Université de Lille

Année Universitaire 2019/2020

Faculté de Pharmacie de Lille

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Soutenue publiquement le 11 Juin 2020

Par Mme VELGHE Carine

Recours naturels pendant la grossesse

Membres du jury :

Président : Hennebelle, Thierry, Professeur en pharmacognosie, Université de Lille

Assesseur : Muschert, Susanne, Maitre de Conférences-HDR, Université de Lille

Dekyndt, Bérengère, Pharmacien Hospitalier

Faculté de Pharmacie
de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX

☎ 03.20.96.40.40 - 🖷 : 03.20.96.43.64

Université de Lille

Président :	Jean-Christophe CAMART
Premier Vice-président :	Nicolas POSTEL
Vice-présidente formation :	Lynne FRANJIÉ
Vice-président recherche :	Lionel MONTAGNE
Vice-président relations internationales :	François-Olivier SEYS
Vice-président stratégie et prospective	Régis BORDET
Vice-présidente ressources	Georgette DAL
Directeur Général des Services :	Pierre-Marie ROBERT
Directrice Générale des Services Adjointe :	Marie-Dominique SAVINA

Faculté de Pharmacie

Doyen :	Bertrand DÉCAUDIN
Vice-doyen et Assesseur à la recherche :	Patricia MELNYK
Assesseur aux relations internationales :	Philippe CHAVATTE
Assesseur aux relations avec le monde professionnel :	Thomas MORGENROTH
Assesseur à la vie de la Faculté :	Claire PINÇON
Assesseur à la pédagogie :	Benjamin BERTIN

Responsable des Services : Cyrille PORTA

Représentant étudiant : Victoire LONG

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
M.	DEPREUX	Patrick	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire

Liste des Professeurs des Universités

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire

M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique et Laboratoire d'application de RMN
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
M.	COURTECUISSE	Régis	Sciences Végétales et Fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences Végétales et Fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique et application de RMN
Mme	DEPREZ	Rebecca	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	DEPREZ	Benoît	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences Végétales et Fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie industrielle
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie thérapeutique
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Législation et Déontologie pharmaceutique
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie

Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHERAERT	Éric	Législation et Déontologie pharmaceutique
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle
M.	WILLAND	Nicolas	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants

Liste des Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie

Liste des Maîtres de Conférences

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	AGOURIDAS	Laurence	Chimie thérapeutique
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière

Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie - Virologie
M.	BELARBI	Karim-Ali	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique et Laboratoire d'application de RMN
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie
M.	BOSC	Damien	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale
Mme	CHARTON	Julie	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
M.	FLIPO	Marion	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie

Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique
Mme	LEHMANN	Hélène	Législation et Déontologie pharmaceutique
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences Végétales et Fongiques
M.	MORGENROTH	Thomas	Législation et Déontologie pharmaceutique
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique
M.	POURCET	Benoît	Biochimie

M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / service innovation pédagogique
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	WELTI	Stéphane	Sciences Végétales et Fongiques
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

Professeurs Certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeur Associé - mi-temps

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants

M.	DHANANI	Alban	Législation et Déontologie pharmaceutique

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

CIV.	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
MME	CUCCHI	MALGORZATA	BIOMATHEMATIQUES
M.	DUFOSSEZ	FRANÇOIS	BIOMATHEMATIQUES
M.	FRIMAT	BRUNO	PHARMACOLOGIE,
M.	GILLOT	FRANÇOIS	LEGISLATION ET DEONTOLOGIE
M.	MASCAUT	DANIEL	PHARMACOLOGIE,
M.	ZANETTI	SEBASTIEN	BIOMATHEMATIQUES

AHU

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière

ATER

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	GHARBI	Zied	BIOMATHEMATIQUES
Mme	FLÉAU	Charlotte	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
Mme	N'GUESSAN	Cécilia	Parasitologie - Biologie animale
M.	RUEZ	Richard	Hématologie
M.	SAIED	Tarak	Biophysique et Laboratoire d'application de RMN
Mme	VAN MAELE	Laurye	Immunologie

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière

Université de Lille

Faculté de Pharmacie de Lille

Faculté de Pharmacie de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX

Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64

http://pharmacie.univ-lille2.fr

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

REMERCIEMENTS

J’aimerais tout d’abord adresser mes remerciements à mon directeur de thèse, le professeur Thierry Hennebelle, qui a accepté de diriger ce travail. Un merci pour l’aide, l’enthousiasme et les encouragements dont vous avez fait preuve à l’égard de ce travail. Merci de m’avoir guidé dans un sujet qui me tenait à cœur.

J’adresse ma grande reconnaissance aux membres du jury: Susanne Muschert et Bérengère Dekyndt. Il était certes facile et spontané pour moi de me tourner vers vous pour cette tâche. Vous avez toutes deux participé au début de cette épopée et vous participerez surtout à la fin. C’est une immense joie et fierté que vous m’avez donné quand vous avez accepté.

Ces premières pages sont dédiées à toutes les personnes qui de près ou de loin ont participé à cette aventure. En commençant par l’équipe de Pharmacotechnie Industrielle, en passant par les différentes pharmacies où j’ai travaillé et toutes les personnes que j’ai rencontrées. Il est préférable de ne pas les nommes sachant qu’il est fortement probable que j’en oublie, je pense que vous me connaissez suffisamment pour ne pas en tenir compte.

Allez place à la famille. Si je regarde l’un des plus beaux passages de ma première thèse c’était : « Une énorme pensée à ma grosse, ma Wawa, sans qui tout cela n’aurait sûrement jamais eu lieu. Elle qui m’a poussée à la suivre dans l’aventure de la thèse. Cela fait plus de 10 ans que l’on se connait et je m’étonne encore à suivre tes conseils si PEU avisés. Tu es pour moi l’une des personnes marquantes de ma vie. » Purée quasiment 10 ans après je tiens encore le même discours. Même si t’es partie te foutre dans la cambrousse tu restes la plus belle personne que je connaisse.

Papa, maman, Laura, après 34 ans d’e*merdes j’ai enfin réussi à les finir ses études. J'espère que vous êtes fiers de la personne que je suis devenue.

A mon Nam, merci d’être là (et pas devant ta play :p). Merci de me supporter tous les jours et de faire de ma vie ce qu’elle est, même si

on se prend le chou tu m'apportes beaucoup chaque jour (et pas que du surmenage). Avec tout cet amour sont arrivés nos deux bébés Luka et Romy. Ils ont été la source de cette thèse. Ils s'en rappelleront quand ils se diront : maman dis qu'elle revient et elle remonte jamais^^. Ce que je peux vous aimer tous les trois !

Enfin je peux le crier Libérée, Délivrée ^^

TABLE DES MATIERES

Table des matières 1

Liste des illustrations 4

Liste des abbreviations 5

Introduction 7

Partie 1 : Généralités 9

I – Physiologie et pharmacocinétique de la grossesse. 10

A – Physiologie pendant la grossesse. 10

B – Pharmacocinétique des xénobiotiques. 10

C – Risques liés à la prise de xénobiotiques pendant la grossesse. 15

II – Les Médecines Alternatives et Complémentaires. 20

A – Définitions 20

B – Dans quelles indications ? 22

C - Rôle du personnel médical dans l'information aux patients. 23

III – Les Médecines Alternatives et Complémentaires chez la femme enceinte. 25

A - Quels types de pratiques chez la femme enceinte ? 25

B - Dans quels buts ? 26

C - Quel profil de patiente? 26

D - Et le personnel soignant dans tout ça ? 26

E – Les risques. 28

Partie 2 : Maux de grossesse 29

I – La sphère digestive : nausées et vomissements 30

II – La sphère nerveuse : stress de grossesse 32

III – Les douleurs de la grossesse. 34

IV – La version céphalique. 38

V – La préparation à l'accouchement 39

Partie 3 : Généralités 41

I - Phytothérapie. 42

A – Principe. 42

B - Aspect réglementaire. 43

C – Ostéopathie en obstétrique. 45

E - Précautions d'emploi, effets indésirables et contre-indications 47

II - Acupuncture. 51

A – Principe. 51

B - Aspect réglementaire. 52

C – Comment se déroule une séance ? 53

D – Acupuncture en obstétrique. 54

E - Précautions d'emploi, effets indésirables et contre-indications. 60

III - Ostéopathie. 65

A – Principe. 65

B - Aspect réglementaire. 66

C – Comment se déroule une séance ? 67

D – Ostéopathie en obstétrique. 69

E - Précautions d'emploi, effets indésirables et contre-indications 77

IV - Hypnose. 81

A – Principe. 81

B - Aspect réglementaire. 83

C – Comment se déroule une séance ? 84

D – Hypnose en obstétrique. 86

E - Précautions d'emploi, effets indésirables et contre-indications 89

IV - Homéopathie. 91

A – Principe. 91

B - Aspect réglementaire. 93

C – Comment se déroule une séance ? 95

D – Homéopathie en obstétrique. 97

E - Précautions d'emploi, effets indésirables et contre-indications 101

concluSion 103

BIBLIOGRAPHIE 104

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Les potentiels effets des médicaments chez le fœtus (9) 16

Figure 2 : Pictogramme et message apposé dans le cas n°1 des « pictogrammes femmes enceintes ». 19

Figure 3 : Pictogramme et message apposé dans le cas n°2 des « pictogrammes femmes enceintes ». 19

Figure 4 : Pictogramme et message apposé dans le cas n°3 des « pictogrammes femmes enceintes ». 20

Figure 5 : Utilisation d'un coussin d'allaitement au cours de la grossesse (54). 36

Figure 6 : ceinture de grossesse ((55)) 37

Figure 7 : Point d'accupuncture P6 pour le traitement des nausées et vomissements (84)... 55

Figure 8 : Point LI4 d'acupuncture. 57

Figure 9 : point d'acupuncture V67 utilisé pour l'aide à la version du fœtus et diminution d'anxiété de la future mère (95) 59

Figure 10 : point d'acupuncture SP6 ou point Sanyinjiao 60

Figure 11 : motif principal de consultation ostéopathique chez les femmes enceintes 71

Figure 12 : Manipulation du corps utérin en latérocubitus (119). 74

Figure 13 : La position du pont passif 75

Figure 14 : La position du pont indien 75

Figure 15 : La position à genoux 76

Figure 16 : Massage des points d'attache du diaphragme. 77

Figure 17 :Méthode d'obtention de l'homéopathie suivant le principe de la dilution centésimale. 92

Figure 18 : Croix de Hering. 96

LISTE DES ABBREVIATIONS

MACs : Médecines Alternatives et Complémentaires

NCCAM : National Center for Complementary and Integrative Health

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

EMA : Agence Européenne des Médicaments

SA : semaine d'aménorrhée

CI : Contre Indication

SNC : Système Nerveux Central

SCP : Société Canadienne de Pédiatrie

RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit

CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

EFEMERIS : Evaluation chez la Femme Enceinte des MEdicaments et de leurs Risques

HAS : Haute Autorité de Santé

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

CSP : Centre Spécialités Pharmaceutiques

DGCCRF : Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes

VNR : Valeurs Nutritionnelles Recommandées

MTC : Médecine Traditionnelle Chinoise

EI : Effet Indésirable

AOI : Alliance Ostéopathique Internationale

SFDO : Syndicat Français Des Ostéopathes

SEROPP : Société Européenne de Recherche en Ostéopathie Périnatale et Pédiatrique

CFHTB : Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves

CT : Commission de Transparence

BPF : Bonnes Pratiques de Fabrication

INTRODUCTION

Face à la peur de plus en plus importante liée aux médicaments, le marché Français enregistre une augmentation de l'utilisation des Médecines Alternatives et Complémentaires (MACs). Cela est d'autant plus marqué chez la femme enceinte. En effet, les médecines alternatives ont désormais une place considérable dans les stratégies thérapeutiques. Ces thérapeutiques peuvent alors être utilisées soient en première intention si la pathologie à traiter n'est pas grave, soient en complément d'un traitement allopathique.

Cette nouvelle façon de consommer peut être source de toxicité et d'automédication néfaste si elle est mal utilisée. Le souci étant que dans l'esprit des consommateurs ces médecines « naturelles » donnent une idée de sécurité pour leur santé. Les risques n'étant pas considérés, souvent par méconnaissance du sujet. C'est ici que doit se placer le professionnel de santé en étant un lien entre les patients et les informations à fournir sur les MACs.

Plusieurs organismes se sont attardés sur l'étude des médecines alternatives et complémentaires et le plan de notre thèse reprendra les fils conducteurs de ces classifications. Ce travail ne se voulant pas exhaustif, le plan suivra comme fil conducteur la classification des MACs établies par le NCCAM. A savoir :

- Les substances retrouvées dans la nature. Cette catégorie **regroupe les plantes** et huiles essentielles, les vitamines et minéraux, ainsi que les probiotiques.
- Utilisation des énergies corporelles : Qi-gong**, acupuncture**.
- Utilisation du mouvement d'une ou plusieurs parties du corps. Ce seront les **massages ostéopathiques** et manipulations chiropractiques.
- Les approches corps-esprits qui sont un ensemble de thérapies qui mettent en avant les relations imbriquées entre le corps et la pensée. On citera les techniques de relaxation via **l'hypnose**, la sophrologie par exemple ainsi que les approches psychosociales avec les groupes d'entraide.
- Pour terminer il existe les techniques dites complètes regroupant notamment la naturopathie ou **l'homéopathie.**

Avant d'aborder les différents types de thérapeutiques que la femme enceinte peut rencontrer durant sa grossesse, il est d'intérêt de savoir quels risques peuvent être encourus par la femme enceinte et les raisons qui peuvent les pousser à se tourner vers ces thérapeutiques non conventionnelles.

La deuxième partie consiste à décrire de façon succincte les raisons couramment rencontrées par les femmes qui les poussent à avoir recours à ces pathologies. Dans le but de poursuivre sur les grandes médecines alternatives et complémentaires que l'on peut rencontrer à l'officine.

La finalité de ce travail sera d'apporter une aide sur les différentes pratiques auxquelles les femmes peuvent avoir recours pendant leur grossesse et d'indiquer lesquelles ont bénéficié de preuves scientifiques, dans quelle indication et pouvoir mieux appréhender les craintes des femmes enceintes.

Partie 1 : Généralités

I – Physiologie et pharmacocinétique de la grossesse.

A – Physiologie pendant la grossesse.

Au cours de la grossesse tout est mis en place au niveau de l'organisme afin de permettre de préparer la mère à l'état gravidique et permettre un bon développement du futur enfant. Des modifications physiologiques seront variables selon l'avancée de la grossesse. L'imprégnation hormonale, puis la croissance fœtale impacteront les organes (1).

Les modifications cardiovasculaires sont le fruit de plusieurs paramètres. Le point essentiel est l'installation d'une vasodilatation artérielle très précoce pouvant expliquer en partie l'augmentation du débit cardiaque. Les œstrogènes et l'activation du système rénine-angiotensine-aldostérone va occasionner une hypervolémie, elle aussi responsable de l'augmentation de la fréquence et du débit cardiaque. Cette augmentation sera de l'ordre de 30 à 50 %.

Le système respiratoire montre une augmentation du débit sanguin pulmonaire et de la captation de l'oxygène par minutes. Les besoins en oxygène vont augmenter de 20 à 40 % pour pallier les besoins de la communication entre le fœtus et la gestante. Cela explique que la plupart des femmes gravides ressentent facilement un essoufflement (2).

Code de champ modifié

Le système digestif est modifié par la présence de la progestérone. Cette hormone va entrainer une diminution du tonus du sphincter œsophagien inférieur. La pression intragastrique et les sécrétions gastriques sont augmentées surtout durant le 3ème trimestre.

B – Pharmacocinétique des xénobiotiques.

Chez la femme enceinte.

Au cours de la grossesse, des modifications physiologiques et métaboliques seront nécessaires pour répondre aux besoins énergétiques et fonctionnels des différents organes de la mère. Le devenir des molécules dans l'organisme de la mère et du fœtus sera perturbé, compromettant l'efficacité et l'innocuité du traitement. La voie du xénobiotique suit le système ADME Absorption / Distribution / Métabolisation / Excretion et les 4 phases vont être impactées (3).

Absorption.

Quel que soit le mode d'administration de la molécule, la vitesse d'absorption sera modifiée au cours de la grossesse. Une augmentation de l'absorption entrainera pour une même dose un risque de surdosage et à contrario une diminution de l'absorption occasionnera une perte d'efficacité.

Plusieurs paramètres pour la voie orale sont à considérer.

- Dès la fécondation la concentration en progestérone circulante augmente. Cette hormone joue sur les muscles lisses composant sur le système digestif (4). La motilité gastro-intestinale ainsi que l'augmentation de la durée de transit modifiés vont engendrer l'augmentation de la vitesse d'absorption par augmentation du temps de contact avec la muqueuse gastrique.
- Une forte augmentation des débits sanguins au niveau de la muqueuse intestinale liée à l'augmentation du débit sanguin cardiaque va entrainer une augmentation de l'absorption intestinale. L'élévation du pH gastrique, suite à la diminution de la production de protons et à l'augmentation de la production de mucus, va permettre une diminution de la biodisponibilité totale des acides faibles.
- Les nausées et vomissements peuvent diminuer l'absorption des molécules voire causer une perte totale de biodisponibilité.

Pour les médicaments par voie transcutanée ou intramusculaire l'absorption sera facilitée par l'augmentation du débit cardiaque.

Pour les médicaments administrés par voie inhalée ce sera l'augmentation du débit sanguin bronchique et pulmonaire, associée à l'hyperventilation, qui facilitera l'absorption et un risque de passage systémique plus important (2).

L'absorption d'un principe actif est donc retardée mais améliorée. Ces données sont à prendre avec précaution car elles ont probablement un impact non significatif en raison de la large marge thérapeutique des médicaments. Cela pourrait être un problème néanmoins dans le cas de médicaments à marge thérapeutique étroite. Bien qu'ils bénéficient d'un programme d'optimisation des posologies avec des mesures biologiques. Le but est d'atteindre une concentration adéquate pour obtenir

des effets cliniques souhaités avec le minimum voire pas d'effets indésirables. Aucune valeur actuelle n'est adaptée à la physiologie de la femme enceinte.

Distribution.

Une augmentation du volume plasmatique de l'ordre de 50 % est observée chez la majorité des femmes enceintes. Ce volume est réparti à 60 % au niveau placentaire, fœtal et du liquide amniotique. Les molécules hydrosolubles seront impactées par cette hémodilution avec une imprégnation plus facile des tissus.

Une diminution des concentrations plasmatiques sera observée notamment concernant l'albumine, protéine la plus impliquée dans le transport des principes actifs(1). La grossesse entrainant une augmentation des hormones stéroïdiennes et placentaires, ces hormones vont se fixer aux protéines plasmatiques entrainant un déplacement des xénobiotiques de leurs sites de liaison aux protéines. La résultante sera une augmentation de la fraction libre et active des xénobiotiques. L'efficacité pourra être augmentée tout comme la toxicité avec une sortie de la fenêtre thérapeutique.

Enfin avec la grossesse, la masse lipidique augmente entrainant une augmentation du volume de distribution des principes actifs lipophiles.

Métabolisme.

Le métabolisme est l'étape préalable à l'élimination. C'est la biotransformation des molécules par des méthodes enzymatiques. Elle a lieu principalement dans le foie mais aussi les reins, les poumons… Les glucuronyltransférases et les cytochromes sont des enzymes retrouvées dans les différentes étapes du métabolisme. Les cytochromes sont des enzymes agissant durant les réactions enzymatiques de phase 1 et sont bien connus pour être sources de nombreuses interactions médicamenteuses. La grossesse, au niveau hormonal, montre une augmentation des œstrogènes et de la progestérone, qui auront une action synergique et vont stimuler l'activité des cytochromes.

Lors de la grossesse, l'activité des cytochromes CYP450 est augmentée de 35%. Cela entraine une augmentation de la métabolisation des molécules soumises à ces cytochromes, donc une diminution de l'exposition au traitement. L'induction enzymatique de la rilpivirine – antirétroviral pouvant être administré à la femme

enceinte et cible des CYP450 - est particulièrement touchée pendant le 3ème trimestre de grossesse avec une diminution jusqu'à 43 % de la concentration (5).

Il y a donc une augmentation du métabolisme des molécules actives au cours de la grossesse et une diminution de l'exposition du fœtus.

Elimination.

L'élimination des xénobiotiques de l'organisme peut se faire par différentes voies : respiratoire, biliaire, sécrétoire (salive ou lait maternel), mais le plus souvent rénale. Durant la grossesse le débit de filtration glomérulaire augmente de 50 % et le débit sanguin rénal augmente de 60 à 80 % selon le stade de la grossesse. Le médicament sera excrété de façon accélérée. Une adaptation à la hausse des posologies peut être recommandée avec un retour à la normale en post-partum.

***

De nombreux facteurs entrent en jeu dans la pharmacocinétique de la femme enceinte. Le sujet est de plus en plus étudié mais reste encore insuffisant. Panchaud évoque l'idée d'adapter le Suivi Thérapeutique Pharmacologique (STP) en ajoutant des normes pour la femme enceinte (3). De rares donnés existent sur l'adaptation de posologies chez la femme enceinte pour des molécules bien précises comme le lithium ou les antirétroviraux. Toutefois des études cliniques montrent de grandes variabilités intra-individuelles selon le stade de la grossesse. La proposition serait donc un STP individuel non plus basé seulement sur des concentrations sanguines mais en fonction de la clinique : réponse au traitement et absence d'effets indésirables.

Le placenta.

A partir de la 12ème semaine de grossesse le placenta est formé et fonctionnel. Il est le lien entre la mère et son fœtus permettant un échange entre les deux protagonistes. C'est un organe permettant la respiration du fœtus, sa nutrition et l'élimination. Il a sa propre fonction métabolique pour la poursuite d'une grossesse normale. Enfin, il a un rôle de protection du fœtus vis-à-vis des xénobiotiques.

Le terme de « barrière placentaire » est couramment employé pour parler du placenta. Pourtant il n'a que peu de rôle dans la limitation du passage mère-enfant.

D'un point de vue physiologique, la surface du placenta augmente avec la grossesse et l'épaisseur diminue. Le risque de passage chez le fœtus est donc principalement retrouvé en fin de grossesse, là où les répercussions sur le fœtus seront moindres. Le passage des molécules sera dépendant de différentes caractéristiques : le passage sera facilité à travers le placenta si la molécule est lipophile, non ionisée, de faibles poids moléculaire et peu liée aux protéines de transport.

Chez le fœtus.

Absorption.

Le fœtus baigne dans le liquide amniotique qui pourra se charger de principe actif. La quantité de ce liquide est extrêmement variable d'un individu à l'autre. Or il est une réserve où les xénobiotiques vont s'accumuler. Dans ce cas l'absorption se fera soit par ingestion du liquide amniotique, soit par passage transcutané. Ainsi l'absorption sera dépendante de la concentration de la molécule dans ce liquide.

Distribution.

Suite à l'hémodilution de l'albumine et au changement hormonal liés à la grossesse, le taux de xénobiotiques sanguin libre ingéré par la mère est important. L'excès de la fraction libre des xénobiotiques entraine une augmentation de principe actif disponible pour le passage de la barrière fœto-maternelle. La circulation fœtale est différente de celle de l'adulte. Le sang arrive au fœtus par la veine ombilicale et va être shunté du foie vers la veine cave inférieure. Ce *« shunt »* du foie permet d'éviter l'effet de premier passage hépatique. Le sang arrivant au cœur via la veine cave inférieure subira un « shunt » sanguin qui aura pour conséquence un passage directement au cerveau. Ainsi les molécules ingérées par la mère iront directement au cerveau et au cœur.

Métabolisme.

Le fœtus pouvant être considéré comme un adulte dont le système métabolique est immature (notamment le foie) sera d'autant plus soumis à ces xénobiotiques et aux risques de toxicité qui en découlent.

Elimination.

Certaines de ces substances peuvent néanmoins retourner dans le compartiment maternel pour y être éliminé. Il est donc important de connaître la pharmacologie des molécules pouvant être administrée à la femme enceinte afin de prévenir tout risque d'accident.

C – Risques liés à la prise de xénobiotiques pendant la grossesse.

La grossesse est considérée comme une période à risque dans la vie d'une femme. Le monde actuel est connu pour impacter de façon négative la grossesse. Beaucoup de risques sont recensés comme la pollution de l'air, les composés exogènes, que ce soit l'alcool ou le tabac, mais aussi les produits que l'on peut retrouver notamment dans l'alimentation (pesticides, perturbateurs endocriniens…). Ces diverses recommandations et messages de préventions destinés à la femme enceinte sont alors sources d'une grande anxiété et la grossesse sera perçue comme une pathologie. Cet état va impacter les perceptions qu'a la femme vis-à-vis de sa grossesse et notamment de la santé de son futur nouveau-né (6).

Le principal risque pendant la grossesse est la malformation du nouveau-né. Selon des données de l'OMS, en 2004 on estime qu'entre 10 et 15 % des enfants naissent avec une malformation congénitale mineure et entre 2 et 3 % des enfants qui naissent avec une malformation congénitale majeure. Toujours selon l'OMS près de 300 000 nouveaux nés meurent avant l'âge de 28 jours dans le monde. Les anomalies peuvent être structurelles, dans ce cas elles affecteront préférentiellement le cœur ou le tube neural, ou fonctionnelles comme des troubles métaboliques. Ces malformations ont des étiologies variées et dans un cas sur deux il est impossible d'en attribuer la cause. Ces troubles peuvent être liés à la génétique, à des agents tératogènes, à des carences en nutriments ou à des pathologies maternelles. Les substances chimiques, parmi lesquelles les médicaments, sont responsables de malformations dans environ 5 % des cas (7).

Classiquement la grossesse est divisée en trois trimestres. Pourtant quand on parle des risques encourus pendant la grossesse il est préférable de considérer les différentes phases du développement du futur nouveau-né, chacun de ces stades étant associé à des risques différents (8).

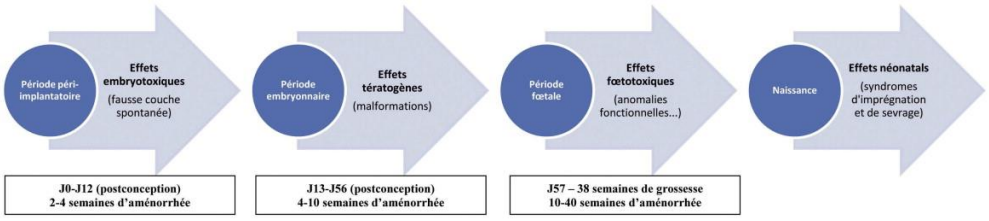

Figure 1 : Les potentiels effets des médicaments chez le fœtus (9)

Période pré-embryonnaire.

Cette période s'étale sur les douze jours suivants la conception. Les xénobiotiques fonctionnent selon la loi du « tout ou rien » : soit le produit toxique va toucher l'ensemble des cellules composant l'embryon entrainant la mort de celui-ci, soit seul un petit nombre de cellules va être touché et n'aura aucune conséquence sur l'embryon. Il faudra également porter une attention aux produits toxiques consommés par la future mère avant le début de la grossesse. Pour les produits à demi-vie longue il faut compter 5 demi-vies avant de considérer que la totalité du produit est éliminée. Il faut donc anticiper l'arrêt du traitement bien avant la grossesse pour éviter les effets des toxiques sur l'embryon.

Période embryonnaire.

Entre le 13ème et le 56ème jour de grossesse se déroule la phase d'organogenèse. Chaque toxique pourra impacter de façon spécifique un organe selon son affinité pour celui-ci. Le moment de l'exposition et la durée seront des facteurs intervenant aussi dans la tératogénèse. Le risque de tératogenèse est défini comme la survenue de malformations d'organes directement imputable à la prise de médicaments maternelle. Ses effets seront majoritairement dose-dépendants.

Période fœtale.

Elle débute après le 56ème jour et se termine avec l'accouchement. La majorité des organes sont formés, reste leur développement et maturation métabolique qui pourront être affectés. Toutefois certains organes majeurs sont à ce stade encore en phase de différenciation, c'est le cas du système nerveux central (SNC). Cet organe

est d'autant plus sensible à la présence de toxiques du fait du « shunt » sanguin qui amène plus de la moitié des xénobiotiques directement au SNC.

Ici on parle de foetoxicité qui aura des conséquences bien plus dramatiques car elles pourront avoir des impacts longtemps après l'exposition.

Plusieurs niveaux de conduites sont décrits pour l'ensemble ou pour une période donnée de la grossesse (www.ansm.sante.fr):

- **« Contre-Indication »** (CI) qui s'appliquera également à la femme en âge de procréer qui n'a pas de contraception efficace. Le risque malformatif ou foetotoxique est très important.
- **« Association déconseillée »** qui devra également être appliqué pour une femme en âge de procréer sans contraceptif efficace mais qui pourra être omis si le bénéfice thérapeutique est plus important que les incertitudes de grossesse.
- **« Précaution d'emploi »** qui est le niveau de contrainte le plus fréquemment rencontré.
  L'utilisation sera possible à partir du moment où les recommandations d'utilisation sont respectées.
- **« A prendre en compte ».** Ici le risque d'interaction médicamenteuse existe et est lié à une accumulation des effets indésirables.

Il existe également un risque de toxicité chez le nouveau-né. Les effets peuvent être liés au médicament lui-même ou à la privation du médicament. Ce phénomène est observable par exemple pour les opioïdes qui devront être évités en fin de grossesse ou au moment de l'accouchement pour éviter le syndrome de sevrage du nouveau-né. Par exemple selon la Société Canadienne de Pédiatrie (SCP) 0,51 % des nouveau-nés au Canada présentent un syndrome de sevrage. Cela a bien évidement une incidence sur la santé de la mère, de l'enfant, mais représente aussi une charge financière pour la société (10). Les nourrissons présentent des symptômes dans des délais variables selon le type de consommation, la durée, la dose. Ainsi on retrouve classiquement des signes dans les 48-72 heures suivant l'accouchement de type troubles du système central comme une hypertonie ou des trémulations. Dans le cas de la prise de méthadone ou de buprénorphine les signes cliniques pourront apparaître plus tardivement. Enfin, en raison de leur faible proportion de graisse et

Code de champ modifié

de leur immaturité d'organes les prématurés sont moins à risque de souffrir de ces syndromes de manque (11).

D'autres conséquences peuvent également être invisibles à la naissance mais détectables plus tardivement quand l'individu sera enfant, voire même adulte. Des pathologies comme l'autisme connu pour être d'origine multifactorielle, peuvent présenter une origine médicamenteuse (12). L'exemple le plus connu concerne les spécialités à visée antiépileptiques à base de valproate et dérivés commercialisées sous le nom de Dépakine®, Dépakote®, Dépamide®, Micropakine® et dérivés. Ces médicaments ont subi un renforcement dans leur surveillance suite à leur mise en accusation dans le développement possible de troubles neuro-développementaux précoces liés à une exposition fœtale (13).

Pour terminer il existe des exemples de médicaments pouvant impacter jusqu'à 3 générations. C'est le cas du Distilbène® dont les études sont encore en cours actuellement pour déterminer les malformations possibles chez les garçons et filles de la troisième génération (14).

Il n'est donc pas négligeable, avant d'envisager une éventuelle grossesse de vérifier la prise de produits potentiellement toxiques par la mère. Certaines molécules nécessitant une contraception jusqu'à un mois après l'arrêt du traitement (cas de l'isotrétinoïne). Cette surveillance sera accrue pendant la grossesse pour éviter les différents risques que sont les pertes embryonnaires précoces, les malformations, les risques de prématurité…

Ces données se doivent d'être connues par les professionnels de santé et sont mises à disposition dans les Résumés des Caractéristiques du Produit (RCP) des médicaments et dans le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes CRAT (15). Le CRAT est un site internet, rédigé pour les professionnels de santé et ayant comme champs d'activité les risques tératogènes et foetotoxiques de médicaments consommés au cours de la grossesse. Au niveau des recommandations nationales issues de l'ANSM entre autre on peut trouver également une ligne directive concernant les traitements en cas de grossesse (ANSM ou EMA) (16).

En date du 14 avril 2017 est paru un décret concernant l'apposition d'un pictogramme sur le conditionnement extérieur de certains médicaments (code de la santé publique, ANSM) (17). Le texte prévoit que les titulaires d'AMM doivent

apposer sur les boites des médicaments tératogènes ou foetotoxiques l'un des trois pictogrammes suivants.

Chaque pictogramme correspond à un cas de figure (18). Le cas n°1 concerne les médicaments qui pourront être utilisés pendant la grossesse à la condition qu'il n'existe pas d'autre alternative thérapeutique.

Figure 2 : Pictogramme et message apposé dans le cas n°1 des « pictogrammes femmes enceintes ».

Le pictogramme n°2 est plus restrictif car implique une contre-indication à la prise en cas de grossesse. En cas de doute au vu du RCP, c'est ce dernier qui devra être apposé sur les médicaments.

Figure 3 : Pictogramme et message apposé dans le cas n°2 des « pictogrammes femmes enceintes ».

Enfin, un troisième pictogramme a vu le jour pour les spécialités à base de valproate. Comme cité plus haut, une restriction des conditions de prescription a été mise en place chez la femme en âge de procréer sans contraception efficace.

Figure 4 : Pictogramme et message apposé dans le cas n°3 des « pictogrammes femmes enceintes ».

***

L'état de grossesse impacte fortement les décisions médicales auxquelles la femme enceinte aura recours. Les risques encourus par la prise de médicaments pendant la grossesse seront interprétés différemment selon les individus. Face à ses risques globalisés de la société contemporaine, de plus en plus de femmes ont tendance à se tourner vers des médecines qu'elles considèrent plus naturelles et donc plus inoffensives. Les femmes ne se sentent pas concernés par le peu de recherches effectuées autour de ces médecines douces et se basent sur une notion d'efficacité qui reste somme toute subjective. Il est donc primordial pour le personnel de santé de jouer son rôle de communication et de prévention avec la patiente.

II – Les Médecines Alternatives et Complémentaires.

A – Définitions

Différents termes peuvent être utilisés pour parler des médecines autres que les thérapies conventionnelles : médecines douces, médecines parallèles ou traditionnelles…. Selon l'organisme auquel on s'intéresse on utilisera des mots clés différents dans les moteurs de recherche. L'OMS emploie volontiers le terme de Médecine Traditionnelle / Médecine Conventionnelle alors que les institutions françaises comme le Conseil National l'Ordre des Médecins se réfère à une traduction du terme anglo-saxon « Médecine Alternative et Complémentaire » (MAC). Une définition des MACs est donnée par la National Center for Complementary and Integrative Health (NCCAM) comme « l'ensemble des approches, pratiques et produits de santé qui ne sont pas dans les us considérés comme faisant partie de la médecine conventionnelle à un endroit et une période donnée » (NCCAM) (19). C'est le terme de MAC principalement retrouvé dans l'étude de l'art qui sera utilisé pour ce travail bibliographique.

La Médecine Conventionnelle (MC) s'étaye sur des traitements qui ont obtenus une validation scientifique. Cette validation peut être obtenue par des essais cliniques ou par un consensus professionnel fort obtenu avec l'accord et l'expérience des professionnels de la branche concernée. A l'opposé, la Médecine Non

Conventionnelle (MNC) ne fait pas l'objet d'études scientifiques ou cliniques portant sur les modes d'actions, les effets positifs ou indésirables.

Les MACs sont classées en plusieurs catégories reprises par l'OMS, L'INSERM ou la NCCAM:

- système complet : comprenant l'acupuncture, l'homéopathie.

- thérapies biologiques : correspond aux produits naturels issus des plantes, minéraux ou encore animaux.

- thérapies manuelles : ce sont les manipulations comme l'ostéopathie.

- approche corps esprit : méditation ou encore hypnose médicale

- thérapie énergétiques :

Durant la dernière décennie le recours à l'utilisation des MACs a explosé partout dans le monde et concerne toutes les classes socio-économiques. La place de ces médecines est reconnue, que ce soit comme système de soin de santé principal dans les pays en voie de développement ou comme traitement adjuvant dans les pays développés où l'allopathie prédomine. On parle donc de médecine complémentaire quand elle est utilisée en plus de la médecine conventionnelle et de médecine alternative quand on l'utilise à la place.

Les MT sont variées et l'OMS recense plus de 400 pratiques thérapeutiques différentes, issues de diverses cultures et coutumes autour du globe. De ce fait aucune norme internationale n'a été rédigée et le recours à ces pratiques soulève de nombreuses questions notamment en ce qui concerne l'efficacité et l'innocuité de ces traitements. Le problème est que, pour la plupart des pays, ces traitements ne sont pas reconnus officiellement. C'est dans ce contexte que l'OMS a mis en place en 2014 son deuxième plan pour le développement des médecines traditionnelles qui s'étale de 2014 à 2023. Le but de ce plan est de consolider les connaissances que l'on a sur ces médecines, d'en améliorer la sécurité et la qualité et de promouvoir une couverture sanitaire universelle.

Dans notre pays seulement 4 MACs sont reconnues par le comité national de l'ordre des médecins et font l'objet de mentions autorisées sur les plaques des médecins. Ces 4 MACs reconnues et autorisées sont : l'acupuncture, l'homéopathie, la mésothérapie et l'ostéopathie. Ce sont notamment ces pratiques utilisées chez la femme enceinte que nous évoquerons dans ce travail (20).

Jusqu'à présent le principe d'efficacité et d'innocuité était basé non pas sur des preuves scientifiques mais sur la pratique et la transmission de générations en générations. Toutefois de plus en plus d'études sont faites pour conclure à l'efficacité probable des traitements de MACs.

Bien que ces études tendent à prouver les avantages des MACs, il peut être utile de vérifier si le passage de la médecine conventionnelle aux MACs pour la même indication voire en traitement complémentaire serait judicieuse tant pour le patient que pour la société.

La preuve de l'importance du regain d'intérêt pour ces pratiques est que ces dernières années un nombre grandissant de praticiens se développent dans des MACs et les intègrent dans leurs services de santé. Des données de 2015 chiffrent à plus de 6000 médecins Français déclarant une orientation en MACs avec en première position l'homéopathie (37%) suivi de très près par l'ostéopathie (32%) puis l'acupuncture (22%) et enfin la mésothérapie (9%) (21), (22).

Code de champ modifié

B – Dans quelles indications ?

Il s'avère difficile de comparer les diverses données issues de la littérature car les études sont réalisées dans des conditions variables, avec des techniques de MACs différentes. La majorité des données bibliographiques en France portent sur les services d'oncologie. 4 Français sur 10 ont recours aux MACs, et ils sont entre 28 et 60 % à les utiliser dans les services d'oncologie (23).

Dans une étude de 2015 au sein d'un service d'oncohématologie pédiatrique, 50 % des familles utilisent un ou plusieurs MACs pendant leur traitement conventionnel. Les MACs les plus utilisés dans ce service sont l'homéopathie, les compléments alimentaires et l'aromathérapie (24). Ces données sont en concordances avec la

plupart des données retrouvées dans la littérature : homéopathie, phytothérapie, acupuncture sont les MACs les plus utilisés en France.

Dans un cas sur deux ce sont les médecins qui sont la principale source d'information, suivi par l'entourage, la presse et internet. Selon les soignants, la prescription des MACS a pour objectifs de soulager les effets indésirables liés aux traitements, d'atténuer les problèmes psychologiques accompagnant la maladie afin d'accompagner au mieux les patients (25). D'après le même article, 87,5 % des patients jugent que les MACs sont efficaces. Et les raisons d'utilisation sont diverses. Pour 75 % des patients en service d'oncologie, cela permettrait de diminuer les effets indésirables liés aux traitements anticancéreux. Puis sont cités la stimulation du système immunitaire, une amélioration de la qualité de vie, le fait de ne pas rester passif face à la maladie et parfois même d'envisager la guérison. Dans certains cas l'utilisation de ces alternatives est liée au manque de confiance des patients envers la médecine conventionnelle. Dans une étude de Deng, les informations recueillies évoquent la crainte d'un mauvais pronostic et des complications liées aux thérapies conventionnelles dans le cas de cancer bronchique.

C - Rôle du personnel médical dans l'information aux patients.

S'informer et former.

Plus de 40 % des médecins pratiquant ces techniques n'ont jamais eu de formations. Ces techniques ne sont que dans de très rares cas étudiées à la faculté et selon le praticien et son approche de la technique (ses connaissances, les retours qu'il en a…) il ne les utilisera pas dans certaines indications (26).

Interroger.

Une étude de 2016 montre que l'automédication est pratiquée par trois quart des Français et que dans le cas des AINS une femme sur deux en a pris pendant la grossesse sans en savoir les conséquences potentielles sur le fœtus. Dans les services d'oncologie un tiers des patients prenant des produits issus des MACs n'en informent pas leurs médecins oncologues (24). Dans 96 % des cas ces traitements sont obtenus en pharmacie d'officine. Cela dénote bien l'importance du pharmacien

comme personnage clé tant dans le suivi des médicaments en automédication mais donc également dans les MACs.

Informer.

Là encore la place du pharmacien est centrale quand on sait que 50 % des patients se soignant par les MACs déclarent avoir besoin de plus d'informations sur les produits et techniques (24), (27). Le pharmacien est le dernier pilier et donc la dernière source potentielle d'informations dans la délivrance des produits de MACs. De plus aux yeux de la population le pharmacien est plus disponible, à l'écoute que le médecin qui n'accorde que du temps lors des rendez-vous, qui en général tournent autour de la pose d'un diagnostic ou de la résolution de signes cliniques.

Le pharmacien se doit donc d'être ouvert sur les MACs le plus souvent rencontrées en France et renseigné à minima, et être capable de savoir où il peut trouver des informations fiables à retransmettre à ses patients.

Les informations transmises devront notamment porter sur les risques liés aux MACs que nous pouvons définir comme (28):

- Risque d'interactions avec les traitements conventionnels
- Risque de toxicité directe de la thérapie (ex : risque infectieux chez l'immunodeprimé)
- Les dérives sectaires. Dans le cas de la France, la Miviludes (Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires) rappelle que des termes comme « médecine » ou « centre de santé » peuvent être utilisés par des non-professionnels de santé et ainsi induire en erreur les patients. 4000 psychothérapeutes se sont autoproclamés tel quel, n'ont suivi aucune formation et ne sont inscrits sur aucun registre. Les dérives thérapeutiques sectaires représentent 40% de l'ensemble des signalements reçus par la Miviludes. Cette dérive est souvent liée à la présence d'un gourou prêchant la guérison par ces méthodes au profit des techniques conventionnelles. Il est ainsi recommandé à toute personne souhaitant faire appel à un praticien en MAC de vérifier avec certitude le statut du médecin auprès de l'ordre.
- Retard de la prise en charge thérapeutique.

III – Les Médecines Alternatives et Complémentaires chez la femme enceinte.

Les données sur l'utilisation des MACs en France sont peu nombreuses et concernent essentiellement les services d'oncologie. Or, peu d'études portent sur les femmes enceintes. Comme nous l'avons déjà souligné le fait d'être enceinte change la perception qu'à la femme du monde, qui devient anxieuse vis-à-vis de la santé de son bébé et réfractaire à la prise d'un traitement médicamenteux (6). Dans le cas des médicaments prescrits chez une femme enceinte par un médecin et pris en charge par la sécurité sociale, un organisme créé par le centre hospitalier de Toulouse a réalisé un ensemble d'études sur plusieurs périodes. Cet organisme est l'EFEMERIS ou Evaluation chez la Femme Enceinte des MEdicaments et de leurs Risques (29). Le problème majeur de ces études étant qu'elles ne prennent pas en compte les médicaments en libre-service. Dans les années 2004 à 2008, 95% des femmes enceintes ont eu au moins 1 médicament prescrit et délivré. Dans les années 2009 à 2011, on constate une diminution puisque seulement 80% des femmes consomment au moins un médicament prescrit pendant leur grossesse. Cette étude nous apporte des informations quant aux bonnes pratiques du circuit du médicament. De plus, 6% des médicaments prescrits et délivrés étaient déconseillés pendant la grossesse et 1% étaient même contre-indiqués (30), (31).

Bien que cette population reste fortement consommatrices de médicaments pendant la grossesse (le paracétamol et le phloroglucinol étant les principaux), elles sont de plus en plus nombreuses à se tourner vers les médecines naturelles.

A - Quels types de pratiques chez la femme enceinte ?

Bishop en 2010 a ainsi réalisé une étude sur l'utilisation des MACs pendant la grossesse (32). La population choisie est celle du Royaume Uni et elle a pris en considération les traitements naturels tels que les plantes sous forme de tisane, sous forme de médicaments et l'homéopathie qui sont les trois formes les plus utilisées pendant la grossesse. Les tisanes à base de plante sont les plus consommées (17,6% des femmes enceintes en ont consommés pendant leur grossesse), suivent l'homéopathie (14,4%) et les plantes médicinales (5,7%), puis l'aromathérapie avec moins de 1% des femmes qui y ont recours.

Commentaire [TH1]: Discussion possible notamment sur le cas spécifique de l'aromathérapie
1. Potentiellement plus présente en France
2. Correspondant à des usages éventuellement différents selon les pays (a priori concentrations plus importantes en France hors quelques usages classiques)

B - Dans quels buts ?

Le choix de se soigner à base de MACs est lié à la volonté de la femme et de son personnel soignant de ne pas prendre de médicaments. Soit le médicament n'est pas recommandé pour cette population (30% des cas), soit on craint un préjudice pour le fœtus ou souhaite simplement ne pas prendre de médicaments (25 % des cas) (27).

L'ensemble des données de la littérature évoque une disparité selon l'origine des femmes. Dans l'étude précédente menée par Bishop au Royaume Uni, 26,7% des femmes ont pris des MACs durant leur grossesse en premier lieu pour les soulager des nausées et vomissement ressentis pendant le premier trimestre de gestation. En Australie elles sont 73 % (33) et 27,8 % en Italie (34).

C - Quel profil de patiente?

Enfin, un profil de femmes utilisatrices peut être sorti des publications (32). Ce sont les femmes de 40 ans et plus, qui travaillent et qui ont un niveau d'éducation élevé qui sont le plus consommatrices. De plus les ethnies jouent un rôle prépondérant puisque au sein de la même société les femmes issues des ethnies blanches ne sont que 29 % contre 40 % des autres ethnies.

D - Et le personnel soignant dans tout ça ?

Dans la majorité des cas, le personnel soignant est l'un des facteurs clés dans la prise de ces traitements. 94% des sages-femmes recommandent l'utilisation des MACs pour le traitement des troubles mineurs de la grossesse (35). Ces données contrastent avec celles issues des publications portant sur l'utilisation des MACs dans les pays en voie de développement. En Malaisie, le recours aux MACs est aussi important (85,4 % des femmes) mais l'utilisation est plutôt liée dans un premier temps à la pratique traditionnelle, suivie d'une recommandation des parents (36).

Dans un cas sur deux c'est la patiente elle-même qui prend l'initiative de suivre un traitement basé sur les MACs. Ces données qui datent de plus de 15 ans sont à nuancer avec le développement des nouvelles technologies et surtout l'accès à Internet et aux réseaux sociaux. Une large étude réalisée au niveau international montre que les professionnels de santé sont encore la source principale

d'informations concernant les MACs à plus de 70 % pour les médecins, 46 % pour les pharmaciens et 33 % pour les sages-femmes. Néanmoins, Internet est utilisé dans 60 % des cas, soit pour initier une recherche soit pour accréditer les dires des professionnels (37). Cette tendance n'est pas retrouvée en France où les médecins sont sollicités à 36 % puis viens la famille dans 25 % des cas suivi par les sages-femmes (22 %) et les pharmaciens (13 %). Les médias et Internet n'arrivent qu'en dernière position avec 5 et 16 % d'utilisation comme sources d'informations (38).

La prise de conscience des risques d'utiliser les MACs passe par une meilleure connaissance des techniques et l'opportunité plus importante d'en parler avec les personnels médicaux concernés : il s'avère que 33 % des femmes anglaises n'informent ni leur médecin ni leur sage-femme de la prise de MACs pendant leur grossesse (39) contre 76 % des femmes américaines en 1998 (40).

Toutefois il semble exister un manque d'implication de la part du personnel médical : 81,3 % déclarent que ni leur médecin ni leur sage-femme ne leur a demandé si la patiente prenait par elle-même un traitement (41). Cela peut s'expliquer par le manque de connaissance des personnels de santé à propos des MACs. Le personnel médical est donc face à des lacunes concernant le recours aux MACs mais doit faire à une demande croissante de la part des patientes car 50 % des femmes suivies par un médecin conventionnel pendant leur grossesse iront consulter un praticien spécialisé en MACs (42). Dans la majorité des cas le motif des consultations est les douleurs lombaires, la fatigue, les nausées et la préparation au travail. L'une des conclusions de l'étude est que dans les cas où il est possible de se passer de traitements médicamenteux au profit des MACs, les patientes prendront cette alternative qui leur semble plus saine que la prise d'analgésique. Dans le cas de douleur lombaire, les patientes dans 11 % des cas iront consulter un chiropracteur contre 5 % le généraliste, l'obstétricien ou la sage-femme. Dans le cas de complications sérieuses elles n'auront toutefois pas recours à un praticien de MACs mais se tourneront vers un médecin conventionnel. Un autre aspect à considérer est que les femmes qui consultent un praticien de MACs comme l'acupuncture par exemple iront moins souvent voir un médecin classique, ce qui peut porter préjudice par un suivi moins adapté.

E – Les risques.

Dans l'optique où un traitement de MACs serait prescrit chez une femme enceinte les mêmes questions que celles qui se posent pour un traitement conventionnel seront posées à savoir les risques pour la poursuite de la grossesse et pour le fœtus. Si ce traitement est pris en concomitance avec un traitement conventionnel, la question de possibles interactions thérapeutiques devra être soulevée. C'est ce point qui sera notamment détaillé dans les chapitres suivants.

Partie 2 : Maux de grossesse

Au cours de la grossesse, le corps de la femme enceinte fait face à de nombreuses modifications qui auront pour conséquences des maux de grossesses. D'apparition rapide après la découverte de la grossesse, les symptômes vont aussi vite régresser après l'accouchement.

L'ensemble des sphères est touché. Dans le cadre de cette thèse chaque sphère sera définie à l'aide d'un exemple.

I – La sphère digestive : nausées et vomissements

La sphère digestive est certainement la sphère la plus impactée et dont les femmes demandent plus facilement une aide thérapeutique lors de la grossesse.

Les nausées et vomissements de début de grossesse touchent environ 85 % des femmes et continuent jusqu'au terme pour 20 % des femmes. Les nausées sont non douloureuses et précédent généralement le vomissement. Chez la femme enceinte, ces symptômes sont souvent considérés comme normaux et sont donc plutôt bien acceptés. Or pour 30 % d'entre elles les symptômes sont tellement handicapants que cela nécessite des arrêts de travail. Les signes cliniques débutent entre la 4ème et la 6ème semaine d'aménorrhée et toute persistante au-delà de la 16ème semaine nécessite une consultation afin d'éliminer toute autre pathologie digestive (43).

Code de champ modifié

Il existe une forme sévère de vomissements appelée hyperémèse gravidique qui concerne entre 0,3 et 1 % des femmes. Dans cette forme de maladie les vomissements peuvent être responsables d'un amaigrissement pouvant aller jusqu'à une perte de 20 kg, d'hospitalisation pour déshydratation, voire dépression. Ces maux auront des répercussions sur la vie personnelle et professionnelle de la femme et un impact économique avec une augmentation des frais de santé. Il n'y a pas de réelles définissions pour ce type de vomissements, Dans une publication d'Hastoy, la définition de l'hyperémèse gravidique est basée sur les critères de Fairweather. L'hyperémèse est définie comme une poursuite des vomissements malgré un traitement symptomatique, une perte de poids supérieure à 5%, une déshydratation ou une acétonurie. L'hyperémèse gravidique sévère sera définie chez les femmes dont la prise de poids pendant la grossesse était inférieure à 7 kg.(44) Dans leur publication, Hastoy pose les conclusions telles qu'il y a une relation significative entre l'hyperémèse gravidique sévère et un retard de croissance majoré ainsi qu'un enfant à faible poids de naissance (45). On voit donc l'importance de les prendre en charge.

L'étiologie des nausées et vomissements est variée avec une origine soit physiologique, liée à l'imprégnation hormonale, soit psychologique, liée à la fatigue, au stress. Une augmentation de la concentration en HCG et la présence de récepteurs à l'HCG au niveau du « centre de vomissement » aussi connu sous le nom de « *Chemoreceptor Trigger Zone* » CTZ a un rôle direct. Une autre possibilité serait que pendant la grossesse une hyperthyroïdie engendre une augmentation de la TSH qui a une forte homologie avec l'HCG.). Le jeûne prolongé semble également une cause possible. Cela expliquerait notamment les fréquentes nausées des femmes enceintes au moment du réveil (46).

Selon le CHU Sainte Justine (spécialiste mère-enfant), il est également conseillé aux femmes enceintes de faire attention aux multivitamines prénatales qu'elles ingèrent. Une forte quantité en fer pourrait ainsi être un facteur prédisposant ou aggravant ces symptômes. Toutefois une carence en fer peut également être nocive. (47).

La prise en charge de ces nausées et vomissements permet un bon déroulement de la grossesse mais a aussi un impact socio-économique : avec une amélioration des tâches ménagères, de la qualité de vie et du travail. La première étape dans la prise en charge sera la mise en place des règles hygiéno-diététiques qui en cas d'inefficacité seront complétées soit par des médicaments conventionnels, soit par des pratiques issues des MACs.

Les règles hygiéno-diététiques sont (48) :

- Eviter de se lever précipitamment du lit au réveil.
- Eviter de faire des gros repas mais plutôt fractionner les repas en 5/6 collations sur la journée, de même pour les quantités d'eau.
- Privilégier les sucres lents, les viandes, poissons et éviter les plats en sauce, riches en graisses et épicés.
- Favoriser les aliments acides favorisant la digestion (citron, vinaigre, compote, yaourt).
- Eviter de faire cuire des aliments aux odeurs incommodantes, voire consommer des repas froids.
- Ne pas se brosser les dents directement après les repas.
- Eviter de rester l'estomac vide car la prise alimentaire semble réduire les symptômes.

- Ne pas mettre de vêtements serrés sur le ventre.
- Bien respecter les temps de repos car la fatigue, le stress peuvent être responsable d'une fatigue psychologique.
- Prendre de grandes respirations, lentes et profondes.
- Ces mesures diététiques seront les mêmes à appliquer en cas d'hyper sialorrhées.

En allopathie plusieurs médicaments possèdent une autorisation de mise sur le marché dans le traitement des nausées et vomissements. Le recours à un médicament devra être sous la supervision d'un professionnel de santé. On pourra citer le **métoclopramide** (Primpéran®) qui est un anti-émétique utilisé dans la prévention des nausées et vomissements (49).

Hors AMM et pourtant largement utilisée, on trouve la molécule de **doxylamine**. En France cette molécule a comme indication une prise en charge des insomnies occasionnelles. Dans des pays comme le Canada et les Etats-Unis, elle est largement utilisée pour les traitements de nausées et vomissements de la femme enceinte. Il est toutefois important de mettre en garde la femme enceinte face au risque sédatif de ce médicament. L'association de la doxylamine à la vitamine B6 accentuerait l'efficacité de la doxylamine (15).

Selon le CHU Sainte Justine la prise de la **vitamine B6** seule serait un bon compromis dans le cas où les effets sédatifs de la doxylamine seraient trop invalidants (47).

En 2016, la HAS a émis de nouvelles recommandations concernant les médicaments à base de **dompéridone** (Motilium®, Peridys®, Oroperidys®) qui sont dorénavant à éviter chez la femme enceinte (50).

II – La sphère nerveuse : stress de grossesse

Certains auteurs différencient l'état de stress et l'état d'anxiété. L'anxiété se réfèrerait à un état d'inquiétude anticipé engendrant des signes cliniques tels que tachycardie, transpiration, tremblements. Le stress serait un état actuel et la réponse à une fonction biologique de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Les signes cliniques étant dans les deux cas sensiblement identiques, nous incluront les données sur le stress et l'anxiété en la seule notion de « stress de la grossesse ».

De nombreuses études sur l'impact du stress pendant la grossesse et ses conséquences à court terme sur le fœtus ont été écrites. Durant la dernière décennie, les auteurs se sont intéressés sur les effets que ce stress peut également occasionner à long terme. Il est bien évident que la chronicité du stress chez la femme, même avant sa grossesse, aura un impact plus poussé sur les répercussions au niveau du nouveau-né. Dans une revue de 2009, les auteurs ont combinés les données scientifiques pour établir les modifications comportementales des enfants nés de mère dont la grossesse a été marquée par une forte anxiété. Les enfants montraient notamment une difficulté dans leur capacité de régulation de l'attention, des problèmes dans l'adaptation face à la nouveauté, des capacités langagières amoindries. A plus long terme, des troubles comportementaux et relationnels chez les enfants âgés de 7 à 15 ans avec des impulsivités et une perte de contrôle de leurs émotions pourraient également être rencontrés (51).

Les règles hygiéno-diététiques à mettre en place permettront de développer une bonne hygiène de vie

- Un sommeil de qualité et en quantité est la base pour récupérer une énergie physique et mentale.
- Un régime diététique adapté peut aider à avoir l'énergie suffisante pour lutter contre le stress. Une alimentation riche en sucres lents permet d'apporter une énergie suffisante pour tenir la journée et d'avoir un effet sédatif. On pourra également conseiller une alimentation riche en magnésium comme le chocolat, les fruits de mer…
- Une activité physique adaptée à l'état de grossesse doit être maintenue à hauteur de 30 minutes journalière.
- Une bonne gestion du temps permet d'établir une liste des priorités et de ne pas se laisser submerger par le stress. On pourra conseiller à la femme enceinte d'organiser ses journées selon un planning, de savoir déléguer et de prévoir un temps de pause pour prendre soin d'elle.
- Du réconfort devra pouvoir être pris, il est conseillé à la femme enceinte de savoir s'entourer, de ne pas se replier sur elle-même. L'écoute du pharmacien d'officine peut être une aide bienveillante dans ce cas.

- Apprendre à se relaxer. Cela passe par des techniques de relaxation comme le yoga, les massages, la méditation.

Si malgré cela la mise en place d'un traitement par anxiolytique reste indispensable certaines précautions devront être mises en place. Il faudra dans un premier temps faire une recherche de dépression et le cas échéant mettre la femme enceinte sous antidépresseur. Si une dépression n'est pas diagnostiquée mais bien un état d'anxiété, un traitement par benzodiazépine pourra être instauré. Dans tous les cas, le traitement devra débuter aux doses minimales efficaces et sur la plus courte durée possible, douze semaines étant le maximum comprenant la phase de décroissance. Il ne faudra pas associer plusieurs benzodiazépines et réévaluer le traitement régulièrement (52).

L'**oxazépam** (Seresta®) est la benzodiazépine ayant le meilleur profil pharmacologique chez la femme enceinte. C'est une molécule à demi-vie courte de 8 heures, avec un Tmax voisin de 2 heures, enfin il est éliminé sous forme d'un métabolite dénué d'activité. En deuxième intention il est possible d'utiliser un antihistaminique sédatif, l'**hydroxyzine** (Atarax®), indiqué dans les manifestations mineures de l'anxiété chez l'adulte (15) (49).

III – Les douleurs de la grossesse.

C'est certainement pour le traitement de la douleur que les femmes enceintes chercheront une aide auprès des professionnels de santé. Ces douleurs peuvent être extrêmement variées.

Lors du début de grossesse, les douleurs pelviennes sont fréquemment rencontrées. Elles sont présentes sous différentes formes allant de la crampe à une douleur aiguë, pouvant se prolonger dans le temps. Elles peuvent se situées au niveau de l'abdomen et s'étendre jusque dans les hanches. Elles sont le signe d'une mobilité ligamentaire pour accueillir le futur fœtus.

Dans le cas de ce travail, nous nous baserons uniquement sur les douleurs lombaires. Ces douleurs concernent jusqu'à 75% des femmes et s'accentuent en fin de grossesse avec une prise en masse du fœtus qui induit un changement d'axe postural de la future mère. Ces douleurs sont à prendre en charge assez rapidement car peuvent entrer dans les raisons des troubles du sommeil. De plus les grossesses

sont de plus en plus tardives dans la vie de la femme enceinte, et ces dernières sont plus actives professionnellement.

Les raisons de la douleur lombaire sont multiples. Un changement postural de la femme enceinte avec un déplacement du centre de gravité de la femme enceinte pourra occasionner ces douleurs. De même que l'imprégnation hormonale qui a été décrite comme un autre facteur. La relaxine est une hormone sécrétée par le corps jaune et l'endomètre pendant la grossesse. Cette hormone a un pic de sécrétion à 12 semaines d'aménorrhée et est responsable de relâchement ligamentaire précoce pouvant également induire les douleurs (53).

Voici quelques conseils pour soulager ces maux (54):

- Une literie et un sommeil de qualité sont indispensables, avec une position sur le côté gauche préférentiellement afin d'éviter la compression de la VCI. L'utilisation d'un coussin de maternité pourra aider au bon positionnement (voir partie sur troubles du sommeil).

- Il est important d'avoir une position correcte. On peut par exemple prévenir la femme d'éviter une posture trop cambrée lorsqu'elle utilise un écran. L'utilisation d'un coussin d'allaitement pendant les phases de relaxation ou de sommeil peut être conseillée.

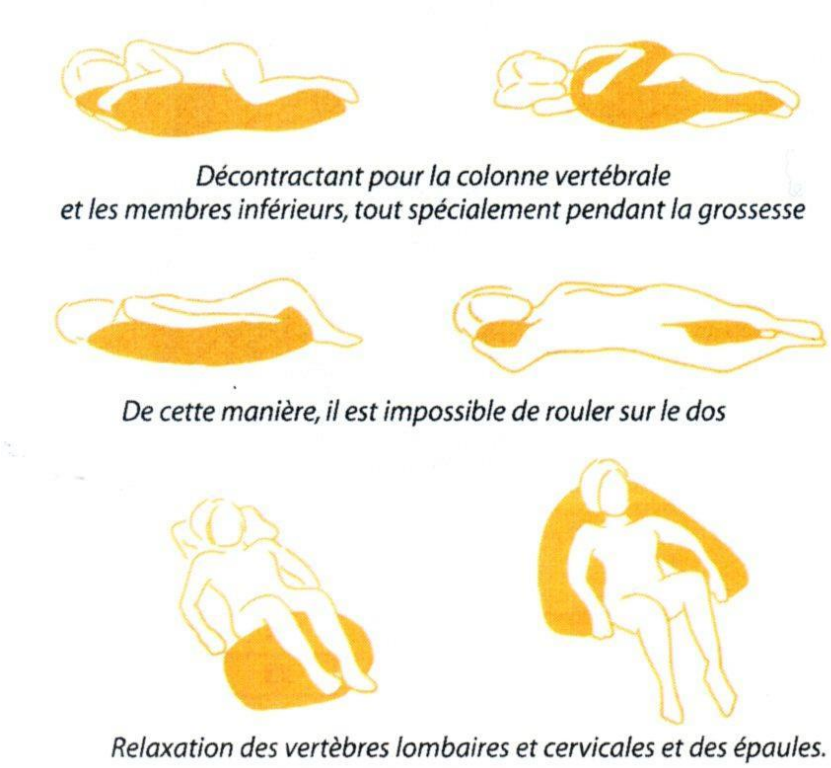

Figure 5 : Utilisation d'un coussin d'allaitement au cours de la grossesse (55)**.**

- Le port d'objets lourds doit être évité et le cas échéant les genoux doivent être pliés avant tout port de charge.
- Il est préférable de se tourner en faisant pivoter les pieds plutôt que de contraindre le dos à une quelconque torsion.
- Il faut éviter les positions prolongées, les mouvements brusques pour le dos, ainsi que certains sports.
- Une activité physique régulière et adaptée doit être conservée pour permettre de conserver une musculature dorsale correcte. La femme pourra privilégier la marche, la natation, l'aquagym ou la gymnastique douce.
- Les chaussures devront être adaptées avec un talon ni trop haut ni trop bas.
- Le port d'un sac à dos sera préférable au port d'un sac en bandoulière.

- Il est possible d'utiliser une ceinture de grossesse pour soutenir le poids du ventre et soulager le dos

Figure 6 : ceinture de grossesse (56)

Les traitements médicamenteux chez la femme enceinte sont limités. Le **paracétamol** est la molécule de choix pour le traitement des douleurs. La posologie est de 500 mg à 1 g par prise pour une quantité maximale de 3 grammes par jour. Les **AINS** (anti-inflammatoires non Stéroïdiens) sont à contre-indiquer quel que soit le stade de la grossesse et quelle que soit la quantité prise, bien que la CI absolue soit effective à partir du 6ème mois de grossesse (15).

Si les symptômes ne sont pas soulagés par le paracétamol, le médecin pourra prescrire de la **codéine** qui est un antalgique opioïde faible. La prescription devra être établie en fonction du rapport bénéfice-risque. Le risque ne devra jamais être pris en fin de grossesse en raison des effets de dépresseur respiratoire pouvant incomber au nouveau-né.

Enfin, il reste primordial de rappeler à la femme enceinte que toute douleur associée à une fièvre, à des saignements, qui ne s'atténue pas dans le temps voire s'intensifie nécessite une consultation d'urgence.

IV – La version céphalique.

La façon dont doit se faire l'accouchement lors d'une présentation en siège du futur nouveau-né pose problématique au sein de la communauté scientifique. Beaucoup d'auteurs s'interrogent sur les conséquences d'une présentation en siège vis-à-vis du déroulé de l'accouchement mais aussi sur le devenir du futur nouveau-né.

Dans les années 2000 une grande étude de l'équipe du Dr Hannah intitulée « *Term Breech Trial* » a entrainé un changement dans les pratiques obstétricales. Une cohorte de 2088 patientes à terme dont le nouveau-né était en siège a été analysée. L'idée était de mettre en comparaison deux techniques obstétricales suite à une présentation en siège. D'un côté la poursuite d'un accouchement par les voies naturelles (n = 1045) et de l'autre une césarienne programmée (n = 1043). Les résultats ont montré qu'un accouchement par césarienne de façon systématique entraine une diminution de 75 % de risque de morbi-mortalité néonatale. Aucune différence significative n'a été rencontrée concernant la mortalité maternelle (57).

De nombreuses recommandations ont vu le jour suite à cette étude, comme RCOG en 2001 et les pratiques des gynécologues obstétriciens se sont vues bouleversées.

La France n'a pas été épargnée par ce phénomène.

	1972 (N = 256)	1995-1998 (N = 768)	2003 (N = 455)
Population totale			
Césarienne avant le travail	14,5 %	42,6 %	74,5 %
Césarienne pendant le travail	14 %	18,2 %	8,8 %
Voie basse	71,5 %	39,2 %	16,7 %
Nullipares			
Césarienne avant le travail	16,7 %	52,9 %	79,5 %
Césarienne pendant le travail	20 %	20,2 %	9,6 %
Voie basse	63,3 %	26,9 %	10,9 %
Multipares			
Césarienne avant le travail	11,5 %	26,2 %	64,2 %
Césarienne pendant le travail	5,8 %	15,7 %	7,3 %
Voie basse	82,7 %	58,1 %	28,5 %

Tableau 1 : Evolution du mode d'accouchement par le siège entre les années 1972 et 2003 (57).

Dans les années 1970, l'accouchement d'un enfant en siège se fesait à près de 70% par voie basse, contre seulement un peu plus de 15% en 2003. Cependant afin de positionner les obstétriciens Français sur la façon de procéder en cas de

présentation en siège à terme, une étude Franco-Belge a vu le jour. Cette étude a pour accronyme PREMODA pour PRÉsentation et MOde D'Accouchement. Cette étude basée sur les maternités Francaises et Belges a été réalisée sur l'année 2002 et a permis d'inclure un total de 8105 grossesses à terme en position de siège. Les césariennes programmées étaient largement représentées avec 70 % des accouchements contre 30 % des accouchements par voie basse. Les problématiques recherchées sont dentiques à celle de l''étude « *Term Breech Trial* ». Les conclusions de l'étude « PREMODA » sont contradictoires avec celles de l'équipe d'Hannah. Le risque de décès voir de morbidité sévère est quasiment identique quel que soit le groupe concerné (1,6 % pour les accouchements en voie basse vs 1,45 % pour les accouchements par césariennes programmées). Néanmoins il est montré que les dommages sur le nouveau-né comme des fractures ou des hématomes sont plus fréquents pour les enfants nés en voie basse (1,8 %) que par césarienne (0,46 %) (58).

V – La préparation à l'accouchement.

Lors de la grossesse, certaines femmes peuvent être confrontées à une période de « faux travail ». Cette période est caractérisée par des contractions plus ou moins régulières, douloureuses. Ces contractions peuvent entrainer une légère modification du col utérin mais ne conduiront pas à l'accouchement. Cette situation est désagréable pour la femme enceinte, qui en général se rend à la maternité pensant être au jour J. L'équipe médicale pourra alors soit dire à la femme de retourner à sa maison et d'attendre que les contractions soient se calment soient deviennent régulières. Il pourra aussi être proposé des thérapeutiques à la femme enceinte pour soulager ses maux. Ces thérapeutiques sont le **phloroglucinol** qui est un antispasmodique et des analgésiques type **paracétamol**. L'homéopathie est donc d'un grand recours dans ce cas (59).

Le jour de l'accouchement, un certain protocole est mis en place dans la majorité des maternités de France, considéré comme normal dans la prise en charge. Les normes suivent une position imposée de la femme enceinte, un monitoring en continu, le plus souvent une péridurale à la demande de la patiente et pour accélérer le travail une injection d'ocytocine ou une rupture de la poche des eaux.

Au niveau physiologique une succession de phases peut être décrite (60) :

- Une phase de latence où le col se modifie, mature, et où des contractions peuvent déjà se faire ressentir.

- Une phase de travail actif qui consiste en une ouverture du col et qui se termine à la dilatation complète du col. La femme subit des contractions assez fréquentes mais qui sont entrecoupées par de longues phases de détente. C'est durant cette phase que le futur nouveau-né commence sa descente et effectue sa rotation pour s'engager dans le bassin.

- Une phase d'engagement, où le bébé est déjà descendu dans le bassin, effectuant sa rotation. C'est à ce moment que la poche des eaux rompt et que les contractions vont s'intensifier.

- Une phase d'expulsion où les poussées exercées par la mère entrainent le bébé vers la sortie. Après l'accouchement, l'utérus se contractera encore afin d'éliminer le placenta hors du corps.

Cette finalité dans le processus de grossesse peut nécessiter un soutien de la part du corps médical pour soulager la femme enceinte.

Partie 3 : Médecines Alternatives et Complémentaires

I - Phytothérapie.

A – Principe.

La phytothérapie est basée sur l'utilisation de plantes à vocation médicinale. 70% des produits pharmaceutiques ont pour origine les plantes. La phytothérapie est un ensemble de différentes spécialités :

- La phytothérapie ou herboristerie, qui sera décrite dans ce travail,
- l'aromathérapie qui utilise les huiles essentielles issues des plantes,
- la gemmothérapie qui utilise les bourgeons.

Les plantes médicinales doivent être inscrites à la Pharmacopée et relèvent du monopole du pharmacien sauf si la plante en question a été libérée de ce monopole. La pharmacopée Française répertorie l'ensemble des plantes qui ont une activité médicinale. Ce glossaire a été scindé en deux listes : la liste A qui correspond aux « plantes médicinales utilisées traditionnellement en allopathie et, pour certaines d'entre elles, en homéopathie » et la liste B les « plantes médicinales dont l'évaluation du rapport bénéfice/risque (effets indésirables potentiels supérieurs au bénéfice thérapeutique attendu) est négatif pour une utilisation traditionnelle en préparation magistrale ». En 2019, la liste A comprends pas moins de 450 plantes ou parties de plantes dont 150 libérées du monopole pharmaceutique. La liste B quant à elle comprend 150 plantes (57). Sur le site de l'ANSM, il est possible de retrouver l'ensemble des plantes médicinales présentes dans la pharmacopée Française (61).

Les plantes ont été les premières thérapeutiques utilisées par l'Homme, soit entières soit pour certaines parties. Au XIXeme siècle avec les progrès de la chimie organique le développement des méthodes de purification a permis l'extraction de substances actives et le recueil de principes actifs spécifiques qui deviendront les matières premières. Par la suite avec le développement de la chimie de synthèse, les plantes ont quelque peu été mises de côté au profit des produits issus de la chimie. Toutefois la phytothérapie retrouve un regain d'intérêt au sein des pays développés qui éprouve une crainte vis-à-vis des médicaments dits chimiques. Les plantes peuvent être trouvées sous différentes formes galéniques modernes garantissant l'intégrité de la plante et donc son efficacité.

Une plante est définie par l'ensemble de molécules actives qui la composent et qui agissent en synergie afin de procurer des propriétés pharmacologiques et médicinales. Cette complexité de molécules est ce qu'on appelle le « totum » de la plante et c'est ce qui explique qu'une ou quelques molécules seules issues de la plante n'aura pas d'efficacité comparable à la plante seule (62).

C'est également en se basant sur la composition de la plante en certains types de molécules que l'on pourra ou non autoriser leur utilisation pendant la grossesse.

Les plantes peuvent être soient obtenues par des cultures, soient des plantes sauvages. Toutes les parties des plantes peuvent être utilisées, selon la concentration en principes actifs retrouvés dans les parties des plantes on choisira : les feuilles, les fleurs, les bourgeons, les racines ou encore la plante dans sa globalité (63).

A partir des plantes, on pourra obtenir plusieurs produits : les huiles essentielles, les médicaments à base de plante, les compléments alimentaires, les cosmétiques… Dans le cas de notre thèse et dans l'idée d'être concis nous nous baserons uniquement sur l'utilisation des plantes en tant que médicaments et compléments alimentaires.

B - Aspect réglementaire.

Législation de la pratique de la phytothérapie en France.

La préparation et la vente au détail des plantes est régie par la CSP. Selon l'article L. 4211-1, 5°, « la vente des plantes médicinales inscrites à la pharmacopée »est réservée aux pharmaciens, « sous réserve de dérogations établies par décret ». Les plantes pourront être commercialisées sous forme de médicaments ou sous forme de compléments alimentaires, selon le type de réglementation.

Les médicaments à base de plante - comme tout médicament - nécessitent une AMM avant de pouvoir être commercialisés. Cette autorisation de l'ANSM est un gage de qualité, de sécurité et d'efficacité. On pourra distinguer les médicaments traditionnels à base de plantes qui auront une indication définie. Ils doivent avoir 30 ans d'usage traditionnel dont 15 ans dans l'Union Européenne. Ainsi pour leur enregistrement, la preuve d'un usage médical d'au moins 30 ans grâce à des éléments bibliographiques est nécessaire. On distinguera aussi les médicaments à

base de plantes d'usage médical bien établi, qui devront montrer une bibliographique scientifique justifiant de l'efficacité et la sécurité de la préparation avec un usage médical d'au moins 10 ans dans l'UE (64).

Les plantes peuvent également être retrouvées dans les compléments alimentaires. Ces derniers pourront avoir dans leur composition les mêmes huiles essentielles et plantes que les médicaments et pourront avoir les mêmes formes galéniques. A l'instar des médicaments qui ne sont vendus que par les pharmaciens, les compléments alimentaires peuvent être vendus dans les parapharmacies, les circuits spécialisés et ne peuvent revendiquer des propriétés thérapeutiques et pharmacologiques (65). Leur mise sur le marché ne nécessite pas de dossier d'AMM mais seulement d'une déclaration préalable auprès de la Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF). Contrairement aux médicaments, le complément alimentaire ne peut prétendre avoir des propriétés de prévention, de traitement, de guérison. La mention de « complément alimentaire » doit être apposée sur le produit, ainsi que les Valeurs Nutritionnelles Recommandées (VNR) et le risque pour la santé en cas de dépassement et selon les populations.

Le pharmacien d'officine est habilité via son titre à dispenser et délivrer les compléments alimentaires et médicaments à base de phytothérapie. Des cours dans le tronc commun des études sont dispensés et suffisent à ce titre. Néanmoins, il est conseillé afin d'approfondir les connaissances dans le domaine de suivre des formations type formations continues ou diplômes universitaires sur la phytothérapie et les plantes médicinales…

Conditions de prise en charge (www.ameli.fr)

Que la phytothérapie soit prescrite par un médecin généraliste ou par un phytothérapeute, la prise en charge sera négative dans tous les cas. C'est dans un arrêté du 20 avril 2007 que sont exclus du remboursement par l'assurance maladie les « préparations magistrales et préparations officinales réalisées à partir de plantes en l'état ou de préparations de plantes ». Le taux de remboursement est passé à 0% pour quasiment tous les médicaments ce qui peut occasionner un coût pour la prise en charge des femmes enceintes.

C – Phytothérapie en obstétrique.

Nausées et vomissements

Le gingembre, *Zingiber officinale*, est une plante utilisée depuis plus de 2000 ans à travers le monde. Il lui est reconnu des vertus aphrodisiaques, une action contre la toux, les gastralgies et vomissements. C'est dans le rhizome qu'on retrouve les molécules traitant les nausées et vomissements. Ce sont les gingérols et shogaols qui seraient impliquées pour lutter contre les vomissements. Leurs actions entraineraient une suppression des contractions gastriques et entraineraient une stimulation de la motilité gastro-intestinale (66). Dans le document de la HAS, le recours au gingembre est de grade A correspondant à une recommandation fondée sur des études scientifiques de fort niveau de preuve (67).Tout comme l'OMS qui le recommande dans le soulagement des nausées de début de grossesse (68). Une nuance est apportée par l'EMA (Agence Européenne du Médicaments) concernant la consommation de gingembre pendant la grossesse. Les données relatées indiquent qu'il n'y a ni de malformation ni de toxicité retrouvées chez les futurs nouveau-nés, toutefois les tests effectués sur les animaux sont insuffisants. Sur les trois études citées, un cas de malformation génitale chez les bébés rats mâles avec augmentation du poids des testicules et élévation du taux de testostérone est cité. Les recommandations de l'EMA sont de ne pas utiliser le gingembre chez les femmes enceintes par mesure de précaution (69).

Les nausées et vomissements peuvent également être soulagés par les traitements à visée hépato-biliaires afin d'aider la femme enceinte à mieux digérer. Ainsi, il est possible d'utiliser le gingembre en association avec d'autres plantes.

La fumeterre est une plante utilisée dans les troubles digestifs grâce à ses propriétés cholagogues et cholérétiques qui favorisent la digestion. La partie utilisée est la partie aérienne fleurie que l'on retrouve dans un médicament Oddibil® dont l'indication est le soulagement de l'indigestion (70). C'est une plante qui pousse dans les champs et terrains vagues et qui se trouve être facilement cultivable. Bien que l'on retrouve l'association Gingembre-Fumeterre conseillée par certains laboratoires pharmaceutiques spécialisées en phytothérapie, la présence d'alcaloïdes dans la composition fait que cette plante ne devrait pas être utilisée en première intention.

Les plantes à visée hépato-biliaire étant nombreuses, l'idéal semble de se limiter aux plantes alimentaires telles que l'artichaut, le tilleul, le curcuma entre autre. L'idée est de se baser sur des plantes alimentaires qui seront alors potentiellement mieux assimilées par l'organisme.

Douleur

Grands nombres de plantes sont connues pour traiter les douleurs articulaires et osseuses et apporter une action reminéralisante. Malheureusement ces plantes ont souvent un côté anti-inflammatoire qui les contre-indique pendant la grossesse. On citera l'harpagophytum, la reine des prés ou encore le saule. L'une des plantes auxquelles la femme enceinte peut avoir recours est le **cassis (*Ribes nigrum*)**. La partie utilisée est la feuille issue de l'arbrisseau qui est reconnue pour ses propriétés anti-rhumatismale et diurétique (71). Cette plante riche en flavonoïde est connue pour avoir des effets anti-inflammatoires de type « cortisone-like ». Son emploi devra se limiter à 2 semaines maximum et il sera nécessaire d'augmenter les quantités d'apports hydriques journaliers. Toutefois selon l'EMA au vu du manque d'informations durant son utilisation pendant la grossesse, il est préférable de ne pas conseiller le cassis à la femme enceinte (72).

Stress et anxiété

La **mélisse** est une plante originaire d'Asie mineure. C'est un petit arbrisseau dont les feuilles sont utilisées dans le traitement des spasmes intestinaux et dans les états d'anxiété. Ainsi, il est possible de recommander son utilisation dans les symptômes de nausées de la femme enceinte mais aussi pour lutter contre l'anxiété (73). Sur le site de l'agence européenne du médicament, la monographie de cette plante montre qu'elle est utilisée traditionnellement pour traiter les troubles liés à l'anxiété (74). Toujours dans ce document, le manque d'information clinique sur l'utilisation de la mélisse porte l'EMA à ne pas la recommander pendant la grossesse.

Préparation à l'accouchement

Les tisanes de framboisier sont retrouvées sur beaucoup de sites féminins ainsi que dans les magasins destinées aux futures-mères. Elle est par exemple citée comme « la tisane idéale de grossesse » sur le site www.naturellemaman.com. Elle a également une grande renommé dans le milieu médical. Ainsi 63% des sages-

femmes américaines recommande l'utilisation des feuilles de framboisier afin de préparer l'utérus au travail, d'avoir un accouchement le plus court et le moins douloureux possible en limitant au maximum le recours à des outils médicaux type forceps. Elle peut également être utilisée en début de grossesse pour lutter contre les nausées matinales (75).Toutefois, elle n'est pas considérée comme un médicament en France, et son utilisation est donc basée sur un usage bien établi.

Dans une étude datant de 1999, Parsons a étudié les intérêts de consommer des tisanes de framboisier sur le déroulé final de la grossesse. Sur un échantillon de 108 femmes enceintes, 57 ont consommées des tisanes de framboisier contre 51 témoins. Les données ont portées sur la durée de temps de travail, la nécessité de recourir à une péridurale ou à une aide extérieure, mais aussi sur la santé du nouveau-né. Les conclusions ont montrées qu'il n'y avait pas de différences entre les deux groupes pour toutes les données testées. Toutefois, les femmes enceintes ont jugées d'un intérêt dans leur accouchement puisqu'elles sont 68,4% à répondre que le fait d'avoir consommer les feuilles de framboisier durant leur grossesse a permis une diminution du temps de travail et qu'elles en reprendraient lors d'une prochaine grossesse (76). Ces résultats sont en adéquation avec ceux de l'équipe de Simpson, portant sur la même expérience mais cette fois-ci avec des comprimés de feuille de tisane. Cela a permis d'une part de palier au fort goût de la tisane de framboisier et d'autre part d'avoir un placebo pour l'étude. Ces revues tendent à réfuter l'intérêt quelconque de la consommation de framboisier au cours de la fin de grossesse, bien que largement plébiscité. Toutefois au vu de l'innocuité de cette plante, une revue de 2009 considère qu'il est d'intérêt de laisser l'opportunité aux femmes enceintes de la consommer même devant l'absence de preuves scientifiques, considérant cette thérapeutique comme un usage bien établi, et qui devrait donné lieu à de nouvelles recherches dans le domaine (77)

E - Précautions d'emploi, effets indésirables et contre-indications.

Précautions d'emploi.

La phytothérapie est réputée comme naturelle et apparaît dans la pensée collective comme une science d'une totale innocuité. Pourtant les risques inhérents à son utilisation sont bien réels et encore plus chez la femme enceinte. Il est primordial

pour les consommateurs de se baser sur une expertise scientifique afin de mesurer l'activité et surtout la potentielle toxicité de ce type de produits.

Effets indésirables dans la population générale.

En cas de co-médication, il est essentiel de s'assurer de l'absence d'interaction avec le traitement médicamenteux. En cas d'effets indésirables inhabituels, de diminution ou d'arrêt d'efficacité d'un médicament il est judicieux de se poser la question de l'interaction.

En cas de surdosage des effets indésirables peuvent également être constatés. Pour exemple, le cas d'une femme enceinte dans l'étude de Parsons qui a dû stopper la consommation des tisanes à base de framboisier pour cause de diarrhée. C'est l'un des effets indésirables connus lorsque la quantité ingérée se trouve être supérieure à la dose thérapeutique (76).

Effets indésirables spécifiques à la femme enceinte.

Certaines plantes sont reconnues comme ayant des **effets hormonaux** et seront à déconseiller pendant la grossesse.

Ces principes actifs vont perturber les mécanismes de libération hormonale et ainsi diminuer la production des oestrogènes et de la progestérone. La femme enceinte devra également limiter sa consommation de plantes contenant des phyto-oestrogènes. On parle d'effet « œstrogène-like ». Cette capacité de mimétisme des hormones fait que ces plantes sont largement utilisées pour traiter les désordres féminins. Dans son rapport intitulé « «Sécurité et bénéfices des phyto-estrogènes apportés par l'alimentation –Recommandations», l'AFSSA en 2005 pose les bases des recommandations de la consommation de phyto-oestrogènes chez la femme enceinte. Recommandations qui seront appuyées en 2011 par l'ANSES, selon lesquelles un maximum de 1 mg/kg de poids corporel par jour ne devra pas être dépassé chez cette catégorie de patientes sous peine risque de carence en iode qu'elle pourra occasionner. S'ajoute à cela le risque augmenté de cancer du testicule ou du sein pour le futur enfant à naitre. (78). Ces phyto-oestrogènes sont retrouvés notamment dans le soja ou le lin, plantes parfois retrouvées au sein des compléments alimentaires.

Contre-indications.

Les plantes emménagogues sont des plantes utilisées chez les femmes ayant des irrégularités au niveau de leur cycle menstruel et souhaitant stimuler le flux sanguin au niveau utérin. Ces plantes dont la plus connue est l'Achillée millefeuille (*Achillea millefolium*, Asteraceae) seraient donc à éviter au cours de la grossesse car à risque important de fausse couche ou d'accouchement prématuré. L'Achillée millefeuille n'est toutefois pas contre-indiquée mais reconnue comme précaution d'emploi pour la femme enceinte. Même si les données sur le risque pendant la grossesse sont insuffisantes selon l'EMA, il est préférable de ne pas la conseiller pendant la grossesse (79)

Les plantes contenant des molécules telles que la thujone sont considérées comme des **plantes abortives**. Parmi les plantes utilisées à vocation d'avortement figure l'absinthe (*Artemisia absinthium*, Asteraceae) utilisée pour le traitement des troubles digestifs mineurs, qui par sa composition facilitera la contraction des fibres musculaires lisses de l'appareil utérin (80). La sauge (*Salvia officinalis*, Lamiaceae) utilisée également pour les pathologies digestives à une forte teneur en thujone, mais reste là encore en simple précaution d'emploi.

Certaines plantes vont avoir un effet de stimulation des contractions sur l'utérus. On parle de **plantes ocytotoxiques**. Elles pourront être responsables de fausse couche ou d'accouchement prématuré. On peut citer le safran (*Crocus sativus*) qui est indiquée dans les états de fatigue, stress, déprime. Cette plante est utilisée de façon traditionnelle comme contraceptif. En Inde, elle est également utilisée en fin de grossesse en fin de grossesse afin d'aider à l'accouchement (81)

Enfin, les plantes **contenant des dérivés salicylés** sont à éviter durant le troisième trimestre de grossesse, il est même conseillé de ne pas en prendre durant la totalité de la grossesse. C'est le cas de la reine des prés (*Filipendula ulmaria*, Rosaceae) ou du saule blanc (*Salix alba*, Salicaceae) qui ont une action notamment anti-inflammatoire. Toutefois, dans certaines pathologies, une consommation de dérivés salicylés pendant la grossesse peut être envisagée. Exemple de l'aspirine tirant son nom de la reine des prés, qui à hauteur de 100 mg/jour max peut être utilisée sous suivi médical dans des cas de pré-éclampsie ou de retard de croissance intra-utérin

(82). Là encore, se pose la balance du bénéfice-risque lors de la prise de ces plantes.

Formes pharmaceutiques

Les teintures ou extraits liquides contenant de l'alcool sont à contre-indiquer en raison de la présence d'alcool.

***

Le recours à la phytothérapie pendant la grossesse est possible mais doit rester sous contrôle médical. On a pu voir avec quelques exemples cités plus haut la complexité d'avoir recours à cette science. Selon les plantes, le manque d'informations cliniques sur leur recours pendant la grossesse pousse les institutions de la santé à ne pas les recommander pendant la grossesse bien que peu d'effets nocifs soient rapportés également. Il est important de rappeler à la femme enceinte que les plantes ne sont pas dénuées de toxicités et que toute automédication est à proscrire. Bien que non recommandé, le choix doit être permis à la femme d'y avoir recours si aucune donnée de toxicité n'est recensée avec un usage traditionnel. De plus, une grande attention devra être apportée quant à l'origine des produits notamment lors d'achat sur internet.

II - Acupuncture.

A – Principe.

L'acupuncture est issue du latin « acupunctura » soit « acus » pour les aiguilles et « punctura » pour les piqures. C'est une thérapie issue de la Médecine Traditionnelle Chinoise (MTC) basée sur l'insertion d'aiguilles à des points précis sur le corps. L'acupuncture fait partie des MACs se fondant sur une médecine holistique. Le traitement se fera en prenant en compte la globalité de l'individu et non pas juste l'organe défaillant comme dans la médecine conventionnelle. Utilisée depuis des millénaires en Asie et y ayant fait ses preuves, elle fut introduite au XVIIème siècle en Europe. Elle a été classée par l'UNESCO en 2010 comme patrimoine culturel immatériel de l'humanité.

Cette discipline est largement utilisée en France et fait partie des 4 MACs reconnues par le Conseil de l'Ordre National des Médecins (83). Pour pouvoir exercer l'acupuncture en France, il est nécessaire d'avoir un diplôme de doctorat en médecine et la capacité de pouvoir exercer l'acupuncture. Les facultés de médecine proposent des Diplômes Universitaire aux différentes professions médicales, permettant d'apposer des mentions autorisées (que sont les titres) sur les plaques et ordonnances. En France on compte environ 3500 médecins acupuncteurs (84). Il faut noter que la pratique de l'acupuncture en France est donc un mélange de médecine conventionnelle et médecine acupuncture traditionnelle. Selon les symptômes et la connaissance de ces deux médecines, le médecin pourra écarter une pathologie qui ne pourrait pas être prise en charge par l'acupuncture.

Dans cette pratique, la maladie est vue comme une perturbation de l'équilibre énergétique (85). Le diagnostic se fera par mesure des différences d'énergie au sein de l'organisme. L'énergie aussi qualifiée de « Qi » parcours le corps à travers des canaux appelés « méridiens ». Les méridiens débutent ou se terminent à l'extrémité d'un doigt/orteil. Ils sont retrouvés dans l'ensemble de l'organisme en se connectant les uns aux autres, et en relation avec les différents organes et structures du corps. Pour certains auteurs ces méridiens sont situés sur le même parcours que les nerfs. Les points d'acupuncture sont des sites cutanés placés le long de ces méridiens et correspondent à des lieux de fortes concentrations énergétiques et où la résistivité de la peau est la moins forte. Si un organe montre un dysfonctionnement, une

stimulation des points afférents rectifiera sa fonction avec un effet que l'on peut commencer à ressentir rapidement (86), (87), (88).

Différentes pratiques sont issues de cette technique ancestrale :

- Acupression : la pression remplace les aiguilles. Cette technique après un apprentissage des points impliqués, pourra être exercée par soi-même ou par un tiers.

- Acupuncture au laser : moins utilisée malgré les avantages. C'est une stimulation des points par la chaleur. Cette méthode ne laisse pas de traces, est indolore, et peu onéreuse.

- Moxibustion : Utilisation d'un cigare d'armoise produisant de la chaleur par sa combustion. Le bâton allumé est approché à quelques millimètres de la peau créant une sensation de chaleur avec hyperhémie due à une vasodilation. Cette technique peut être utilisée seule ou associée à l'acupuncture.

B - Aspect réglementaire.

Législation de la pratique de l'acupuncture en France.

Pour pouvoir exercer l'acupuncture en France il faut, selon l'arrêté du 26 Avril 2007, un doctorat Français de médecine et la capacité d'acupuncture qui est un diplôme obtenu en 2 ans (www.legifrance.fr). C'est pour cette raison qu'a été créé le Diplôme Universitaire. Les sages-femmes quant à elles ont accès à un Diplôme Inter-universitaire d'acupuncture obstétricale pour pouvoir exercer légalement depuis le décret d'Aout 2008.

Ce n'est pas le cas dans les autres pays membres de l'Union Européenne car chacun a sa propre législation concernant l'acupuncture. Depuis 2014 l'Europe a pour mission de légiférer à ce sujet car il existe des conceptions opposées selon les pays.

Conditions de prise en charge (89)

L'acupuncture fait partie de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) permettant au patient de bénéficier du remboursement sous certaines conditions notamment le type de médecin et les pathologies. La CCAM a été mise en place le 11 Mars 2016 pour les sages-femmes c'est donc à partir de cette date que le

remboursement de l'acupuncture pratiquée par les sages-femmes a pu être remboursé.

Les indications de l'acupuncture permettant sa prise en charge sont :

- traitement des nausées et vomissements en alternative thérapeutique,
- traitement antalgique en association à d'autres traitements,
- syndrome anxiodépressif,
- sevrage alcoolique et tabagique.

Dans le code de déontologie article R4127-318 L.4151-1 (90):

« La sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des **situations non pathologiques** et au **dépistage de pathologie**, concernant :

- Les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention et de la réalisation de consultations de contraception
- Les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et durant la période postnatale
- Le fœtus
- Le nouveau-né. »

Dans le cas des pathologies, la sage-femme n'a aucun pouvoir et doit attendre la demande de traitement de la part d'un médecin avant d'envisager tout acte d'acupuncture.

C – Comment se déroule une séance ?

Le Dr Colin a rédigé une missive postée sur le site du Collège Français d'Acupuncture et Médecine Traditionnelle Chinoise (91) définissant la consultation d'acupuncture. La séance se répartit en 2 actes : clinique et technique. L'établissement du diagnostic se fera à partir d'un interrogatoire et d'un examen clinique. La consultation médicale se base sur la sphère privée et émotionnelle. Pour l'observation, 4 termes :

- Inspection du patient : poids, teint, langue, yeux …
- Palpation : prise de pouls, palpation de l'abdomen…
- Anamnèse : signes cliniques tels que douleur, transpiration, chaleur, froid…
- Auscultation : toux, respiration…

Le diagnostic se base sur l'étude de la langue et la prise des pouls. A chaque zone de la langue se réfère une zone anatomique spécifique, siège de la pathologie.

A chaque consultation il faudra répéter cette étape afin d'ajuster la prise en charge thérapeutique.

L'acte en lui-même se fera en 3 étapes :

- Chaque point va être repéré anatomiquement. La technique de stimulation et la manipulation de l'aiguille seront étudiées pour orienter l'effet thérapeutique.
- Le temps de pose sera variable. En fonction de la pathologie à traiter, le praticien pourra la laisser en place 5 minutes, le temps de la séance ou encore plusieurs jours en cas d'aiguilles semi-permanentes.
- Enfin l'extraction de l'aiguille.

En général, si après 5 séances il n'y a pas d'effets, on arrête le traitement.

D – Acupuncture en obstétrique.

L'acupuncture est une technique pouvant être utilisée à chaque stade de la grossesse. Pendant la grossesse, l'acupuncture sera prescrite pour diminuer les nausées gravidiques, les douleurs lombopelviennes et aider la future mère à mieux gérer ses angoisses. Elle est également indiquée et largement utilisée pour aider à la version céphalique fœtale. A la fin de la grossesse cette technique pourra aider à faire maturer le col pour induire le travail. Enfin pendant l'accouchement l'acupuncture sera utilisée pour ses activités antalgiques et pour permettre de diminuer le temps de travail.

Nausées et vomissements.

Les nausées et vomissements de début de grossesse touchent environ 85 % des femmes et continuent jusqu'au terme pour 20 % des femmes. Pour 30 % d'entre elles les symptômes sont tellement handicapants que cela nécessite des arrêts de travail. Il existe une forme sévère appelée hyperémèse gravidique qui concerne entre 0,3 et 1 % des femmes. Les signes cliniques qui conduiront éventuellement à une hospitalisation sont une déshydratation et une perte de poids. Ces maux auront des répercussions sur la vie personnelle et professionnelle de la femme et un impact économique avec une augmentation des frais de santé. L'étiologie des nausées et

vomissements est variée avec une origine soit physiologique, liée à l'imprégnation hormonale soit psychologique, liée à la fatigue, au stress. La première étape dans la prise en charge sera la mise en place des règles hygiéno-diététiques qui, en cas d'inefficacité, seront complétées soit par des médicaments conventionnels soit par des pratiques issues des MACs.

Dans le cadre des nausées et vomissements, c'est la stimulation du point P6 ou point de Neigan à proximité du poignet qui a montré une efficacité pour réduire la sévérité des symptômes.

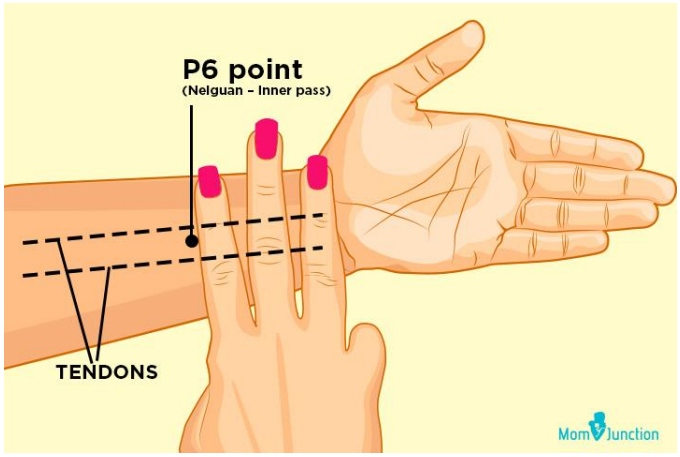

Figure 7 : Point d'acupuncture P6 pour le traitement des nausées et vomissements (92)

Deux études Cochrane ont été publiées sur ce thème. En 2010 Mattews (93) a réalisé une revue sur les traitements des nausées et vomissements de début de grossesse. L'analyse portant sur 9 études différentes montre que dans l'ensemble des cas il y a persistance des symptômes de nausées et vomissements. Afin de mesurer la sévérité des symptômes et leur amélioration par les traitements la plupart des études bibliographiques se basent sur une série de questions définissant un score. D'autres paramètres peuvent être utilisés comme la prise concomitante avec des médicaments antiémétiques ou encore le gain de poids pendant la grossesse. C'est le cas pour une étude de Rosen en 2003 (94) qui déduit qu'il n'y a pas de différences sur les symptômes entre les femmes traitées et témoins dans le cas où les conclusions se basent sur des scores et questionnaires à propos des nausées et vomissements. Toutefois le traitement semble efficace quand les critères d'évaluation sont l'utilisation concomitante de médicaments et la prise de poids. La

conclusion est que bien que les nausées et vomissements soient encore présents, ils diminuent quantitativement (94). La conclusion finale de la revue Cochrane est qu'il n'y a pas de preuves fortes concernant l'efficacité des techniques d'acupuncture sur les symptômes de nausées et vomissements gravidiques.

L'étude Cochrane de 2017 sur les traitements de l'hyperémésie (95) stipule que sur 18 publications étudiées seulement 2 ont un effet positif. Leur conclusion est qu'il est possible que l'acupressure/acupuncture réduise les symptômes de nausées mais seulement chez les femmes dont les symptômes sont modérés et cela sans bénéfice par rapport aux traitements médicamenteux. On peut citer l'exemple de l'étude de Carlsson (96) impliquant 33 femmes, qui compare un groupe de femmes traitées par acupuncture versus un groupe de femmes traitées par sham (piqure sur un point non actif). Une diminution significative des nausées est montrée lors d'un traitement par acupuncture active par rapport au placebo.

Les recommandations des sociétés savantes Françaises et Canadiennes sont favorables à l'acupuncture pour limiter les nausées et vomissements gravidiques. La Haute Autorité de Santé en 2005 admet l'efficacité de l'acupuncture (97). Un niveau de preuve de grade A a été attribué à la stimulation du point d'acupuncture P6 ou point de Neigan : « fondé sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve, par exemple, essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur, méta-analyse d'essais contrôlés randomisés, analyse de décision fondée sur des études bien menées ». Dans les recommandations de la Société des Obstétriciens et Gynécologue du Canada les traitements de médecines douces comme le gingembre, l'acupuncture et l'acupression ont des effets favorables de type I-A : « résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé dont on dispose de données suffisantes pour appuyer les recommandations »(98).

Douleur

Plus de deux tiers des femmes enceintes ont des douleurs lombaires et environ 50 % des femmes des douleurs pelviennes. Les douleurs augmentent avec l'avancée de la grossesse et peuvent jouer sur le travail, le sommeil, les activités…

L'étude Cochrane de 2014 sur 26 essais randomisés impliquant 4093 femmes (1312 pour lombalgies, 661 douleurs pelviennes et 2120 les deux) a montré une efficacité

plus significative que l'exercice pour le traitement des douleurs pelviennes du soir (99). En 2011, Smith et al. Dans une étude Cochrane basée sur 17 revues soit 1986 femmes montre que l'acupressure/acupuncture a un effet bénéfique sur la douleur et l'utilisation d'antalgique. Ces techniques permettent également de diminuer l'anxiété de la femme et le temps de travail (100).

Dans sa revue sur les recommandations prénatales pour suivre une grossesse sans problème, l'OMS recommande aux femmes enceintes le recours à l'acupuncture pour prévenir les douleurs lombaires et pelviennes chez la femme enceinte (68).

Stress et anxiété

L'acupuncture permet un état de relaxation de la femme enceinte par une action psychologique. Le fait de se sentir entourée et considérée permet à la femme enceinte de se sentir rassurée et permet de diminuer son état de stress. Le point d'acupuncture utilisé afin de diminuer le stress et l'anxiété est situé entre l'index et le pouce est le LI4 (figure 8). Ce point est également utile pour le soulagement des douleurs notamment au cours de l'accouchement.

Figure 8 : Point LI4 d'acupuncture (101).

En 2017 une étude sur 48 femmes anxieuses et dépressives dont la grossesse était de plus de 22 semaines a montré une action de la médecine douce sur l'état de stress. 1 personne parmi les 10 personnes traitées par acupuncture admet avoir encore des symptômes, soit 10 %. Sur les 38 personnes restantes n'ayant pas eu d'acupuncture 18 ont encore les symptômes de stress, soit 50 % de cette population non traitée. Bien que l'échantillon soit trop petit pour être représentatif on voit tout de même percer une tendance à la diminution du stress chez la femme enceinte (102).

Une autre étude en 2015 se base cette fois-ci sur une constante biologique, le taux de cortisol sanguin. Le cortisol est une hormone qui en cas de haute concentration peut entrainer une diminution du flux sanguin utérin et une diminution des contractions. Dans l'étude, le taux de cortisol augmente pendant le travail et est relié aux conditions stressantes de l'accouchement. Les résultats montrent que quelle que soit la population (traitée ou non par acupuncture), le résultat est le même il n'y a pas de différences sur le taux de cortisol ni sur l'état de stress de la femme enceinte (103).

Version céphalique

En cas de doute sur la position du fœtus durant la grossesse, vers la 36ème semaine le médecin pourra effectuer une échographie et proposer le cas échéant à la femme des alternatives pour aider à la version du fœtus. Il faut savoir que 3 à 5 % des fœtus se présentent en siège après 37 semaines de grossesse. Un nombre plus important d'accouchement par césarienne, qu'elles soient programmées ou réalisées en urgence, est rapporté en cas de présentation en siège. Par conséquent, de nombreuses femmes se tournent vers les praticiens pour les aider à faciliter la version du fœtus. Différentes techniques existent : les techniques posturales, la version manuelle externe VME et les MACs dont l'acupuncture. La VME est la technique la plus utilisée, elle consiste en une manœuvre manuelle effectuée par un médecin afin d'essayer de retourner le fœtus et à un taux de réussite de 50%. Très souvent, la technique d'acupuncture couplée à la moxibustion sera proposée en amont de la VME au vu du faible cout et de la faible proportion d'effets indésirables, contrairement à la VME.

La technique de moxibustion consiste en l'utilisation d'un cigare à base d'une préparation d'herbe (*Artemisia vulgaris*) qui en brûlant va générer une chaleur. Le

cylindre sera appliqué près de la peau pour produire une hyperémie à partir d'une vasodilation locale. Pour la version c'est le point V67 situé à l'extrémité du 5ème orteil qui sera ciblé (figure 9). En pratique il faudra effectuer cette thérapie entre la 32ème et la 34ème semaine de grossesse, ce qui laisse le cas échéant à la femme enceinte l'opportunité de réaliser une version manuelle externe par la suite si le fœtus ne s'est pas retourné. Le traitement devra être réalisé 15 minutes sur chaque pied à raison de deux fois par jour pendant deux semaines.

Figure 9 : point d'acupuncture V67 utilisé pour l'aide à la version du fœtus et diminution d'anxiété de la future mère (104)

Plusieurs auteurs ont travaillé pour définir le mécanisme d'action de la moxibustion dans le cas de la version. La stimulation au point V67 induit une sécrétion d'hormone maternelle adrénocorticale et une augmentation de la sécrétion d'œstrogène par l'unité foetoplacentaire. Ces variations hormonales vont induire une augmentation du tonus et des contractions de l'utérus entrainant des mouvements actifs du fœtus et augmentant la probabilité que le fœtus se retourne. Enfin, il existe une composante psychologique dans l'acupuncture. Les femmes après la moxibustion se décrivent comme soutenues par le personnel médical, relaxées, sereines et avec un sentiment de bien-être ce qui aurait également sa part dans le retournement du fœtus (105).

Préparation à l'accouchement

Dans les interventions facilitant le travail et l'accouchement, une chaine d'énergie reliant l'utérus et le col est impliquée. Ils permettront en outre de diminuer l'anxiété, la nervosité, et d'induire un sentiment de quiétude et de relaxation chez la femme. La technique consiste en une pression prolongée de trois points qui devra se faire au moment des contractions utérines (106). Les trois points activés sont :

- SP6 (point Sanyinjiao) : situé sur la face interne de la jambe à quatre largeurs de doigts au-dessus de la malléole.

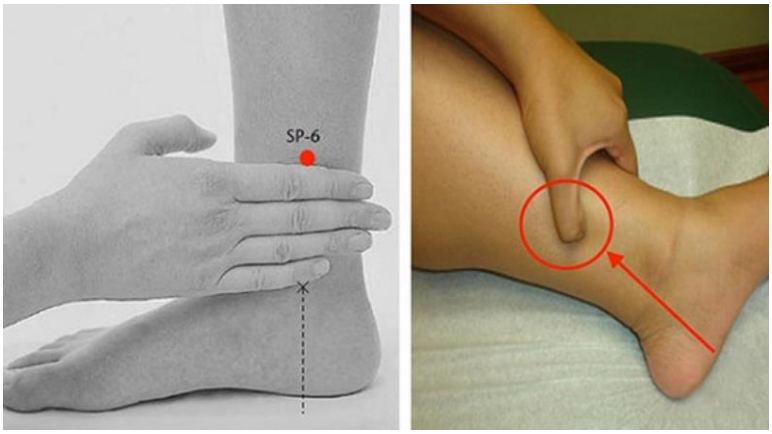

Figure 10 : point d'acupuncture SP6 ou point Sanyinjiao (107)

- LI4 : situé sur la main entre le pouce et l'index au point culminant du muscle reliant ces deux doigts quand la main est fermée.

- V67 : situé sur la base externe du cinquième orteil.

Concernant les publications sur la douleur et durée du travail les données sont contradictoires. Si on se base sur l'étude de Kordi en 2011, une pression sur le point LI4 figure 8) durant le début de la phase de travail réduirait la douleur ressentie par la mère (108). Toutefois une autre étude réalisée par l'équipe d'Asadi en 2015 montre qu'il n'y a pas de différences significatives entre le groupe acupuncture actif et le groupe acupuncture placebo. Pour la durée du travail, il est de 162 minutes en moyenne pour les femmes traitées contre 280 minutes dans le groupe témoin. Ici l'acupuncture aurait pour conséquence une diminution du temps de travail, l'hypothèse étant qu'elle diminuerait le besoin d'ocytocine requis pendant cette période (109).

E - Précautions d'emploi, effets indésirables et contre-indications.

Précautions d'emploi.

Il faudra apporter une grande attention lors de la pose d'aiguilles à proximité d'organes vitaux ou de zone sensible. Il faudra une taille adaptée des aiguilles et limiter la pose d'aiguilles au contact d'organes tel que le cœur ou les poumons, des

cas de traumatismes d'organes ayant déjà été recensés. Chez les nouveaux nés on ne piquera pas la fontanelle par exemple.

Effets indésirables dans la population générale.

Dans la population générale on recense 0,09 effet indésirable (EI) pour 10000 personnes et 0,01 EI grave pour 10000 personnes. Pendant le traitement, le patient va ressentir l'arrivée de l'énergie par plusieurs sensations : démangeaisons, engourdissement, courbature, chaleur, frisson, tressautement musculaire… Ces sensations peuvent s'avérer désagréables mais sont la preuve d'une action du traitement.

Sur le site cfa-mtc sont également recensées des pertes de connaissance, convulsions, douleurs, infections locales, brûlures post moxibustion.

L'effet indésirable le plus commun pour cette pratique est le pneumothorax. De nombreux cas de pneumothorax suite à une séance d'acupuncture sont recensés autour du monde. Cet effet indésirable serait lié à une pose d'aiguilles au niveau de la poitrine ou dans le dos proche du poumon. Ainsi selon la pathologie traitée ce risque ne sera pas à prendre en considération comme la version céphalique où les piqures seront au niveau du pied. Dans sa revue sur le risque de pneumothorax pendant l'acupuncture, Ding tient à rappeler qu'il est primordial de considérer le pneumothorax comme un effet iatrogène grave de l'acupuncture (110).

L'acupuncture implique la pénétration d'aiguilles dans la peau. Le risque principal est donc infectieux avec un risque de transmission de maladie comme le Virus de l'Immunodéficience Humaine ou de l'hépatite par exemple. Les normes d'hygiènes se doivent d'être d'une rigueur extrême. Le médecin devra respecter plusieurs points :

- Désinfection cutanée recommandée chez l'immunodéprimé, les personnes avec des infections cutanées, les diabétiques…
- Utilisation de matériel à usage unique, si aiguilles réutilisables il faudra un protocole de désinfection.
- Propreté de l'environnement de travail et des mains.
- Travail selon des techniques d'asepsie.
- Gestion des déchets à risque DASRI.

La moxibustion quant à elle va entrainer un dégagement important de fumée et une odeur désagréable. Il existe aussi un risque de brûlures et d'irritations des voies respiratoires. Des moxas n'émettant pas de fumées ni d'odeur existent, mais les données sur leurs efficacités sont contradictoires.

Effets indésirables spécifiques à la femme enceinte.

Park et al., en 2014 a étudié les effets indésirables liés à l'acupuncture pendant la grossesse. L'étude a porté sur 27 articles bibliographiques soit 22 283 cessions d'acupunctures avec un panel de 2460 femmes enceintes. Le nombre de cas d'effets indésirables recensés est de 429 classés en : 322 EI mineurs, 6 EI modérés, 99 EI dits sévères et 2 cas où les EI ont entrainés la mort de la patiente (tableau XX). L'incidence des EI dans cette population correspond à 1,9% dont 1,3% directement imputable à l'acupuncture soit plus que dans la population générale. Le nombre d'EI est donc peu élevé à condition que l'acupuncture soit bien pratiquée.

EI mineurs/modérés (n=322)	**EI sévères (n=86)**	**Décès (n=2)**
➢ Douleur (n=48) ➢ Saignements locaux (n=40) ➢ Hématomes (n=21) ➢ Fatigue (n=21) ➢ Maux de tête (n=21) ➢ Symptômes aggravés (n=19) ➢ Inconfort au site d'acupuncture (n=15) ➢ Contractions utérines (n=14) ➢ Nausées et vomissements (n=9)	➢ Hypertension Pré-éclampsie (n=37) ➢ Accouchement prématuré (n=19) ➢ Fausse couche (n=15) ➢ Rupture prématurée des membranes (n=5) ➢ Césarienne (n=1) ➢ Trouble du rythme cardiaque (n=1)	Un pendant l'accouchement l'autre avant. Il n'y a pas eu d'explications données quand à ces décès

Tableau 2 : Classification des effets indésirables liés à l'acupuncture chez la femme enceinte.

Contre-indications.

L'OMS dans un rapport datant de 2001 a émis une liste de contre-indications liées à la pratique de l'acupuncture (111).

La grossesse.

Les CI chez la femme enceinte sont d'abord d'ordre physiologique et sont identiques à la VME. Tout ce qui peut être un obstacle au retournement du fœtus sera contre-indiqué : utérus malformé, tumeur intra-utérine entre autre.

L'acupuncture peut provoquer des contractions utérines et donc provoquer selon le stade de la grossesse une fausse couche ou l'accouchement si le terme est proche. C'est d'ailleurs pour cette raison que l'acupuncture est autant utilisée pour provoquer la délivrance ou du moins entrainer une diminution du temps de travail.

L'acupuncture et la moxibustion seront contre-indiquées si les points se situent sur le bas ventre et la région lombo-sacrée durant les 3 premiers mois. Après cette période il faudra éviter l'abdomen supérieur, la région lombo-sacrée et les points auriculaires.

L'urgence vitale.

En cas d'urgence il faut immédiatement dispenser les premiers secours et il n'y a pas de place pour une prise en charge par les MACs.

Tumeur maligne.

L'acupuncture ne sera pas utilisée comme traitement principal mais pourra être utilisée comme médecine complémentaire. Le but sera de soulager la douleur ou de contrer les effets indésirables.

Troubles hémostatiques.

Tout ce qui est problème de saignement, de coagulation ou encore prise d'anticoagulant sont autant de points à écarter avant toute pose de piqures.

***

Dans l'ensemble de ces études une conclusion ressort : il y a trop de contradictions entre les résultats. Les données discordantes peuvent trouver leur origine dans la grande hétérogénéité des protocoles spécifique à chaque praticien, aux critères d'inclusion/exclusion, aux outils divers pour mesurer l'amélioration des traitements…

Il est donc difficile de ce point de vue de poser un avis objectif sur cette pratique médicale.

Par exemple, les différentes études utilisent des méthodologies variées avec des critères d'inclusion/exclusion propres à chacune. Or il est montré que le terme ou la parité sont autant de caractères pouvant influer sur les résultats (112).

Alors comment aider la patiente à faire son choix ? Sur le site de la HAS différentes *guidelines* sont consultables et concernent l'avis de cette autorité de santé pour l'utilisation de méthodes alternatives dans certaines indications. Concernant l'acupuncture les données trouvées sont :

- Avis favorable pour le traitement des syndromes anxio-dépressifs
- Preuve scientifique établie pour le traitement des nausées et vomissements gravidiques
- Non recommandé car les données de la littérature ne démontrent pas son efficacité pour le déclenchement artificiel du travail à partir de la 37ème SA et pour les versions céphaliques fœtales.

III - Ostéopathie.

A – Principe.

Le terme ostéopathie a une étymologie grecque « Osteon » –os et « Pathein » – souffrance. Cette notion n'est plus d'actualité avec l'essor des connaissances qui ont permis de faire de l'ostéopathie une médecine manuelle prenant en charge la totalité du corps via des manipulations douces et précises. Elle nécessite des bases solides en anatomie et physiologie humaine. L'ostéopathie est une discipline holistique visant à traiter les déséquilibres du corps afin de redonner un maximum de mobilité aux structures ostéoarticulaires et aux structures internes de l'abdomen afin d'en optimiser les fonctions et de rester en bonne santé (DeStefano, 2012). Depuis les années 2000 l'ostéopathie est reconnue comme thérapie traditionnelle par l'OMS : « l'ostéopathie consiste, dans une compréhension globale du patient, à prévenir, diagnostiquer et traiter manuellement les dysfonctions de la mobilité des tissus du corps humain susceptibles d'en altérer l'état de santé » (OMS, 2014).

Cette discipline est largement plébiscitée par le grand public sur l'ensemble de la planète. D'après l'Alliance Ostéopathique Internationale (AOI) l'ostéopathie est pratiquée dans plus de 80 pays et plus de 120 000 ostéopathes sont recensés dans le monde. Selon le Syndicat Français Des Ostéopathes (SFDO) les français sont 48 % à consulter un ostéopathe dont 62 % des femmes. Sur ces 62 % de femmes, 7 % sont enceintes (113). Toujours selon la SFDO, il existe aujourd'hui en France 31 écoles de formations agréées desquelles sont issues 20 000 ostéopathes, 10 000 kiné ostéopathes et 1100 médecins ostéopathes. Plus précisément 30 009 ostéopathes en activité fin Juin 2018 dont 60 % représentés par des ostéopathes exclusifs. Les données de la DRESS (disponible sur le site de la SFDO) montrent une évolution continue du nombre de praticiens depuis maintenant une décennie.

L'origine de l'ostéopathie fait suite à une auscultation du Dr Still sur un enfant atteint de dysenterie. Il constate qu'alors que le dos est chaud et peu mobile, le ventre est froid. Grace à un ensemble de manipulation il guérira cet enfant, et 16 autres cas décrits suivront. Il va alors exposer ses théories et résultats à l'ensemble de la communauté scientifique et créer le premier collège d'ostéopathie en 1982. Son postulat principal est de faire une relation entre la perte de mobilité de l'organisme et les troubles fonctionnels c'est-à-dire un dysfonctionnement de l'organisme (114).

Selon Still, l'ostéopathie repose sur trois principes (115).

Globalité et causalité : Il est primordial dans l'ostéopathie de considérer le patient en tant qu'unité de corps, c'est à dire qu'en cas d'atteinte partielle ou totale de mobilité les conséquences seront perçues tant sur l'organe atteint que sur les autres structures du corps et par conséquent leurs fonctions. On assistera alors à une diminution des capacités d'adaptation du corps. On sait qu'un organe a une fonction spécifique. Dès lors que cet organe perd en mobilité sa fonction sera diminuée. On peut prendre comme exemple une diminution des mouvements du colon qui induiront des colopathies fonctionnelles.

Autorégulation. Afin d'assurer une homéostasie du corps, ce dernier est capable d'autorégulation, d'autoguérison. Ainsi, il est courant d'entendre que lors d'un traumatisme pouvant entrainer une perte de mobilité, l'organisme va mettre en place des adaptations physiologiques afin de combler ces manquements. Toutefois quand ces capacités d'autoguérisons sont dépassées, des répercussions se feront ressentir sur d'autres organes. Le corps compensera le manque de mobilité jusqu'à un point de non-retour et des troubles sur les organes compensateurs apparaitront.

C'est ce qui est défini par le terme de **cascade de la dysfonction somatique ostéopathique.**

L'ostéopathe aura pour mission de trouver ce qui est responsable de cette dysfonction initiale dont découlera par la suite d'autres maux. Il pourra alors mettre en place sa pratique pour soulager ces patients.

B - Aspect réglementaire.

Législation de la pratique de l'ostéopathie en France.

C'est le Dr Robert Lavezzari formé par un élève direct de Still, qui développera l'ostéopathie en France. En 1919, il fondera le premier dispensaire à Paris où sera enseignée l'ostéopathie. En 1952, il crée l'Association des Ostéopathes de France avec trois de ses confrères. En 1960, le conseil de l'Ordre des médecins fait fermer la première école d'ostéopathie et en 1962 un arrêté ministériel crée un monopole d'exercice : seuls les médecins peuvent pratiquer cette technique. Par la suite, d'autres écoles d'ostéopathies seront créées en France. L'enseignement commence

à s'uniformiser dans les années 1970 puis d'autres associations se créent, comme le Registre des Ostéopathes de France, afin de régulariser l'enseignement au niveau national et de défendre la légalisation des ostéopathes (116).

Il faudra attendre le vote de la loi Kouchner en mars 2002 par l'assemblée nationale pour que l'ostéopathie obtienne un statut officiel et soit reconnue par le ministère de la santé et des sports comme pratique de soin. En 2014, un décret stipule la nécessité d'avoir réalisé une formation dans un établissement agréé afin d'obtenir le titre d'ostéopathe (117) (118). Ainsi selon la profession initiale il y aura un nombre d'heures de formations à respecter afin de valider le diplôme, à savoir :

4860 heures de formation pour les non professionnels de santé dont 1500 heures de pratique clinique.

1900 heures pour les masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes.

764 heures pour les médecins.

On peut ainsi différencier deux pratiques : l'ostéopathie et la médecine ostéopathique. Dans le deuxième cas il s'agit d'un médecin ostéopathe. Dans le cadre de ce travail nous utiliserons le terme global d'ostéopathie et ostéopathe.

Conditions de prise en charge (89)

L'ostéopathie n'étant pas considérée comme une profession de santé a proprement parlé, sa consultation ne donne pas lieu à une prise en charge par la sécurité sociale. Néanmoins de plus en plus de mutuelles ont un quota de remboursement des frais engagés. Une consultation coutant en moyenne entre 45 et 60 euros selon les régions et les spécialistes pour une durée de 30 minutes à 1 heure.

L'avantage de passer par un médecin ostéopathe ou un kinésithérapeute ostéopathe permet alors une prise en charge au titre de consultation médicale.

C – Comment se déroule une séance ?

En se basant sur plusieurs sites d'ostéopathes (118), (119), (120), (121) il a été possible d'extraire les grandes phases de la consultation d'ostéopathie.

La consultation débute par **un interrogatoire médical** de la patiente afin de recueillir ses antécédents, traitements actuels, le motif de la consultation. Souvent des questions qui n'ont pas trait au motif de consultation peuvent être posées. Par exemple il est fréquent dans leur prise en charge pour les maux de grossesse d'évoquer la relation qu'a la future mère avec sa propre mère. Des chocs émotionnels, deuils, situations stressantes, relations peuvent être à l'origine des maux. Puis le médecin va accumuler les renseignements spécifiques aux trois sphères : ostéo-articulaire, viscérale et crânienne.

Va suivre **l'examen clinique** en deux étapes. Un **examen neurologique** suivi d'un **examen ostéopathique palpatoire** adapté. L'examen neurologique a pour but de vérifier l'intégrité neurologique comme une atteinte du système nerveux central ou une compression veineuse. Pour cela il faudra vérifier de manière bilatérale les réflexes ostéo-articulaires du patient. Puis viendra un diagnostic dit palpatoire. Pour l'examen ostéopathique, il sera demandé à la patiente de se mettre en sous-vêtements, permettant à l'ostéopathe une première observation de la patiente avec notamment une décomposition des mouvements lors du déshabillage. Ainsi le praticien pourra par exemple mettre en évidence un dysfonctionnement d'une articulation ou encore une perte d'équilibre si la personne a du mal à se dévêtir.

L'ostéopathe va donc observer par la suite sa patiente dans différentes situations de repos, de mouvements, ou de tests spécifique (voir test de la commère). Puis vient la phase de palpation où l'ostéopathe pose ses mains sur le patient afin de tester les zones d'intérêt.

Le traitement consiste en un rééquilibrage de l'ensemble des structures du corps. Le praticien via les manipulations permettra un ajustement des structures musculo-squelettiques. Le but étant de rééquilibrer les tensions de ces structures et d'améliorer les échanges des fluides corporels tels que le sang et le LCR. Un autre point souvent présent dans les prises en charges ostéopathiques est l'hygiène de vie.

On terminera par un **diagnostic d'exclusion** qui consiste pour le praticien à vérifier qu'un traitement dans ses compétences est possible et que les signes observés ne nécessitent pas une intervention chirurgicale, entre autre.

Après la consultation, il est fréquent d'avoir un effet rebond des désordres durant les trois, quatre jours suivant la manipulation. Afin de contrer au maximum ces désagréments il est conseillé d'avoir un maximum de repos suivant l'acte, et ce durant les 3 jours suivants, tout en évitant cependant l'immobilisation qui serait néfaste pour la suite du traitement.

Par la suite dans le but de maximiser les effets de la séance d'ostéopathie il sera nécessaire de revoir les postures adaptées par la patiente dans sa vie quotidienne.

D – Ostéopathie en obstétrique.

Dans une thèse datant de 2015 les deux auteurs Manikam et Mauduit se questionnent sur « Pourquoi les femmes enceintes lombalgiques en fin de grossesse ont recours à l'ostéopathie ». Plusieurs points sont à retirer de leur travail (122).

Tout d'abord, nombre de femmes enceintes sont réticentes vis à vis de l'ostéopathie. Les retours des patientes sont la méconnaissance de la technique et le fait que l'ostéopathie ne fasse pas parties des médecines traditionnelles d'une part. Mais aussi la crainte d'effets nocifs que peuvent engendrer les manipulations sur la grossesse, ainsi que le peu d'efficacité que cela risque d'occasionner.

Le deuxième point que l'on peut en tirer est que l'ostéopathie est une stratégie thérapeutique de derniers recours. Les femmes attendent d'être face à des douleurs insupportables et insurmontables par d'autres moyens avant d'avoir recours à l'ostéopathie.

Pourtant, pour la collectivité, l'ostéopathie montre plusieurs avantages que l'on ne retrouve pas dans les autres médecines. Le ressenti est que comme c'est une technique globale il y a une approche du corps et une dimension psychologique que l'on ne retrouve pas avec les autres professionnels de santé. Les femmes déclarent être en attente d'une écoute et d'une empathie. L'ostéopathe a aussi pour vocation d'inculquer des conseils à la femme enceinte afin de mieux appréhender les douleurs et replace la femme enceinte dans un contexte d'actrice de sa prise en charge.

Afin de donner un cadre à cette discipline, une association composée de médecins et d'ostéopathes a vu le jour en 2009, la Société Européenne de Recherche en Ostéopathie Périnatale et Pédiatrique (SEROPP). Les grands axes de cette

association sont de faire connaître au grand public la pratique de l'ostéopathie appliquée à la femme enceinte et au nouveau-né. La SEROPP a rédigé un guide de bonne pratique et d'éthique afin de rassurer les professionnels de santé vis à vis de cette pratique (118).

Le nombre de séances chez un ostéopathe sera dépendant du désir de la femme enceinte et de ses douleurs. Toutefois, un grand nombre d'ostéopathes recommande un minimum de trois séances.

- La première séance doit avoir lieu avant la conception ou à partir du troisième mois de grossesse (voir partie contre-indications) afin de vérifier que la grossesse a tout pour bien se dérouler.
- Puis une séance vers le 6ème mois de grossesse pour vérifier que l'ensemble des structures est bien mobile. C'est également vers cette période que l'ostéopathie pourra être utilisée dans le but de traiter certaines douleurs qui nécessiteront alors plusieurs séances.
- Si le bébé ne s'est pas retourné vers le 7ème mois, une séance pourra être ajoutée afin de lui donner plus de chance de se retourner (voir partie VME).
- Enfin une séance est recommandée en fin de grossesse, afin de préparer le bassin à l'accouchement.

Les motifs de consultation de la femme enceinte sont multiples :

- troubles digestifs tels que : RGO, pyrosis, ballonnements, constipation et hémorroides...
- douleurs du dos, articulaires ou musculaires
- sensation de décharges dans les jambes
- sensation de jambes lourdes ou gonflées
- maux de tête d'apparition progressive
- pendant l'accouchement, pour guider le nouveau-né vers la sortie.

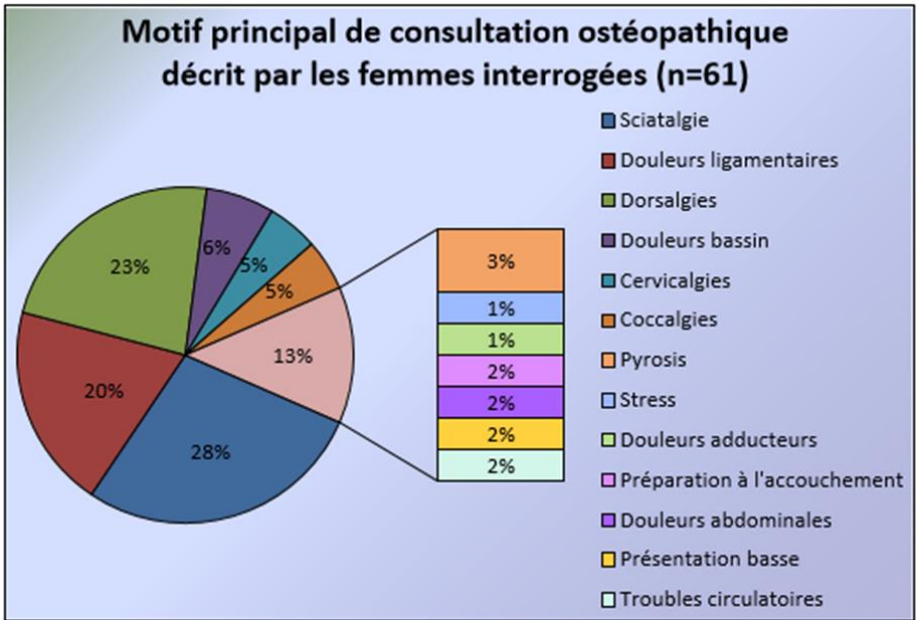

Figure 11 : motif principal de consultation ostéopathique chez les femmes enceintes (123).

Les principaux motifs expliquant le recours à l'ostéopathie des femmes sont les douleurs. La première est la névralgie sciatique caractérisée par une atteinte du nerf sciatique assurant la sensibilité d'une grande partie des membres inférieurs. Les deuxièmes douleurs sont ligamentaires et portent surtout sur le bas ventre et les jambes. A 23 % ce sont des dorsalgies qui sont le facteur de consultation d'un ostéopathe (123).

Nausées et vomissements

L'apparition des nausées peut être liée à un excès d'hormones. Cette amplification des hormones peut être reliée à une circulation hypophysaire réduite dûe à une restriction des mouvements du crâne. L'ostéopathe pourra par ses mouvements permettre une normalisation des mouvements. De plus, le fait de favoriser un drainage des sinus caverneux par diminution des tensions au niveau du crâne permet de favoriser la circulation sanguine de l'axe cérébral. Enfin, le fait de limiter les compressions du nerf vague responsable de l'inconfort digestif est un dernier axe sur lequel l'ostéopathe peut agir (124).

Douleur

Lors de la grossesse, la prise de poids vers l'avant entraine irrémédiablement un changement du centre de gravité avec une augmentation des tensions dans le dos. Avec les modifications hormonales, une hyperlaxité s'installe responsable de troubles musculo-squelettiques. D'où les plaintes fréquentes de ces femmes de lombalgies, dorsalgies ou cervicalgies. Ces douleurs vont aussi être liées à la prise en masse de l'utérus qui va perturber la mobilité des structures avoisinantes. On pense au sacrum, aux hanches, à l'intestin pouvant provoquer des douleurs, voire des constipations récurrentes. L'ostéopathe en jouant de façon douce sur les articulations permettra aux structures de récupérer une certaine mobilité, permettant de diminuer les problèmes fonctionnels rencontrés. Les tensions sont diminués dans les 24 à 48 heures suivant la manipulation (125).

Murphy et son équipe ont étudié l'impact de l'ostéopathie dans les douleurs lombo-pelviennes de la femme enceinte. Pour cela il a retenu un échantillon de 115 patientes n'ayant jamais eu recours à des techniques manuelles pendant leur grossesse. L'étude a porté sur deux points : la mesure de l'invalidité que la femme évoque dans sa vie quotidienne et l'intensité des souffrances selon une échelle de la douleur. Les résultats sont tels que 73% des femmes ont remarqué une amélioration « bonne » voire « excellente » de leur invalidité. 82 % d'entre elles ont également une diminution clinique significative de leur douleur (126).

Ces résultats sont concordants avec ceux de l'équipe de Peterson qui a réalisé l'étude avec un suivi des femmes un an après les séances d'ostéopathie. Il cite que plus de 50 % des patientes ont révélé une amélioration de leur douleur après une semaine de traitement. Toutefois, pour les patientes qui avaient un nombre supérieur ou égal à 5 épisodes de fortes douleurs lombo-pelviennes, ces résultats sont plus faibles. Dans la globalité, les femmes ont jugé à hauteur de 85 % leur état de « satisfaction » ou « très haute satisfaction » un an après le traitement (127).

Stress et anxiété

Pour limiter stress et anxiété, l'ostéopathe devra redonner une mobilité aux structures pouvant impacter les concentrations de neuro-transmetteurs. Par ses mouvements le thérapeute pourra :

- -relâcher les tensions affectant la vascularisation du crâne.

- libérer les blocages des os du crâne pour accéder à une meilleure liberté de mouvement au cerveau avec une circulation du liquide céphalo-rachidien accentué pour une meilleure nutrition du cerveau.

Cela fait quelques années que le rôle du système digestif dans l'apparition des troubles mentaux est étudié. C'est ce qui est décrit dans la notion d'axe cerveau-intestin. Cet axe peut largement être travaillé en ostéopathie et a tendance à se développer (128).

Version céphalique

L'ostéopathie a toute sa place pour aider le fœtus à se retourner dans le ventre de sa mère. Ici l'idée n'est pas d'effectuer la version manuelle du bébé mais bien de lui laisser la possibilité de pouvoir se retourner. Très souvent le fait qu'un fœtus ne se retourne pas spontanément dans le ventre de sa mère est lié à une tension des organes proximaux comme le diaphragme mais aussi osseux avec un bassin non adapté.

Afin de permettre au fœtus de prendre une position plus physiologique pour son expulsion, l'aide de l'ostéopathe sera de lever les obstacles à la version du siège. Il pourra alors aider à diminuer les contraintes intra-utérines et osseuses.

Les données suivantes se basent sur le mémoire de Laura Andrieux en 2018 portant sur Influence de l'ostéopathie sur la version des fœtus en présentation du siège en vue de l'obtention du diplôme en ostéopathie (129). Travaillant dans une maternité de Paris, elle a recruté 72 patientes chez qui la présentation par le siège avait été confirmée par échographie entre la 36ème et 37ème semaine. Elle a divisé ces femmes en deux groupes. Le premier groupe « ostéopathique » à bénéficier d'une séance d'ostéopathie pour faciliter la VME et le groupe « témoin » n'a eu recours à aucune méthode alternative. Il y est montré que pour 27 % des femmes issues du groupe « ostéopathique » une version céphalique a été observée contre 3 % dans le groupe témoin. L'auteur souligne que cette différence est significative. De plus, il est souligné que cela est d'autant plus marqué chez les femmes multipares s'expliquant par le fait que leur utérus est plus lâche permettant la réussite des manœuvres ostéopathiques.

Dans son Guide de l'ostéopathie, le Dr Catherine Rod de Verchère fait part de son expérience face à la VME. La principale technique utilisée pour aider à la version céphalique est le relâchement de l'utérus en latéro-cubitus (130).

Figure 12 : Manipulation du corps utérin en latérocubitus (131).

Cette technique en plus d'être confortable pour la femme enceinte, permet de lâcher les tensions superficielles et de redonner à l'utérus une mobilité permettant au fœtus une liberté certaine pour effectuer sa version. L'idée est de permettre de remonter l'utérus plus facilement pour, dans une seconde étape, aider le bébé à se mouvoir dans un utérus plus lâche. Selon le Dr Catherine Rod de Verchère un taux de 62 % de réussite a été comptabilisé au sein de sa patientèle (130).

Comme vu plus haut, l'ostéopathe est également le praticien le plus à même d'aider la femme à conseiller des exercices de positionnements dans sa vie de tous les jours. Comme pour toute autre technique utilisée afin d'aider à la version du bébé, des exercices de positionnement de la maman vont être utiles pour libérer de la place au bébé. On parlera de la position du pont passif, du pont indien ou encore de la position à genoux. Sur son site internet, l'ostéopathe Marine Barbier (Dr Barbier) explique ces différentes techniques en s'appuyant sur des photographies.

Figure 13 : La position du pont passif

La femme enceinte s'allonge sur un coussin ferme permettant d'élever ses lombaires d'une trentaine de centimètres. La tête devra être plus basse que le bassin, formant ainsi un arc de cercle. La position devra être maintenue quelques minutes à raison de deux fois par jour.

Figure 14 : La position du pont indien

La femme enceinte est toujours allongée sur le dos, mais cette fois il n'y a que la partie inférieure du bassin qui est surélevée sur des oreillers. Il faudra écarter une jambe tout en insistant sur une respiration lente et régulière.

Figure 15 : La position à genoux

La femme se positionne les mains écartées, avant-bras et genoux à même le sol, elle devra faire le dos rond et prendre de profondes inspirations à raison de 3 fois par jour.

Préparation à l'accouchement

A l'aide des différentes techniques d'ostéopathie, de nombreuses tensions superficielles seront libérées permettant au bassin de retrouver une meilleure mobilité. Cela engendre une diminution des obstacles liés aux structures environnantes, qu'elles soient ligamentaires ou osseuses, et ainsi d'acquérir la possibilité d'une grande déformabilité pour le passage de l'enfant. La conséquence sera une baisse du temps de travail ainsi qu'une diminution de l'utilisation d'outils instrumentaux pour l'extraction du nouveau-né (132).

L'ostéopathie joue également un rôle dans la fonctionnalité du diaphragme qui acquiert une meilleure efficacité permettant à la femme enceinte de prendre des respirations plus contrôlée et ainsi permettre une meilleure poussée. L'avantage de cette technique est qu'elle peut être réalisée en auto-ostéopathie. La femme enceinte

prendra comme point de massage les attaches du diaphragme comme indiqué sur la photo 16. Pour cela il suffit d'insérer les doigts sous les côtes et remonter vers le sternum en maintenant l'appui au moins pendant une minute. De même en partant des côtes et en remontant vers la colonne vertébrale.

Figure 16 : Massage des points d'attache du diaphragme (133).

Pour finir, l'ostéopathie est considérée une thérapie manuelle permettant de faciliter l'accouchement. Elle joue sur plusieurs points avec une diminution des interventions chirurgicales de type épisiotomie avec un taux nul chez les femmes multipares contre 6 % chez les femmes sans ostéopathie. Une diminution du taux d'utilisation d'ocytocine chez les primipares pour aider à déclencher l'accouchement. Enfin une diminution du temps de travail et une meilleure adaptation néonatale (132).

E - Précautions d'emploi, effets indésirables et contre-indications.

Effets indésirables dans la population générale.

Lors d'une séance d'ostéopathie, le corps est soumis à une épreuve auquel il répondra par de divers effets secondaires. Lors des mouvements effectués par le praticien, les muscles et zones articulaires qui étaient alors limités dans leur mouvement sont libérés de leurs tensions. Un soulagement est en général ressenti au cours de la consultation et les heures suivantes. Les jours suivants, un mal-être accompagné d'une fatigue intense psychique et physique transitoire est ressenti ainsi que des douleurs musculaires et articulaires. Il est important de prévenir la patiente que les jours suivant la consultation, il est préférable de limiter les activités

physiques intenses, de bien s'hydrater, de prendre des douches chaudes afin de relâcher les muscles et de se reposer. Le deuxième conseil à mettre en pratique est de bien s'hydrater avec au minimum 2 litres d'eau par jour. En effet, lors des manipulations, une libération excessive de toxine a lieu, ayant pour conséquence des courbatures. Pour accentuer le bien-être il peut être nécessaire d'y associer une source de chaleur qui en plus de l'effet vasodilatateur reconnu pour faciliter l'élimination des toxines, va permettre de détendre les muscles. Pour cela, un bain ou douche chaude peut être pratiqué, voir l'application de crème ou patch chauffant sur la zone cible. Sauf en cas d'œdème où l'application de froid sera requise.

Une gêne locale, une exacerbation de la douleur peuvent être ressenties, associées à des maux de tête, dans les 24 à 48 heures selon l'acte. Ces maux sont à l'origine d'une proportion importante des effets indésirables déclarés par cette pratique (30 à 60 %). Il existe des risques rares mais graves de complications post-manipulations. Nous n'en citerons qu'un seul ici, qui est le plus grave et qui est lié à une rupture des artères vertébrales. Toutefois, les données semblent imputer la dissection de cette artère à une faiblesse de l'artère même ,et qui serait de plus à l'origine de la consultation du patient (134).

Précautions d'emploi chez la femme enceinte

Chez la femme enceinte, des positions sont à proscrire afin d'éviter des risques pour le fœtus. Ces positions devront être limitées pendant son sommeil, mais également pendant les séances d'ostéopathie. Plus la grossesse avance vers le terme plus le poids de l'utérus est important. La position allongée sur une longue période est alors à risque de comprimer la veine cave inférieure, diminuant l'afflux de sang de la mère vers le fœtus. Ainsi en cas de syndrome de compression de la veine cave inférieur, l'ostéopathe devra éviter la position sur le dos et en décubitus latéral droit et trouver la meilleure position à adopter pour la patiente (135).

Dans une revue de la littérature datant de 2012, les auteurs n'ont trouvé que deux publications citant des cas de patients ayant eu des effets indésirables suite à la pratique d'ostéopathie dans le cas de douleurs lombo-pelviennes. Le premier cas portait sur une femme qui 30 minutes après l'acte a eu un infarctus cérébelleux avec perte de mémoire et trouble de la coordination. Elle s'est rétablie en l'espace d'un

mois. Le deuxième cas est celui d'une femme de 38 ans qui après une manipulation cervicale a ressenti une paralysie transitoire des membres supérieurs et inférieurs consécutif à un hématome épidural comprimant la moelle épinière. La patiente s'est rétablie en deux semaines (136).

Enfin dans son étude, Murphy trouve que seulement 3,4 % des femmes enceintes se sont senti mal après une séance de thérapie manuelle, se traduisant par une douleur sensiblement supérieure après la cession. L'auteur juge donc l'ostéopathie comme étant une technique manuelle pouvant être utilisée de façon sécuritaire chez la femme enceinte (126).

Contre-indication

Selon le rapport du professeur Ludes, plusieurs contre-indications s'imposent à l'ostéopathie (137).

Absence de consentement de la patiente

Maladie systémique.

Des pathologies provoquant une fragilité du réseau artériel et veineux, mais aussi des tissus osseux, ligamentaires peuvent se trouver exacerbées par l'ostéopathie.

Traumatisme récent.

En cas d'accident vasculaires cérébraux, d'hématomes touchant la dure-mère.

Le premier trimestre.

Avant la 12ème SA sauf si la douleur est invalidante et avec l'accord de l'équipe obstétricale.

***

Les avantages d'avoir recours à l'ostéopathie sont multiples. Comme cité plus haut, le fait de libérer les mouvements du crâne aura plusieurs conséquences, une diminution de l'anxiété, une aide à la relaxation et endormissement, une amélioration des symptômes digestifs… Ainsi, il est fréquent de voir des effets bénéfiques sur plusieurs pathologies dès la première séance. D'autres effets de l'ostéopathie non détaillés ici sont à citer, une aide pour lutter contre la dépendance au tabac ou à l'alimentation par exemple.

IV - Hypnose.

A – Principe.

L'hypnose vient du grec « hypno » qui signifie sommeil. Pour le grand public l'hypnose est assimilée à un état de sommeil or elle se définit plus comme une modification de l'état de conscience. Des auteurs comme Pavlov – prix Nobel qui a permis de redorer le blason de l'hypnose - la définissent comme un état intermédiaire entre l'état de veille et le sommeil (138).

Dans une traduction d'un traité de l'Association Américaine de Psychologie, l'hypnose est définie comme « un état de conscience impliquant une attention focalisée et une moindre sensibilité à l'environnement, caractérisé par une capacité accrue de réponse à la suggestion.

Le fait de mettre un individu sous hypnose fait que l'individu est plus sensible/réactif aux suggestions faites par le thérapeute. Ces suggestions seront de plusieurs types et permettront à l'individu de changer ses pensées négatives, ses perceptions en des aptitudes plus en harmonie avec la notion de bien-être. L'idée qui est également mise en avant durant les cours d'hypnose est que le corps et l'esprit sont en réalité deux entités distinctes bien que dépendantes l'une de l'autre. Cela permet entre autre de modifier les perceptions des sensations corporelles alors que celles-ci restent les mêmes.

Pour résumer on peut définir l'hypnose comme une science qui utilise l'état dans lequel elle place l'individu en diminuant la conscience de l'individu face au monde extérieur et l'axer vers des ressentis, pensées le plus souvent positives. Il faut noter que spontanément et plusieurs fois par jour, l'individu peut se retrouver en état d'hypnose sans y prêter attention. C'est le cas pendant la lecture, ou quand la concentration est focalisée sur un objet par exemple.

Dans un communiqué de l'INSERM les différents types d'hypnose sont classés en fonction de leur but. Ainsi on parlera d'hypnoanalgésie quand l'hypnose est utilisée à visée antalgique et d'hypnosédation quand l'objectif est la sédation. Ces techniques sont à différencier de l'hypnothérapie qui en fait un usage psychothérapeutique.

Dans l'hypnothérapie quatre grands courants se distinguent (139).

L’hypnose traditionnelle qui débute au 18ème siècle avec les travaux de recherche du Dr Mesmer. La particularité est que **l'hypnotiseur est le chef d'orchestre**. C'est lui et lui seul qui dirige la séance, il provoquera des modifications chez le patient à l'aide de suggestions directes comme par exemple le fameux « à 5 vous allez dormir »… Cette technique est de plus en plus désuète et laisse place à de nouveaux courants.

L’hypnose Ericksonienne qui tient son nom du médecin Erickson qui révolutionna le concept d'hypnose et sa thérapie. C'est cette dernière qui sera la plus utilisée pendant la grossesse. On assiste à une hypnose qui se veut moins directive, plus souple. L'idée est que le **patient participe lui-même à sa mise en état d'hypnose**. Le thérapeute utilisera des métaphores afin que ce soit l'inconscient de l'hypnotisé qui définisse les points à résoudre. L'hypnose est alors perçue comme un accompagnement du patient. L'inconscient de la personne est mis à contribution et sera le seul responsable des changements apportés. Ce courant a été largement étudié et développé et a permis le développement de nombreuses techniques d'hypnose.

L’hypnose nouvelle se base sur l'hypnose Ericksonienne, mais modernisée. Le thérapeute est dans la même approche à savoir de ne pas donner d'ordre direct au patient mais plutôt de lui donner des directions possibles à suivre. **Le thérapeute va guider le changement mais c’est le patient qui choisira lui-même**. Cette technique est considérée comme la plus manipulatrice car le patient aura l'impression qu'il est le maitre alors que ces choix sont tout de même sous influence du thérapeute. Le patient sera décisionnaire du déroulé de la séance et ainsi il y aura une connotation aux préoccupations actuelles comme le confort de vie, les relations avec autrui, le développement personnel...

L’hypnose humaniste. Cette nouvelle pratique de l’hypnose se situe dans un cadre totalement différent. L'hypnose se pratique en étant réveillée. Les avantages sont multiples puisqu’il n’y a pas de perte de conscience, la personne est en état de conscience augmentée. Elle est la seule maitresse de la séance, l’hypnothérapeute servant juste de guide. Cette technique sera plus appréciée des personnes ne voulant pas « subir » les suggestions du thérapeute qui peuvent leur sembler

étrangères à leur choix. On peut dès lors rapprocher cette technique d'hypnose d'une forme de coaching personnel (140).

B - Aspect réglementaire.

Législation de la pratique de l'hypnose en France.

En France il n'y a pas de cadre précis concernant la pratique de l'hypnose. Des DU existent mais ne sont pas reconnus par l'ordre des médecins et il est donc interdit de les mentionner sur les plaques et ordonnances. Il existe un DU concernant l'hypnose dispensé dans une douzaine d'universités. On retrouve également des formations dans le cadre de formation continue ou du développement professionnel continu réservé aux professionnels de santé. Ainsi l'Institut Français de l'Hypnose propose aux professionnels voulant enrichir leurs compétences, des cursus d'hypnoanalgésie sur deux ans, et d'hypnothérapie sur trois ans (141).

Il existe également des formations ouvertes à un public plus large avec des enseignements au niveau associatif, des formations en ligne. Ces stages sont d'une durée variable selon les organismes d'une journée à une douzaine de jours, et sont ouverts à des non professionnels. Se pose alors des questions d'éthique et de sécurité.

La Société Européenne d'Hypnose et la Société Internationale d'Hypnose se positionnent pour une pratique de l'hypnose thérapeutique au personnel médical seul (142). Dans ce cadre, certains organismes limitent leurs enseignements aux professionnels de santé (en général médecin, sage-femme, dentiste). C'est le cas de la Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves (CFHTB) qui a rédigé un pamphlet dans lequel elle souligne le caractère scientifique et clinique de l'hypnose et la nécessité d'avoir un préalable de diplômes pour la pratique de cette technique (142). Dans le but de garantir une certaine sécurité pour les patients, l'Association Européenne des Praticiens d'Hypnose a rédigé un code de déontologie sur la pratique de l'hypnose auquel chaque praticien se doit de s'engager sous peine de perdre le titre d'hypnothérapeute.

Peu d'enquêtes ont été réalisées sur le territoire français, il est donc difficile de juger du nombre de praticiens exact en hypnose. On peut trouver des estimations fonction des différentes associations d'hypnothérapeutes. Pour exemple le nombre de

personnes ayant été formées par l'IFH est proche de 45 000 pour l'année 2017. On dénombre près de 1 500 personnes ayant réalisé une formation complète dont 40 % de médecins, et 2 500 pour une formation en milieu hospitalier qui sont cette fois ci à 50 % des infirmiers et seulement 8 % de médecins. La CFHTB - qui place l'hypnose comme une science médicale et à l'exercice seul d'un professionnel médical regroupe 3 000 praticiens répartis sur la France, la Belgique, la Suisse et le Québec.

Au travers de différents sites hospitaliers, il est aisé de voir que l'hypnose prend une place de plus en plus importante dans l'arsenal thérapeutique. Si on regarde les Hopitaux de Paris, les services pratiquants l'hypnose sont multiples : la rhumatologie, l'odontologie, les pathologies du sommeil, la pneumologie et réanimation médicale, les consultations pédiatriques et même les centres anti-douleur (143).

Conditions de prise en charge (89)

En terme de remboursement, il existe un code acte dans la CCAM sous le libellé « séance d'hypnose à visée antalgique » mais cet acte n'ouvre pas de droits à une prise en charge par l'assurance maladie. Tout comme les autres actes non pris en charge, si le médecin est conventionné et réalise l'acte au cours de sa consultation médicale alors il y aura une prise en charge selon les règles habituelles. Certaines complémentaires santés proposent un forfait pour les séances d'hypnose.

C – Comment se déroule une séance ?

Elle doit être pratiquée par un psychothérapeute, l'idéal étant un personnel médical spécialisé. Une séance dure en général 45 minutes à une heure pour un coût de l'ordre de 50-70 euros.

La séance débute par une discussion entre la patiente et le thérapeute où seront explicitées les motivations de la visite. Dans ce type de thérapie c'est le but recherché qui prime sur les origines du mal être. L'idéal pour le thérapeute est d'être à l'écoute de la patiente afin d'en mimer le vocabulaire et faciliter la communication. Selon Virot et Bernard, deux médecins anesthésistes hypnothérapeutes, trois conditions sont fondamentales à une efficacité de la prise en charge par l'hypnose : la motivation, la coopération et la confiance du patient (144). C'est à tous ces points que le thérapeute devra porter une grande attention.

La première phase est la « **préinduction** ». Elle consiste en une phase de relaxation de la patiente. Il lui sera demandé de s'allonger sur un divan, de fermer les yeux ou de fixer un point précis de la pièce. Selon la technique, il sera possible de diffuser une musique apaisante.

Viens alors la phase « **d'induction** ». Ici on va inviter la patiente à se focaliser sur certaines zones de son corps. On recentre la femme sur elle-même et c'est au cours de cette phase qu'il est possible d'assister à un état de somnolence.

Vérification de l'état de conscience : le praticien demande à la patiente d'effectuer un geste simple comme de lever la main. Si elle accomplit le geste on considère qu'elle est en état d'hypnose. Le thérapeute pourra alors répéter des suggestions directes comme « votre douleur au dos s'atténue et disparait ». Le thérapeute pourra également mettre la patiente face à sa phobie et lui montrer qu'elle a la force mentale et physique pour en venir à bout.

A la fin de la séance, on opère **un réveil en douceur** de la patiente, qui retrouve possession de son corps et reviens à la réalité. Le thérapeute revient alors sur la séance en commentant ce qui s'y est produit. L'objectif final est d'aider la patiente à conserver un souvenir agréable de sa phase hypnotique pour pouvoir l'appliquer dans la réalité.

A plusieurs reprises nous avons évoqué le terme suggestion qu'évoque le praticien à son patient. Ces suggestions peuvent être ouvertes ou fermées. Les suggestions ouvertes sont des invitations pour le patient à choisir ce qu'il veut. Les suggestions fermées sont des ordres que le patient doit suivre.

- Les suggestions dites truisme qui sont l'énoncé d'une évidence et qui améliorent l'acceptabilité du traitement par le patient.
- Les suggestions directes d'anesthésie (on/off de la douleur) ou dissociatives de la douleur (transfert de la douleur).

L'auto-hypnose est la technique apprise lors des préparations à l'accouchement. C'est une technique que le praticien va enseigner à la patiente dans le but d'induire elle-même un état hypnotique. Cela passera par une multitude d'exercice comme la

focalisation de l'attention, des exercices de relaxation et de respiration, et comment se sortir de l'état de transe. Cette technique est à pratiquer de façon régulière afin d'en obtenir les bénéfices. Le patient peut alors seul pratiquer l'hypnose et les buts sont multiples : améliorer un état, soulager une douleur ou prolonger les effets de l'hypnose réalisée par le thérapeute.

D – Hypnose en obstétrique.

Sur le site de la Société Française d'Hypnose on retrouve quelques indications de l'hypnose en obstétrique et qui sont reprises dans le rapport de la HAS de 2015. Il est cité l'intérêt de l'hypnose dans le cas de grossesse difficile, pour limiter les nausées et vomissements, pour lutter contre le stress et l'anxiété et enfin pour faciliter la délivrance.

Nausées et vomissements.

Peu de publications concernant la diminution des nausées et vomissements chez la femme gravide via l'hypnose sont trouvables et celles qui le sont détaillent plutôt ce qui se fait au sein d'un centre hospitalier sans en donner une preuve quelconque de réussite. C'est ainsi que dans une revue Mc Cormack décrit avoir trouvé dans les ressources scientifiques seulement 45 publications mentionnant les termes d'hypnose, de grossesse et de nausées/vomissements (145). Seulement 5 ont montrées un réel intérêt dans la recherche d'efficacité. Les conclusions de l'auteur sont que dans la plupart des publications, il est omis un grand nombre d'éléments. Pour exemple la publication de Giorlando et Mascola en 1957 basée sur l'utilisation de l'hypnose chez 12 patientes ne fournit aucun design de l'étude (146). C'est-à-dire que ni les suggestions, ni les techniques employées ne sont décrites. Les auteurs évoquent juste avoir demandé aux femmes de faire appel à un « souvenir d'élément positif éloigné ». De plus les résultats donnés ne sont pas interprétables. En effet, pour attester de l'efficacité ou non de l'hypnose le critère était une corrélation entre le nombre de séance et un « soulagement immédiat des vomissements ». Le résultat peut donc être lié à un arrêt des symptômes (qui au final ne peut être que temporaire) ou une diminution de la violence des maux.

Dans une étude de Fuchs en 1980, il est cité que l'hypnose a été favorable pour 97,7 % des femmes. 138 femmes enceintes ont testé l'hypnose pour être soulagées des nausées et vomissements de grossesse (147). Parmi elles, 51 l'ont fait de façon

individuelle et 87 en collectif. Dans la plupart des cas, les femmes définissent ce qu'elles ont vécu comme un ensemble de suggestions en rapport avec la relaxation, ou des suggestions imagées leur permettant de visualiser l'estomac et son travail. Le résultat de 97.7% cité plus haut correspond au pourcentage de femmes qui jugent l'hypnose comme excellente pour soigner leurs maux. Le problème de cette étude est l'absence de groupe témoin, qui ne permet pas de certifier si l'arrêt des maux est lié à l'hypnose ou à un arrêt naturel lié au temps.

Les conclusions de la revue de McCormack sont donc qu'il n'y a pas de preuves satisfaisantes prônant l'utilisation de l'hypnose pour traiter les nausées et vomissements, bien que des résultats positifs puissent être obtenus.

Il est alors conseillé alors aux praticiens d'utiliser cette thérapie comme un traitement adjuvant ou encore un traitement expérimental, tout en prévenant la femme enceinte de la possible absence d'effet.

Ces résultats sont en concordance avec les recommandations de la HAS de 2005 portant sur les conseils à prodiguer à la femme enceinte, qui rappellent que l'efficacité dans le traitement des nausées et l'innocuité de l'hypnose ne sont à ce jour toujours pas démontrées (148).

Stress et anxiété

L'hypnose a largement fait ses preuves concernant la diminution de l'anxiété. Elle permet d'atteindre un apaisement général quel que soit la population ciblée. Concernant la femme gravide, la première étape est de rappeler à la femme que l'accouchement est un **processus naturel** et qu'il est inscrit dans le subconscient de chacun. Ainsi, lors de l'accouchement il faut faire confiance à son corps afin de parvenir à quelque chose de facilement contrôlable.

Toutefois, plusieurs points sont à prendre en compte dans le comportement de la femme enceinte. En premier lieu il faut noter que l'état de la femme enceinte est enclin à recevoir l'hypnose. Lors de l'accouchement une sécrétion importante d'ocytocine a lieu. Cette hormone libérée est responsable d'une augmentation de la sensibilité de la femme enceinte à tout acte d'hypnose (149).Ce phénomène se retrouve accentué lorsque l'accouchement a lieu dans un environnement médicalisé qui pourra facilement mettre la femme en état de transe.

De plus en plus de centres hospitaliers se tournent vers l'hypnose pour accompagner leurs patientes pendant l'accouchement. C'est le cas du centre hospitalier de Rennes, dont 90 % des accouchements ont lieu sous péridurale et avec une aide hypnotique. Il est proposé aux femmes enceintes d'avoir recours à l'hypnose afin de diminuer les doses de péridurales injectées. Les péridurales ayant tendance à prolonger la période de travail, cet acte est particulièrement recommandé chez les primipares.

Préparation à l'accouchement

Lors de l'accouchement, le recours à l'hypnose peut être fait pour permettre un état de relaxation, pour se dissocier de la douleur par une modification des perceptions. Ainsi, au lieu de voir les contractions comme un acte douloureux, une souffrance qui est souvent associée à des lésions corporelles, la femme pourra visualiser les contractions comme une phase finale avant la rencontre avec son nouveau-né. Une étude Cochrane de 2016, déclare qu'il n'existe actuellement pas suffisamment de preuves concernant la satisfaction quant au soulagement de la douleur ou le sentiment de pouvoir gérer le travail. Pour tirer cette conclusion, ils se sont basés sur 8 essais pour montrer que le recours à l'hypnose permettait de diminuer le recours aux moyens médicamenteux sans toutefois apporter une vraie réponse aux douleurs de la femme enceinte. Toutefois quand on regarde dans la bibliographie certains articles prouvent le contraire (150).

Des centres de traitement de la douleur proposent déjà des séances de préparation à la naissance axée sur l'auto-hypnose. C'est le cas du centre de la douleur de l'hôpital Robert Debré qui propose aux femmes à partir du cinquième mois de grossesse, un ensemble de cinq séances sous l'animation d'une sage-femme formée à l'hypnose. Au cours de ces séances divisées en trois phases, la femme enceinte sera la protagoniste avec en un premier temps une phase où chaque femme décrit son ressenti vis-à-vis de la grossesse et de l'accouchement (151). La deuxième phase consiste en la phase d'autohypnose. Margaux Bienvenu docteure en psychologie et hypnothérapeute détaille dans un article l'un de ces entretiens à l'hôpital : un des exercices est par exemple de décrire son utérus à l'aide de métaphores afin de se le représenter maintenant et au moment de l'accouchement avec les modifications qu'il subira. En exemple, une femme enceinte a décrit son col comme « une porte fermée qui s'ouvrira de plus en plus à chaque contraction ». Une

autre femme parle également « d'aller-retour entre [mon] utérus et le Maroc » au moment de la délivrance pour évoquer le fait de savoir se dissocier de son corps. Dans sa conclusion l'auteur émet deux constats : un taux d'anxiété diminué et une perception diminuée face aux sensations douloureuses de l'accouchement. Cela serait en partie lié à un apaisement général de la femme enceinte mais aussi et surtout au fait que la femme enceinte se sente plus active dans le déroulé de sa grossesse et de son accouchement (152).

Concernant l'anxiété au moment de l'accouchement, une étude de Bernard en 2007 a montré l'influence de l'hypnose sur l'anxiété de la future mère et l'impact sur le nombre de césariennes. Dans son mémoire, l'auteur pose la question « A quelle heure allez-vous accoucher madame? ». Sur une population de 652 femmes enceintes de leur premier enfant, l'auteur va inclure un total de 74 femmes, les autres servants de témoins. L'idée est de demander aux femmes dont la péridurale a déjà été installé l'heure à laquelle elles veulent accoucher. Il leur propose alors de fixer la pendule et en se concentrant sur le mouvement de la trotteuse d'entrer en phase d'induction hypnotique. Les résultats ont montré une diminution de l'anxiété et du nombre de césariennes de façon significative (153).

E - Précautions d'emploi, effets indésirables et contre-indications.

Effets indésirables.

Les effets indésirables liés à la pratique de l'hypnose sont peu détaillés dans la littérature. Sur le site de la Société Canadienne du Cancer où une partie est consacrée à l'hypnose, il est dit que l'hypnose peut être responsable d'anxiété voire de confusion au moment de la séance. Des cas de fatigue, étourdissements, maux de tête ont été décrits. Des cas plus graves de crises épileptiques, de troubles psychotiques voire des souvenirs de traumatismes antérieurs peuvent survenir (154).

Contre-indications.

Les contre-indications concernent les **pathologies touchant à la sphère psychique**.

On pense notamment aux patients au profil psychotique en phase de délire qui empêche toute communication : schizophrènes, paranoïaques, sujets bipolaires. Ces pathologies vont entrainer un défaut de communication nécessaire à la pratique de

l'hypnose. Il est reconnu un risque de décompensation de la maladie psychique chez le patient. Il est donc primordial avant tout acte d'hypnose d'indiquer au praticien un éventuel suivi par un psychiatre.(155), (156).
Selon Erickson, l'une des contre-indications est également la capacité du psychothérapeute qui se doit d'être capable de dire si le traitement du patient est dans ses compétences.

***

Concernant la pratique de l'hypnose, on peut voir de plus en plus de sites tournés vers la future mère faires les louanges de cette pratique. Il en est de même des hôpitaux qui développent cette thérapeutique dans plusieurs domaines. Toutefois il n'y a actuellement pas de preuves formelles de l'efficacité de l'hypnose.

Par exemple dans le cas des médecins anesthésistes, ils rappellent que l'anesthésie par péridurale reste la technique de choix pour lutter contre la douleur. Le recours à l'hypnose ne peut venir qu'en tant que traitement adjuvant chez une femme refusant la péridurale pour une raison personnelle ou médicale.

L'un des points négatifs majeurs de cette technique est qu'actuellement peu de personnel est formé à l'hypnose et que bien souvent ce personnel ne peut rester durant toute la période d'accouchement.

Selon la revue Cochrane citée plus haut, l'imagerie mentale serait la seule technique à réellement montrer un impact supérieur aux thérapies conventionnelles. Ainsi une étude de Xxx a montré que l'imagerie mentale avait un effet positif sur l'anxiété, l'accouchement et la dépression post partum. L'imagerie mentale consistant à se représenter de façon inconsciente un objet ou un ressenti. L'imagerie mentale est la plupart du temps sous la croupe d'un intervenant et s'apparente à l'auto-hypnose. Il est ainsi difficile de pouvoir différencier l'hypnose de l'imagerie mentale. Il semble ainsi logique d'accorder la notion d'efficacité dans la gestion de la douleur pour les techniques d'auto-hypnose, selon la revue Cochrane (150).

V - Homéopathie.

A – Principe.

L'homéopathie est née en 1796 des études de Samuel HAHNEMANN (157). L'homéopathie vient du grec « homios » : semblable et « pathos » : maladie. Le postulat de base est qu'une substance qui est capable à forte dose d'induire une maladie sera capable à une dose infinitésimale de soulager les symptômes. C'est une méthode thérapeutique qui repose sur l'administration de préparations à doses très faibles, élaborées à partir de teintures mères fortement diluées, susceptibles de provoquer, à des concentrations plus élevées chez l'homme en bonne santé, des manifestations semblables aux symptômes ciblés (158).

Il faudra attendre les années 2000 pour que l'OMS qualifie l'homéopathie de MACs car bien que son utilisation soit coutumière en France, elle n'est pas considérée comme faisant partie du système prédominant en Europe avec une introduction plus tardive que les traitements traditionnels (68).
En France 20 000 médecins généralistes prescrivent des médicaments homéopathiques et les pharmaciens les intègrent dans leur pratique quotidienne. Selon une enquête Ipso réalisée sur Internet en 2018, 77% des Français ont déjà pris une fois de l'homéopathie et 58% plusieurs fois.

C'est une science qui doit régir à plusieurs lois : la similitude, l'infinitésimalité et la globalité.

Les trois lois de l'homéopathie

Loi de similitude : C'est le fondateur Hahnemann en 1796 qui a établi cette loi. Il a établi que ce qui rend malade à forte dose pourra guérir à faible dose. L'exemple le plus couramment rencontré pour expliquer ce principe est le suivant : lors d'une piqure d'abeille va apparaître un œdème accompagné d'un prurit, d'une rougeur et d'une douleur pouvant être soulagée par le froid. Un sujet présentant l'ensemble de ces symptômes suite à une brulure, une chirurgie ou autre verra ses symptômes soulagés par la prise **d'Apis mellifica**, souche issue d'une abeille (158)

Loi centésimale

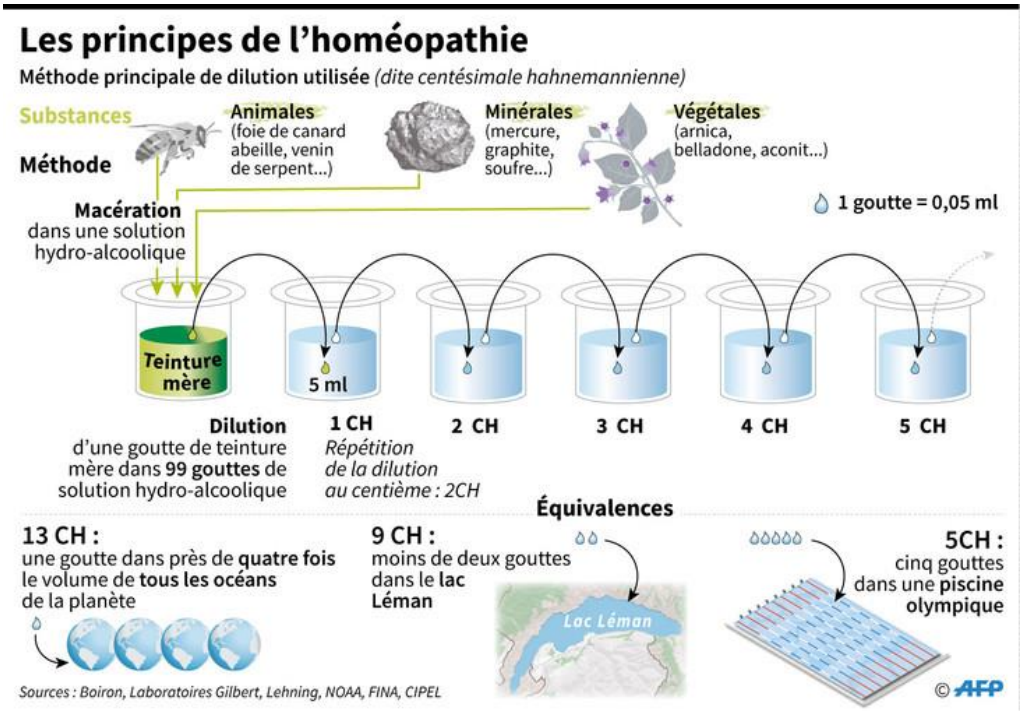

Figure 17 : Méthode d'obtention de l'homéopathie suivant le principe de la dilution centésimale (Boiron).

Comme pour les médicaments allopathiques, l'effet thérapeutique dépendra de la quantité de principe actif administré. Dans le cas de l'homéopathie, on parle de dose infinitésimale de principe actif. La substance subit une dilution de 1:99 (principe actif:solvant) et cela autant de fois que nécessaire. Pour éliminer tout risque de toxicité mais en conservant une activité, les souches seront diluées selon la méthode Hahnemannienne. Après cette phase de dilution s'ensuit une phase de dynamisation qui consiste en une agitation vigoureuse du produit.

Individualisation : pour un remède homéopathique il faudra prendre en compte les symptômes de la maladie mais aussi des symptômes latents, anciens. Le terme individualisation du traitement prend toute sa place ici. C'est une médecine personnalisée à un individu et l'efficacité du traitement sera patient-dépendante en fonction de son niveau de réaction. Ainsi deux patients avec des signes cliniques pathologiques semblables ne répondront pas de la même façon au traitement et pourront dès lors avoir une thérapeutique différente.

Le médicament homéopathique (159), (160)

Le médicament homéopathique est donc fabriqué à partir d'une succession de dilutions d'une substance. Ces substances peuvent être issues d'une plante, d'un minéral ou du règne animal. Le médicament homéopathique peut être divisé en deux catégories. D'un côté le médicament à nom commun et de l'autre côté les spécialités homéopathiques.

Les souches à nom commun sont composées d'une seule souche. On définira une souche à nom commun par sa composition, sa dilution, sa forme et sa présentation. On parle par exemple du médicament *Arnica* 9CH en tubes granules.

Les formules composées sont une association de souches homéopathiques à une dilution donnée. Ces formules sont préparées à l'avance et standardisées par les laboratoires homéopathiques. On citera : Aconitum composé solution buvable 30 ml = *Aconitum napellus* 3CH + *Bryonia* 3CH + *Eupatorium perfoliatum* 3CH + *Ferrum phosphoricum* 3 CH + *Mercurius dulcis* 3CH + *Arnica montana* 3CH + *Apis Mellifica* 3CH.

Les préparations magistrales homéopathiques sont des médicaments prescrits par un médecin, destinées à un patient en particulier, en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible (161). Ces préparations peuvent être composées d'une seule souche ou de plusieurs. On parlera de préparations magistrales unitaires ou complexes.

Les médicaments homéopathiques à nom de marque sont des spécialités développées par les laboratoires homéopathiques et vendues sous nom de marque. Le plus connu est Camilia®. Ces spécialités ont une indication, une posologie.

B - Aspect réglementaire.

Législation de la pratique de l'ostéopathie en France.

Il faut noter avant toute chose que l'homéopathie est un médicament référencé dans l'article L.5121-1 11° du Code de la Santé Publique (161). Il répond aux normes de qualités pharmaceutiques et est enregistré auprès des instances de santé. Toutefois contrairement aux autres médicaments, l'homéopathie a un statut particulier car on ne lui demande pas de donner des preuves de son efficacité. Seulement que le principe actif montre une dilution telle qu'il montrera une innocuité certaine. Le

médicament homéopathique a été inscrit à la pharmacopée Française en 1965 et en 1995 à la pharmacopée Européenne (159). C'est un médicament possédant une AMM il est donc évident que sa pratique ne peut se faire que par un professionnel de santé. On pense aux médecins, aux chirurgiens-dentistes, aux pharmaciens et aux sages-femmes. Un médecin homéopathe est avant tout un généraliste qui a effectué une spécialisation. C'est ainsi qu'en France elle est enseignée depuis 1965 dans les facultés.

Plusieurs centres de formation à l'homéopathie sont disponibles en France. La plupart du temps la formation peut avoir lieu soit dans les facultés dispensant des DU d'homéopathie, soit dans des écoles privées comme l'Ecole Française d'Homéopathie (162). La formation a une durée d'un à trois ans, et peut dans certains cas se faire par correspondance.

Les chiffres concernant la pratique de l'homéopathie en France varient selon les sources. D'après le Syndicat National des Médecins Homéopathes Français (163) 5000 médecins pratiquent l'homéopathie en 2016. Selon Boiron, 20 000 généralistes la prescriraient régulièrement (159).

Toutefois, l'utilité de l'homéopathie est de plus en plus controversée. L'encadrement de cette pratique a été longuement étudié en 2018 par la HAS et les hautes instances européennes. C'est dans ce cadre que le doyen de la faculté de médecine de Lille a décidé de suspendre le diplôme universitaire d'homéopathie pour l'année scolaire 2018-2019. Ce qui a été réitéré cette année. Un décret paru en mars 2019, fait appel à la Commission de Transparence (CT

) pour évaluer l'efficacité et l'innocuité des quelques 1200 souches composants les médicaments homéopathiques (164). Pour ce faire, le CT se basera sur plus de 800 publications et recommandations françaises et internationales, sur les données des 3 laboratoires homéopathiques et sur les contributions des professionnels de santé. Le 28 Juin 2019 la HAS s'est prononcée pour le déremboursement de l'homéopathie lié à son efficacité insuffisante. Le 10 juillet 2019, Agnès Buzyn ministre de la santé suit l'avis de la HAS et annonce le déremboursement de l'homéopathie par la sécurité sociale.

Législation de la pratique de l'ostéopathie en France.

Le médicament homéopathique est également reconnu au niveau européen dans le cadre de la directive européenne 2001/83/CE. Ce cadre permet aux médicaments homéopathiques d'être soumis aux réglementations pour garantir une innocuité, une traçabilité et une qualité. Leur fabrication tient compte des Bonnes Pratiques de Fabrication (BPF) (165) et les effets indésirables sont remontés au centre de pharmacovigilance.

Conditions de prise en charge (89)

L'homéopathie est encore actuellement prise en charge par la sécurité sociale. Le médecin homéopathe étant un médecin avant tout, la prise en charge se fera de façon classique. Concernant le remboursement des médicaments et préparations magistrales homéopathiques le taux de remboursement par la sécurité sociale est de 30 %.

Suite au rapport de la HAS qui s'est prononcé contre le remboursement de l'homéopathie, le gouvernement a décidé du déremboursement partiel de l'homéopathie dès 2020 avec un remboursement à hauteur de 15% et pour un déremboursement total en 2021. Cela représenterait une somme de 130 millions d'euros d'économie annuelle pour la sécurité sociale.

C – Comment se déroule une séance ?

La consultation clinique réalisée par un médecin homéopathe est établie sur deux étapes (166), (167).
L'avantage est que c'est une thérapeutique individualisée, basée sur les caractéristiques de chacun. Ainsi la première étape de l'entretien sera basée sur un **examen clinique** basé sur l'observation afin d'analyser les caractéristiques distinctives du patient. Cette observation se fera dès la salle d'attente.

Suivra une étape d'écoute du patient. Le thérapeute pourra guider la discussion à l'aide de questions ouvertes, mais ne devra pas monopoliser la discussion. Cela permet de poser des mots sur les troubles du patient avec ses propres termes. Le

médecin établira **un profil du patient** en tenant compte de son mode de vie : l'alimentation, le sommeil...

Les consultations homéopathiques sont généralement plus longues qu'une consultation chez le médecin généraliste. L'établissement d'un profil vraiment adapté à son patient est un travail fastidieux. Le praticien pourra prendre facilement une à deux heures pour le premier entretien et une heure pour les entretiens succins. Certains thérapeutes proposent également de remplir un questionnaire préalable au premier rendez-vous afin de préparer l'entretien.

Des outils sont utilisés pour élaborer un traitement adapté. Parmi ces outils, on peut citer la croix de Hering (figure 18), composée d'une série de 5 éléments auxquels il faudra répondre.

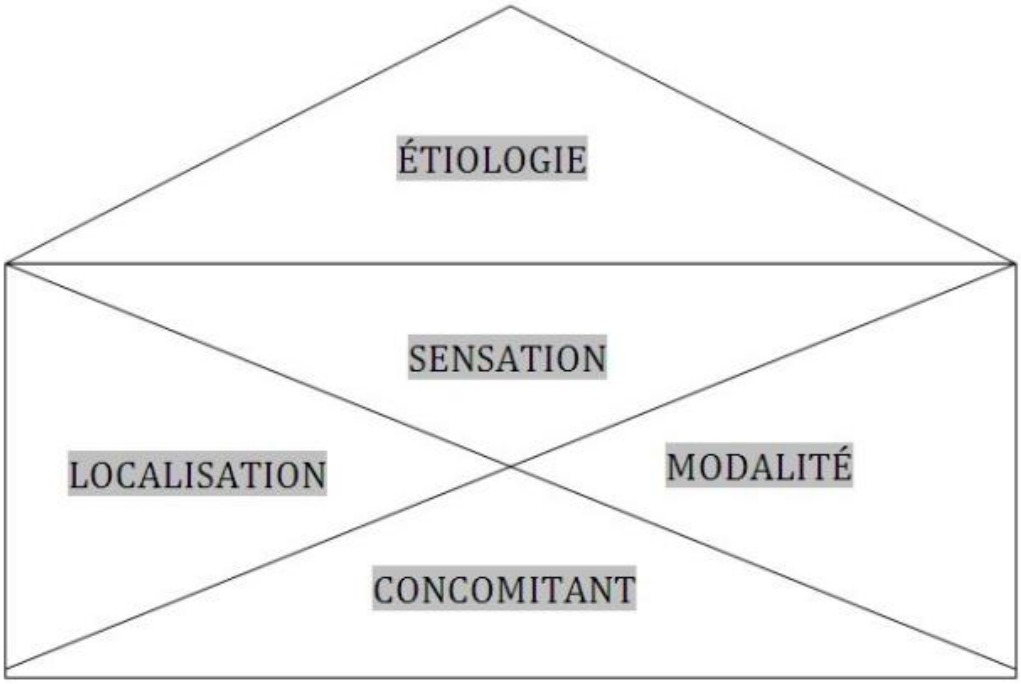

Figure 18 : Croix de Hering (167).

La croix de Hering est un outil utilisé par les médecins homéopathes pour permettre de déterminer les symptômes généraux et locaux présents chez les patients (167).

La sensation se base sur le ressenti du patient. On posera la question : « décrivez ce que vous ressentez ? »

Les modalités définissent ce qui qualifiera le symptôme, à savoir ce qui va l'aggraver ou au contraire le soulager. Il existe des modalités temporelles comme par exemple le jour, la nuit, des modalités fonctionnelles comme la digestion, le sommeil…

La localisation permet de situer le symptôme et d'en définir l'évolution.

Les concomitants ont pour rôle de voir si d'autres symptômes sont apparus depuis que le trouble s'est déclaré.

L'étiologie sert à définir le commencement des troubles. A quelle occasion s'est développé le trouble. On peut penser à des causes psychiques, thermiques…

Après avoir établi un diagnostic, on établit **un tableau de l'ensemble des symptômes**. Selon la loi de similitude, un protocole sera rédigé et prescrit au patient.
Dans le cas de pathologie aiguë, le traitement pourra être immédiatement administré au patient. Pour des pathologies plus chroniques, le thérapeute sera amené à effectuer des recherches plus poussées dans son répertoire et peut prévenir le patient que la prescription médicamenteuse lui sera amenée plus tardivement.

D – Homéopathie en obstétrique.

L'homéopathie peut être utilisée à plusieurs stades : en prénatal, pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et en post-partum.

L'homéopathie pendant la grossesse est utilisée dans la totalité des symptômes :

- **troubles digestifs** : nausées et vomissement, pyrosis, reflux gastrique
- **pathologies veineuses** : jambes lourdes, varices, hémorroïdes
- **troubles musculo-squelettiques** : lombalgie, crampes, canal carpien
- **manifestations psychologiques** : trouble du sommeil et de l'humeur
- **aide au sevrage tabagique**

- **pendant l'accouchement** : dystocie, douleur, spasme du col, anxiété et agitation

L'homéopathie est considérée comme LA thérapeutique de choix dans le traitement de la grossesse. Ces traitements pourront aussi bien être utilisés dans le cas de grossesses ayant un déroulement correct que pour des grossesses compliquées, sujettes à des menaces d'accouchements prématurés, notamment (168). Ces traitements permettent une prise en charge efficace des troubles de la femme enceinte tout en étant inoffensif pour le fœtus. Le fait de n'avoir ni effets indésirables, ni contre-indications, ni phénomène d'accoutumance, et cela quel que soit le terme de la grossesse, est un autre point à prendre en compte. Enfin, il n'y a pas d'interactions médicamenteuses avec les traitements allopathiques.

Une thèse soutenue en 2017 par Nucheze sur l'automédication des femmes gravides dans la région de Vienne a montré que dans le cadre d'une grossesse l'homéopathie est le traitement le plus plébiscité avec 63% d'automédication (contre 33 % pour les compléments alimentaires et 2 % en aromathérapie/phytothérapie). Les principaux traitements ne portent pourtant pas sur l'amélioration de symptômes liés à l'état de grossesse mais sur des pathologies à visée ORL. La place du pharmacien est ici prépondérante car son conseil est dans 72 % des cas à l'origine de la prise homéopathique contre 20 % pour les médecins et sages-femmes (169).

Sepia : souche caractéristique de la femme enceinte

La souche homéopathique caractéristique à la femme enceinte est *Sepia officinalis*. Cette souche est obtenue à partir de dilution d'encre de seiche secrétée par l'animal en cas de danger ou d'attaque d'une proie. C'est un liquide de couleur brun/noirâtre. Un phénotype caractéristique de la patiente peut être défini. On parle d'une femme maigre, aux cheveux foncés et au teint pâle. Au niveau psychique c'est une patiente à l'humeur triste, qui pleure facilement et qui est indifférente à tout. Son sommeil est agité avec un réveil vers 3 heures du matin sans possibilité de se rendormir (170).

Nausées et vomissements.

Dans le cas des nausées, le traitement sera dépendant des facteurs déclenchant les nausées et de ceux qui les soulagent (159), (171), (172).

La souche ***Sepia*** sera utilisée chez la patiente qui ressent des **nausées matinales** qui sont accentuées par le brossage de dents. Ces nausées disparaissent de suite après le petit déjeuner. La femme a comme caractéristique d'être constipée, à tendance dépressive. La posologie sera de 5 granules matin et soir en 7 ou 9CH jusqu'à disparition des symptômes.

La souche ***Ignatia*** 15 CH matin et soir sera utilisée lorsque les nausées sont **accentuées par les émotions** de type nervosité, angoisse et par l'hypersensibilité de la patiente. Les troubles sont améliorés par l'alimentation et la distraction.

Nux vomica est une souche qui est utilisée quand les nausées donnent lieu à des vomissements qui calment les symptômes, une langue chargée, une alternance de diarrhée et de constipation. La femme est irritable et présente une somnolence post prandiale.

Ipeca est la souche inverse à *Nux vomica*. On prescrira *Ipeca* en 9CH 5 granules au rythme des nausées : les vomissements ne calment pas les nausées. La langue est propre, non chargée et la patiente présente des signes d'hypersalivation.
Cocculus indicus sera prescrit chez une femme atteinte de vertige, migraine, grande fatigue. Les nausées sont soulagées par la chaleur et la position allongée.

Tabaccum est utilisée lorsque les nausées sont accompagnées de sueur froide, de vertige, de pâleur.

Enfin la dernière souche est ***Colchicum*** 5CH qui sera utilisée lorsque les nausées sont provoquées par les odeurs de nourriture. La patiente est hypersensible.

Il existe des spécialités qui seront une grande aide pour le praticien. On peut citer la spécialité *Tabacum Composé* ou encore Cocculine® qui pourra de plus être utilisé comme support aux huiles essentielles (citron par exemple). Depuis 2015, le laboratoire Lehning a commercialisé une nouvelle spécialité le Famenpax® qui est un médicament homéopathique spécifique pour les nausées et vomissements de la femme enceinte.

Douleur

Sepia officinalis est la première souche à administrer*. Elle sera à prescrire pour des* douleurs dans les reins avec agitation des membres et sensation de pesanteur pelvienne. La femme ressentira une amélioration des symptômes en position allongée sur un plan dur. 5 granules 2 fois par jour en 9 CH.

Arnica montana sera prescrit quand la femme a une sensation de dos meurtri, douloureux avec une difficulté pour marcher, une douleur dans le lit (sensation de lit trop dur) et au toucher. La posologie sera de 5 granules, en 7 CH ou 9 CH, 1 à 2 fois par jour.

Rhus toxicodendron pour la femme qui a une raideur et un endolorissement dans le dos, entre les épaules et la colonne. L'état sera amélioré par le mouvement continu, le massage, la chaleur et la position couchée sur un lit dur et aggravé par le repos, la position assise et le froid. La prise sera de 5 granules, en 5 CH ou 7CH, 1 ou 2 fois par jour.

Stress et anxiété (173)*.*

Gelsemium sempervirens est la souche utilisée par la femme enceinte pour lutter contre l'état de stress et anxiété ressenti à l'approche de l'accouchement. La posologie sera de 5 granules en 9CH dès qu'une sensation de paralysie se fera sentir. Elle sera utilisée chez une femme peureuse, présentant des tremblements, une sensation d'arrêt cardiaque, une diarrhée à l'évocation de l'accouchement.

La souche ***Actaea racemosa*** devra être débutée six semaines avant le terme à raison d'une dose en 15CH. Cette souche concerne une femme tourmentée, qui a des alternances entre l'état de tristesse et la gaieté. La peur de l'accouchement est liée soit au fait d'une première naissance, soit à des soucis rencontrés lors des accouchements précédents.

En association à la souche précédente et dans le cas de troubles de l'humeur, une dose ***d'Ignatia amara*** en 9CH toutes les semaines jusqu'à l'accouchement.

Pulsatilla est une souche que l'on utilisera pour une femme émotive, passive. La patiente a un besoin de réconfort venant des siens.

Nux vomica sera utilisée par une patiente agitée, révoltée avec irritabilité et colère.

Arsenicum album est pour une femme qui n'arrive plus à voir le positif dans la situation actuelle.

Préparation à l'accouchement

Viburnum opulus est une souche très utilisée pour les troubles gynécologiques quelque soit la période de vie de la femme. Ainsi on l'utilisera chez la femme enceinte pour aider à régulariser les contractions.

Actaea racemosa sera utilisée chez les femmes ayant des contractions irrégulières à type de crampes**.** C'est une plante herbacée à tropisme génital féminin. La teinture mère est préparée à partir des racines séchées de la plante. Le phénotype de la femme sensible à cette souche est une femme qui alterne les phases de dépression/bonheur. Cette souche, prise dès les premières contractions, favorise des contractions régulières et un col plus souple.

Caulophyllum thalictroides sera utilisée en complément de l'actée à grappes**.** Cette souche, issue des parties souterraines d'une herbe vivace retrouvée dans les forêts du Canada, est surnommée « racine de femme » par les Indiens d'Amériques. Elle a pour but de faciliter l'accouchement et d'expulser le placenta.

Les deux souches précédentes pourront être prescrites de façon concomitante un mois avant l'accouchement prévu à hauteur de 5 granules en 9CH. Lors du départ pour la maternité, il est conseillé de prendre conjointement une dose de ***Caulophyllum thalictroides*** en 15CH et une dose ***d'Actaea racemosa*** en 30CH.

E - Précautions d'emploi, effets indésirables et contre-indications.

Comme cité plusieurs fois précédemment l'homéopathie est la thérapeutique de choix quelle que soit la population ciblée. C'est une thérapeutique peu onéreuse, qui ne montre pas d'interactions avec les traitements allopathiques. Au contraire, elle est largement utilisée avec des traitements allopathiques pour en diminuer les effets indésirables. C'est souvent le cas en oncologie.

Les traitements homéopathiques sont issus de substances très diluées permettant d'assurer une innocuité des traitements. De plus, ces médicaments sont pour la plupart exempts d'effets secondaires.

Toutefois, pour certains patients caractérisés comme sensibles, il est possible d'avoir une aggravation des symptômes. Cela se verra aussi en cas de prise d'un traitement à de fortes doses de façon prolongée, ou d'un traitement continué alors que les symptômes sont passés. Il conviendra d'en adapter la prescription dont notamment une augmentation de la dilution. Il existe enfin une allergie aux souches constitutives.

Dans le cas de la femme enceinte, il conviendra de prendre une attention particulière lors de prescription de teintures mères. Les teintures mères sont issues d'un mélange de substances dans un liquide hydro-alcoolique. Il faudra donc vérifier que la dilution sera faite dans une base d'eau et non d'alcool. Il en est de même pour certains médicaments comme le sirop Stodal® contenant une base d'alcool.

CONCLUSION

La grossesse est une phase où la femme se pose beaucoup de questions et où les réponses peuvent être difficiles à trouver. Les femmes enceintes sont constamment submergées d'informations, que ce soit par les professionnels de santé, les médias, les réseaux sociaux. Il peut parfois être difficile pour les femmes de savoir vers qui se tourner surtout si les données qu'on leur fournit se retrouvent être contradictoires. Il est important dès lors de rappeler à la femme que son état est physiologique, tout comme ces craintes. Il est alors indispensable pour le pharmacien d'officine d'être une oreille attentive au discours de la femme enceinte et de pouvoir répondre à ces éventuelles questions de façon adaptée. A défaut de pouvoir apporter une réponse immédiate, il s'avère nécessaire de savoir où chercher les informations qui pourront leur être utiles.

Afin d'apporter une solution à leurs maux, le recours à l'allopathie n'est pas forcément nécessaire. Il est primordial dans un premier temps de rappeler l'ensemble des règles hygiéno-diététiques qui peuvent être mises en place pour soulager les maux. Si les troubles persistent il sera possible de proposer des traitements de type homéopathie, phytothérapie ou encore guider la femme chez un confrère pouvant soulager ces troubles.

Le souci rencontré lors de ce travail est qu'il y a peu d'études scientifiques concernant l'efficacité et innocuité des médecines alternatives et complémentaires, et encore moins chez la femme enceinte. Lié au manque d'études chez cette population particulière, il est d'usage d'être restrictif dans les pratiques et recommandations, parfois par manque de connaissance.

Il est alors primordial de se baser sur les recommandations des organismes de santé comme l'ANSM et la HAS qui rédigent sous une cohorte scientifiques des guides spécifiques pour les femmes enceintes à l'attention des professionnels de santé. Bien qu'il soit légitime d'avoir des lacunes dans ces pratiques, il semble être du ressort du pharmacien d'officine de connaître a minima les pratiques les plus couramment utilisées chez la femme enceinte, ou à défaut de trouver les sites professionnels où les informations qui sont à disposition.

BIBLIOGRAPHIE

1. Armessen C, Faure S. La physiologie de la grossesse. Actual Pharm. juin 2009;48(486):10.

2. Emile C. Modifications physiologiques pendant la grossesse et incidence sur les paramètres biologiques. Option/Bio. 1 mai 2016;27(543):15-7.

3. Panchaud A, Weisskopf E, Winterfeld U, Baud D, Guidi M, Eap CB, et al. Médicaments et grossesse : modifications pharmacocinétiques et place du suivi thérapeutique pharmacologique. Therapies. 1 mai 2014;69(3):223-34.

4. Armessen C, Faure S. La physiologie de la grossesse. Actual Pharm. 1 juin 2009;48(486):10.

5. Tran AH, Best BM, Stek A, Wang J, Capparelli EV, Burchett SK, et al. Pharmacokinetics of Rilpivirine in HIV-Infected Pregnant Women. J Acquir Immune Defic Syndr 1999. 01 2016;72(3):289-96.

6. Mitchell M. Risk, pregnancy and complementary and alternative medicine. - PubMed - NCBI [Internet]. 2010 [cité 9 févr 2018]. Disponible sur: https://www-ncbi-nlm-nih-gov.doc-distant.univ-lille2.fr/pubmed/20347843

7. Principaux repères sur les anomalies congénitale [Internet]. [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies

8. Blin A, Pillon F. Médicaments et grossesse, application à l'exercice officinal. Actual Pharm. 1 déc 2017;56(571):33-7.

9. Bellet F, Joannet G, Marsille F, Mounier G, Guy C. Médicaments et grossesse : ce que doit savoir le pharmacien d'officine - ScienceDirect [Internet]. 2013 [cité 3 févr 2018]. Disponible sur: https://www-sciencedirect-com.doc-distant.univ-lille2.fr/science/article/pii/S0515370013003881

10. pédiatrie S canadienne de. Protéger et promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents | Société canadienne de pédiatrie [Internet]. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: https://www.cps.ca/fr/

11. pédiatrie S canadienne de. La prise en charge des nouveau-nés dont la mère a pris des opioïdes pendant la grossesse | Société canadienne de pédiatrie [Internet]. [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: https://www.cps.ca/fr/documents/position/opioides-pendant-la-grossesse

12. Autisme [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme

13. Comité de pilotage « antiépileptiques et grossesse »- Etude sur le risque de troubles neuro-développementaux précoces associé à l'exposition in utero à l'acide valproïque et aux autres traitements de l'épilepsie en France - Communiqué - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Communiques-Communiques-Points-presse/Comite-de-pilotage-antiepileptiques-et-grossesse-Etude-sur-le-risque-de-troubles-neuro-developpementaux-precoces-associe-a-l-exposition-in-utero-a-l-acide-valproique-et-aux-autres-traitements-de-l-epilepsie-en-France-Communique

14. D.E.S. France - Réseau D.E.S. France [Internet]. [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: http://www.des-france.org/distilbene/consequences.php#3eme_generation

15. CRAT - Centre de référence sur les agents tératogènes chez la femme enceinte [Internet]. [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: https://www.lecrat.fr/

16. Autorisation - Accueil [Internet]. [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/index.php

17. Décret n° 2017-550 du 14 avril 2017 relatif à l'apposition d'un pictogramme sur le conditionnement extérieur de certains médicaments ou produits. 2017-550 avr 14, 2017.

18. e26decb2772044014fa81f5f6851a5a4.pdf [Internet]. [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/e26decb2772044014fa81f5f6851a5a4.pdf

19. NCCIH [Internet]. NCCIH. [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: https://nccih.nih.gov/node/2638

20. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/conseil-national-lordre-medecins

21. De quoi les médecines complémentaires et alternatives sont-elles le nom ? [Internet]. France Assos Santé. 2018 [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: https://www.france-assos-sante.org/2018/05/31/de-quoi-les-medecines-complementaires-et-alternatives-sont-elles-le-nom/

22. France Assos Santé - La Voix des Usagers [Internet]. France Assos Santé. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: https://www.france-assos-sante.org/

23. Simon L, Prebay D, Beretz A, Bagot J-L, Lobstein A, Rubinstein I, et al. [Complementary and alternative medicines taken by cancer patients]. Bull Cancer (Paris). mai 2007;94(5):483-8.

24. Philibert C, Hoegy D, Philippe M. Évaluation du recours aux médecines alternatives et complémentaires orales dans un service d'onco-hématologie pédiatrique - ScienceDirect [Internet]. 2015 [cité 3 févr 2018]. Disponible sur: https://www-sciencedirect-com.doc-distant.univ-lille2.fr/science/article/pii/S0007455115002337

25. triadou9-3.pdf [Internet]. [cité 9 févr 2018]. Disponible sur: https://www.meridiens.org/acuMoxi/neuftrois/triadou9-3.pdf

26. Münstedt K, Maisch M, Tinneberg HR, Hübner J. Complementary and alternative medicine (CAM) in obstetrics and gynaecology: a survey of office-based obstetricians and gynaecologists regarding attitudes towards CAM, its provision and cooperation with other CAM providers in the state of Hesse, Germany. Arch Gynecol Obstet. déc 2014;290(6):1133-9.

27. Guérin A, Rieutord A, Cuche L, Lupattelli A, Nordeng H. Médicaments et grossesse : une enquête menée auprès de 374 femmes en France. /data/revues/00405957/v71i6/S0040595716300415/ [Internet]. 9 nov 2016 [cité 24 oct 2019]; Disponible sur: https://www.em-consulte.com/en/article/1093902

28. Bienvenue sur le site de la Miviludes | Miviludes [Internet]. [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: https://www.derives-sectes.gouv.fr/

29. Présentation d'EFEMERIS [Internet]. [cité 25 oct 2019]. Disponible sur: http://www.efemeris.fr/

30. Hurault-Delarue C, Lacroix I, Vidal S, Montastruc J-L, Damase-Michel C. Médicaments et grossesse : étude dans la base de données EFEMERIS 2004–2008. Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 oct 2011;39(10):554-8.

31. Parent G, Mottet N, Mairot P, Baudier F, Carel D, Goguey M, et al. [Prescribed and dispensed in the third trimester of pregnancy drugs: What practices and risks?]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). sept 2016;45(7):754-9.

32. Bishop JL, Northstone K, Green JR, Thompson EA. The use of Complementary and Alternative Medicine in pregnancy: data from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). Complement Ther Med. déc 2011;19(6):303-10.

33. Skouteris H, Wertheim EH, Rallis S, Paxton SJ, Kelly L, Milgrom J. Use of complementary and alternative medicines by a sample of Australian women during pregnancy. Aust N Z J Obstet Gynaecol. août 2008;48(4):384-90.

34. Cuzzolin L, Francini-Pesenti F, Verlato G, Joppi M, Baldelli P, Benoni G. Use of herbal products among 392 Italian pregnant women: focus on pregnancy outcome. Pharmacoepidemiol Drug Saf. nov 2010;19(11):1151-8.

35. Allaire A, Moos M, Wells S. Complementary and alternative medicine in pregnancy: a survey of North Carolina certified nurse-midwives - ScienceDirect [Internet]. 2000 [cité 8 févr 2018]. Disponible sur: https://www-sciencedirect-com.doc-distant.univ-lille2.fr/science/article/pii/S0029784499004810

36. Yusof J, Mahdy ZA, Noor RM. Use of complementary and alternative medicine in pregnancy and its impact on obstetric outcome. Complement Ther Clin Pract. nov 2016;25:155-63.

37. Hameen-Anttila K, Jyrkka J, Enlund H, Nordeng H, Lupattelli A, Kokki E. Medicines information needs during pregnancy: a multinational comparison | BMJ Open [Internet]. 2018 [cité 8 févr 2018]. Disponible sur: http://bmjopen.bmj.com/content/3/4/e002594

38. Guérin A, Rieutord A, Cuche L, Lupattelli A, Nordeng H. Médicaments et grossesse : une enquête menée auprès de 374 femmes en France - ScienceDirect [Internet]. 2016 [cité 8 févr 2018]. Disponible sur: https://www-sciencedirect-com.doc-distant.univ-lille2.fr/science/article/pii/S0040595716300415

39. Hall HG, McKenna LG, Griffiths DL. Contextual factors that mediate midwives' behaviour towards pregnant women's use of complementary and alternative medicine. Eur J Integr Med. 1 févr 2013;5(1):68-74.

40. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. JAMA. 11 nov 1998;280(18):1569-75.

41. Hall HG, McKenna LG, Griffiths DL. Contextual factors that mediate midwives' behaviour towards pregnant women's use of complementary and alternative medicine. Eur J Integr Med. 1 févr 2013;5(1):68-74.

42. Steel A, Adams J, Sibbritt D, Broom A, Gallois C, Frawley J. Utilisation of complementary and alternative medicine (CAM) practitioners within maternity care provision: results from a

nationally representative cohort study of 1,835 pregnant women. BMC Pregnancy Childbirth. 12 déc 2012;12:146.

43. Campbell K, Rowe H, Azzam H, Lane CA. Prise en charge des nausées et vomissements de la grossesse. J Obstet Gynaecol Can. 1 déc 2016;38(12):1138-49.

44. Dodds L, Fell DB, Joseph KS, Allen VM, Butler B. Outcomes of pregnancies complicated by hyperemesis gravidarum. Obstet Gynecol. févr 2006;107(2 Pt 1):285-92.

45. Hastoy A, Lien Tran P, Lakestani O, Barau G, Gérardin P, Boukerrou M. L'hyperémèse gravidique : quelles conséquences sur la grossesse ? J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 févr 2015;44(2):154-63.

46. Battu C. Troubles digestifs et grossesse. Actual Pharm. 1 nov 2015;54(550):19-22.

47. Nausées et vomissements sévères ou hyperemesis gravidique : Complications de grossesse chez la mère [Internet]. [cité 25 oct 2019]. Disponible sur: https://www.chusj.org/fr/soins-services/C/complications-de-grossesse/complications-mere/Complications/nausees

48. Armessen C, Faure S. Les nausées et vomissements de la grossesse. Actual Pharm. 1 juin 2009;48(486):11-3.

49. Accueil - VIDAL eVIDAL [Internet]. [cité 25 oct 2019]. Disponible sur: https://evidal-vidal-fr.ressources-electroniques.univ-lille.fr/

50. domperidone_reevaluation__synthese.pdf [Internet]. [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/domperidone_reevaluation__synthese.pdf

51. Graignic-Philippe R, Tordjman S. Effets du stress pendant la grossesse sur le développement du bébé et de l'enfant. Arch Pédiatrie. 1 oct 2009;16(10):1355-63.

52. fiche_bum_benzodiazepines_anxiete_cd_27062018.pdf [Internet]. [cité 26 oct 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-07/fiche_bum_benzodiazepines_anxiete_cd_27062018.pdf

53. fritz.pdf [Internet]. [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: http://www.sofmmoo.org/documents/fritz.pdf

54. Battu C. Quels antalgiques pour soulager les lombalgies au cours de la grossesse ? Actual Pharm. 1 nov 2015;54(550):16-8.

55. ✓ Coussin allaitement : Avis,Comparatif & Conseils | coussin de grossesse [Internet]. [cité 26 nov 2019]. Disponible sur: http://www.coussin-allaitement.com/

56. Gibaud - Tisseurs de soin [Internet]. [cité 27 nov 2019]. Disponible sur: https://www.gibaud.com/

57. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. The Lancet. 21 oct 2000;356(9239):1375-83.

58. Mode d'accouchement des femmes avec une présentation du siège à terme dans l'étude PREMODA (PREsentation et MODe d'Accouchement) - ScienceDirect [Internet]. [cité 29 oct

2019]. Disponible sur: https://www-sciencedirect-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/science/article/pii/S1637408804722166

59. PasseportSanté.net : Information Santé - Alimentation - Exercice - Gestion du stress [Internet]. https://www.passeportsante.net/. [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: https://www.passeportsante.net/

60. Lecomte E, de Almeida. Petit guide de l'accouchement physiologique. :28.

61. Pharmacopée française - Substances d'origine végétale - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: https://www.ansm.sante.fr/Mediatheque/Publications/Pharmacopee-francaise-Substances-d-origine-vegetale

62. Arkogélules® | Arkopharma [Internet]. [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: https://www.arkopharma.com/fr-FR/arkogelules

63. Quelles parties des plantes médicinales utilise-t-on ? - EurekaSanté par VIDAL [Internet]. EurekaSanté. [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: https://eurekasante.vidal.fr/parapharmacie/bon-usage-phytotherapie-plantes/parties-plantes-medicinales.html

64. Médicaments à base de plantes - Quels sont les risques? - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: https://www.ansm.sante.fr/Activites/Medicaments-a-base-de-plantes/Medicaments-a-base-de-plantes-Quels-sont-les-risques/(offset)/2

65. Autres produits à base de plantes - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: https://www.ansm.sante.fr/Activites/Medicaments-a-base-de-plantes/Autres-produits-a-base-de-plantes/(offset)/4

66. Allais D. Le gingembre. Actual Pharm. 1 mars 2009;48(483):53-4.

67. femmes_enceintes_recos.pdf [Internet]. [cité 3 févr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf

68. WHO-RHR-16.12-fre.pdf [Internet]. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250801/WHO-RHR-16.12-fre.pdf;jsessionid=BCFE9E0E3ED7F1F596C06136CFEACA48?sequence=1

69. Community herbal monograph on Zingiber officinale Roscoe, rhizoma. :6.

70. ODDIBIL cp enr - VIDAL eVIDAL [Internet]. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: https://evidal-vidal-fr.ressources-electroniques.univ-lille.fr/medicament/oddibil_cp_enr-12127-indications.html

71. Arkogélules® Cassis [Internet]. Arkopharma. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: https://www.arkopharma.com/fr-FR/arkogelules-cassis

72. final-european-union-herbal-monograph-ribes-nigrum-l-folium_en.pdf [Internet]. [cité 19 janv 2020]. Disponible sur: https://www.ema.europa.eu/en/documents/herbal-monograph/final-european-union-herbal-monograph-ribes-nigrum-l-folium_en.pdf

73. Collectif Alpen. Précis de phytothérapie. Alpen.

74. European Medicines Agency [Internet]. European Medicines Agency. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: https://www.ema.europa.eu/en

75. McFarlin B. A national survey of herbal preparation use by nurse-midwives for labor stimulation Review of the literature and recommendations for practice. J Nurse Midwifery. 6 mai 1999;44(3):205-16.

76. Parsons M, Simpson M, Ponton T. Raspberry leaf and its effect on labour: Safety and efficacy. Aust Coll Midwives Inc J. sept 1999;12(3):20-5.

77. Raspberry leaf--should it be recommended to pregna...: Résultats de Full Text Finder [Internet]. [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: https://resolver-ebscohost-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/openurl?sid=Entrez%3aPubMed&id=pmid%3a19880082&site=ftf-live&SToken=Az6EMVFw5kF19J2VSkQgrKSHEkDUeNR6BHm64L-ws_6oRM6bdk8mj2URaT_hEc2aJm1N43fBv5o0TJE5mW6qET5WQamICP5v8PIea4wSHA8kPvE4FajbqUG8VfK5Z76Eje0m3k7KNOSiFVu2Hn2Evi9TWfkwlqC0oxOeAjlLe61wm4HEZ21xhMQsJOGIj0x8fBrhQQLVOOkIZEYfkbjODCzlOtRMbyPYBa6P5-CEqK0XxtQdsTxBoq0RXRy6BR9CY0eQxkN44rm7tXyiXA5Ffj4avTZM

78. ANSES. Actualisation des repères alimentaires du PNNS pour les femmes enceintes ou allaitantes [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2017SA0141.pdf

79. final-community-herbal-monograph-achillea-millefolium-l-flos_en.pdf [Internet]. [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: https://www.ema.europa.eu/en/documents/herbal-monograph/final-community-herbal-monograph-achillea-millefolium-l-flos_en.pdf

80. P0272012.pdf [Internet]. [cité 15 nov 2019]. Disponible sur: http://ao.um5.ac.ma/xmlui/bitstream/handle/123456789/14540/P0272012.pdf?sequence=1&isAllowed=y

81. Jain A, Katewa SS, Chaudhary BL, Galav P. Folk herbal medicines used in birth control and sexual diseases by tribals of southern Rajasthan, India. J Ethnopharmacol. 1 janv 2004;90(1):171-7.

82. Belhomme N, Doudnikoff C, Polard E, Henriot B, Isly H, Jego P. Aspirine : indications et utilisation durant la grossesse. Rev Médecine Interne. 1 déc 2017;38(12):825-32.

83. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [cité 4 nov 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/conseil-national-lordre-medecins

84. les médecins au 1er janvier 2011. :137.

85. kce_153b_acupuncture_en_belgique_0.pdf [Internet]. [cité 3 févr 2018]. Disponible sur: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/kce_153b_acupuncture_en_belgique_0.pdf

86. association française d'acupuncture [Internet]. [cité 3 févr 2018]. Disponible sur: http://www.acupuncture-france.com/fr/Accueil-7.html

87. SNMAF [Internet]. [cité 3 févr 2018]. Disponible sur: http://www.acumedsyn.org/

88. Association Française d'Acupuncture [Internet]. [cité 4 nov 2019]. Disponible sur: https://www.acupuncture-france.com/

89. ameli, le site de l'Assurance Maladie en ligne | ameli.fr | Assuré [Internet]. [cité 4 nov 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/

90. Accueil | Légifrance, le service public de la diffusion du droit [Internet]. [cité 4 nov 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/

91. CFA-MTC [Internet]. [cité 3 févr 2018]. Disponible sur: http://www.cfa-mtc.org/

92. Acupuncture During Pregnancy: Safety, Benefits And Risks [Internet]. [cité 4 nov 2019]. Disponible sur: https://www.momjunction.com/articles/effective-benefits-of-acupuncture-during-pregnancy_0080377/

93. Matthews A, Haas DM, O'Mathúna DPO, Dowswell T, Doyle M. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 21 mars 2014;(3):CD007575.

94. Rosen T, de Veciana M, Miller HS, Stewart L, Rebarber A, Slotnick RN. A randomized controlled trial of nerve stimulation for relief of nausea and vomiting in pregnancy. Obstet Gynecol. juill 2003;102(1):129-35.

95. Boelig RC, Barton SJ, Saccone G, Kelly AJ, Edwards SJ, Berghella V. Interventions for treating hyperemesis gravidarum: a Cochrane systematic review and meta-analysis. J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet. 11 juill 2017;1-14.

96. Carlsson CP, Axemo P, Bodin A, Carstensen H, Ehrenroth B, Madegård-Lind I, et al. Manual acupuncture reduces hyperemesis gravidarum: a placebo-controlled, randomized, single-blind, crossover study. J Pain Symptom Manage. oct 2000;20(4):273-9.

97. femmes_enceintes_recos.pdf [Internet]. [cité 3 févr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf

98. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada: Accueil [Internet]. [cité 3 févr 2018]. Disponible sur: https://sogc.org/fr/

99. Levett KM, Smith CA, Dahlen HG, Bensoussan A. Acupuncture and acupressure for pain management in labour and birth: a critical narrative review of current systematic review evidence. Complement Ther Med. juin 2014;22(3):523-40.

100. Acupuncture or acupressure for pain management in labour - Smith - 2011 - The Cochrane Library - Wiley Online Library [Internet]. [cité 3 févr 2018]. Disponible sur: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009232/abstract;jsessionid=841C564DECD735C2930E9527F713E188.f03t01?systemMessage=Please+be+advised+that+we+experienced+an+unexpected+issue+that+occurred+on+Saturday+and+Sunday+January+20th+and+21st+that+caused+the+site+to+be+down+for+an+extended+period+of+time+and+affected+the+ability+of+users+to+access+content+on+Wiley+Online+Library.+This+issue+has+now+been+fully+resolved.++We+apologize+for+any+inconvenience+this+may+have+caused+and+are+working+to+ensure+that+we+can+alert+you+immediately+of+any+unplanned+periods+of+downtime+or+disruption+in+the+future.

101. LI4: Le point d'acupuncture magique contre le stress et l'anxiété - Therapeutes magazine [Internet]. [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: https://therapeutesmagazine.com/5-points-acupression-soulager-stress-anxiete-quelques-minutes-25/

102. Suzuki S, Tobe C. Effect of Acupressure, Acupuncture and Moxibustion in Women With Pregnancy-Related Anxiety and Previous Depression: A Preliminary Study. J Clin Med Res. juin 2017;9(6):525-7.

103. Effects of LI-4 and SP-6 Acupuncture on Labor Pain, Cortisol Level and Duration of Labor. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 3 févr 2018]. Disponible sur: https://www-ncbi-nlm-nih-gov.doc-distant.univ-lille2.fr/pubmed/26433802

104. Bébé en siège [Internet]. Consultation Acupuncture Paris & Ajaccio. 2016 [cité 6 nov 2019]. Disponible sur: https://nicolian-acupuncture.com/bebe-siege-acupuncture/

105. Mitchell M, Allen K. An exploratory study of women's experiences and key stakeholders views of moxibustion for cephalic version in breech presentation. Complement Ther Clin Pract. nov 2008;14(4):264-72.

106. Chantry AA, Boillot E, Dupont C. Efficacité et sécurité des méthodes alternatives à l'analgésie péridurale pendant le travail. Rev Médecine Périnatale. 1 déc 2012;4(4):206-13.

107. Acupuncture : voici ce qui arrive à votre corps lorsque vous touchez ce point [Internet]. [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: https://www.santeplusmag.com/massez-ce-point-pendant-5-minutes-avant-de-vous-coucher-les-resultats-vont-vous-epater/

108. Kordi M, Firoozi M, Esmaili H. Effect of LI4 Acupressure on Labor Pain in the First Stage of Labor in Nuliparous Women. J Hayat. 10 janv 2011;16(3):95-101.

109. Asadi N, Maharlouei N, Khalili A, Darabi Y, Davoodi S, Raeisi Shahraki H, et al. Effects of LI-4 and SP-6 Acupuncture on Labor Pain, Cortisol Level and Duration of Labor. J Acupunct Meridian Stud. oct 2015;8(5):249-54.

110. Ding M, Qiu Y, Jiang Z, Tang L, Jin C. Acupuncture-Associated Pneumothorax. J Altern Complement Med. 14 janv 2013;19(6):564-8.

111. Principes directeurs pour la formation de base et la sécurité dans la pratique de l'acupuncture: Section II: Sécurité dans la pratique de l'acupuncture: 2. Contre-indications [Internet]. [cité 3 févr 2018]. Disponible sur: http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Js4931f/4.2.html

112. Manyande A, Grabowska C. Factors affecting the success of moxibustion in the management of a breech presentation as a preliminary treatment to external cephalic version. Midwifery. déc 2009;25(6):774-80.

113. Qu'est-ce que l'ostéopathie ? Les définitions de l'ostéopathie [Internet]. [cité 6 nov 2019]. Disponible sur: https://www.osteopathe-syndicat.fr/osteopathie-definition

114. France O de. Ostéopathie / L'ostépathie et la grossesse [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: https://osteofrance.com/osteopathie/grossesse/

115. Conservatoire Supérieur d'Ostéopathie | CSO Paris [Internet]. CSO. [cité 6 nov 2019]. Disponible sur: https://www.osteo.fr/

116. Historique de la SFO [Internet]. [cité 6 nov 2019]. Disponible sur: http://sf.osteopathie.free.fr/historique.htm

117. Registre Des Ostéopathes de France ROF - Association ostéopathie [Internet]. [cité 6 nov 2019]. Disponible sur: https://www.osteopathie.org/124-unite-pour-l-osteopathie-upo----qualite-et-securite-pour-les-patients---est-creee-ce-jour.html

118. Seropp – Ostéopathie Périnatale & Pédiatrique – Ostéopathe bébé, enfant, femme enceinte et suite de couche. Société Européenne de Recherche en Ostéopathie Périnatale & Pédiatrique [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: https://seropp.org/

119. SELARL ITHAQUE-CABINET MEDICAL D'OSTEOPATHIE -DOCTEUR DENIS RICHARD-TOURMIGNIES-LILLE-SECLIN-NORD-PAS DE CALAIS [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: https://www.richard-osteopathe.fr/

120. A propos - Le site du Docteur Régine BLAISE REEB - Docvadis [Internet]. Le site du Docteur Régine BLAISE REEB. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: https://www.docvadis.fr/regine-blaisereeb/a-propos/

121. Ostéopathe à Aix en Provence, Cabinet d'ostéopathie [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: http://www.aix-en-provence-osteopathe.com/

122. 2015TOU31036-1037.pdf [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/958/1/2015TOU31036-1037.pdf

123. Delolme A. Ostéopathie et grossesse : quelle est sa place dans la prise en charge des troubles mineurs de la grossesse ? 2014.

124. CNSF. Sage-femme et petits maux de la grossesse : autre regard, autres pratiques. 2012.

125. Hensel KL, Buchanan S, Brown SK, Rodriguez M, Cruser des A. Pregnancy Research on Osteopathic Manipulation Optimizing Treatment Effects: the PROMOTE study. Am J Obstet Gynecol. janv 2015;212(1):108.e1-9.

126. 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.

127. 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.

128. Anxiété et ostéopathie 2/3 : les traitements possibles [Internet]. Syncosteo. 2019 [cité 15 nov 2019]. Disponible sur: http://syncosteo.com/2019/02/21/anxiete-et-osteopathie-23-les-traitements-possibles/

129. Mémoire-Andrieux-1.pdf [Internet]. [cité 25 nov 2019]. Disponible sur: https://www.fero-science.com/wp-content/uploads/2018/10/M%C3%A9moire-Andrieux-1.pdf

130. Rod de Verchère C. Le Guide de l'osthéopathie. Albin Michel; 2012.

131. Elsevier. Manipulations générales en ostéopathie [Internet]. Elsevier Connect. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/kine-osteo/manipulations-generales-en-osteopathie

132. Martin M. L'ostéopathie : influence sur l'accouchement. 22 avr 2015 [cité 25 nov 2019]; Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01218584

133. Massages du diaphragme et libération de la cage thoracique [Internet]. Bien-être et Mieux-être. [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: http://www.devenir-zen.fr/se-soigner/libérer-son-diaphragme-pour-bien-respirer/auto-ostéopathie-et-massage-pour-libérer-son-diaphragme/

134. Barry C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie. :194.

135. Stone PR, Burgess W, McIntyre JPR, Gunn AJ, Lear CA, Bennet L, et al. Effect of maternal position on fetal behavioural state and heart rate variability in healthy late gestation pregnancy. J Physiol. 15 2017;595(4):1213-21.

136. Stuber KJ, Wynd S, Weis CA. Adverse events from spinal manipulation in the pregnant and postpartum periods: a critical review of the literature. Chiropr Man Ther. 28 mars 2012;20:8.

137. Ludes B. Ostéopathie, Chiropraxie. 2007;35.

138. Ivan Petrovitch PAVOLV et l'Hypnose 1849 - 1936 | Thérapies Intégratives, Hypnose Ericksonienne, Ostéopathie, Sophrologie, Paris.. [Internet]. [cité 25 nov 2019]. Disponible sur: https://medecines-douces.eu/therapie/hypnose-therapeutique-paris/ivan-petrovitch-pavlov-hypnose-histoire-hypnose

139. Accueil [Internet]. Institut Français d'Hypnose Humaniste & Hypnose Ericksonienne (IFHE). [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: http://hypnose-ericksonienne.com/fr/

140. Hypnose Humaniste [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: http://www.hypnose-humaniste.com

141. Institut Français d'Hypnose (IFH) - Formation à l'hypnose [Internet]. Institut Français d'Hypnose. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: https://www.hypnose.fr/

142. CFHTB - Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: https://www.cfhtb.org/

143. APHP [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: https://www.aphp.fr/

144. L'hypnose en kinésithérapie [Internet]. [cité 25 nov 2019]. Disponible sur: https://www.hypnoses.com/content/uploads/2014/10/article_hypnose_Claude_Virot_Profession_kine2.pdf

145. McCormack D. Hypnosis for hyperemesis gravidarum. J Obstet Gynaecol. 1 oct 2010;30(7):647-53.

146. Giorlando SW, Mascola RF. The Treatment of Hyperemesis Gravidarum with Hypnotherapy. Am J Obstet Gynecol. 1 févr 1957;73(2):444-7.

147. Fuchs K, Paldi E, Abramovici H, Peretz BA. Treatment of hyperemesis gravidarum by hypnosis. Int J Clin Exp Hypn. 1 oct 1980;28(4):313-23.

148. Comment mieux informer les femmes enceintes ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 25 nov 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_454394/fr/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes

149. Zelinka2 V, Cojan Y, Desseilles3 M. Hypnosis, Attachment, and Oxytocin:An Integrative Perspective 1. Int J Clin Exp Hypn. 2 janv 2014;62(1):29-49.

150. Madden K. L'hypnose dans la prise en charge de la douleur pendant le travail et l'accouchement [Internet]. [cité 25 nov 2019]. Disponible sur: /fr/CD009356/lhypnose-dans-la-prise-en-charge-de-la-douleur-pendant-le-travail-et-laccouchement

151. L'hypnose [Internet]. [cité 25 nov 2019]. Disponible sur: http://maternite-gynecologie.robertdebre.aphp.fr/la-prise-en-charge-de-la-douleur/hypnose/

152. Bienvenu M, Roger L, Andreu-Gallien J, Thiollier A-F, Ignace I, Oury J-F, et al. L'hypnose pour accompagner la grossesse et l'accouchement : travail hospitalier de préparation à la naissance. /data/revues/16245687/v14i5/S1624568713001042/ [Internet]. 23 oct 2013 [cité 25 nov 2019]; Disponible sur: https://www.em-consulte.com/en/article/844523

153. Bernard DF. PENSEE MAGIQUE ET OBSTETRIQUE. :33.

154. Société canadienne du cancer [Internet]. www.cancer.ca. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: http://www.cancer.ca/fr-ca/region-selector-page/

155. 19915.pdf [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/19915.pdf

156. Institut Français d'Hypnose (IFH) - Formation à l'hypnose [Internet]. Institut Français d'Hypnose. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: https://www.hypnose.fr/

157. Samuel HAHNEMANN (1755-1843) [Internet]. [cité 25 nov 2019]. Disponible sur: http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/hahnemann.html

158. Définition | Homéopathie | Futura Santé [Internet]. [cité 25 nov 2019]. Disponible sur: https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-homeopathie-2716/

159. Homeopathie Boiron, laboratoire pharmaceutique - Boiron [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: https://www.boiron.fr/

160. Laboratoires Lehning - Solutions Homéopathiques et de Phytothérapies [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: https://www.lehning.com/fr

161. Code de la santé publique - Article L5121-1. Code de la santé publique.

162. Accueil [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: http://www.ecolehomeo.com/Bienvenue/index.php?lang=fr

163. SNMHF : Syndicat National des Médecins Homéopathe Français [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: https://www.snmhf.net/

164. Haute Autorité de Santé - Homéopathie : la HAS détaille sa méthode d'évaluation [Internet]. [cité 25 nov 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2911539/fr/homeopathie-la-has-detaille-sa-methode-d-evaluation

165. Bonnes pratiques de préparation - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: https://www.ansm.sante.fr/Activites/Elaboration-de-bonnes-pratiques/Bonnes-pratiques-de-preparation/(offset)/6

166. Mon Homéo | Consultation homéopathique | Conseils santé | « La santé est la liberté dont jouit l'homme pour vivre dans le présent et pour remplir le but élevé de sa vie. » [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: http://www.monhomeo.com/

167. Homéopathes Sans Frontières - France - Ouvrir à tous l'accès aux soins [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: https://hsf-france.com/

168. Moreau F, Sarembaud A. Accompagnement homéopathique d'une grossesse difficile. Rev Homéopathie. 1 mars 2015;6(1):16-20.

169. Nucheze M-J. Automédication pendant la grossesse : Enquête auprès de femmes enceintes de la Vienne [Internet]. 2017 [cité 25 nov 2019]. Disponible sur: http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/e60eb13a-082d-4819-8ecd-5a96594451c8

170. Guyon E. Sepia, médicament homéopathique en obstétrique. Rev Homéopathie. 1 juin 2018;9(2):67-71.

171. Armessen C, Faure S. Les nausées et vomissements de la grossesse. Prise En Charge Troubl Dig Chez Femme Enceinte. 1 juin 2009;48(486):11-3.

172. Lamassiaude-Peyramaure S. Troubles de la grossesse : l'homéopathie en toute sécurité. Spectre Bipolaire À Propos Normothymiques Divers. 1 févr 2010;49(493):37-40.

173. Guyon E. Place de l'homéopathie dans la préparation à la naissance. /data/revues/16340760/00100089/12/ [Internet]. 25 mars 2011 [cité 25 nov 2019]; Disponible sur: https://www.em-consulte.com/en/article/284927

Université de Lille

FACULTE DE PHARMACIE DE LILLE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Année Universitaire 2019/2020

Nom : Velghe

Prénom : Carine

Titre de la thèse : Recours naturels pendant la grossesse

Mots-clés : Grossesse, phytothérapie, acupuncture, homéopathie, ostéopathie

---

Résumé :

Au cours de la grossesse, la femme doit faire face à de multiples modifications affectant son corps et son psychisme. Ces altérations apparaissent au cours de la grossesse et la plupart du temps disparaissent avec l'accouchement. Afin de la soulager dans ces maux, la femme enceinte pourra avoir recours à des procédés naturels, en vogue, mais qui n'en sont pas moins inoffensifs. De plus en plus, les médecines alternatives et complémentaires sont utilisées à cet escient. Il est ainsi courant pour les femmes enceintes de se voir proposer des séances de préparations à l'accouchement accompagnées de techniques d'acupuncture ou de relaxation. Mais également la prescription de plantes ou d'homéopathies afin de soulager certains symptômes. Le but de ce travail est d'aider la femme enceinte à savoir quels types de praticiens sont réellement reconnus par l'Ordre National des Médecins, de savoir les reconnaître et ainsi juger si la femme veut y avoir recours. Le pharmacien a un rôle important car en plus de la sage-femme, il est l'un des professionnels que la femme enceinte verra le plus souvent pendant sa grossesse et qui reste le plus aisément accessible. Il est du devoir du pharmacien de se renseigner sur les nouvelles approches thérapeutiques et de guider la future mère sur les institutions existantes lui permettant d'avoir un référentiel de qualité sur lequel se baser.

<u>Membres du jury</u> :

Président : Hennebelle, Thierry, Professeur en pharmacognosie, Université de Lille

Assesseurs : Muschert, Susanne, Maitre de Conférences-HDR, Université de Lille

Dekyndt, Bérengère, Pharmacien Hospitalier

Mis en forme : Gauche, Retrait : Gauche : 2,5 cm, Première ligne : 1,25 cm