
|------|---|
| MG6 | « Je pense qu'effectivement c'est probablement un peu banalisé. » |
| MG13 | « Je ne pense pas banaliser moi. Quand les patientes s'en plaignent je ne vais pas les laisser souffrir » |

Les praticiens énoncent les raisons de cette banalisation :

- la normalité et la bénignité des douleurs (5 médecins)
- le manque de temps (2 médecins)
- un motif de fin de consultation ne permettant pas de s'y attarder (1 médecin)
- la limitation thérapeutique (3 médecins)

| | |
|------|---|
| MG4 | « Beaucoup de gens peuvent avoir un ressenti de ne pas être écouté. Il suffit que le médecin soit pressé. » |
| MG11 | « Quand il y a de l'abattage, qu'il y a du monde etc... que du coup peut-être que effectivement il peut y avoir une banalisation, et vite on dit c'est les douleurs ligamentaires on peut pas faire grand-chose quoi, c'est vrai. » |
| MG15 | « Peut-être parce qu'on a le lien de cause à effet, on sait, comme on a la cause exacte on se dit bon... On ne va pas chercher plus loin... » |
| MG7 | « On peut parfois banaliser le truc, parce qu'on est dans une consultation où il y a pleins de motifs et où peut-être elles s'en plaignent à la fin ou... tu sais le fameux motif de fin de consultation (rit). » |
| MG5 | « C'est que le médecin il n'a pas d'arme quoi. (...) s'il n'a pas de solution, il dit que c'est pas grave. » |

Il peut être dangereux de la banaliser, selon deux médecins, car elle peut être hyperalgique ou être un symptôme d'une pathologie nécessitant une prise en charge adaptée. Le risque est de sous-traiter les patientes.

| | |
|------|--|
| MG11 | « Il ne faut pas non plus banaliser parce que ça peut être carrément soit une hernie discale comme tout le monde, elle peut faire je ne sais pas une autre infection de pyélo, ou elle peut avoir aussi une méta osseuse » (...) « Il ne faut pas banaliser sur la grossesse une douleur lombaire. Ça peut être une douleur lombaire hyperalgique... » |
| MG20 | « On a tendance à effectivement à banaliser aussi la prise en charge et leur dire : ben c'est tout, vous prenez doliprane si vraiment ça passe pas. » |

D'après un médecin, la banalisation peut être aussi positive, faisant partie du projet de soins, si elle veut dire 'ne pas faire de recherche causale par des examens'.

| | |
|------|---|
| MG10 | « Je pense que c'est aussi bien de banaliser en fait (...) il y a souvent une volonté de recherche causale aussi chez certaines personnes, et que là, comme souvent, comme dans la lombalgie chronique, si c'est 'il ne me fait pas faire d'examen, il ne fait pas faire de scan ou de radio' parce qu'on trouve des trucs qui en fait n'ont rien à voir, si c'est ça qui est appelé banalisation, en fait ça fait partie du projet thérapeutique aussi » |
|------|---|

3.1.6. *Patience*

Selon un des professionnels de santé, il faut savoir faire preuve de patience au cours de certaines consultations face à des patientes très en demande.

| | |
|------|--|
| MG17 | « Il y a des patientes qui sont très demandeuses donc il faut de la patience » |
|------|--|

3.1.7. *Plus précautionneux*

Deux médecins relatent faire plus attention et être plus précautionneux pendant la grossesse.

| | |
|------|--|
| MG10 | « Tu dis bon elle est enceinte, il faut que je fasse attention dès le départ » (...) « Plus vigilant, je fais plus attention si une femme enceinte me dit qu'elle a mal au dos que si un homme de 40 ans me dit qu'il a mal au dos. » |
|------|--|

3.1.8. Impact de l'attitude du médecin

Un professionnel estime que la parole du médecin et son attitude ont un impact majeur sur la femme enceinte, et qu'il faut analyser la patiente pour trouver la bonne approche. Celle-ci aura un retentissement sur la prise en charge : s'il banalise, la patiente ne se sentira pas écoutée et doutera...

| | |
|------|--|
| MG11 | « Certains médecins ne se rendent pas forcément compte de l'impact de leur parole » (...) « Il faut faire attention à ce qu'on dit en fonction de nos patients, comment il est, si tu peux te permettre de banaliser ou pas. » |
| MG19 | « C'est l'approche qu'on en fait (...) soit tu dis c'est rien, effectivement c'est pas grand-chose, tu banalises et ta prise en charge elle peut être super bonne sauf que le patient a l'impression que tu n'as pas pris de temps pour lui, que tu ne t'y aies pas intéressé, même si tu as raison en soit. » |

3.2. Difficultés ressenties par les médecins généralistes

Les difficultés exprimées par les médecins interrogés sont :

- l'examen clinique plus compliqué en raison de la grossesse en cours (1 médecin)

| | |
|------|--|
| MG21 | « Au niveau même de l'examen parfois...» |
|------|--|

- le diagnostic incertain en raison de l'absence d'examen complémentaire (1 médecin)

| | |
|------|--|
| MG13 | « Avoir un diagnostic qui est un petit peu flou, parce qu'on dit que c'est mécanique mais on ne peut pas faire de radios, quand il y a une sciatalgie on ne peut pas faire de scanner... » |
|------|--|

- le difficile abord de la problématique du poids pendant la grossesse et le peu de solutions possibles : régime impossible, aggravation par la sédentarité (dont les arrêts de travail) majorée par le contexte sanitaire actuel (1 médecin).

| | |
|------|---|
| MG13 | « On est limité aussi par rapport au poids... c'est difficile (...) mais on ne peut pas les mettre au régime, et à partir du moment où elles sont en arrêt des fois c'est un peu un cercle vicieux, même si je mets sorties libres et que j'essaye de favoriser l'activité, c'est pas évident » |
|------|---|

- la recherche de praticiens de médecine parallèle aptes à prendre en charge des femmes enceintes (1 médecin)

| | |
|-----|--|
| MG8 | « Trouver le bon praticien (de médecine parallèle) qui saura bien gérer la femme enceinte. » |
|-----|--|

- la prise en charge des arrêts de travail (2 médecins)

| | |
|-----|--|
| MG8 | « Je trouve que les lombalgies c'est hyper compliqué dans la prise en charge et dans les arrêts et on n'est pas assez formé là-dessus. » |
|-----|--|

- la radiculalgie parfois associée (1 médecin)

| | |
|------|---|
| MG17 | « La lombosciatalgie c'est plus embêtant en fait (...) une lombosciatalgie pendant une grossesse ça devient plus chaud à prendre en charge. » |
|------|---|

- la faible maîtrise du sujet : manque de connaissances ou situation peu rencontrée (2 médecins)

| | |
|-----|---|
| MG7 | « Ben j'ai pas souvent le cas donc c'est plutôt ça le problème. A chaque fois qu'on a une situation qu'on ne connaît pas très bien... » |
|-----|---|

| | |
|------|---|
| MG15 | « La difficulté vient surtout du manque de connaissances. » |
|------|---|

- le suivi de la lombalgie dans le post partum, souvent oublié, avec un risque de chronicisation (1 médecin).

| | |
|------|--|
| MG13 | « après la naissance souvent elles consultent pour leur bébé mais plus pour elles, elles laissent trainer, ça devient chronique (...) C'est peut-être ça la difficulté (...) on ne va pas penser à demander à la maman 'au fait vous aviez mal au dos pendant la grossesse, ça va mieux ?' » |
|------|--|

- et la limitation thérapeutique et les contre-indications, perçues comme la difficulté majeure pour presque tous les praticiens. Un seul n'y voit pas de problème.

| | |
|------|---|
| MG8 | « Ce qui est plus compliqué ça va être déjà pour les traitements du coup, difficulté de prescriptions pour ces femmes-là, qui sont quand même contre-indiquées à pas mal de traitements » |
| MG19 | « si c'est contre-indiqué en fonction du terme, c'est tout, je n'y réfléchis même pas en fait. C'est contre-indiqué, c'est contre-indiqué, et je trouve une autre solution. » |

La difficulté est fonction de l'intensité de la douleur selon deux médecins.

| | |
|------|---|
| MG2 | « Ça dépend le grade de la douleur. Quand une douleur (...) d'intensité légère, enfin, c'est assez simple » |
| MG18 | « Il pourrait y avoir des difficultés si c'était des douleurs très invalidantes » |

Deux généralistes ne perçoivent aucune difficulté face à cette situation.

| | |
|-----|---|
| MG5 | « Pour moi ça ne me pose pas de problème. » |
|-----|---|

3.3. Rôle du sexe du médecin

3.3.1. *Point de vue masculin*

Pour trois des médecins masculins, il n'y a pas de différence en terme de prise en charge selon le sexe du praticien, y compris sur l'écoute.

| | |
|------|---|
| MG19 | « Non pas forcément moins d'écoute. De toute façon, la majeure partie des gens que tu vois sont malades et nous on est jeune on est en bonne santé, donc on ne sait pas ce qu'ils vivent, donc forcément c'est de l'écoute, on doit avoir un petit peu d'empathie » |
| MG21 | « Je ne pense pas (qu'il y ait de différence) » |

Selon trois professionnels, il existe des différences de ressenti face à une femme enceinte en raison de l'absence de vécu de grossesse. L'un d'eux pense qu'un homme est plus averti et plus doux au niveau de la gynécologie.

| | |
|------|---|
| MG15 | « Parce ça ne m'arrivera jamais (...) on n'a pas le même ressenti. » |
| MG20 | « Souvent on dit que les gynécos hommes sont un peu plus avertis sur l'examen etc que les gynécos femmes, donc je me dis que en médecine générale pareil peut-être. » |

3.3.2. *Point de vue féminin*

Selon l'ensemble des femmes médecins, il existe des différences selon le sexe du médecin. On note chez les femmes :

- une meilleure compréhension de la douleur de la femme enceinte, et de manière plus générale de la gynécologie, car vécue par la praticienne (3 médecins).
- un intérêt plus important et une moindre banalisation de la douleur (3 médecins)

- une meilleure écoute (1 médecin)

| | |
|------|--|
| MG2 | « Tout ce qui est problème gynéco, les femmes sont plus compréhensives et inversement sur certaines choses chez les hommes. » |
| MG13 | « Les hommes, sans vouloir être sexiste (...) parfois ils peuvent banaliser sans se rendre compte de l'impact que ça peut avoir pour la femme quoi » |
| MG14 | « Le fait d'être une femme et d'avoir déjà ressenti les douleurs, je pense que oui, je pense qu'on y fait un peu plus attention du coup » (...) « Si on a déjà eu les douleurs, si on a déjà eu le ressenti de la patiente (...) on comprend plus facilement je pense les effets indésirables, ce qui va ce qui ne va pas, donc le fait d'être une femme (...) » |
| MG16 | « Est-ce que le médecin homme est plus à l'écoute moins à l'écoute de tout ça... ouais... » |

La patientèle est différente selon le sexe du praticien d'après une jeune médecin remplaçante : les femmes enceintes vont davantage s'orienter vers des généralistes féminines.

| | |
|-----|--|
| MG7 | « Je vois assez peu de femmes enceintes (...) je pense que c'est parce que je remplace que des, enfin, que des hommes. (...) Mais je pense que peut-être les femmes enceintes veulent être plutôt suivies par des femmes » |
|-----|--|

L'implication au sein du couple lors des grossesses peut modifier la prise en charge des praticiens masculins selon l'une des généralistes. Si le couple est dans le partage l'homme médecin sera alors attentif et à l'écoute de ses patientes, et inversement.

| | |
|------|---|
| MG18 | « Si l'homme a partagé avec sa femme des douleurs, qu'il est au courant de la façon dont ça limite, ça peut limiter... par contre si c'est un couple qui n'échange pas beaucoup il sera moins attentif, moins à l'écoute. » |
|------|---|

4. Prise en charge des lombalgies pendant la grossesse

4.1. Généralités

La prise en charge est dépendante de divers facteurs :

- de la patiente, de ses souhaits, de son point de vue. Certaines adhèrent aux médecines parallèles, d'autres non. Deux praticiens s'accordent pour dire que quelques-unes ont besoin d'avoir un traitement, une ordonnance.
- de la patientèle, comme le notifie un des praticiens, en prenant l'exemple de la codéine, plus ou moins prescrite selon le lieu d'exercice
- du généraliste (2 médecins) : la personnalité du praticien modifie la prise en charge et les jeunes médecins sont plus « branchés » prévention
- de la grossesse et de son terme, de la limitation thérapeutique qui en découle

| | |
|------|---|
| MG4 | « Ma personnalité aurait influencé ma façon de prendre en charge. » |
| MG2 | « Au niveau thérapeutique on est vite limité » |
| MG10 | « Euh... ça dépend du terme. » |
| MG11 | « On est un peu plus accès prévention dans notre pratique, plus les jeunes médecins, je ne sais pas, après ça dépend de notre pratique » |
| MG17 | « Des idées de prise en charge qui collent avec la patiente » (...) « D'autres patientes qu'on va pouvoir adresser facilement à un ostéopathe, à un acupuncteur qui sont... à qui on va pouvoir mettre de l'homéopathie, qui seront réceptives à ce genre de prise en charge un peu parallèle. » (...) « Il y a des patientes qui vont vraiment avoir besoin de médicaments » (...) « C'est parce que c'est une population qui s'y prête, je pense que si on était dans une population plus défavorisée ou avec plus de toxicomanie notamment à la codéine etc... ben je ne le gèrerais pas pareil... » |

Par la grossesse, un des médecins note une meilleure observance, une meilleure qualité d'écoute. Un autre relève que les femmes enceintes sont davantage ouvertes aux médecines parallèles.

| | |
|------|--|
| MG9 | « Elles sont prêtes à mettre en œuvre plein d'autres choses pour justement ne pas devoir prendre de médicaments. » |
| MG12 | « Je pense que l'observance est meilleure. » (...) « Je pense qu'elles suivent mieux les conseils qu'en dehors de la grossesse. » (...) « Je pense qu'il y a quand même une qualité d'écoute pendant la consultation quand la femme est enceinte, une qualité d'écoute qui est supérieure. » |

Le but principal de la prise en charge, décrit par quatre médecins, est de traiter la douleur afin d'améliorer le vécu de la grossesse.

| | |
|-----|---|
| MG8 | « Il faut essayer de la soulager (...) pour pas que ça joue aussi sur son moral » (...) « Je pense qu'il faut quand même essayer de lui proposer pour qu'elle vive bien sa grossesse, c'est le plus important » |
|-----|---|

Elle est généralement simple, voire minimale pendant la grossesse.

| | |
|------|-----------------------|
| MG21 | « Antalgie minimale » |
|------|-----------------------|

4.2. Interrogatoire et examen clinique

Le début de la consultation, comme le rappellent quatre praticiens, commence par un interrogatoire, afin de connaître : le terme de grossesse, le mode de vie, le côté psychologique et les traitements déjà entrepris.

| | |
|------|-------------------------------------|
| MG11 | « Demander à quel terme elle est. » |
|------|-------------------------------------|

| | |
|------|--|
| MG2 | « Moi j'essaie toujours de rechercher, de savoir si elles sont stressées, si dans leur travail ou leur vie personnelle ça se passe bien... » |
| MG7 | « De voir un petit peu comment elle vit, enfin son quotidien, si elle porte des charges, si elle a une activité professionnelle » |
| MG11 | « Savoir ce qu'elle a pris, ce qu'elle a pas pris... » |

Il s'ensuit un examen clinique identique à celui de la population générale avec une précaution particulière sur le côté abdominal, urinaire et la recherche de pyrexie. Deux médecins parlent de l'examen gynéco-obstétrical. Trois praticiens mettent l'accent sur celui du rachis lombaire.

| | |
|------|--|
| MG3 | « Examen général, tension, pour voir si pas de souci particulier. Euh... se renseigner sur les problèmes digestifs, les problèmes urinaires. » (...) « La température éventuellement » (...) « Un bon examen gynéco » (...) « Je fais un bon examen du rachis lombaire » |
| MG14 | « Au début c'est la même chose (...) je fais le même examen clinique. » |

L'intérêt de l'interrogatoire et de l'examen clinique est de préciser et caractériser la douleur (douleurs projetées, douleurs ligamentaires, sciatique). Ils permettent d'éliminer les diagnostics différentiels (cystite, colique néphrétique et pyélonéphrite), d'identifier les complications, les signes de gravité et d'évaluer le niveau d'urgence.

| | |
|------|---|
| MG14 | « Eliminer les complications, le syndrome de la queue de cheval, enfin des choses comme ça plutôt » |
| MG19 | « Caractériser la douleur, à quoi ça ressemble, s'il n'y a pas besoin de faire d'autres examens » |
| MG20 | « Pour être sûr qu'il n'y ait pas une colique néphrétique ou une pyélo » |
| MG21 | « On va préciser le côté lombaire » (...) « est-ce qu'on a eu ou pas une fessalgie associée, est-ce qu'on a une sciatgie associée » |

4.3. Examens complémentaires

4.3.1. *Prescription*

L'ensemble des praticiens interrogés ne prescrivent pas ou peu d'examens complémentaires en cas de lombalgie pendant la grossesse, après évaluation de la balance bénéfice-risque, en raison de :

- la contre-indication à l'irradiation (4 médecins)
- l'absence de recherche causale (2 médecins), celle-ci étant connue (la grossesse et ce qui en découle). Un des praticiens explique qu'une investigation pourrait être délétère en trouvant des anomalies sans lien avec la symptomatologie
- l'absence de prise en charge spécifique pendant la grossesse (1 médecin)
- l'absence d'urgence réelle pendant la grossesse, hormis le syndrome compressif (1 médecin)

| | |
|------|---|
| MG10 | « Et surtout pas d'examen complémentaire, pas de recherche causale. » (...) « Si c'est : il ne me fait pas faire d'examen, il ne fait pas faire de scan ou de radio parce que on trouve des trucs qui en fait n'ont rien à voir » |
| MG11 | « Là tu as toujours bénéfice-risque pour la femme enceinte. Est-ce que ça vaut le coup de faire une imagerie sachant qu'elle est déjà coincée mais pas de déficit sensitivo-moteur ? » |
| MG19 | « Tu ne vas pas irradier, tu vas éviter d'irradier pour pas grand-chose » (...) « Si tu fais un examen et que tu trouves quelque chose, est-ce que ça va changer quelque chose à ta prise en charge, je ne pense pas, tant qu'il n'y a pas d'urgence, on remet après la grossesse, donc pour moi il n'y a pas d'urgence, c'est rare, il n'y a quasiment pas de vraies urgences » |

Les médecins prescriraient un examen complémentaire en cas de :

- nécessité d'un palier 3, afin de ne pas manquer une pathologie (1 médecin)

- signes d'alerte ou de gravité, telle qu'une sciatique hyperalgique déficitaire (4 médecins)

| | |
|------|---|
| MG11 | « Si j'ai recours au palier 3, en vrai je préfère être sûre qu'il n'y ait pas autre chose, ou faire une imagerie... » |
| MG14 | « Je ne fais pas facilement des examens sauf si j'ai des signes de gravité » |
| MG17 | « Sauf si sciatalgie typique hyperalgique, déficitaire, pourquoi pas » |

4.3.2. Type

Les médecins interrogés disent pouvoir prescrire :

- l'analyse d'urine : examen facilement demandé pendant la grossesse (2 médecins)
- la biologie sanguine : en cas d'horaire inflammatoire (2 médecins)
- l'échographie réno-vésicale : examen de 2ème intention pour un des praticiens dans le but d'éliminer une colique néphrétique
- l'IRM : jamais demandé, elle pourrait cependant être prescrite en cas de troubles neurologiques, de doute sur des lésions osseuses, de lombosciatique majeure, d'inflammation biologique et de résistance à la prise en charge.

D'autres examens sont évoqués mais non utilisés :

- la radiographie : déconseillée pendant la grossesse et d'utilité uniquement en cas de douleurs chroniques (tous les médecins)
- le scanner, même en cas de sciatique associée (2 médecins)

| | |
|------|---|
| MG11 | « Mais non sinon BU classique et puis euh... » |
| MG13 | « Quand il y a une sciatalgie on ne peut pas faire de scanner » |

| | |
|------|--|
| MG14 | « S'il y a un côté inflammatoire, enfin si c'est une douleur d'horaire inflammatoire, je ferais certainement une prise de sang pour voir s'il y a d'abord une inflammation, et si oui une IRM » (...) « Les radios on sait que ça a un intérêt dans les douleurs chroniques. » |
| MG16 | « Si ça résiste avec un palier 2 avec de la cortisone avec un arrêt de travail, un repos bien conduit, la ceinture (...) je ferais faire une IRM » |
| MG17 | « IRM et neuro chir quand il y a une lombosciatalgie un peu costaud. » |
| MG20 | « Après chez la femme enceinte, je sais que tout ce qui est radio scanner c'est à éviter » (...) « En 2ème intention si jamais ça passe pas, on peut au moins avoir une échographie des voies urinaires pour être sûr que ce ne soit pas un problème de colique néphrétique, par exemple » |
| MG21 | « (IRM) Si j'avais des doutes sur une lésion osseuse, sur des troubles sensitifs des membres inférieurs » |

4.4. Moyens possibles et utilisés

4.4.1. *Thérapeutiques médicamenteuses*

4.4.1.1. « Médicaments et grossesse »

La prescription médicamenteuse chez la femme enceinte est plus vigilante : ne pas être néfaste pour la mère et le fœtus. Nombreux médecins disent « au moins de médicaments, au mieux pendant la grossesse... ». L'un d'eux évoque l'absence de données sur leurs effets à long terme.

| | |
|------|---|
| MG3 | « J'essaie de ne pas être délétère pour la femme enceinte et le bébé. » |
| MG7 | « Mais oui je fais beaucoup plus attention quand je prescris. » |
| MG20 | « Chez les femmes enceintes j'ai tendance à dire : moins on en met mieux c'est » (...) « On ne sait pas à long terme ce que ça peut donner chez l'enfant à naître, chez le futur adolescent, futur adulte, on ne sait pas » |

L'utilisation de certains médicaments reste possible. Elle dépend du terme de grossesse, et est, selon un médecin, question de dosage et de durée. Elle s'accompagne d'explications.

| | |
|-----|---|
| MG2 | « En leur précisant que souvent sur les boîtes des médicaments, il y a le logo 'interdit pendant la grossesse', sauf qu'il y a des médicaments qu'on peut quand même utiliser en fonction du terme de la grossesse» |
| MG4 | « D'une façon générale la prescription médicamenteuse chez une femme enceinte est toujours accompagnée d'un commentaire » |
| MG8 | « Je dis à chaque fois que c'est une question de dosage et une question aussi de durée. Si c'est sur une courte durée, ça peut pas non plus faire de mal, c'est pas forcément tératogène quoi. » |

Selon la majorité des médecins interrogés, les patientes ont des connaissances sur les médicaments pendant la grossesse. Elles savent que tous ne sont pas indiqués notamment les AINS (Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens). Deux des praticiens se questionnent si ce savoir est dépendant de la classe sociale.

| | |
|------|--|
| MG4 | « Parce qu'elles savent qu'il y a... enfin j'ai l'impression, c'est peut-être parce qu'elles sont bien éduquées ou milieu de classe moyenne » |
| MG14 | « Souvent elles sont pas surprises, parce qu'elles se doutent. Quand elles viennent elle disent 'bon je sais je suis enceinte, de toute façon je vais rien pouvoir prendre'. » |

L'automédication semble faible, le message étant bien passé auprès des femmes. Les médecins refont tout de même un aparté à leur patiente.

| | |
|-----|---|
| MG6 | « Je pense que le message est quand même bien passé dans la population générale en disant qu'il fallait pas boire d'alcool mais aussi pas consommer de médicaments sans avis médical. » |
|-----|---|

| | |
|------|--|
| MG12 | « J'ai toujours un discours en disant que voilà pendant la grossesse il y a plein de médicaments qu'on peut pas prendre, je leur dis qu'il ne faut pas spontanément prendre de médicaments sans demander un avis » |
|------|--|

Selon dix médecins, la plupart des femmes enceintes sont réticentes à la prise de médicaments et préfèrent ne pas en prendre. Elles suivent les prescriptions si besoin grâce aux explications et à la confiance en leur médecin. La prise du traitement dépend de l'intensité de la douleur et du rapport à leur futur enfant. Selon un des praticiens, c'est la loi du « tout ou rien » (soit elles refusent tout, soit elles acceptent tout), dépendant de la catégorie sociale.

| | |
|------|--|
| MG4 | « La femme enceinte a une relative méfiance par rapport aux médicaments » |
| MG13 | « Typiquement, je travaillais en PMI, j'étais à Roubaix il y avait les femmes maghrébines qui étaient ok pour tout prendre, et tu avais les dames de Wasquehal anti-médicaments, végétariennes, végétaliennes » |
| MG11 | « Ça dépend après de la grossesse comment elle est vécue aussi, le rapport à son enfant également, à son futur enfant ou à sa grossesse » (...) « Après si tu expliques le bénéfice, le risque, oui, il ne faut pas que ce soit ok que pour toi mais en même temps que pour le bébé ça soit pas dangereux, si tu leur expliques, je trouve que souvent c'est quand même bien accepté » |
| MG12 | « Ouah elles nous font confiance quand on prescrit un truc » |
| MG16 | « Il faut vraiment qu'elles aient des douleurs pour accepter de prendre ça quoi, il faut vraiment que ce soit insomniant, ou que ce soit difficile. » |
| MG18 | « La plupart du temps elles préfèrent ne rien prendre de toute façon » |

4.4.1.2. Les médicaments

4.4.1.2.1. Palier 1

- Doliprane

Le doliprane est LE médicament prescrit pour les lombalgies pendant la grossesse. Il est prescrit en 1^{ère} intention ou en 2^{ème} intention après le repos et la kinésithérapie. Tous les médecins s'accordent pour dire qu'il est possible pendant la grossesse voire le seul autorisé. Il est utilisé avec modération. Les patientes sont plutôt d'accord lors de sa prescription.

| | |
|-----|---|
| MG1 | « Forcément Paracétamol en 1ère intention.. euh... » |
| MG3 | « Tout en sachant qu'elles ont le droit au Doliprane » (...) « Je leur prescris même, mais je leur dis 'faut pas exagérer'. » |
| MG4 | « Nous n'avons pas de traitement autre que le paracétamol à notre disposition » |

- AINS

Tous les médecins s'accordent pour dire que les anti-inflammatoires sont contre-indiqués pendant la grossesse. Il s'agit de la grande différence avec la population générale. Deux rappellent qu'ils sont autorisés en début de grossesse, mais que leur prescription est évitée. De manière générale, c'est une classe médicamenteuse non appréciée par un des praticiens.

| | |
|------|---|
| MG10 | « Je ne suis pas un grand fan des anti-inflammatoires » |
| MG16 | « Pas d'anti inflammatoire... c'est quand même le côté plus compliqué, c'est vraiment la grosse différence. » |
| MG19 | « (...) En fonction de la période de la grossesse. » |

- ACUPAN

Un seul médecin l'évoque, soulageant davantage que le Paracétamol. Il le prescrirait après vérification de son autorisation pendant la grossesse.

| | |
|------|--|
| MG11 | « L'acupan, je vérifie tout le temps après si j'ai le droit (...) souvent ça les soulage un peu plus » |
|------|--|

4.4.1.2.2. Palier 2

A propos des paliers 2, on observe trois groupes : les médecins se questionnant sur les possibilités de prescription (2 médecins), ceux disant qu'ils sont contre-indiqués pendant la grossesse (2 médecins) et ceux pensant qu'ils sont autorisés. Parmi ces derniers, plusieurs n'en utilisent pas en raison des effets secondaires, de la mauvaise tolérance et de la crainte vis-à-vis de cette grossesse, surtout au 3^{ème} trimestre. Certains disent ne pas en avoir besoin. A contrario, un autre le donne rapidement, en cas d'aggravation rapide des douleurs. D'autres les prescriront après vérification de leur non contre-indication. La prescription se fait principalement en cas d'hyperalgie ou de sciatique majeure associée.

A noter que la codéine est préférée au Tramadol.

Du côté des patientes, ils notent une certaine réticence par peur pour l'enfant et en raison des effets indésirables. Leur prescription est peu suivie.

| | |
|-----|--|
| MG1 | « Dans les douleurs importantes, ça m'arrive de prescrire de la codéine » |
| MG2 | « J'aime pas trop tout ce qui est Tramadol tout ça, même si à priori pendant la grossesse on peut l'utiliser. Mais il y a quand même des effets secondaires de ces traitements donc euh... » |

| | |
|------|---|
| MG3 | « Surtout au 3ème trimestre j'essaye d'éviter les morphines et Tramadol. » |
| MG6 | « De toute façon les dames dès qu'on évoque un palier 2 ça les effraie. » |
| MG10 | « Moi j'ai les paliers 2 faciles mais euh... parce qu'on ne sait jamais de quoi est fait le week-end, on ne sait jamais de quoi sera fait la nuit, donc euh je le prescris certainement un peu tôt » (...) « En tout cas dès qu'on commence à parler sur les paliers 2, il y a toujours une éducation à faire » |
| MG11 | « Tramadol tu as le droit aussi je crois donc, j'en mets » (...) « Toutes les femmes enceintes que j'ai, elles supportent bien mieux la codéine que le tramadol, le tramadol elles le gerbent en deux deux » |
| MG13 | « Je ne sais pas exactement ce qui peut être autorisé dans les paliers 2. » |
| MG15 | « Justement par rapport à la grossesse, je prends pas de risque. » (...) « Ouais je pense qu'il y a la peur de prescrire ce genre de traitement » |
| MG18 | « Dans mes souvenirs que c'est contre-indiqué en tout cas le tramadol » |

4.4.1.2.3. Palier 3

Aucun des médecins interrogés n'a dû escalader jusqu'aux morphiniques en cas de lombalgie pendant la grossesse. Trois praticiens ne se refuseraient pas d'en prescrire en derniers recours, alors que d'autres y sont totalement réfractaires par crainte et en raison des effets secondaires importants (sevrage entre autre, notamment à T3). Les prescriptions seraient accompagnées d'un avis spécialisés et/ou d'une imagerie.

| | |
|------|---|
| MG8 | « Si vraiment après la patiente elle est vraiment trop algique. Voilà, à partir du moment où c'est pas un médicament qui est contre-indiqué, je pense qu'il faut quand même essayer de lui proposer pour qu'elle vive bien sa grossesse, c'est le plus important. » |
| MG11 | « Oh, j'aime pas, je ne suis pas à l'aise... Je ne vais pas la mettre sous morphinique. » |

| | |
|------|--|
| MG13 | « Je ne risquerais pas, je demanderais un avis spé éventuellement à l'hôpital. » (...) « Parce qu'il y a des effets indésirables, le sevrage chez le nouveau-né, etc... » |
| MG16 | « J'ai jamais mis de morphiniques, pas parce que je me l'interdisais complètement, mais parce qu'il n'y a pas eu besoin, il n'y a pas eu de patientes qui ont souffert au point de devoir avoir un palier 3 » |
| MG20 | « Contrairement à certains médecins je n'ai pas peur de prescrire de la morphine, mais encore une fois chez la femme enceinte, moins j'en fais mieux je me porte à ce niveau-là. Après encore une fois si l'intensité le justifie je le ferais mais vraiment en dernier recours. » |

4.4.1.2.4. Autres

Le Spasfon est autorisé pendant la grossesse. Il est très souvent associé au doliprane. Selon un des médecins, il n'a pas d'effet sur les douleurs lombaires.

| | |
|------|---|
| MG1 | « On peut être amené à utiliser dans certaines circonstances des antispasmodiques type spasfon ou ces choses-là » |
| MG12 | « Spasfon ça fera rien sur les douleurs lombaires » |

Selon certains praticiens, les corticoïdes, intéressants pour leur effet anti-inflammatoire, sont possibles pendant la grossesse, en cure courte. L'un d'eux les préfère au palier 2. Ils nécessitent des explications et une réassurance lors de leur prescription, les pharmaciens étant plutôt contre. Ceux ne le prescrivant pas évoquent : la contre-indication (2 médecins), ne pas y penser dans cette indication (1 médecin), et l'étiquette d'ordonnance de « vieux » médecins (1 médecin).

| | |
|------|---|
| MG11 | « Du coup cortico j'en mets pas d'emblée et je ne pense pas en mettre d'emblée, c'est vrai que pour moi c'est plus les vieux médecins » |
|------|---|

| | |
|------|--|
| MG16 | « Jusqu'à la codéine et la cortisone, c'est vraiment les deux moyens médicamenteux qu'on ait, et puis le paracétamol. » (...) « Peut-être plus facilement la cortisone pour l'effet anti-inflammatoire » |
| MG18 | « Quand j'ai dû prescrire des corticoïdes il faut forcément les rassurer parce que les pharmaciens ne sont pas d'accord. » |
| MG21 | « Je ne serais pas contre, mais je n'ai pas eu... dans une sciatique hyperalgique je ne serais pas contre du tout, mais je n'ai pas eu à le faire » |

Les myorelaxants sont peu évoqués. Deux praticiens n'osent pas en prescrire en raison du rapport bénéfice-risque négatif. Un autre les trouve moins risqués que certains médicaments.

| | |
|------|--|
| MG16 | « Je n'ose pas en prescrire. Bon après c'est vrai que ça a quand même une action mais euh est-ce que le risque en vaut la chandelle ? » |
| MG20 | « Après je ne suis pas contre les médicaments du genre Thiocolchicoside, Lumirelax. Je me dis que c'est peut-être un peu moins risqué entre guillemets, à tort peut être, de prescrire ce genre de médicament. » |

Il y a rarement de prescription d'infiltration lombaire pendant la grossesse, y compris par les rhumatologues.

| | |
|------|--|
| MG17 | « Il y aura rarement une indication d'infiltration » |
|------|--|

4.4.2. Thérapies non médicamenteuses

Les thérapies non médicamenteuses sont souvent prescrites, parfois en 1^{ère} intention, avant ou en association avec le traitement médicamenteux, ou alors en 2^{ème} intention quand les médicaments et le repos ne sont pas totalement efficaces. Elles demandent

un investissement de la part de la patiente. Trois interviewés soulignent l'importance d'avoir confiance dans les praticiens correspondants.

| | |
|------|---|
| MG17 | « C'est plus facile de proposer des médecins parallèles (...) quand on connaît un peu le praticien » (...) « Si on adresse à des médecines parallèles, il faut qu'on sache un petit peu ce qu'on fait quand même. Et justement si tu as confiance dans la personne, dans le professionnel chez qui tu adresses, lui il gère quoi. » |
| MG19 | « Que ce soit des personnes enceintes ou pas enceintes, d'abord des méthodes non médicamenteuses » |
| MG20 | « Ca nécessite qu'elle se déplace, un effort de leur part, tandis que je me dis si elle ne sort pas de chez elle et qu'elle prend les médicaments, je me dis que peut-être ça peut être en 1ère intention. Effectivement, dans un 2ème temps (...) faire un effort de se déplacer pour les soins. » |

4.4.2.1. Physiothérapie

La chaleur, par le bain généralement, est souvent proposée aux patientes, pour son effet myorelaxant.

| | |
|------|--|
| MG21 | « Des techniques pouvant réchauffer un petit peu le dos, myorelaxantes mais physiques pas chimiques. » |
|------|--|

4.4.2.2. Thérapies manuelles

- Kinésithérapie

La kinésithérapie est prescrite par la quasi-totalité des praticiens, la trouvant efficace. Trois médecins ne la proposent pas, par manque de connaissances ou manque

d'utilité/efficacité en aigue. Les séances sont généralement réalisées en début de grossesse et pour un temps bref. Il s'agit de kiné douce, avec balnéothérapie, massage, mobilisation douce, et accompagnement dans l'apprentissage d'étirement. On note des limites à cette pratique en raison de la grossesse avec une diminution de la rééducation et une contre-indication aux huiles essentielles. Certains kinésithérapeutes ne se sentent pas à l'aise avec les femmes enceintes, et refusent de les prendre en charge.

| | |
|------|--|
| MG2 | « J'ai jamais prescrit de la kiné pour des douleurs lombaires pendant la grossesse. » |
| MG6 | « J'ai déjà vu une ou deux dames hyperalgiques et j'ai quand même l'impression que la kinésithérapie (...) ça soulage bien » (...) « Pas d'huiles essentielles, pas tout ça quoi voilà » |
| MG10 | « La kiné j'en mets pas si elles ont mal depuis une semaine » (...) « Si ça se chronicise... alors si c'est des gens qui ont déjà une lombalgie chronique (...) elle va quand même pouvoir avoir de la kiné » |
| MG11 | « Je sais qu'il y a quelques kinés qui ne veulent pas, enfin qui ne sont pas à l'aise quand ils reçoivent des dames enceintes à T3 quoi (...) C'est un truc de position pour le professionnel de santé. » |
| MG14 | « Pour moi il n'y aura pas beaucoup d'efficacité. Mais la kiné c'est pareil, je leur propose mais finalement avec leur ventre et tout ça, c'est difficile de faire un vrai travail (...) à part des massages on n'a pas grand-chose pour les soulager » (...) « Même les kinés sont pas tous forcément au point pendant la grossesse du coup ils n'osent pas non plus. » |

- Ostéopathie

L'ostéopathie est prescrite par cinq des généralistes car : la considèrent efficace, connaissent de bons praticiens, et est appréciée personnellement par un des médecins. Trois disent ne pas l'utiliser par manque de connaissances. Un s'y oppose

évoquant de la « manipulation mentale ». L'un d'eux est mitigé sur les conséquences physiques pendant une grossesse mais la prescrirait dans le post-partum.

Les intérêts de cette technique sont : le travail de la posture, l'antalgie, la prise en charge de la patiente dans sa globalité, le manque de temps pour une prise en charge par kinésithérapie.

Plusieurs limites à la prescription ont été soulevées : technique non remboursée, réticence de la part de certains ostéopathes à la prise en charge de la femme enceinte, variabilité de l'efficacité en fonction du praticien, manque d'efficacité pendant la grossesse. Il est à noter l'importance du choix du correspondant, et la nécessité d'une technique douce pendant la grossesse. Un des praticiens explique l'intérêt d'envoyer vers un kiné-ostéopathe pour permettre une prise en charge mixte et remboursée.

| | |
|------|---|
| MG2 | « Je ne pense pas qu'il y ait de contre-indication, donc pour des lombalgies ostéo oui. » |
| MG8 | « Moi j'aime bien l'ostéopathie, du coup j'ai tendance à (la) proposer » |
| MG10 | « Il y a un risque important de manipulation mentale et donc je ne suis pas pour l'ostéopathie pour les femmes, pour personne quoi. J'aime pas trop le mensonge et ce n'est pas trop scientifique et il y a un gros risque de manipulation mentale (...) Non, je m'y oppose même. » |
| MG13 | « L'ostéopathie je ne le conseille pas forcément, en fait j'y pense pas, par méconnaissance on va dire. » |
| MG14 | « Pendant la grossesse j'aime pas trop parce que je trouve que c'est des manipulations qui sont particulières et je ne sais pas trop les conséquences que ça pourrait avoir et du coup j'aime pas, mais après la grossesse je ne suis pas contre » |
| MG16 | « Après l'ostéopathie il faut que ce soit assez doux quand même (...) il faut que ce soit quelqu'un de chevronné. » |

| | |
|------|--|
| MG17 | « Le problème de l'ostéo c'est que c'est pas remboursé (..) pour moi l'ostéo c'est plutôt l'aiguë et la kiné en chronique, donc l'idéal c'est des kiné ostéo, comme ça ils font un mixte des deux et je fais une ordonnance de kiné. » |
| MG21 | « Pour moi il y a une grande variation d'efficience selon les ostéos... » |

4.4.2.3. Médecines parallèles

L'acupuncture est parfois proposée, à condition que la patiente soit réceptive. Certains ne la proposent pas mais ne sont pas contre : une autre culture pour un, deux n'y croient pas, trois autres n'y pensent pas, quatre n'ont aucune connaissance sur le sujet.

Plusieurs obstacles ont été rapportés : l'accès et l'absence de correspondant.

| | |
|------|--|
| MG3 | « Mais il faut qu'elle se déplace là-bas, qu'elle soit suivie là-bas... enfin bon... ça pose un peu plus de problème » |
| MG8 | « Ben en fait je sais juste pas trop vers qui m'orienter ici » |
| MG10 | « Il y a un effet qui est certainement placebo, parce qu'il y a des études qui ont montré que ça marchait un peu mieux que le placebo. » |
| MG17 | « Ca j'aime bien, chez les femmes enceintes ça marche pas mal » |

Trois médecins prescrivent de l'homéopathie ou orientent vers des collègues formés.

Un n'y croit pas.

| | |
|------|--|
| MG12 | « Un petit peu d'homéo pour essayer de calmer tout ça, des choses comme Magnolia ça marche très bien sur ce type de douleur. » |
| MG15 | « Si après la question c'est homéopathie, pareil, j'y crois pas. » |

D'autres techniques sont évoquées de manière plus anecdotique, à la charge des patientes: la kinésiologie, l'hypnose, la relaxation, la mésothérapie.

| | |
|------|---|
| MG2 | « Hypnose ou des choses comme ça, après moi je ne m'y connais pas tellement là-dedans... » |
| MG5 | « (la mésothérapie) ce qui est rare que ça marche pas. » |
| MG9 | « Alors il y en a qui font de la relaxation, ma patientèle peut se le permettre mais pas tout le monde, c'est le problème. » |
| MG17 | « Je l'évoque (la kinésiologie) (...) dans le coin c'est quand même des patients qui sont friands de ce genre de chose, souvent ils ont déjà prospecté et savent déjà » |

4.4.3. *Activité physique*

L'activité physique est possible pendant la grossesse. Elle est la base de la prise en charge selon deux médecins. Elle est encouragée par de nombreux praticiens en cas de douleurs mais aussi en prévention, l'inactivité entraînant une augmentation des douleurs et une prise de poids, facteur de risque. Deux ne la proposent pas : un n'y pense pas, l'autre n'incite pas le mouvement en cas d'algie.

Toute activité physique est proposée, adaptée à la grossesse, sauf l'équitation et les sports de contact. Majoritairement, ils conseillent la marche et la piscine. Une médecin se sent perdue pour orienter les patientes.

Les médecins estiment le sport efficace dans la prise en charge de la douleur lombaire, mais aussi pour la grossesse en général (diminution MAP, diabète gestationnel...). Un seul contredit cette idée en raison d'une trop courte période pour être efficace.

Ils rapportent des difficultés : convaincre les patientes, une grande précaution autour de la grossesse, une faible préconisation par les sages-femmes.

| | |
|------|--|
| MG6 | « Je leur dis bien que c'est une partie du traitement, c'est le mouvement. » |
| MG7 | « Si elles me demandaient des conseils pour le sport, je ne sais pas très bien quoi leur dire » |
| MG10 | « J'encourage les femmes à garder une activité physique tout le temps en fait pendant la grossesse parce qu'il y a assez souvent cette crainte dans les premiers trimestres de 'je suis enceinte, je ne peux plus rien faire, j'arrête' (...) les précautions par rapport à l'activité physique sont souvent un peu trop précoces de la part de nos patientes » (...) « J'ai pas un grand espoir là-dessus quand même, parce que, pour aller diminuer des douleurs de dos avec l'activité physique il faut quand même, enfin voilà, quelques semaines, quelques mois » |
| MG11 | « Ça peut tout améliorer, le travail, la diminution des menaces d'accouchement prématuré, la diminution des douleurs lombaires, la prise de poids. Ca ne peut que aider donc » |
| MG13 | « (la difficulté) c'est de préconiser et de réussir à convaincre la patiente qu'il faut qu'elle continue à bouger pour ne pas aggraver la chose en prenant 20 kg pendant la grossesse » (...) « Rares sont les sages-femmes aussi qui préconisent de continuer l'activité quand c'est possible parce que personne ne veut pas prendre de risque (rit). » |
| MG14 | « Il faut juste qu'elle soit adaptée à la grossesse, mais il n'y a pas de contre-indication » |
| MG20 | « Moi je suis plutôt partisan de voilà, laisser la patiente tranquille pendant les douleurs plutôt que de l'inciter à travailler » |

4.4.4. Repos et arrêts de travail

Le repos est très souvent préconisé en 1^{ère} intention, soit seul (parfois suffisant en cas de lombalgie simple), soit associé à un traitement antalgique simple.

| | |
|------|---|
| MG20 | « Oui, d'abord le repos et les antalgiques » (...) « si c'est des douleurs (...) qui sont là mais qui ne sont pas forcément d'origine grave entre guillemets, |
|------|---|

| | |
|--|---|
| | je me dis c'est tout, le seul moyen c'est de se reposer, de la mettre au repos, et franchement j'ai l'impression que ça suffit. » |
|--|---|

Les arrêts de travail sont facilement et rapidement prescrits par dix médecins en raison de l'état de grossesse (période de fragilité). Cinq praticiens considèrent qu'il n'y a pas de différence en terme de prescription et de prolongation par rapport à la population générale, la grossesse n'étant pas une pathologie, et que l'arrêt doit être justifié, dans une démarche économique. Ils le mettent en place le plus tard possible, quand la prise en charge proposée n'est pas suffisante et que les douleurs persistent. Selon un praticien, il s'agit d'une décision pluridisciplinaire : le gynécologue, la sage-femme en discutent souvent en amont avec la patiente. Parfois il s'agit d'une demande directe de cette dernière.

Il existe des facteurs ajustant cette prescription : le terme de la grossesse (plus fréquente en fin de grossesse), le travail et le trajet (plus fréquent si travail physique et long trajet), l'intensité de la douleur, et la patiente (sa tolérance à la douleur).

La durée de l'arrêt est un point discordant : certains disent qu'elle est courte, le temps de passer le cap de la douleur aigue, d'autres la trouvent longue, avec des prolongations multiples, parfois sans reprise avant l'accouchement.

A noter, selon une des professionnels, les femmes s'en autorisent plus pendant la grossesse qu'en dehors.

Des difficultés sont cependant soulevées : l'arrêt de travail entraîne une sédentarité, la « culture de l'arrêt de travail » comme l'énonce un des praticiens, le manque de formation et l'absence de contrôle de la part de la sécurité sociale.

| | |
|------|--|
| MG1 | « Je ne pense pas que je puisse dire que j'arrête souvent une femme enceinte suite à des lombalgies » |
| MG4 | « La femme vient nous voir en nous disant 'j'en peux plus, j'ai mal au dos', grosso modo il faut un arrêt de travail. » |
| MG9 | «Le soucis c'est que l'arrêt maladie va donner une sédentarité... » (...) « C'est quelque fois très très court, le temps de calmer la douleur aigue » |
| MG11 | « Elle voit la sage-femme à l'hosto, ou en plus elle a vu son gynéco obst et du coup tient ça serait peut-être bien de vous mettre en congé etc (...) c'est en cœur la décision, il y a quelqu'un d'autre qui en a parlé souvent » |
| MG13 | « J'essaye vraiment toujours de les mettre en arrêt le plus tard possible, sans qu'elles subissent au boulot » (...) « On a du mal à les remettre au boulot les femmes enceintes » |
| MG15 | « Quand la patiente fait la demande hein, j'accepte facilement parce que je me dis que une grossesse c'est hyper important et que le bien-être de la mère c'est hyper important aussi » |
| MG16 | « Elles vont s'autoriser plus facilement un arrêt de travail que les autres » |
| MG17 | « Ah l'arrêt de travail compliqué parce que aujourd'hui il y a vraiment une culture de l'arrêt de travail de début de grossesse contre lequel on a du mal à lutter et puis en plus il n'y a pas de contrôle les médecins conseils n'osent pas non plus à aller contre un arrêt de travail dès qu'il s'agit de grossesse donc pour moi vrai problème sociétal mais euh... » |

4.4.5. Ceinture de grossesse

La ceinture de grossesse fait débat. La moitié des interrogés la prescrive, parfois à la demande des patientes, d'autres sont contre car délétère et deux n'y pensent pas. Pour les partisans, tous notifient des conditions particulières du port de la ceinture : elle ne doit pas être portée de manière permanente au risque d'enkyster voire d'aggraver le problème par la perte musculaire. Sa prescription nécessite des explications. Elle est préconisée dans certaines circonstances : trajets en voiture, port

de charge lourde, effort, douleur chronique et mécanique, douleur récurrente ou débutant dès le début de grossesse... Ils avouent un manque de connaissances de leur part ; les sages-femmes sont plus à même de les conseiller.

| | |
|------|--|
| MG1 | « Je pense qu'il ne faut pas la prescrire à tout va (...) je la réserve vraiment quand il y a vraiment un continuum, vraiment si ça fait plusieurs mois, et visiblement on est vraiment sur quelque chose d'assez mécanique » (...) « Si on réserve ça vraiment sur certaines prescriptions comme ça, finalement ça rend quand même service je trouve. » |
| MG2 | « J'en vois pas trop l'utilité » |
| MG6 | « J'ai quand même en tête qu'un port permanent est embêtant car ça prend trop le relais des muscles abdominaux et aussi au niveau du rachis. » |
| MG8 | « J'ai pas tendance à la prescrire j'avoue. Il y a une patiente une fois qui m'en a demandé et je lui ai prescrit du coup. » |
| MG10 | « C'est très rare que j'accède à cette demande. Il faut vraiment que ce soit un truc compliqué où on s'en sort pas... » (...) « Je trouve quand même que par tous ces affaires là il y a des effets indésirables à ne pas négliger, tant sur le fait d'enkyster la douleur. » |
| MG16 | « Je sais que les sages-femmes sont au taquet là-dessus » |
| MG17 | « La ceinture lombaire d'une manière générale je déconseille pour pouvoir continuer à entretenir la musculature du dos, mais ça arrive de la prescrire pour soulager un petit peu entre deux, surtout en fin de grossesse. » |
| MG20 | « Ça permet moins de médicaments mais peut soulager des douleurs » |

4.4.6. Conseils

Les professionnels donnent en 1^{ère} intention des conseils tels que : hydratation, limitation de la prise de poids et surtout étirements et postures. Selon trois praticiens, ils sont souvent suivis pendant la grossesse car les patientes sont douloureuses et ont confiance en leur médecin.

| | |
|------|--|
| MG7 | « Donc peut-être déjà la première partie : conseils » |
| MG12 | « Il faut aussi leur donner des petits trucs pour les éviter, les améliorer ces douleurs, des conseils au niveau de la position en dormant, dans leur quotidien etc... des choses qui paraissent logiques mais qu'il faut répéter à ce moment-là. » (...) « Des conseils de bons sens sur les positions à avoir et les positions à éviter. » |

4.4.7. Ecouter – Accompagner – Suivre

L'écoute permet de pallier au manque de traitement et son absence majore les douleurs d'après trois praticiens. Pour l'un des généralistes, l'accompagnement et le suivi sont plus efficaces que le traitement, mais demandent de l'investissement et du temps.

| | |
|------|--|
| MG9 | « Elles ont besoin d'une écoute avant tout, de savoir qu'on a entendu leur douleur, qu'on ne banalise pas la chose et qu'on essaie de trouver des solutions (...) De toute façon si elles ne se sentent pas écoutées, elles vont majorer leur douleur, donc il faut montrer qu'on les écoute » |
| MG14 | « Rien qu'en leur disant qu'on les comprend je pense qu'on aide... » |
| MG17 | « Le soutien psychologique, de les revoir, de les aider, de proposer, de prendre des nouvelles, d'encourager (...) En fait les ¾ du soulagement sont dans l'accompagnement » (...) « On a pas toujours envie, on n'a pas toujours le temps, on n'a pas toujours la patience » |

4.5. Efficacité de la prise en charge selon les médecins

4.5.1. *Evaluation de l'efficacité*

La moitié des médecins interrogés trouvent que leur prise en charge est efficace avec, au minimum, une temporisation jusqu'à l'accouchement.

| | |
|------|--|
| MG1 | « Euh, mais souvent finalement on arrive à réussir à répondre à la douleur en l'abordant avec des axes différents, pas forcément médicamenteux » |
| MG11 | « Normalement, tu as quand même une efficacité, moi je trouve que tu as quand même une efficacité si elle a ralenti un petit peu » |
| MG13 | « J'ai l'impression que j'arrive à temporiser les choses et qu'elles vivent correctement jusqu'à leur accouchement de ce point de vue-là. » |

Un des généralistes la trouve au contraire inefficace, et les médicaments n'ont eu aucun effet pour une des professionnelles lors de sa grossesse.

| | |
|------|--|
| MG14 | « Le traitement médicamenteux adapté (...) n'a pas été efficace » |
| MG15 | « Mon efficacité de prise en charge ? Je dirais que je suis nulle... (rit) » |

L'efficacité est modérée, voire modeste, selon cinq praticiens, par manque de moyens, comme pour toute lombalgie de la population générale.

| | |
|------|---|
| MG14 | « Elle est modérée » (...) « Manque de moyens quoi disponibles... » |
| MG21 | « Non, euh... sur 5 je la mettrais, allé à 4 ou 3.5-4, car de toute façon chez tous les lombalgiques, ils rêvent tellement de ne plus avoir mal du tout, mais faut pas rêver. » |

Son évaluation est difficile pour deux médecins, dont un en raison de son rôle de remplaçant et l'absence de suivi.

4.5.2. Efficacité dépendante des patientes

Pour la majorité des professionnels l'efficacité est dépendante des patientes.

| | |
|------|---|
| MG2 | « C'est un peu en fonction des patientes aussi » |
| MG17 | « L'efficacité en elle-même c'est variable d'une patiente à l'autre » |
| MG21 | « Dans la responsabilité de la poursuite de la douleur c'est 75% du patient et 25% du médecin » |

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette variabilité inter-individuelle :

- La compréhension et l'observance
- La croyance et l'adhérence à la prise en charge
- La tolérance à la douleur
- L'acceptation de la douleur

| | |
|------|---|
| MG9 | « Souvent ça passe quand même relativement bien parce qu'elles adhèrent à notre prise en charge. » |
| MG11 | « Ben ça dépend de comment elle y croit. » |
| MG12 | « Maintenant, les gens entre ce qu'on va leur dire, ce qu'ils ont compris, ce qu'ils vont réellement faire et l'efficacité de ce qu'on va faire...» |
| MG17 | « Si elles sont réceptives (aux médecines parallèles) on arrive à gérer en général jusque l'accouchement » (...) « il y a des femmes qui ont mal du début jusque la fin de leur grossesse et d'autres qui trouvent ça plus supportable » |
| MG21 | « Ils ne l'atteindront pas tant que dans leur tête ils ne l'atteindront pas quoi (douleur zéro)... (...) tant que la douleur n'aura pas baissé un peu et qu'à ce moment-là ils sont positifs, là voilà ils n'auront peut-être plus mal... Mais tant qu'ils se bloquent sur leur dos ils auront toujours la sensation de ne pas être libéré. » |

4.6. Avis spécialisés

Aucun des médecins n'a eu recours à un avis spécialisé.

Les raisons apportées sont : lombalgie de faible intensité, peu de consultations pour ce motif, temps bref de la symptomatologie, et difficulté d'obtention rapide d'un rendez-vous spécialisé.

| | |
|------|--|
| MG10 | « Pendant la grossesse, comme je vous le disais, moi j'en ai jamais qui durent longtemps donc le temps d'avoir un rendez-vous... » |
| MG13 | « comme j'ai beaucoup de formes mineures, j'ai pas eu besoin d'avis spécialisé » |
| MG15 | « Non, je n'en ai vraiment pas eu beaucoup... » |

Ils demanderaient un avis :

- Si doute ou pour avaliser la conduite à tenir (2 médecins)
- Pour se décharger : éviter le ressenti d'abandon et ne pas prendre le risque d'engager des examens complémentaires (2 médecins)
- Si signes de gravité tels que les troubles neurologiques ou l'hyperalgie (3 médecins)
- Selon le palier thérapeutique : dès que palier 2 pour un des médecins, dès que palier 3 pour six autres.
- En cas de découverte d'une pathologie (3 médecins)
- Selon la douleur (8 médecins): douleurs inflammatoires, douleurs obstétricales, radiculalgie associée
- Si inquiétude majeure de la patiente (1 médecin)

| | |
|-----|---|
| MG3 | « C'est pour avaliser un peu la conduite à tenir, la prise en charge. » |
|-----|---|

| | |
|------|--|
| MG9 | « Alors, il y a des radiculalgies quand même, des lombalgies qui se terminent en radiculalgies, là il faut quand même avoir un avis spécialisé » |
| MG11 | « Je pense que douleur lombaire chez la femme enceinte hyperalgique, de toute façon tu l'envoies aux urgences » |
| MG12 | « Si pour moi ces douleurs peuvent être d'origine obstétricale » |
| MG13 | « Je passerais la main si j'ai le moindre doute sur un rythme inflammatoire et une maladie inflammatoire qui serait inaperçue jusque-là » |
| MG14 | « Sauf s'il y a des signes de gravité » (...) « Dès qu'on passe au palier 2 et qu'il y en a vraiment besoin, je préfère demander un avis. » |
| MG18 | « Découverte de pathologies » |
| MG20 | « Si jamais je doute (...) je me rassure surtout moi en disant à ma patiente de ne pas hésiter à consulter aux urgences gynécologiques » (...) « Tout ce qui est radio scanner c'est à éviter, donc j'ai plus tendance à demander un avis spécialisé comme ça c'est pas moi qui initie le processus d'exams complémentaires à risque » (...) « (Si) la patiente est inquiète, qu'elle a pas mal consulté son généraliste » |
| MG21 | « C'est plus pour me décharger... c'est plus pour la femme, pour la patiente que je ferais ça, que par espoir d'une thérapeutique (...) pour pas qu'elle pense que je l'abandonne à son sort. » |

Ils enverraient leurs patientes vers des spécialistes, qui sont :

- Le gynécologue pour cinq praticiens si l'origine des douleurs était obstétricale
- La Sage-femme pour deux des généralistes

Les professionnels interrogés adresseraient plus facilement aux gynécologues qu'aux maïeuticiens en raison de leurs habitudes de pratique.

- Le rhumatologue pour onze médecins, mais trois d'entre eux se questionnent sur le réel intérêt
- Les urgences pour trois praticiens en cas de crise aiguë ou hyperalgique
- Le neuro chirurgien pour deux praticiens

Deux des interrogés ne sauraient pas vers qui orienter leur patiente.

| | |
|------|---|
| MG1 | « J'ai pas encore beaucoup passé la main à des sages-femmes donc c'est plutôt des gynécos » |
| MG7 | « Si elle a des lombalgies assez importantes (...) si c'est vraiment aigue et que je sens que c'est compliqué pour elle, c'est vrai que j'aurais plutôt tendance à l'envoyer vers les urgences » (...) « Si c'est pas aigue et que ça se chronicise (...) vers sa sage-femme... » |
| MG8 | « Un rhumatologue pour savoir si il peut essayer de gérer ça autrement. » |
| MG14 | « Je ne sais pas (...) franchement je ne saurais pas trop vers qui orienter. » |
| MG17 | « Neuro chir » |
| MG20 | « Je vais l'orienter à son gynéco qui aura peut-être plus l'habitude de prendre en charge ces douleurs chez ce type de patiente. » |
| MG21 | « Le rhumato n'apportera pas grand-chose comme plus-value. » |

4.7. Prévention

La moitié des personnes interrogées avouent ne pas faire de prévention sur la lombalgie pendant la grossesse. Les raisons sont multiples : ne pas y penser (5 médecins), le manque de temps avec les nombreux sujets à aborder en début de grossesse (9 praticiens), toutes les femmes enceintes ne sont pas concernées par ces douleurs, la modération de la pression exercée sur la femme enceinte par la société, l'absence d'intérêt, et l'absence d'efficacité prouvée par des études voire son côté néfaste par la majoration des plaintes (un généraliste).

| | |
|-----|--|
| MG1 | « En début de grossesse il y a déjà pleins de choses à dire et tout ça... donc je pense peut être pas à ce côté lombalgie et posture et tout ça. » |
| MG2 | « Euh par rapport aux douleurs lombaires, non j'avoue, c'est pas ce qui me vient à l'esprit en 1 ^{ère} intention. (...) J'avoue que je n'y pense pas... » |

| | |
|------|--|
| MG5 | « Pas d'intérêt (...) si ça n'a pas été mis en place, c'est pas parce qu'elles sont enceintes qu'elles vont s'y mettre. » |
| MG10 | « S'il y a une étude qui montrait le contraire » (...) « L'idée que si j'anticipe les choses il y a quand même plus de chance que la crainte qu'un problème qui va arriver le fasse survenir » (...) « Je pense même que je risque d'avoir plus de femmes qui ont mal. » |
| MG17 | « Je suis plutôt justement à modérer un petit peu la pression qu'elles ont régulièrement par les obstétriciens surtout, certaines sages-femmes. » |

Trois des médecins la réalisent car : thèse personnelle sur la prévention, thèse d'une amie sur l'activité physique pendant la grossesse, travail en PMI et patientèle jeune consultant rapidement en début de grossesse.

| | |
|------|---|
| MG8 | « Parce que j'ai une amie qui a fait une thèse là-dessus, sur l'activité physique chez la femme enceinte » |
| MG9 | « J'ai la chance de les voir souvent en début de grossesse, elles viennent me voir, probablement parce que j'ai une patientèle relativement jeune » |
| MG11 | « J'ai fait un peu ma thèse là-dessus sur la prévention (...) donc je suis plutôt prévention » (...) « Je travaille en PMI aussi donc prévention » |

Les sujets abordés sont divers : l'activité physique pour la majorité des praticiens, puis vient le poids et la prise de poids, la posture avec l'adaptation du poste de travail et le télétravail, et enfin savoir s'écouter c'est-à-dire se détendre et s'arrêter en cas de difficultés.

| | |
|------|---|
| MG11 | « Prévention avec l'activité physique » (...) « Prévention +++, au niveau ben comment elles se positionnent, le port de charge lourde, la ceinture lombaire de prévention, les exercices pour se baisser tout ça, pas de prendre trop de poids pendant la grossesse » |
| MG16 | « Se détendre, savoir s'arrêter quand ça ne va pas. » |

Les intérêts de cette prévention sont de limiter les douleurs et d'éviter les cas lourds et chroniques et donc d'avoir un rôle économique (moins de dépense pour la sécurité sociale). En parler permet aux patientes de consulter en cas de symptômes.

| | |
|------|--|
| MG9 | « Ca leur permet d'y penser, de revenir vers moi quand elles sont confrontées » |
| MG11 | « Ils font quand même tellement de campagnes au niveau de la CPAM, c'est quand même un gros trou dans la sécu » |
| MG12 | « ... Pour limiter au maximum ces lombalgies. » (...) « Je pense que si on faisait plus de prévention, franchement on aurait nettement moins de cas lourds à gérer, de pathologies chroniques etc... » |

Trois médecins évoquent des difficultés à sa réalisation : les rares consultations pré-conceptionnelles semblant pourtant être le moment opportun, une demande d'investissement et de temps pour le médecin, et une faible adhérence de la patiente.

| | |
|------|---|
| MG11 | « Si j'ai le temps, que je ne suis pas trop en retard et tout, j'essaie toujours d'en faire un petit peu. » |
| MG12 | « C'est compliqué, ça demande de l'investissement, parce que les gens doivent être ouverts à ça, au départ ils ne le sont pas, donc il faut créer une ouverte en fait » |
| MG16 | « Malheureusement les femmes viennent rarement en visite pré conceptionnelle » |

4.8. Référentiels et outils d'aide à la prise de décision

Le VIDAL est peu utilisé pendant la grossesse en raison de son caractère restrictif comme notifié par dix des interrogés. Il autorise peu de médicaments pendant la

grossesse et ne donne pas d'alternative. Certains praticiens préviennent leurs patientes des contre-indications exposées sur la notice des traitements prescrits.

| | |
|------|--|
| MG8 | « J'ai tendance du coup à les prévenir, attention même si c'est écrit ça ... pour pas qu'elles soient alertées au moment où elles voient la boîte de médicament. » |
| MG11 | « Le Vidal parfois c'est bien sauf la femme enceinte mais souvent c'est vraiment exclusion etc... (...) donc à la fin on dirait que rien n'a été testé et avec le VIDAL c'est vraiment tout noir ou tout blanc je trouve souvent » |

A contrario, le CRAT (Centre de Référence sur les Agents Tératogènes) est utilisé pendant la grossesse (et l'allaitement) par quasiment tous les praticiens. Deux d'entre eux ne s'y réfèrent pas en cas de lombalgie. Un seul ne l'utilise jamais, question de génération.

Il est considéré comme une référence, et est un outil de confiance pour les professionnels de santé. Il est bien fait, précis et facile d'utilisation. Il permet de rassurer le médecin mais aussi la patiente, d'ôter certains doutes et de donner des solutions de prise en charge. Conseillé, il est utilisé par les patientes si besoin.

| | |
|------|---|
| MG11 | « Ils proposent des choses, des alternatives quoi » |
| MG12 | « J'ai pas une habitude... Je vais pas parler comme un vieux mais... je vais dire, on a moins recours à internet.... Mais c'est une erreur car c'est hyper bien fait, c'est hyper bien fait... » |
| MG13 | « Parce que c'est facile d'utilisation et que j'ai confiance » (...) « Je les rassure en leur disant que c'est autorisé, que ça a été démontré, qu'il y a eu des études donc voilà. Je leur explique comment est fait le site en fait » |
| MG14 | « C'est beaucoup plus détaillé pour la grossesse, quel terme de la grossesse 1er 2ème 3ème trimestre, et après dans l'allaitement... donc je trouve ça beaucoup plus précis. » |

| | |
|------|--|
| MG17 | « Dès que j'ai un doute le crat » (...) « Je le conseille d'ailleurs régulièrement à mes patientes » |
|------|--|

Les généralistes comparent le VIDAL et le CRAT. Ce dernier est préféré par tous pour diverses raisons : il « colle plus à la pratique », il est moins restrictif (beaucoup de médicaments contre-indiqués dans le VIDAL sont possibles dans le CRAT). Ils suivent généralement les indications du CRAT même si elles sont contraires au VIDAL.

| | |
|-----|--|
| MG2 | « Souvent quand on regarde sur le VIDAL, ils marquent en précaution d'emploi « à éviter pendant la grossesse », et puis au final sur le CRAT tu peux l'utiliser. » |
| MG6 | « Donc je trouve que, pour moi, ça colle beaucoup plus à la pratique là-dessus que par rapport au VIDAL. » |
| MG8 | « A partir du moment où sur le VIDAL c'est écrit qu'on peut pas mais que le CRAT dit que c'est bon... ben je me réfère au CRAT » |

D'autres référentiels sont énoncés par les praticiens, à titre informatif : Gestaclic pour le suivi de grossesse, la Banque Claude Bernard, Antibioclic si besoin d'antibiotique, Echelle de la douleur, les recommandations HAS (Haute Autorité de Santé) pour les biologies de grossesse, Ameli pour les arrêts de travail et Prescrire.

| | |
|------|---|
| MG6 | « Antibioclic pour l'antibiothérapie » |
| MG8 | « J'ai tendance à utiliser Gestaclic plus pour le suivi de grossesse » |
| MG14 | « Après pour les arrêts de travail ben c'est un peu les recommandations Ameli, HAS finalement » |
| MG20 | « Ouais, enfin moi je suis à la banque Claude Bernard mais c'est pareil » |

4.9. Modification de la prise en charge

4.9.1. *Par l'expérience professionnelle*

Quatre médecins interrogés n'ont vu aucune modification dans leur pratique avec l'expérience professionnelle, dont un en raison de son jeune âge.

| | |
|------|--|
| MG12 | « Au niveau médicamenteux, je ne pense pas que ça ait joué parce que je n'ai jamais vraiment prescrit trop de médicaments pendant la grossesse » |
| MG13 | « Pour le moment, ça ne fait que deux ans que j'exerce, alors j'avoue que pour le moment j'ai pas encore changé mes habitudes. (rit) » |

Les autres en perçoivent. Ces changements ont été générés par les avis spécialisés, par les sages-femmes lors d'expérience professionnelle en PMI, par les remplacements, par les retours des patientes, des pharmaciens, et par les rendez-vous avec des délégués médicaux.

| | |
|------|---|
| MG11 | « C'est vrai que notre pratique elle change en fonction des médecins remplacés. Tu vois ce qu'ils ont déjà un petit peu mis et ça c'est hyper agréable. » (...) « Tu as les délégués médicaux, quand tu es jeune médecin tu es content quand on te fait des présentations de médicaments parce que au départ tu n'es pas forcément à l'aise ou tu ne les connais pas tout simplement. » (...) « Avec les pharmaciens, ce qu'ils peuvent te dire » (...) « Les dames ce qu'elles me disent » |
| MG14 | « Je pense qu'avec l'expérience on a des points de vue qui changent et des pratiques aussi qui s'améliorent à force d'avoir des avis spécialisés » |

Deux médecins ont vu une amélioration de leur communication. Cinq praticiens se sentent plus à l'aise, ont moins d'appréhension, plus d'assurance et plus de franchise. Deux professionnels reconnaissent avoir plus de connaissances sur les traitements et

davantage en prescrire notamment la cortisone. Ils voient une modification sur leur vision et prescription des médecines alternatives, de l'homéopathie et de l'ostéopathie.

| | |
|------|---|
| MG11 | « Au départ tu n'es pas forcément à l'aise ou tu ne les connais pas tout simplement (les médicaments) » |
| MG12 | « L'approche est sûrement différente qu'il y a 15 ou 20 ans. » (...) « On a surtout un dialogue qui est plus intense, plus adapté, on ne fait pas les mêmes erreurs au niveau communication je pense » |
| MG16 | « Peut-être que j'ai plus d'assurance pour les rassurer » (...) « J'ose plus facilement prescrire la codéine, la cortisone. » |
| MG17 | « Aujourd'hui au bout de 15 ans, de toute façon la radio tu n'y penses même plus et tu n'es pas embêtée de les prendre en charge parce que tu sais plus où tu vas quand même. » (...) « Tu as surtout plus d'assurance pour affirmer avec elle que voilà on va pas pouvoir aller trop haut en escalade thérapeutique (...) et cette assurance là je ne l'avais pas il y a 15 ans ça c'est sûr. » (...) « Tu sais plus quel moyen tu peux mettre » |
| MG21 | « Je suis évidemment un peu plus ostéo que je l'étais il y a 30 ans » |

4.9.2. Par expérience personnelle

Chez les femmes médecins ayant connu la maternité, quasiment toutes ont remarqué des changements de leur prise en charge ; seulement deux n'en ont vu aucun n'ayant eu aucun problème étant enceintes.

Les autres femmes en ont perçu en observant leur entourage, ou en imaginant à la suite d'une grossesse future.

Ces modifications sont visualisées au niveau : de l'écoute, de la compréhension, du ressenti, et de la prise en charge avec une amélioration des conseils, la prescription

d'ostéopathie, et une meilleure connaissance des traitements dont le palier 2. Une des praticiennes explique être moins tolérante pour les arrêts de travail.

| | |
|------|---|
| MG2 | « A mon avis quand on vit quelque chose, c'est sûr que après on l'appréhende différemment » |
| MG6 | « Pour cette histoire de palier 2, c'est quelque chose auquel je me suis intéressée parce que, en plus je suis migraineuse, donc du coup, euh, du coup j'ai eu quelques migraines sur mes grossesses (...) donc oui, oui oui, ça c'est sûr ça a influencé ma pratique oui. » |
| MG13 | « Une de mes phrases phare depuis que moi-même j'ai été enceinte c'est que : ce n'est pas parce qu'on est enceinte qu'on ne peut pas se traiter et qu'il faut tout accepter. » |
| MG14 | « L'ostéo après l'accouchement (...) je pense que ça m'a bien bien aidé. Donc ça je le propose plus facilement alors qu'avant pas forcément » |
| MG16 | « Parfois c'est un peu agaçant de voir certaines femmes qui viennent pour un arrêt alors que bon honnêtement ça justifierait pas forcément... et puis ayant été enceinte, être passé par là... dans ce cas-là ça va pas forcément aller dans le sens où je serais plus tolérante peut-être. » |
| MG17 | « Sur l'écoute. Beaucoup sur l'écoute. Quand on est enceinte et qu'on n'est pas écouté (...) J'ai des souvenirs très précis pendant mes grossesses quand j'étais peu écouté... et la différence elle est énorme» |
| MG18 | « Du fait d'avoir vécu et d'avoir été conseillée du coup je donne les conseils aux patientes. » |

Du côté des hommes, les deux médecins sans enfant pensent qu'il y aura un avant et un après grossesse de leur compagne, au niveau du feeling, comme pour tout autre pathologie. Quatre des dix pères n'ont vu aucune modification après la grossesse de leur femme et l'expliquent par l'absence de problème particulier au cours de cette période. Les six autres ont vu des changements au niveau de leur compréhension, leur connaissance et donc leur prise en charge.

| | |
|------|---|
| MG3 | « Ah c'est fondamental. Quand on a vécu ça 3 fois, on est sensibilisé, on sait comment ça réagit... le fait d'avoir vécu les 3 grossesses de mon épouse, ça a répercuté sur ma manière de prendre en charge les grossesses, bien-sûr » (...) « La connaissance de vivre tous les jours avec une femme enceinte, ces problématiques, le 3ème trimestre quand ça commence à être un petit peu dur, les positions... le repos aussi, relatif » |
| MG12 | « Non parce que c'était pas des... des symptômes très marqués... jamais elle a été coincée, dans son lit a dit je ne peux plus bouger j'ai mal au dos... ça ce n'est jamais arrivé... » |
| MG19 | « Ben si tu l'extrapoles à d'autres trucs, vivre une pathologie est-ce que tu vas le voir différemment chez un patient, ben oui forcément (...) je ne vais pas avoir le même aspect, le même feeling » |

5. Formation médicale

5.1. Absente

La majorité atteste ne pas avoir eu de formation sur la lombalgie pendant la grossesse (cursus scolaire, diplôme complémentaire en gynécologie, formations continues)

| | |
|-----|---|
| MG6 | « Moi j'ai jamais vu cet intitulé là sur des formations avec lesquelles j'ai l'habitude » |
| MG7 | « Je pense que c'est pas un truc qui est...qu'on nous a enseigné. On nous a bien enseigné (...) la consultation pré-natale, il faut faire ça, 1er mois 2ème mois etc (...) bon on nous parle un petit peu des règles, par exemple de la listériose tous ces trucs là... les lombalgies (signe non). » |

| | |
|-----|--|
| MG8 | « Avec mon DU on n'a pas trop parlé de lombalgies non, on n'a pas parlé des douleurs. » |
| MG9 | « (Formations DPC) qui n'existent pas d'ailleurs. Il y en a aucune qui soit dédiée à ça. » |

Deux médecins assument ne pas en avoir cherché.

| | |
|-----|--|
| MG4 | « Je pense que j'en ai pas. Mais peut-être que c'est aussi parce que je ne cherche pas après hein. » |
|-----|--|

La formation de ces généralistes s'est faite par la pratique, par les stages pendant leurs études et par l'expérience professionnelle au cabinet ensuite.

| | |
|------|---|
| MG1 | « Sur le tas. Moi à l'époque on allait faire un stage en maternité tout ça quoi, mais bon, où j'avais suivi des consultations en gynéco quoi, mais ça s'est arrêté là quoi. Sinon... Ouais c'était vraiment sur la pratique quoi. » |
| MG11 | « Même douleurs lombaires ça c'est surtout dans ta pratique médicale, tes stages, mais sinon douleurs lombaires tu les vois aux urgences quand tu es externe interne... les femmes enceintes, c'est plus de la pratique, de la pratique au fur et à mesure que de la théorie je trouve. » |

5.2. Présente

Quelques médecins attestent de l'existence d'une formation. L'un d'eux avoue cependant n'avoir que peu de souvenirs. Pour certains, elle est surtout réalisée par l'intermédiaire des enseignements réalisés à l'hôpital Jeanne de Flandres, mais il semble que les médecins invités soient des généralistes ayant un diplôme de gynécologie complémentaire. Un des praticiens détenteur du diplôme de la douleur

indique que le sujet de la douleur pendant la grossesse est traité avec un retrait sur la partie médicamenteuse. De manière globale, cette formation est insuffisante.

| | |
|------|---|
| MG3 | « On a eu dans le diplôme de la douleur, un cours sur la douleur et grossesse, mais on était largement en retrait par rapport à l'action...la prescription médicamenteuse. On a insisté surtout sur tout ce qui était non médicamenteux » (...) « Globalement la formation sur la douleur de la grossesse, elle n'est pas au niveau où on devrait la faire... » |
| MG4 | « Je pense qu'il doit y avoir des formations, parce que ma femme avait fait le DU de gynéco et donc je reçois des propositions de séminaires et de formations tous les 6 mois au CHR de Lille, Jeanne de Flandres, etc... » |
| MG9 | « Il faut aller aux journées gynécologiques du Centre Hospitalier c'est tout» |
| MG11 | « Ben ça va, mais tu vois comme quoi on n'a pas beaucoup de souvenirs » |

5.3. Intérêt et attentes

Sept médecins ne voient pas d'intérêt à une formation sur la lombalgie pendant la grossesse. Deux d'entre eux n'iraient pas, ne se sentant pas en difficulté et ne pensant pas être néfastes pour leurs patientes.

| | |
|------|--|
| MG17 | « C'est pas un sujet qui me dérange ou qui me gêne. Moi c'est pas forcément un sujet pour lequel j'irais me former non. » |
| MG19 | « Entre toutes les formations est-ce que c'est celle-là que je ferais en premier ? Non pas forcément, parce que j'ai pas l'impression d'être mauvais, d'être néfaste sur le sujet... » |

Les autres y voient une utilité, la lombalgie chez la femme enceinte étant un motif de consultation fréquemment rencontré et pouvant poser problème dans son abord et

sa prise en charge. Un médecin relève un intérêt chez les paramédicaux tels que les kinésithérapeutes souvent dépourvus face à une femme enceinte.

| | |
|------|---|
| MG6 | « Oui moi je pense que, en fait je trouve que tout est intéressant à partir du moment où tu le rencontres assez fréquemment en consultation » |
| MG8 | « Ouais, je pense que ça serait intéressant parce que c'est quelque chose qui pose problème » |
| MG14 | « Même les kinés, ils sont pas tous pas forcément au point sur...pendant la grossesse du coup ils n'osent pas non plus. » |

Les sujets à aborder sont : la physiopathologie pour expliquer à la patiente les raisons de sa douleur, la prise en charge et la prévention.

| | |
|------|---|
| MG13 | « Penser à faire de la prévention (...) de s'améliorer en terme d'arsenal thérapeutique et pour les techniques non médicamenteuses. » |
| MG14 | « Sur les traitements qu'on pourrait proposer, autorisés pendant la grossesse peut-être. » (...) « Des exercices qu'on pourrait leur expliquer. » |
| MG18 | « Qu'on puisse plus expliquer la physiopath aux femmes enceintes » |

Les médecins approuvant cet enseignement le trouveraient utile au cours de l'internat pour l'un d'entre eux ou lors des formations continues pour les autres (FMC, EPU ou congrès). Il devra coller à la pratique pour être intéressant.

| | |
|------|---|
| MG2 | « Déjà pendant l'internat de méd gé ça serait pas mal. Après, pour les médecins installés, en formation continue. » |
| MG11 | « Du moment qu'elle est courte et pratico-pratique (...) Si c'est pour un apport pour la femme enceinte oui, si c'est juste pour nous, pour théoriser, pour dire ce que l'on sait déjà non. » |
| MG16 | « Ca vaudrait le coup de faire une session au Formathon ou en FMC » |

DISCUSSION

1. Forces de l'étude.

Le choix de la méthode

La méthode qualitative est apparue comme étant la plus appropriée, les facteurs observés étant subjectifs. Par son approche compréhensive, elle permet d'explorer le lien entre la « vraie vie » et la « science dure ». Enfin, elle autorise l'examen des émotions, des sentiments, des comportements et des expériences personnelles. (15)

Les entretiens

Les entretiens semi-dirigés ont permis de recueillir des données verbales subjectives et ont été l'occasion pour chacun de s'exprimer librement. Ils étaient réalisés dans un endroit calme pendant un temps libre, propice à la concentration et à la révélation. Un entretien test a été réalisé afin d'en évaluer la compréhension. Ils ont été menés au-delà de la suffisance des données, c'est-à-dire jusqu'à ce que deux successifs n'apportent plus de nouvelles idées, améliorant la validité externe de l'étude.

Triangulation des chercheurs

Afin de renforcer la validité interne de l'étude et limiter les biais d'interprétation, une triangulation des chercheurs a été réalisée consistant à effectuer le codage des données à plusieurs de manière indépendante, puis à les confronter pour aboutir à un consensus. Les codages ont été faits par deux chercheurs indépendants, dont l'investigateur de l'étude, et se sont révélés cohérents. (16)

L'échantillon

L'échantillonnage était diversifié, en recherche de variation maximale, avec des médecins d'âge, de sexe et de localisation sur la région des Hauts-de-France différents, ayant ou non vécu la grossesse, avec une expérience professionnelle variable s'étendant sur 35 ans. Il a été obtenu en premier lieu par des connaissances personnelles, puis, selon les lignes directrices COREQ, par effet boule-de-neige. (17)

2. Faiblesses de l'étude.

Biais de recrutement et de sélection

Certains participants étaient des connaissances de l'investigateur pouvant entraîner un biais de sélection. Quelques-uns étaient des maîtres de stage pouvant favoriser leur participation aux travaux de recherche. Un biais de recrutement ne peut être totalement écarté mais limité par l'échantillonnage à variation maximale. Un seul médecin exerçait en Picardie, les autres praticiens Picards n'ayant pas répondu à la demande d'interview.

Biais d'investigation

En raison de son manque d'expérience, l'attitude de l'enquêteur, ses questions et ses relances ont pu orienter les réponses des participants.

Biais d'interprétation

L'interprétation des données par l'investigateur a pu être influencée par ses propres représentations. Ce biais est limité grâce à la triangulation des chercheurs.

Biais d'information

L'investigateur étant médecin généraliste comme les participants, cela a pu provoquer une certaine réticence de leur part par peur d'être jugés. Ils n'ont peut-être pas osé dire certaines choses, voire ont déclaré ce qu'ils devraient faire et non ce qu'ils pratiquaient réellement. Ce biais reste limité par l'anonymat des interviewés.

3. Discussion des résultats.

La plupart des médecins de l'étude énoncent que les lombalgies sont fréquentes pendant la grossesse et qu'ils y sont, malgré un suivi de grossesse majoritairement effectué par les sages-femmes ou les gynécologues, souvent confrontés.

3.1. Rôles du médecin généraliste : disponibilité et proximité.

Les médecins interviewés pensent avoir un rôle au cours de la grossesse. Ils évoquent : médecin de 1^{er} recours, rôle administratif, prévention, mais surtout un rôle complémentaire avec les spécialistes en ayant un panel de connaissances global et en étant plus disponibles permettant la gestion des problèmes aigus tels que les lombalgies. Des résultats similaires ont été retrouvés dans plusieurs études, comme

celle de Dr B. Lecomte (3) où les femmes enceintes déclarent consulter leur généraliste principalement pour des motifs urgents ou aigus, chiffre évalué à plus de 80% selon Dr B. Gros Lenne (18). La proximité du lieu d'exercice est aussi un avantage, comme le confirme l'étude du Dr C. Houlé (19).

Certains praticiens évoquent leur rôle de conseiller, favorisé par une meilleure connaissance de leurs patientes. Ils pensent faire preuve d'une meilleure écoute que leurs confrères gynécologues, idée partagée par les femmes enceintes d'une thèse de 2010 (20).

3.2. Ressenti : de l'appréhension à la banalisation.

Aucune recherche n'a été retrouvée sur le ressenti des généralistes face à la douleur lombaire. Dans notre étude, on remarque que la lombalgie de la femme enceinte peut générer de la crainte, principalement chez les jeunes médecins, selon l'intensité de la douleur. La grossesse, avec la limitation thérapeutique, rend difficile la prise en charge engendrant un sentiment d'impuissance. Cette difficulté est amoindrie par des outils tels que le CRAT, moins restrictif que le VIDAL.

Bien que personne ne l'ait évoquée, de la gêne peut être éprouvée, principalement par les praticiens hommes, lors de la pratique de la gynécologie comme l'indique la revue de littérature de Dr H. Guyomard sur l'état des lieux du suivi gynécologique en médecine générale (21).

Tous les médecins interrogés relèvent une certaine banalisation de la part du corps médical face à cette symptomatologie. Elle est, selon le dictionnaire Larousse, « l'action de rendre banal, commun, courant quelque chose, de lui ôter son caractère rare ou original » (22). Les raisons sont : le manque de temps, l'impuissance face à

ces douleurs et les propres représentations du médecin. Cette banalisation est ressentie par les femmes enceintes de l'étude des Dr D. Manikam et M. Mauduit (10) et 20% des sage-femmes la repèrent dans le post-partum précoce. Mais, selon une étude de 2012, les médecins affirment toujours y porter un intérêt (23), comme dans notre analyse. Il y a une discordance entre le ressenti des professionnels et celui des patientes, qui, dans l'appréhension d'un manque d'écoute ou d'un manque de considération, préfèrent mettre leurs symptômes sous silence. Or la douleur, expérience sensorielle et émotionnelle désagréable (24), doit être considérée, et les généralistes, souvent les premiers confrontés à la plainte, doivent être les acteurs de sa prise en charge, qui doit être investie pour une meilleure adhésion et participation au projet thérapeutique.

3.3. Différences Hommes-Femmes médecins.

Au cours de notre étude, la différence de prise en charge selon le sexe du praticien a été évoquée. La moitié des hommes ne note pas de modification en terme d'approche, d'écoute, de proposition thérapeutique. L'autre moitié, tout comme l'ensemble des femmes, en trouve sur le ressenti et la prise en charge. Cette idée rejoint l'étude du Dr H. YILDIZ exprimant une différence d'investissement dans le domaine gynécologique par la difficulté des hommes à discuter avec leurs patientes des problèmes féminins (20).

Une des médecins de l'étude note une différence de patientèle : les femmes enceintes s'orientent davantage vers des professionnelles féminines. C'est ce qui est observé en Gironde en 2003 et dans l'étude du Dr G. Volant en Savoie (25) où plus de 80% des femmes médecins suivaient des grossesses versus 60.5% des hommes. Les

raisons avancées sont : la pudeur, une meilleure compréhension (26), et le partage d'un vécu et d'une expérience commune (20).

3.4. La prise en charge thérapeutique

3.4.1. *La prise en charge médicamenteuse*

L'ensemble des médecins de l'étude n'est pas contre la prescription de certains médicaments pendant la grossesse mais s'accordent pour dire « au moins au mieux ». Ils évaluent le bénéfice-risque d'une telle prescription.

Selon un article publié dans le VIDAL « Comment le médecin prescrit-il pendant la grossesse et l'allaitement », il prend en compte la gravité de la maladie et évalue le risque de ne pas soigner la femme enceinte face aux risques de toxicité éventuelle des médicaments pour le fœtus (27). La crainte de provoquer des malformations peut conduire à sous-traiter ses douleurs. Il existe des principes de prescription (28):

- prescrire des molécules non tératogènes, prouvées par des données scientifiques
- privilégier une monothérapie à la dose efficace la plus faible
- préférer une molécule à courte demi-vie
- réévaluer régulièrement la posologie et l'indication thérapeutique
- prendre en compte la période de grossesse

Pour la lombalgie commune dans la population générale, aucun médicament n'a prouvé son efficacité à moyen terme sur l'évolution d'une poussée aiguë. La prise en charge antalgique graduée peut être mise en place pour la gestion des accès

douloureux. Selon la HAS les traitements possibles sont : Paracétamol, AINS, Opiïdes. Les opioïdes faibles sont proposés en cas d'échec ou de contre-indication aux AINS et les opioïdes forts sont réservés aux lombalgies réfractaires. (29)

Aucune recommandation au cours de la grossesse n'a été publiée. Au cours de l'étude, plusieurs molécules ont été évoquées pour la prise en charge de ces douleurs chez les femmes enceintes.

Le Paracétamol :

Le doliprane est prescrit par l'ensemble des professionnels interrogés. Il est considéré comme LE médicament de la grossesse. En moyenne, plus d'une femme enceinte sur deux l'utilise (30). Les nombreuses données l'autorisent pendant la grossesse en l'absence de risque de malformation ou toxicité fœtale (31). A noter que certaines études évoquent un risque augmenté d'asthme et de cryptorchidie chez l'enfant exposé, mais cette association est non certaine (28).

Le Néfopam :

Un seul médecin l'évoque et se renseignerait auprès du CRAT avant sa prescription. Son utilisation est déconseillée en l'absence d'étude même si aucun élément inquiétant n'a été signalé.

Les AINS :

Contrairement à la population générale, l'ensemble des médecins de l'étude ne prescrit pas d'Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens aux femmes enceintes car contre-

indiqués. Leur utilisation est interdite à partir de 24 SA, quelle que soit leur voie d'administration, car ils exposent le fœtus ou le nouveau-né à de graves risques d'atteintes rénales et cardio-pulmonaires irréversibles voire mortelles. Deux médecins énoncent leur possibilité au premier trimestre mais leur prise n'est pas conseillée (données insuffisantes et augmentation probable du risque de fausse couche (9)).

Leur contre-indication semble bien connue des médecins traitants, mais plusieurs études révèlent que les femmes enceintes se voient en prescrire, comme celle du Dr M. Araujo *et al.* (6%) (32). C'est pourquoi l'AFSSAPS a fait deux rappels depuis 2003 à l'attention des professionnels permettant une diminution de leurs prescriptions.

Les femmes enceintes seraient suffisamment informées sur l'interdiction de ces médicaments selon les médecins interrogés. Or, selon l'étude du Dr R. Hassoun Barhamji *et al.* en 2014 (33), plus d'1 femme sur 3 les considère sans danger dès le 6ème mois de grossesse et la perception du risque varie selon la galénique et le nom commercial : 80% des femmes ont reconnu l'ibuprofène, mais 1 sur 2 n'a pas considéré Rhinadvil® comme dangereux. Elle confirme deux autres études françaises (34): 45% des femmes ne connaissent pas les risques pour leur futur enfant et seulement 20% disent y avoir été sensibilisées. Les médecins pensent à tort que leurs patientes ont connaissances du danger, mais, par ces diverses études, on comprend qu'il est nécessaire voire indispensable de prendre du temps pour les informer.

Les paliers 2 :

Les paliers 2 sont l'alternative en cas de douleurs résistantes, mais leurs utilisations au cours de la grossesse questionnent les médecins de notre étude. Plusieurs doutent de leur autorisation ou leur prescription reste teintée d'une appréhension pour les

autres. Selon le CRAT, ils sont tous possibles au cours de la grossesse, quel que soit le terme, y compris le Tramadol malgré les informations de l'ANSM qui le déconseille au 1^{er} trimestre. La codéine est préférée aux autres molécules, les données étant très nombreuses et rassurantes (35). Comme tout opioïde, il est nécessaire d'informer l'équipe médicale de son utilisation à proximité de l'accouchement pour une prise en charge adaptée du nouveau-né (risque de dépression respiratoire et de syndrome de sevrage).

Pour plusieurs médecins, malgré l'information, les femmes enceintes ne suivent pas leur prescription par peur des effets secondaires sur le fœtus. Aucune étude n'a été retrouvée sur le sujet et il serait intéressant d'interroger spécifiquement les femmes enceintes sur cette notion.

Les Paliers 3 :

Aucun médecin de l'étude n'a dû escalader jusqu'aux morphiniques en cas de lombalgie pendant la grossesse. Certains n'y seraient pas contre en cas de douleurs rebelles, mais la plupart y sont réfractaires ou demanderaient un avis spécialisé avant de l'initier. Les opioïdes forts peuvent faire peur aux généralistes limitant leur prescription, comme le constate l'étude du Dr N. Calais en 2015 (36) montrant que quasiment 10 % des généralistes n'en prescrivaient pas ou exceptionnellement, et il est concevable que la crainte soit majorée en cas de grossesse. Les données sur la Morphine sont nombreuses et aucun effet malformatif n'est apparu à ce jour.

Le Spasfon :

Le Phloroglucinol est évoqué par quelques généralistes au cours des entretiens et est autorisé quel que soit le terme de la grossesse. Il n'a cependant pas d'indication en cas de lombalgie sauf si associé à des douleurs abdominales.

Les corticoïdes :

Les généralistes interrogés ne sont pas unanimes sur l'utilisation des corticoïdes par voie orale au cours de la grossesse. D'après les données cliniques, ils peuvent être utilisés chez la femme enceinte quel que soit le terme de la grossesse (37), mais il convient d'en informer l'équipe obstétricale si le traitement est pris à proximité de l'accouchement. La prednisolone est préférée en terme de molécule et son utilisation doit être la plus courte possible car, prolongée, elle expose à un retard de croissance foétale et à une HTA de l'enfance. D'un point de vue utilité, la HAS ne se prononce pas, le COFER et la revue Prescrire ne les conseillent car inefficaces (38) (39).

Des injections locales de corticoïdes peuvent être proposées en cas de lombalgie réfractaire au traitement oral selon les recommandations du VIDAL et uniquement si radiculaire associée selon la HAS (40). Dans notre étude, aucun des médecins interviewés ne l'a évoquée. Au cours de la grossesse, elles semblent contre-indiquées, non pas en raison de la molécule, mais par sa réalisation : décubitus ventral et radio-guidée par scanner.

Les myorelaxants :

Cette classe médicamenteuse n'a jamais été prescrite par les praticiens interrogés. Un d'eux n'y verrait pas d'inconvénient. Ils sont contre-indiqués pour la plupart et le baclofène a une balance bénéfice-risque négative.

3.4.2. La prise en charge non médicamenteuse

En raison de la limitation thérapeutique pendant la grossesse, il est observé un engouement plus important de la part des médecins et des patientes pour les thérapies manuelles et les thérapies alternatives complémentaires. Les méthodes non médicamenteuses font partie intégrante de la prise en charge des lombalgies, comme nous le voyons dans notre étude. En France, selon l'Inserm, même si les patients consultent d'abord leur généraliste, ils sont de plus en plus nombreux à tenter des approches thérapeutiques alternatives : 4 Français sur 10 auraient recours aux médecines non conventionnelles. L'Ordre des médecins en reconnaît officiellement quatre : l'homéopathie, l'acupuncture, la mésothérapie et l'ostéopathie (41). En Amérique, elles sont utilisées par plus d'un tiers de la population, continuent de l'être pendant la grossesse et 60% des femmes enceintes souffrant de lombalgies déclarent qu'elles pourraient s'y tourner (42). Il est indispensable, comme le rappellent nos médecins, de les orienter vers des professionnels de confiance, maîtrisant la pratique chez la femme enceinte.

Kinésithérapie :

La kinésithérapie est fréquemment prescrite par les médecins de l'étude la trouvant efficace malgré des limites résultant de l'état de grossesse. Son remboursement est un point positif à sa prescription. Quasi tous les actes sont possibles tels que les exercices ou les massages, en faisant attention aux huiles essentielles, exceptées l'électrothérapie et la cryothérapie. Il n'existe cependant pas de protocole bien défini ni aucune modalité de prise en charge comme le rappelle A. Lamiral (43).

De manière générale, selon les recommandations HAS, la kinésithérapie fait partie intégrante du traitement de la lombalgie si celle-ci se chronicise mais elle n'est pas recommandée en aiguë par manque d'étude prouvant une réelle efficacité. Les experts considèrent qu'au stade aigu de la maladie (4 premières semaines) le traitement est avant tout médical (44).

Les femmes enceintes la considèrent peu efficace sur les douleurs, n'apportant qu'un soulagement temporaire, souvent contrecarré par l'évolution de la grossesse. Toutefois, elles reconnaissent un certain bien être et une meilleure qualité de vie pendant la durée des soins (45).

Ostéopathie :

Durant l'étude, on note un clivage entre les praticiens : certains la prescrivent la trouvant utile, d'autres non par manque de connaissance ou réticence aux effets de la manipulation physique pendant la grossesse, et un s'y oppose, évoquant une manipulation mentale. L'ensemble des recherches s'accordent pour dire que l'ostéopathie est possible et efficace sur la lombalgie (46) (47) y compris pendant la grossesse (48). Le Dr Donald R. Murphy (49) décrit que 73% des femmes ont vu une

amélioration « bonne » voire « excellente » de leur invalidité et 82% ont noté une diminution significative de leur douleur, chiffre en accord avec Dr CK. Peterson *et al.* (50) énonçant que plus de 50% des patientes décrivent un soulagement après une semaine de prise en charge et 70% après un mois. Selon la HAS, son efficacité sur la lombalgie est bien prouvée sur le court terme, aucune étude ne l'ayant démontré sur le long terme (51).

Acupuncture

Quelques praticiens l'évoquent mais ils avouent avoir peu de connaissances sur le sujet. Aucun ne remet en question son indication pendant la grossesse, mais les difficultés d'accès et d'orientation semblent être un frein. Son efficacité est prouvée par de nombreuses études dont la méta-analyse de A. Charrieras (52) établissant une diminution de plus de 50% de la douleur après les séances avec une différence de moyenne d'EVA significativement positive à 3.14 dans les études cas-témoins. Elle rapporte aussi que cette pratique est 1.76 fois plus efficace que les autres traitements (antalgique ou exercice), confirmant le résultat du Dr C. Barry *et al.* (53).

Homéopathie

L'homéopathie, thérapeutique basée sur la « loi de similitude » (toute substance susceptible de provoquer des troubles chez un humain sain, pourrait à très faibles doses faire disparaître ces mêmes troubles chez un humain malade) et l'emploi de doses « infinitésimales » (54), est prescrite par une minorité de médecins de l'étude. La plupart se disent non formés ou n'y croient pas. Elle est tout de même consommée par les patientes puisque plus de 20% des thérapeutiques d'automédications sont des

traitements homéopathiques, et elle a été utilisée par plus de 27% des femmes enceintes en France en 2017 (55). Son utilisation sur la base d'un recul d'usage important ne semble entraîner aucun risque majeur, mais en l'absence d'essai clinique, le CRAT ne se prononce pas (54). Par son efficacité insuffisante, l'homéopathie se voit déremboursée depuis janvier 2021, pouvant entraîner une diminution de sa prescription et de sa consommation.

Ceinture de grossesse

La ceinture lombaire est couramment utilisée pendant la grossesse. Elle permet de soulager les sensations de douleurs pelviennes, sacro-iliaques et lombaires en stabilisant le complexe lombo-pelvien. Son efficacité n'a jamais pu être démontrée scientifiquement, mais la revue de littérature de 2009 par Simone Sm Ho observe, par opposition à l'absence de traitement, un bénéfice à son usage avec un soulagement de la douleur et l'amélioration de l'état fonctionnel des patientes (56). Dans notre étude, elle est prescrite par la moitié des praticiens avouant cependant avoir très peu de connaissances. Rares sont les contre-indications à son utilisation (cause organique, hernie hiatale, utérus contractile malformé, cicatrisation compliquée en regard et stomies digestives), mais il existe une règle de prescription rappelée par les médecins interrogés : ne pas la porter de manière permanente au risque de majorer les douleurs suite au déconditionnement musculaire. Ils la préconisent lors des efforts ou des trajets longs en voiture, quelques heures par jour. Un temps d'information sur les modalités du port de celle-ci est donc indispensable pour optimiser son utilisation.

Activité physique :

L'activité physique a de nombreux effets bénéfiques sur la santé des femmes enceintes, du fœtus et du nouveau-né sans entraîner de risque majeur (57). Elle est considérée comme la base du traitement de la lombalgie de la grossesse par plusieurs médecins de l'étude. Elle permet de réduire significativement la douleur et l'invalidité comme l'indique la revue Cochrane (58). Le Dr K. Gjestland confirme l'idée en concluant que les femmes enceintes faisant de l'exercice 1 à 2 fois par semaine étaient moins susceptibles de rapporter une douleur lombaire (avec un aOR à 0,80) (59). Les praticiens indiquent à leurs patientes toutes les activités physiques, adaptées à la grossesse, hormis l'équitation et les sports de contact, et conseillent prioritairement la marche et la piscine, en accord avec les informations de la HAS (57).

Repos et arrêt de travail :

Les professionnels interrogés préconisent le repos en 1^{ère} intention. Il est, d'après une étude dirigée par M. Batonat en 2010, la principale option en cas de lombalgie pendant la grossesse, parfois la seule dans 15 à 25% des cas (60). Nos généralistes rappellent qu'il doit être partiel associé à de la mobilisation douce, le repos strict exerçant un effet négatif sur les variables douleurs, taux de guérison, délais de retour aux activités usuelles et durée de l'arrêt de travail (61).

Pour permettre ce repos, les arrêts de travail sont fréquemment prescrits, comme le révèle notre étude où 50% des médecins avouent les proposer rapidement. La lombalgie est la cause la plus fréquente d'inactivité professionnelle pendant la grossesse : environ 20% des femmes enceintes d'une durée moyenne de 7 jours (60) (soit 2 jours de plus que les recommandations de la CPAM en cas de lombalgie intense

pour la population générale (62)). Or, toujours d'après M. Batonat, l'arrêt de travail seul n'est pas efficace avec une stabilisation voire une augmentation de la douleur (60). Son intérêt est réel quand il est associé à une médecine complémentaire ou un traitement médical.

3.5. La prévention

Selon l'OMS, la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps. Il existe trois types de prévention : la prévention primaire qui agit en amont de la maladie, la prévention secondaire à un stade précoce de son évolution, et la prévention tertiaire sur les complications et les risques de récurrence (63). Ici, il est question de prévention primaire, avant l'apparition des douleurs lombaires. D'après notre étude, les sujets à aborder sont l'activité physique, la posture et l'adaptation du poste de travail. L'exercice physique, selon la HAS, ne prévient pas la survenue des lombalgies (57). Ceci est contredit par certaines études. Une prospective randomisée en double aveugle à Téhéran démontre que les femmes enceintes participant à un programme d'exercice sont moins sujettes aux lombalgies que les autres (64). Elle permet une limitation de la prise de poids, facteur de risque important. Les femmes ayant un haut niveau de forme physique avant la grossesse y sont moins confrontées (57). Le sport chez la femme enceinte est, pour ces raisons, fortement préconisé au Canada (65).

Malgré cela, la moitié des médecins interrogés avouent ne pas l'aborder en début de grossesse par manque de temps, par oubli, voire par son absence d'efficacité. Seulement trois praticiens sur les vingt-et-un disent l'évoquer, taux bien plus faible que l'étude de M. Batonat (60) où le taux de prévention était de 58% dont 63% par

l'intermédiaire des médecins. Le manque de temps est compréhensible car multiples points doivent être discutés, demandant un investissement temporel important, surtout en cas de première grossesse (déroulé de la grossesse et des examens, alimentation). Les douleurs lombaires passent alors en second plan. Il serait intéressant de réaliser une étude de meilleure qualité sur l'effet de la prévention sur le risque et l'intensité des lombalgies pendant la grossesse afin de publier des recommandations.

CONCLUSION

La lombalgie est un des maux de grossesse les plus fréquents. Les généralistes y sont confrontés à plusieurs reprises au cours de leur carrière, étant les interlocuteurs privilégiés en cas de problème aigu par leur disponibilité et leur proximité.

Or, le corps médical banalise cette symptomatologie, malgré l'impression personnelle de s'y intéresser. Elle s'explique par la normalité et la bénignité des douleurs, la représentation qu'ils en font, le manque de temps et l'impuissance. La plainte de la patiente étant fonction de l'inquiétude que la douleur engendre et du vécu de la grossesse, il est indispensable de prendre du temps pour l'écouter et l'accompagner.

Cette situation engendre chez certains médecins de l'appréhension en raison de l'augmentation des risques chez la femme enceinte et de la limitation thérapeutique. Cette anxiété est fonction de l'intensité de la douleur et diminue par l'acquisition d'expérience professionnelle mais aussi personnelle avec le vécu de grossesse.

La limitation thérapeutique est la difficulté majeure et aucune recommandation sur la prise en charge de la douleur lombaire pendant la grossesse n'est établie. Elle se calque sur celle de la population générale, mais par l'état de gestation, la prescription médicamenteuse est minimale et faite avec plus de vigilance. Surtout, les AINS, traitement de référence, sont contre-indiqués, notion connue par les médecins de notre étude. Le Doliprane est le médicament prescrit en cas de douleur chez la femme enceinte. Cependant, les médecins sont déstabilisés lorsqu'il devient insuffisant. Beaucoup doutent des possibilités des autres paliers, et ont peur de leurs effets

secondaires et néfastes sur le fœtus, tout comme les patientes qui suivraient peu les prescriptions. Pourtant le CRAT, utilisé par la majorité, les autorise. Les généralistes préconisent, en plus des médicaments, le repos partiel associé à de l'activité physique douce, difficile à mettre en place en raison de la très grande précaution autour de la grossesse. Ils s'orientent alors vers d'autres thérapies : la kinésithérapie principalement car remboursée mais sans preuve de son efficacité à court terme, l'ostéopathie malgré la peur de la manipulation physique, et l'acupuncture difficile d'accès. L'homéopathie est peu prescrite, par manque de connaissances ou de croyance, mais utilisée par la femme enceinte d'après plusieurs études. Enfin, certains sont partisans de la ceinture de grossesse.

Afin d'éviter au maximum ces lombalgies, la prévention semble être utile. En raison d'un manque de temps, une demande d'investissement important, et l'absence d'étude de qualité prouvant son intérêt, les médecins ne la mettent pas en place.

Les généralistes semblent donc faire peu d'erreurs de prescription mais avouent avoir de faibles connaissances sur les possibilités et les alternatives à proposer au cours de la grossesse, médicamenteuses ou non, ce qui peut générer de l'angoisse, surtout chez les jeunes professionnels. Deux tiers des médecins de cette étude souhaitent y remédier. Des réunions entre praticiens, généralistes, de générations différentes, pour échanger sur leurs expériences, en groupes de pairs ou en réunion CPTS, de plus en plus présentes en maisons médicales de santé, pourraient être la solution.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. CNGOF. Gynécologie et santé des femmes - Grossesse. [Internet]. [Cité 15 mai 2020]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coB_07.htm
2. Buyck JF. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse. Etudes et Résultats, DREES. [Internet]. 2016 [Cité 2 mai 2020]; N°977. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er977.pdf>
3. Lecomte B. Place du médecin généraliste dans le suivi de la grossesse. [Thèse de Médecine Générale]. Rouen; 2017
4. Agnès A, Goaziou M-FL. Les motifs de consultation obstétricaux en médecine générale: Etude descriptive réalisée dans le département du Rhône. La Revue Exercer. 2006 mai/juin;78:90-7.
5. Walters C, Ovest S, Nippita T. Pelvic girdle pain in pregnancy.[Internet]. Australian Journal of General Practice. 2018 [Cité 7 janv 2021]. Vol 47, N°7. Disponible sur: <https://www1.racgp.org.au/ajgp/2018/july/pelvic-girdle-pain-in-pregnancy>
6. Fouquet B, Borie MJ, Pellieux S. Rachis lombaire et grossesse. Revue du Rhumatisme. 2005 sept 1;72(8):707-14.
7. Timsit M-A. Grossesse et douleurs rhumatologiques lombaires basses et de la ceinture pelvienne. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2004 mai 1;32(5):420-6.
8. Protocole pluridisciplinaire avec la participation de la HAS. La lombalgie commune à partir du deuxième épisode : comment prévenir les récurrences [Internet]. 2010 nov. [Cité 22 juin 2020]. Disponible sur: http://ffmps.free.fr/ffmps/Lombalgie_files/Lombalgies_PPSSP_argumentaire_No v10.pdf
9. Battu C. Quels antalgiques pour soulager les lombalgies au cours de la grossesse ? Actual Pharm. 2015 nov 1;54(550):16-8.
10. Manikam D, Mauduit M. Pourquoi les femmes enceintes lombalgiques en fin de grossesse ont-elles recours à l'ostéopathie ? [Thèse de Médecine Générale]. Toulouse; 2015
11. Hughes CM, Liddle SD, Sinclair M, McCullough JEM. The use of complementary and alternative medicine (CAM) for pregnancy related low back and/ or pelvic girdle pain: an online survey. Complement Ther Clin Pract. 2018 mai;31:379-83.
12. Passave M. La prise en charge des douleurs lombaires pendant la grossesse [Thèse de Médecine Générale]. UPEC; 2018.
13. Fritz G, Boudier E, Nisand I. Lombalgies et grossesse. Le point de vue de l'obstétricien. 2° congrès SOFMMOO [Internet]. 2007. [Cité 2 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.sofmmoo.org/documents/fritz.pdf>

14. Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, Mens JMA, van Dieën JH, Wuisman PIJM, et al. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation, and prevalence. *Eur Spine J.* 2004 Nov 1;13(7):575-89.
15. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008; 84: 142-5.
16. Aubin-Auger I, Stalnikiewicz B, Mercier A, Lebeau JP, Baumann L. Diriger une thèse qualitative: difficultés et solutions possibles. *Exercer.* 2010; 93: 111-4.
17. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* janv 2015;15(157):50-4.
18. GROS LENNE B. Critères de choix des femmes enceintes concernant le praticien à qui elles confient leur suivi. [Thèse de Médecine Générale]. Paris XII, 2005.
19. Houlé C. Suivi de la grossesse : critères de choix du professionnel par les patientes et place faite au médecin généraliste : enquête auprès de patientes de la région dieppoise. [Thèse de médecine générale]. Rouen; 2013.
20. Yildiz H. Suivi de grossesse par le médecin généraliste: expériences et vécus des femmes. Etude qualitative auprès de femmes ayant confié le suivi de leur grossesse à leur médecin traitant. [Thèse de Médecine Générale]. Nancy; 2010.
21. Guyomard H. Etat des lieux du suivi gynécologique en médecine générale: revue de littérature. [Thèse de Médecine Générale]. Angers; 2018.
22. Larousse. [Internet]. Banalisation.[Cité 19 août 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/banalisation/7769>
23. Bastide V. Quelle est la prise en Charge des petits maux de grossesses par les Médecins généralistes de Midi-Pyrénées? Enquête auprès de 169 médecins généralistes. [Thèse de Médecine Générale]. Toulouse III Paul Sabatier; 2012.
24. DGOS. La douleur [Internet]. 2021 [Cité 19 août 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur>
25. Volant G. Suivi de la grossesse par les médecins généralistes : état des lieux en Savoie et Haute-Savoie. [Thèse de médecine générale]. Grenoble; 2009.
26. Petitprez S. Comment favoriser le suivi de grossesse par le médecins généraliste. Ressenti des femmes enceintes dans le département de l'Aisne. [Thèse de Médecine Générale]. Amiens; 2015
27. VIDAL. Comment le médecin prescrit-il pendant la grossesse et l'allaitement ? [Internet] 2021 juillet. [Cité 27 juillet 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/utilisation/medicaments-grossesse/choix-traitement-grossesse-allaitement/prescription-medecin.html>

28. Pereira Miozzari AC, Senhaji S, Rollason Gumprecht V, Piguet V, Jungo Nanços C, Luthy C. Antalgie médicamenteuse et grossesse. *Revue Medicale Suisse*. 2012; 347.
29. HAS, Fiche Mémo. Prise en charge d'un patient présentant une lombalgie commune. [Internet]. 2019 mars. [Cité 26 août 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/fm_lombalgie_v2_2.pdf
30. Baudon A. Les risques de l'exposition prénatale au paracétamol. [Thèse de Pharmacie]. Bordeaux; 2018.
31. ANSM. Dossier thématique - Traitement de la douleur durant la grossesse [Internet]. 2020 sept [Cité 31 août 2021]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/medicaments-et-grossesse/traitement-de-la-douleur-durant-la-grossesse>
32. Araujo M, Hurault-Delarue C, Bouilhac C, Petiot D, Benevent J, Vayssière C, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drug prescriptions from the 6th month of pregnancy: impact of advice from health authorities. *Fundam Clin Pharmacol*. 2019;33(5):581-8.
33. Hassoun Barhamji R, Raia Barjat T, Chauleur C. À l'ère de l'automédication, que savent les femmes enceintes des AINS. *Thérapie*. 2015 juillet; 70(40):369-76
34. Gare aux AINS pendant la grossesse. *Rev Prescrire*. 2006 mars; 26(270):188-191
35. Trabelsi N. Prise en charge de la douleur en obstétrique par la sage-femme. *Réseau Sécurité Naissance*. 2011;12.
36. Calais N. Prescription des opioïdes forts en médecine générale: état des lieux en Seine-Maritime. [Thèse de Médecine Générale]. Rouen; 2015.
37. Le CRAT. Corticoïdes - Grossesse et allaitement. [Internet]. 2019. [Cité 31 août 2021]. Disponible sur: https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=672
38. Lombalgies. Pas d'efficacité démontrée des corticoïdes par voie générale. *Rev Prescrire*. 2018 ; 38 (413) : 210-211.
39. Le Cofer. Rachialgies. [Internet]. [Cité 4 août 2021]. Disponible sur: http://www.lecofer.org/item-cours-1-3-0.php#ch_4_1
40. HAS. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. [Internet]. 2019 [Cité 4 août 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune
41. France Assos Sante. De quoi les médecines complémentaires et alternatives sont-elles le nom ? [Internet]. 2018 [Cité 31 août 2021]. Disponible sur: <https://www.france-assos-sante.org/2018/05/31/de-quoi-les-medecines-complementaires-et-alternatives-sont-elles-le-nom/>

42. Ee CC, Manheimer E, Pirotta MV, White AR. Acupuncture for pelvic and back pain in pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 1 mars 2008;198(3):254-9.
43. Lamiral A. Prise en charge d'une femme enceinte lombalgique dans un contexte de kinésithérapie libérale. [Travail écrit de fin d'étude pour l'obtention du diplôme d'Etat de masso-kinésithérapeute]. Pays-de-la-Loire; 2014.
44. HAS. Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription.[Internet].2005 mai.[Cité 12 août 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Lombalgie_2005_synth.pdf
45. Pitelet L. Étude de satisfaction de la prise en charge des douleurs lombosciatiques chez la femme enceinte. [Mémoire de Sage-Femme]. Clermont-Ferrand; 2020.
46. Task Force on the Low Back Pain Clinical Practice Guidelines. American Osteopathic Association Guidelines for Osteopathic Manipulative Treatment (OMT) for Patients With Low Back Pain. *J Am Osteopath Assoc.* 1 août 2016;116(8):536-49.
47. Slattengren AH, Nissly T, Blustin J, Bader A, Westfall E. Best uses of osteopathic manipulation. *J Fam Pract.* déc 2017;66(12):743-7.
48. Moussy I. Lombalgie pendant la grossesse: ostéopathie versus kinésithérapie. Etude observationnelle à visée étiologique de type avant/après. [Mémoire de sage-femme]. Grenoble; 2008.
49. Murphy DR, Hurwitz EL, McGovern EE. Outcome of pregnancy-related lumbopelvic pain treated according to a diagnosis-based decision rule: a prospective observational cohort study. *J Manipulative Physiol Ther.* oct 2009;32(8):616-24.
50. Peterson CK, Mühlemann D, Humphreys BK. Outcomes of pregnant patients with low back pain undergoing chiropractic treatment: a prospective cohort study with short term, medium term and 1 year follow-up. *Chiropr Man Ther.* 1 avr 2014;22(1):15.
51. HAS, recommandation des bonnes pratiques. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. [Internet]. 2001 fev. [Cité 12 août 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272083/fr/prise-en-charge-diagnostique-et-therapeutique-des-lombalgies-et-lombosciatiques-communes-de-moins-de-trois-mois-d-evolution
52. Charrieras A. L'acupuncture dans la prise en charge des douleurs lombopelviennes de la grossesse. [Mémoire de Sage-Femme]. Limoges; 2017
53. Barry C, Seegers V, Gueguen J, Hassler C, Ali A, Falissard B. Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture. *Inserm.* 2014 :212.

54. Le CRAT. Homéopathie - Grossesse et allaitement. [Internet]. 2021. [Cité 12 août 2021]. Disponible sur: <http://www.lecrat.fr/articleSearchSaisie.php?recherche=hom%C3%A9opathie>
55. Cabut S, Marie C, Vendittelli F, Sauvart-Rochat M-P. Intended and actual use of self-medication and alternative products during pregnancy by French women. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 1 févr 2017;46(2):167-73.
56. Ho SS, Yu WW, Lao TT, Chow DH, Chung JW, Li Y. Effectiveness of maternity support belts in reducing low back pain during pregnancy: a review. *J Clin Nurs.* 2009;18(11):1523-32.
57. HAS. Prescription d'activité physique et sportive pendant la grossesse et en post-partum. [Internet]. Juillet 2019. [Cité 12 août 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app_329_ref_aps_grossesse_vf.pdf
58. Cochrane. Les traitements pour la prévention et le traitement des lombalgies et des douleurs pelviennes pendant la grossesse. [Internet]. sept 2015. [Cité 19 août 2021]. Disponible sur: https://www.cochrane.org/fr/CD001139/PREG_les-traitements-pour-la-prevention-et-le-traitement-des-lombalgies-et-des-douleurs-pelviennes
59. Gjestland K, Bø K, Owe KM, Eberhard-Gran M. Do pregnant women follow exercise guidelines? Prevalence data among 3482 women, and prediction of low-back pain, pelvic girdle pain and depression. *Br J Sports Med.* 1 mai 2013;47(8):515-20.
60. Batonat M. Petits maux de la grossesse: étude de la lombalgie. [Mémoire de Sage-Femme]. Paris ; 2010.
61. Pertsinidis A. Sage-femme et prévention de la lombalgie commune de la grossesse. [Mémoire de Sage-Femme]. Rouen; 2016.
62. Ameli, fiche repère. Arrêt de travail lombalgie commune. [Internet]. Dec 2017. [Cité 13 août 2021]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/347659/document/2017398_fiche_repere_at_lombalgie_v2_bd_0.pdf
63. HAS. Prévention. [Internet]. Août 2006. [Cité 13 août 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_410178/fr/prevention
64. A Garshasbi, S Faghieh Zadeh. The effect of exercise on the intensity of low back pain in pregnant women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* 2005, 88:271-275.
65. Mottola MF, Davenport MH, Ruchat S-M, Davies GA, Poitras V, Gray C, et al. Lignes Directrices Canadiennes Sur L'activité Physique Durant La Grossesse. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018 Nov;40(11):1538-1548

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien semi-dirigé (dernière version)

Racontez-moi une expérience de consultation d'une douleur lombaire pendant une grossesse ? Racontez-moi la consultation...

1- Quel est votre ressenti par rapport à cette expérience et à d'autres consultations ?

- *Quel est votre rôle en tant que médecin généraliste ?*
- *Quel intérêt donnez-vous à cette douleur ?*

2- Que proposez-vous pour aider les femmes enceintes souffrant de douleurs lombaires ?

3- Selon vous, quelle est la place des examens complémentaires dans ce contexte ?

4- En matière de prévention, où vous situez-vous ? Que faites-vous ? Et pourquoi ?

5- Quel est ou quels sont vos référentiels ?

6- Avez-vous vu une modification de votre pratique depuis le début de votre exercice ?

7- Que pensez-vous de la formation médicale pour ce sujet ?

Annexe 1 bis : Premier guide d'entretien semi-dirigé

1 - Comment vous sentez-vous face à une femme enceinte consultant pour douleurs lombaires ?

2 - Quelle importance donnez-vous à ce type de douleur ?

3 - Quelle prise en charge lui proposez-vous ?

- Prescrivez-vous des antalgiques ? Si oui, lesquels ?
- Et pour les autres douleurs pendant la grossesse ?
- Comment vous placez-vous dans la prescription de médicaments antalgiques pendant la grossesse, pour les lombalgies / pour les douleurs en général ?
- Que pensez-vous des méthodes non médicamenteuses (acupuncture / ostéopathie / kinésithérapie...) ? Les utilisez-vous dans votre pratique ?

4 – Quelle place donnez-vous à la prévention de ces douleurs lombaires pendant la grossesse ? Lors des premières consultations de grossesse, que pensez-vous de discuter de prévention en matière de lombalgie (posture, activité...) ? En parlez-vous avec vos patientes ?

5 - Quelles sources d'informations utilisez-vous pour vous aider dans la prise de décision dans ce domaine (VIDAL ? CRAT ? HAS ? etc...?)

6 - Que pensez-vous de votre formation médicale dans le domaine des douleurs de la femme enceinte (lombaires et autres) ? Avez-vous des attentes d'informations dans la prise en charge des douleurs de la femme enceinte ? Si oui, sous quelles modalités ?

Annexe 2 : Caractéristiques socio-démographiques des médecins interrogés

| <u>Identifiant</u> | <u>Sexe</u> | <u>Age</u> | <u>Enfant</u> | <u>Secteur d'activité</u> | <u>Activité</u> | <u>Durée d'exercice</u> | <u>Catégorie sociale de la patientèle</u> | <u>Formation complémentaire / gynécologique</u> |
|--------------------|-------------|------------|---------------|-------------------------------|---|-----------------------------|---|---|
| MG1 | H | 48 ans | Oui | Semi-rural | Libérale Groupe | 18 ans | Diverses | Non / Non |
| MG2 | F | 29 ans | Non | / | Remplacement Non thésé | 1 an | / | Oui / Oui |
| MG3 | H | 65 ans | Oui | Rural | Libérale + hospitalière (SP) Individuelle | 36 ans | Moyenne | Oui / Non |
| MG4 | H | 59 ans | Oui | Semi-rural | Libérale Groupe | 33 ans | Moyenne | Oui / Non |
| MG5 | H | 57 ans | Oui | Rural | Libérale Individuelle | 27 ans | Aisée | Oui / Non |
| MG6 | F | 34 ans | Oui | Semi-rural | Libérale Groupe | 6 ans | Diverses | Oui / Non |
| MG7 | F | 28 ans | Non | / | Remplacement Non Thésé | 1 an | / | Oui / Non |
| MG8 | F | 29 ans | Non | / | Remplacement Non thésé | 2 ans | / | Oui / Oui |
| MG9 | F | 55 ans | Oui | Semi-rural | Libérale + hospitalière (SP) Groupe | 20 ans | Aisée | Oui / Non |
| MG10 | H | 42 ans | Oui | Urbain | Libérale Groupe | 13 ans | Diverses mais assez défavorisée | Oui / Non |
| MG11 | F | 29 ans | Non | / | Remplacement Thésé | 2 ans | / | Oui / Non |
| MG12 | H | 54 ans | Oui | Semi-rural | Libérale Groupe | 23 ans | Tertiaire | Oui / Non |
| MG13 | F | 33 ans | Oui | Urbain | Libérale Groupe | 5 ans | Défavorisée | Oui / Non |
| MG14 | F | 33 ans | Oui | Urbain | Libérale Groupe | 5 ans | Défavorisée | Non / Non |
| MG15 | H | 32 ans | Oui | Urbain | Libérale Groupe | 4 ans | Défavorisée | Non / Non |
| MG16 | F | 47 ans | Oui | Semi-rural | Libérale Groupe | 20 ans | Tertiaire | Oui / Non |
| MG17 | F | 43 ans | Oui | Semi-rural | Libérale Individuelle | 15 ans | Tertiaire | Oui / Non |
| MG18 | F | 33 ans | Oui | Semi-rural | Libérale Groupe | 5 ans | Diverses | Non / Non |
| MG19 | H | 30 ans | Non | Rural | Assimilée libérale Non thésé | 2 ans | Diverses | Non / Non |
| MG20 | H | 33 ans | Non | Rural | Libérale Groupe | 2 ans | Diverses | Oui / Oui |
| MG21 | H | 59 ans | oui | Semi-rural | Libérale Individuelle | 30 ans | Diverses | Oui / Non |

AUTEUR : Nom : MORTUAIRE Prénom : Lucille
Date de soutenance : 18 novembre 2021
Titre de la thèse : Douleur lombaire de la femme enceinte : attitude et prise en charge des médecins généralistes des Hauts-de-France.
Thèse - Médecine - Lille 2021
Cadre de classement : Médecine Générale
DES + spécialité : DES de Médecine Générale
Mots-clés : Médecine générale, lombalgie et grossesse, prise en charge, ressenti, étude qualitative

Introduction : 20 à 50% des femmes enceintes présentent une lombalgie au cours de leur grossesse. Un travail de recherche révèle qu'elles se sentent peu prises en considération par le corps médical et qu'elles considèrent leur prise en charge non optimale. L'objectif de cette étude est d'évaluer les pratiques et le ressenti des médecins généralistes des Hauts-de-France face à ces lombalgies.

Matériel et méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes exerçant dans les Hauts-de-France.

Résultat : D'août 2020 à janvier 2021, vingt-et-un généralistes ont répondu à des entretiens semi-dirigés individuels. Ils s'accordent pour dire que la douleur lombaire est réelle, qu'ils prennent du temps pour y répondre, mais qu'elle est parfois banalisée car normalisée par les femmes et le corps médical. Peu de médecins appréhendent ces consultations. Identique à la population générale, le repos partiel avec le maintien d'une activité physique adaptée est conseillé. La limitation thérapeutique avec la contre-indication des anti-inflammatoires non stéroïdiens au cours de la grossesse est un frein, vécue comme une difficulté. Le Paracétamol est l'antalgique de la grossesse. Plus de la moitié des praticiens refusent ou se questionnent sur les possibilités des autres paliers. Beaucoup se tournent vers des thérapies manuelles et alternatives, principalement la kinésithérapie, puis l'acupuncture et l'ostéopathie. La prévention est quasiment inexistante. Le sexe du médecin ainsi que son expérience professionnelle et personnelle semblent avoir un impact sur la pratique. Souhaitant améliorer leur prise en charge ou par manque de connaissances, une formation collée à la pratique est souhaitée par les deux tiers des médecins interrogés.

Conclusion : Les généralistes s'intéressent aux lombalgies pendant la grossesse. La limitation thérapeutique est la difficulté majeure. Ils doivent proposer des alternatives mais tous n'ont pas connaissance des autres possibilités, par manque de théorie et de pratique. Des réunions entre praticiens, de générations différentes, avec un partage d'expérience, pourraient être la solution.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Charles GARABEDIAN

Assesseur : Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de thèse : Madame le Docteur Judith OLLIVON